

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2174

Vragen van het lid **Vietsch** (CDA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *vrijheidsbeperkende interventies in verpleeg- en verzorgingshuis*. (Ingezonden 12 juli 2004)

1

Wat is uw mening over de richtlijn «Handreiking verantwoord gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in het verpleegen verzorgingshuis» van de brancheorganisatie Arcares?

2

Is volgens u het vastbinden en/of opsluiten van cliënten in verzorgingshuizen toegestaan, ook als die cliënten verblijven in een niet speciaal daartoe in het kader van de Wet Bopz aangemerkte afdeling?

3

Hoe vaak komt het vastbinden en/of opsluiten van verzorgingshuiscliënten voor en wordt het gemeld aan de Inspectie?

4

Beschikt een huisarts over voldoende kennis om de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in niet-Bopz-instellingen te beoordelen? Zo ja, waarom kan een cliënt zijn huisarts niet behouden indien hij overgaat naar een Bopz-afdeling?

5

Op welke wijze moeten cliënten of hun vertegenwoordigers van te voren

instemmen met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals het vastbinden of opsluiten van cliënten?

6

In welke concrete situaties zijn vrijheidsbeperkende maatregelen toegestaan bij gevaar voor lichamelijke uitputting, tegen gevolgen van vallen of tegen gevaarlijke situaties waarin cliënten verzeild kunnen raken door te gaan dwalen of om personeel en andere cliënten te beschermen tegen agressief gedrag?

7

Hoe vaak komt het voor dat cliënten vastgebonden worden zodat aan de dagstructuur voldaan kan worden of zodat alle zorgactiviteiten uitgevoerd kunnen worden, zoals bij het in de richtlijn gemelde voorbeeld van het uit het bed halen van cliënten op een door verzorgenden uitgekozen tijdstip en vervolgens in een stoel fixeren van cliënten tot het ontbijt?

8

Hoe vaak komt het voor dat cliënten gefixeerd worden omdat er onvoldoende personeel in de nachtbezetting beschikbaar is of omdat er onvoldoende eenpersoonskamers aanwezig zijn of omdat er onvoldoende dagbesteding aanwezig is?

9

Bent u van plan maatregelen te nemen die het vastbinden of

opsluiten van cliënten beperkt en of verbieden? Zo ja, welke? Zo neen, waarom niet?

Antwoord

Antwoord van staatssecretaris **Ross-van Dorp** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport). (Ontvangen 31 augustus 2004)

1

In mijn antwoord op vragen van de leden Verbeet en Van Dijken (Aanhangsel Handelingen nr. 2041, vergaderjaar 2003–2004) heb ik al in positieve zin verwezen naar de handreiking van Arcares.

De handreiking schetst duidelijk het dilemma tussen het bestaande wettelijke kader van de Wet Bopz enerzijds (dat alleen op speciaal daartoe aangemerkte afdelingen van verzorgingshuizen geldt) en de dagelijkse praktijk anderzijds. Die praktijk kan de noodzaak voelen om, «in het kader van goed hulpverlenerschap en goede zorg» vrijheidsbeperkende interventies toe te passen. Ik vind dat Arcares op een zorgvuldige manier heeft getracht om met dat dilemma om te gaan.

2

Dat is in bepaalde gevallen toegestaan. Zo gebeurt het nog wel eens dat in overleg met een (wilsbekwame) bewoner wordt afgesproken 's nachts gebruik te maken van een beddek. Ook de Wet op de geneeskundige

behandelingsovereenkomst biedt in bepaalde gevallen de mogelijkheid om een vrijheidsbeperking toe te passen. Buiten deze situaties om is het in verzorgingshuizen niet toegestaan om cliënten in hun vrijheid te beperken wanneer zij niet verblijven in een speciaal daartoe aangemerkte afdeling.

3

In 2003 heeft de Algemene Rekenkamer onderzoek gedaan naar vrijheidsbeperkingen in verpleeg- en verzorgingshuizen.¹ Het onderzoek maakt echter geen onderscheid in de resultaten voor verpleeg- en verzorgingshuizen. Alle psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen zijn aangemerkt in de zin van de Wet Bopz. Uit het onderzoek blijkt dat vooral fixatie 's nachts (beddekken) voorkomt bij verpleeg- en verzorgingshuizen. Fixatie overdag komt minder vaak voor. Omdat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in verzorgingshuizen niet is toegestaan, behoudens op daartoe aangemerkte afdelingen, worden dergelijke maatregelen ook niet gemeld aan de Inspectie. Ik beschik dan ook niet over specifieke cijfers hierover.

