

**Evelyne Beumer- Tak,**

**Nelleke van der Molen,**

**Johannie van der Vliet.**

**Woonzorgcentrum Graafzicht te Bleskensgraaf**

**Afdeling kleinschalig wonen**

# Colofon

‘Ben ik veilig?’

Onderzoek naar de veiligheid op de afdeling kleinschalig wonen

Auteurs: Evelyne Beumer- Tak

Nelleke van der Molen

Johannie van der Vliet

Opleiding: Christelijke Hogeschool Ede

HBO- Verpleegkunde

In opdracht van: Woonzorgcentrum Graafzicht te Bleskensgraaf

Afdeling kleinschalig wonen

Begeleider opleiding: M. te Lintel- Hekkert, docent Verpleegkunde

Begeleidsters Graafzicht: L. van Zessen, Beroepspraktijkvorming coördinator

D. Vermeulen, Beleidsmedewerkster

Juni 2009

# Samenvatting

Aan de hand van verschillende veiligheidsaspecten is onderzoek gedaan naar de veiligheid op de afdeling kleinschalig wonen. Biedt de afdeling de cliënten veiligheid?

Hieruit kwam de volgende vraagstelling naar voren: Hoe garandeert het personeel van de afdeling kleinschalig wonen van woonzorgcentrum Graafzicht de veiligheid van de cliënten met betrekking tot de onderwerpen vrijheidsbeperkende maatregelen, melding incidenten cliënten (MIC), toezicht en de inrichting van de afdeling?

Allereerst is literatuuronderzoek gedaan om kennis op te doen over het onderwerp veiligheid en om vanuit bestaande gegevens het onderzoek te onderbouwen.

Na literatuuronderzoek vonden observaties op de afdeling en interviews onder het verplegend personeel plaats. De interviews zijn door middel van labellen en het geven van kernwoorden aan de belangrijkste fragmenten verwerkt en samen met de observaties beschreven in het hoofdstuk resultaten. Daarnaast is onderzoek gedaan naar de meest voorkomende MIC- incidenten in het eerste kwartaal van het jaar 2009. Aan de hand van de resultaten kan onder andere geconcludeerd worden dat het verpleegkundig personeel geen eenduidige visie handhaaft over verschillende veiligheidsaspecten en dat de afdeling op verschillende gebieden, met betrekking tot veiligheid, verbeterd kan worden. De verschillende gebieden zijn vrijheidsbeperkende maatregelen, MIC, toezicht en de inrichting van de afdeling.

Na het hoofdstuk conclusie volgt de discussie, waarin onder andere kritisch gekeken is naar de onderzoeksmethode en de onderzoeksresultaten. Vanuit de conclusies zijn de aanbevelingen geschreven. Een belangrijke aanbeveling is onder andere;

*Praat en overleg als team met elkaar over onderwerpen waar de meningen over verschillen, zodat er op één en dezelfde manier gehandeld wordt.*

De verdere resultaten, conclusies en aanbevelingen zijn uitgewerkt in het verslag.

# Woord vooraf

Dit onderzoeksverslag is geschreven ter afsluiting van de opleiding Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de afdeling kleinschalig wonen binnen woonzorgcentrum Graafzicht te Bleskensgraaf. Er is onderzoek gedaan naar de veiligheid op de afdeling. Het is de bedoeling dat dit onderzoek een bijdrage levert aan de veiligheid en daarbij ook de kwaliteit van zorg op de afdeling. De resultaten zullen in eerste plaats zijn voor de afdeling kleinschalig wonen binnen woonzorgcentrum Graafzicht, maar ook voor andere instellingen die erop gericht zijn de veiligheid voor cliënten te waarborgen en de kwaliteit van zorg te vergroten.

Iedereen die, in welke vorm dan ook, een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van dit onderzoeksverslag willen wij hartelijk danken. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar:

* Martin te Lintel Hekkert, docent Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede. Wij willen je bedanken voor je begeleiding, enthousiasme, kritische blik, ideeën en de tijd die je voor ons nam.
* Lijda van Zessen, Beroepspraktijkvorming coördinator. Bedankt voor de gesprekken die wij hebben gehad en de ideeën die ons verder hielpen met het onderzoek.
* Domieke Vermeulen, beleidsmedewerkster. Bedankt voor je behulpzaamheid, je adviezen en je kritische blik op de inhoud van het onderzoeksverslag.
* Annemieke Twisk, afdelingshoofd. Wij willen je bedanken voor je bereidheid om mee te werken aan het onderzoek. Ook je eerlijkheid en openheid naar ons toe hebben wij zeer gewaardeerd.
* Het verplegend personeel die meegewerkt hebben aan de interviews. Bedankt voor jullie inzet, openheid en bereidheid om mee te werken aan dit onderzoek.

Evelyne Beumer – Tak

Nelleke van der Molen

Johannie van der Vliet

Ede, juni 2009

# Inhoudsopgave

[Colofon……….. 1](#_Toc232822285)

[Samenvatting 2](#_Toc232822286)

[Woord vooraf 3](#_Toc232822287)

[Inhoudsopgave 4](#_Toc232822288)

[Inleiding…………………………………………………………………………………………………………….. 6](#_Toc232822289)

[Probleemomschrijving 6](#_Toc232822290)

[Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek 8](#_Toc232822291)

[1.1 Kleinschalig wonen 8](#_Toc232822292)

[1.1.1 Kleinschalig wonen en veiligheid 9](#_Toc232822293)

[1.2 Visie 9](#_Toc232822294)

[1.2.1 Visie van woonzorgcentrum Graafzicht 9](#_Toc232822295)

[1.2.2 Visie van de afdeling kleinschalig wonen 10](#_Toc232822296)

[1.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen 12](#_Toc232822297)

[1.3.1 Toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen 13](#_Toc232822298)

[1.3.2 Effecten en risico’s 13](#_Toc232822299)

[1.3.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen en veiligheid 14](#_Toc232822300)

[1.4 Veiligheid 15](#_Toc232822301)

[1.5 Wet- en regelgeving 15](#_Toc232822302)

[1.5.1 Wet op geneeskundige behandeling overeenkomst (Wgbo) 15](#_Toc232822303)

[1.5.2 Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz) 16](#_Toc232822304)

[1.5.3 Kwaliteitswet zorginstellingen (Wkz) 17](#_Toc232822305)

[1.5.4 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) 17](#_Toc232822307)

[1.5.5 Normen verantwoorde zorg 18](#_Toc232822308)

[1.5.6 De wet en veiligheid 19](#_Toc232822309)

[1.6 Harmonisatie Kwaliteitswet Zorginstellingen (HKZ) 19](#_Toc232822310)

[1.6.1 HKZ-normen 19](#_Toc232822311)

[1.6.2 HKZ en veiligheid 20](#_Toc232822312)

[1.7 Melding Incidenten Cliënten 20](#_Toc232822313)

[1.7.1 Melden van incidenten 21](#_Toc232822314)

[1.7.2 Relatie tussen MIC en HKZ 21](#_Toc232822315)

[1.7.3 MIC en veiligheid 21](#_Toc232822316)

[Hoofdstuk 2: Methode 22](#_Toc232822317)

[2.1 Type onderzoek 22](#_Toc232822318)

[2.2 Onderzoeksgroep 22](#_Toc232822319)

[2.3 Onderzoeksontwerp 23](#_Toc232822320)

[2.4 Wijze van gegevens verzamelen 24](#_Toc232822321)

[2.5 Analysemethoden 24](#_Toc232822322)

[2.6 Betrouwbaarheid en validiteit 25](#_Toc232822323)

[2.6.1 Betrouwbaarheid 25](#_Toc232822324)

[2.6.2 Validiteit 26](#_Toc232822325)

[Hoofdstuk 3: Resultaten 27](#_Toc232822326)

[3.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen 27](#_Toc232822327)

[3.1.1 Observaties meeloopdagen 27](#_Toc232822328)

[3.1.2 Interviews verplegend personeel 27](#_Toc232822329)

[3.2 Melding Incidenten Cliënten 29](#_Toc232822330)

[3.2.1 Observaties meeloopdagen 29](#_Toc232822331)

[3.2.2 Meest voorkomende incidenten op de afdeling 29](#_Toc232822332)

[3.2.3 Oorzaken van de incidenten op de afdeling 29](#_Toc232822333)

[3.2.4 Interviews verplegend personeel 30](#_Toc232822334)

[3.3 Toezicht op de afdeling 31](#_Toc232822335)

[3.3.1 Observaties meeloopdagen 32](#_Toc232822336)

[3.3.2 Interviews verplegend personeel 32](#_Toc232822337)

[3.4 Veiligheid op de afdeling 32](#_Toc232822338)

[3.4.1 Observaties meeloopdagen 32](#_Toc232822339)

[3.4.2 Interviews verplegend personeel 34](#_Toc232822340)

[Hoofdstuk 4: Conclusie 36](#_Toc232822341)

[4.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen 36](#_Toc232822342)

[4.2 Melding Incidenten Cliënten 36](#_Toc232822343)

[4.3 Toezicht op de afdeling 37](#_Toc232822344)

[4.4 Veiligheid op de afdeling 37](#_Toc232822345)

[4.5 Wet en regelgeving 37](#_Toc232822346)

[Hoofdstuk 5: Discussie 39](#_Toc232822347)

[5.1 Methode 39](#_Toc232822348)

[5.2 Resultaten 39](#_Toc232822349)

[Hoofdstuk 6: Aanbevelingen 41](#_Toc232822350)

[6.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen 41](#_Toc232822351)

[6.2 Melding Incidenten Cliënten 41](#_Toc232822352)

[6.3 Toezicht op de afdeling 41](#_Toc232822353)

[6.4 Veiligheid op de afdeling 42](#_Toc232822354)

[6.5 Algemene aanbevelingen 42](#_Toc232822355)

[Bronvermelding 43](#_Toc232822356)

[Bijlagen 45](#_Toc232822357)

[Bijlage 1: Begrippenlijst 46](#_Toc232822358)

[Bijlage 2: Vragenlijst interview Personeelsleden 47](#_Toc232822359)

[Bijlage 3: Artikel 1. Vrijheidsbeperking aan banden 48](#_Toc232822360)

[Bijlage 4: Artikel 2. Verminder het gebruik van bedhekken 52](#_Toc232822361)

[Bijlage 5: Artikel 3 Familie positief over kleinschalig wonen 53](#_Toc232822362)

# Inleiding

Binnen woonzorgcentrum Graafzicht te Bleskensgraaf is drie jaar geleden een afdeling kleinschalig wonen opgericht, welke bestaat uit twee etages. Een etage bestaat uit twaalf slaapkamers en twee huiskamers. Een huiskamer wordt gedeeld met zes cliënten. De afdeling kleinschalig wonen is gericht op dementerende ouderen en heeft als doel om het dagelijks leven centraal te laten staan. De afdeling is volop in ontwikkeling.

Op de afdeling kleinschalig wonen binnen woonzorgcentrum Graafzicht is in het jaar 2007 een controle uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Naar aanleiding van deze controle is een fase in gang gezet van verbetering en ontwikkeling. Er is onder andere een (bij)scholing gegeven aan het verplegend personeel over de Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz) en het gebruik van Middelen en Maatregelen. Dit omdat gebleken is dat Graafzicht streeft naar een Harmonisatie Kwaliteitswet Zorginstellingen (HKZ) - certificatie en het personeel op de afdeling niet op de hoogte was van Wbopz. Het onderwerp veiligheid komt hierbij sterk naar voren.

Woonzorgcentrum Graafzicht heeft gevraagd onderzoek te doen naar verschillende onderwerpen van veiligheid, om zo een bijdrage te leveren aan de HKZ –certificatie. De onderwerpen vrijheidsbeperkende maatregelen, Melding Incidenten Cliëntenzorg (MIC), toezicht en de inrichting van de afdeling worden onderzocht. Deze onderwerpen worden aan diverse kanten uitgewerkt. Zo zullen de wettelijke kaders beschreven worden en ook zal gekeken worden naar het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen van het personeel. Door het uitwerken van de verschillende onderwerpen zal in het onderzoek gekeken worden naar diverse veiligheidseisen van de afdeling en hoe het personeel hier mee omgaat. Het is voor Graafzicht onduidelijk hoe diverse veiligheidsaspecten en eisen vanuit de HKZ samenhangen en vormgegeven worden door het personeel. Dit leidt tot de volgende probleem- en vraagstelling.

## Probleemomschrijving

Probleemstelling

Op de afdeling kleinschalig wonen is onvoldoende in beeld hoe het personeel omgaat met cliëntgerichte veiligheidseisen van de afdeling. Hieruit komt de vraag naar boven of de afdeling veilig genoeg is met betrekking tot de onderwerpen vrijheidsbeperkende maatregelen, MIC, toezicht en de inrichting van de afdeling.

Vraagstelling

Hoe garandeert het personeel van de afdeling kleinschalig wonen de veiligheid van de cliënten met betrekking tot de onderwerpen vrijheidsbeperkende maatregelen, MIC, toezicht en de inrichting van de afdeling?

Doelstelling

Eind juni 2009 zijn er aanbevelingen gedaan met betrekking tot enkele veiligheidseisen van de afdeling kleinschalig wonen binnen woonzorgcentrum Graafzicht te Bleskensgraaf.

Deelvragen

1. Wat houdt kleinschalig wonen in en hoe wordt het vormgegeven in woonzorgcentrum Graafzicht?
2. Wat zijn de wettelijke kaders en normen met betrekking tot de onderwerpen vrijheidsbeperkende maatregelen, MIC, toezicht en de inrichting van de afdeling?
3. Hoe gaat het personeel om met de veiligheid op de afdeling met betrekking tot de onderwerpen vrijheidsbeperkende maatregelen, MIC, toezicht en de inrichting van de afdeling?
4. Op welke wijze beïnvloedt het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen de veiligheid van de cliënt? Welke afwegingen maakt het verplegend personeel?
5. Welke incidenten vanuit de MIC zijn er in de eerste drie maanden van het jaar 2009 gemeld en wat zijn de gemelde oorzaken? Hoe zouden deze incidenten eventueel verminderd/ voorkomen kunnen worden?

# Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek

*Aan de hand van literatuuronderzoek worden in dit hoofdstuk alle relevante termen en onderwerpen, welke betrekking hebben op dit onderzoek, toegelicht. De onderwerpen kleinschalig wonen, visie, vrijheidsbeperkende maatregelen, wet- en regelgeving, MIC en HKZ worden uitgediept, om de juiste stappen te kunnen nemen in het onderzoek. Per onderwerp wordt de link gelegd naar veiligheid.*

## 1.1 Kleinschalig wonen

De overheid streeft ernaar om mensen met langdurige zorg onderdeel te laten uitmaken van de samenleving. Ook zij horen erbij en moeten zichtbaar worden in de wijk of het dorp. Daarnaast hebben cliënten zelf behoefte aan autonomie, ook wanneer er sprake is van zorgafhankelijkheid. Kleinschalig wonen is een middel om een prettige en vertrouwde woonsfeer voor de cliënt te realiseren, waarin de cliënt keuzes maakt voor zijn dagbesteding en – indeling op basis van eigen opvattingen en omstandigheden, in plaats van op basis van bedrijfseconomische overwegingen. [Krijger]

Kleinschalig wonen houdt in dat een groep dementerenden ouderen, met professionele ondersteuning, samen een huishouden vormen. De ideale grootte van een groepswoning is zes cliënten. Met dit aantal is een overzichtelijke huishouding te voeren. De cliënten kunnen samen om een tafel zitten en hebben ook overzicht over het geheel. Bij acht cliënten ligt dat alweer anders: de cliënten moeten gaan zoeken naar groepsgenoten; de groep heeft minder het karakter van een huishouding en heeft toch al iets weg van een afdeling. Het is minder vertrouwd. Ook zijn er bij acht cliënten op meerdere momenten twee begeleiders nodig, wat extra personeel vraagt. Er zijn dus meerdere redenen om de groepsgrootte te beperken tot zes cliënten. [www.iwz.nl, Krijger]

Kleinschalig wonen geeft cliënten meer autonomie dan het traditionele integrale pakket van de Wet ziekenhuis voorzieningen (Wzv). De cliënt woont in zijn eigen huis, ook al is dit een groepswoning.

