



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Cultuuromslag terugdringen vrijheids-  
beperking bij kwetsbare groepen  
in langdurige zorg volop gaande  
Duidelijke ambities voor 2011 nodig

Den Haag, december 2010



## Inhoud

### **Voorwoord – 5**

### **Samenvatting – 7**

#### **1 Inleiding – 9**

- 1.1 Aanleiding en belang – 9
- 1.2 Onderzoeksvragen – 9
- 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader – 10

#### **2 Conclusies – 13**

- 2.1 Algemene conclusie: cultuuromslag bij medewerkers gaande – 13
- 2.2 Beleidsdoelen sluiten nog niet aan bij doelstelling intentieverklaring – 13
- 2.3 Overeenkomsten en verschillen tussen beide sectoren, minder risico's in gehandicaptenzorg – 13
- 2.4 Vergelijking tussen 2008 en 2010 laat verbetering zien – 14
- 2.5 Nog geen landelijk betrouwbare kwantitatieve gegevens over toepassingen vrijheidsbeperking – 14
- 2.6 Positief effect circulaire inspectie bij preventie calamiteiten – 15

#### **3 Handhaving – 17**

- 3.1 Maatregelen voor de bezochte instellingen waar de inspectie risico's constateerde – 17
  - 3.1.1 Maatregelen voor instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking – 17
  - 3.1.2 Maatregelen voor instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten – 17
- 3.2 Aanbevelingen voor zorgaanbieders gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg – 17
- 3.3 Aanbevelingen voor brancheorganisaties – 18
- 3.4 Aanbevelingen voor beroepsorganisaties – 18
- 3.5 Vervolgacties VWS – 18
- 3.6 Vervolgacties inspectie 18

#### **4 Resultaten gehandicaptenzorg – 21**

- 4.1 Ruim tweederde van de bezochte instellingen geen hoog risico – 21
- 4.2 Grootste risico's bij randvoorwaarden, minste bij communicatie en preventief beleid – 21
- 4.3 Randvoorwaarden bij 51% nog niet op orde – 22
- 4.4 Preventief beleid: opstellen risicotaxaties en signaleringsplannen nog geen gemeengoed – 24
- 4.5 Zorg als proces: kon in 40% van de bezochte instellingen nog beter – 25
- 4.6 Communicatie met cliënt (en vertegenwoordiger) én tussen disciplines meestal goed – 27
- 4.7 Opname van vrijheidsbeperking in zorgplan bij 55% van instellingen goed – 28
- 4.8 Deskundigheid; knelpunten bij voldoende en bekwaam personeel, gebruik van protocollen kon beter – 29
- 4.9 Na circulaire inspectie meer aandacht voor veiliger gebruik onrustbanden – 31

#### **5 Resultaten psychogeriatrische zorg – 33**

- 5.1 Ruim 50% van bezochte instellingen geen hoog risico – 33
- 5.2 Meeste risico's bij randvoorwaarden en preventief beleid, minste bij communicatie – 33

- 5.3 Randvoorwaarden bij 65% nog niet op orde — 34
- 5.4 Preventief beleid; opstellen risicotaxaties en signaleringsplannen nog geen gemeengoed — 36
- 5.5 Zorg als proces; kon in 49% van bezochte instellingen nog beter — 38
- 5.6 Communicatie met (vertegenwoordiger van) cliënt én tussen disciplines meestal goed — 39
- 5.7 Verantwoording kon in 46% van instellingen nog beter, een open cultuur meestal aanwezig — 40
- 5.8 Deskundigheid; bij 71% van instellingen risico's voldoende personeel, bekwaamheid moet voor bijna helft instellingen beter — 42
- 5.9 Na circulaire inspectie meer aandacht voor veiliger gebruik onrustbanden — 44

**6 Beschouwing — 47**

**7 Summary — 49**

**Literatuurlijst — 51**

- Bijlage 1 Beoordelingscriteria — 53
- Bijlage 2 Handhavingsplan en follow-up thematisch toezicht Terugdringen vrijheidsbeperking — 58
- Bijlage 3 Bezochte instellingen — 61
- Bijlage 4 Intentieverklaring — 64

## Voorwoord

Vrijheid is voor de meeste mensen in Nederland een gegeven. Toch komt het in zorginstellingen nog dagelijks voor dat mensen met een verstandelijke beperking of dementie in sommige situaties met een onrustband in het bed of in een stoel worden vastgezet.

De laatste jaren zien we dat het veld het beperken van iemands vrijheid steeds meer als afwijkend beschouwt en er een cultuuromslag gaande is in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Cliënten, hun vertegenwoordigers, de zorgverleners en het management zijn van mening dat ook de kwetsbaarste groepen van onze samenleving niet alleen goede en veilige zorg moeten hebben, maar ook zorg waarbij de menselijke waardigheid voorop staat.

Initiatieven vanuit de overheid en de samenleving stimuleerden en steunden deze ontwikkeling. De verbetertrajecten voor vrijheidsbeperking van Zorg voor Beter en initiatieven van organisaties als de Innovatiekring Dementie hielpen zorginstellingen om zorgverlening zonder onrustbanden te realiseren.

In dit klimaat was het voor de inspectie mogelijk om samen met het veld afspraken te maken om ingrijpende vrijheidsbeperkingen verder terug te dringen. Op 18 november 2008 heeft de inspectie samen met het veld via de intentieverklaring Zorg voor Vrijheid een duidelijke boodschap afgegeven dat het terugdringen van vrijheidsbeperking kán en moet. Door de handen ineen te slaan kreeg het onderwerp extra dynamiek en werkt het veld hard aan verbeteringen.

Recente resultaten van een onderzoek van de Universiteit van Maastricht wijzen uit dat het mogelijk is om vrijheidsbeperkende maatregelen nog verder terug te dringen als zorgaanbieders aan een aantal randvoorwaarden voldoen. De belangrijkste voorwaarde is dat de Raad van Bestuur een verbod geeft op het gebruik van onrustbanden. Daarmee beschikt de ouderenzorg over een wetenschappelijk bewezen methode die het veld helpt bij het terugdringen van vrijheidsbeperking.

Een groot deel van het veld geeft al invulling aan de doelstellingen van de bij de Tweede Kamer ingediende Wet zorg en dwang door het multidisciplinair bespreken van vrijheidsbeperkingen en het zoeken naar alternatieven. Een snelle invoering van de Wet zorg en dwang zal werken als een positieve bevestiging voor de instellingen die al druk bezig zijn met het terugdringen van vrijheidsbeperkingen. Voor de achterblijvers moet dit een prikkel zijn om aan de slag te gaan.

Ook de komende jaren blijven we met het veld werken aan de rechten en vrijheden voor cliënten met een verstandelijke beperking en dementie.

Prof. dr. G. van der Wal,  
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg



## Samenvatting

In het rapport *Zorg voor vrijheid: Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet* uit 2008 concludeerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat er nog te veel vrijheidsbeperkingen plaatsvonden in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Het rapport en verschillende initiatieven om vrijheidsbeperking terug te dringen was reden voor de inspectie om op 18 november 2008 samen met cliënten-, beroeps- en brancheorganisaties in de ouderen- en gehandicaptenzorg de intentieverklaring 'Zorg voor Vrijheid' te tekenen. Het doel: vrijheidsbeperking binnen drie jaar fors verminderen en het gebruik van onrustbanden tot een uiterst minimum beperken.

De inspectie onderzocht in 2010 of zorgaanbieders daadwerkelijk bezig zijn met het verantwoord terugdringen van vrijheidsbeperking. In de periode van februari tot juni 2010 bezocht de inspectie 49 verpleeg- en verzorgingshuizen en 51 instellingen voor de gehandicaptenzorg. Daarnaast zette de inspectie via het internet een digitale vragenlijst uit bij 414 zorgaanbieders van beide sectoren.

Uit het onderzoek van de inspectie komt naar voren dat het terugdringen van vrijheidsbeperkingen in de organisaties leefde. Medewerkers waren actief op zoek naar alternatieven voor vrijheidsbeperking waardoor het toepassen ervan verminderde. Bij de meeste zorgaanbieders ontbraken nog concrete doelstellingen voor het terugdringen van vrijheidsbeperkingen. De inspectie constateerde dat zorgaanbieders bij de uitvoering van de zorg zorgvuldig handelden en in de bezochte instellingen de intentie aanwezig was om vrijheidsbeperking te verminderen.

Uit een vergelijking tussen de gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg blijkt dat er in de gehandicaptenzorg grotere verbeteringen zichtbaar waren. Die kwamen door een grotere deskundigheid van het personeel en de personele bezetting. In de psychogeriatric was wel de communicatie over het al dan niet toepassen van vrijheidsbeperking beter geregeld.

Het is voor de inspectie niet mogelijk om met cijfers aan te geven of vrijheidsbeperking in de beide sectoren daadwerkelijk afneemt. De ontvangen gegevens uit de digitale vragenlijst waren daarvoor onvoldoende betrouwbaar. Dit kwam doordat zorgaanbieders verschillende definities en verschillen in aggregatieniveau van de cijfers gebruikten.

De inspectie vraagt daarom de zorgaanbieders om, onder leiding van de brancheorganisaties, in 2011 een registratiesysteem te ontwikkelen om duidelijk in beeld te kunnen brengen of vrijheidsbeperking inderdaad afneemt. Daarnaast moet de door de Universiteit van Maastricht ontwikkelde interventiemethode navolging krijgen in de ouderenzorg en in de gehandicaptenzorg. De aanbevelingen die de inspectie in 2008 deed, blijven ook de komende jaren onverkort van kracht.

Tot slot meent de inspectie dat haar circulaire uit 2008 over de onrustbanden bijdroeg aan de preventie van calamiteiten omdat bij meer dan de helft van de respondenten van de digitale vragenlijst de circulaire leidde tot bijstelling van het kwaliteitsbeleid.





# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de kwaliteit en de veiligheid van zorg, zeker bij de meest kwetsbare groepen in Nederland: mensen met een verstandelijke beperking en ouderen met dementie. In 2007 en 2008 verrichtte de inspectie daarom onderzoek naar de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. In het rapport *Zorg voor vrijheid: Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet* concludeerde de inspectie dat in beide sectoren nog te veel vrijheidsbeperking, waaronder fixatie met een onrustband en het afzonderen van cliënten, plaatsvond. Een deel van de toegepaste vrijheidsbeperkingen, zoals het gebruik van beddekken en het afsluiten van een afdelingskeuken of slaapkamer, zagen zorgverleners veelal niet als vrijheidsbeperking.

Het onderzoek van de inspectie liep parallel met het verbetertraject Maatregelen op maat van Zorg voor Beter en andere initiatieven om vrijheidsbeperking terug te dringen. Uit deze initiatieven kwam naar voren dat het fors terugdringen van vrijheidsbeperking mogelijk was. Daarnaast stuurde de inspectie in dezelfde periode, naar aanleiding van een groot aantal ernstige calamiteiten met onrustbanden, de circulaire *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden* naar het veld om te waarschuwen voor de risico's en het veld op te roepen passende maatregelen te nemen. Op basis van al deze ontwikkelingen nam de inspectie het initiatief om samen met cliënten-, branche- en beroepsorganisaties in de psychogeriatric en in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking een intentieverklaring op te stellen om het aantal vrijheidsbeperkingen fors te verminderen en het gebruik van de onrustband zoveel als mogelijk uit te bannen. Tijdens het IGZ-congres *Zorg voor Vrijheid* van 18 november 2008 ondertekende de inspectie samen met het veld deze verklaring<sup>a</sup> (bijlage 4). In 2009 speelde de inspectie vooral een stimulerende en ondersteunende rol om het veld te helpen met het terugdringen van vrijheidsbeperkingen, onder andere door het congres *Zorg voor Vrijheid, de volgende stap*. Centraal tijdens dit congres stonden de dilemma's waar medewerkers op de werkvloer en familieleden/wettelijke vertegenwoordigers voor komen te staan als zorgaanbieders vrijheidsbeperkende maatregelen afbouwen. Door te focussen op deze dilemma's en het aandragen van oplossingen hoopte de inspectie zorgaanbieders en zorgverleners die vrijheidsbeperking terug gaan dringen te ondersteunen. In 2010 onderzocht de inspectie bij instellingen welk beleid ze voeren om vrijheidsbeperking te verminderen. De resultaten staan in dit rapport.

## 1.2 Onderzoeksvragen

De centrale vraag van dit thematisch onderzoek is in welke mate in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking en ouderen met dementie sprake is van het verantwoord terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De gehanteerde definitie van *vrijheidsbeperking* luidt: *alle maatregelen (fysiek en verbaal) die de vrijheid van cliënten beperken*.

---

a De cliënten-, branche- en beroepsorganisaties zijn de Chronisch Gehandicapten-raad (CG-raad), LOC-Zeggen-schap in zorg, Platform Verstandelijk Gehandicapten (Platform VG), Nederlands Instituut voor Psychologen-Nederlandse vereniging van pedegogen en onderwijskundigen (NIP-NVO), Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), specialisten ouderengeneeskunde (Verenso), Sting, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Actiz en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN).

Deelvragen zijn:

- 1 In welke mate is er actief beleid in het verantwoord terugdringen van vrijheidsbeperking in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking en voor psychogeriatrische cliënten?
- 2 In hoeverre neemt het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkingen, in het bijzonder onrustbanden in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking en voor psychogeriatrische cliënten, af? Vermindert tevens het afzonderen van cliënten in de gehandicaptenzorg?
- 3 Heeft de circulaire van de inspectie *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden* uit 2008 geleid tot een vermindering van ongevallen bij het gebruik van onrustbanden?

### 1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

#### Onderzoeksmethode

Het thematisch onderzoek bestond uit de volgende onderdelen:

- a Het bezoeken van instellingen<sup>b</sup> (51) in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking.
- b Het bezoeken van instellingen (49) in de zorg voor psychogeriatrische cliënten.
- c Het analyseren van beleidsnota's en zorgplannen van de bezochte instellingen.
- d Het uitzetten van een digitale vragenlijst onder alle 414 zorgaanbieders in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg met een Bopz-aanmerking.

#### *Selectie van bezochte instellingen*

In de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking selecteerde de inspectie aselect 51 zorgaanbieders met verblijfsvoorzieningen voor cliënten met een verstandelijke beperking en 49 zorgaanbieders in de psychogeriatric. De bezochte wooninstelling van de zorgaanbieder had ten minste zes cliënten.

Voorafgaand aan het bezoek verzocht de inspectie de zorgaanbieder om een overzicht van de toegepaste vrijheidsbeperkingen per instelling om zo inzicht te krijgen in het soort en de frequentie van de vrijheidsbeperkingen. Daarnaast kreeg de inspectie zo ook een beeld van de wijze waarop de zorgaanbieder informatie verzamelde en bijhield voor de cliënt en de instelling.

#### *Representatief voor beide sectoren*

Door het gebruik van verschillende bronnen voor het onderzoek en de homogeniteit van de resultaten zijn de resultaten representatief voor zowel de ouderenzorg als de gehandicaptenzorg. De resultaten van het externe onderzoek van de Universiteit van Maastricht (Exbelt) bevestigen en onderbouwen het onderzoek van de inspectie<sup>c</sup>.

#### *Bezoek per instelling*

De inspectie bezocht iedere geselecteerde instelling met een inspecteur en/of een toezichtmedewerker. De bezoeken vonden plaats in de periode februari tot en met juli 2010. Ieder bezoek bestond uit het inzien van documenten zoals het protocol besluitvormingsprocedure toepassen vrijheidsbeperking en het scholingsplan voor de medewerkers van 2009. Ook had de inspectie inzage in de zorgplannen<sup>d</sup>, was er een rondgang en waren er gesprekken.

---

b Waar instelling staat kan voor de gehandicaptenzorg ook locatie gelezen worden.

c Op 28 september 2010 presenteerde Jan Hamers (Universiteit van Maastricht) de onderzoeksresultaten van Exbelt tijdens de bijeenkomst 'Niet fixeren is een kunst.' De methode Exbelt bestaat uit verschillende pijlers: zorgverleners scholen in de effecten van vrijheidsbeperking en moderne vormen van zorgverlening; zorgverleners ondersteunen door een gespecialiseerde verpleegkundige; familie bij de verandering betrekken en aan zorgverleners moderne hulpmiddelen beschikbaar stellen.

d In de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking wordt een 'zorgplan' soms ook aangeduid met 'begeleidingsplan' of 'ondersteuningsplan'.

Mede op basis van inzage in de individuele zorgplannen en documenten sprak de inspectie achtereenvolgens met;

- Cliënten (gehandicaptenzorg) of de cliëntenraad (psychogeriatric).
- Uitvoerende medewerkers.
- Multidisciplinair team (gehandicaptenzorg) of een specialist ouderengeneeskunde en afdelingsleidinggevende (psychogeriatric).
- Management en (medisch) eindverantwoordelijke van de instelling.

#### *Analyse van documenten*

Voorafgaand aan het bezoek verzocht de inspectie de zorgaanbieder om toezending van de beleidsnota *Terugdringen vrijheidsbeperking* en toetste deze beleidsnota's op de aanwezigheid van randvoorwaarden om verantwoorde vrijheidsbeperkingen terug te dringen. Ook stelde de inspectie een checklist op voor het beoordelen van de zorgplannen. De resultaten zijn verwerkt in de IGZ-rapporten van de bezochte instellingen.

#### *Rapportage*

De inspectie maakte van ieder bezoek een rapport waarin de risico's op niet-verantwoorde zorg voor cliënten per aandachtsgebied, een beschouwing met een (eind-)conclusie en een hoofdstuk met door de zorgaanbieder te nemen maatregelen staan. Van te voren legde de inspectie de beoordelingscriteria (bijlage 1) vast en maakte zij een handhavingsplan (bijlage 2). Met het oog op uniformiteit in de beoordeling las een lid van de projectgroep alle concept-rapporten. Daarna stuurde de inspectie het rapport naar de bezochte instelling. Deze rapporten staan op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

#### **Digitale vragenlijst**

Om meer zicht te krijgen op de afname van de meest ingrijpende vormen van vrijheidsbeperkingen (fixatie met onrustbanden en afzondering en separatie) zette de inspectie onder 414 zorgaanbieders met Bopz-aangemerkte<sup>e</sup> instellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking en psychogeriatric cliënten een digitale vragenlijst uit. De inspectie maakte één aparte vragenlijst voor de zorg voor mensen met dementie en één voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking<sup>f</sup>. Met de vragenlijst vroeg de inspectie om gegevens over het gebruik van onrustbanden (in beide sectoren) en over afzondering en separatie in de gehandicaptenzorg in de periode 2008–2009 en peildatum 15 april 2010. Ook waren er enkele vragen over de implementatie van de IGZ-circulaire *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden*.

Het onderzoek met de digitale vragenlijst liep van 4 mei 2010 tot 14 juni 2010 en is eenmaal verlengd. Instellingen deden mee op basis van vrijwilligheid. De inspectie heeft eenmaal gerappelleerd.

#### **Toetsingskader**

Voor het onderzoek maakte de inspectie gebruik van een geactualiseerde versie van het toetsingskader uit 2008 *Zorg voor vrijheid in de verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg*.

In het toetsingskader<sup>g</sup> staan zes aandachtsgebieden die van invloed zijn op het verantwoord toepassen en terugdringen van vrijheidsbeperking. Deze zijn:

- 1 Randvoorwaarden: beleid terugdringing vrijheidsbeperking, scholingsplan, toezicht, collectieve vrijheidsbeperking en veiligheid.

e In de Wet bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen (Wet Bopz) is geregeld in welke instellingen gedwongen opname, verblijf en behandeling mag plaatsvinden.

f De inspectie heeft de vragenlijst niet vooraf getoetst.

g In bijlage 1 staan de beoordelingscriteria.

- 2 Preventief beleid: risicotaxaties, signaleringsplannen, samenstelling groepen, analyse incidenten en in de gehandicaptenzorg de veiligheid van afzonderings- en separeerruimten.
- 3 Zorg als proces: besluitvorming over (continuering van) vrijheidsbeperking, nadenken over alternatieven en afbouwen van vrijheidsbeperking.
- 4 Communicatie: inbreng van (vertegenwoordigers van) cliënten, afstemming tussen disciplines, voorlichting aan (vertegenwoordigers van) cliënten.
- 5 Verantwoording: opstellen zorgplan, beoordeling van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid van een vrijheidsbeperking, open cultuur.
- 6 Deskundigheid: voldoende en bekwaam personeel, intervisie en reflectie, kwaliteitsbewaking en protocollen.