4

In de recente «Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis»² is de taakopvatting geschetst van huisartsen over de zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis. De handreiking verwijst onder meer naar een gezamenlijke publicatie van de LHV en NVVA (1998) over de onderlinge taakopvatting. Kern daarvan is de opvatting dat «complexe zorg een taak (is) van de verpleeghuisarts en niet van de huisarts». De LHV constateert dat van deze opvatting nog maar weinig is geëffectueerd zodat complexe zorg nog steeds tot het domein van de huisarts wordt gerekend. Volgens de LHV moet de huisarts zelf de keuze maken om in de eigen praktijk complexe zorg wel of niet tot het takenpakket te rekenen; in het eerste geval moet de huisarts dan ook zorgen voor voldoende deskundigheid. De Ziekenfondswet bepaalt dat iemand die thuis verblijft of in een verzorgingshuis, zijn eigen huisarts

kiest (c.q. behoudt). Wanneer iemand evenwel is aangewezen op verpleeghuiszorg, wordt de zorg dermate complex en specialistisch, dat de verpleeghuisarts, die verantwoordelijk is voor AWBZ-behandeling, daarvoor de eerste aangewezen is.

5

De Wet Bopz schrijft voor dat iemand toestemming moet geven voor een behandeling en dus ook voor het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel. Als iemand dat zelf niet kan, kan een vertegenwoordiger dat namens de betrokkene doen. De zorgverlener die een behandeling en/of een vrijheidsbeperkende maatregel wil toepassen, moet die, behoudens noodsituaties, opnemen in het zorgplan waarover met de patiënt of diens vertegenwoordiger overeenstemming moet zijn bereikt. De wet schrijft niet voor op welke wijze die instemming moet worden gegeven.

6

Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen worden toegepast als onderdeel van het zorgplan en moeten dan zijn gericht op verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de betrokkene. Indien de betrokkene zich verzet mogen vrijheidsbeperkende maatregelen alleen worden toegepast als dat noodzakelijk is om gevaar voor de bewoner zelf of voor anderen te voorkomen (art. 38 lid 5 Wet Bopz: dan is er sprake van dwangbehandeling). In het geval zich een noodsituatie voordoet waarin het zorgplan niet voorziet, mogen vrijheidsbeperkende maatregelen alleen worden toegepast ter overbrugging van de tijdelijke noodsituatie. Een noodsituatie in de zin van de wet doet zich bij uitzondering voor en mag dus niet te snel worden aangenomen. Uit het nog lopende onderzoek Valincidenten in verpleeghuizen³ blijkt dat valincidenten veel voorkomen in verpleeghuizen en dat vooral psychogeriatrische patiënten een relatief groot risico hebben om te vallen. Over de vraag of een valrisico een zodanig gevaar voor de betrokkene oplevert, dat fixatie is gerechtvaardigd, lopen de meningen uiteen. Ik vind het van belang om de

nadruk te leggen op alternatieven voor fixatie en valpreventie.

7 en 8

Gelet op de onderlinge samenhang, beantwoord ik deze vragen tezamen. Uit het antwoord op vraag 6 blijkt dat de in de vragen 7 en 8 genoemde voorbeelden niet behoren tot de gronden die toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel rechtvaardigen. In de handreiking van Arcares staat ook expliciet dat «het handhaven van de dagstructuur op zich niet acceptabel (is) als motief om vrijheidsbeperkende interventies toe te passen» en verder: «er (moet) om te beginnen sprake zijn van een gevaar of risico, vóórdat vrijheidsbeperkingen overwogen worden». Arcares heeft voor fictieve voorbeelden gekozen om dat te illustreren. Op de vraag hoe vaak fixatie met als reden één van de voorbeelden in de vragen voorkomt, kan ik dan ook geen antwoord geven.

9

Zoals ik hierboven reeds heb geantwoord, zijn de voorbeelden die in de vragen worden geschetst, geen rechtvaardiging voor het fixeren van mensen. Mochten situaties zoals in de voorbeelden genoemd toch voorkomen, dan kan de Inspectie daar met de huidige Wet Bopz reeds een einde aan maken; de huidige wetgeving hoeft in dit verband dus niet aangepast te worden. In antwoord op de vragen van de Kamerleden Veenendaal (VVD) en Joldersma (CDA) over het onvrijwillige vasthouden van demente patiënten in hun thuissituatie (Aanhangsel Handelingen nr. 2040, vergaderjaar 2003–2004) heb ik al aangegeven dat ik bezig ben een nieuwe regeling te ontwikkelen voor de toepassing van vrijheidsbeperkingen bij mensen met dementie of een verstandelijke handicap. In het kabinetsstandpunt over de Wet Bopz, dat op 11 augustus 2004 naar u verzonden is, wordt aangegeven aan welke uitgangspunten die nieuwe regeling mijns inziens zou moeten voldoen. Duidelijk is in ieder geval wel dat kwetsbare groepen, zoals demente ouderen of verstandelijk gehandicapten, niet alleen binnen de muren van een instelling maar ook daarbuiten voldoende rechtsbescherming moeten hebben

indien zij bij hun verzorging worden
geconfronteerd met
vrijheidsbeperkingen.

¹ Dementerenden en de Wet Bopz kamerstuk
28 950, nrs. 1 en 2.

² dr. A.H.J. van de Rijdt-van de Ven, uitgave
van de LHV, 2004.

³ iRv, Kenniscentrum voor revalidatie en
handicap, Valincidenten in verpleeghuizen,
2000–2001.