De woning heeft minder de uitstraling van een werkomgeving, omdat het ingericht is met eigen meubels en er geen zusterpost aanwezig is. De zorg wordt aangeboden in een huiselijke en herkenbare omgeving. Het dagelijks leven in een normale thuissituatie wordt zoveel mogelijk benaderd. De cliënten voelen zich daardoor beter op hun gemak en dat maakt de kwaliteit van hun leven groter. Op kleinschalig wonen is er vierentwintig uur per dag professionele zorgverlening die de cliënten ondersteunt bij het dagelijks leven. [Krijger]

Van der Kruk schrijft in een artikel dat over het algemeen nieuwe locaties geschikter zijn voor ouderen. Het gaat om de aanwezigheid van alternatieve ruimtes waar mensen zich kunnen terugtrekken (zogenaamde comfort rooms), zichtbaarheid en nabijheid van het personeel, mogelijkheden om naar buiten te gaan, rust op de afdeling en de beschikking over een eigen slaapkamer. Ook de aanwezigheid van een gesloten loopcircuit draagt bij aan de bewegingsvrijheid van een dementerende cliënt. [van der Kruk, 2009]

Volgens Krijger zijn begeleiders belangrijk om het doel, zoals paragraaf 1.1.1 beschrijft, te bereiken. Het is belangrijk om te bekijken of de begeleiders de cliënt als autonoom persoon benaderen, waarbij zij recht doen aan de keuzes van de cliënt. Een verkeerde benadering van de begeleider kan leiden tot minder kwaliteit, omdat de cliënt in de groepswoning hier moeilijker aan kan ontsnappen. Het is daarom belangrijk dat de begeleiders zich op de inhoud richten: het verhogen van de levenskwaliteit van mensen met dementie; kleinschalig wonen helpt daarbij. [Krijger]

Groot voordeel van kleinschalige voorzieningen is dat de mantelzorg ontlast is van de dagelijkse perikelen van verzorging, maar wel meer betrokken blijft bij de zorg voor de dementerende.

Kleinschalige woonvormen zijn voor veel dementerende cliënten geschikt, alleen niet voor diegene met ernstige gedragsstoornissen. Wel vereist de samenstelling van de groep enige aandacht.

[www.iwz.nl, Krijger]

### 1.1.1 Kleinschalig wonen en veiligheid

De cliënten op kleinschalig wonen zijn dementerend en hebben geen besef meer van wat voor hun veilig is. Daarom is het belangrijk dat de afdeling de cliënten veiligheid biedt.

Als kleinschalig wonen vergeleken wordt met een verpleeghuisafdeling, kan er geconcludeerd worden dat er op een kleinschalig wonen minder snel een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast. Op kleinschalig wonen krijgen cliënten meer vrijheid en autonomie. Het geven van meer vrijheid aan de cliënt kan wel degelijk een effect hebben op de veiligheid van de cliënt. Doordat een cliënt meer vrijheid krijgt wordt aan de ene kant ingegaan op de behoefte van de cliënt en aan de andere kant bestaat het gevaar dat de veiligheid van de cliënt in het geding komt. Juist omdat cliënten op kleinschalig wonen meer vrijheid krijgen in vergelijking met cliënten van een verpleeghuisafdeling is het belangrijk dat er continu op de veiligheid van de cliënt gelet wordt. Daarom is het van belang dat kleinschalig wonen een goede balans vindt tussen de veiligheid en de vrijheid van de cliënt. In dit onderzoek wordt gekeken naar de veiligheid op kleinschalig wonen waarbij ook de vrijheid van de cliënt naar voren komt.

## 1.2 Visie

*‘Een goede en toegankelijke visie geeft draagvlak aan veranderingen in de organisatie. Hierbij zijn niet alleen uitvoerende medewerkers betrokken, maar ook faciliterende medewerkers en het management. Door een duidelijke visie kun je voorkomen dat een bepaald team of een discipline een andere koers gaat varen of de principes van vraaggestuurde zorg niet serieus neemt.’* [Krijger]

*‘Visie is een instrument waarmee de leider aangeeft welke richting opgegaan wordt’.*  [de Jong e.a., 2003] Een goede visie richt zich op een concrete en realistische verbetering. Het is de voorstelling van een doel, dat men voor ogen heeft. Als er bij de visie een stappenplan wordt gemaakt, dan wordt de visie geconcretiseerd. Hierdoor kan de visie beter gerealiseerd worden. Zo wordt duidelijker wat de visie werkelijk inhoudt en hoe de visie bereikt of in stand gehouden kan worden. [de Jong e.a., 2003]

### 1.2.1 Visie van woonzorgcentrum Graafzicht

Woonzorgcentrum Graafzicht heeft aan de hand van hun geschreven missie een visie opgesteld welke beschreven staat in het beleidsplan van de instelling.

Missie van woonzorgcentrum Graafzicht:

De organisatie richt zich in haar handelen naar de Bijbel als Gods Woord zoals verwoord in de  
 “Drie formulieren van Enigheid”. Het uitgangspunt van de Bijbel ten aanzien van mensen is dat God de mens heeft geschapen naar Zijn beeld. Dit houdt in dat ieder mens een uniek schepsel van God is, van wie Hij houdt. Op basis van dit uitgangspunt staan in ons handelen vier kernwaarden centraal: naastenliefde, verantwoordelijkheid, respect en gelijkwaardigheid. De missie van woonzorgcentrum Graafzicht is: op basis van de Bijbel te handelen vanuit naastenliefde, verantwoordelijkheid, respect en gelijkwaardigheid allereerst naar onze primaire doelgroep, de cliënten, maar ook in onze relatie met medewerkers en externe belanghebbenden.

Visie van woonzorgcentrum Graafzicht:

Aan de hand van de vier kernwaarden wordt uitgewerkt worden wat de missie nu

concreet inhoudt. Deze uitwerking vormt de visie van woonzorgcentrum Graafzicht.

1. Naastenliefde

* Werken vanuit naastenliefde betekent dat we gericht zijn op (het welzijn) van de ander. We willen de liefde die God heeft voor de mens laten doorschijnen en doorgeven in ons werk en onze omgang met mensen.
* Naastenliefde houdt ook betrokkenheid in. De mens is geschapen als relationeel wezen.  
  Dit betekent dat voor het welzijn van de mens relaties met andere mensen van groot belang

zijn. Een relatie met iemand hebben betekent dat je vanuit betrokkenheid omgaat met die

persoon.

* Handelen vanuit naastenliefde betekent niet altijd alle wensen van mensen inwilligen.   
  Dat de mens vanuit liefde wordt benaderd, betekent het beste voorhebben met mensen en

soms wordt dat juist bereikt door duidelijk grenzen te stellen.

2. Verantwoordelijkheid

* De mens is geschapen met een eigen verantwoordelijkheid. Daarom willen we als

organisatie veel ruimte voor eigen initiatief geven zodat ieder zijn eigen verantwoordelijkheid ook echt kan nemen.

* Verantwoordelijkheid houdt in dat we eerlijk en transparant zijn in ons werk en onze omgang met mensen. Ons woord is ons woord, daarom komen we onze afspraken na. Eerlijk en transparant zijn betekent dat betrouwbaarheid een belangrijk aspect is in ons bezig zijn.
* We hebben daarnaast ook onze verantwoordelijkheid voor de middelen die we krijgen, van bijvoorbeeld de overheid. Daarom willen we door efficiënt en doelmatig handelen op een goede, verantwoorde manier met onze middelen omgaan.
* Verantwoordelijkheid houdt ook in verantwoord omgaan met de kennis die we hebben (gekregen). Dit betekent dat we op een goede manier omgaan met onze deskundigheid. Temeer omdat investeren in deskundigheid één van de manieren is om zorg en diensten van kwalitatief goed niveau te realiseren.

3. Respect

* Respect uit zich allereerst in de omgang met de ander, onder meer in de bejegening. Dit houdt in dat we onze medemens fatsoenlijk en beleefd tegemoet treden.
* Vanuit respect voor de medemens hebben we veel aandacht voor de eigen levenssfeer van mensen. Wij willen zorgen voor een woon- en zorgklimaat waar mensen zich echt thuis voelen.
* Handelen vanuit respect is de cliënt de zorg geven waar hij behoefte aan heeft, ofwel hem

zorg op maat bieden.

4. Gelijkwaardigheid

* Alle mensen zijn door God geschapen. Dit betekent dat alle mensen evenveel waard zijn, ongeacht wat dan ook. Dit houdt ook in dat het leven van ieder mens zin heeft, ook in ouderdom of bij gebreken.
* Gelijkwaardigheid is ook gelijkwaardig omgaan met de zorg die wordt verleend en de middelen die worden ingezet. Een eerlijke verdeling dus van de beschikbare zorg en middelen.
* Tot slot willen we ook in de communicatie met elkaar de gelijkwaardigheid van de mens tot uitdrukking laten komen. *[de Ridder, 2005]*

### 1.2.2 Visie van de afdeling kleinschalig wonen

De afdeling kleinschalig wonen, heeft aan de hand van de algemene visie van woonzorgcentrum Graafzicht een visie voor de afdeling opgesteld:

Inleiding

De zorggroep Alblasserwaard biedt op de locatie Graafzicht een leef- en woonvoorziening vanuit het principe van kleinschalig wonen. Deze voorziening is bedoeld voor ouderen met een dementie. Om ons handelen richting te geven, hebben wij een visie uitgewerkt. Deze visie komt voort uit de visie die de zorggroep beschreven heeft in haar beleidsplan. Deze visie is te zien in het gedrag en al het handelen van de medewerkers. Alle activiteiten die ontwikkelt worden, zijn afgeleid vanuit deze visie.

Visie

* eigen regie

De cliënten voeren eigen regie, of diens vertegenwoordiger. De zorg - en dienstverlening zijn ondersteunend. Er is een balans tussen cliëntbelang en organisatiebelang.

* wonen;

Het wonen in kleinschalig wonen is als wonen thuis. Dat is terug te vinden in de sfeer, de veiligheid in wonen, de dagstructuur / - ritme, de werkwijzen van de verschillende diensten en herkenbaarheid van de omgeving voor de cliënten. De huiselijkheid en comfort staat voorop. Deze is voor de cliënten herkenbaar en daardoor vertrouwd.

We gaan uit van wat cliënten nog wel kunnen en stimuleren hen om deze vaardigheden zo lang mogelijk vast te houden, door hen actief deel te laten nemen aan het dagelijkse leven.

* zinvolle dagbesteding

De cliënten krijgen de activiteiten aangeboden die bij hun vraag en omstandigheden passen. Zodat zij de handelingen zo lang mogelijk vasthouden die zij nog kunnen uitvoeren en daarbij voldoende prikkels krijgen vanuit de omgeving.

* kwaliteit van leven

De cliënten voeren eigen regie, de zorg - en dienstverlening is klantgericht / vraaggericht georganiseerd en de communicatie met de cliënt is open en gelijkwaardig. De cliënten voelen zich op sociaal gebied veilig.

* kwaliteit van zorg

De cliënten krijgen die zorg - en diensten die passen bij hun situatie op het niveau die beschreven is in de normen verantwoorde zorg, de wettelijke bepalingen en de richtlijnen van de inspectie.

* wettelijke vertegenwoordiger, mantelzorgers en familie

De wettelijke vertegenwoordiger, mantelzorgers en familie zijn actief betrokken bij het gehele proces rondom de cliënten. Zij ontvangen tijdig en voldoende informatie, zodat zij op de hoogte blijven van zaken die rondom de cliënten en binnen kleinschalig wonen spelen.

* medewerkers

De medewerkers ondersteunen de cliënten bij het voeren van de eigen regie, begeleiden en stimuleren de cliënten bij het vasthouden van vaardigheden en maken daarbij gebruik van de aanwezige activiteiten (zorg, huishouding, welzijn en dagstructuur).

De medewerker weten om te gaan met dementerende ouderen en zijn instaat die interventies toe te passen die goed aansluiten bij de cliënten. De medewerkers werken vanuit deze visie en laten dat in hun gedrag en handelen zien.

## 1.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

In deze paragraaf wordt beschreven wat vrijheidsbeperkende maatregelen zijn, waar deze worden toegepast en op welke manier de vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast kunnen worden. Tot slot wordt ingegaan op de effecten van de vrijheidsbeperkende maatregelen.

De definitie van vrijheidsbeperkende maatregelen luidt: ‘*Alle maatregelen (fysiek en verbaal) die de vrijheid van cliënten beperken*’. [www.igz.nl, van der Kruk 2009] Het doel van vrijheidsbeperking is om de cliënt in zijn vrijheid te beperken om zichzelf of zijn omgeving te beschermen. Er zijn twee soorten vrijheidsbeperkingen te onderscheiden, namelijk in de bewegingsvrijheid en overige beperkingen. [van der Kruk 2009, www.[bronovo.nl](http://www.bronovo.nl)] Hieronder worden enkele voorbeelden genoemd:

|  |  |
| --- | --- |
| Beperkingen van bewegingsvrijheid | Overige beperkingen |
| * bedhekken; * *Zweedse band (bijlage1)* ; * fixatieband in (rol) stoel; * pols of enkelbanden; * stoel of rolstoel met blad; * verpleegdeken; * diepe stoel; * armspalk; * alarmsysteem; * afzondering van cliënt; * afsluiten kamerdeur of andere ruimten. | * opleggen van een dagprogramma; * verbieden van ontvangen van bezoek; * onder dwang toedienen van vocht of voedsel of juist het beperken ervan; * het beperken van telefoneren, ontvangen van post en bezoek; * nalaten van handelingen (bijvoorbeeld iemand niet uit bed halen); * toedienen van dwangmedicatie (zoals rustgevende medicatie); * organisatieregels en huisregels; * pedagogische maatregelen; * cliëntgerichte beperkingen, zoals het beperken van zakgeld, drinken van alcohol en andere individuele beperkingen. |

Tabel 1. Voorbeelden van vrijheidsbeperkingen [Jaspers e.a, 2005, www.igz.nl]

Een deel van deze vormen van vrijheidsbeperking is zichtbaar als je op bezoek komt in een instelling

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

* fixatie;
* afzonderen van de cliënt;
* (slaapkamer)deur op slot doen;
* stoel tegen tafel plaatsen, zodat een cliënt niet kan opstaan of zichzelf kan verplaatsen;
* een deurverklikker of sensor;

Niet alle vormen van vrijheidsbeperking zijn direct zichtbaar. Dit zijn regels die door de cultuur van de instelling of afdeling bepaald worden. Denk hierbij aan huisregels, pedagogische maatregelen en diverse cliëntgerichte beperkingen zoals: niet teveel eten, op een bepaald tijdstip naar bed gaan, beloningssystemen of geen televisie mogen kijken en het gebruik van psychofarmaca.

Uit onderzoeken van de Universiteit Maastricht blijkt dat er ongeveer bij één op de twee cliënten opgenomen in een verpleeghuis een vrijheidsbeperkende interventie wordt toegepast. Het gebruik van bedhekken is de meest voorkomende maatregel. [Hamers, 2007]

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast om de veiligheid te vergroten. Wanneer er sprake is van onderbezetting bij het personeel, bestaat de kans dat er eerder gebruik gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het is daarom van belang dat het verplegend personeel juist in zulke situaties, hun fantasie gebruiken en alternatieven bedenken in plaats van het blindelings toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

### 1.3.1 Toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen mogen niet zonder reden worden toegepast. Volgens de Wbopz mogen vrijheidsbeperkende maatregelen alleen worden toegepast als er sprake is van een gevaar voor de cliënt of voor anderen. Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn niet altijd te voorkomen. Vroegtijdige signalering speelt hierin een grote rol om escalatie te verminderen, of zelfs te voorkomen. Het gaat om verantwoord toepassen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg geeft toe dat vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd te vermijden zijn. Het is de vraag of er voor alle vrijheidsbeperkende maatregelen op korte termijn een oplossing gevonden kan worden, zodat de bestaande interventie opgeheven kan worden. Als een interventie onvermijdelijk is, moet deze verantwoord worden toegepast. De Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt vijf voorwaarden:

1. deskundigheid: kennis, houding en vaardigheden;
2. communicatie met alle betrokken partijen, luisteren naar de cliënt en het interpreteren van verzet;
3. nadenken over doelen, beoogde effecten, middelen, gradaties van vrijheidsbeperking, alternatieven en het afbouwen van maatregelen;
4. zorg als proces: teams moeten voortdurend nadenken over vrijheidsbeperking. Wat eens is afgesproken, hoeft niet altijd meer van toepassing te zijn, melden, registeren en evalueren vallen ook onder zorg als proces;
5. randvoorwaarden: personele bezetting, scholing en deskundigheidsbevordering, een duidelijke visie op vrijheidsbeperking, passende woonomgeving. Begeleiders, verzorgende en verpleegkundigen moeten alarm slaan als de randvoorwaarden niet goed zijn, of niet goed worden nageleefd. [Vink e.a., 2009]

Deskundigheid van de medewerkers is cruciaal voor het terugdringen van de vrijheidsbeperking van de cliënt, maar vormt een groot knelpunt. Volgens het onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ontbreekt het in bijna de helft van de onderzochte afdelingen aan systematische scholing. Naast zorgen voor voldoende deskundigheid vereist het terugdringen van vrijheidsbeperking draagvlak bij alle betrokkenen, vooral het management. Ook familie- en cliëntenraden moeten bij de maatregel betrokken worden. Het kan nodig zijn om extra personeel in te zetten om fixatie te voorkomen of om scholing mogelijk te maken. [van der Kruk, 2009]

In Nederland wordt in verschillende zorginstellingen verschillend omgegaan met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wordt er meer en vaker gesepareerd dan in andere landen. Terwijl in de ziekenhuizen en de thuiszorg de aandacht voor fixatie en separatie nog in de kinderschoenen staat. Er wordt niet geregistreerd dus is er nauwelijks iets bekend over de aard en omvang van het probleem in deze sectoren. In de thuiszorg zijn, voor zover bekend, nog geen initiatieven genomen om vrijheidsbeperking tegen te gaan. Binnen de woonvorm kleinschalig wonen kan gedacht worden aan het gebruik van bedhekken, rolstoelblad, heupgordel en een sensor bij het bed. [van der Kruk, 2009]

Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft gevolgen voor de individuele bewegingsvrijheid van de cliënt. Ook kan het nadelige gevolgen hebben op zowel lichamelijk als psychisch/ sociaal gebied.