De zorg in de praktijk komt vooral tot uitdrukking in de aandachtsgebieden 2 tot en met 6 en bestaan uit drie tot zes onderwerpen per aandachtsgebied.

Op basis van het toetsingskader stelde de inspectie voor de bezoeken aan de instellingen toezichtinstrumenten op.

Bovenstaand toetsingskader is gebaseerd op de volgende wet- en regelgeving:

- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.
- Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.
- Vrijheidsbeperking en vrijheidsbeneming bij mensen met dementie of verstandelijke handicap: contouren van een wetswijziging, brief ministerie VWS, 2005.
- Richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen, brief ministerie VWS, 2008.

De volgende veldnormen, richtlijnen en rapporten zijn gebruikt:

- Intentieverklaring Zorg voor vrijheid van branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties, 2008.
- Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, 2006.
- Handreiking Verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleeg- en verzorgingshuis, 2004.
- Kwaliteitskader gehandicaptenzorg met bijbehorende indicatorenset, 2008.
- Kwaliteitskader verantwoorde zorg verpleging, verzorging en thuiszorg, met bijbehorende indicatorenset, 2007.
- Kwaliteitskader 'zorg voor vrijheid', IGZ, 2008.
- Handreikingen Meepraten en nadenken over vrijheidsbeperking, VGN, 2009.
- Circulaire Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden, IGZ, 15 september 2008.
- Richtlijn Probleemgedrag, NVVA, 2008.
- Richtlijn Preventie van valincidenten bij ouderen, CBO, 2004.
- Richtlijn Omgaan met afweergedrag bij eten en drinken van bewoners met dementie, ZonMw/LEVV, 2009.

## 2 Conclusies

In dit hoofdstuk staan in in paragraaf 2.1 het antwoord op de centrale vraagstelling en in de paragrafen 2.2 tot en met 2.6 de antwoorden op de deelvragen.

### 2.1 **Algemene conclusie: cultuuromslag bij medewerkers gaande**

De inspectie constateert bij de bezoeken aan 100 instellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische cliënten dat de zorgaanbieders bij de uitvoering van de zorg op het gebied van vrijheidsbeperking meestal zorgvuldig handelden. In vergelijking met 2008 stellen medewerkers zichzelf vaker de vraag of er een alternatief is voor vrijheidsbeperking en of het verminderen of afbouwen van vrijheidsbeperking aan de orde is.

Cliënten en vertegenwoordigers spreken op een open wijze over het onderwerp vrijheidsbeperking met de zorgverleners. Door een positieve verandering in de cultuur worden cliënten meer betrokken bij het zoeken naar alternatieven voor vrijheidsbeperking. In vergelijking met de bevindingen uit het inspectierapport *Zorg voor vrijheid* uit 2008 constateert de inspectie bij beide sectoren verbeteringen.

### 2.2 **Beleidsdoelen sluiten nog niet aan bij doelstelling intentieverklaring**

Een overgrote meerderheid van de zorgaanbieders vult bij de digitale vragenlijst in dat zij beleid hebben voor het verminderen en/of afbouwen van het gebruik van onrustbanden. Van de zorgaanbieders die de inspectie bezocht heeft echter maar 82% een vastgestelde beleidsnota. Uit de analyse van de ontvangen beleidsnota's blijkt dat het terugdringen van vrijheidsbeperking deels gebaseerd is op algemene doelen. In het inspectierapport *Zorg voor vrijheid* uit 2008 staan concrete resultaten voor 2009 t/m 2011 zoals een vermindering van 50% van het gebruik van onrustbanden in 2010 ten opzichte van 2009. Bij minder dan 20% van de bezochte instellingen staan deze beoogde resultaten in een beleidsnota *Terugdringen vrijheidsbeperking*.

### 2.3 **Overeenkomsten en verschillen tussen beide sectoren, minder risico's in gehandicaptenzorg**

De gehandicaptenzorg scoort op de meeste aandachtsgebieden minder risico's dan de instellingen voor psychogeriatric. Een uitzondering hierop is het aandachtsgebied communicatie dat in de zorg voor psychogeriatrische cliënten bij ruim 80% van de zorgaanbieders geen risico scoort.

Er bestaat een aanzienlijk verschil tussen de sectoren bij het aandachtsgebied deskundigheid. De personele bezetting levert in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking geen hoog risico op, maar in de zorg aan psychogeriatrische cliënten heeft 10% van de instellingen een hoog risico. Vooral in de namiddag en avond zijn er knelpunten in de bezetting. Ook scoort 16% van de bezochte instellingen in de psychogeriatric een hoog risico omdat het personeel onvoldoende geschoold is en niet voldoende deskundig in het verantwoord toepassen en terugdringen van vrijheidsbeperking.

Beide sectoren hebben de meeste risico's bij het onderdeel protocollen (aandachtsgebied deskundigheid). Tijdens de bezoeken blijkt dat organisatiebreed vrijwel altijd protocollen aanwezig zijn, maar medewerkers deze niet altijd gebruiken. Ook zijn protocollen niet actueel of beschikbaar in de instelling, bijvoorbeeld omdat er geen computer aanwezig is.

Beide sectoren maken nog onvoldoende gebruik van risicotaxaties en signaleringsplannen op basis van (landelijke) richtlijnen, terwijl dat duidelijk wel zinvol of nodig is voor de cliënten.

#### **2.4 Vergelijking tussen 2008 en 2010 laat verbetering zien**

Om de verbeterkracht van beide sectoren in beeld te brengen, heeft de inspectie de resultaten van het onderzoek uit 2008 met de resultaten van 2010 vergeleken. Een exacte vergelijking is niet mogelijk omdat er (kleine) verschillen zijn in de onderzoeksmethode en door het hanteren van verschillende beoordelingscategorieën.

Zowel in 2008 als in 2010 geven de resultaten in de sector voor cliënten met een verstandelijke beperking een positiever beeld dan de bevindingen in de sector verpleging en verzorging van psychogeriatrische cliënten. In 2008 waren in de sector voor cliënten met een verstandelijke beperking voor de aandachtsgebieden deskundigheid en preventief beleid de meeste risico's.

In 2008 kreeg van de bezochte instellingen 7% het oordeel slecht en 44% het oordeel matig op het aandachtsgebied deskundigheid. In 2010 heeft 2% van de bezochte instellingen op dit aandachtsgebied een hoog risico en 18% een gering/matig risico. Het aandachtsgebied preventief beleid geeft eenzelfde beeld. In 2008 was dit aandachtsgebied bij 7% slecht en bij 25% matig. In 2010 is bij 4% van de bezochte instellingen op dit aandachtsgebied een hoog risico en bij 15% een gering/matig risico. Op de aandachtsgebieden verantwoording, communicatie en zorg als proces waren in 2008 in de sector voor cliënten met een verstandelijke beperking geen beoordelingen met de kwalificatie slecht. Per onderscheiden aandachtsgebied kreeg 57 tot 75% de beoordeling goed. In 2010 krijgen de bezochte instellingen op dezelfde aandachtsgebieden tussen 75 en 82% de beoordeling geen risico.

Bij alle getoetste onderdelen die samenhangen met de zorg in de praktijk is in de sector voor cliënten met een verstandelijke beperking verbetering zichtbaar, het meest duidelijk op het aandachtsgebied zorg als proces.

Ook in de zorg voor psychogeriatrische cliënten is verbetering zichtbaar, al is die minder groot dan in de gehandicaptenzorg.

Met uitzondering van het aandachtsgebied verantwoording waren in 2008 op alle aandachtsgebieden de beoordelingen slecht, variërend van 2 tot 9% van de beoordelingen. Het aandachtsgebied deskundigheid had de meeste beoordelingen slecht (9%) of matig (64%).

In 2010 is sprake van verbetering, er is bij 11% een hoog risico en bij 24% een gering/matig risico. Het aandachtsgebied preventief beleid laat in 2010 de meeste risico's zien met 11% beoordelingen op (zeer) hoog risico en 31% gering/matig risico. In 2008 betrof de beoordeling 5% slecht en 51% matig.

Bij het aandachtsgebied communicatie is een lichte verbetering zichtbaar en op het aandachtsgebied zorg als proces is geen verbetering zichtbaar.

#### **2.5 Nog geen landelijk betrouwbare kwantitatieve gegevens over toepassingen vrijheidsbeperking**

Het is voor de inspectie onmogelijk om te bepalen of het aantal vrijheidsbeperkingen afneemt. Het blijkt voor de meerderheid van de zorgaanbieders niet mogelijk om betrouwbare gegevens aan te leveren. De inspectie kreeg informatie aangeleverd die niet altijd vergelijkbaar was, bijvoorbeeld omdat de grootte van de locaties onderling teveel afweek. Daarnaast vullen zorgaanbieders regelmatig informatie verkeerd en/of onvolledig in. Ook de grote variatie aan definities over vrijheidsbeperking die instellingen hanteren bij hun registratie blijkt van invloed op de betrouwbaarheid van de gegevens.

Daarom besluit de inspectie om, met uitzondering van de informatie over de beleidsnota en de circulaire, de gegevens uit de digitale vragenlijst niet te gebruiken.

## 2.6

### **Positief effect circulaire inspectie bij preventie calamiteiten**

Uit de informatie van de digitale vragenlijst concludeert de inspectie dat bij de meeste zorgaanbieders in beide sectoren de IGZ-circulaire uit 2008 tot gevolg heeft dat er meer aandacht is voor de preventie van calamiteiten met onrustbanden.

Bij ruim 75% van de respondenten uit de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking leidt de circulaire tot aanpassing van het beleid voor vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij de respondenten van de zorg voor psychogeriatrische cliënten is dat 55%.

Dit percentage is lager, mede omdat steeds meer zorgaanbieders in de psychogeriatricatie geen onrustbanden meer gebruiken.

Het aantal calamiteiten met een onrustband neemt af, zowel in de ouderenzorg als in de gehandicaptenzorg.

In de ouderenzorg zijn er na het uitbrengen van de circulaire twee calamiteiten voorgekomen, in de periode daarvoor vier. In de gehandicaptenzorg zijn er de laatste twee jaar geen calamiteiten geweest, in de periode daarvoor één.





## 3 Handhaving

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de handhaving die geldt voor de bezochte instellingen. Ook geeft zij aanbevelingen voor alle zorgaanbieders van beide sectoren en de branche- en beroepsorganisaties en beschrijft de vervolgcacties voor VWS en de inspectie.

### 3.1 Maatregelen voor de bezochte instellingen waar de inspectie risico's constateerde

#### 3.1.1 *Maatregelen voor instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking*

- 1 2% (één instelling) van de zorgaanbieders kreeg van de inspectie de onmiddellijke maatregel om de veiligheid van de afzonderingsruimten te verbeteren. De instelling nam gelijk maatregelen en maakte een plan van aanpak. Deze aanbieder krijgt in 2011 een vervolfbezoek.
- 2 43% van de bezochte zorgaanbieders kreeg de maatregel om binnen vier tot zes weken een plan van aanpak aan te leveren dat de inspectie beoordeelde. Op verzoek van de inspectie pasten zorgaanbieders plannen van aanpak die niet voldeden, aan. Deze aanbieders krijgen in 2011 een vervolfbezoek.
- 3 40% van de zorgaanbieders kreeg de maatregel om een plan van aanpak op te stellen voor intern gebruik. De inspectie oordeelde niet over deze plannen van aanpak.
- 4 15% van de zorgaanbieders kreeg geen maatregel.

#### 3.1.2 *Maatregelen voor instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten*

- 1 6% (drie instellingen) van de zorgaanbieders kreeg van de inspectie onmiddellijke maatregelen. Bij één verpleeghuis en één woonzorgcentrum voor psychogeriatrische cliënten waren één of meer zeer hoge risico's. Daarnaast had een woonzorgcentrum dertien keer een hoog risico, onder andere voor onvoldoende personeel, het niet-evalueren van vrijheidsbeperking en niet-methodisch werken op basis van een afgestemd zorgplan. De instellingen kregen ook het dringende advies om aan het verbetertraject *Ban de band* deel te nemen. De zorgaanbieders hebben gelijk maatregelen genomen en daarnaast een plan van aanpak opgesteld. Deze zorgaanbieders krijgen in 2010 een vervolfbezoek.
- 2 61% van de bezochte zorgaanbieders kreeg de maatregel om binnen vier tot zes weken een plan van aanpak te maken dat de inspectie beoordeelde. Op verzoek van de inspectie pasten zorgaanbieders plannen van aanpak die niet voldeden, aan. Deze aanbieders krijgen in 2011 een vervolfbezoek.
- 3 23% van de zorgaanbieders kreeg de maatregel om een plan van aanpak op te stellen voor intern gebruik. De inspectie oordeelde niet over deze plannen van aanpak.
- 4 10% van de zorgaanbieders kreeg geen maatregel.

### 3.2 Aanbevelingen voor zorgaanbieders gehandicaptenzorg en psychogeriatrische zorg

De inspectie verzoekt alle zorgaanbieders met klem om in hoog tempo invulling te geven aan onderstaande aanbevelingen. In dit geval zijn maatregelen niet mogelijk omdat, door het niet van kracht zijn van de Wet zorg en dwang, de wettelijke grondslag ontbreekt. De inspectie meent dat een goede invulling bijdraagt aan het verwezenlijken van de doelen uit de intentieverklaring.

- 1 Elke Raad van Bestuur neemt voor februari 2011 een besluit over het al dan niet gebruiken van de meest ingrijpende vormen van vrijheidsbeperkingen, vertaalt dat in beleid en instrueert de werkvloer over de uitvoering daarvan.
  - a In de zorg voor mensen met dementie gaat het om toepassen van de onrustband en het toepassen van een diepe stoel.
  - b In de zorg voor mensen met verstandelijke beperking gaat het om het toepassen van onrustbanden en afzondering en separatie.
- 2 Elke Raad van Bestuur stelt voor september 2011 preventiebeleid op voor een verantwoorde afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen en gebruikt daarbij de interventiemethode Exbelt. Deze interventiemethode moet, in overleg met de Universiteit van Maastricht, geschikt gemaakt worden voor mensen met een verstandelijke beperking. Vanaf september 2011 moet de methode voor deze sector bruikbaar zijn.

In het preventiebeleid komen in ieder geval de volgende onderwerpen aan de orde: risicotaxatie voor de individuele cliënt bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, structurele scholing, de aanwezigheid van alternatieven en veiligheidseisen bij het gebruik. Bij het vaststellen van het beleid hebben professionals, cliënten en cliëntvertegenwoordigers inspraak.
- 3 Elke Raad van Bestuur verplicht zich voor 1 januari 2012 tot gebruik van het in 2011 te ontwikkelen landelijk registratiesysteem voor vrijheidsbeperkende maatregelen.

### **3.3 Aanbevelingen voor brancheorganisaties**

- 1 Ontwikkel en test in 2011 een landelijk registratiesysteem voor de meest ingrijpende vrijheidsbeperkingen (onrustbanden, diepe stoelen, afzondering en separatie). Dit systeem sluit aan bij de definities die gebruikt zijn in de kwaliteitskaders verantwoorde zorg voor de VVT en GZ. Vóór 2013 staan, naast de meest ingrijpende maatregelen, ook alle andere vrijheidsbeperkende maatregelen in dit systeem.
- 2 Ontwikkel in januari 2011 een format beleidsnota voor de zorgaanbieders waarin de interventiemethode EXBELT staat.

### **3.4 Aanbevelingen voor beroepsorganisaties**

- 1 Ontwikkel in 2011 voor de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg veldnormen voor het opstellen en gebruik van risicotaxaties en signaleringsplannen.
- 2 Blijf zorgen voor collegiale uitwisseling en publicaties over methoden om op een verantwoorde wijze alternatieven in te zetten.
- 3 Voorkomen moet worden dat met het afschaffen van de onrustband het aantal vrijheidsbeperkingen met psychofarmaca toeneemt. De inspectie vraagt de Specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) en de Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) op basis van bestaand onderzoek in 2011 een richtlijn op te stellen.
- 4 Stel, voor de uitzonderlijke situaties waarbij het in 2011 nodig blijft om onrustbanden toe te passen, kwaliteitseisen op voor het verantwoord gebruik van de onrustband om de veiligheid van de cliënten te waarborgen.

### **3.5 Vervolgacties VWS**

Laat de Wet zorg en dwang zo spoedig als mogelijk inwerking treden. Deze wet doet recht aan de in gang gezette ontwikkelingen en maakt het mogelijk voor de inspectie om beter toezicht te houden.

### **3.6 Vervolgacties inspectie**

Naast de vervolfbezoeken aan instellingen die in 2010 risico's scoorden op de verschillende aandachtsgebieden, zal de inspectie in 2011 ook toezien op het terug-

dringen van vrijheidsbeperking bij alle andere zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg.

Zij gebruikt hiervoor de gegevens uit het kwaliteitskader die van toepassing zijn op de prevalentie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Daarnaast onderzoekt zij bij Bopz-bezoeken ook het terugdringen van vrijheidsbeperkingen.



## 4 Resultaten gehandicaptenzorg

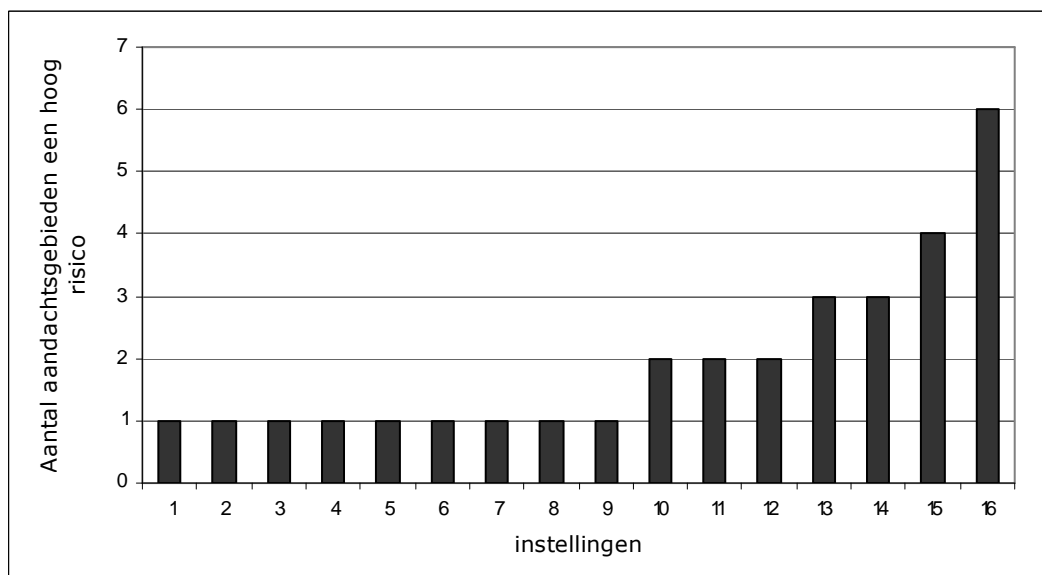
Dit hoofdstuk bevat de resultaten van 51 bezoeken aan wooninstellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking en de resultaten van de digitale vragenlijst.

In paragraaf 4.1 staat een overzicht van de beoordelingen van de risico's per bezochte instelling. Paragraaf 4.2 tot en met 4.8 bevatten de resultaten van de getoetste aandachtsgebieden. In paragraaf 4.9 staan de resultaten uit de digitale vragenlijst over de circulaire van de inspectie.

### 4.1 Ruim tweederde van de bezochte instellingen geen hoog risico

Bij 69% van de 51 bezochte instellingen was op alle onderdelen van het terugdringen van vrijheidsbeperking geen of een gering/matig risico. Bij geen enkele bezochte instelling was er een zeer hoog risico. Bij 31% (16) van de bezochte instellingen was op één of meer onderdelen sprake van een hoog risico.

In figuur 1 staat het aantal onderdelen weergegeven waarop een hoog risico was bij de bezochte instellingen. Bij ruim de helft hiervan, namelijk negen instellingen, betrof het één getoetst onderdeel met een hoog risico. Bij de overige zeven instellingen was op twee tot zes onderdelen een hoog risico. De bezochte instellingen met verhoudingsgewijs meer hoog risico betroffen zowel instellingen van kleinere als van grotere zorgaanbieders.