### 1.3.2 Effecten en risico’s

Vrijheidsbeperkende maatregelen worden veel toegepast, meestal met het doel om de cliënt en /of zijn omgeving te beschermen. Er is alleen onvoldoende bewijs te vinden of de maatregelen ook werkelijk het verwachte effect hebben. Cliënten kunnen nog steeds vallen, ondanks een vrijheidsbeperkende interventie. Vrijheidsbeperkende maatregelen dragen ook risico’s met zich mee, bijvoorbeeld: het over bedhekken klimmen of decubitus ten gevolge van immobiliteit. Ook de psychologische klachten kunnen een risico met zich meebrengen bij vrijheidsbeperkende maatregelen. In tabel 2 worden de effecten die vrijheidsbeperkende maatregelen met zich mee kunnen dragen weergegeven. De cursiefgedrukte woorden zijn opgenomen in bijlage 1. [Dielis- van Houts e.a., 2004]

|  |  |
| --- | --- |
| Lichamelijk | Immobiliteit, *demineralisatie van het bot*, verminderde botmassa., diepe trombose, *embolie*, oedeem, verminderde circulatie, zenuwschade, verminderde ademhalingscapaciteit, verminderde conditie, verminderende functionaliteit, verminderde spiermassa, tonus en kracht, verlies van balans, vallen, *orthostatische hypotensie*, *contracturen*, infectie, circulatie problemen, verminderde *cardiaal* functioneren, cardiale stress, decubitus*, dehydratie*, verminderde eetlust, toename van afhankelijkheid, schaafwonden, verslikken, ademstilstand, incontinentie van urine en ontlasting, *constipatie*, infectie, langer opnameduur en de dood. |
| Psychisch / sociaal | Angst, *demoralisatie*, afweer, vernedering, onbehaaglijk gevoel, weigeren, afwijkend gedrag, emotionele verwaarlozing, *sensorische deprivatie*,  verminderend zelfbeeld, verwardheid, desoriëntatie, *agitatie*, paniek, vechtlust,woede, wanhoop, depressie en sociaal terugtrekken, toename van onrust, agressie, portraumatische stress, sociaal isolement, demotivatie voor herstel, afwijkend gedrag, ongemak en ontkenning. |

Tabel 2. Effecten van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Samengevat kan gesteld worden, dat op basis van de literatuur, het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen vooral nadelen heeft en het niet leidt tot een veilige situatie voor de cliënt. Dit houdt in dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen op kort termijn nauwelijks gevolgen heeft voor de cliënt, maar op langer termijn gevolgen kan hebben op lichamelijk en psychisch /sociaal gebied.

### 1.3.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen en veiligheid

Het toepassen van vrijheidbeperkende maatregelen heeft als doel de veiligheid van de cliënt en de omgeving te waarborgen. Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is gebleken dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd het gewenste resultaat heeft bereikt. Naar aanleiding van zeven dodelijke ongelukken door onveilig gebruik en onzorgvuldig handelen bij het toepassen van de Zweedse band, is de Inspectie voor de Gezondheidszorg de campagne ‘Zorg voor Vrijheid’ gestart. Het doel van deze campagne is om de Zweedse band uit te bannen en daarbij ook het gebruik van overige vrijheidsbeperkende maatregelen terug te dringen. Andere vrijheidsbeperkende maatregelen, behalve de Zweedse band, kunnen ook gevaarlijke situaties of ongelukken veroorzaken. Een voorbeeld hiervan is dat een cliënt over het bedhek heen klimt. De cliënt kan hierdoor vallen en bijvoorbeeld een botbreuk oplopen. Het is daarom van groot belang dat het verplegend personeel zich bewust is van de gevaren en gevolgen die een vrijheidsbeperking met zich meedraagt. Het verplegend personeel moet bij elke situatie de afweging maken of de veiligheid in gevaar komt en of het noodzakelijk is om een vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen. Tegelijkertijd dragen zij de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de cliënten. Voordat er een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast is het essentieel dat er eerst gekeken wordt naar alternatieven. Door te kijken naar alternatieven wordt er gekeken naar de mogelijkheid om de cliënt maximale vrijheid en daarbij ook veiligheid te kunnen bieden. [Vink e.a. 2002, van der Kruk 2009, www.igz.nl, www.bronovo.nl]

## 1.4 Veiligheid

Veiligheid is een breed omvattend begrip. Veiligheid is een verzamelnaam en op vele onderwerpen toepasbaar. Als er gekeken naar het begrip veiligheid in de zorg, dan wordt het vlak sociale veiligheid geraakt. Sociale veiligheid betreft *‘het mogelijke gevaar (of dreiging daarvan) voor mens en dier dat samenhangt met het menselijk gedrag ten aanzien van andermans lichaam, persoonlijke integriteit, eerbaarheid, opvattingen, gewoonten en bezittingen.*’ [www.hvu.nl]

Er zijn twee niveaus te onderscheiden die een goede bijdrage leveren aan de vergroting van de veiligheid van de zorg, namelijk:

* individueel niveau, daarbij gaat het om de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt (micro).   
  Als de relatie wordt geschaad door bijvoorbeeld een incident in de tillift, dan is het vertrouwen bij de cliënt weg. Dit komt in volgende contacten de veiligheid niet ten goede, omdat het vertrouwen van de cliënt in het verplegend personeelslid weg is.
* collectief niveau, zowel op het niveau van de instelling(macro), als instelling overstijgend (meso). Hierbij kan je denken aan brandpreventie, het minimale toezicht op een afdeling of de inrichting. Dit zijn enkele aspecten die in orde moeten zijn om de veiligheid te vergroten.

Door deze twee niveaus op een goed peil te houden kan een goede veiligheid gewaarborgd worden. Niet elke cliënt beschikt over de communicatieve vaardigheden om voor zichzelf op te komen en zo zijn eigen veiligheid en de veiligheid van andere bespreekbaar te maken. Dit heeft te maken met verschillende factoren zoals leeftijd, opleiding en gezondheid. De veiligheid mag nooit afhangen van de mondigheid en alertheid van de cliënt. Veiligheid moet altijd geboden worden, dit is de basisgarantie voor goede zorg. De mondigheid van de cliënt kan de veiligheid wel verbeteren, maar de basis van de veiligheid mag hier niet van afhankelijk zijn. [Wagner, e.a. 2005]

## 1.5 Wet- en regelgeving

Bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen speelt wet – en regelgeving een belangrijke rol. Wet – en regelgeving benoemd enkele kaders. Het verplegend personeel wordt geacht zich te houden aan deze richtlijnen. In de gezondheidszorg zijn veel wetten van kracht, hieronder worden enkele wetten die gericht zijn op de belangen van cliënten benoemd:

* Wet op geneeskundige behandeling overeenkomst (Wgbo);
* Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz);
* Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wbig);
* Wet kwaliteitswet zorginstellingen (Wkz);
* Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp);
* Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz);
* Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz);
* Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz);
* Zorgverzekeringswet (Zvw).

In de volgende paragraven zal enkel ingegaan worden op de wetten Wgbo, Wbopz en Wkz.

### 1.5.1 Wet op geneeskundige behandeling overeenkomst (Wgbo)

Voor ieder onderzoek of iedere behandeling is toestemming nodig. De cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger moet na de ontvangen informatie toestemming geven voor de behandeling of het onderzoek. Ook voor vrijheidsbeperkende maatregelen is toestemming vereist.

Vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking.Op grond van de Wbopz kan vrijheidsbeneming plaatsvinden: de onmogelijkheid om de afdeling/instelling te verlaten. Vrijheidsbeperking is elke beperking of belemmering van de bewegingsvrijheid. De Wgbo laat ruimte voor laatstgenoemde mogelijkheid, niet voor vrijheidsbeneming. In situaties waarin de Wbopz niet van toepassing is kunnen vrijheidsbeperkingen worden toegepast op grond van de algemene zorgplicht van de Wgbo (de zorg van een goed hulpverlener).    
   
Het moet dan wel gaan om beperkingen die:

onvermijdelijk zijn om (lichamelijk) lijden te verhelpen of te voorkomen;

in het dossier van de cliënt worden opgenomen en verantwoord;

in het geval van een wilsonbekwame cliënt plaatsvinden met instemming van zijn (wettelijk) vertegenwoordiger;

de hulpverlener regelmatig beoordeelt op de noodzaak tot continuering;

zo kort mogelijk worden toegepast;

niet structureel tot vrijheidsbeneming leiden. [www.umcutrecht.nl, www.igz.nl]

### 1.5.2 Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Wbopz)

De Wbopz is voor de rechtspositie van personen die onvrijwillig opgenomen worden. In deze wet is een aparte bepaling opgenomen voor vrijheidsbeperkende maatregelen, de middelen en maatregelen. Deze mogen alleen in noodsituaties toegepast worden gedurende maximaal zeven aaneengesloten dagen. Na de zeven aaneengesloten dagen moeten de vrijheidsbeperkende maatregelen in het behandel- of zorgleefplan worden opgenomen. Als in dit plan een beschermende interventie is opgenomen, gebeurt dit altijd met toestemming van de cliënt of de wettelijke vertegenwoordiger en in opdracht van de behandelend arts. Daarnaast moet de interventie geregistreerd en gemeld worden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. [www.minvws.nl]

De wet maakt onderscheid tussen het toepassen van noodmaatregelen voor korte tijd (maximaal zeven dagen) en behandeling onder dwang voor lange tijd (minimaal zeven dagen).

Noodmaatregelen voor korte tijd

De Wbopz kent vijf middelen en maatregelen, namelijk:

1. Separeren. Dit is een intensieve vorm van afzondering. De separeer is een speciale kamer waar alles is weggehaald waar de cliënt zich aan zou kunnen bezeren. Zo ontvangt de cliënt weinig tot geen prikkels.
2. Afzonderen. Afzonderen is vergelijkbaar met separeren, alleen gebeurt dit in een ander soort kamer. Een afzonderingskamer is een sober ingerichte eenpersoonskamer.
3. Medicatie onder dwang. Hierbij gaat het om medicatie die een werking hebben van niet langer dan zeven aaneengesloten dagen.
4. Fixeren. Fixeren belemmerd de bewegingsvrijheid van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is om te voorkomen dat de cliënt zichzelf verwondt.
5. Vocht en/of voeding onder dwang. Dit middel behoort tot de uitzonderingen en wordt pas toegepast als gevaar voor uitdroging of ondervoeding bestaat.

Dwangbehandeling voor langere tijd

Als de dwangbehandeling voor langere tijd noodzakelijk is, wordt dit opgenomen in het zorgleefplan van de cliënt. Er is geen sprake van een acute noodsituatie maar van een (dreigend) gevaar dat langere tijd aanwezig is of aanwezig zal zijn. Hierdoor kan de dwangbehandeling langer dan zeven dagen worden toegepast. De Wbopz spreekt dan niet meer van middelen en maatregelen, maar van dwangbehandeling.[www.lumc.nl]

Bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen dient uiteraard aan de wettelijke vereisten te worden voldaan (Wbopz). De genomen maatregelen dienen in het zorgleefplan te worden vermeld en te worden verantwoord. Daarbij wordt aangegeven welke alternatieven zijn overwogen. [Arcares e.a., 2005]

### 1.5.3 Kwaliteitswet zorginstellingen (Wkz)

### In de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt niet gesproken over vrijheidsbeperking. De kern van deze wet is dat van elke instelling wordt verwacht dat zij verantwoorde zorg biedt. De wet heeft geen normen gesteld voor verantwoorde zorg. Voor instellingen was het onduidelijk wat verantwoorde zorg concreet inhield. Om deze reden hebben verschillende beroepsorganisaties, die samenwerken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg, normen op gesteld voor het geven van verantwoorde zorg. De normen die betrekking hebben op veiligheid van de afdeling worden beschreven in paragraaf 1.5.6. De wet verstaat onder verantwoorde zorg dat de zorg doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Dit betekent ook dat elke vrijheidsbeperking individueel wordt afgestemd op de behoefte van de cliënt. Hiernaast kan uit de kwaliteitswet zorginstellingen worden afgeleid dat instellingen verantwoordelijk zijn voor het voeren van een bopz – beleid. Dit beleid maakt onderdeel uit van de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit. Het doel van een goed opgezet kwaliteitsbeleid is het vergroten van het bewustzijn van het verplegend personeel. Regelmatig evalueren draagt er toe bij dat inzichtelijk wordt gemaakt wat binnen een team speelt en hoe daarmee omgegaan wordt.

Toezicht en handhaving

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet. De kwaliteitswet legt de eerste verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde zorg bij de instelling zelf. Het accent bij het toezicht ligt vooral op de manier waarop een instelling de eigen kwaliteit bewaakt, beheerst en verbetert. De overheid blijft eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening in Nederland. De wet kent daarom een aantal bepalingen om de wet te kunnen handhaven. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de bevoegdheid aanwijzingen te geven aan instellingen die in hun zorg aan cliënten te kort schieten. In deze aanwijzingen geeft de minister een termijn aan waarbinnen aan de gestelde eisen moet worden voldaan. Tevens kunnen inspecteurs voor de gezondheidszorg instellingen een bevel geven om bepaalde maatregelen te nemen. Er moet dan sprake zijn van situaties die ernstig en direct gevaar opleveren voor de gezondheid van cliënten. Als een instelling de aanwijzing van de minister of het bevel van de inspecteur niet opvolgt, kan het een bestuursdwang of een dwangsom krijgen. Tot slot kan de overheid bij Algemene Maatregel van Bestuur nadere kwaliteitsregels stellen als blijkt dat de kwaliteit van zorg in een bepaalde sector onvoldoende is. [www.minvws.nl, www.loc.nl]

### 1.5.4 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg werkt samen met onder andere beroepsorganisaties en koepelorganisaties. Deze organisaties zorgen ervoor dat er aan de hand van de wetten protocollen en richtlijnen worden opgesteld voor een instelling. De taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is dat zij toezicht houdt of de instelling de wettelijk opgestelde richtlijnen naleeft.

De inspectie gebruikt voor haar handhavingstaak de volgende vier uitgangspunten:

1. De inspectie baseert zich bij haar handhavingstaak op de wettelijke voorschriften van de Wbopz, de kwaliteitswet zorginstellingen en de Wgbo. De Wbopz zal binnen afzienbare termijn worden vervangen door de Wet zorg en dwang. Deze nieuwe wet sluit beter aan bij het karakter van de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrie. Preventie en het zoeken naar alternatieven van vrijheidsbeperkende maatregelen zijn twee belangrijke aspecten die in deze wet naar voren komen. Zo mogen vrijheidsbeperkende maatregelen alleen worden toegepast als ze in een multidisciplinair overleg tot stand zijn gekomen en er geen andere alternatieven zijn om ernstig gevaar voor een cliënt of zijn omgeving te verminderen of te voorkomen. Alle ingezette vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden opgenomen in het zorgplan, dat van te voren besproken is met de cliënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger.

2. De inspectie zal de resultaten van het rapport, samen met het richtinggevend kader vrijheidsbeperkingen, gebruiken voor de manier waarop zij in de komende jaren haar toezicht ontwikkelt.

3. De inspectie maakt gebruik van de veldnormen zoals de richtlijnen, kwaliteitskaders, handreikingen en veiligheidsplannen.

4. De inspectie sluit aan bij de voornemens die de staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer kenbaar heeft gemaakt rond de onderwerpen veiligheid en vrijheidsbeperking. [www.igz.nl]

De Wbopz geeft voorschriften over de registratie en de melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg:

* Maandelijks melden aan de inspectie:

De bopz-arts verstrekt maandelijks aan de inspecteur een aantal gegevens, onder andere:

- overzicht van de namen van de cliënten die in die maand gedwongen zijn opgenomen onder vermelding van een inbewaringstelling, rechterlijke machtiging of een beslissing van de strafrechter;

- de namen van de cliënten aan wie ontslag is verleend;

- de namen van gedwongen opgenomen cliënten die zijn overleden onder vermelding van de doodsoorzaak;

- de namen van de cliënten bij wie de inbewaringstelling die maand is beëindigd en de verslagen met bevindingen van de behandelende persoon gedurende de Inbewaringstelling.

* Overige bopz- gegevens die onder andere worden gemeld:

- aanvang/beëindiging dwangbehandeling;

- aanvang/beëindiging middelen & maatregelen nood en dwang;

- beslissing op bopz-klachten. [www.igz.nl]

* Bopz-gegevens die niet verplicht zijn om aan de inspectie te melden:

- middelen & maatregelen akkoord;

- beperking vrijheden wat betreft bezoek, telefoonverkeer, beweging;

- aanvragen voor rechterlijke machtigingen;

- geen instemming met zorgleefplan. [www.igz.nl]

De inspectie heeft op basis van deze resultaten een handhavingsplan opgesteld. Een van de kernpunten hierin is dat in 2011 de Zweedse band niet meer gebruikt wordt en is vervangen door minder ingrijpende alternatieven. Ook het totaal aantal vrijheidsbeperkende maatregelen moeten de komende jaren drastisch verminderen. Inspectie en de praktijk werken nauw samen om meetbare resultaten te realiseren. De inspectie maakt hierbij gebruik van advies, stimulans, drang of dwang. De inspectie hoopt zo een bijdrage te leveren aan een betere kwaliteit van leven voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking die in een zorginstelling wonen. [www.igz.nl]

### 1.5.5 Normen verantwoorde zorg

Om als afdeling verantwoorde zorg te kunnen leveren moet aan bepaalde normen worden voldaan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg beoordeeld aan de hand van deze normen of een afdeling een bopz afdeling kan zijn. Deze normen zijn zeer uitgebreid. Met het oog op de veiligheid van een afdeling worden onder andere de volgende normen gesteld:

Adequate gerichte bescherming en bevordering van verantwoorde zorg houdt in dat er sprake is van onder andere:

- valpreventie;

- verantwoord medicijngebruik;

- minimaal toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen;

- passende aandacht voor individuele beperkingen en mogelijkheden;

- snelle beschikbaarheid en adequaat en veilig gebruik van hulpmiddelen.

De norm die onder andere gesteld wordt is de norm woon- leefomstandigheden. Deze is gericht op onder andere:

**Veiligheid**

*adequaat toezicht*

In de woon- en leefruimte van psychogeriatrische cliënten, de gangen en de liften heerst een adequate vorm van toezicht en permanente alertheid op eventuele onveilige situaties. Er wordt zevenmaal 24- uurs toezicht geboden door gekwalificeerd personeel of geïnstrueerde personen; in overleg met de cliëntenraad zijn alternatieven vormen van toezicht mogelijk. Het toezicht is toegespitst op zorgzwaarte, individuele gezondheidsrisico’s, specifieke situaties van cliënten en vastgelegd op zorgleefplan niveau; ook indien bewust gekozen wordt voor geen toezicht wordt dat vastgelegd in het zorgleefplan. Het toezicht is aantoonbaar besproken, geëvalueerd op teamniveau en op zorgleefplan niveau.

*Vrijheidsbeperkende interventies*

De zorgorganisatie voert een beleid dat gericht is op het voorkomen van vrijheidsbeperkende interventies. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden daarin gezien als een allerlaatste middel.

*Veiligheid van materiaal en hulpmiddelen*

De zorgorganisatie heeft maatregelen getroffen om de veiligheid van hulpmiddelen als bedden, bedhekken, tilliften en veiligheid bij het gebruikt hiervan te waarborgen.

**Verantwoorde zorg**

*Professionele kwaliteit van zorgverleners en medewerkers kan verbeterd worden/ in stand gehouden worden door onder andere:*

- voldoende en bekwaam personeel;

- interne scholing en deskundigheidsbevordering;

- preventiebeleid met het oog op veiligheid. [Arcares e.a., 2005]

### 1.5.6 De wet en veiligheid

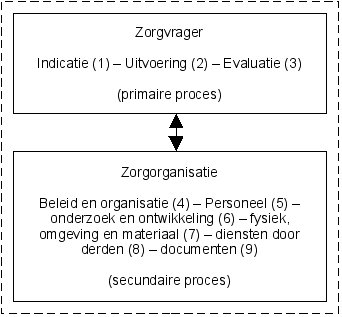
De wet beschouwt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen als het laatste redmiddel. Alleen als alternatieven na een gegronde afweging geen uitkomst bieden mogen instellingen deze maatregelen gebruiken. De vrijheidsbeperking moet dan worden opgenomen in het zorgleefplan en de arts en wettelijk vertegenwoordiger(s) moeten hiermee akkoord gaan. Vrijheidsbeperking is niet zonder risico. Om de risico’s te minimaliseren zijn er wetten ontwikkeld die bij een nauwkeurige naleving de veiligheid van de cliënt kunnen garanderen en /of verbeteren. [ www.zorgvoorvrijheid.nl]

## 1.6 Harmonisatie Kwaliteitswet Zorginstellingen (HKZ)

Afdeling kleinschalig wonen in woonzorgcentrum Graafzicht streeft naar het behalen van het HKZ- certificaat.

### 1.6.1 HKZ-normen

Om de kwaliteit te beoordelen en het certificaat te krijgen moet de instelling voldoen aan de HKZ-normen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toets de kwaliteit van de HKZ. Om het kwaliteitssysteem te vereenvoudigen zijn er 9 rubrieken. De eerste drie rubrieken bevatten het primaire proces. De overige rubrieken, 4 t/m 9, verzorgen gezamenlijk het secundaire proces.

**Primair proces**

1. *Indicatie/ intake*

De zorgvraag van de zorgvrager.

1. *Uitvoering*

De verlening van de zorgvraag.

1. *Evaluatie/ nazorg*

Tussentijdse en/of eindevaluatie van de zorgvraag.

**Secundair proces**

1. *Beleid en organisatie*

Omschrijven, plannen en bewaken van managementtaken, zoals organisatiestructuur, functieomschrijving en processen.

1. *Personeel*

Personeelsbeleid, werving en selectie, scholing.

1. *Onderzoek en ontwikkeling*

Up to date blijven van nieuwe ontwikkelingen, ontwikkelen van verbeterprocessen.

1. *Fysiek, omgeving en materiaal*

Alle ondersteunende faciliteiten. Hier kan gedacht worden aan gebouwen, computers, opslag van persoonlijke eigendommen en gegevens.

1. *Diensten door derden*

Inkopen van diensten en producten.

1. *Documenten*

Registratie, protocollen en procedures.

### 1.6.2 HKZ en veiligheid

Als aan de rubrieken voldoende inhoud wordt gegeven dan is de instelling goed op weg. Voor de certificering toetst een externe certificerende instelling. Als uit de diverse toetsmomenten (audits) blijkt dat de organisatie aan de HKZ normen voldoet, dan geeft de certificerende instelling een HKZ- certificaat af. Wanneer een instelling het HKZ- certificaat heeft, wordt ervan uitgegaan dat de veiligheid gewaarborgd wordt. Woonzorgcentrum Graafzicht streeft naar het behalen van het HKZ- certificaat. Dit onderzoek draagt bij aan het behalen van het HZK- certificaat. Wanneer het certificaat behaald is, is het drie jaar mits er tussentijds opnieuw getoetst wordt. Na drie jaar vindt her- certificering plaats. [www.hkz.nl, www.hkzcertificaat.nl]

## 1.7 Melding Incidenten Cliënten

MIC is een van de verschillende termen die er binnen de gezondheidszorg bestaat. Zo kennen we ook de termen:

* MIP (melding incidenten patiëntenzorg);
* MIZ (melding incidenten in de zorg);
* MIM (melding incidenten medewerker);
* FOBO (fouten of bijna ongelukken) de andere versie heet FONA (Fouten, Ongevallen en Near Accidents).

Een MIC is een formulier dat ingevuld moet worden door een verplegend personeelslid die te maken heeft gehad met een incident, bijzonderheid, ongeval of bijna – ongeval. In een MIC moeten de gegevens van de cliënt vermeld worden, plaats en tijdstip van het incident, omschrijving van het incident, hoe er is gehandeld bij het incident en de naam van het verplegend personeelslid (dit kan ook anoniem).

Het meldingscriterium binnen Graafzicht is dat iedere gebeurtenis wel of niet veroorzaakt door het handelen of nalaten van iemand gemeld moet worden, in een MIC- formulier dat ingeleverd moet worden bij de MIC- commissie. Dit is zowel bij een onderzoek of behandeling als voor bij het verplegen of verzorgen van de cliënt. Bij een incident kan gedacht worden aan een medische fout, zoals het geven van verkeerde medicatie, maar er kan ook gedacht worden aan een valincident of een bijna-ongeluk.

### 1.7.1 Melden van incidenten

Een MIC- melding is niet persoonsgericht maar een inventarisatie om een beeld te krijgen van de kwaliteit op de afdeling. Het is van belang dat er duidelijk is welke incidenten er gemeld moeten worden. De incidenten zijn in vier groepen verdeeld:

1. *Bijna- fout*: Hierbij kan er nog net op tijd het handelen of het nalaten van het handelen hersteld worden.
2. *Bijna- ongeval:* Hierbij had een ongeval kunnen leiden tot schadelijke gevolgen, maar door op tijd in te grijpen is het voorkomen of is er geen schade aan de cliënt veroorzaakt.
3. *Ongeval:* Dit is er een gebeurtenis van het verplegend personeel waarbij er fysieke en/of psychische schade aan de cliënt ontstaat waarbij geen sprake is van een fout.
4. *Calamiteit:* Hierbij wordt er gesproken over een situatie die veroorzaakt is door menselijk handelen of het nalaten van handelen. [Bergsma,2005]

### 1.7.2 Relatie tussen MIC en HKZ

Voor een HKZ - certificaat moet er aan bepaalde kwaliteitseisen voldaan worden. Binnen de HKZ moeten zorginstellingen de MIC invullen en dit evalueren en acties op ondernemen om zo de kwaliteit te waarborgen. Dit is de relatie tussen de MIC en de HKZ. [www.[hkz.nl](http://www.hkz.nl/)]

### 1.7.3 MIC en veiligheid

Door het invullen van een MIC- formulier krijgt de MIC- commissie een beeld van alle incidenten die op een afdeling plaats vinden. Het is dus van belang dat alle incidenten gemeld worden, en de MIC commissie moet dan ook een vertrouwensrelatie uitstralen. Als er incidenten niet gemeld worden en in de doofpot verdwijnen kan het voorkomen dat de MIC- commissie geen volledig beeld kan vormen. Aan de hand van de gemelde incidenten kan de MIC- commissie een beeld vormen van de incidenten die hebben plaatsgevonden. Hierop kan de MIC- commissie een verbetertraject starten om het aantal incidenten te verminderen of zelfs in de toekomst te voorkomen. Het is van belang dat de MIC- commissie het verbetertraject zo opstelt dat alle leden van het team hiermee akkoord gaan, en het wordt uitgevoerd.

# Hoofdstuk 2: Methode

*Dit hoofdstuk bevat de argumentatie van het onderzoek. Het type onderzoek en de populatie worden beschreven. En er wordt uitgelegd op welke manier er onderzoek is verricht. Ook de begrippen validiteit en betrouwbaarheid worden beschreven en toegepast.*

## 2.1 Type onderzoek

*Kwalitatief onderzoek:*

*‘Kwalitatief onderzoek is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. De onderzoeker kan zich aanpassen aan de omstandigheden tijdens het onderzoek. De benadering is daarbij open en flexibel, bovendien wordt ingegaan op de achtergronden van de verzamelde gegevens.’[ Verhoeven, 2007] ‘In een kwalitatief onderzoek gaat het om de ervaringen of opvattingen van mensen, uitgedrukt in woorden of symbolen’* [Hunink, 2000]

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van kwalitatief onderzoek. Er is sprake van kwalitatief onderzoek omdat in de interviews open vragen gesteld worden en er wordt ingegaan op de persoonlijke beleving en ervaring van het verplegend personeel. Het interview bestaat niet alleen uit standaard vragen, maar er zal worden doorgevraagd op wat de geïnterviewde antwoordt. Hierdoor is sprake van kwalitatief onderzoek, omdat de vragen en antwoorden per interview zullen verschillen.

Ook zal onderzoek verricht worden door middel van observaties. Deze observaties vallen ook onder kwalitatief onderzoek, omdat er tijdens de observaties geen cijfermatige gegevens verzameld worden.

*Kwantitatief onderzoek:*

*‘Bij kwantitatief onderzoek verzamelt de onderzoeker cijfermatige gegevens. Deze gegevens worden door de onderzoeker ingevoerd in een gegevensbestand, om ze vervolgens met behulp van statistische technieken te analyseren.*’[Verhoeven, 2007]

Naast kwalitatief onderzoek, zal ook een klein gedeelte van het onderzoek kwantitatief onderzocht worden. Er zal gekeken worden naar de verschillende voorkomende MIC- incidenten op de afdeling.

Er is hiervoor gekozen om een duidelijker beeld te krijgen van recente MIC- incidenten op de afdeling. Hierdoor wordt duidelijk waar het misgaat op de afdeling en waar de veiligheid in het geding komt.

## 2.2 Onderzoeksgroep

Tijdens het onderzoek zullen verschillende interviews worden gehouden. Het verplegend personeel wordt aselectief geïnterviewd. Daarnaast wordt de teamleidster selectief geïnterviewd. Hieronder de uitleg waarom deze mensen benaderd zijn voor het onderzoek.

*De teamleidster*

De teamleidster wordt geïnterviewd omdat zij het hoofd van de afdeling is, diverse bevoegdheden heeft en op de hoogte is van alles wat zich op de afdeling afspeelt.

*Het verplegend personeel*

Onder het verplegend personeel worden zeventien personen aselectief geïnterviewd. Er wordt een lijst gemaakt met namen van het verplegend personeel die geïnterviewd worden. Op deze lijst staan de data en tijden waarop zij geïnterviewd worden, zodat zij hiermee rekening kunnen houden met hun werkzaamheden. Het personeel is aselectief geïnterviewd omdat er zo een objectief beeld van opvattingen, denkwijzen, ervaringen en meningen gekregen wordt.

## 2.3 Onderzoeksontwerp

*Literatuuronderzoek*

Het onderzoek zal gestart worden met een literatuuronderzoek. Dit is belangrijk om de juiste stappen te nemen in een onderzoek. Om het onderzoek goed te kunnen onderbouwen en om kennis op te doen wordt van verschillende onderwerpen literatuuronderzoek gedaan. Daarnaast wordt literatuur onderzocht die op de afdeling aanwezig is, zoals de visie en beleidsdocumenten.

De onderwerpen kleinschalig wonen, visie, vrijheidsbeperkende maatregelen, veiligheid, wet – en regelgeving, MIC en HKZ worden bestudeert en uitgewerkt in het hoofdstuk literatuuronderzoek. Er is voor deze onderwerpen gekozen, omdat ze onafscheidelijk zijn van het onderzoek. Deze onderwerpen zijn een belangrijk onderdeel van het onderzoek. Het is van belang om eerst hierover een goed literatuuronderzoek te doen!

*Observatie*

In dit onderzoek wordt ook gebruik gemaakt van observatie door middel van drie meeloopdagen op de afdeling. Voorafgaand aan de meeloopdagen worden observatiepunten opgesteld. Deze zijn opgesteld aan de hand van de onderwerpen vrijheidsbeperkende maatregelen, veiligheid, toezicht en inrichting van de afdeling. Hierbij kan gedacht worden aan:

- welke vrijheidsbeperkende maatregelen komen voor op de afdeling;

- hoe het verplegend personeel omgaat met de vrijheidsbeperkende maatregelen, op welke manier

zij deze toepassen en of zij eerst kijken naar mogelijke alternatieven;

- wanneer het verplegend personeel een vrijheidsbeperkende maatregel toepast wordt er naar hun motivatie gevraagd;

- het beschrijven van veilige en onveilige situaties op de afdeling;

- beschrijven wanneer er toezicht is en wanneer toezicht ontbreekt;

- kijken naar de inrichting en daarbij letten op de veiligheid (denkend aan huiskamer, badkamer, slaapkamer, gang).