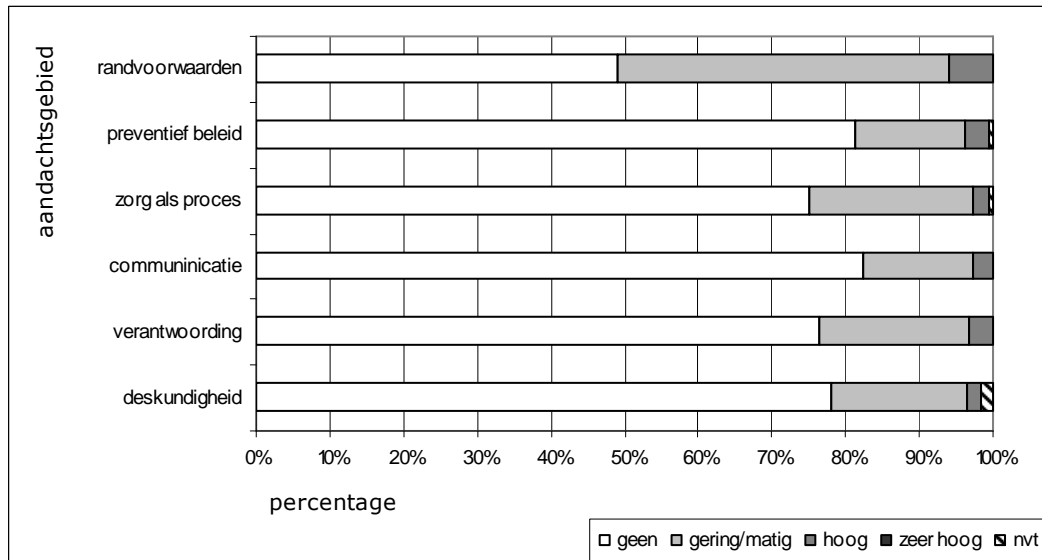
Figuur 1 Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking; verdeling hoog risico (N=16)

### 4.2 Grootste risico's bij randvoorwaarden, minste bij communicatie en preventief beleid

Het aandachtsgebied randvoorwaarden had in de bezochte instellingen de meeste risico's. Bij 45% was er een gering/matig risico en bij 6% een hoog risico, omdat er niet voor alle relevante onderdelen van het terugdringen van vrijheidsbeperking beleid was.

Bij de aandachtsgebieden communicatie en preventief beleid trof de inspectie bij meer dan 80% geen risico aan. Meer dan 75% van de getoetste onderdelen van de

aandachtsgebieden zorg als proces, verantwoording en deskundigheid voldeed aan de norm.<sup>h</sup>



Figuur 2 Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking (N=51); risicoverdeling per aandachtsgebied<sup>i</sup>

### 4.3 Randvoorwaarden bij 51% nog niet op orde

Om goede zorg en goed hulpverlenerschap te kunnen garanderen zijn voldoende randvoorwaarden nodig.

#### Norm: Randvoorwaarden

De organisatie heeft beleid voor het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking en beleid gericht op terugdringen van vrijheidsbeperking. Dit beleid is bekend bij medewerkers en zij voeren dit uit. Het beleid omvat ten minste:

- Beleidsnota terugdringen vrijheidsbeperking.
- Scholingsplan verantwoord toepassen en terugdringen vrijheidsbeperking.
- Afspraken/beleid over collectieve vrijheidsbeperking, zoals afsluiten ruimten en inzet niet-persoonsgebonden domotica.
- Regeling/afspraken toezicht op cliënten (indien van toepassing).
- Veiligheid, onderhoud hulpmiddelen in het toepassen van vrijheidsbeperking.

De inspectie trof bij 49% van de bezochte instellingen geen risico's aan omdat er op de essentiële onderdelen beleid was en de uitvoering conform het beleid plaatsvond. Bij 45% van de instellingen was op één onderdeel geen vastgesteld beleid en/of voerden de medewerkers het vastgestelde beleid (nog) niet uit. Deze kregen als beoordeling een gering/matig risico. Bij 6% van de instellingen was er hoog risico omdat op twee onderdelen beleid ontbrak.

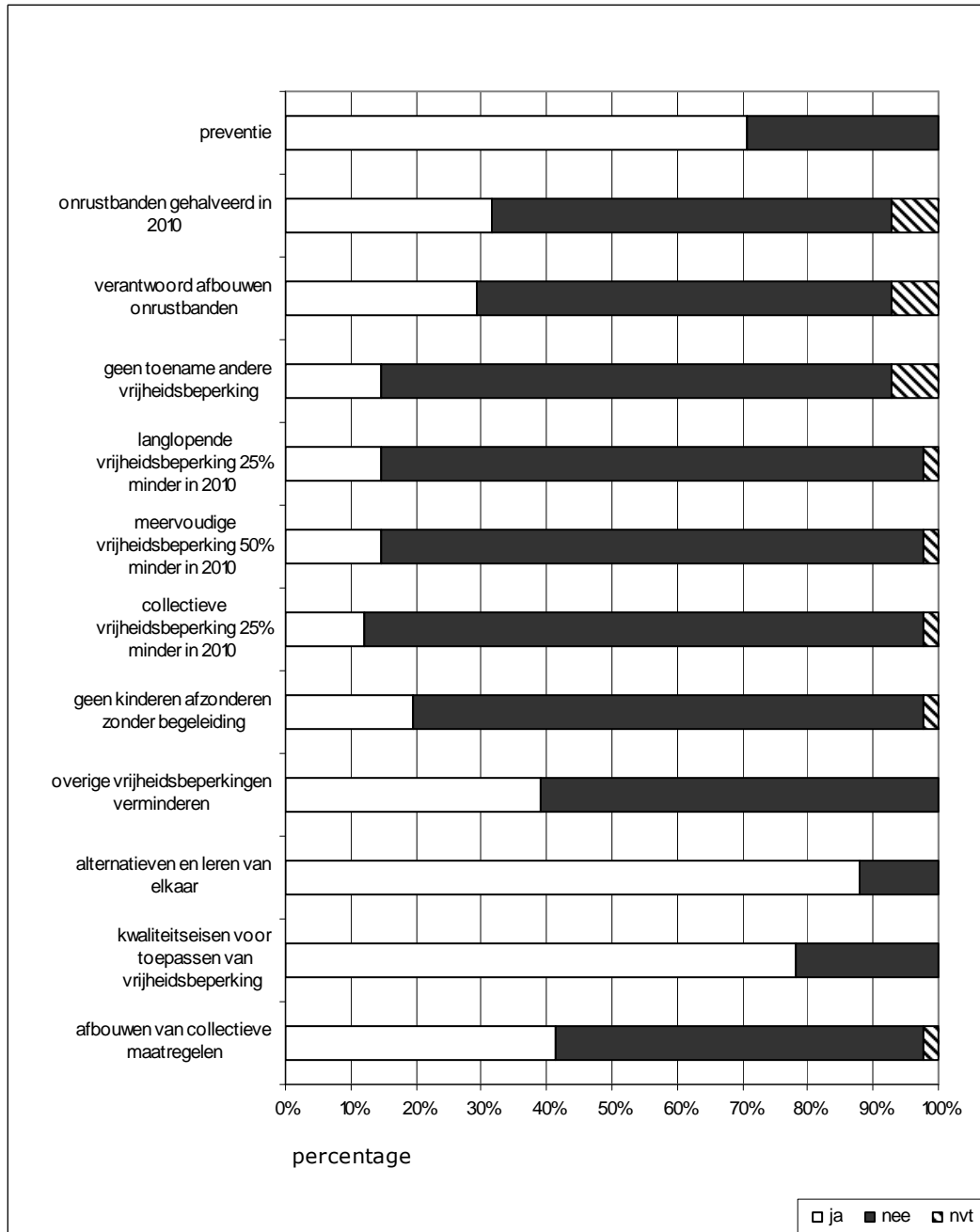
#### Oordeel over inhoud beleidsnota's

Bij 20% van de bezochte instellingen was beleid voor het terugdringen van vrijheidsbeperking in ontwikkeling en ontbrak nog een vastgestelde beleidsnota. De inspectie toetste de beleidsnota's *Terugdringen vrijheidsbeperking* van de overige 80% van de bezochte instellingen op SMART-geformuleerde doelen. De basis voor

<sup>h</sup> De categorie 'niet van toepassing' heeft betrekking op onderdelen die niet goed beoordeeld konden worden door de inspecteur omdat dit zich niet voordeed op de bezochte locatie.

<sup>i</sup> In de figuur is bij het aandachtsgebied preventief beleid het onderdeel Veiligheid afzonderings- en separeer-ruimte buiten beschouwing gelaten omdat dit in een te beperkt deel van de locaties is getoetst.

de toetsing van de beleidsnota's van de zorgaanbieders waren de maatregelen uit het inspectierapport *Zorg voor vrijheid: Terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet* (IGZ, 2008).



**Figuur 3** Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking; beoordeling beleidsnota's op relevante onderdelen (N=41)

Preventie van het gebruik van vrijheidsbeperking ontbrak in 29% van de getoetste beleidsnota's. Kwaliteitseisen voor het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen ontbrak bij 22%. Het aspect alternatieven voor vrijheidsbeperking en leren van elkaar kwam bij 12% niet voor in de beleidsnota.

#### 4.4 **Preventief beleid: opstellen risicotaxaties en signaleringsplannen nog geen gemeengoed**

Vrijheidsbeperking is een ultimum remedium. Veel vormen van vrijheidsbeperking zijn te voorkomen door goed preventief beleid bestaande uit een visie op vrijheidsbeperking, signaleringsplannen en gebruikmaken van risicotaxatie.

##### **Norm: Risicotaxaties**

Er zijn protocollen valpreventie en probleemgedrag. Individuele risicotaxaties zijn aantoonbaar aanwezig.

Bij 25% van de bezochte instellingen was er een gering/matig risico omdat protocollen valpreventie en probleemgedrag wel aanwezig waren, maar de uitvoering niet altijd conform het protocol gebeurde.

Bij 6% was er een hoog risico omdat weliswaar protocollen aanwezig waren, maar medewerkers risicotaxaties niet uitvoerden in die gevallen waarin dat duidelijk zinvol of nodig was. In de overige instellingen (69%) was er geen risico omdat er protocollen valpreventie en probleemgedrag waren en omdat aantoonbaar risicotaxaties aanwezig waren in de dossiers van de cliënten met risicogedrag.

##### **Norm: Signaleringsplannen**

Een risicoanalyse leidt altijd tot een signalerings- of benaderingsplan om vrijheidsbeperking te voorkomen of af te bouwen.

Bij 76% van de instellingen leidde een risicoanalyse van potentieel gevaarlijke situaties altijd tot een signalerings- of benaderingsplan om vrijheidsbeperking te voorkomen of af te bouwen. Daar staat tegenover dat er bij 8% van de instellingen een hoog risico was omdat de zorgaanbieder voor het opstellen van benaderings- of signaleringsplannen als onderdeel van het zorgplan geen risicoanalyse maakte. Bij de overige instellingen (16%) was er een gering/matig risico omdat zij wel risicoanalyses uitvoerden, maar men niet systematisch aan de hand hiervan een benaderings- of signaleringsplan voor de cliënt opstelde.

##### **Norm: Groepssamenstelling**

Bij plaatsing van een cliënt houdt de zorgaanbieder rekening met de interactie tussen deze cliënt en andere cliënten in de instelling.

Bij 92% van de bezochte instellingen hield men bij plaatsing van een cliënt in meer of mindere mate rekening met de interactie tussen deze cliënt en andere cliënten in de woongroep. Bij 8% van de instellingen was er een gering/matig risico omdat door tijdelijke huisvesting of een specifieke behandel functie het niet altijd mogelijk was om voldoende rekening te houden met de interacties tussen de cliënten.

##### **Norm: Analyse van (bijna-)incidenten**

Medewerkers melden (bijna-)incidenten en deze leiden, na analyse, waar mogelijk/nodig tot aanpassingen van werkwijze/ omgeving.

In alle 51 bezochte instellingen meldden medewerkers (bijna-)incidenten. In 10% van de instellingen was sprake van een gering/matig risico omdat bij medewerkers niet bekend was of analyses van meldingen waar mogelijk/nodig ook leidden tot



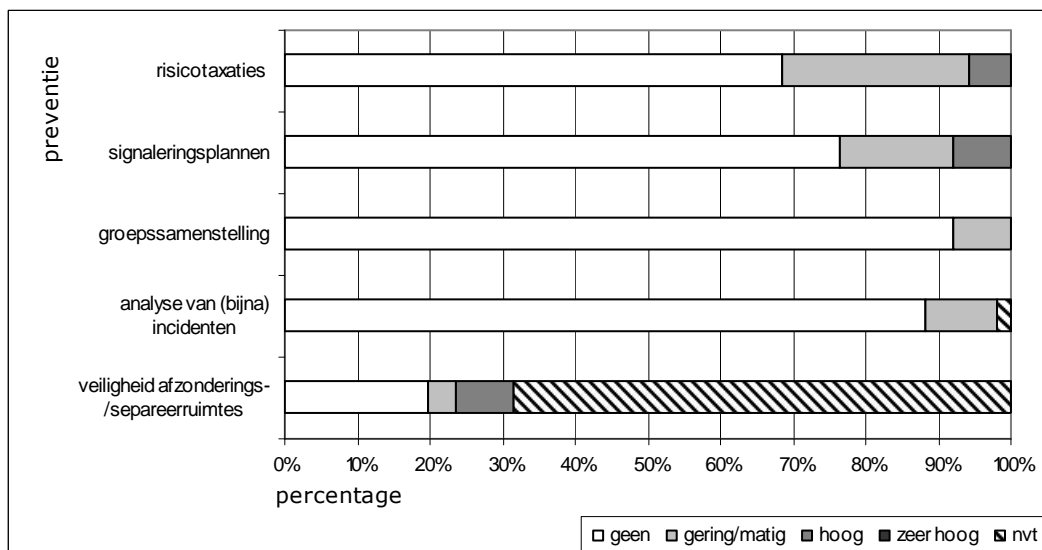
aanpassingen van werkwijze of omgeving. In één bezochte instelling stelde de inspectie dit onderdeel niet aan de orde.

**Norm: Veiligheid en hygiëne afzonderings- en separeerruimten**

De afzonderings- en separeerruimten zijn veilig en na gebruik gecontroleerd op veiligheid en hygiëne.

Van de 51 bezochte instellingen hadden er 16 een afzonderings- en/of separeerruimte. De inspectie toetste deze ruimten op veiligheid en hygiëne. Bij 4 van de 16 ruimten was sprake van een hoog risico bij de veiligheid, hygiëne en bruikbaarheid. Dit betrof ondermeer een te laag plafond, kans op afknellen van vingers/ledematen, uitstekende schroeven en materiaal dat niet slagvast was. Bij 2 van de 16 afzonderings- en/of separeerruimten was er een gering risico omdat deze ruimten niet geheel veilig en/of schoon waren, maar hiervoor wel aandacht was.

Bij de overige 10 bezochte instellingen met afzonderings- en/of separeerruimten was er geen risico omdat ruimten veilig waren en er na gebruik controle op de veiligheid en de hygiëne was.



Figuur 4 Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking (N=51); beoordeling aandachtsgebied Preventief beleid

**4.5**

**Zorg als proces: kon in 40% van de bezochte instellingen nog beter**

Of het nu gaat om de besluitvorming, de evaluatie of de toekomst van een cliënt: hulpverleners moeten voortdurend stil staan bij de vormen van vrijheidsbeperking die men denkt nodig te hebben.

Bij 40% van de instellingen kon de zorgaanbieder één of meer onderdelen van 'zorg als proces' verbeteren. Bij 20% betrof het slechts één van de drie onderdelen waarop nog verbetering mogelijk was.

**Norm: Besluitvorming**

Besluitvorming over toepassen vrijheidsbeperking vindt aantoonbaar multidisciplinair plaats.

Bij één van de instellingen (2%) was er een hoog risico, omdat de besluitvorming over vrijheidsbeperking niet duidelijk was en besluitvorming ook niet structureel via

een multidisciplinair overleg (MDO) verliep. Bij 18% was er een gering/matig risico omdat weliswaar de multidisciplinaire besluitvorming over toepassen van vrijheidsbeperking aanwezig was, maar de uitvoering beter kon. In de meeste gevallen was nog meer afstemming tussen de disciplines noodzakelijk.

**Norm: Inzet alternatieven**

Zorgaanbieders zoeken aantoonbaar naar alternatieven voor vrijheidsbeperking.

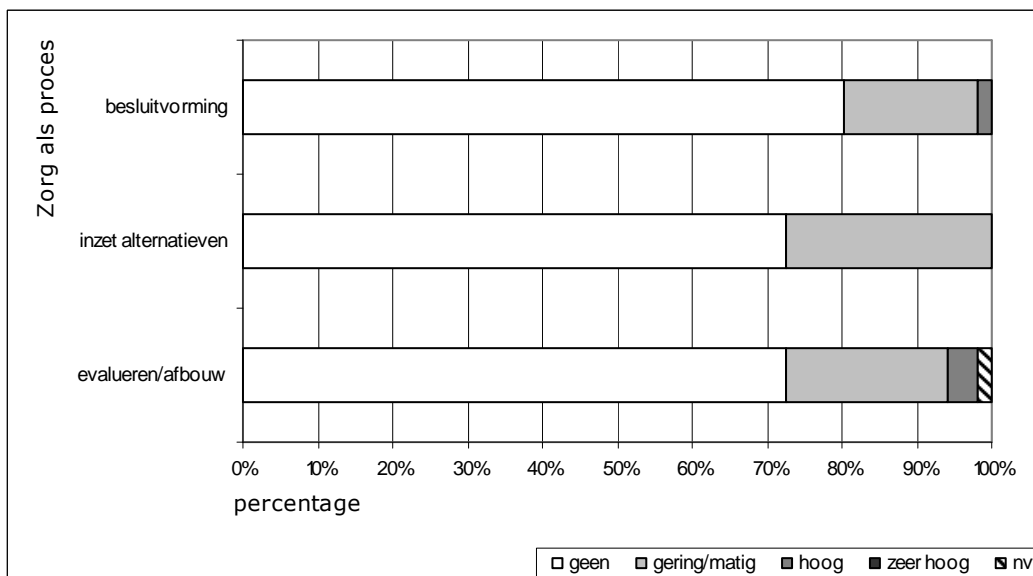
Alle bezochte instellingen probeerden alternatieven voor vrijheidsbeperking uit. Het zoeken en inzetten van alternatieven voor vrijheidsbeperking kon bij 27% van de instellingen nog beter omdat zij soms wel alternatieven inzetten, maar nog onvoldoende structureel. Deze instellingen kregen een gering/matig risico.

**Norm: Evalueren/afbouw**

Het is aantoonbaar dat zorgaanbieders de toepassing van vrijheidsbeperking regelmatig evalueren en streven naar de afbouw van de vrijheidsbeperking.

Bij twee instellingen was sprake van een hoog risico omdat evaluaties wel plaatsvonden, maar de resultaten hiervan niet zichtbaar waren in het zorgplan met concrete afbouw van de toegepaste vrijheidsbeperkingen.

Bij 22% van de instellingen was er een gering/matig risico omdat evaluatie en afbouw van vrijheidsbeperkingen wel plaatsvonden, maar niet in het zorgplan (of dossier) van de individuele cliënt stonden. Op één instelling vond geen toepassing van vrijheidsbeperking plaats en was dit onderdeel niet van toepassing.



Figuur 5 Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking (N=51); beoordeling aandachtsgebied Zorg als proces

#### 4.6 **Communicatie met cliënt (en vertegenwoordiger) én tussen disciplines meestal goed**

Communicatie betekent communiceren over vrijheidsbeperking, waaronder toepassingen en alternatieven, met alle betrokken partijen (teamleden en (externe) deskundigen), luisteren naar cliënten en hun vertegenwoordigers en ook het observeren en interpreteren van gedrag van een cliënt.