Deze observatiedagen zullen uitgewerkt worden in een verslag. De observatiepunten zullen worden opgesteld aan de hand van interview met de teamleidster en literatuuronderzoek. Voor het onderzoek is het belangrijk om te observeren. Zo wordt een objectief beeld, met betrekking tot de veiligheid van de afdeling verkregen. Er wordt duidelijk op welke punten de veiligheid verbeterd kan worden.

*Interviews*

Er is gekozen om personeelsleden individueel te interviewen. Door de personeelsleden individueel te interviewen is de kans kleiner dat er gewenste antwoorden worden gegeven.

Er is gekozen voor interviews omdat er op de gegeven antwoorden doorgevraagd kan worden, zo nodig onduidelijkheden verhelderd kunnen worden en om in te gaan op de beleving en ervaring van de geïnterviewde. Ook kunnen de belangrijke onderwerpen voldoende aan bod komen.

*MIC*

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een overzicht van de MIC- incidenten per maand in de periode van het eerste kwartaal van 2009. De incidenten worden verwerkt in een database programma.

## 2.4 Wijze van gegevens verzamelen

*Observaties*

Voor de observaties wordt er een lijst opgesteld met onderwerpen waarop geobserveerd zal worden. Er wordt in dit onderzoek niet ingegaan op het onderwerp brandveiligheid, omdat dit niet verpleegkundig relevant is. Tijdens de observaties zijn foto’s gemaakt van een aantal opvallende situaties.

*Interviews*

Er worden diepte interviews gehouden. De interviews zijn halfgestructureerd. Er zal wel gebruik gemaakt worden van een vragenlijst, maar daarnaast is er ruimte voor eigen inbreng en flexibiliteit. [Verhoeven, 2007]

In de interviews wordt ingegaan op de onderwerpen: vrijheidsbeperkende maatregelen, veiligheid, MIC, toezicht en inrichting van de afdeling. Deze onderwerpen zijn opgesteld aan de hand van een gesprek met de beleidsmedewerkster D. Vermeulen. Samen met haar is het doel van het onderzoek besproken en is de probleemomschrijving vastgesteld. Aan de hand van de probleemomschrijving zijn de onderwerpen naar voren gekomen welke gebruikt zullen worden voor de interviewvragen. Deze onderwerpen zijn gekozen omdat er een belangrijke relatie is met veiligheid. Per onderwerp zijn er een aantal open vragen opgesteld, met de bedoeling om de geïnterviewde zoveel mogelijk zelf te laten vertellen. Tijdens het interview is er mogelijkheid om door te vragen en in te gaan op persoonlijke ervaringen en meningen.

De interviews zullen gemiddeld een half uur duren en worden opgenomen met een voicerecorder, met toestemming van de geïnterviewde. De reden van de opname is dat er een rustig gesprek zal zijn en er volledig aandacht is voor het interview. Tevens is gekozen voor opname om zo het gesprek volledig te kunnen uitwerken en er zodoende geen eigen interpretatie in het antwoord verweven wordt.

*MIC- meldingen*

Er wordt gekeken naar de frequentie en de categorie MIC- meldingen, in de periode van januari tot en met maart 2009, op de afdeling kleinschalig wonen. Dit wordt gedaan om een overzicht te krijgen in welke categorie de meeste incidenten voorkomen en of de MIC- incidenten verminderd of voorkomen kunnen worden.

## 2.5 Analysemethoden

*Observaties*

1. observatieverslagen een aantal keer doorlezen;

2. observatieverslagen met elkaar vergelijken;

3. een samenvatting maken per onderwerp, voor in het hoofdstuk resultaten;

4. per onderwerp opvallende aspecten noteren;

5. conclusies trekken uit de resultaten;

6. aanbevelingen schrijven.

*Interviews*

1. elk interview een aantal keer doorlezen;

2. alleen relevante informatie voor het onderwerp selecteren aan de hand van de probleemstelling;

3. de tekst verdelen in fragmenten. Elk fragment geeft informatie over één onderwerp;

4. deze fragmenten kernwoorden geven. Één fragment kan maximaal zes kernwoorden krijgen;

5. de kernwoorden ordenen. (wat komt overeen en zijn er kernwoorden die je kunt samenvoegen?)

7. kernwoorden beschrijven;

8. conclusies trekken uit de resultaten;

9. aanbevelingen schrijven. [Verhoeven, 2007; Baarda e.a., 2000]

*MIC- meldingen*

1. gekregen lijst van de voorkomende MIC- meldingen doornemen;

2. kijken welke categorie incidenten er veel voorkomen;

3. kijken naar de oorzaak van de incidenten;

4. nagaan of de afdeling kijkt naar mogelijkheden om de incidenten te voorkomen of te verminderen;

5. kijken naar mogelijkheden voor het voorkomen of verminderen van MIC- incidenten;

6. conclusies trekken uit de resultaten;

7. aanbevelingen schrijven.

## 2.6 Betrouwbaarheid en validiteit

### 2.6.1 Betrouwbaarheid

*‘Betrouwbaarheid wil zeggen dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk van toeval afhankelijk zijn.’* [Baarda e.a., 2000]

Als het onderzoek onder andere omstandigheden en in een andere periode herhaald wordt, dan moet dat tot dezelfde resultaten leiden. Deze herhaalbaarheid van onderzoek is dus een belangrijke voorwaarde om de betrouwbaarheid te kunnen onderzoeken.

Hieronder wordt de betrouwbaarheid van de observaties, interviews en onderzoek van de MIC- meldingen beschreven:

*Observaties*

Bij observeren is betrouwbaarheid voor een deel afhankelijk van de persoon die observeert. Tijdens de observaties wordt gebruik gemaakt van vooraf opgestelde observatiepunten.

Het verplegend personeel wordt op de hoogte gesteld van de observatiedagen omtrent veiligheid.

De observaties die gehouden worden kunnen toeval afhankelijk zijn. Wanneer één van de observatoren moe, snel afgeleid of niet haar dag heeft, kan dit de uitslagen van de observaties beïnvloeden.

*Interviews*

Er wordt kwalitatief onderzoek gedaan, het gaat om de mening, opvatting en ervaring van de geïnterviewde. Om tijdens de interviews de antwoorden zo min mogelijk te beïnvloeden wordt een aantal maatregelen genomen:

- er wordt geen oordeel uitgesproken over wat de geïnterviewde zegt, er wordt wel begrip getoond;

* er worden open vragen gesteld, dat wil zeggen dat de vragen zo zijn gesteld dat de geïnterviewde geen wenselijke antwoorden geeft, maar juist werkelijke antwoorden.
* als er onduidelijkheid is in de vraagstelling wordt de vraag verduidelijkt en zo nodig opnieuw gesteld. Er wordt een samenvatting gegeven van het gegeven antwoord.

Om een goede registratie van de antwoorden te krijgen worden de interviews, met toestemming van de geïnterviewde, opgenomen op een voice- recorder. De interviews worden letterlijk uitgewerkt. Hierna wordt er gezamenlijk gekeken naar de uitwerkingen van de interviews, zodat er niet uitgegaan wordt van één interpretatie. Per vraag worden de belangrijkste fragmenten uit de tekst gehaald en worden er kernwoorden aan gegeven. Aan de hand van de kernwoorden worden de resultaten beschreven. Net als bij de observaties geldt dat wanneer een verplegend personeelslid of een interviewer een vervelende of goede dag heeft gehad kan dit de uitslag van de interviews beïnvloeden. Wanneer een verplegend personeelslid een goede dag heeft gehad zullen de antwoorden positiever zijn dan wanneer diegene een vervelende dag heeft gehad. De stemming van een interviewer kan ook bepalend zijn voor de vraagstelling en zo voor de uitslag van het interview.

### 2.6.2 Validiteit

‘*Met validiteit wordt bedoeld de mate waarin een onderzoek vrij is van systematische meetfouten, zowel wat betreft het meetinstrument als de onderzoeksgroep. Met andere woorden: de vraag naar de geldigheid van het onderzoek*.’ [Verhoeven, 2007]

Bij validiteit gaat het erom of het onderzoek zo is uitgevoerd dat er geen systematische vertekening plaatsvindt. Voorbeelden zijn onder andere:

- Als een onderzoeker, voordat het onderzoek start, eigen opvattingen heeft over het onderzoek en daarmee de uitkomsten van het onderzoek stuurt.

- als het onderzoek plaatsvindt in een bepaalde periode en bijvoorbeeld in die periode er factoren zijn die de uitkomsten van het onderzoek erg beïnvloeden.

- Als de observatiepunten door de ene onderzoeker anders geïnterpreteerd worden vergeleken met de andere onderzoeker.

De kans bestaat dat het verplegend personeel tijdens de observatiedagen extra alert zal zijn op de veiligheid. De observaties worden wel gehouden, omdat dit een breder beeld geeft over hoe het er op de afdeling aan toe gaat en omdat dit verrijkende informatie geeft. Ook hier wordt geprobeerd zo min mogelijk systematische vertekening te laten plaatsvinden, door eventuele individuele opvattingen, vooroordelen en de resultaten van het onderzoek met elkaar te bespreken. Zo vindt overeenstemming van de resultaten plaats.

# Hoofdstuk 3: Resultaten

*In dit hoofdstuk worden, aan de hand van literatuuronderzoek, interviews, observaties en het MIC- jaarverslag, de resultaten beschreven.*

## 3.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Tijdens de observaties is gelet op welke vrijheidsbeperkende maatregelen er zijn en op welke wijze deze worden toegepast. Er is aan het verplegend personeel door middel van interviews gevraagd naar hun mening en ervaring over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zijn zij van mening dat de veiligheid in gevaar komt als zij iemand meer vrijheid geven? Kijken zij eerst naar alternatieven? Als laatste is gevraagd naar de reden van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

### 3.1.1 Observaties meeloopdagen

*Overwegingen van het verplegend personeel*

Tijdens de observaties is gebleken dat er op afdeling weinig vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. De vrijheidsbeperkende maatregelen die worden toegepast zijn onder andere een buikriem in de rolstoel, een rolstoelblad, bedhekken, gesloten toegangsdeur, slaapkamerdeuren op slot, de keukenkastjes gedeeltelijk op slot en een sensor op de slaapkamer van een aantal cliënten. Het viel op dat het ene personeelslid een vrijheidsbeperkende maatregel blindelings toepast terwijl een ander personeelslid eerst kijkt naar een mogelijk alternatief. Het ene personeelslid denkt niet veel na over het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, terwijl een ander personeelslid een vrijheidsbeperkende maatregel ziet als een uiterst redmiddel.

*Keukenkastjes*

Een regel van de afdeling is dat de keukenkastjes op slot horen te zitten. Het is gebleken dat sommige personeelsleden alle keukenkastjes op slot doen en dat andere personeelsleden juist de keukenkastjes van slot laten. Wanneer gevraagd wordt naar de motivatie van het niet handhaven van de regel, wordt gezegd dat zij de cliënten meer vrijheid willen bieden. Het komt voor dat alle keukenkastjes op slot zitten behalve het kastje met de chemische spullen. De chemische spullen staan zowel boven als onderin de keukenkastjes, deze worden niet in alle huiskamers op slot gedaan.

*Slaapkamerdeuren*

De slaapkamerdeuren zitten op slot zodat de cliënten niet op eigen gelegenheid naar hun slaapkamer kunnen. De cliënten moeten eerst om de sleutel vragen bij het personeel. De cliënten worden onrustig en lopen heen en weer over de gang. Een aantal personeelsleden laat sommige slaapkamerdeuren open staan, zodat de deur niet in het slot kan vallen. Zo kunnen enkele cliënten wel naar hun eigen slaapkamer.

*Toegangsdeur van de afdeling*

De toegangsdeur van de afdeling gaat open door middel van een code. De deur bestaat geheel uit glas, cliënten kunnen andere mensen zien lopen op de gang. Veel cliënten bonken op het glas omdat zij van de afdeling af willen. Dit maakt hen en andere cliënten onrustig.

### 3.1.2 Interviews verplegend personeel

*Invloed op het verplegend personeel*

In de interviews komt naar voren dat tien van de zeventien respondenten een vrijheidsbeperkende maatregel toepassen omdat het hun het gevoel geeft dat de cliënt veilig is, wat hen rust geeft. Ondanks dat het verplegend personeel een vrijheidsbeperkende maatregel toepast voor de veiligheid van de cliënt, vinden zij het vervelend en geeft het hen een machteloos gevoel.

Een aantal respondenten geeft aan dat het onbegrip van de cliënt hen frustreert, zij vinden het moeilijk om hiermee om te gaan.

*‘ Ik doe het om de bestwil en de bescherming van de cliënt. Het maakt de cliënt boos. Het is meer een stukje machteloosheid. Ik voel mij vervelend daarbij. Ik weet dat ik het doe uit bestwil voor de cliënt en daarom ga ik ook door. Maar ik kan het de cliënt niet meer uitleggen, het wordt niet meer begrepen. En dat maakt het allemaal heel frustrerend.’*

*Afwegingen en alternatieven*

Bij een enkeling doet het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen hen niet veel, zij vinden het vanzelfsprekend en zien geen andere mogelijkheden.

Veertien van de zeventien respondenten zien het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen als een belemmering van de vrijheid van de cliënt. De respondenten die het niet als belemmering zien geven als reden dat de cliënt geen last heeft van de vrijheidsbeperkende maatregel.

Drie van de zeventien respondenten geven aan dat zij niet kijken naar alternatieven voordat zij een vrijheidsbeperkende maatregel toepassen. Een aantal redenen is:

*‘Ik weet niet wat je anders kunt doen.’*

*‘Ik vind het vanzelfsprekend om een vrijheidsbeperkende maatregel toepassen.’*

Een aantal redenen waarom er wél gekeken wordt naar alternatieven is onder andere:

*‘ Soms is een vrijheidsbeperkende maatregel niet echt nodig, maar kan het opgelost worden met een alternatief.’*

*‘Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is een uiterst redmiddel.’*

Een voorbeeld van een alternatief is het plaatsen van een matras voor het bed in plaats van een bedhek omhoog te doen. Een ander voorbeeld is een deken in het bed voor het bedhek leggen in plaats van een bedhek beschermer.

De keukenkastjes, slaapkamerdeuren en de toegangsdeur zijn op de afdeling veel besproken onderwerpen als het gaat om het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In de interviews zijn deze onderwerpen aan bod gekomen en is gevraagd naar de mening van het verplegend personeel.

*Keukenkastjes*

Dertien respondenten vinden dat de keukenkastjes niet op slot moeten zitten. Een aantal respondenten benadrukt dat zij het keukenkastje met chemische spullen op slot willen houden en/ of het kastje met koek en snoep op slot willen in verband met verslik- of verstikgevaar. Een aantal respondenten wil de kastjes niet op slot omdat zij dat huiselijker vinden. Een enkeling heeft duidelijk aangegeven dat de kastjes op slot moeten blijven, omdat de cliënten anders continu in de kastjes zitten. De overige respondenten hadden geen mening over het feit dat de keukenkastjes wel of niet op slot moeten.

*Slaapkamerdeuren*

Op de vraag of de slaapkamerdeuren op slot moeten blijven of een deurklink moeten krijgen, zodat de deur wel dicht zit maar niet op slot, geven acht respondenten aan dat de slaapkamerdeuren een deurklink moeten krijgen. De reden die zij hiervoor hebben is dat de cliënten de mogelijkheid hebben om, wanneer zij willen, naar hun eigen kamer kunnen gaan. Een aantal respondenten is van mening dat de slaapkamerdeuren gesloten moeten blijven. De meest genoemde reden is dat de cliënten niet op andermans slaapkamer kunnen komen en de mogelijkheid hebben om aan de eigendommen van andere cliënten te komen. Enkele respondenten twijfelen aan de vraag of de slaapkamerdeuren open of dicht moeten blijven. Aan de ene kant vinden zij dat de cliënten beperkt worden in hun vrijheid, terwijl aan de andere kant de medecliënten de mogelijkheid krijgen om ook op die kamer te komen.

*Toegangsdeur van de afdeling*

De toegangsdeur van de afdeling is voor de cliënten gesloten. De meerderheid van de respondenten is het hier mee eens en vindt dat de toegangsdeur gesloten moet blijven voor de veiligheid van de cliënten. Daarentegen vindt een aantal respondenten dat de toegangsdeur open moet zijn voor de cliënten. Zij vinden het verschrikkelijk voor de cliënten dat zij opgesloten zitten. Wel vinden zij het belangrijk dat er een andere oplossing gevonden moet worden voor de onveilige situaties, zoals de trap en de mogelijk om de straat op de gaan. Enkele respondenten twijfelen of de deur wel of niet gesloten moet blijven.