##### **Norm: Inbreng cliënt en/of vertegenwoordiger van de cliënt**

Het is zichtbaar in het individuele zorgplan en het dossier dat is overlegd met de cliënt (en/of de vertegenwoordiger van de cliënt).

Dit onderdeel toetste de inspectie in de gesprekken met de cliënten en de medewerkers en door inzage op de bezochte instelling in ten minste twee dossiers en individuele zorgplannen. Bij 88% van de bezochte instellingen stelde de inspectie vast dat zorgaanbieders aan de norm voldeden. In de overige instellingen was er sprake van een gering/matig risico omdat volgens zowel de geïnterviewde medewerkers als de cliënten vooraf met de cliënt (en/of de vertegenwoordiger van de cliënt) wel overleg plaatsvond over de vrijheidsbeperking, maar dit niet zichtbaar was in het dossier en/of het individuele zorgplan.

##### **Norm: Afstemming disciplines**

Bij overleg over vrijheidsbeperking zijn de benodigde disciplines, in ieder geval een arts en een gedragsdeskundige, betrokken.

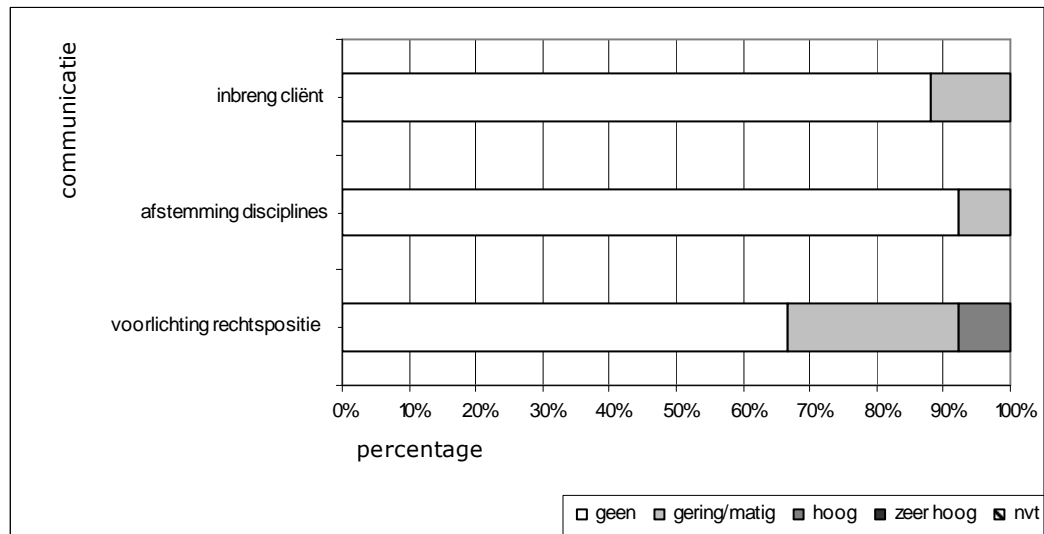
In alle bezochte instellingen voor cliënten met een verstandelijke beperking vond in voldoende mate afstemming plaats tussen de benodigde disciplines over het toepassen van vrijheidsbeperking.

In 8% van de instellingen was er een gering/matig risico omdat de afstemming en betrokkenheid van disciplines nog beter kon. Dit betrof ondermeer verbetering van de beschikbaarheid en aanwezigheid van de gedragsdeskundige.

##### **Norm: Voorlichting cliënten over rechtspositie**

Cliënten en vertegenwoordigers van de cliënt hebben de beschikking over voorlichtingsmateriaal over hun rechtspositie in de instelling, beleid vrijheidsbeperking en de klachtenprocedure. De informatie is te begrijpen voor de doelgroep.

Bij 67% van de instellingen was er geen risico, omdat cliënten en hun vertegenwoordigers de beschikking hadden over voorlichtingsmateriaal over hun rechtspositie en het beleid over vrijheidsbeperking. Deze informatie was ook geschikt voor de doelgroep. Voor 25% van de instellingen was er een gering/matig risico omdat geschikt voorlichtingsmateriaal wel aanwezig was, maar niet duidelijk was wie ervoor zorgde dat de cliënten en de vertegenwoordigers de informatie ook kregen en kenden. Bij 8% was er een hoog risico omdat op onderdelen van de rechtspositie of over het toepassen van vrijheidsbeperking informatie ontbrak of de beschikbare informatie niet toegesneden was op cliënten met een verstandelijke beperking.



Figuur 6 Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking (N=51); beoordeling aandachtsgebied Communicatie

#### 4.7

#### Opname van vrijheidsbeperking in zorgplan bij 55% van instellingen goed

De zorgaanbieder verantwoordt elke vorm van vrijheidsbeperking naar alle betrokken partijen en legt dit vast in het zorgplan.

##### Norm: Zorgplan

Vrijheidsbeperking is in het individuele zorgplan vermeld met reden, alternatieven en evaluatietermijnen en is tot stand gekomen in overleg (en zo mogelijk instemming) van de cliënt en/of de vertegenwoordiger.

Bij 55% van de instellingen was er geen risico omdat toegepaste vrijheidsbeperkingen in het individuele zorgplan stonden, er zichtbaar evaluatie plaatsvond, er aandacht was voor alternatieven en afbouw en dat dit zorgplan overeengekomen was met de cliënt en/of de vertegenwoordiger.

Voor 6% was sprake van hoog risico omdat in het individuele zorgplan geen aandacht was voor evaluaties en alternatieven voor de vrijheidsbeperking. De overige 39% van de instellingen kreeg als beoordeling een gering/matig risico omdat toegepaste vrijheidsbeperkingen en regelmatige evaluatie zichtbaar waren in het dossier, maar er beperkt of geen aandacht was voor minder ingrijpende alternatieven en afbouw.

##### Norm: Vrijheidsbeperking subsidiair, proportioneel en doelmatig

Toepassingen van vrijheidsbeperking zijn in verhouding met het doel, hebben het minste nadeel voor cliënt en zijn effectief.

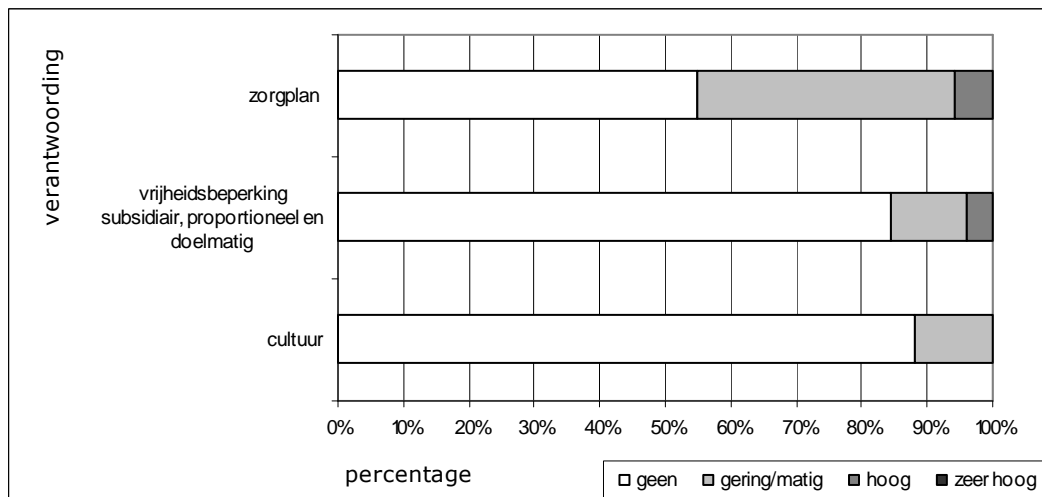
In 4% van de instellingen was er een hoog risico omdat individuele toepassingen van vrijheidsbeperkingen niet doelgericht, niet subsidiair en disproportioneel waren. Bij één zorgaanbieder betrof dit het tijdens teamoverleg opsluiten van kinderen op de eigen kamer zonder aanwezigheid van personeel. De andere zorgaanbieder had een hoog risico omdat duidelijke evaluaties ontbraken en er geen aandacht was voor alternatieven en het afbouwen van de vrijheidsbeperkingen.

Bij 12% was er een gering/matig risico. Hier stelde de inspectie vast dat toepassingen van vrijheidsbeperkingen min of meer in verhouding waren met doel, subsidiair en proportioneel, maar hiervoor nog te weinig of te beperkt aandacht was. Bij de overige 84% trof de inspectie geen risico aan.

#### **Norm: Cultuur**

Vrijheidsbeperking is bij medewerkers een regelmatig gespreksonderwerp, bijvoorbeeld via intervisie/intercollegiale toetsing.

Bij 88% van de bezochte instellingen heerste een open cultuur over het toepassen van vrijheidsbeperking. Het was een regelmatig gespreksonderwerp onder medewerkers bijvoorbeeld via intervisie en intercollegiale toetsing. In de overige instellingen (12%) werd wel over vrijheidsbeperking gesproken, maar er was geen of te beperkt ruimte/tijd voor intervisie/intercollegiale toetsing.



Figuur 7 Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking (N=51); beoordeling aandachtsgebied Verantwoording

#### **4.8**

#### **Deskundigheid; knelpunten bij voldoende en bekwaam personeel, gebruik van protocollen kon beter**

Deskundigheid ligt aan de basis van alle aandachtsgebieden; zonder deskundigheid kunnen medewerkers niet goed communiceren over vrijheidsbeperking en zijn zij onvoldoende in staat het aantal toepassingen verantwoord terug te dringen.

#### **Norm: Voldoende personeel**

De personele bezetting is voldoende en de continuïteit van zorg is geborgd.

De continuïteit van zorg was in 80% van de instellingen op orde en de personele bezetting voldoende. Bij 20% was er een gering/matig risico omdat er continuïteit van zorg was, maar de personeelbezetting kwetsbaar was qua aantallen.

#### **Norm: Bekwaam personeel**

Het personeel is voldoende geschoold en deskundig in het verantwoord toepassen en terugdringen van vrijheidsbeperking en weet hoe om te gaan met vrijheidsbeperking en de risico's daarvan.

Bij 2% van de bezochte instellingen was er op het onderdeel bekwaamheid van personeel een hoog risico omdat medewerkers niet geschoold waren in agressie- en conflictbeheersing en er ook geen scholing voor mogelijke risico's en terugdringing vrijheidsbeperking plaatsvond. Van de bezochte instellingen had 20% een gering/matig risico omdat het ontbraken had aan voldoende regelmatige scholing op het terrein van vrijheidsbeperking of dat de deskundigheid over de risico's van vrijheidsbeperking beter kon. De overige 78% had geen risico.

**Norm: Intervisie en reflectie**

Er is voldoende en structureel de mogelijkheid voor de medewerkers voor intervisie en reflectie over het verantwoord toepassen en terugdringen vrijheidsbeperking.

Omdat er voor medewerkers voldoende mogelijkheden waren voor reflectie en intervisie over het toepassen en terugdringen van vrijheidsbeperking had 84% van de instellingen geen risico. De overige bezochte instellingen (16%) kregen als beoordeling een gering/matig risico omdat intervisie en reflectie wel mogelijk was, maar dit geen structureel karakter had.

**Norm: Aandachtsfunctionaris of commissie**

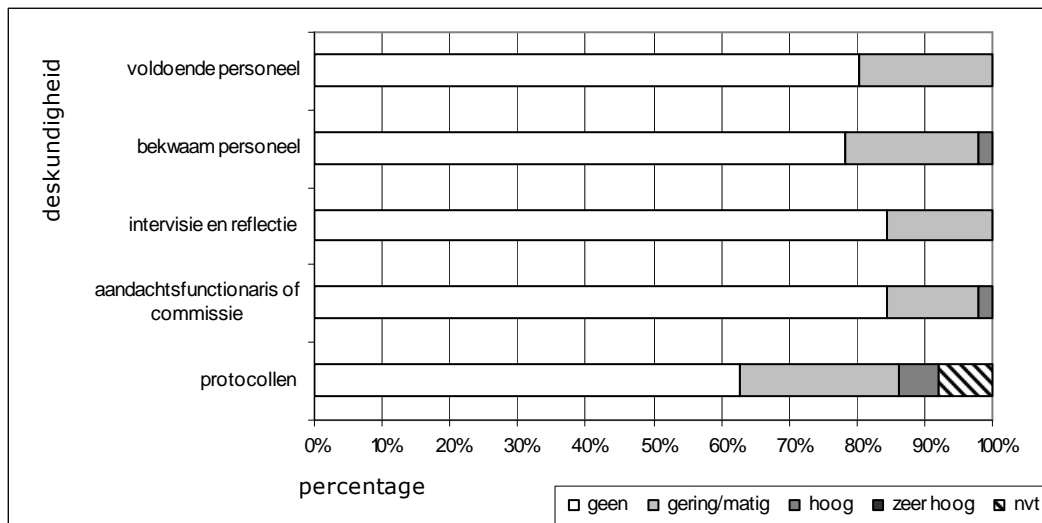
Er is een commissie of aandachtsfunctionaris die systematisch de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen bewaakt en adviezen geeft.

Een commissie of aandachtsfunctionaris die systematisch de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen bewaakt en adviezen geeft was in 84% van de bezochte instellingen aanwezig en actief. Bij 2% was er een hoog risico omdat er geen aandacht was voor het systematisch bewaken van de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen. In de overige 14% van de bezochte instellingen was sprake van een gering/matig risico omdat er wel een commissie of aandachtsfunctionaris de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen systematisch bewaakte, maar de medewerkers daar weinig van terughoorden.

**Norm: Protocollen**

Protocollen voor het toepassen van vrijheidsbeperking zijn aanwezig, bekend bij uitvoerende medewerkers, worden gebruikt en systematisch geëvalueerd.

Dit onderdeel van het aandachtsgebied deskundigheid scoorde het meeste risico in de bezochte instellingen. Bij 6% van de instellingen was er een hoog risico omdat protocollen voor het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking, zoals het toepassen van onrustband, onvoldoende vertaald waren naar de specifieke situatie van de cliënt of de protocollen niet op de instelling beschikbaar waren. Eén bezochte instelling had protocollen over gedwongen toepassing van vrijheidsbeperking overgenomen van een andere organisatie, terwijl op de bezochte instelling geen gedwongen vrijheidsbeperking mocht worden toegepast. In 8% van de instellingen was er geen vrijheidsbeperking. De inspectie oordeelde over dit onderwerp in deze gevallen niet.



Figuur 8 Instellingen met verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking (N=51); beoordeling aandachtsgebied Deskundigheid

#### 4.9

#### Na circulaire inspectie meer aandacht voor veiliger gebruik onrustbanden

Meldingen van ernstige calamiteiten met onrustbanden in de gezondheidszorg waren voor de inspectie aanleiding om in september 2008 de circulaire *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden* te verspreiden onder de directies en Raden van Bestuur van zorgaanbieders. Met een digitale vragenlijst onder 81 zorgaanbieders met ten minste de functie verblijf voor cliënten met een verstandelijke beperking onderzocht de inspectie of de circulaire leidde tot minder risico's bij het veiliger gebruik van onrustbanden<sup>j</sup>. De respons was 63%. In tabel 1 staan de resultaten.

Tabel 1

Resultaten van de digitale vragenlijst over het verantwoord en veilig gebruik van onrustbanden onder 51 zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg, mei en juni 2010

	Percentage		
	Ja	Nee	Niet van toepassing <sup>k</sup>
Beleid gericht op verminderen gebruik van onrustbanden <sup>l</sup>	96	0	4
Standaard gebruik risico-inschatting bij fixeren met onrustband	78	12	10
Aanwezigheid vastgesteld fixatieprotocol	92	0	8
Deskundigheidsbevordering vanaf medio 2008 in veilig en verantwoord gebruik onrustband	84	4	12
Circulaire inspectie heeft geleid tot bijstelling van (kwaliteits-)beleid	82	10	8

<sup>j</sup> Door beperkingen in landelijke registratiesystemen is geselecteerd op zorgaanbieders die een aanmerking hebben op basis van de Wet Bopz voor één of meer locaties.

<sup>k</sup> De categorie *niet van toepassing* had waarschijnlijk betrekking op de zorgaanbieders die geen onrustbanden (meer) gebruikten. Dit bleek uit de beantwoording van de vragen en de toelichtingen bij de vragen.

<sup>l</sup> Onder een onrustband wordt verstaan ieder type band waarmee een cliënt wordt vastgebonden/ gefixeerd in bed of stoel.

Op basis van de resultaten van de digitale vragenlijst bleek dat er in de gehandicaptenzorg actief beleid was dat gericht was op het verminderen/afbouwen van het gebruik van onrustbanden. De circulaire van de inspectie over het veilig en verantwoord gebruik van onrustbanden leidde bij alle respondenten in de gehandicaptenzorg die nog onrustbanden gebruikten tot bijstelling van het beleid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen. Alle zorgaanbieders die onrustbanden gebruikten, beschikten over een fixatieprotocol. Minder vaak maakten zorgaanbieders gebruik van risico-inschattingen voorafgaand aan het fixeren van een cliënt met een onrustband. Bij 12% vond dit niet standaard plaats. Tot slot bleek uit de digitale vragenlijst dat het bij 4% van de respondenten ontbrak aan recente deskundigheidsbevordering van personeel in het veilig en verantwoord gebruik van onrustbanden.



## 5 Resultaten psychogeriatrische zorg

Dit hoofdstuk bevat de resultaten van 49 bezoeken aan instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten en van de resultaten van de digitale vragenlijst.

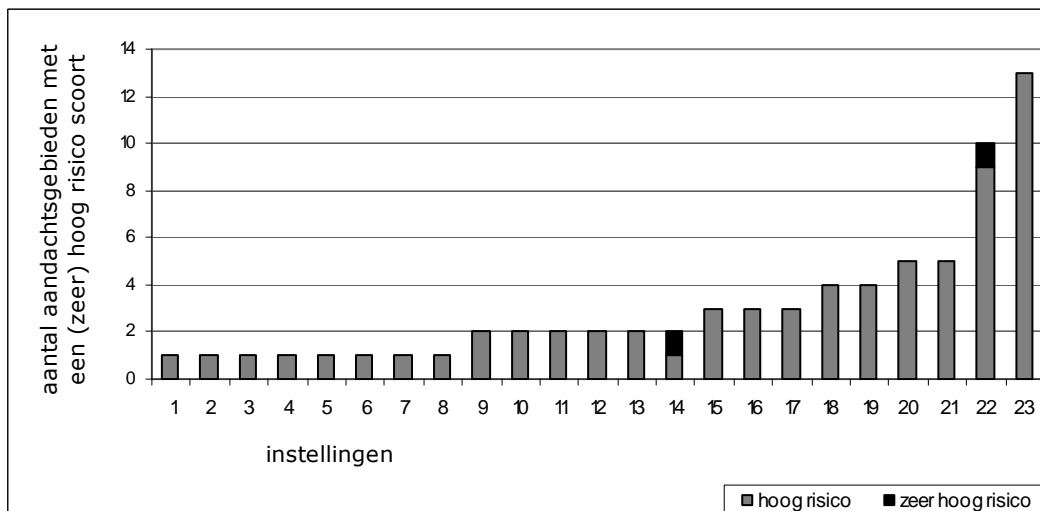
In paragraaf 5.1 staat een overzicht van de beoordelingen van de risico's per bezochte instelling. Paragraaf 5.2 tot en met 5.8 bevatten de resultaten van de getoetste aandachtsgebieden. In paragraaf 5.9 staan de resultaten uit de digitale vragenlijst over de circulaire van de inspectie.

### 5.1 Ruim 50% van bezochte instellingen geen hoog risico

Bij 53% van de 49 bezochte instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten was er op alle onderdelen van terugdringen vrijheidsbeperking geen of een gering/matig risico. Bij 47% (23) van de bezochte instellingen was sprake van een hoog (68 keer) tot zeer hoog risico (2 keer).

In figuur 9 staat het aantal onderdelen weergegeven waarop er een hoog tot zeer hoog risico was bij 47% van de bezochte instellingen.

Bij 16% van de instellingen betrof het één getoetst onderdeel met een hoog risico. Bij de overige 31% betrof het twee tot dertien onderdelen met een hoog of zeer hoog risico. Bij de twee instellingen met een zeer hoog risico verzocht de inspectie direct maatregelen te treffen. De instellingen met de meeste risico's behoorden bij middelgrote tot grote organisaties voor verpleging en verzorging.