*Veiligheid en vrijheid*

Vijftien van de zeventien respondenten zeggen dat de veiligheid van de cliënt in gevaar komt als de cliënt meer vrijheid krijgt dan dat de cliënt op dit moment heeft. Één respondent geeft aan dat de veiligheid van de cliënt niet in gevaar komt bij meer vrijheid. Één respondent geeft aan dat de veiligheid van de cliënt niet altijd in gevaar komt als de cliënt meer vrijheid krijgt.

## 3.2 Melding Incidenten Cliënten

### 3.2.1 Observaties meeloopdagen

Tijdens de meeloopdagen heeft er één incident plaatsgevonden. Een cliënt werd erg agressief naar het verplegend personeel toe. Opvallend was dat het verplegend personeel hier geen MIC- formulier voor ingevuld heeft. De reden die zij hiervoor geven is dat de cliënt meerdere keren per dag agressief kan zijn. Daarom vinden zij het niet nodig en onbelangrijk om iedere keer hierover een MIC- formulier in te vullen.

### 3.2.2 Meest voorkomende incidenten op de afdeling

De MIC –commissie heeft een overzicht gemaakt van de meest voorkomende incidenten op de afdeling van het eerste kwartaal van het jaar 2009. De volgende resultaten komen hieruit naar voren:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Januari | Februari | Maart |
| Vallen | 9 | 4 | 4 |
| Voeding | 0 | 0 | 0 |
| Medicatie | 15 | 9 | 26 |
| Overig | 12 | 10 | 8 |

Tabel 3. Incidenten eerste kwartaal 2009

### 3.2.3 Oorzaken van de incidenten op de afdeling

Om te kijken naar de oorzaken van de incidenten die plaatsvonden op de afdeling is onderscheid gemaakt tussen de huiskamer, de gang, de slaapkamer en de badkamer, om te zien waar de meeste incidenten plaatsvinden.

*Huiskamer*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Fuut | Waterhoen | Meerkoet | Reiger | Totaal |
| Medicatie vergeten te geven | 9 | 3 | 7 | 0 | **19** |
| Medicatie vergeten af te tekenen | 0 | 2 | 0 | 4 | **6** |
| Medicatie geweigerd door cliënt | 4 | 3 | 1 | 0 | **8** |
| Medicatie uitgespuugd door cliënt | 2 | 0 | 1 | 0 | **3** |
| Verkeerde hoeveelheid medicatie gegeven | 2 | 0 | 0 | 0 | **2** |
| Medicatie ontbrak in cassette | 0 | 1 | 0 | 0 | **1** |
| Agressieve cliënt | 1 | 1 | 0 | 0 | **2** |
| Vallen | 0 | 0 | 1 | 0 | **1** |
| Verslikken | 1 | 0 | 0 | 0 | **1** |
| Totaal aantal incidenten per huiskamer | **19** | **10** | **10** | **4** | **43** |

Tabel 4. Oorzaken van incidenten van het eerste kwartaal 2009

*Badkamer*

In de badkamer zijn in eerste drie maanden van het jaar 2009 drie incidenten voorgekomen. Één incident vond plaats doordat een cliënt agressief was naar het personeel toe. De oorzaak van de andere twee incidenten is dat de *durogesic® pleister,* (bijlage 1), niet op de juiste manier is aangebracht, waardoor deze losliet.

*Slaapkamer*

Incidenten die in de slaapkamer plaatsvinden worden veelal veroorzaakt doordat een cliënt niet geholpen wil worden tijdens de verzorging en daardoor agressief wordt naar het personeel toe. Incidenten die veroorzaakt worden door agressie, zijn twaalf keer voorgekomen in het eerste kwartaal van het jaar 2009. Naast agressie komen ook veel valincidenten voor op de slaapkamer. In het eerste kwartaal van het jaar 2009 hebben er dertien valincidenten op de slaapkamer plaatsgevonden. De oorzaken hiervan zijn dat een cliënt uit bed glijdt, uitglijdt door een gladde panty of een cliënt loopt zonder hulpmiddel.

*Gang*

De incidenten in de gang vinden vaak plaats bij de toegangsdeur, doordat de cliënten van de afdeling willen. Dit is voor de cliënten niet mogelijk, wat hen onrustig en agressief maakt en tot een incident kan leiden. Er zijn in het eerste kwartaal van het jaar 2009 zes incidenten voorkomen die veroorzaakt zijn door agressie. Een andere oorzaak van incidenten op de gang is dat cliënten hun medecliënten duwen, waardoor de medecliënten vallen, dit is drie keer voorkomen. Eén cliënt heeft als gevolg hiervan een *collumfractuur*, (bijlage 1), opgelopen. Wat duidelijk naar voren komt is dat de meeste incidenten op de gang plaatsvinden op de afdeling van de eerste etage.

### 3.2.4 Interviews verplegend personeel

*Mogelijkheden om incidenten te verminderen of te voorkomen*

Naar aanleiding van de voorkomende MIC –incidenten is aan de respondenten gevraagd hoe volgens hen de MIC –incidenten verminderd of voorkomen kunnen worden. Er werden diverse antwoorden gegeven. De meeste respondenten vinden het belangrijk om alert te zijn op fouten en andere collega’s aan te spreken op gemaakte fouten, bijvoorbeeld bij het delen van medicatie. Daarbij waren de meeste respondenten ook van mening dat de MIC –incidenten verminderd of voorkomen kunnen worden door de benaderingswijze van de cliënt aan te passen:

*‘Het is gewoon de benadering. Als ik denk aan de cliënt boven dan kan je zo je best doen maar het haalt echt niet uit. Diegene blijft agressief.’*

*‘Agressie valt niet vaak te voorkomen, het is meer dat je moet leren ermee om te gaan en de cliënt op een goede manier moet benaderen.’*

*‘Mij valt op dat collega’s verschillend omgaan met een agressieve cliënt. Zo is het voor mij ook onduidelijk hoe ik het moet doen.’*

Het is voor velen niet duidelijk hoe een onrustige of agressieve cliënt op de juiste manier benaderd hoort te worden. Wanneer een cliënt onrustig of agressief is, is het voor het personeel onduidelijk of zij de cliënt alleen of met meerdere personen moet helpen. Het probleem dat het verplegend personeel noemt is, wanneer zij de cliënt individueel benaderen, dat zij de situatie niet alleen aankunnen. Daartegenover staat, wanneer zij de cliënt met meerdere personen benaderen, dat de cliënt onrustiger en agressiever wordt.

Er is geen duidelijke benaderingswijze opgesteld voor een cliënt die onrustig of agressief is. Hierdoor ervaart het verplegend personeel dat ieder een eigen benaderingswijze toepast en er is geen duidelijkheid over een goede benaderingswijze per cliënt.

Ruim de helft van de respondenten is van mening dat de MIC –incidenten verminderd kunnen worden door het eigen handelen zelf te controleren of te laten controleren door een collega. Andere antwoorden zijn onder andere:

- bewustwording van het personeel;

- het personeel herinneren aan het belang van het invullen van een MIC –formulier;

- meer personeel;

- anti- slipmatten voor de bedden;

- overzicht van MIC –incidenten wordt nu per half jaar uitgedeeld, deze moeten v aker uitgedeeld

worden;

- leuningen aan de muur in de gang;

- bij cliënten eerder een sensor plaatsen;

- geen taken schuiven naar andere collega’s;

- agressie bespreken met een psycholoog.

## 3.3 Toezicht op de afdeling

Op de afdeling kleinschalig wonen is verplegend personeel en een aantal assistenten werkzaam. ’s Morgens zijn er drie personeelsleden aan het werk, waarvan één assistent. Alle drie beginnen zij met de zorgverlening en vanaf tien uur houdt de assistent toezicht in de beide huiskamers. De assistent werkt van acht uur tot één uur. De taken van de assistent zijn:

- assisteren bij de basiszorg;

- aanwezig zijn op beide huiskamers;

- het aanspreekpunt zijn voor de cliënten;

- zorgen voor een gezellige sfeer in de huiskamer;

- helpen bij huishoudelijke taken zoals de was en boodschappen;

- cliënten eventueel naar activiteiten brengen;

- activiteiten met cliënten doen;

- assisteren bij de maaltijd, van koken tot helpen eten geven aan de cliënten, dat gaat in overleg met het verplegend personeel.

Om half vier begint de avonddienst voor het verplegend personeel, deze bestaat uit twee personeelsleden. Van half vijf tot half tien ‘s avonds is er één assistent voor beide huiskamers aanwezig. Om vijf voor half twaalf begint de nachtdienst. Dan is het verplegend personeelslid op de twee etages van kleinschalig wonen alleen werkzaam. Er zijn negen vrijwilligers op de afdeling. Er is afgesproken wanneer zij komen. Wanneer zij niet kunnen komen melden zij zich op tijd af. Er is geen vaste taakomschrijving voor de vrijwilligers. Wel wordt van hen verwacht dat zij gezelligheid in de huiskamer bieden en zorgen voor de extra dingen zoals voorlezen, zingen, strijken, gesprekje met de cliënten, etc.

### 3.3.1 Observaties meeloopdagen

Tijdens de meeloopdagen werd duidelijk dat er niet altijd een personeelslid aanwezig is op de huiskamer. Met name na de lunch, wanneer het verplegend personeel cliënten naar bed en naar het toilet helpt, is er geen toezicht op de huiskamer. Er wordt door het verplegend personeel gestreefd naar zoveel mogelijk toezicht, maar het komt regelmatig voor dat ze genoodzaakt zijn de cliënten voor een tijdje alleen te laten in de huiskamer. Wanneer er familie in de huiskamer is en een cliënt moet naar bed of het toilet geholpen worden, wordt er door het verplegen personeel van uit gegaan dat de familie toezicht houdt in de huiskamer. Een aantal personeelsleden vraagt het specifiek aan de familie, zodat zij weten dat er iemand bij de cliënten is. Ook is een aantal keren opgemerkt dat wanneer een verplegend personeelslid een cliënt naar het toilet brengt, wegloopt en de cliënt alleen achterlaat.

### 3.3.2 Interviews verplegend personeel

*Tevredenheid over de mate van toezicht*

De helft van de respondenten geeft aan dat zij niet altijd tevreden zijn over de mate van toezicht op de afdeling. Zij geven aan dat zij het beter vinden als er meer toezicht is, omdat er nu niet altijd voldoende toezicht is op de afdeling. Een aantal respondenten geeft aan dat zij tevreden zijn over de mate van toezicht. Zij vinden dat er voldoende personeel op de afdeling is. Zeker doordat er sinds kort geregeld is dat de assistent ’s morgens om tien uur naar de beide huiskamers gaat, is er meer toezicht. Enkele respondenten zijn niet tevreden over de mate van toezicht op de afdeling, omdat het voorkomt dat er niemand aanwezig is op de huiskamer.

Dertien van de zeventien respondenten geven aan dat zij meer toezicht willen op de afdeling, om de veiligheid van de cliënt te kunnen waarborgen. Doordat zij van mening zijn dat een extra personeelslid financieel niet haalbaar is, lijkt het hen een goede optie om meer vrijwilligers aan te stellen.

*Toezicht en veiligheid*

Alle respondenten vinden toezicht een belangrijk aspect bij veiligheid.

Op de vraag hoe het verplegend personeel omgaat met de veiligheid van de cliënt als het gaat om toezicht, geven acht respondenten aan dat het belangrijk is om goede controle te houden op hun eigen handelen en het handelen van collega’s. Ook regelmatig in de huiskamer kijken vinden zij erg belangrijk, om voor zichzelf te weten dat alles goed gaat met de cliënten. De andere respondenten letten extra op de veiligheid door middel van aanwezig te zijn op de huiskamer, alert te zijn op fouten, letten op obstakels. Een aantal respondenten geeft aan dat wanneer zij even van de huiskamer af moeten, zij hulp inschakelen van een familielid of een collega. Enkele respondenten geven aan dat zij niet altijd de veiligheid kunnen waarborgen in verband met de werkdruk op de afdeling.

## 3.4 Veiligheid op de afdeling

### 3.4.1 Observaties meeloopdagen

*De gang*

Wat bij binnenkomst op de afdeling gelijk opviel was de gang. Deze staat vol met tilliften, rolstoelen, rollators en eetkamerstoelen die over zijn op de huiskamer. De spullen staan aan beide kanten van de gang, ondanks dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg de regel heeft gesteld dat alle spullen aan één kant van de gang horen te staan. Op de deur van het washok in de gang hangt een briefje dat de deur gesloten moet zijn. Tijdens de observaties stond deze deur regelmatig open.

*De slaapkamers*

De slaapkamers op de gang moeten op slot zitten. Het verschilt per personeelslid of deze ook werkelijk op slot gedaan worden. Bij de bedden zijn er een aantal dingen opgevallen. De bedhekken zijn erg laag en de matrassen zijn dik, waardoor een cliënt zodoende de mogelijkheid heeft om uit het bed te vallen. Wanneer tegen een bedhek aangeleund werd, klapte deze naar beneden. Wanneer de bedhekken naar beneden staan, is het op de rem zetten van het bed bijna onmogelijk. Tijdens de observaties gebeurde het een aantal keer dat een verplegend personeelslid tijdens de zorgverlening even weg liep en vergeten was een bedhek omhoog te doen, terwijl de cliënt in bed lag. Deze cliënt had als vrijheidsbeperkende maatregel dat de bedhekken omhoog moesten om zo de veiligheid van de cliënt te waarborgen. Er werd bij een aantal cliënten een sensor gebruikt. Het kwam voor dat een personeelslid de sensor vergat aan te zetten, zodat een valgevaarlijke cliënt, zonder enig hulpmiddel naar de huiskamer kwam lopen. De slaapkamerdeur en badkamerdeur gaan tegen elkaar open, waardoor het lastig is om een rolstoelafhankelijke cliënt van de badkamer naar de gang te brengen of andersom.

*De badkamers*

De badkamers zijn ruim opgezet en er staan alleen de hoognodige spullen. Wat opviel is dat de douchestoel geen armleuningen heeft, waardoor een cliënt bijna naast de douchestoel ging zitten. Ook heeft een cliënt hierdoor geen houvast. Wat ook tot gevaarlijke situaties kan leiden is dat bij de douche een handgreep op de verkeerde plek aan de muur is geplaatst. Deze zit namelijk aan de zijkant van de douchestoel en niet in het zicht van een cliënt die op de douchestoel zit. Het gebeurde tijdens de meeloopdagen dat een cliënt wilde opstaan van de douchestoel, de handgreep niet zag en daarom de hete kraan beetpakte als steun.

*De huiskamers*

Wanneer gekeken wordt naar de veiligheid in de huiskamers, valt op dat enkele huiskamers vol staan met rollators en rolstoelen. Als een personeelslid een cliënt vanuit de rolstoel in een gewone stoel plaatste, liet diegene regelmatig de lege rolstoel in de huiskamer staan. De huiskamers zien er huiselijk uit, wat de cliënten zichtbaar goed doet. Het viel op dat er veel losse spullen staan, zoals kleine tafeltjes, bloembakken, etcetera. Dit zorgde ervoor dat cliënten met een rollator tegen voorwerpen aan liepen of de draai met hun rollator niet konden maken. De medicatie werd goed achter goed achter slot bewaard.

*De oudheidskamer*

De oudheidskamer is met spullen van vroeger ingericht. Het kan cliënten een veilig gevoel, geborgenheid en rust bieden. Er ligt een groot kleed op de grond, onder de tafel. Deze ligt los en hierover kan gemakkelijk gestruikeld worden. Het is een aantal keer opgevallen dat de oudheidskamer gesloten was. Deze hoort open te zijn, zodat de cliënten op eigen gelegenheid naar binnen kunnen lopen.

*De tilliften*

Als laatste is gekeken naar de tilliften. Cliënten hebben geen eigen tilband. Tijdens de verzorging viel op dat er in de tilband geen *baleinen* (bijlage 1) werden gebruikt en dat de tilband te klein was voor de cliënt.

### 3.4.2 Interviews verplegend personeel

Veertien van de zeventien respondenten vinden de afdeling voor de cliënten veilig. In de interviews is doorgevraagd naar de redenen waarom zij de afdeling wel of niet veilig vinden.

*Huiskamer*

De meerderheid van de respondenten vindt de huiskamers te vol staan en er zijn teveel losliggende spullen. Dit heeft in het eerste kwartaal van het jaar 2009 nog niet tot valincidenten geleid, maar dit kan wel voor onveilige situaties zorgen. Een aantal respondenten vindt het onveilig dat de cliënten bij het fornuis kunnen komen, met name wanneer een personeelslid aan het koken is. Drie respondenten vinden de huiskamers veilig.