Figuur 9 Instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten; verdeling hoog en zeer hoog risico

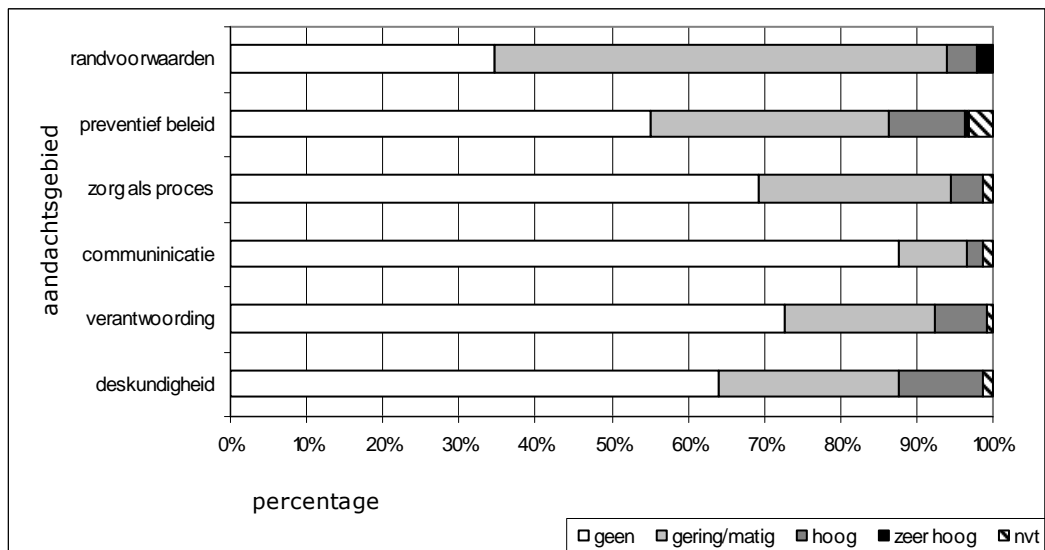
### 5.2 Meeste risico's bij randvoorwaarden en preventief beleid, minste bij communicatie

Bij 65% van de bezochte instellingen waren er voor het aandachtsgebied randvoorwaarden de meeste risico's.

Bij 59% was er een gering/matig risico, bij 4% een hoog risico en bij 2% een zeer hoog risico omdat niet op alle relevante onderdelen van het terugdringen van vrijheidsbeperking beleid was.

Bij het aandachtsgebied preventief beleid was er in 55% geen risico, in 33% een gering/matig risico en in 9% een hoog tot zeer hoog risico.

Het aandachtsgebied communicatie had de minste risico's; bij 88% van de getoetste onderdelen van communicatie was er geen risico.



Figuur 10 Instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten (N=49); verdeling risico's per aandachtsgebied

### 5.3 Randvoorwaarden bij 65% nog niet op orde

Om goede zorg en goed hulpverlenerschap te kunnen garanderen zijn voldoende randvoorwaarden nodig.

#### Norm: Randvoorwaarden

De organisatie heeft beleid voor het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking en beleid gericht op terugdringen van vrijheidsbeperking. Dit beleid is bekend bij medewerkers en zij voeren dit uit. Het beleid omvat ten minste:

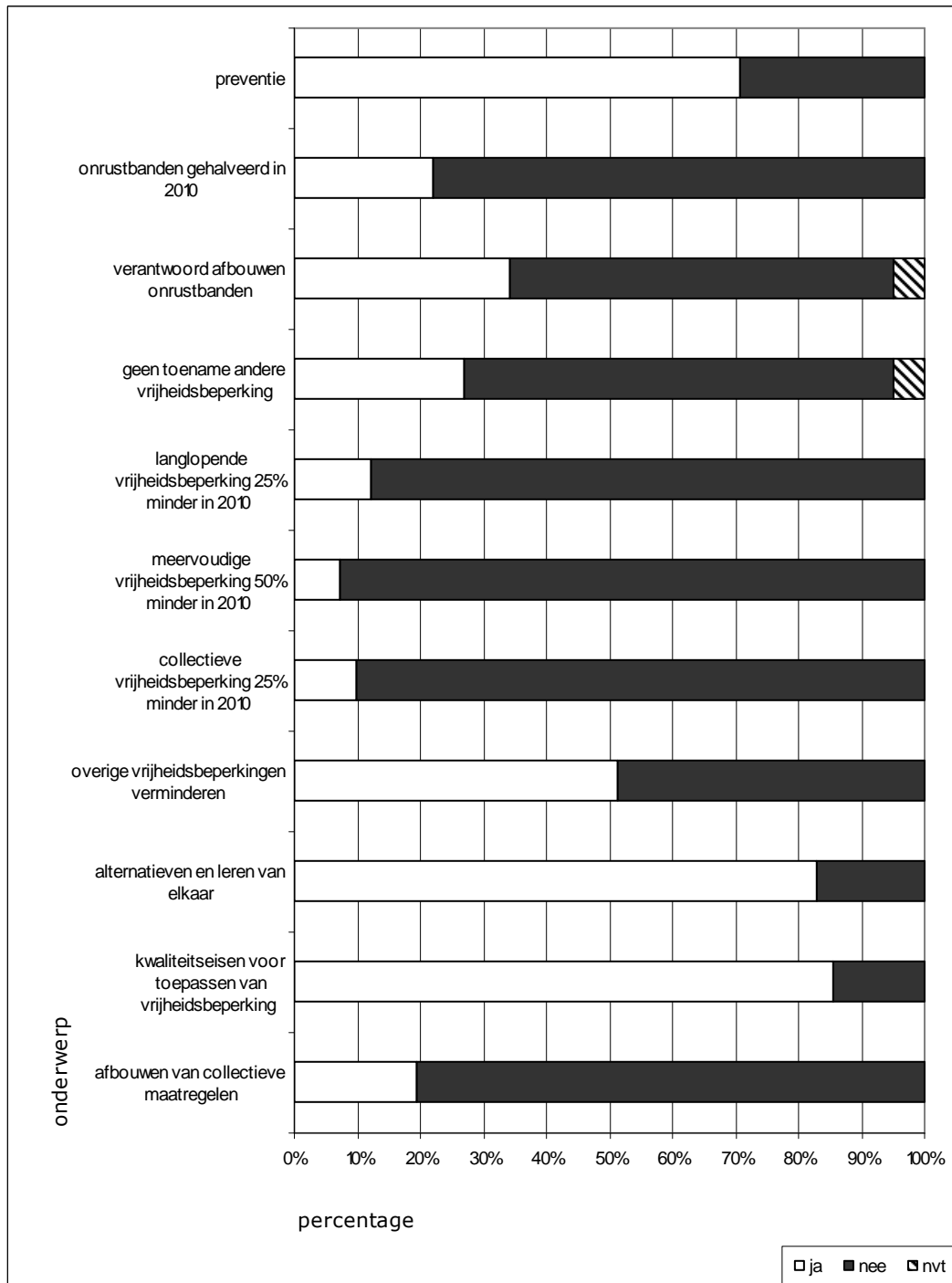
- Beleidsnota terugdringen vrijheidsbeperking.
- Scholingsplan verantwoord toepassen en terugdringen vrijheidsbeperking.
- Afspraken/beleid over collectieve vrijheidsbeperking, zoals afsluiten ruimten en inzet niet-persoonsgebonden domotica.
- Regeling/afspraken toezicht op cliënten (indien van toepassing).
- Veiligheid, onderhoud hulpmiddelen in het toepassen van vrijheidsbeperking.

Bij 35% van de bezochte instellingen was er bij het onderdeel randvoorwaarden geen risico omdat er op essentiële onderdelen beleid was en de uitvoering in de praktijk conform het beleid plaatsvond.

Bij 59% van de instellingen was op één onderdeel geen vastgesteld beleid en/of voerden medewerkers het vastgestelde beleid (nog) niet uit. Deze kregen de beoordeling gering/matig risico. Bij 4% van de instellingen was er een hoog risico omdat op twee onderdelen beleid ontbrak.

Bij één instelling was er een zeer hoog risico omdat op de onderdelen beleid terugdringen vrijheidsbeperking, scholingsplan, afspraken toezicht en toepassen collectieve vrijheidsbeperking vastgesteld beleid ontbrak.

Opmerkelijk was dat bij 16% van de 49 bezochte instellingen beleid over het terugdringen van vrijheidsbeperking nog in ontwikkeling was en een vastgestelde beleidsnota nog ontbrak. De inspectie toetste de beleidsnota's *Terugdringen vrijheidsbeperking* van de overige 84% (41) van de instellingen op SMART-geformuleerde doelen. De basis voor de toetsing van de beleidsnota's van de zorgaanbieders waren de maatregelen uit het inspectierapport *Zorg voor vrijheid: Terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet* (IGZ, 2008).



*Figuur 11 Instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten; beoordeling beleidsnota's op relevante onderdelen*

Preventie van het toepassen van vrijheidsbeperking ontbrak in 29% van de getoetste beleidsnota's. Kwaliteitseisen voor het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen ontbrak bij 15%. Het aspect alternatieven voor vrijheidsbeperking en leren van elkaar kwam bij 17% niet voor in de beleidsnota.

Hierin stonden de volgende beoogde resultaten voor de psychogeriatric voor 2010:

- De zorgaanbieders verminderen in 2010 het gebruik van onrustbanden ten opzichte van 2009 met 50%. Van de 41 getoetste beleidsnota's in de psychogeriatric vermeldde 22% dit.
- De zorgaanbieders verminderen het aantal langlopende<sup>m</sup> vrijheidsbeperkingen ten opzichte van 2009 met 25%. Van de 41 getoetste beleidsnota's in de psychogeriatric vermeldde 12% dit.
- De zorgaanbieders verminderen het aantal meervoudige toepassingen, bijvoorbeeld (gedragsbeïnvloedende) medicatie en fixatie, ten opzichte van 2009 met 50%. Van de 41 getoetste beleidsnota's in de psychogeriatric vermeldde 7% dit.
- De zorgaanbieders verminderen het aantal vrijheidsbeperkingen met een collectief karakter ten opzichte van 2009 met 25%. Van de 41 getoetste beleidsnota's in de psychogeriatric vermeldde 10% dit. Iets vaker namelijk in 20% van de beleidsnota's was wel in algemene bewoordingen aandacht voor het verminderen van collectieve toepassingen van vrijheidsbeperking.

#### 5.4 Preventief beleid; opstellen risicotaxaties en signaleringsplannen nog geen gemeengoed

Vrijheidsbeperking is een ultimum remedium. Zorgaanbieders kunnen veel vormen van vrijheidsbeperking voorkomen door goed preventief beleid bestaande uit een visie op vrijheidsbeperking, signaleringsplannen en het gebruikmaken van risicotaxatie.

##### **Norm: Risicotaxaties**

Er zijn protocollen valpreventie en probleemgedrag. Individuele risicotaxaties zijn aantoonbaar aanwezig.

Bij 24% van de bezochte instellingen was er een hoog risico omdat weliswaar protocollen aanwezig waren, maar medewerkers risicotaxaties niet uitvoerden in die gevallen waarin dat duidelijk zinvol of nodig was. Bij één instelling (2%) was er een zeer hoog risico omdat een protocol valpreventie niet aanwezig was en er geen risicotaxaties plaatsvonden. Bij 47% was er een gering/matig risico omdat protocollen valpreventie en probleemgedrag wel aanwezig waren, maar de uitvoering niet altijd conform het protocol gebeurde, zoals het opstellen van risicotaxaties. In de overige bezochte instellingen (27%) was er geen risico omdat er protocollen valpreventie en probleemgedrag waren en aantoonbaar risicotaxaties aanwezig waren in de dossiers van de cliënten met risicogedrag.

##### **Norm: Signaleringsplannen**

Een risicoanalyse leidt altijd tot een signalerings- of benaderingsplan om vrijheidsbeperking te voorkomen of af te bouwen.

Bij 43% van de bezochte instellingen leidde een risicoanalyse van potentieel gevaarlijke situaties altijd tot een signalerings- of benaderingsplan om vrijheidsbeperking te voorkomen of af te bouwen.

Daar staat tegenover dat er bij 8% van de instellingen een hoog risico was omdat risicoanalyses niet leidden tot het opstellen van benaderings- of signaleringsplannen als onderdeel van het zorgplan. De overige instellingen (49%) hadden een gering-/matig risico omdat zij wel risicoanalyses uitvoerden, maar men niet systematisch aan de hand hiervan een benaderings- of signaleringsplan voor de cliënt opstelden.

<sup>m</sup> Langlopend wil zeggen toepassingen gedurende een lange periode op wisselende tijdstippen.

**Norm: Groepssamenstelling**

Bij plaatsing van een cliënt houdt de zorgaanbieder rekening met de interactie tussen deze cliënt en andere cliënten in de instelling.

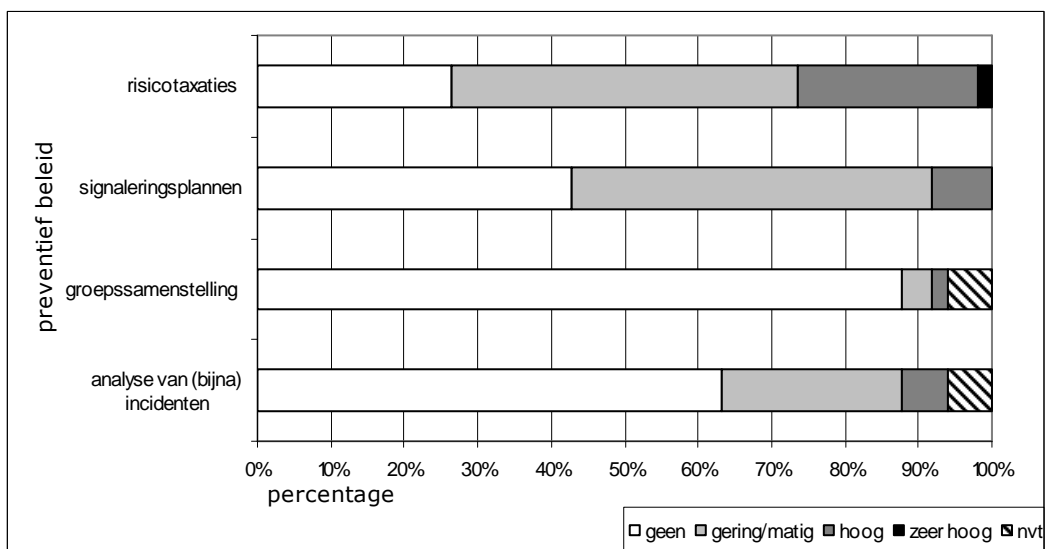
In 88% van de bezochte instellingen voor psychogeriatricie hield men bij plaatsing van een cliënt rekening met de interactie tussen deze cliënt en andere cliënten in de instelling. Twee instellingen (4%) scoorden een gering/matig risico omdat de zorgaanbieder beperkt rekening hield met de interacties tussen de cliënten. In één instelling (2%) was er een hoog risico omdat bij plaatsing van een cliënt men geen rekening hield met de interactie tussen de cliënt en anderen. Bij drie bezochte instellingen voor psychogeriatricische cliënten (6%) was dit onderdeel niet van toepassing.

**Norm: Analyse van (bijna-)incidenten**

Medewerkers melden (bijna-)incidenten en deze leiden, na analyse, waar mogelijk/nodig tot aanpassingen van werkwijze/ omgeving.

In 6% van de bezochte instellingen was er een hoog risico, omdat medewerkers incidenten niet altijd meldden of nooit een verbeteractie kregen. Bij 25% meldde men (bijna-) incidenten met vrijheidsbeperking wel, maar was het bij de medewerkers niet duidelijk of analyses van meldingen ook verbeteracties tot gevolg hadden.

Dit leidde tot het oordeel gering/matig risico. Bij 64% van de instellingen was er geen risico, omdat medewerkers (bijna-)incidenten meldden en dit leidde, na analyse, waar mogelijk/nodig tot aanpassingen van de werkwijze of de omgeving. In drie instellingen (6%) was dit onderdeel niet van toepassing omdat er geen incidenten waren met het toepassen van vrijheidsbeperking. Er was overigens binnen de organisatie voor deze instellingen wel een commissie meldingen incidenten.



Figuur 12 Instellingen met verblijf voor psychogeriatricische cliënten (N=49); beoordeling aandachtsgebied Preventief beleid

## 5.5 **Zorg als proces; kon in 49% van bezochte instellingen nog beter**

Of het nu gaat om de besluitvorming, de evaluatie of de toekomst van een cliënt: hulpverleners moeten voortdurend stil staan bij de vormen van vrijheidsbeperking.

De inspectie gaf twee keer een hoog risico bij het onderdeel inzet van alternatieven voor vrijheidsbeperking en vier keer bij het onderdeel systematisch evalueren en afbouwen. Bij besluitvorming als onderdeel van het zorgproces was geen enkele keer een hoog risico.

### **Norm: Besluitvorming**

Besluitvorming over toepassen vrijheidsbeperking vindt aantoonbaar multidisciplinair plaats.

Bij geen van de bezochte instellingen stelde de inspectie vast dat de besluitvorming over vrijheidsbeperking niet duidelijk was of besluitvorming niet structureel via een multidisciplinair overleg (MDO) verliep. Voor 16% van de instellingen was er een gering/matig risico omdat er weliswaar multidisciplinaire besluitvorming over het toepassen van vrijheidsbeperking was, maar de uitvoering beter kon. Dit betrof in de meeste gevallen de noodzaak voor meer afstemming tussen de disciplines.

### **Norm: Inzet alternatieven**

Zorgaanbieders zoeken aantoonbaar naar alternatieven voor vrijheidsbeperking.

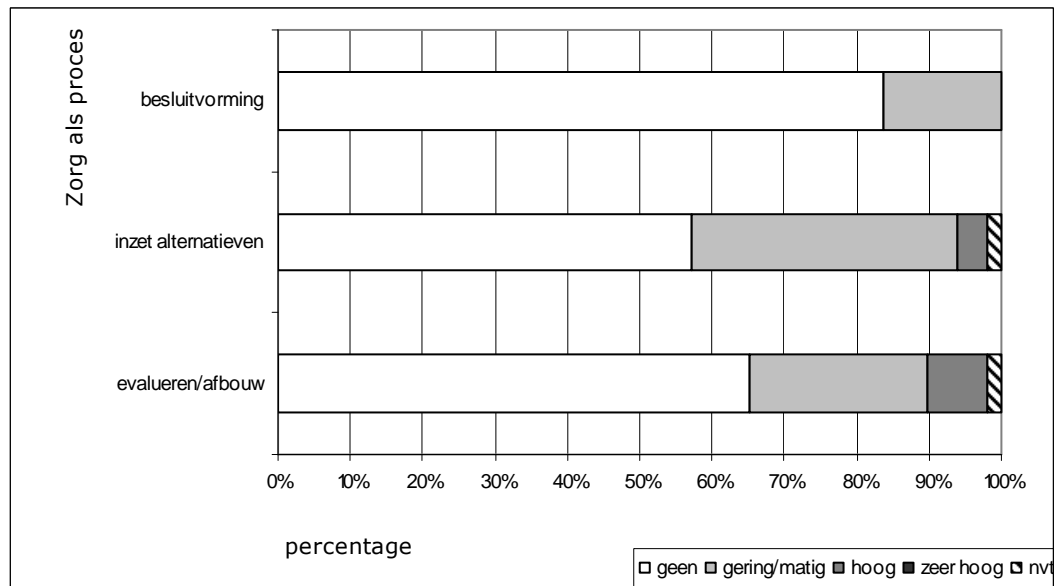
Bij 4% van de instellingen was er een hoog risico omdat zij alternatieven voor vrijheidsbeperking niet zichtbaar uitprobeerden. Het zoeken en inzetten van alternatieven voor vrijheidsbeperking kon bij 37% van de instellingen nog beter. Er was een gering/matig risico omdat zij soms wel alternatieven inzetten, maar nog onvoldoende of niet structureel.

In één bezochte instelling (2%) waren er geen toepassingen van vrijheidsbeperking en daarom was dit onderdeel niet van toepassing. De overige 57% voldeed aan de norm.