*Badkamer*

Vijf van de zeventien respondenten vinden de badkamer veilig. De meeste respondenten geven aan dat de badkamer te vol is doordat er rolstoelen en tilliften neergezet worden. Twee cliënten moeten een badkamer delen, dat kan ’s nachts voor onveilige situaties zorgen. Een aantal respondenten geeft aan dat de wastafels niet veilig zijn omdat zij los aan de muur hangen. Zij vinden de wastafels ook onveilig omdat de spullen er niet goed opgezet kunnen worden, waardoor het snel valt. Ook in de douche is een handgreep aan de muur welke niet op de juiste plaats hangt. Hierdoor grijpen cliënten bij het opstaan regelmatig naar de kraan, die na het douchen erg heet kan zijn. Drie respondenten geven aan dat de douchestoelen onveilig zijn: deze hangen aan de muur en er zitten geen stoelpoten onder voor extra stevigheid. Ook zijn de douchestoelen aan de muur in de badkamer niet in hoogte verstelbaar. Enkele respondenten vinden de toiletten te laag en geven aan dat de witte toiletbrillen zwart moeten zijn, omdat de cliënten geen contrast zien. Dit kan leiden tot onveilige situaties.

*Slaapkamer*

Als het gaat om de inrichting van de slaapkamers geven de meeste respondenten aan dat de slaapkamers te vol staan met tilliften en eigendommen van de cliënten. Ook ligt er op één slaapkamer een vloerkleed, wat kan leiden tot valincidenten. Een aantal respondenten geeft aan dat zij de bedden in zijn geheel onveilig vinden, omdat een bed niet op de rem gezet kan worden als de bedhekken naar beneden zijn. De helft van de respondenten vindt de bedhekken onveilig. De redenen zijn dat de bedhekken geen bedhek beschermers hebben en dat de knoppen van de bedhekken in het midden zitten. Doordat de knop van het bedhek in het midden zit bestaat de kans dat een cliënt in zijn slaap de knop van het bedhek vastpakt en daardoor (onbewust) het bedhek naar beneden doet. Dit is voorgevallen. Vier respondenten vinden de slaapkamers veilig.

*Gang*

De helft van de respondenten vindt dat er geen tilliften, rolstoelen en rollators op de gang gezet mogen worden. Zij zouden hier graag een aparte opbergruimte voor willen. De meeste respondenten geven aan dat de spullen op de gang regelmatig aan beide kanten staan. Hierdoor vinden zij de gang onveilig. Ook vinden zij dat de afwezigheid van leuningen de gang onveilig maakt. Drie van de zeventien respondenten vinden de gang veilig.

*Washok*

Een aantal respondenten geeft aan dat het washok in de gang veel open staat. Zij geven aan dat deze op slot moet omdat er medicijnen in de koelkast staan.

*Oudheidskamer*

In de oudheidskamer ligt een vloerkleed. Een aantal respondenten geeft aan dat hierover gestruikeld kan worden wat valincidenten kan veroorzaken.

*Tilliften*

Een groot deel van de respondenten mist een opbergruimte voor de tilliften. Zij vinden het gevaarlijk dat de tilliften op de gang staan, welke regelmatig niet op de rem worden gezet.

Ook heeft een aantal respondenten aangegeven dat de tilliften beengordels moeten krijgen, zodat meer veiligheid aan de cliënten geboden kan worden.

# Hoofdstuk 4: Conclusie

*In dit hoofdstuk worden, aan de hand van de resultaten die beschreven staan in hoofdstuk drie, de conclusies beschreven.*

## 4.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Er worden weinig vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast op de afdeling. Het verplegend personeel past vrijheidsbeperkende maatregelen toe uit oogpunt van veiligheid. Het verplegend personeel gaat op verschillende manieren om met het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. De één ziet mogelijkheden om alternatieven toe te passen, terwijl de ander het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen vanzelfsprekend vindt of geen alternatieven ziet.

Omdat sommige vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals de slaapkamerdeuren op slot, vanaf het begin zijn ingesteld is het verplegend personeel zich niet bewust dat dit ook een vrijheidsbeperking is. Als het gaat om de keukenkastjes en de slaapkamerdeuren is er onder het verplegend personeel geen eenduidigheid in hun handelen. De toegangsdeur van de afdeling maakt een aantal cliënten onrustig of agressief doordat zij niet van de afdeling af kunnen en mensen zien lopen op de gang. Doordat de cliënten onrustig of agressief worden is dit onveilig voor de cliënten zelf, voor hun medecliënten en voor het personeel. Aan de ene kant kan een vrijheidsbeperkende maatregel veiligheid bieden aan de cliënt, terwijl aan de andere kant een vrijheidsbeperkende maatregel ook bijvoorbeeld onrustig en agressief maakt, wat voor onveilige situaties kan zorgen voor de cliënt of medecliënten. De meerderheid van het verplegend personeel wil dat de toegangsdeur van de afdeling gesloten blijft, om de veiligheid te kunnen waarborgen. Ook als het gaat over het wel of niet gesloten houden van de toegangsdeur verschillen de opvattingen, onder het verplegend personeel, over de noodzaak en de veiligheid hiervan.

## 4.2 Melding Incidenten Cliënten

Het verplegend personeel vult na een incident niet altijd een MIC- formulier in. Met name niet wanneer een cliënt regelmatig agressief gedrag vertoont. Het verplegend personeel vindt het onnodig en onbelangrijk om telkens voor een zelfde situatie een MIC- formulier in te vullen. Ook hebben zij het idee dat dit overbodig is en dat er weinig tot geen actie op wordt ondernomen. Hierdoor worden niet alle incidenten geregistreerd en is er een onderregistratie. Zo is er onjuist beeld van de meest voorkomende MIC- incidenten van de afdeling en dit zorgt ervoor dat er niet gericht gehandeld kan worden. Bijna – incidenten worden zelden gemeld, waardoor incidenten minder voorkomen kunnen worden.

De meeste incidenten in het eerste kwartaal van het jaar 2009 vonden plaats in de huiskamers.

De meest voorkomende MIC- incidenten op de afdeling zijn medicatiefouten. Deze fouten worden vooral veroorzaakt doordat het verplegend personeel de medicatie vergeet te geven, de medicatie vergeet af te tekenen of de cliënt de medicatie weigert in te nemen. Het verplegend personeel op de huiskamers Fuut en Meerkoet vergeten het meest om medicatie te geven aan de cliënten. Op huiskamer Reiger vergeet het verplegend personeel niet de medicatie te geven en wordt er geen medicatie door cliënten geweigerd. In de huiskamers komen zelden val- en slikincidenten voor.

In de slaapkamers en in de gang komt agressie het meest voor. Een van de oorzaken is dat een cliënt niet geholpen wil worden met de verzorging. Het verplegend personeel hanteert verschillende benaderingswijzen bij een agressieve cliënt. Het is voor het verplegend personeel onduidelijk hoe een agressieve cliënt benaderd kan worden zodat de agressie afneemt. Een andere oorzaak van agressie is dat de cliënten van de afdeling willen gaan, wat voor hen geen mogelijkheid is . De gesloten toegangsdeur van de afdeling en het zien van andere mensen op de gang maakt de cliënten onrustig, wat regelmatig leidt tot agressie. De gemelde valincidenten komen voor in de slaapkamers en in de gang. Er zijn, via het MIC- formulier, zelden incidenten gemeld die in de badkamers plaatsvinden. Hieruit wordt geconcludeerd dat de badkamers veilig zijn. Er zijn veel verschillende mogelijkheden om de MIC- incidenten te verminderen of te voorkomen. Het verplegend personeel is niet alert op (elkaars) fouten en spreekt elkaar hierover te weinig aan. Bijna- incidenten worden zelden gemeld.

## 4.3 Toezicht op de afdeling

Er is geen 24 uur per dag toezicht op de huiskamers met name in de middag, van 13:00 – 16:30uur, wanneer de assistenten er niet zijn. Wanneer ’s morgens de assistent op de ene huiskamer staat, kan niet gezien worden wat er in de andere huiskamer gebeurd, er is dus op dat moment geen toezicht op de andere huiskamer.

Het verplegend personeel laat cliënten regelmatig alleen in de huiskamer. Wanneer er op dat moment familie in de huiskamer aanwezig is, gaat het verplegend personeel er als vanzelf vanuit dat de familie in de huiskamer blijft en toezicht houdt. Dit kan tot gevaarlijk situaties leiden.

Het verplegend personeel loopt weg wanneer een cliënt op het toilet zit. Er is op dat moment geen toezicht op de cliënt die op het toilet zit, wat voor de cliënt onveilig is.

De helft van het verplegend personeel is niet altijd tevreden over de mate van toezicht op de afdeling, met name als het gaat om de nachtdienst. Het verplegend personeel vindt toezicht een belangrijk aspect bij veiligheid. Zij kunnen de veiligheid van de cliënten niet waarborgen omdat zij onvoldoende toezicht kunnen houden op de cliënten in de huiskamer.

## 4.4 Veiligheid op de afdeling

Het verplegend personeel vindt de afdeling veilig, maar hebben daarentegen wel punten die zij veiliger willen zien voor de cliënten.

De huiselijkheid van de huiskamer zorgt voor een prettige leefomgeving en sfeer voor de cliënten. Het geeft hun vertrouwen en herkenbaarheid van vroeger. Sommige huiskamers zijn onveilig, omdat deze te vol staan met rollators, lege rolstoelen en stoelen die niet gebruikt worden. Ook de mogelijkheid dat cliënten bij het fornuis kunnen komen, kan tot onveilige situaties leiden.

Niet al het verplegend personeel houdt zich aan de afspraak om de deur van het washok op slot te houden. Ondanks dat er geen incidenten in de badkamer via het MIC- formulier zijn gemeld, zijn een aantal onderdelen in de badkamer onveilig. Dit heeft in het eerste kwartaal van het jaar 2009 niet tot incidenten geleid. De veiligheid van de slaapkamers hangt af van de inrichting, die per cliënt verschillend is. Of de slaapkamerdeuren wel of niet op slot moeten, verschilt het verplegend personeel van visie waardoor er geen eenduidigheid is in hun handelen. Over de veiligheid van de bedhekken zijn de meningen onder het verplegend personeel verdeeld. Voor de cliënten is het niet altijd mogelijk om in de oudheidskamer te zitten omdat het verplegend personeel regelmatig de deur op slot laat. Het vloerkleed onder de tafel is onveilig, omdat het los op de grond ligt. Hier kan gemakkelijk over gestruikeld worden. De gang is voor de cliënten onveilig. Er is onder andere geen aparte opbergruimte voor de tilliften waardoor deze op de gang worden gezet, wat voor de cliënten onveilig is. De tilbanden worden op een onveilige manier gebruikt.

## 4.5 Wet en regelgeving

In de Wbopz, Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen, worden de middelen en maatregelen genoemd die toegepast kunnen worden. De Wgbo, Wet op geneeskundige behandeling overeenkomst, stelt als eis dat een middel of maatregel pas mag plaatsvinden met toestemming van de cliënt of diens (wettelijk) vertegenwoordiger. De Kwaliteitswet zorginstellingen verwacht van instellingen dat zij verantwoorde zorg bieden. De Wbopz, Wgbo en de Kwaliteitswet zorginstellingen geven niet concreet weer aan welke voorwaarden, met betrekking tot veiligheid, de afdeling moet voldoen. De globale kaders die door de wetten worden weergegeven gaan niet specifiek in op de veiligheid van een afdeling. Wel zijn er door ActiZ (organisatie van zorgondernemers) met medewerking van verschillende beroepsorganisaties normen opgesteld voor verantwoorde zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg werkt samen met deze organisaties en hanteert de opgestelde normen wanneer zij een afdeling beoordelen. De normen geven onder andere richtlijnen weer met betrekking tot veiligheid van een afdeling. Gekeken naar de normen met betrekking tot veiligheid en de situatie op de afdeling wordt het volgende geconcludeerd:

* het minimaal toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen bevordert het geven van verantwoorde zorg;
* vrijheidsbeperkende maatregelen moeten gezien worden als allerlaatste middel;
* de afdeling moet meer werken aan valpreventie, om zo de mogelijke valincidenten die er op de afdeling zijn te voorkomen;
* medicatiefouten komt de bescherming en bevordering van verantwoorde zorg niet ten goede;
* permanente alertheid en 24 uur per dag toezicht is van groot belang voor de veiligheid van cliënten. In praktijk kan het personeel van de afdeling niet 24 uur per dag toezicht houden op de huiskamers;
* de veiligheid van de hulpmiddelen zoals tilliften, bedhekken en rollators moet regelmatig gecontroleerd worden.

# Hoofdstuk 5: Discussie

*In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de onderzoeksmethode, waar beschreven wordt wat er goed is gegaan en wat leerpunten zijn voor een volgend onderzoek. Ook wordt er kritisch teruggeblikt naar de uitslag van het onderzoek.*

## 5.1 Methode

Terugkijkend op de vraagstellingen van de interviews had er meer doorgevraagd kunnen worden. Er had meer doorgevraagd kunnen worden naar voorbeelden van alternatieven die het verplegend personeel toepast. Ook de manier van vraagstellen was soms suggestief, wat de antwoorden heeft kunnen beïnvloeden. Bijvoorbeeld de vraag of het verplegend personeel de afdeling veilig vindt. Deze vraag had beter anders gesteld kunnen worden, namelijk wat het verplegend personeel vindt van de afdeling qua veiligheid. De interviews werden door twee van de drie onderzoekers afgenomen. Per interview was de samenstelling van de groep verschillend, waardoor er telkens iemand anders de vragen stelde. Dit zorgde ervoor dat de interviews niet vanuit één visie gehouden werden.

Het was goed om met z’n drieën de interviews te verwerken, zodat voorkomen werd dat de antwoorden niet op één manier geïnterpreteerd werden.

Omdat de meeloopdagen aangekondigd waren, bestaat de kans dat het verplegend personeel hier rekening mee heeft gehouden. En daardoor alerter was op diverse veiligheidsaspecten zoals regelmatiger op de huiskamer komen, niet vergeten medicijnen te geven en af te tekenen etcetera.

## 5.2 Resultaten

Bijna- incidenten op de afdeling worden zelden gemeld. Dit roept de vraag op of er geen bijna- incidenten voorkomen of dat er bijna- incidenten zijn maar deze niet gemeld worden.

Bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is naar voren gekomen dat een aantal leden van het verplegend personeel niet kijkt naar alternatieven. De redenen die zij geven zijn dat zij geen andere mogelijkheden zien in het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit roept de vraag op of deze personeelsleden onvoldoende inzicht hebben in het bedenken van alternatieven, of een rolmodel missen. Ook kan het zijn dat de drukte van de afdeling de creativiteit van het personeel neerslaat of de mogelijkheid voor het bedenken en toepassen van alternatieven minimaliseert. De onderliggende reden van het niet kijken naar alternatieven is tot nu toe onduidelijk.

Uit onderzoek is gebleken dat het personeel op de huiskamers Fuut en Meerkoet het meest vergeet om medicatie te geven aan de cliënten. Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen zijn dat het personeel van de huiskamers Fuut en Meerkoet het vergeten te geven van medicatie consequenter meldt in vergelijking met het personeel van de huiskamers Waterhoen en Reiger. Een andere reden zou kunnen zijn dat het personeel van de huiskamers Fuut en Meerkoet daadwerkelijk vaker medicatie vergeet te geven in vergelijking met de huiskamers Waterhoen en Reiger.

De reden dat het verplegend personeel niet eenduidig omgaat met het feit dat de keukenkastjes en de slaapkamerdeuren wel of niet op slot gedaan worden, kan verschillende oorzaken hebben. Het kan zijn dat het verplegend personeel een verschil van visie heeft, wat mogelijk kan komen vanuit verschillende vorige ervaringen. Een andere reden kan zijn dat het verplegend personeel de veiligheid verschillend taxeert.

De onrust en agressie van de cliënten bij de toegangsdeur kan verschillende oorzaken hebben. Het kan zijn dat de cliënten onrustig en/ of agressief worden van het feit dat de deur gesloten is en dat zij de afdeling niet op eigen initiatief kunnen verlaten. Een andere mogelijke oorzaak kan zijn dat de cliënten onrustig en/ of agressief worden doordat zij aan de andere kant van de glazen toegangsdeur mensen zien lopen en zij geen mogelijkheid hebben om naar hen toe te gaan.