### **Norm: Evalueren/afbouw**

Het is aantoonbaar dat zorgaanbieders de toepassing van vrijheidsbeperking regelmatig evalueren en streven naar de afbouw van de vrijheidsbeperking.

Bij vier bezochte instellingen (8%) voor psychogeriatrische cliënten was sprake van een hoog risico omdat evaluaties wel plaatsvonden, maar deze evaluaties geen vertaling kregen in de afbouw van de toegepaste vrijheidsbeperkingen. Bij 24% van de instellingen was er een gering/matig risico omdat evaluatie en afbouw van vrijheidsbeperkingen wel plaatsvonden, maar dit niet vermeld stond in het dossier/zorgplan van de individuele cliënt.



*Figuur 13 Instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten (N=49); beoordeling aandachtsgebied Zorg als proces*

## 5.6 Communicatie met (vertegenwoordiger van) cliënt én tussen disciplines meestal goed

Communicatie betekent communiceren over vrijheidsbeperking, waaronder toepassingen en alternatieven, met alle betrokken partijen (teamleden en (externe) deskundigen), luisteren naar cliënten en hun vertegenwoordigers en ook het observeren en interpreteren van gedrag van een cliënt.

### **Norm: Inbreng cliënt en/of vertegenwoordiger van de cliënt**

Het is zichtbaar in het individuele zorgplan en het dossier dat is overlegd met de cliënt (en/of de vertegenwoordiger van de cliënt).

In 92% van de bezochte instellingen was er geen risico omdat er in de gesprekken met de cliëntenraad en medewerkers en uit inzage in de dossiers en zorgplannen bleek dat medewerkers over de toepassing van vrijheidsbeperking met de cliënt of zijn vertegenwoordiger overlegden. Bij 6% van de instellingen was sprake van een gering risico omdat volgens zowel geïnterviewde medewerkers als cliëntenraad vooraf met de cliënt (en/of de vertegenwoordiger van de cliënt) wel overleg plaatsvond over de vrijheidsbeperking, maar dit niet zichtbaar was in het dossier en/of het individuele zorgplan. Bij één instelling (2%) was er op dit onderdeel een hoog risico omdat medewerkers de vertegenwoordigers van cliënten wel informeerden over het individuele zorgplan en eventuele toepassing van vrijheidsbeperking, maar er geen overleg plaatsvond.

### **Norm: Afstemming disciplines**

Bij overleg over vrijheidsbeperking zijn de benodigde disciplines betrokken.

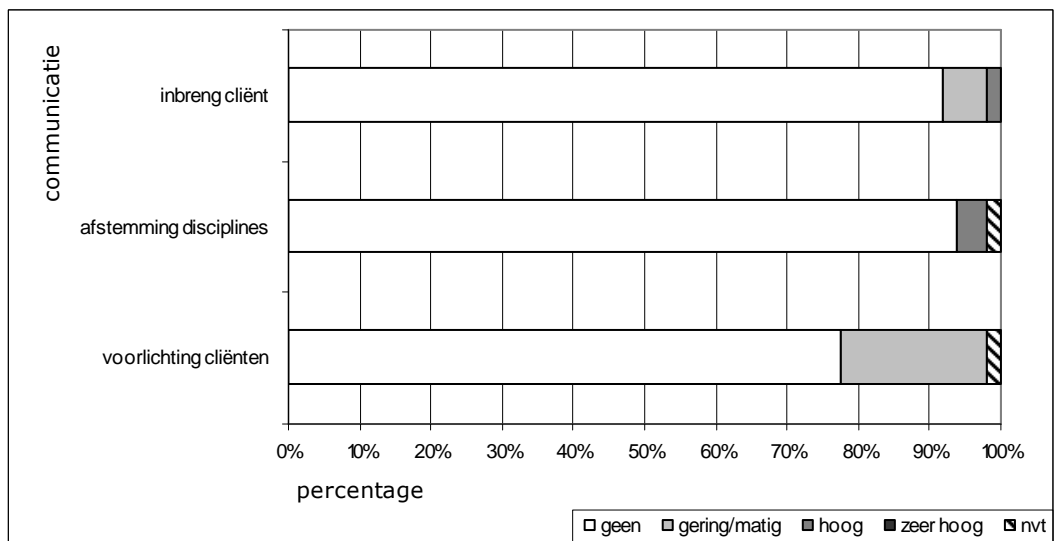
In 94% van de bezochte instellingen was er geen risico omdat in voldoende mate afstemming plaatsvond tussen de benodigde disciplines over het toepassen van vrijheidsbeperking. In twee bezochte instellingen voor psychogeriatrische cliënten

was sprake van een hoog risico omdat in één instelling de specialist ouderengeneeskunde (in het verleden aangeduid als verpleeghuisarts) niet standaard bij het multidisciplinair overleg aanwezig was. In de andere instelling was er geen vastgestelde werkwijze en beleid over de inhoud van het multidisciplinair overleg. In één bezochte instelling was dit onderdeel niet toetsbaar omdat geen vrijheidsbeperking van cliënten plaatsvond.

**Norm: Voorlichting cliënten over rechtspositie**

Cliënten en vertegenwoordigers van de cliënt hebben de beschikking over voorlichtingsmateriaal over hun rechtspositie in de instelling, beleid vrijheidsbeperking en de klachtenprocedure.

Bij 78% van de instellingen was er geen risico, omdat cliënten en hun vertegenwoordigers de beschikking hadden over voorlichtingsmateriaal over hun rechtspositie en het beleid over vrijheidsbeperking. Van de bezochte instellingen bleek er bij 20% een gering/matig risico omdat geschikt voorlichtingsmateriaal aanwezig was, maar niet goed geregeld was wie ervoor zorgde dat de cliënten en de vertegenwoordigers de informatie ook kregen en kenden. Bij één bezochte instelling (2%) vond vrijheidsbeperking niet plaats.



Figuur 14 Instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten (N=49); beoordeling aandachtsgebied Communicatie

**5.7 Verantwoording kon in 46% van instellingen nog beter, een open cultuur meestal aanwezig**

De zorgaanbieder verantwoordt elke vorm van vrijheidsbeperking naar alle betrokken partijen en legt dit vast in het zorgplan.

**Norm: Zorgplan**

Vrijheidsbeperking is in het individuele zorgplan vermeld met reden, alternatieven, evaluatietermijnen en is tot stand gekomen in overleg (en zo mogelijk instemming) van de cliënt en/of de vertegenwoordiger.

Bij 67% van de instellingen was er geen risico omdat toegepaste vrijheidsbeperkingen stonden in het individuele zorgplan, er zichtbaar evaluatie plaatsvond,



er aandacht was voor alternatieven en afbouw en het zorgplan overeengekomen was met de cliënt en/of de vertegenwoordiger.

Bij zes instellingen (12%) was sprake van een hoog risico omdat in het individuele zorgplan geen aandacht was voor evaluaties en alternatieven voor de vrijheidsbeperking.

De overige 21% van de instellingen kreeg de beoordeling een gering/matig risico omdat toegepaste vrijheidsbeperkingen en regelmatige evaluatie zichtbaar waren in het dossier, maar er beperkt of geen aandacht was voor minder ingrijpende alternatieven en afbouw.

**Norm: Vrijheidsbeperking subsidiair, proportioneel en doelmatig**

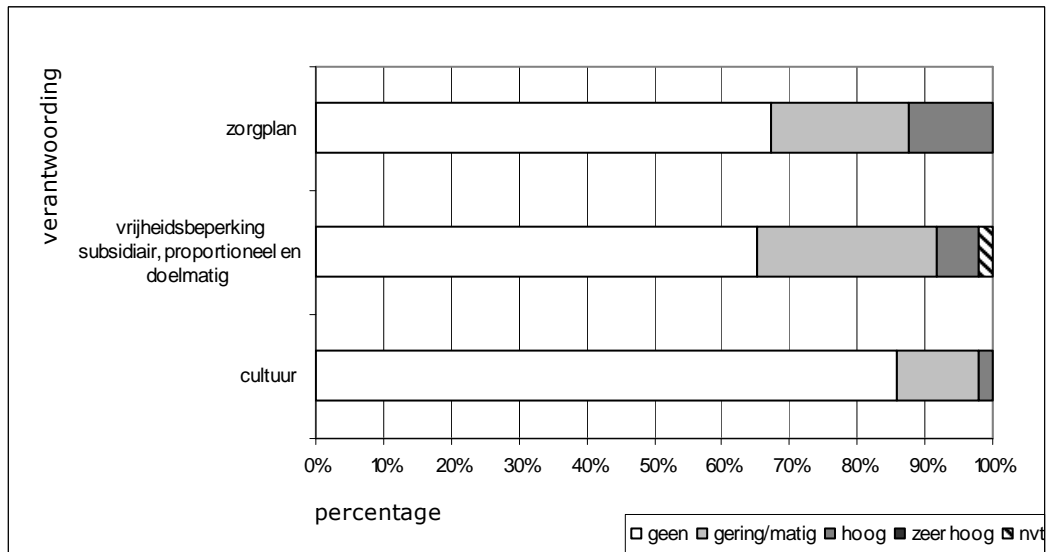
Toepassingen van vrijheidsbeperking zijn in verhouding met het doel, hebben het minste nadeel voor cliënt en zijn effectief.

In drie bezochte instellingen (6%) constateerde de inspectie dat sprake was van een hoog risico, omdat individuele toepassingen van vrijheidsbeperkingen niet of onvoldoende gericht waren op een doel en daarnaast niet subsidiair en disproportioneel waren. Dit betrof één of meer van de volgende situaties: het nagenoeg bij iedere cliënt gebruiken van beddekken, afsluiten van kamerdeuren, toepassing van vrijheidsbeperking in de avonduren vanwege gebrek aan personeel en gestarte vrijheidsbeperking niet regelmatig evalueren. In 27% van de instellingen was er een gering/matig risico gegeven. Hierbij stelde de inspectie vast dat toepassingen van vrijheidsbeperkingen min of meer in verhouding waren met het doel en de toepassingen subsidiair en proportioneel waren, maar dat zorgaanbieders hieraan te weinig of te beperkt aandacht besteedden. Bij de overige 66% van de instellingen was er geen risico.

**Norm: Open cultuur**

Vrijheidsbeperking is regelmatig gespreksonderwerp, bijvoorbeeld via intervisie/intercollegiale toetsing.

Bij 86% van de bezochte instellingen heerste een open cultuur over het toepassen van vrijheidsbeperking. Het was in deze instellingen een regelmatig gespreksonderwerp onder medewerkers bijvoorbeeld via intervisie en intercollegiale toetsing. Bij één instelling (2%) was er een hoog risico, omdat het ontbrak aan structurele mogelijkheden voor reflectie en intervisie over vrijheidsbeperking. In de overige instellingen (12%) sprak men wel over vrijheidsbeperking, maar er was geen of te beperkt ruimte/tijd voor intervisie/intercollegiale toetsing.



Figuur 15 Instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten (N=49); beoordeling aandachtsgebied Verantwoording

### 5.8 Deskundigheid; bij 71% van instellingen risico's voldoende personeel, bekwaamheid moet voor bijna helft instellingen beter

Deskundigheid ligt aan de basis van alle aandachtsgebieden; zonder deskundigheid kunnen medewerkers niet goed communiceren over vrijheidsbeperking en zijn zij onvoldoende in staat het aantal toepassingen verantwoord terug te dringen.

#### Norm: Voldoende personeel

De personele bezetting is voldoende en de continuïteit van zorg is geborgd.

Bij 71% van de instellingen was de continuïteit van zorg in orde en de personele bezetting voldoende. Bij 19% van de bezochte instellingen was er een gering/matig risico omdat de continuïteit van zorg goed was, maar de personeelbezetting kwetsbaar. Bij 10% van de instellingen was er een hoog risico omdat de personeelsbezetting op de bezochte instelling minimaal was en de continuïteit van zorg in gevaar kwam.

#### Norm: Bekwaam personeel

Het personeel is voldoende geschoold en deskundig in het verantwoord toepassen en terugdringen van vrijheidsbeperking en weet hoe om te gaan met vrijheidsbeperking en de risico's daarvan.

Op het onderdeel bekwaamheid van personeel was er bij 16% van de bezochte instellingen een hoog risico, omdat medewerkers niet geschoold waren in verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking en onvoldoende kennis hadden van de risico's van vrijheidsbeperking. Van de instellingen was er bij 31% een gering/matig risico, omdat het ontbrak aan voldoende regelmatige scholing op het terrein van vrijheidsbeperking en de risico's daarvan of omdat de deskundigheid van medewerkers over de risico's van vrijheidsbeperking beter kon. De overige 53% had geen risico.

**Norm: Intervisie en reflectie**

Er is voldoende en structureel de mogelijkheid voor de medewerkers voor intervisie en reflectie over het verantwoord toepassen en terugdringen vrijheidsbeperking.

Omdat er voor medewerkers voldoende mogelijkheden waren voor reflectie en intervisie over het toepassen en terugdringen van vrijheidsbeperking was er voor 76% van de instellingen geen risico. Bij 19% van de bezochte instellingen was sprake van een gering/matig risico omdat intervisie en reflectie wel mogelijk was maar dit geen structureel karakter had. Bij 6% was er een hoog risico omdat er beperkte mogelijkheden voor intervisie en reflectie waren.

**Norm: Aandachtsfunctionaris of commissie**

Er is een commissie of aandachtsfunctionaris die systematisch de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen bewaakt en adviezen geeft.

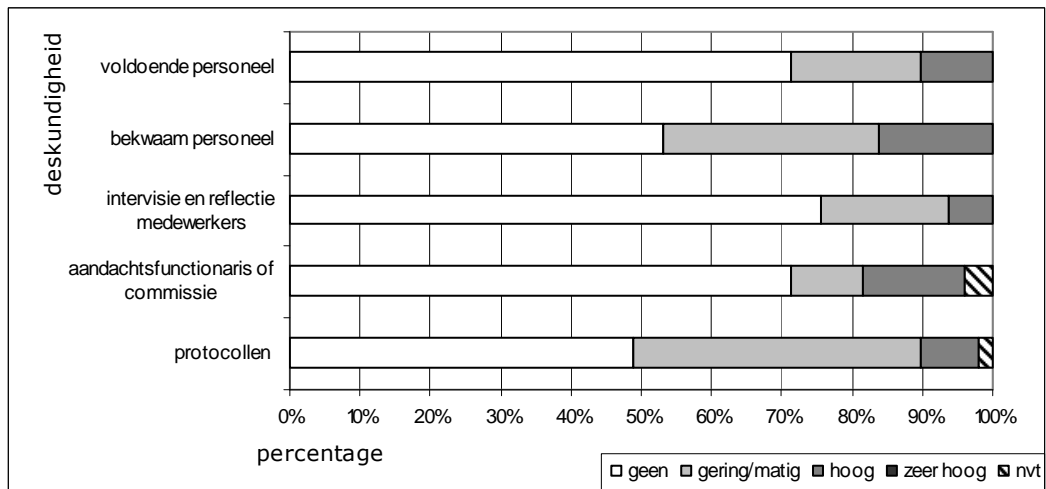
Een commissie of aandachtsfunctionaris die systematisch de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen bewaakt en adviezen geeft, was in 71% van de bezochte instellingen aanwezig en actief. Bij 14% was er een hoog risico, omdat er weliswaar een aandachtsfunctionaris of commissie was voor vrijheidsbeperking maar er geen aandacht was voor het systematisch bewaken van de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen. In 10% van de bezochte instellingen was sprake van een gering/matig risico, omdat er wel een commissie of aandachtsfunctionaris was die systematisch de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen bewaakte, maar de medewerkers daar weinig van hoorden of merkten. In twee bezochte instellingen was dit onderdeel niet van toepassing. In beide gevallen was er wel een meldingscommissie incidenten.

**Norm: Protocollen**

Protocollen voor het toepassen van vrijheidsbeperking zijn aanwezig, bekend bij uitvoerende medewerkers, worden gebruikt en systematisch geëvalueerd.

Dit onderdeel van het thema deskundigheid had het meeste risico bij de bezochte instellingen. Bij 49% van de instellingen was er geen risico. Bij 41% was er een gering/matig risico omdat medewerkers protocollen niet altijd gebruikten en/of deze niet in voldoende mate aanwezig of uitgewerkt waren, bijvoorbeeld: wel een procedure of richtlijn, maar geen uitvoeringsprotocol. Bij 8% was er een hoog risico omdat protocollen voor het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking, zoals het toepassen van onrustband, niet bij medewerkers bekend waren en/of niet op de afdeling beschikbaar waren.

In één bezochte instelling oordeelde de inspectie niet omdat er geen vormen van vrijheidsbeperkingen plaatsvonden waarvoor een protocol noodzakelijk was.



Figuur 16 Instellingen met verblijf voor psychogeriatrische cliënten (N=49); beoordeling aandachtsgebied Deskundigheid

## 5.9

### Na circulaire inspectie meer aandacht voor veiliger gebruik onrustbanden

Meldingen van ernstige calamiteiten met onrustbanden in de gezondheidszorg waren voor de inspectie aanleiding om september 2008 de circulaire *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden* te verspreiden onder de directies en raden van bestuur van zorgaanbieders.

Met een digitale vragenlijst onder de 304 zorgaanbieders<sup>n</sup> met tenminste de functie verblijf voor psychogeriatrische cliënten onderzocht de inspectie of de circulaire leidde tot minder risico's bij het veiliger gebruik van onrustbanden. De respons was 70%. In tabel 2 staan de resultaten.

Tabel 2

Resultaten van de digitale vragenlijst over het verantwoord en veilig gebruik van onrustbanden bij 217 zorgaanbieders verpleging en verzorging van psychogeriatrische cliënten, mei en juni 2010

	Percentage		
	Ja	Nee	Niet van toepassing <sup>o</sup>
Beleid gericht op verminderen gebruik van onrustbanden	80	4	16
Standaard gebruik risico-inschatting bij fixeren met onrustband	41	18	41
Aanwezigheid vastgesteld fixatieprotocol	75	8	17
Deskundigheidsbevordering vanaf medio 2008 in veilig en verantwoord gebruik onrustband	49	13	38
Circulaire van inspectie heeft geleid tot bijstelling van (kwaliteits-)beleid.	55	13	32 <sup>p</sup>

n Het aantal zorgaanbieders is gecorrigeerd voor onjuist of ten onrechte geadresseerden.

o Bij de toelichting van de vragen bleek dat de categorie *niet van toepassing* betrekking had op zorgaanbieders die geen onrustbanden (meer) gebruikten.

p Vijf zorgaanbieders (=2%) gaven aan dat de circulaire *Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden* niet bekend was.

Uit de resultaten van de digitale vragenlijst bleek dat er in de psychogeriatric actief beleid was voor het verminderen/afbouwen van het gebruik van onrustbanden. Op basis van een analyse van de toelichtingen bleek dat ten tijde van het invullen van de vragenlijst 38% van de zorgaanbieders naar eigen zeggen een operationeel non-fixatiebeleid had. De circulaire van de inspectie over het veilig en verantwoord gebruik van onrustbanden leidde bij 80% van de zorgaanbieders in de psychogeriatric die onrustbanden gebruiken tot bijstelling van het beleid. Nagenoeg alle zorgaanbieders beschikten over een fixatieprotocol als dat van toepassing was. Bij 18% van de zorgaanbieders was er niet standaard een risico-inschatting voor het fixeren van een cliënt met een onrustband. Tot slot bleek uit de digitale vragenlijst dat er bij 13% van de respondenten geen recente deskundigheidsbevordering van personeel plaatsvond voor het veilig en verantwoord gebruik van onrustbanden.



## 6 Beschouwing

Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat de instellingen in de gehandicaptenzorg en de psychogeriatrische zorg sinds een aantal jaren hard bezig zijn met het terugdringen van vrijheidsbeperking. Dit is een ingewikkeld en langdurig proces. Er zijn veel verbeterinitiatieven en ook besteden veel maatschappelijke organisaties en overheidsinstanties aandacht aan dit onderwerp, maar de werkelijke vertaling moet van de medewerkers en de cliënten (en hun vertegenwoordigers) komen. In de dagelijkse praktijk is het altijd lastig veranderingen door te voeren. Medewerkers hebben te weinig weet van alle ontwikkelingen op het gebied van het terugdringen van vrijheidsbeperking of voelen zich niet voldoende gesteund door het management. Cliënten, en meestal hun vertegenwoordigers, zijn bang voor ingrijpende veranderingen die risico's mee lijken te brengen voor de cliënten.