Als het verplegend personeel eenduidig is in hun handelen omtrent het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt de cliënten meer structuur aangeboden. Wanneer een personeelslid de slaapkamerdeur van de cliënt openzet, heeft de cliënt de mogelijkheid om naar de slaapkamer te gaan. Als een ander personeelslid de slaapkamerdeur op slot doet, wordt de vrijheid van de cliënt ontnomen. De mogelijkheid is groot dat de dementerende cliënt dit niet zal begrijpen en hier onrustig en/ of agressief op kan reageren.

Het geven van taken aan vrijwilligers, roept de vraag op of dit van vrijwilligers verwacht mag worden. Aan de ene kant zal het de vrijwilligers en het verplegend personeel meer duidelijkheid geven, terwijl aan de andere kant de vrijwilligers gebonden worden aan taken.

Er zijn geen duidelijke regels in de wet opgenomen die aangeven wat wel/ niet veilig is. De wetten bevatten geen concrete regels over de veiligheid op een afdeling. Dit houdt in dat de instelling, aan de hand van de opgestelde normen, zelf regels moet opstellen met betrekking tot de veiligheid op de afdeling.

# Hoofdstuk 6: Aanbevelingen

*Aan de hand van de resultaten en conclusies worden in dit hoofdstuk de aanbevelingen genoemd. De hieronder beschreven aanbevelingen hebben als doel dat de afdeling op verschillende aspecten meer veiligheid biedt aan de cliënten.*

## 6.1 Vrijheidsbeperkende maatregelen

- Het is belangrijk dat er één keer in de twee maanden een intervisie voor het verplegend personeel is. Tijdens de intervisie is het van belang dat één persoon is die het proces bewaakt en zorgt dat er gereflecteerd wordt. Het is van belang dat de volgende onderwerpen aan bod komen:

- de reden van toepassen;

- het kijken naar en bedenken van alternatieven;

- nut en noodzaak van toepassen;

- het komen tot een eenduidige visie over het toepassen zodat er eenduidigheid is in

handelen;

- vrijheid versus veiligheid;

- bewustwording van mogelijke gevaren en gevolgen.

- Het is belangrijk dat er als team gesproken wordt over de situatie van de individuele cliënt, en met elkaar gekeken wordt naar alternatieven voordat een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast. Door te kijken naar alternatieven wordt er gekeken naar de mogelijkheid om de cliënt maximale vrijheid en daarbij ook veiligheid te kunnen bieden.

- Bij het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel of een alternatief is het van groot belang dat de reactie van de cliënt consequent geobserveerd en gereflecteerd wordt.

## 6.2 Melding Incidenten Cliënten

- Organiseer een klinische les, voor het hele team, over het nut en de noodzaak van het melden van (bijna)MIC- incidenten via een MIC- formulier.

- Wanneer een cliënt vaak agressief is wordt dit niet altijd gemeld. Bespreek daarom in het MDO per cliënt of het nog nodig is om dit incident te melden via een MIC- formulier. Wanneer er besloten wordt dat dit niet nodig is, vermeld dit duidelijk in het zorgleefplan.

- Begin je dienst met het kijken naar het tijdstip waarop de medicatie gegeven moet worden. Controleer jezelf en je collega of alle medicatie gegeven is.

- Controleer aan het eind van de dienst of de gegeven medicijnen zijn afgetekend.

- Spreek elkaar aan op gemaakte fouten. Dit is geen kritiek, maar het verhoogd de kwaliteit van zorg.

- Het is belangrijk dat het verplegend personeel een klinische les krijgt van een psycholoog over de benaderingswijze van een agressieve cliënt.

- Er moet per agressieve cliënt een duidelijke benaderingswijze opgesteld worden, welke moet opgenomen worden in het zorgleefplan. Zo hanteert het verplegend personeel een eenduidige benaderingswijze, wat de agressie van de cliënt zal verminderen.

## 6.3 Toezicht op de afdeling

- Maak meer gebruik van vrijwilligers zodat er meer toezicht is op de huiskamers en het verplegend personeel de veiligheid van de cliënten meer kan waarborgen.

- Maak een duidelijke taakomschrijving voor de vrijwilligers die op de afdeling werkzaam zijn, zodat voor iedereen duidelijk is wat de taken van de vrijwilligers zijn.

- Stel vrijwilligers aan van 13:00 -17:00 uur, zodat er toezicht is in de tijd dat er geen assistenten op de afdeling zijn.

- Wanneer het verplegend personeel van de familie verwacht dat zij toezicht houden op de huiskamer moeten zij dit gericht vragen aan de familie.

- Om de veiligheid in de nacht te vergroten is het aan te bevelen om twee personeelsleden in de nachtdienst in te zetten.

## 6.4 Veiligheid op de afdeling

- Zorg voor een bergruimte waar de tilliften en de rollators, rolstoelen en stoelen die niet gebruikt worden kunnen staan, zodat de huiskamers en de gang veiliger zijn voor de cliënten.

- Zorg dat het keukenkastje met chemische spullen altijd op slot zit!

- In de badkamer bestaat een grote kans op een incident, daarom moet er kritisch gekeken worden naar de veiligheid in de badkamer en hierop actie ondernomen worden (denkend aan armleuningen aan de douchestoel en de handgreep op de juiste plaats aan de muur monteren).

- Om de cliënten veiligheid te bieden is het aan te bevelen om de toegangsdeur van de afdeling gesloten te houden, omdat er anders teveel gevaren zijn voor de cliënten en het personeel geen zicht meer heeft op de cliënten.

- Als er besloten wordt de toegangsdeur van de afdeling gesloten te houden is het belangrijk de glazendeur te bedekken met een plaat van bijvoorbeeld een landschap. Zo kunnen de cliënten geen andere personen zien aan de andere kant van de deur en valt de deur minder op, zodat de cliënten minder snel onrustig worden.

- De spullen die in de gang staan moeten aan één kant gezet worden.

- Om valgevaar te voorkomen is het belangrijk dat er in de gang een leuning geplaatst wordt, aan de kant waar geen spullen staan.

- Zorg ervoor dat de deur van de oudheidskamer openstaat zodat de cliënten meer vrijheid hebben om zelf naar de oudheidskamer te gaan. Ook geeft het afleiding voor cliënten die onrustig bij de toegangsdeur van de afdeling staan.

- Om valgevaar te voorkomen is het van belang dat het vloerkleed in de oudheidskamer aan de grond vast gemaakt wordt of dat het vloerkleed verwijderd wordt.

- Schaf voor de cliënten, die met de tillift verplaatst worden, een eigen tilband aan, en voorzie deze met de naam van de cliënt. Zo wordt de juiste maat tilband gebruikt en is het veiliger voor de cliënt.

- Gebruik de baleinen in een tilband!

- Schaf beengordels aan voor de sta- lift, zodat de cliënt meer steun heeft en het veiliger is.

- Praat en overleg als team over de slaapkamerdeuren of deze wel of niet op slot moeten. Vorm hier een visie over en maak afspraken. Als iedereen zich houdt aan de gemaakte afspraken, is er eenduidigheid in handelen.

- Wanneer een kamer te vol staat, attendeer de familie en wijs hen op de onveiligheid hiervan.

- Controleer kritisch de veiligheid van de bedhekken

- Schaf bedhek beschermers aan voor cliënten die met hun armen en/ of benen door de bedhekken steken. Het is belangrijk dat de bedhek beschermers het hele bedhek bedekken, zodat de knop van het bedhek daarmee ook niet (onbewust) gebruikt kan worden.

- Vergeet niet de (nodige) vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals bedhekken omhoog en een sensor aanzetten, toe te passen.

## 6.5 Algemene aanbevelingen

- Biedt cliënten meer activiteiten aan door bijvoorbeeld een sociaal pedagogisch werker (SPW’er) twee dagen per week boventallig te zetten. Door cliënten meer activiteiten te laten doen hebben zij meer afleiding en zullen zij minder snel onrustig heen en weer lopen en minder overdag in slaap vallen.

- Maak een gezellig dakterras, zodat de mensen naar buiten kunnen en minder vaak onrustig bij de toegangsdeur van de afdeling zullen staan.

# Bronvermelding

**Boeken**

Daverschot,M., Dijk van, E. (2000). *Juridische aspecten van het verpleegkundig beroep*. Leiden. ThiemeMeulenhoff BV.

Geerts, G., Boon, T. den, Geeraerts, D., Vos, E. (2005). *Van Dale, Groot woordenboek van de Nederlandse taal.* Utrecht- Antwerpen. Van Dale Lexicografie.

Jochems A.A.F., Joosten, F.W.M.G. (2000) *Zakwoordenboek der geneeskunde*. Arnhem. Elsevier/ Koninklijke PBNA.

Jong de, drs J.H.J., Kerstens, J.A.M., Vermeulen, M.M. (2003). *Handboek Verpleegkunde.* Houten. Bohn Stafleu van Loghum.

Krijger, E. Handleiding k*leinschalig wonen voor mensen met dementie, inhoudelijke en praktische adviezen. Utrecht/ Rotterdam*

Leenen, Prof. Dr. H. J.J. (2007). *Handboek gezondheidsrecht,* deel 1. Houten. Bohn Stafleu van Loghum.

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek?*  Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs. Amsterdam. Boom.

Wagner, C., van der Wal, G., Tuijn, S. (2005). *Patiëntveiligheid in Nederland*. Assen. Koninklijke Van Gorcum BV.

**Artikelen**

Dielis –van Houts, A., Lendemeijer, B., Hamers, J.P.H. (2004). *Veiligheid, vrijheid en vrijheidsbeperking bij ouderen.* Tijdschrift voor verpleegkundigen nummer 11.

Hamers, J.P.H.(2007). *Verminder het gebruik van bedhekken.* Tijdschrift voor verpleegkundigen nummer 4.

Japsers, M., Mutschelknauss, M. (2005). *Als vrijheid en veiligheid botsen.* Nursing nummer 10.

Kruk, T. van der. (2009) *Vrijheidsbeperking aan banden.* Tijdschrift voor verpleegkundigen nummer 2.

Vink, R. (2009) *Verantwoord toepassen.* Klik ‘maandblad voor de verstandelijke gehandicaptenzorg’. nummer 1.

Vroom, M. (2005) *Op weg naar thuis,* Tijdschrift voor verpleegkundigen nummer 7/8.

**Websites**

http://www.bronovo.nl/Bronovo/nl-NL/bronovo/Patienten+en+bezoekers/Patiëntenvoorlichting /Patiëntenfolders/vrijheidsbeperkende\_maatregelen.htm. Geraadpleegd op 6 maart 2009.

http://www.btsg.nl/infobulletin/bopz.html. Geraadpleegd op 6 maart 2009.

http://www.degroterivieren.nl/site/DMM\_Loader.aspx?DOCUMENTID=%7B9ed727b6-bff8-4664-a2c3-3a46a0972ad6%7D. Geraadpleegd op 12 maart 2009.

http://homepages.hvu.nl/hans.vangeffen/begripsafbakening.htm. Geraadpleegd op 6 maart 2009.

http://www.hulpgids.nl/wetten/wbo.htm . Geraadpleegd op 11 maart 2009.

http://www.hulpgids.nl/wetten/vws\_bopz\_dwang.htm. Geraadpleegd op 23 maart 2009.

http://www.igz.nl/publicaties/rapporten/2008/rapport-zorg-voor-vrijheid. Geraadpleegd op 10 maart 2009.

http://www.igz.nl/pdfs/Kwaliteitskader\_\_campagne\_Z1.pdf. Geraadpleegd op 20 april 2009.

http://www.iwz.nl/tekstbijlagen/persbericht\_kleinschalig\_wonen19mrt2002.html. Geraadpleegd op 5 maart 2009.

http://www.lumc.nl/home/0001/12556/19997/80513032037441#n1. Geraadpleegd op 23 maart 2009.

http://www.minvws.nl/dossiers/bopz/. Geraadpleegd op 10 maart 2009.

http://www.rocleiden.nl/index.php/cursussen-en-trainingen/woonzorgbegeleider-kleinschalig-wonen. Geraadpleegd op 5 maart 2009.

www.umcutrecht.nl/NR/rdonlyres/6F407286-E86A-45D6-89A0-468D7290C010/2897/richtlijnrisicogedragsubsite.doc. Geraadpleegd op 24 maart 2009.

http://www.zorgkrant.nl/print.html?id=934. Geraadpleegd op 10 maart 2009.

http://www.encyclo.nl/begrip/demoralisatie. Geraadpleegd op 11 maart 2009.

http://www.amc.uva.nl/index.cfm?pid=1654&contentitemid=258&itemid=92&osadcampaign=Patientenfolders. Geraadpleegd op 11 maart 2009.

http://www.medicinfo.nl/%7Ba39149e9-30af-4be8-be6a-8eb1848ea7d4%7D. Geraadpleegd op 11 maart 2009.

www.wetten.nl Geraadpleegd op 13 maart 2009.

**Overige**

Bergsma, I. (2005) *Melding Incidenten Cliëntenzorg,* procedure van stichting thuiszorg midden Gelderland (STMG). Geraadpleegd op 14 april 2009.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Begrippenlijst

**A**gitatie Opwinding

**B**aleinen Dunne latjes meestal gemaakt van hard plastic of metaal. Deze worden gebruikt om het hoofdgedeelte in een tillift te verstevigen.

**C**ardiaal Met betrekking tot het hart

Constipatie Verstopping, synoniem van obstipatie

Contracturen Blijvende samentrekking, verschrompeling of

verkorting van weefsels, waardoor verkromming ontstaat door dwangstand van één of meer gewrichten

Collumfractuur Botbreuk van de hals van het dijbeen

**D**ehydratie Tekort aan vocht in de weefsels.

Demineralisatie Vermindering van de anorganische bestanddelen van het lichaam.

Demoralisatie Moedeloosheid

Durogesic® pleister Dit is een pleister voor de behandeling van pijn waarvoor een sterke pijnstiller nodig is, bijvoorbeeld voor pijn bij botontkalking, gewrichtspijn en lage rugpijn.

**E**mbolie Verstopping van kleine slagaders of haarvaten

**O**rthostatische hypotensie Bloeddrukverlaging wat zich uit in onder andere duizeligheid en snelle pols na snel omhoog komen uit liggende houding. Of vanuit gebukte houding naar rechtop staan.

**S**ensorische deprivatie (welbewuste) onthouding van zintuiglijke prikkels.

**Z**weedse band Onrustband

[[www.encyclo.nl](http://www.encyclo.nl), [www.umc.uva.nl](http://www.umc.uva.nl), [www.medicinfo.nl](http://www.medicinfo.nl), woordenboek van Dale]

## Bijlage 2: Vragenlijst interview Personeelsleden

**Vrijheidsbeperkende maatregelen:**

1. Heeft u wel eens te maken met situaties waarin u dacht: nu belemmer ik een cliënt in zijn vrijheid?

(Wat dacht u toen?Wat deed u? Zou u het anders hebben willen doen, en waarom?)

1. Kijkt u naar alternatieven en maakt u afwegingen voordat u een vrijheidsbeperkende maatregel toepast?
2. Heeft u het idee dat de veiligheid in gevaar komt, als u iemand te veel vrijheid geeft? Kunt u zo’n situatie noemen waarin dat het geval was?

**Veiligheid:**

1. Vindt u de afdeling kleinschalig wonen voor de bewoners veilig?
2. **Wat zijn cliëntgerichte veiligheidseisen en hoe gaat u hier mee om?**

**MIC:**

1. Wat zijn de meest voorkomende incidenten?
2. Meldt u alle incidenten? (waarom niet?)
3. Weet u wat er allemaal gemeld moet worden?
4. Wat vindt u van het MIC formulier? Heeft u verbeteringen of aanbevelingen?
5. **Hoe zou volgens u de MIC incidenten verminderd of voorkomen kunnen worden?**

**Toezicht:**

1. Hoeveel toezicht is er op de afdeling?
2. Hoe gaat u om met de veiligheid op de afdeling als het gaat om toezicht?
3. Vindt u toezicht een belangrijk aspect bij veiligheid?
4. **Bent u tevreden over de mate van toezicht op de afdeling?**

**Inrichting:**

1. Wat vindt u van de inrichting van de afdeling?
2. Vindt u de inrichting van de afdeling veilig?
3. Stel u mag drie dingen op de afdeling veranderen, wat zou u veranderen? (zonder op de kosten te letten).

## X:\CHE\Meesterproef\pag.1.tifBijlage 3: Artikel 1. Vrijheidsbeperking aan banden

X:\CHE\Meesterproef\pag.2.tif

X:\CHE\Meesterproef\pag.3.tif

X:\CHE\Meesterproef\pag.3.tif

## H:\Documenten\pagina 2.tifBijlage 4: Artikel 2. Verminder het gebruik van bedhekken

## Bijlage 5: Artikel 3 Familie positief over kleinschalig wonen

## C:\Documents and Settings\050328\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.Word\pagina 1.tif