Wezenlijke verandering vraagt om een cultuuromslag bij de Raden van Bestuur, professionals en bij de cliënten en hun vertegenwoordigers. Een cultuuromslag kost tijd en overtuigingskracht, immers vrijheid en veiligheid botsen in de zorgpraktijk vaak met elkaar. De inspectie herkent en erkent deze dilemma's. Tijdens haar congres van 2009 *Zorg voor Vrijheid, de volgende stap*, heeft zij deze benoemd en getracht oplossingen aan te dragen.

Door in haar conclusies meer de positieve aspecten van de uitkomsten uit het onderzoek naar voren te halen, wil de inspectie het veld blijvend stimuleren. Liever een glas halfvol, dan een glas half leeg. Juist deze attitude zorgde er namelijk voor dat het denken over vrijheidsbeperking in het eerste decennium van het nieuwe millennium een enorme vlucht nam. Vroeger was een pionier als Hans Houweling een roepende in de woestijn als hij verkondigde onrustbanden af te schaffen. Tegenwoordig schaaft iedereen zich achter zijn ideeën en is het denken en handelen gericht op het voorkomen van het gebruik van onrustbanden.

De inspectie wil het tempo om vrijheidsbeperking af te schaffen behouden. Dit betekent dat het veld de komende jaren nieuwe interventiemethodes moet toepassen en zichtbaar moet maken hoe vaak zij welke vrijheidsbeperkende maatregelen nemen. Door verder te verbeteren en deze verbetering te registreren kunnen we samen invulling geven aan de doelen van de intentieverklaring.





## 7 Summary

In its 2008 report on the use of restrictive measures in residential care<sup>q</sup>, the Health Care Inspectorate concluded that such measures were still being applied too frequently in facilities for the mentally disabled and elderly patients with dementia. The report, together with various initiatives intended to reduce the use of any measures which restrict the patient's freedom of movement, prompted the Inspectorate and representative organizations of both patients and the professional field to sign a 'Declaration of Intent'. This document, dated 18 November 2008, states the ambition of achieving a marked reduction in the use of all restrictive measures within three years, with that of mechanical restraints such as straps limited to the greatest extent possible.

The Inspectorate has since investigated whether care providers have indeed begun to reduce their use of restrictive measures, and whether they are doing so in a responsible manner. Between February and June 2010, the Inspectorate visited 49 residential care facilities for psychogeriatric patients and 51 locations providing residential care for patients with a mental disability. An online questionnaire was circulated among 414 care providers in both sectors.

The recent study reveals that all organizations are devoting close attention to the use of restrictive measures. Staff have actively sought alternatives and have succeeded in reducing the use of the more controversial measures. However, the majority of care providers have yet to formulate any concrete objectives or targets. The Inspectorate notes that all organizations strive to provide care in a conscientious and responsible manner, and that there is a clear intention to reduce the use of all forms of restrictive measure.

A comparison reveals that greater progress has been made by residential care facilities for patients with a mental disability than in those caring for psychogeriatric patients. This is due to higher staffing levels and the fact that staff are generally better trained. Nevertheless, communication concerning the use of restrictive measures was found to be better organized in the psychogeriatric sector.

The Inspectorate is not yet able to offer hard figures which confirm that the use of restrictive measures has indeed been reduced in both sectors. The data gathered using the online questionnaire does not offer the required degree of reliability because respondents applied varying definitions and because there was some disparity in the aggregation levels.

The Inspectorate therefore requests care providers, under the leadership of their sector organizations, to develop a registration system which will offer a clear indication of whether the required reduction in the use of restrictive measures is indeed being achieved. This system should be in place by the end of 2011. In addition, the alternative intervention method developed by the University of Maastricht should be further developed and implemented in both sectors. The recommendations made by the Inspectorate in 2008 will continue to apply in full during the years ahead.

---

<sup>q</sup> *Zorg voor vrijheid: Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet* ['Care for freedom; a reduction in the use of restrictive measures is both possible and necessary']

Finally, the Inspectorate believes that its 2008 circular on the use of mechanical restraints has done much to prevent serious incidents, given that over half of the questionnaire respondents stated that the circular had prompted a revision of their quality policy.

## Literatuurlijst

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorg voor Vrijheid; terugdringen van vrijheidsbeperking kán en moet; november 2008.
- 2 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Circulaire Preventie van calamiteiten bij het gebruik van onrustbanden; 15 september 2008.
- 3 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Congresbundel van het symposium Zorg voor vrijheid van 18 november 2008; uitgebracht in 2009.
- 4 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Congreskrant Zorg voor vrijheid 'Samen naar minder vrijheidsbeperking'; 2008.
- 5 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Publicatie Kwaliteitskader 'Zorg voor vrijheid in de verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuiszorg'; 2008
- 6 Prof. Dr. Jan Hamers Universiteit Maastricht. Resultaten Exbelt; september 2010.



## Bijlage 1 Beoordelingscriteria

### Beoordeling beleidsnota

<p><b>Aandachtsgebied: Randvoorwaarden</b></p> <p>De organisatie heeft beleid vastgesteld inzake verantwoord toepassen vrijheidsbeperking en het beleid is gericht op terugdringen vrijheidsbeperking. Dit beleid is bekend bij medewerkers en wordt conform uitgevoerd. Het beleid omvat tenminste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beleidsnota terugdringen vrijheidsbeperking.</li> <li>- Scholingsplan verantwoord toepassen en terugdringen vrijheidsbeperking.</li> <li>- Afspraken/beleid over collectieve vrijheidsbeperking, zoals afsluiten ruimten en inzet niet-persoonsgebonden domotica.</li> <li>- Regeling/afspraken toezicht (indien van toepassing).</li> <li>- Veiligheid, onderhoud hulpmiddelen.</li> </ul>				
	<b>geen risico</b>	<b>gering / matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Beleid verantwoord toepassen en terugdringen vrijheidsbeperking.	Op alle onderdelen is beleid vastgesteld, dit is bekend bij medewerkers en wordt conform uitgevoerd.	Op één onderdeel ontbreekt beleid en/of wordt het betreffende beleid door medewerkers niet uitgevoerd.	Op twee onderdelen ontbreekt beleid en/of wordt het betreffende beleid door medewerkers niet uitgevoerd.	Op drie of meer onderdelen ontbreekt beleid en/of wordt het betreffende beleid door medewerkers niet uitgevoerd.

### Beoordeling praktijksituatie

<p><b>Aandachtsgebied: Preventief beleid</b></p> <p>Vrijheidsbeperking moet een ultimatum remedium zijn. Veel vormen van vrijheidsbeperking zijn te voorkomen door een goed preventief beleid bestaande uit een visie op vrijheidsbeperking, signaleringsplannen en gebruik maken van risicotaxatie. Ook oog hebben voor grenzen van zorg en leren van incidenten werkt preventief.</p> <p>Het aandachtsgebied 'preventief beleid' bestaat uit de volgende onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risicotaxaties bij cliënten met valgevaar en/of agressief gedrag</li> <li>- Signalerings-/benaderingsplannen</li> <li>- Samenstelling van groepen</li> <li>- Analyse van (bijna-)incidenten met toepassingen van vrijheidsbeperking</li> </ul>				
	<b>geen risico</b>	<b>gering/ matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Risicotaxaties bij cliënten met valgevaar en/of probleemgedrag	Er zijn protocollen valpreventie en probleemgedrag. Individuele risicotaxaties zijn aantoonbaar aanwezig.	Er zijn wel protocollen, maar dat wordt niet altijd conform uitgevoerd (bijvoorbeeld soms geen risicotaxaties gebruikt).	Er zijn wel protocollen, maar risicotaxaties worden niet uitgevoerd in gevallen waarin dat duidelijk zinvol of nodig is.	Er zijn geen protocollen valpreventie of probleemgedrag en risicotaxaties zijn afwezig.
Signaleringsplannen/ benaderingsplannen	Een risicoanalyse leidt altijd tot een signalerings- of benaderingsplan om vrijheidsbeperking te voorkomen of af te bouwen.	Idem, maar niet systematisch.	Een risicoanalyse leidt niet tot enige actie, beschreven in het zorgplan.	Er is geen aandacht voor risicoanalyse. Signalerings- of benaderingsplan ontbreken.

	<b>geen risico</b>	<b>gering/ matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Samenstellen van de groepen	Bij plaatsing van een cliënt wordt rekening gehouden met de interactie tussen deze cliënt en anderen.	Bij plaatsing van een cliënt wordt beperkt rekening gehouden met de interactie tussen deze cliënt en anderen.	Bij plaatsing van een cliënt wordt geen rekening gehouden met de interactie tussen de cliënt en anderen.	De groepssamenstelling is zodanig dat cliënten zich onveilig voelen en risico's lopen en hiervoor is geen aandacht.
Analyse van (bijna) incidenten met vrijheidsbeperking	(Bijna-)incidenten worden gemeld en leiden waar mogelijk/nodig tot aanpassingen van werkwijze/omgeving.	Incidenten worden gemeld maar verbeteracties zijn onbekend.	Incidenten worden niet altijd gemeld en/of krijgen nooit een verbeteractie.	Er is geen systeem voor het melden van incidenten en/of niemand houdt zich er aan.
<u>Voor GZ, niet van toepassing op verpleeg- en verzorgingshuizen.</u> Veiligheid van de afzonderingsruimten/ separeerruimten	De separeerruimten en afzonderingsruimten zijn veilig en worden na gebruik gecontroleerd op veiligheid en hygiëne.	De separeer- en afzonderingsruimten zijn niet geheel veilig en/of schoon, maar hiervoor is aandacht.	Er zijn belangrijke aanmerkingen over de veiligheid, hygiëne en/of bruikbaarheid van separeer- en afzonderingsruimten.	Separeerruimten en afzonderingsruimten zijn niet veilig en worden niet systematisch gecontroleerd op veiligheid, hygiëne en bruikbaarheid.

**Aandachtsgebied: Zorg als proces**

Of het nu gaat om de besluitvorming, de evaluatie of de toekomst van een cliënt: Hulpverleners moeten voortdurend stil staan bij de vormen van vrijheidsbeperking die worden toegepast. Vrijheidsbeperking moet in een tijdsperspectief worden geplaatst: Wat eens is afgesproken hoeft niet altijd te blijven gelden. Zorg als proces betekent ook dat hulpverleners vooruitkijken, leren van incidenten en nadenken over alternatieven en het afbouwen van vrijheidsbeperking.

Het aandachtsgebied 'zorg als proces' is onderverdeeld in drie onderdelen:

- Besluitvorming over toepassen vrijheidsbeperking
- Inzet alternatieven voor de toepassing van vrijheidsbeperking
- Regelmatige evaluatie van de toegepaste vrijheidsbeperking(en)

	<b>geen risico</b>	<b>gering / matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Besluitvorming over vrijheidsbeperking	Besluitvorming over vrijheidsbeperking vindt aantoonbaar multidisciplinair plaats.	Besluitvorming is geregeld, maar wordt niet (altijd) conform/goed toegepast.	Besluitvorming is niet duidelijk; besluitvorming niet via MDO.	Geen betrokkenheid arts en/of MDO bij besluitvorming over vrijheidsbeperking.
Inzet alternatieven	Er wordt aantoonbaar gezocht naar alternatieven voor vrijheidsbeperking.	Alternatieven worden soms ingezet, maar nog onvoldoende.	Alternatieven voor vrijheidsbeperking zijn niet zichtbaar uitgetoet.	Alternatieven voor vrijheidsbeperking worden niet gezocht.
Evalueren/afbouw vrijheidsbeperkingen	Er is aantoonbaar dat regelmatig wordt geëvalueerd en gestreefd wordt naar afbouw en alternatieven voor vrijheidsbeperking.	Evaluatie en/of afbouw vindt plaats, maar is niet terug te vinden in de dossiers/zorgplannen.	Evaluaties vinden plaats, maar resultaten worden niet vertaald in afbouw van vrijheidsbeperkingen en staan niet in dossier/ zorgplan.	Er vinden geen evaluaties plaats en er is geen gerichtheid op het afbouwen van de vrijheidsbeperkingen.

<b>Aandachtsgebied: Communicatie</b>				
<p>Communicatie betekent communiceren over vrijheidsbeperking, waaronder toepassingen en alternatieven, met alle betrokken partijen (teamleden en (externe) deskundigen), luisteren naar cliënten en hun vertegenwoordigers en ook het observeren en interpreteren van gedrag van een cliënt.</p> <p>Het aandachtsgebied "communicatie" bestaat uit drie getoetste onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inbreng van de (vertegenwoordiger van de) cliënt in het individueel zorgplan</li> <li>- Multidisciplinaire samenwerking en afstemming</li> <li>- Voorlichting aan de cliënt en vertegenwoordigers over rechtspositie</li> </ul>				
	<b>geen risico</b>	<b>gering / matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Inbreng van de cliënt en/of de vertegenwoordiger	Het is zichtbaar (in het zorgplan en de dossiers) dat is overlegd met de cliënt (en/of de vertegenwoordiger)	Volgens personeel én cliëntenraad wordt met de cliënt vooraf overlegd, maar dit is niet zichtbaar in dossier/ zorgplan.	Overleg is niet terug te vinden in dossier en vindt onvoldoende plaats.	Er vindt geen overleg plaats met de cliënt en/of de vertegenwoordiger.
Afstemming tussen disciplines over vrijheidsbeperking	Bij overleg over vrijheidsbeperking zijn de benodigde disciplines (in ieder geval een arts en bij de gz ook een gedragsdeskundige) betrokken.	Afstemming tussen disciplines vindt plaats maar kan verbeterd worden.	Er is geen arts en voor GZ geen gedragsdeskundige betrokken bij de besluitvorming over vrijheidsbeperking.	Van enige afstemming over toepassen vrijheidsbeperking tussen disciplines is geen sprake.
Voorlichting aan cliënten en/of vertegenwoordigers over vrijheidsbeperking en de klachtenprocedure	Cliënten hebben de beschikking over voorlichtingsmateriaal m.b.t. hun positie in de instelling, beleid vrijheidsbeperking en de klachtenprocedure. De informatie is te begrijpen voor de doelgroep.	Idem, maar er is niet goed geregeld wie zorgt dat de cliënten en de vertegenwoordigers de informatie krijgen en kennen.	Alleen informatie beschikbaar over één van deze onderwerpen of inadequate informatie of informatie die niet te begrijpen is voor de doelgroep.	Geen schriftelijke informatie beschikbaar over beleid vrijheidsbeperking en rechtspositie cliënt.

<b>Aandachtsgebied: Verantwoording</b>
<p>Elke vorm van vrijheidsbeperking moet verantwoord worden naar alle betrokken partijen en vastgelegd worden in het zorgplan. Het uitgangspunt is dat hulpverleners terughoudend moeten zijn als het vrijheidsbeperking betreft en bewust moeten nadenken over de doelen en beoogde effecten, voordat zij besluiten om vrijheidsbeperking toe te passen. Elke maatregel moet voldoen aan criteria van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.</p> <p>Verantwoording betekent ook dat de instelling een open cultuur kent als het gaat om het aanspreken van collega's. De vraag "Waarom pas jij deze maatregel toe?" zou dan bijvoorbeeld tussen collega's besproken moeten worden.</p> <p>Het aandachtsgebied "verantwoording" bestaat uit de volgende getoetste onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In het zorgplan staan redenen van de toepassing van vrijheidsbeperking, alternatieven en evaluatietermijnen</li> <li>- Toepassing vrijheidsbeperking is subsidiair, proportioneel en doelmatig</li> <li>- Open cultuur binnen de instelling/instelling</li> </ul>

	<b>geen risico</b>	<b>gering / matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Vrijheidsbeperking in het zorgplan	Vrijheidsbeperking is in zorgplan vermeld met reden, alternatieven, evaluatietermijnen, overleg (en instemming) cliënt.	Vrijheidsbeperking is vermeld in zorgplan en wordt zichtbaar geëvalueerd, beperkt aandacht voor alternatieven en afbouw.	Vrijheidsbeperking is sec vermeld; evaluaties en alternatieven onzichtbaar of afwezig.	Vrijheidsbeperkingen zijn in het zorgplan niet/onvoldoende terug te vinden.
Toepassing vrijheidsbeperking subsidiair, proportioneel en doelmatig	Toepassingen zijn in verhouding met het doel, hebben minste nadeel voor cliënt en zijn effectief.	Toepassingen zijn min of meer in verhouding met doel, subsidiair en proportioneel, maar hieraan wordt beperkt aandacht besteed.	Toepassingen zijn op onderdelen niet subsidiair, disproportioneel en/of niet gericht op doel.	Toepassingen zijn disproportioneel, niet effectief en hebben ernstig nadeel voor cliënt en hiervoor is geen aandacht.
Cultuur	Vrijheidsbeperking is regelmatig gespreks-onderwerp, bijvoorbeeld via intervisie/ intercollegiale toetsing.	Over vrijheidsbeperking kan wel worden gesproken, maar er is geen ruimte/tijd voor intervisie/ intercollegiale toetsing.	Vrijheidsbeperking wordt toegepast, omdat dat zo besloten is.	Over toepassen vrijheidsbeperking is geen discussie (mogelijk).

**Aandachtsgebied: Deskundigheid**

Deskundigheid ligt aan de basis van alle aandachtsgebieden; zonder deskundigheid kunnen medewerkers niet goed communiceren over vrijheidsbeperking en zijn zij onvoldoende in staat het aantal toepassingen verantwoord terug te dringen. Deskundig personeel is in staat om de gevraagde ondersteuning te bieden aan cliënten, voldoet aan de eisen die door de instelling aan de functie(s) worden gesteld, is waar nodig bekwaam en bevoegd om vrijheidsbeperking uit te oefenen, heeft inzicht in de risico's die samenhangen met het toepassen van vrijheidsbeperking en is op de hoogte van mogelijke alternatieven voor vrijheidsbeperking. Deskundigheid wordt op peil gehouden door scholing en regelmatig bij het thema vrijheidsbeperking stil te staan door middel van intervisie en reflectie. Attitude en bejegening zijn hierbij belangrijke aspecten. De organisatie schept hiertoe de voorwaarden. Vermeden wordt dat vrijheidsbeperking moet worden toegepast vanwege onvoldoende personeel.

Het aandachtsgebied "deskundigheid" bestaat uit de volgende getoetste onderdelen;

- Voldoende personeel
- Bekwaam personeel
- Intervisie en reflectie van medewerkers
- Aandachtsfunctionaris of commissie gericht op terugdringen vrijheidsbeperking
- Protocollen voor toepassen vrijheidsbeperking

	<b>geen risico</b>	<b>gering/matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Voldoende personeel	De personele bezetting is voldoende en de continuïteit van zorg is geborgd.	De continuïteit van zorg is geborgd maar de personeelbezetting is kwetsbaar.	Er is een minimale personeelsbezetting waardoor er knelpunten ontstaan in de continuïteit van zorg.	Er is een personeelstekort met als gevolg dat de continuïteit van zorg niet is geborgd en vrijheidsbeperking moet worden toegepast.



	<b>geen risico</b>	<b>gering/matig risico</b>	<b>hoog risico</b>	<b>zeer hoog risico</b>
Bekwaam personeel	Het personeel is voldoende geschoold en deskundig en weet hoe om te gaan met vrijheidsbeperking en de risico's daarvan.	Idem, maar slechts één van de twee elementen is voldoende geregeld.	Het personeel is onvoldoende geschoold en heeft onvoldoende kennis van de risico's van vrijheidsbeperking.	Het personeel is onvoldoende geschoold en heeft onvoldoende kennis van de risico's van vrijheidsbeperking. Dit leidt tot zichtbare risico's voor de cliënt.
Intervisie en reflectie voor de medewerkers	Er is voldoende en structureel de mogelijkheid voor de medewerkers voor intervisie en reflectie	Intervisie en reflectie zijn wel geregeld maar niet structureel.	Er is beperkte mogelijkheid voor intervisie en reflectie.	Er is geen ruimte/mogelijkheid voor intervisie en reflectie.
Aandachtsfunctionaris of commissie voor vrijheidsbeperking	Er is een commissie of aandachtsfunctionaris die systematisch de kwaliteit van vrijheidsbeperkingen bewaakt en adviezen geeft.	Er is een commissie of aandachtsfunctionaris maar het personeel hoort daar weinig van.	Er is een commissie of aandachtsfunctionaris, maar die bewaakt niet systematisch de kwaliteit en geeft geen adviezen.	Er is geen commissie of aandachtsfunctionaris om de kwaliteit te bewaken, het beleid te begeleiden en richting te geven.
Toepassing protocollen voor vrijheidsbeperking	Protocollen zijn aanwezig, zijn bekend, worden gebruikt en systematisch geëvalueerd.	Protocollen worden niet altijd gebruikt en/of zijn niet in voldoende mate aanwezig (bijv.: wel procedure, geen uitvoeringsprotocollen).	Protocollen zijn onvoldoende bekend bij medewerkers en worden niet conform uitgevoerd.	Protocollen zijn niet aanwezig.

## Bijlage 2 Handhavingsplan en follow-up thematisch toezicht Terugdringen vrijheidsbeperking

Bij het opstellen van het handhavingplan is het IGZ-handhavingskader<sup>r</sup> gebruikt. De aandachtsgebieden van het toezichtbezoek betreffen: *randvoorwaarden, zorg als proces, communicatie, verantwoording, deskundigheid* en *preventief beleid*. Een aandachtsgebied kan meer onderdelen bevatten. De beoordeling geschiedt op risicocategorieën. Deze zijn: geen risico, gering tot matig risico, hoog risico, zeer hoog risico.

Na elk inspectiebezoek geeft de inspecteur, bij betrokkenheid van een toezicht-medewerker in samenspraak met de toezichtmedewerker, een oordeel over ieder getoetst onderdeel van het instrument verantwoord terugdringen van vrijheidsbeperking.

### **Handhaving**

Per getoetst onderdeel geldt het volgende:

- **Bij beoordelingen geen tot maximaal twee beoordelingen op gering/matig risico** wordt geen plan van aanpak gevraagd. De voortgang in de (verdere) verbetering van de zorg is een gespreksonderwerp bij het eerstvolgende bezoek.
- **Bij beoordelingen geen en drie tot vijf beoordelingen gering-matig risico, maar geen beoordelingen op hoog of zeer hoog risico** wordt een plan van aanpak gevraagd, dat dient voor intern gebruik en dat verder niet wordt beoordeeld door inspectie. De voortgang in de (verdere) verbetering van de zorg is een gespreksonderwerp bij het eerstvolgende bezoek.
- **Bij één of meer beoordelingen op hoog risico** en/of meer dan vijf beoordelingen op gering/matig risico wordt een plan van aanpak gevraagd dat wordt beoordeeld door de inspectie. Een follow-up waarbij de resultaten van het plan van aanpak worden beoordeeld zal plaatsvinden in 2011 (schriftelijk, FU-bezoek of gesprek).
- **Bij zeer hoog risico** op een of meer onderdelen wordt het toezicht geïntensiveerd voor dit zorgonderdeel, op basis van een plan van aanpak. In ieder geval wordt in de tweede helft van 2010 een FU-bezoek afgelegd om de resultaten van het plan van aanpak te toetsen.
- Als een derde of meer van de getoetste onderdelen hoog risico en zeer hoog risico scoort, dan is het **dringende advies om deel te nemen aan het Band de Band project van Zorg voor Beter**.

### **Vervolgtoezicht**

De risico-inschattingen op de toezichtonderdelen gezamenlijk bepalen de intensiteit van het vervolgtoezicht.

**Onmiddellijke maatregelen** bij één of meer scores zeer hoog risico of zeer risicovolle situaties die aangetroffen worden tijdens het bezoek. De programmaleider, de accounthouder en de projectleider bepalen in overleg welke vorm van intensiever toezicht wordt ingesteld. Dit kan inhouden **binnen zes maanden een FU bezoek**.

Normen staan in het beoordelingskader en toetsingskader. De beoordelingsvariabelen en wegingsfactoren zijn beschreven in het IGZ-handhavingskader.

---

<sup>r</sup> Zie [www.igz.nl](http://www.igz.nl)

### **Inschakelen jurist**

Als er het voornemen is tot het instellen van Verscherpt toezicht, na besluitvorming door accounthouder, projectleider, programmaleider en hoofdinspecteur, wordt een jurist ingeschakeld. Dit betreft de situaties waarbij zeer risicovolle situaties voor cliënten zijn aangetroffen, directe maatregelen niet of onvoldoende worden genomen, een plan van aanpak uitblijft of het plan van aanpak niet tot substantiële verbetering leidt.

Bij hoog risico op één of meer onderdelen **follow-up in 2011** (schriftelijk, FU-bezoek of gesprek).

Als uit de analyse van de kwaliteitsindicatoren van VV of de web based survey in GZ en V & V blijkt dat er instellingen zijn waarbij mogelijk sprake is van hoge risico's dan worden die instellingen meegenomen in het plan van aanpak en projectplan van 2011.

### **Rapportage van de bezoeken**

Voordat de conceptrapporten naar de instellingen worden gestuurd, worden de conceptrapporten voor een toets op consistentie van de beoordelingen voorgelegd aan een projectgroep lid. Indien bij de praktijksituaties een of meer aspecten een zeer hoog risico scoren, dan wordt het conceptrapport ook voor een toetsing naar de programmaleider en de projectleider gestuurd voordat het naar de instelling gaat.

### **Plan van aanpak**

#### **Niet binnen gestelde termijn ontvangen**

Als het Plan van Aanpak niet binnen de gestelde termijn is aangeleverd, verstuurt de inspecteur binnen 2 weken na het verstrijken van de termijn een rappelbrief aan de Raad van Bestuur van de instelling, waarin hij vraagt om alsnog binnen 3 weken een Plan van Aanpak aan te leveren. Komt ook hier geen reactie op, dan belt de inspecteur binnen 2 weken na het verstrijken van de 2<sup>e</sup> termijn met de Raad van Bestuur van de instelling om te informeren of er een bijzondere reden is (overmacht) waarom de instelling de afspraken niet kan nakomen. Als na dit telefonische contact nog steeds niet binnen 1 week een Plan van Aanpak is aangeleverd, dan verstuurt de inspecteur binnen 2 weken een brief naar de instelling waarin de inspectie constateert dat de instelling weigert mee te werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg, terwijl er door de inspectie één of meer hoge risico's zijn geconstateerd. De inspecteur wijst erop dat verscherpt toezicht ingesteld wordt en dat, indien dat geen resultaat heeft, handhavingsmaatregelen zullen volgen.

#### **Plan van Aanpak beoordelen**

Als het Plan van Aanpak ontvangen is, beoordeelt de inspecteur het Plan van Aanpak binnen 2 weken aan de hand van het instrument Terugdringen Vrijheidsbeperking en veldnormen.

#### **Plan van Aanpak niet voldoende**

Als de inspecteur oordeelt dat het Plan van Aanpak niet voldoende is, vraagt hij (binnen 2 weken) schriftelijk aan de instelling om binnen 3 weken aanvullingen te verstrekken. Hij meldt dat een Follow-up bezoek tot de mogelijkheden behoort. Als het nieuwe Plan van Aanpak niet binnen 3 weken ontvangen is, wordt (binnen 2 weken) een rappelbrief gestuurd.

Als daarna na 1 week nog geen Plan van Aanpak is ontvangen, dan belt de inspecteur met de instelling om te informeren of er een bijzondere reden is (overmacht) waarom de instelling de afspraken niet kan nakomen.

Als na dit telefonische contact nog steeds geen Plan van Aanpak is aangeleverd, dan verstuurt de inspecteur binnen 2 weken een brief naar de instelling waarin

geconstateerd wordt dat de instelling weigert mee te werken aan verbetering van de kwaliteit van zorg, terwijl er door de inspectie één of meer hoge risico's zijn geconstateerd. De inspecteur wijst erop dat verscherpt toezicht ingesteld wordt en dat, indien dat geen resultaat heeft, handhavingsmaatregelen zullen volgen. Als het nieuwe Plan van Aanpak wel binnen 3 weken is ontvangen, maar weer niet voldoende is, dan constateert de inspecteur in een brief (binnen 2 weken) dat de instelling niet of onvoldoende in staat is om de kwaliteit van zorg te verbeteren, terwijl er één of meer hoge risico's door de inspectie geconstateerd zijn. Hij legt een onaangekondigd bezoek af of kondigt per brief een follow-up bezoek met datum en tijd (binnen 4 weken) aan en wijst op de consequenties van onvoldoende actie, zoals verscherpt toezicht.

**Plan van Aanpak wel voldoende**

Als de inspecteur het Plan van Aanpak wel als voldoende beoordeelt aan de hand van het instrument dan bevestigt de inspecteur dit schriftelijk en vraagt hij (binnen 3 weken na ontvangst van het Plan van Aanpak) om een schriftelijke voortgangsrapportage na 3 maanden aan te leveren.

## Bijlage 3 Bezochte instellingen

### Verpleeg- en verzorgingshuizen

Zorgaanbieder	Instelling	Plaats
Stichting Woon- en Zorgcentrum de Nieuwpoort	Zorgcentrum de Nieuwpoort	ALKMAAR
Zorggroep Almere	Verzorgingshuis De Kiekendief	ALMERE
Amsta	Zorgcentrum Nellestein	AMSTERDAM
Evean Zorg Amsterdam	Verpleeghuis Evean Eduard Douwes Dekker	AMSTERDAM
Zorggroep Hof en Hiem	Zorgcentrum Talma Hiem	BALK
Stichting Verpleging en Verzorging De Archipel	Verpleeghuis De Kanidas	BEST
Stichting Elisabeth	Zorg- en Behandelcentrum Elisabeth	BREDA
Stichting Huize Ruitersbos	Woon- en Zorgcentrum Ruitersbos	BREDA
Stichting Land van Horne	Zorgcentrum Mariënburcht	BUDEL
Zorggroep Fivelland	Woon- en Zorgcentrum BetingeStaete	DELFIJL
Stichting Zorggroep Oldael	Verzorgingshuis Oldeslo	DEN HAAG
Zorggroep Solis	Woonzorg- en revalidatiecentrum PW Janssen	DEVENTER
Zorgcombinatie Noorderboog	Verpleeghuis Jan Thijs Seinenhof	DIEVER
Stichting Maria-Oord	Verpleeghuis Maria-Oord	DONGEN
Stichting Het Parkhuis	Verpleeghuis Het Parkhuis	DORDRECHT
Zorggroep Tangenborgh	Woon- en Zorgcentrum De Schans	EMMEN
Carint Reggeland Groep	Woon- en Zorgcentrum De Stoevelaar	GOOR
Stichting Sutfene	Woon-en zorgcentrum De Borkel	GORSSEL
Stichting Zorgpartners Midden-Holland	Verpleeghuis Bloemendaal	GOUDA
ZZG Zorggroep	Verpleeghuis Irene Dekkerswald	GROESBEEK
Lentis	Verpleeghuis 't Blauwbörgje	GRONINGEN
Stichting Hervormde Diaconale Huizen	Verpleeghuis Janskliniek	HAARLEM
Stichting IJsselheem Holding	Verpleeghuis Myosotis	KAMPEN
Stichting Ouderenzorg Kapelle	Zorgcentrum Cederhof	KAPELLE
Meandergroep Zuid-Limburg	Verpleeghuis De Dormig	LANDGRAAF
Stichting Careaz	Woon- en Zorgcentrum Antoniushove	LICHTENVOORDE
De Vechtstreek Zorggroep	Woon- en Zorgcentrum 't Kampje	LOENEN A/D VECHT
Maria Dommer Stichting	Woon- en Zorgcentrum Maria Dommer	MAARSSSEN
Stichting Argos Zorggroep	Verpleeghuis DrieMaasHave	MAASSLUIS
Zorgaanbieder	Instelling	Plaats
Stichting Woonzorgcentrum De Beyart	Woon- en Zorgcentrum De Beyart	MAASTRICHT
Ittmannshof, Stichting	Verzorgingshuis Ittmannshof	NUNSPHEET
BrabantZorg	Verpleeghuis Vita Nova	OSS
Stichting Groenhuysen	Verpleeghuis Oostkwartier	OUDENBOSCH
Stichting Zorgorganisatie Het Hoge Veer	Zorgcentrum voor ouderen Het Hoge Veer	RAAMSDONKVEER
Avoord Zorg en Wonen	Woon- en Zorgcentrum Rijserf	RIJSBERGEN
Stichting De Stroom Opmaat Groep	Verpleeghuis Smeetsland	ROTTERDAM

Zorgaanbieder	Instelling	Plaats
Stichting Laurens	Verzorgingshuis Maasveld	ROTTERDAM
Stichting Sonneburgh	Verzorgingshuis Ravenswaard	ROTTERDAM
Stichting Prttestantse Bejaardenzorg Eiland Tholen En Sint Philipsland	PC Zorgcentrum De Schutse	SINT ANNALAND
De Zorggroep	Woon- en Zorgcentrum Bergh	ST. ODILIËNBERG
Trimenzo	Verzorgingshuis Sint Martinushof	TWELLO
SHBU-Zorgcentra	Woon- en Zorgcentrum Zuylenstede	UTRECHT
Stichting Aveant	Verpleeghuis Tamarinde	UTRECHT
Regionale Stichting Zorgcentra De Kempen	Zorgcentrum Merefelt	VELDHOVEN
Stichting Vughterstede	Woon- en Zorgcentrum Theresia	VUGHT
Stichting Oosterlengte	Woon-en zorgcentrum 't Vondelhuys	WINSCHOTEN
Stichting Hoven	Verpleeghuis De Twaalf Hoven	WINSUM
Stichting Hervormd Centrum Pennemes	Hervormd Centrum Pennemes	ZAANDAM
Zorgcombinatie Zwolle	Woon- en Zorgcentrum De Esdoorn	ZWOLLE

### Gehandicaptenzorg

Zorgaanbieder	Instelling	Plaats
Ons Tweede Thuis	Instelling Hortensialaan	AALSMEER
AMSTA	Instelling Haag en Veld 50 A/B	AMSTERDAM
Cordaan	Instelling De Werf, Werktuigstraat 24	AMSTERDAM
Leger Des Heils	Instelling Fasehuis 't Gein, Vianenstraat 2	AMSTERDAM
Trajectum Oost	Instelling Zeuvenakkers, Aekingaweg 4	APPELSCHA
Vanboeijen	Instelling Havikstraat 16 (tijdelijk Veldweg 27)	ASSEN
Amerpoort	Instelling Pompstraat 1	BAARN
De Hartekamp Groep	Instelling Vennenlaan 1+ 11	BEVERWIJK
Zideris	Instelling Massijslaan 12-28	BILTHOVEN
Zorgaanbieder	Instelling	Plaats
Zorg Stichting Vivence	Instelling Slotlaan 3	BORCULO
Stichting Radar	Instelling Jacintahof	BRUNSSUM
Abrona	Instelling Zuiderbreedte 4	DE MEERN
Stichting ORO	Instelling Vennen 2	DEURNE
Fatima	Instelling Het Fraterhuis	DIDAM
Philadelphia Zorg	Instelling Jozefklooster	DRIEBERGEN
Lievegoed Zorggroep	Instelling Salvia, Welgelegenlaan 26-28	DRIEBERGEN
Lunet zorg	Instelling De Donksbergen	EERSEL
AveleijnSDT	Instelling De Groene Bogen	ENSCHEDA
Stichting Daelzicht	Instelling WBC Lindenheuvel	GELEEN
Gemeenschap De Ark	Instelling Huis Manna en de Waterput, Gloucesterstraat 34	GOUDA
De Waerden	Instelling Zesstedenweg 184-186	GROOTEBOEK
Stichting Z.O.N.	Instelling Erve Woldhuis	HENGEL

<b>Zorgaanbieder</b>	<b>Instelling</b>	<b>Plaats</b>
Esdégé Reigersdaal	Instelling Rosario	HOOGKARSPEL
s Heeren Loo	Instelling Raadhuis	KOEDIJK
Philadelphia Zorg	Instelling Nieuw Buitenzorg, Merelstraat 201-203	LEIDERDORP
Sjaloom Zorg	Instelling Juliana van Stolberglaan 58	MIDDELHARNIS
Stichting Zuidwester	Instelling Hollands Diep 9	MIDDELHARNIS
Ipse De Bruggen	Instelling Ficus 5	NIEUWVEEN
Stichting De Driestroom	Instelling De Gildekamp 30-41	NIJMEGEN
Het Raamwerk	Instelling Duinrand 12	NOORDWIJKERHOUT
ASVZ	Instelling Willem de Zwijgerlaan 58	OISTERWIJK
Koraalgroep	Instelling De Hondenberg	OISTERWIJK
Karakter	Multi Functioneel Centrum LVG	OOSTERBEEK
Gemiva	Instelling Agathahuis	OOSTVOORNE
Stichting Prisma	Instelling Raamsdonksveer	RAAMSDONKVEER
ASVZ	Instelling Witburch 2a	RHOON
Zonnehuizen	Instelling Elivagar	ROGGEL
De Trans	Instelling Veldrits 5 (a)	ROLDE
Orthopedagogisch Centrum Brabant	Instelling Roosendaal	ROOSENDAAL
Stichting Cello	Instelling De Binckhorst	ROSMALEN
Stichting Pergamijn	Instelling Watersley	SITTARD
Cavent	Instelling De Grutto, Gruttostraat 110	STRIJEN
Stichting Tragel	Instelling IJsselhof, Rivierenpark 81-82 en 86	TERNEUZEN
Amarant	Instelling Daniël de Brouwerpark	TILBURG
Stichting De Zijlen	Instelling Sintmaheerdt, Spant 1	TOLBERT

<b>Zorgaanbieder</b>	<b>Instelling</b>	<b>Plaats</b>
Passerel	Instelling wooncluster Twello, van Limburg Stirumstraat 28-30	TWELLO
Stichting Urtica	Instelling Urtica De Vijfsprong, Reeoordweg 2a	VORDEN
Stichting Arduin	Instelling Prelaatweg 6	WESTKAPELLE
Stichting SDW	Instelling Lindenberg	WOUW
Odion	Instelling Count Basie, Purmerweg 19A	ZAANDIJK
Promens Care	Instelling De Zetstee	ZUIDLAREN

## Bijlage 4 Intentieverklaring



STAASTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID  
INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
DE MAINTIENDRAT

# Zorg voor Vrijheid

## Samen naar minder vrijheidsbeperking in 2011

### INTENTIEVERKLARING

**De betrokken partijen zijn:**  
CG-raad, LOC-LPR, Platform VG, NIP-NVO, NVAVG, NVVA, Sting, V&VN, ActiZ, VGN en IGZ

**Bovengenoemde partijen komen het volgende overeen:**  
Begin 2009 is een realistisch plan van aanpak gereed voor het terugdringen van vrijheidsbeperkingen in de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

**Dit plan leidt tot het volgende resultaat:**  
In 2011 zijn in de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking geen onrustbanden meer in gebruik. Alleen in uitzonderlijke situaties is het mogelijk deze nog toe te passen als voldaan is aan strikte kwaliteitseisen en toezicht om de veiligheid van cliënten te waarborgen. Terugdringen en afschaffen van onrustbanden leidt niet tot inzet of toename van gedwongen gedragsbeïnvloedende medicatie of andere vormen van vrijheidsbeperking en vraagt daarom om intensieve monitoring.

In 2011 zijn ook andere vormen van vrijheidsbeperking fors verminderd. Vrijheidsbeperking wordt uitsluitend toegepast als er voor de cliënt geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Bovendien moet verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperking onder deze voorwaarden altijd gebonden zijn aan strikte kwaliteitseisen.

Aldus getekend te Ede op 18 november 2008,

Ondertekening door de betrokken partijen:

 CG-Raad Theoretisch zielen en Gehandicapten Raad Nederland	 NVAVG	 V&VN Beroepsvereniging van zorgprofessionals
 LOC-LPR Zeggenschap in zorg	 NVA	 actiZ organisatie van zorgverleners
 NIP Nederlands Instituut van Psychologen	 Sting Landelijke Vereniging verzorging	 VGN Vereniging Nederlandse Gezondheidszorg
 NVO Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen	 PlatformVG	 IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg