



Van Wet Bopz naar Wet Zorg en dwang

Bijlagen

Meggie Vennix

2 januari 2013, Diessen

Inhoudsopgave

Bijlage I: Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz

Bijlage II: Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen

Bijlage III: Praktische handleiding bij het maken en werken met een POP

Bijlage IV: Afzonderingsruimte protocol

Bijlage V: Fixatie protocol

Bijlage VI: Medicatie ongewild toedienen protocol

Bijlage VII: Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol

Bijlage VIII: Schematisch overzicht zorgplan

Bijlage IX: Nachtzorg en zorgondersteunende techniek 2010-2012

Bijlage I: Schema's beleid Stichting Prisma vs. Wet Bopz

PRISMA

Behandelingsplan/zorgplan

<i>Eisen Wet Bopz</i>	<i>Beleid Stichting Prisma</i>
Zo snel mogelijk na gedwongen opname.	Blz. 12 en 15 Handleiding POP.
Gebeurt door degene die verantwoordelijk is voor de behandeling van de patiënt.	Blz. 12, 13 en 43 Handleiding POP.
Verantwoordelijkheid voor totstandkoming bij geneesheer-directeur (Bopz-arts).	Ontbreekt, uit navraag blijkt dit bij Prisma de teamleider te zijn.
In overleg met patiënt, indien wilsonbekwaam met wettelijk vertegenwoordiger.	Blz. 8, 38 en 39 Handleiding POP.
Overleg met instelling/psychiater die de patiënt voorafgaande aan zijn opname behandelt of begeleidde.	“en andere betrokkenen” blz. 15 Handleiding POP. Te vaag.
Overleg met huisarts van patiënt.	“en andere betrokkenen” blz. 15 Handleiding POP. Te vaag.
Indien geen overeenstemming, melden aan geneesheer-directeur.	Ontbreekt.
Moet therapeutische middelen bevatten die zullen worden toegepast teneinde stoornis te verbeteren waardoor gevaar waarvoor patiënt is opgenomen wordt weggenomen.	Blz. 19 en 21 Handleiding POP.
Regelmatige toetsing van de middelen die erin zijn opgenomen aan de bereikte resultaten moet mogelijk zijn.	Blz. 14, 15, 22, 23, 27 en 39 Handleiding POP.

Dwangbehandeling

<i>Eisen Wet Bopz</i>	<i>Beleid Stichting Prisma</i>
Alleen dat deel van plan dat volstrekt noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar, voor betrokkene of anderen voortvloeiende uit de geestvermogens.	Blz. 8 Beleidsnota. Blz. 27 Beleidsnota.
Proportioneel.	Blz. 8, 20 en 27 Beleidsnota.
Subsidiar.	Blz. 8, 20 en 27 Beleidsnota.
Doelmatig.	Blz. 8 en 27 Beleidsnota.
Mag niet langer duren dan strikt noodzakelijk.	Ontbreekt.
Kennisgeving aan inspecteur uiterlijk bij begin dwangbehandeling.	Blz. 27 Beleidsnota. Ontbreekt in opsomming op blz. 14 Beleidsnota.
Bij kennisgeving vermelden welke personen verantwoordelijk voor de beslissing zijn.	Blz. 28 Beleidsnota.
Bij kennisgeving vermelden welke redenen er aan beslissing ten grondslag liggen.	Blz. 28 Beleidsnota.
Indien verzet, vermelden of patiënt in staat kan worden geacht gebruik te maken van klachtregeling.	Blz. 28 Beleidsnota.
Bij beëindiging kennisgeving aan inspecteur.	Blz. 28 Beleidsnota.
Kennisgeving via formulieren bijlagen I en II Rktd BOPZ	Blz. 28 Beleidsnota.

Afzondering

<i>Eisen Wet Bopz</i>	<i>Beleid Stichting Prisma</i>
Het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer.	Blz. 1 Afzonderingsruimte protocol. Verzorging, verpleging en behandeling ontbreekt.
Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door betrokkene in het ziekenhuis als gevolg van de geestelijke stoornis.	Blz. 1 en 2 Afzonderingsruimte protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
<i>Uit literatuur:</i> Noodsituatie: indien betrokkene onverwacht zodanig functioneert dat dit leidt tot gevaar voor zichzelf of voor anderen of als de meer dan normale kans bestaat dat dit zich zal voordoen.	Blz. 1 en 2 Afzonderingsruimte protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
Gedurende ten hoogste zeven opeenvolgende dagen.	Blz. 9 en 29 Beleidsnota.
Kennisgeving aan begin aan inspecteur.	Blz. 3 Afzonderingsruimte protocol. Blz. 14 en 29 Beleidsnota.
Kennisgeving evt. aan echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger of naaste (familie)betrekkingen.	Blz. 2 Afzonderingsruimte protocol. Pas na 30 minuten.
Bij beëindiging zo spoedig mogelijk kennisgeving aan inspecteur.	Blz. 3 Afzonderingsruimte protocol. Blz. 29 Beleidsnota.
Kennisgeving via formulieren bijlagen III en IV Rktd BOPZ.	Blz. 3 Afzonderingsruimte protocol. Blz. 29 Beleidsnota.

Fixatie

<i>Eisen Wet Bopz</i>	<i>Beleid Stichting Prisma</i>
Het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden.	Blz. 1 Fixatie protocol. Eng geformuleerd.
Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door betrokkene in het ziekenhuis als gevolg van de geestelijke stoornis.	Blz. 1 Fixatie protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
<i>Uit literatuur:</i> Noodsituatie: indien betrokkene onverwacht zodanig functioneert dat dit leidt tot gevaar voor zichzelf of voor anderen of als de meer dan normale kans bestaat dat dit zich zal voordoen.	Blz. 1 Fixatie protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
Gedurende ten hoogste zeven opeenvolgende dagen.	Blz. 9 en 29 Beleidsnota.
Kennisgeving aan begin aan inspecteur.	Blz. 3 Fixatie protocol. Blz. 29 Beleidsnota.
Kennisgeving evt. aan echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger of naaste (familie)betrekkingen.	Blz. 1 Fixatie protocol. Pas na 30 minuten.
Bij beëindiging zo spoedig mogelijk kennisgeving aan inspecteur.	Blz. 3 Fixatie protocol. Blz. 29 Beleidsnota.
Kennisgeving via formulieren bijlagen III en IV Rktd BOPZ.	Blz. 3 Fixatie protocol. Blz. 29 Beleidsnota.

Medicatie

<i>Eisen Wet Bopz</i>	<i>Beleid Stichting Prisma</i>
Het toedienen van geneesmiddelen aan een patiënt.	Blz. 1 Medicatie ongewild toedienen protocol. Eng geformuleerd.
Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door betrokkene in het ziekenhuis als gevolg van de geestelijke stoornis.	Blz. 1 Medicatie ongewild toedienen protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
<i>Uit literatuur:</i> Noodsituatie: indien betrokkene onverwacht zodanig functioneert dat dit leidt tot gevaar voor zichzelf of voor anderen of als de meer dan normale kans bestaat dat dit zich zal voordoen.	Blz. 1 Medicatie ongewild toedienen protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
Gedurende ten hoogste zeven opeenvolgende dagen.	Blz. 1 Medicatie ongewild toedienen protocol. Blz. 9 en 29 Beleidsnota.
Kennisgeving aan begin aan inspecteur.	Blz. 2 Medicatie ongewild toedienen protocol. Blz. 14 en 29 Beleidsnota.
Kennisgeving evt. aan echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger of naaste (familie)betrekkingen.	Blz. 1 Medicatie ongewild toedienen protocol.
Bij beëindiging zo spoedig mogelijk kennisgeving aan inspecteur.	Blz. 2 Medicatie ongewild toedienen protocol. Blz. 29 Beleidsnota.
Kennisgeving via formulieren bijlagen III en IV Rktd BOPZ.	Blz. 2 Medicatie ongewild toedienen protocol. Blz. 29 Beleidsnota.

Toediening vocht of voeding

<i>Eisen Wet Bopz</i>	<i>Beleid Stichting Prisma</i>
Toediening aan een patiënt van vocht of voeding.	Blz. 1 Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol. Eng geformuleerd.
Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door betrokkene in het ziekenhuis als gevolg van de geestelijke stoornis.	Blz. 1 Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
<i>Uit literatuur:</i> Noodsituatie: indien betrokkene onverwacht zodanig functioneert dat dit leidt tot gevaar voor zichzelf of voor anderen of als de meer dan normale kans bestaat dat dit zich zal voordoen.	Blz. 1 Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol. Blz. 9 Beleidsnota.
Gedurende ten hoogste zeven opeenvolgende dagen.	Blz. 9 en 29 Beleidsnota.
Kennisgeving aan begin aan inspecteur.	Blz. 2 Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol. Blz. 14 en 29 Beleidsnota.
Kennisgeving evt. aan echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger of naaste (familie)betrekkingen.	Blz. 1 Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol.
Bij beëindiging zo spoedig mogelijk kennisgeving aan inspecteur.	Blz. 2 Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol. Blz. 29 Beleidsnota.
Kennisgeving via formulieren bijlagen III en	Blz. 2 Vocht en/of voeding ongewild

IV Rktd BOPZ.	toedienen protocol. Blz. 29 Beleidsnota.
---------------	---

Klachtrecht

<i>Eisen Wet Bopz</i>	<i>Beleid Stichting Prisma</i>
Een betrokken patiënt, elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt, diens echtgenoot, diens ouders dan wel een van hen, grootouders, broer, zus, voogd, curator of mentor kan een schriftelijke klacht indienen bij het bestuur van een psychiatrisch ziekenhuis.	Blz. 15 Beleidsnota. Art. 1 onder "klager" Reglement klachtencommissie Bopz.
De klacht kan gaan over wilsbekwaamheid, dwangbehandeling, middelen of maatregelen, individuele beperkingen of niet-toepassing van het overeengekomen behandelingsplan.	Blz. 15 Beleidsnota. Art. 1 onder "klacht" Reglement klachtencommissie Bopz.
Het bestuur belast een commissie met de behandeling van de klachten.	Blz. 15 Beleidsnota. Art. 1 onder "klachtencommissie" Reglement klachtencommissie Bopz (indirect).
De klachtcommissie moet zo zijn samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht te allen tijde is gewaarborgd.	Blz. 15 Beleidsnota. Art. 2 lid 1 Reglement klachtencommissie Bopz.
Een klacht moet door ten minste drie leden van de commissie behandeld worden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is bij of voor het psychiatrisch ziekenhuis.	Blz. 15 en 17 Beleidsnota. Art. 7 lid 5 Reglement klachtencommissie Bopz.
Bij de behandeling van de klacht is in ieder geval een jurist en een orthopedagoog betrokken.	Blz. 15 en 17 Beleidsnota. Art. 4 onder "taken van de klachten commissie" en art. 7 lid 5 Reglement klachtencommissie Bopz.
Het adres waar een klacht kan worden ingediend, wordt door een schriftelijke mededeling op een plek in het ziekenhuis bekend gemaakt.	Art. 8.8 Reglement klachtencommissie Bopz.
Op dezelfde plek wordt bekend gemaakt waar het klachtreglement van het psychiatrisch ter kennis kan worden genomen.	Art. 8.8 Reglement klachtencommissie Bopz.
De commissie geeft binnen twee weken na ontvangst van de klacht een beslissing. Als het een klacht betreft tegen een beslissing die tijdens de indiening geen gevolg meer heeft of waaraan in de tijd dat de klacht bij de commissie aanhangig is het gevolg is komen te vervallen, zijn dit vier weken.	Blz. 16 Beleidsnota. Art. 4 onder "taken van de klachtencommissie" Reglement klachtencommissie Bopz.
De beslissing moet met redenen zijn omkleed.	Blz. 16 Beleidsnota. Art. 4 onder "taken van de klachtencommissie" Reglement klachtencommissie Bopz.
De klager, betrokken patiënt, behandelende	Blz. 16 Beleidsnota.

persoon, geneesheer-directeur, het bestuur en de inspecteur worden op de hoogte gesteld van de beslissing.	Art. 4 onder "taken van de klachtencommissie" Reglement klachtencommissie Bopz.
De beslissing strekt tot onbevoegd verklaring van de commissie, niet-ontvankelijkheid van de klacht, ongegrondverklaring van de klacht of gegrondverklaring van de klacht.	Ontbreekt.
Gehele of gedeeltelijke vernietiging brengt vernietiging van de rechtsgevolgen van de beslissing of het vernietigde gedeelte van de beslissing mee.	Ontbreekt.
Indien de commissie de klacht gegrond verklaart, kan zij de voor de behandeling verantwoordelijke persoon opdragen een nieuwe beslissing te nemen of een andere handeling te verrichten met inachtneming van haar beslissing.	Ontbreekt.
De commissie kan de voor de behandeling verantwoordelijke persoon een termijn stellen voor het nemen van een nieuwe beslissing of het verrichten van een andere handeling.	Ontbreekt.
Indien de commissie niet tijdig een beslissing heeft genomen of indien de beslissing niet inhoudt dat de klacht gegrond is, kan de klager de inspecteur schriftelijk vragen om een verzoekschrift bij de rechter in te dienen ter verkrijging van de beslissing over de klacht. Indien de klager de patiënt is, kan hij zelf een verzoekschrift bij de rechter indienen.	Blz. 17 Beleidsnota. Art. 9 Reglement klachtencommissie Bopz.
<i>De regeling die het bestuur van het ziekenhuis treft m.b.t klachten moet in ieder geval waarborgen dat:</i>	<i>De regeling die het bestuur van het ziekenhuis treft m.b.t klachten moet in ieder geval waarborgen dat:</i>
Aan de behandeling van een klacht niet wordt deelgenomen door een persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht.	Art. 7 lid 8 Reglement klachtencommissie Bopz.
De klager en de persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht in staat worden gesteld te worden gehoord.	Blz. 16 Beleidsnota. Art. 5.3 Reglement klachtencommissie Bopz.
De klager en de persoon tegen wiens beslissing of besluit de klacht is gericht, zich kunnen doen bijstaan door hen aan te wijzen personen.	Art. 5.3 en art. 7.9 Reglement klachtencommissie Bopz.
De persoonlijke levenssfeer van de betrokkene zoveel mogelijk wordt beschermd.	Blz. 16 Beleidsnota. Art. 5.1 en art. 7.7 Reglement klachtencommissie Bopz.

Bijlage II: Beleidsnota Vrijheidsbeperkende middelen

PRISMA

Beleidsnota

Vrijheidsbeperkende middelen



Voorwoord

In januari 1994 is de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, de wet BOPZ van kracht geworden. In tegenstelling tot wat de naam aangeeft, heeft de wet niet alleen betrekking op psychiatrische cliënten (GGZ), maar ook op psychogeriatrische cliënten (PG) en verstandelijk gehandicapten (VG) in instellingen.

De wet BOPZ is vooral ontworpen met het oog op de versterking van de rechtspositie van mensen die in een instelling wonen. De wet verplicht de instelling verantwoordelijkheid af te leggen over handelingen die de vrijheid van cliënten beperken. Vrijheidsbeperking, vrijheidsbeneming en dwangbehandeling passen daarom niet binnen de visie van Prisma. Er kunnen zich echter situaties voordoen, waarbij de cliënt geen toestemming wil of kan geven, maar waar bepaalde zorg en/of behandeling noodzakelijk is ter bescherming van de cliënt en/of anderen. Steeds zal er echter een maximale poging ondernomen worden om te voorkomen dat deze vormen van zorg en behandeling toegepast moet worden. Het is belangrijk deze zaken goed te borgen binnen Prisma. Medewerkers moeten op hoofdlijnen op de hoogte zijn van de visie, regel en wetgeving rondom de wet BOPZ. Deze wordt vertaald in deze beleidnota.

april 2009

MIC-platform Prisma

1. INLEIDING.....	16
2. KADER VOOR TOEPASSING VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN	17
2.1 UITGANGSPUNTEN VOOR DE TOEPASSING VAN VRIJHEIDSBEPERKINGEN.....	17
2.2 DE WET BOPZ	18
2.3 DE RECHTSPOSITIE VAN EEN CLIËNT	19
2.4 VERHOUDING WET BOPZ – WGBO.....	19
3. BEVOEGDHEDEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN BIJ DWANGBEHANDELING EN MIDDELEN EN MAATREGELEN	20
3.1 RAAD VAN BESTUUR	20
3.2 MIC	20
3.3 BOPZ-ARTS	20
3.4 GEDRAGSKUNDIGE (ORTHOPEDAGOOG/PSYCHOLOOG).....	20
3.5 TEAMLEIDER	21
3.6 ARTS VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN.....	21
3.7 BEREIKBAARHEIDSDIENST.....	21
4. DE REGISTRATIE VAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN.....	22
4.1 OVERZICHT MELDINGSPLICHTIGE EN NIET-MELDINGSPLICHTIGE BOPZ-GEGEVENS	23
4.2 VERLOF VAN CLIËNTEN MET EEN BOPZ-INDICATIE, RM OF IBS	23
5. KLACHTBEHANDELING	24
6. SCHEMATISCHE WEERGAVE BELEID VRIJHEIDSBEPERKINGEN STICHTING PRISMA:..	27
Reguliere situatie:.....	27
7. SCHEMATISCHE WEERGAVE BELEID VRIJHEIDSBEPERKINGEN STICHTING PRISMA:..	28
Nood situatie:	28
8. STAPPENOVERZICHT TOEPASSING BOPZ-VRIJHEIDSBEPERKINGEN.....	20
BIJLAGEN	31
1.WET BIJZONDERE OPNEMINGEN PSYCHIATRIE (WET BOPZ).....	31
1.1 DE EXTERNE RECHTSPOSITIE VAN EEN CLIËNT	31
1.2 EXTERNE RECHTSPOSITIE VAN NIEUWE CLIËNTEN	31
1.3 EXTERNE RECHTSPOSITIE VAN AANWEZIGE CLIËNTEN.....	31
1.4 RECHTERLIJKE MACHTIGING (RM).....	31
1.5 VOORLOPIGE MACHTIGING	32
1.6 IN BEWARINGSTELLING (IBS)	32
1.7 VOOGDIJ EN ONDER TOEZICHTSTELLING	33
1.8 ONDER CURATELE STELLING, BEWINDVOERING EN MENTORSCHAP	35
2 DWANGBEHANDELING; ALGEMENE TOELICHTING	36
3. MIDDELEN EN MAATREGELEN (ARTIKEL 39)	38
4. WET GENEESKUNDIGE BEHANDELINGSOVEREENKOMST (WGBO).....	31
5. MOGELIJKE INDIVIDUELE BEPERKINGEN.....	43
6. PRISMA CODE.....	45
7.WET KLACHTRECHT CLIËNTEN ZORGSECTOR (WKCZ).....	47
8 Uitwerking PDCA BIJ EEN BOPZ - SITUATIE.....	41
9. REGISTRATIE FORMULIEREN	52
10. EVALUATIEFORMULIEREN.....	55
Evaluatieformulier Vrijheidsbeperkende maatregelen BOPZ / WGBO	55
Evaluatieformulier Individuele beperkingen	56
Evaluatieformulier Registratie frequentie van vrijheidsbeperkingen BOPZ / WGBO	56

Leeswijzer

Deze leeswijzer geeft een overzicht van de beleidsnota vrijheidsbeperkende maatregelen. De nota is opgezet om de veelheid van informatie betreffende BOPZ en al zijn facetten kort en duidelijk weer te geven. In de hoofdstukken kan men gebruik maken van hyperlinks voor dieper gaande informatie over het onderwerp en / of voorbeelden van formulieren waar men binnen de stichting gebruik van maakt.

De nota heeft de volgende opbouw:

- Een inleidend hoofdstuk geeft een kort overzicht waar Stichting Prisma op dit moment staat en de visie betreffende BOPZ.
- In het tweede hoofdstuk wordt het kader voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen weergegeven. Daarnaast vindt er ook een beschrijving plaats betreffende de wet BOPZ en de volgende punten hierin:
 - Dwangbehandeling (art. 38)
 - Vrijheidsbeperkende maatregelen BOPZ (art. 39)
 - Individuele beperkingen
 - Huisregels

Het hoofdstuk gaat verder ook kort in op de rechtspositie en opname status van een cliënt. Daarnaast wordt de verhouding tussen de wet-BOPZ en WGBO aangehaald.

- In het derde hoofdstuk worden de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van betrokken partijen uiteen gezet. Verantwoordelijkheden worden puntsgewijs beschreven.
- De registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt in het vierde hoofdstuk vermeld. Hier kan men vinden wat de werkwijze is voor registratie en evaluatie.
- Hoofdstuk 5 behandelt in het kort het klachtrecht en klachtbehandeling.
- Hoofdstuk 6 en 7 geeft schematisch de routing van het beleid weer die men doorloopt in een reguliere en een nood situatie.
- In hoofdstuk 8 vindt men een stappenoverzicht weer om te komen tot een toepassing van een BOPZ – vrijheidsbeperking.

Zoals eerder vernoemd bestaat het beleid ook uit een aantal bijlage. In de bijlage vindt men uitgewerkte informatie die meer diepgang geven aan eerder vermelde onderwerpen.

De bijlagen bestaan uit:

- Een uitgebreide beschrijving van de rechtspositie, juridische opname status en juridische status binnen de wet-BOPZ. In Bijlage 1 worden daarnaast ook de rechten en plichten van de cliënt vermeld.
- In bijlage twee vindt men een algemene toelichting betreffende dwangbehandeling.
- In bijlage drie vindt men een algemene toelichting betreffende middelen en maatregelen.
- De WGBO en het verschil met de wet-BOPZ wordt uitgebreid vernoemd in bijlage 4. Hier vindt men ook een schematisch overzicht tussen deze verschillen.
- Voorbeelden van middelen en maatregelen en individuele beperkingen vindt men in bijlage 5.

- Daar respectvolle voor het individu, professionaliteit, zorgvuldigheid, klantgerichtheid en samenwerking binnen de BOPZ en zijn facetten erg belangrijk is, is de Prisma-code opgenomen in bijlage 6.
- In bijlage 7 wordt de wet klachtrecht cliënten zorgsector verder toegelicht
- De uitwerking van een BOPZ - situatie binnen een PDCA - cyclus vindt men in bijlage 8.
- Bijlage 9 en 10 bestaan uit registratie formulieren en evaluatie formulieren die gebruikt worden binnen Stichting prisma.

PRISMA

1. Inleiding

Kwalitatief goede ondersteuning is belangrijk. Goede ondersteuning is ondersteuning die op een aandachtige, verantwoordelijke en professionele manier wordt gegeven. Om een goede kwaliteit van ondersteuning te bereiken besteden we hieraan op een systematische manier aandacht. Daartoe behoort ook een beleid dat gericht is op het voorkomen en terugdringen van het toepassen van middelen en maatregelen. Deze, voor de cliënt, ingrijpende maatregelen dienen we zoveel als mogelijk te voorkomen. Door een correcte naleving van de wet BOPZ, mogen we verwachten dat het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen afneemt. Enerzijds doordat er bewuster met de toepassing ervan wordt omgegaan, anderzijds doordat er vaker alternatieven worden ontwikkeld voor verschillende soorten BOPZ-maatregelen.

In de zorgverlening is beperking van de vrijheid van individuele cliënten vaak nog dagelijkse praktijk. Dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen hebben tot doel om de voortzetting van verzorging, begeleiding en behandeling te waarborgen zonder onaanvaardbare risico's voor de cliënt of anderen. Belangrijk daarbij is dat het beperken van vrijheid gebeurt op basis van goede informatie, overleg en toestemming. Wanneer hulpverleners menen dat een situatie gevaarlijk of risicovol is en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen overwegen, worden de volgende vragen gesteld:

- Is er overleg met de cliënt mogelijk?
- Is uitleg mogelijk?
- Geeft de cliënt toestemming voor het gebruik?

De antwoorden op deze vragen en de genomen acties en afspraken worden vastgelegd in het Persoonlijk Ondersteuningsplan (POP) van de cliënt.

In deze notitie wordt het beleid rondom vrijheidsbeperkende maatregelen uitgewerkt. Het beleid sluit aan bij de visie van Prisma, de wet BOPZ en de visie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op dit terrein. Het beleid binnen Prisma is dat binnen elke locatie conform de wet BOPZ gewerkt wordt. Het uitgangspunt binnen de wet BOPZ is geen verdere vrijheidsbeneming dan noodzakelijk. Bewustwording van de ernst van het gebruik vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen en het terugdringen van het aantal toepassingen is een belangrijk doel binnen het beleid. Deze situatie wordt nagestreefd middels het inventariseren en registreren van de M&M-meldingen, onderzoek en toetsing middels besprekingen van meldingen, voorlichten van medewerkers, cliënten en/of hun wettelijke vertegenwoordigers middels workshops en scholingsmomenten.

De IGZ scherpt haar visie op vrijheidsbeperkende maatregelen steeds verder aan. Deze visie is uitgewerkt in diverse stappen. Prisma volgt dit proces op de voet. De eerste stap, het uitvoeren van de nulmeting om zicht te krijgen op de situatie rondom vrijheidsbeperkende maatregelen binnen Prisma is afgerond. De volgende stap is de reductie van de vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit beschrijft zowel de afbouw als het inzetten van minder ingrijpende maatregelen. Een van de doelstellingen is om in 2011 geen gebruik meer te maken van onrustbanden. Belangrijk hierbij is wel om de afbouw op een verantwoorde wijze te laten gebeuren. Een andere doelstelling is, dat het totale aantal vrijheidsbeperkende maatregelen aanzienlijk en meetbaar verminderd zijn in 2011.

2. Kader voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen

2.1 Uitgangspunten voor de toepassing van vrijheidsbeperkingen

Algemeen:

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is ongewenst en risicovol;

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is alleen verantwoord en toegestaan:

- in situaties waarin reële alternatieven ontbreken;
- op basis van aanwezig of te verwachten ernstig gevaar of risico;
- op basis van multidisciplinair overleg en overeenstemming;
- indien de hulpverleners deskundig en bekwaam zijn;
- met deugdelijke en veilige middelen;
- op basis van overleg en samenspraak met cliënt en zijn of haar vertegenwoordigers;
- wanneer er sprake is van een voortdurende toetsing en evaluatie en de PDCA-cyclus wordt doorlopen (zie verder).
- Wanneer deze voldoet aan de criteria subsidiariteit (er zijn geen minder ingrijpende alternatieven), proportionaliteit (de maatregel staat in verhouding tot het doel) en doeltreffendheid (het beoogde doel wordt ermee bereikt).

Verantwoordelijkheid bij de toepassing:

De verantwoordelijkheid voor de toepassing wordt gedragen door de BOPZ-arts, bij voorkeur in samenspraak met het multidisciplinaire team (MDT). In dit geval bestaat het MDT uit de gedragkundige, verantwoordelijke arts en teamleider.

Meer specifiek is het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor:

- Het beoordelen van aanwezig of te verwachten gevaar of risico;
- Het beoordelen van de noodzaak tot toepassing van vrijheidsbeperkende interventies omdat alternatieven ontbreken;
- Het beoordelen in hoeverre de betrokken cliënt niet of verminderd in staat is om de eigen belangen te behartigen;
- Het beoordelen van de negatieve gevolgen van de interventie voor de cliënt;
- Het overleg tussen hulpverleners onderling, met betrokken cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger;
- Het expliciteren en vastleggen van de uitgangspunten voor gebruik;
- De beschikbaarheid van voldoende, deskundige en bekwame zorgverleners;
- De deskundige, bekwame en veilige toepassing van de interventie;
- De evaluatie van gebruik en schriftelijke vastlegging.

Toepassen van de PDCA-cyclus bij vrijheidsbeperking



Plan: informatie verzamelen over het gevaar of risico, noodzaak tot gebruik en informatie over negatieve effecten, alternatieven en communicatie leidt tot een beslissing om maatregel uit te voeren

Do: uitvoeren van de maatregelen en hierover rapporteren

Check: Evalueren uitvoering

Act: bijstellen uitvoering en cyclus start opnieuw
In bijlage zijn deze stappen verder uitgewerkt.

2.2 De wet BOPZ

Prisma hanteert een non-fixatie beleid. Dit beleid is gericht op het voorkomen en terugdringen van het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen. Deze, voor de cliënt, ingrijpende maatregelen dienen we zoveel als mogelijk te voorkomen.

In de wet BOPZ worden een aantal begrippen gehanteerd die onderstaand verder uitgewerkt worden. 'Vrijheidsbeperkingen' is de verzamelnaam voor alle toepassingen van: regels, handelingen of interventies die strijdig zijn met de persoonlijke vrijheid van de mens.

Dwangbehandeling (artikel 38)

Er is sprake van dwangbehandeling bij:

- Uitvoering van het zorgplan zonder toestemming van cliënt of van vertegenwoordiger.
- Uitvoering van het (overeengekomen) zorgplan waartegen cliënt of vertegenwoordiger zich verzet.

Vrijheidsbeperkende maatregelen BOPZ (artikel 39)

Als zich onverwacht een acuut gevaarlijke situatie (noodsituatie) voordoet die door de geestesstoornis van de cliënt wordt veroorzaakt en waarin het behandelingsplan niet voorziet of wanneer er nog geen schriftelijk behandelingsplan voorhanden is, mogen bepaalde middelen of maatregelen (M&M) dwang worden toegepast met als doel deze noodsituatie te overbruggen. Het betreft de volgende vijf middelen of maatregelen in de wet limitatief worden opgesomd:

- Afzondering
- Separatie (Prisma heeft geen separeerruimtes en voert deze maatregel dan ook niet uit)
- Fixatie
- toediening medicatie
- toediening vocht of voeding.

Middelen of maatregelen mogen in het kader van de noodsituatie ten hoogste zeven opeenvolgende dagen worden toegepast. Dit termijn van zeven dagen moet voldoende zijn om de noodsituatie te beëindigen of om te komen tot overeenstemming met de cliënt of diens vertegenwoordiger over een (bijgesteld) behandelingsplan, waarin therapeutische middelen worden opgenomen waarmee de noodsituatie kan worden beëindigd en een behandeling kan starten. Ook een juiste juridische status is noodzakelijk.

Deze vrijheidsbeperkingen moeten geregistreerd worden in het POP en in het register BOPZ dat door het MIC wordt onderhouden. Dat laatste gebeurt via het registratieformulier vrijheidsbeperkende maatregelen.

Individuele beperkingen

Beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid kunnen, anders dan via toepassing van dwangbehandeling of middelen en maatregelen, worden opgelegd indien:

- er anders ernstige gevolgen gevreesd worden voor de gezondheid van de cliënt;
- er anders sprake is van ernstige verstoring van de orde in de woongroep.

Een aantal individuele beperkingen worden met naam genoemd in de wet BOPZ (artikel 40):

controle poststukken, beperking bezoek, beperking bewegingsvrijheid en beperking telefoonverkeer. Ook andere zaken kunnen als beperking worden gezien. Het niet vrij mogen beschikken over eigen geld, inperkingen in het vrije gebruik van alcohol, sigaretten of voedsel. Het betreft in feite al die maatregelen en middelen die, gekoppeld aan de begeleiding van een cliënt, een beperking voor hem inhouden.

Dit geldt ook voor orthopedagogische maatregelen die grenzen stellen en gedrag inperken zoals: het

beperken van contact met anderen, het afnemen van persoonlijke bezittingen, het verplichten tot extra taken.

Voor al deze individuele beperkingen geldt dat ze in het POP vastgelegd worden, bij het onderdeel ondersteuningsafspraken, en meegenomen worden in de cyclus van evaluatie en bijstelling van het POP.

Huisregels

Huisregels zijn van toepassing voor de gehele groep, en mogen de vrijheid van de cliënten niet verder beperken dan nodig is voor een ordelijk verloop van het dagelijkse leven. Voor opstellen van de huisregels maakt Prisma gebruik van de VGN handreiking.

2.3 De rechtspositie van een cliënt

Bij de opname van een cliënt moet worden vastgesteld of het gaat om een vrijwillige of onvrijwillige opname. Ook moet worden vastgesteld of de cliënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam is. De opnamestatus wordt vastgelegd in het POP.

De BOPZ gaat er vanuit dat bij opname van een cliënt in een 24-uurs voorziening er sprake is van vrijheidsbeneming. Een opname mag dan ook alleen maar plaatsvinden:

- met instemming van betrokkene, of
- met tussenkomst van de rechter, of
- met een verklaring van een daartoe bevoegde commissie.

In de regel worden opnames beschouwd als vrijwillige opnames, tenzij:

- een cliënt zich verzet tegen verblijf, dan is een Rechterlijke Machtiging (RM) / In BewaringStelling (IBS) vereist, of
- toepassing van middelen en maatregelen nodig is, dan dient alsnog de BOPZ-indicatie-procedure te worden gevolgd om vast te stellen of er sprake is van een opname op basis van "geen bereidheid, geen bezwaar" (art. 60).

2.4 Verhouding Wet BOPZ – WGBO

De wet BOPZ heeft geen betrekking op de behandeling van somatische aandoeningen. In dat geval gelden namelijk de bepalingen in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO). Dwangbehandeling in het kader van de WGBO (artikel 465, lid 6) is alléén mogelijk als het gaat om een somatische behandeling van ingrijpende aard of als de verrichting nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Beperkingen die voortkomen vanuit een behandeling WGBO, worden op dezelfde wijze geregistreerd als een BOPZ-maatregel. Dit geldt ook voor middelen die gebruikt worden bij de uitvoering.

3. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij dwangbehandeling en middelen en maatregelen

3.1 Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk betreffende het beleid vrijheidsbeperkingen. De Raad van Bestuur is houder van dit register vrijheidsbeperkende maatregelen.

3.2 MIC

De Raad van Bestuur heeft taken voortvloeiend uit de BOPZ aan het MIC (Medewerkerveiligheid, Incidentmelding, Cliëntveiligheid) gedelegeerd. In het algemeen gaat het om ontwikkelingen op het gebied van vrijheidsbeperkingen nauwlettend te volgen en te bevorderen dat dit steeds onderwerp van periodieke evaluatie is. Taken en verantwoordelijkheden in dat kader zijn:

- coördineren en controleren van de periodieke controle op de van toepassing zijnde vrijheidsbeperkingen;
- toezien op de naleving van de BOPZ in deze;
- voorstellen doen aan de RvB voor aanpassingen van beleid n.a.v. externe en/of interne ontwikkelingen;
- beheren van het Vrijheidsbeperkingen – register;
- gevraagd en ongevraagd adviseren van Raad van Bestuur en leidinggevenden;
- adviseren ten aanzien van concrete situaties;
- onderzoeken van de toepassing van vrijheidsbeperkingen;
- verzamelt, bestudeert en distribueert relevante informatie;
- voorlichten van medewerkers, cliënten en/of hun vertegenwoordigers voor over het beleid vrijheidsbeperkende maatregelen;
- onderhouden van contacten met gelijke commissies van andere zorginstellingen en IGZ.

3.3 BOPZ-arts

- Deze is eindverantwoordelijk voor het besluit van toepassing van dwangbehandeling of middelen en maatregelen.
- Deze is eindverantwoordelijk bij het nemen van een middel en maatregel - besluit in nood-situaties. De BOPZ-arts kan op een besluit, genomen in zijn / haar afwezigheid, terug komen en achteraf de genomen beslissing afkeuren
- Bij afwezigheid van de BOPZ-arts, 17.00 uur tot de eerst volgende werkdag, neemt de bereikbaarheidsdienst een besluit in noodsituaties.
- Deze is verantwoordelijk om conform de BOPZ-wetgeving meldingen aan de inspectie te doen.
- Deze controleert en actualiseert mede het beleid.
- Deze heeft de bevoegdheid tot opdracht geven van de toepassing en deze te bekrachtigen of in te trekken. Het toepassen van dwangbehandeling of middelen en maatregelen heeft in principe een tijdelijk karakter. Het streven is om dwangbehandeling en middelen en maatregelen overbodig te maken c.q. af te bouwen voor de individuele cliënt.

3.4 Gedragskundige (orthopedagoog/Psycholoog)

- De gedragskundige is verantwoordelijk voor het beschrijven en opname van de toepassing van alle individuele vrijheidsbeperkende maatregelen in het ondersteuningsplan / POP aan de hand van de volgende criteria:
 - doel en noodzaak van dwangbehandeling of middelen en maatregelen andere vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - uitvoering, frequentie en duur;
 - beoogd effect en invloed op de cliënt;
 - zoeken naar alternatieven;

- mogelijke afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Is verantwoordelijk voor de invulling van het BOPZ registratieformulier.

3.5 Teamleider

- De teamleider is verantwoordelijk voor de voorwaarden om de toepassing verantwoord te kunnen uitvoeren. Voorwaarden aangaande:
 - Juridische opnamestatus
 - Goedgekeurde bouwkundige en materiele faciliteiten
 - Personeel is deskundig m.b.t. uitvoering van de toepassing van dwangbehandeling of middelen en maatregelen
- De teamleider, zorgt bij toepassing van dwangbehandeling of middelen en maatregelen in het kader van de BOPZ-wet, samen met de cliënt en het multidisciplinaire team, als zijnde gedragskundige, AVG, en teamleider, zo snel mogelijk voor een (aangepast) ondersteuningsplan, met het doel:
 - de toepassing van dwangbehandeling of middelen en maatregelen - besluit zo spoedig mogelijk op te heffen, dan wel te komen tot een instemming met de cliënt (M & M akkoord).
- De teamleider is verantwoordelijk voor de samenkomst van het multidisciplinaire team.
- De teamleider is verantwoordelijk voor een correcte registratie conform de afspraken registratie vrijheidsbeperkende maatregelen en stuurt deze zo spoedig mogelijk toe aan de voorzitter van de commissie cliëntveiligheid. Deze onderhoud het register.
- Het op de hoogte zijn van het beleid vrijheidsbeperkende maatregelen en dit bekend maken en houden bij de medewerkers.
- Het op afgesproken wijze uitvoeren van het vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen beleid

3.6 Arts verstandelijk gehandicapten

- Als lid van het multidisciplinaire team behartigt de AVG de lichamelijke en medische belangen van de cliënt.
- Is mede verantwoordelijk voor het beoordelen van de toepassing van alle individuele vrijheidsbeperkende maatregelen in het ondersteuningsplan aan de hand van de volgende criteria:
 - doel en noodzaak van dwangbehandeling of middelen en maatregelen andere vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - uitvoering, frequentie en duur;
 - beoogd effect en invloed op de cliënt;
 - zoeken naar alternatieven;
 - mogelijke afbouw van vrijheidsbeperkende maatregelen.

3.7 Bereikbaarheidsdienst

- Is eindverantwoordelijk bij het nemen van een middel en maatregel - besluit in noodsituaties bij afwezigheid van de BOPZ-arts.
- De bereikbaarheidsdienst is verantwoordelijk van 17.00 uur tot de eerst volgende werkdag van de BOPZ-arts.

4. De registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De registratie en inrichting van het register vindt plaats in overeenstemming met de voorschriften uit de wet BOPZ. De registratie is gebaseerd op de meldings- en registratieplicht aan de inspectie volgens de normen en voorschriften.

Het register vrijheidsbeperkingen registreert alle dwangbehandelingen en toepassingen middelen en maatregelen (nood)

Daarnaast registreert het register vrijheidsbeperkingen alle aspecten van de hieronder genoemde individuele vrijheidsbeperkingen toegepast op cliënten die verblijven binnen Stichting Prisma.

- Alle fysieke individuele vrijheidsbeperkingen.
- Alle ruimtelijke individuele beperkingen.

Alle andere individuele vrijheidsbeperkingen dienen ook opgenomen te zijn in het POP

Werkwijze:

Van alle dwangbehandelingen, toepassingen middelen en maatregelen, fysieke vrijheidsbeperkingen en alle ruimtelijke beperkingen bij individuele cliënten wordt centraal een register bijgehouden.

Bij aanvang van een vrijheidsbeperking in dit kader wordt een “registratieformulier situatie bij aanvang van de vrijheidsbeperking” onder verantwoordelijkheid van de teamleider ingevuld. Dit formulier wordt ondertekend door de teamleider, AVG en de gedragskundige naar de voorzitter van de cliëntveiligheid gestuurd. De voorzitter commissie cliëntveiligheid beoordeelt het formulier op volledigheid en zet, indien nodig, acties uit in het kader van de uitvoering Wet-BOPZ. De voorzitter draagt zorg voor accorderen en afstemming met de BOPZ-arts en stuurt een door de BOPZ-arts getekend exemplaar van de registratie naar de teamleider terug voor toevoeging aan het Persoonlijk POP

Bij beëindiging van een vrijheidsbeperking in dit kader wordt een “registratieformulier situatie bij beëindiging van de vrijheidsbeperking” onder verantwoordelijkheid van de teamleider ingevuld. Dit formulier wordt ondertekend door de teamleider, AVG en de gedragskundige naar de voorzitter van de cliëntveiligheid gestuurd. De voorzitter commissie cliëntveiligheid beoordeelt het formulier op volledigheid en zet, indien nodig, acties uit in het kader van de uitvoering Wet-BOPZ. Draagt zorg voor accorderen en afstemming met de BOPZ-arts en stuurt een door de BOPZ-arts getekend exemplaar van de registratie naar de teamleider terug voor toevoeging aan het POP.

De voorzitter van de commissie cliëntveiligheid beheert het centrale register Vrijheidsbeperkingen.

Een keer per 3 maanden worden, aangestuurd door de voorzitter van de commissie cliëntveiligheid, onder verantwoordelijkheid van de sector- of districtmanager, de in het register opgenomen vrijheidsbeperkingen geëvalueerd. Daarbij worden de volgende aspecten betrokken:

- doel en noodzaak van middelen en maatregelen en beperkingen;
- uitvoering, frequentie en duur;
- beoogd effect en invloed op de cliënt;
- zoeken naar alternatieven;
- mogelijke afbouw van middelen en maatregelen en beperkingen.

Inzage in het register hebben:

- leden van het MIC en cliëntveiligheidscommissie;
- Betreffende regiomanager, manager zorg en BOPZ-arts

Ieder die inzagerecht heeft in het register is gebonden aan de geheimhoudingsplicht.

4.1 Overzicht meldingsplichtige en niet-meldingsplichtige Bopz-gegevens

Bopz-gegevens die instellingen schriftelijk aan de inspectie moeten melden:

- Aanvang middelen of maatregelen (dwang of nood)
- Beëindiging middelen of maatregelen (dwang of nood)
- Beslissing op Bopz-klachten
- Voornemen tot verlenen ontslag (kan per telefoon)
- Beslissing op verzoek om ontslag

Bopz-gegevens die instellingen *niet* aan de inspectie hoeven te melden:

- Middelen of maatregelen-'akkoord'
- Beperking vrijheden wat betreft bezoek, telefoonverkeer, beweging (artikel 40, wet Bopz)
- Verlof korter dan 60 uur.
- Aanvragen voor rechterlijke machtigingen.
- Geen instemming met behandelingsplan.

Instellingen in de verstandelijk gehandicapten zorg hoeven bovendien niet te melden:

- Verlof voor bewoners met een artikel 60 BOPZ-indicatie, RM of IBS
- Opnemingen met een artikel BOPZ-indicatie
- Alle in artikel 58 genoemde gegevens met betrekking tot cliënten die opgenomen zijn met een artikel BOPZ-indicatie.

4.2 Verlof van cliënten met een BOPZ-indicatie, RM of IBS

De BOPZ-arts geeft, in samenspraak met het MDO ter zijnde gedragskundige, behandelend AVG en manager zorg, een cliënt of bewoner die in de instelling is opgenomen met een juridische status zijnde een BOPZ-indicatie (artikel 60), RM of IBS verlof voor zover en voor zolang het verantwoord is hem buiten de instelling te laten verblijven.

5. Klachtbehandeling

Begripsbepalingen

Klacht

Een klacht die zich richt tegen een beslissing als omschreven in artikel 41 BOPZ, namelijk:

- een beslissing van de behandelaar dat de cliënt niet in staat is zijn wil te bepalen met betrekking tot de voorgestelde behandeling (wilsonbekwaam is);
- een beslissing om over te gaan tot behandeling zonder toestemming van de cliënt om ernstig gevaar voor de cliënt of voor anderen af te wenden (dwangbehandeling);
- toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties (afzondering, separatie, fixatie, gedwongen toediening van medicatie, vocht of voedsel);
- beperking van bepaalde rechten, te weten het ontvangen en verzenden van post, het ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid in en rond de instelling, vrij telefoonverkeer;
- het niet toepassen van het overeengekomen zorgplan.

Klager

Degene die een klacht kunnen indienen zijn: de cliënt op wie de beslissing(en) waarover wordt geklaagd, is (zijn) gericht, iedere andere in de instelling verblijvende cliënt, de echtgenoot, de ouder(s) met ouderlijk gezag, elke meerderjarig bloedverwant in de rechte lijn, niet zijnde een ouder, en in de zijlijn tot en met de tweede graad, de voogd, de curator of mentor van de cliënt op wie de beslissing(en) waarover wordt geklaagd is/zijn gericht.

Zorgaanbieder

Orthopedagogisch Centrum Brabant.

De zorgaanbieder wordt in het kader van dit reglement vertegenwoordigd door de directie dan wel de Raad van Bestuur.

Hulpverlener

De persoon die, al dan niet in dienstverband, werkzaamheden verricht voor de zorgaanbieder.

Klachtencommissie

De door de zorgaanbieders in het kader van de klachtenregeling ingestelde commissie die tot taak heeft de behandeling van klachten.

Samenstelling, benoeming en ontslag leden Klachtencommissie

De klachtencommissie bestaat uit 7 leden en hun plaatsvervangers. De klachtencommissie wordt zodanig samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht te allen tijde gewaarborgd is.

1. Van de commissie maken in ieder geval een jurist en een orthopedagoog deel uit. Daarnaast een arts en een Z-verpleegkundige. De voorzitter van de commissie is niet werkzaam voor of bij een van de zorgaanbieders.
2. Tenminste twee leden en hun plaatsvervangers worden benoemd op voordracht van de cliëntenraden/ouderverenigingen. De overige leden en hun plaatsvervangers worden benoemd door de directies.
3. De benoeming geldt voor een periode van 3 jaar. Herbenoeming is tweemaal mogelijk.
4. De zorgaanbieder kan, op verzoek van de klachtencommissie, een lid van de klachtencommissie ontslaan uit zijn functie. Gronden voor ontslag zijn:
 - eigen verzoek van het lid van de klachtencommissie.
 - het kennelijk op onvoldoende wijze vervullen van zijn functie.

Positie ten opzichte van de zorgaanbieder

De uitspraak van de klachtencommissie is bindend.

Taken van de Klachtencommissie

Taken van de klachtencommissie

- Het onderzoeken van de klacht.
- Het geven van een oordeel over de gegrondheid van de klacht.
- Het doen van aanbevelingen naar aanleiding van de klacht.

Uitbrengen van het oordeel omtrent de klacht

- De commissie neemt binnen 2 weken na ontvangst van de klacht een beslissing.
- De termijn is 4 weken als het een klacht betreft tegen een beslissing die ten tijde van het indienen van de klacht geen gevolgen meer heeft of waaraan in de tijd dat de klacht bij de commissie aanhangig is het gevolg is komen te vervallen.
- De klachtencommissie is bevoegd om de beslissing waarop de klacht betrekking heeft, te schorsen.
- De beslissing wordt door de klachtencommissie gemotiveerd en schriftelijk medegedeeld aan de klager, de cliënt, de behandelend arts, de BOPZ-arts, de inspectie, de aangeklaagde en aan de zorgaanbieder.

Registratie van de werkzaamheden:

- Het registreren van de werkzaamheden, de resultaten en de bevindingen; per jaar wordt een geanonimiseerd verslag uitgebracht aan de zorgaanbieder, de cliëntenraad/familieraad en de ondernemingsraad.

Bevoegdheden van de Klachtencommissie

Ter vervulling van haar taak heeft de commissie bij de behandeling van een klacht en na melding bij de directie de navolgende bevoegdheid:

1. Vrije toegang tot de inrichting met inachtneming van elementaire beginselen betreffende de persoonlijke levenssfeer en het redelijkerwijs tegemoet komen aan de voorwaarden die vanuit de organisatie als instelling van gezondheidszorg worden gesteld.
2. De klager en/of de aangeklaagde wordt/worden in de gelegenheid gesteld de op de klacht betrekking hebbende stukken in te zien met inachtneming van de wettelijke regelingen ter zake en vereiste vertrouwelijkheid.
3. Als vertrouwelijk worden aangemerkt die stukken waarvan de opsteller met argumenten aangeeft dat ze beter niet rechtstreeks ter kennis van de klager (cliënt) kunnen worden gebracht (de zogenaamde medische exceptie). Stukken die in deze zin als vertrouwelijk worden aangemerkt, kunnen worden ingezien door een gemachtigde van de klager (cliënt).
4. Het voor "hoor" en "wederhoor" oproepen van personen binnen de organisatie die redelijkerwijze bij de betreffende klacht betrokken kunnen worden geacht. Wanneer medewerkers worden opgeroepen door de klachtencommissie en zij dit wensen, kunnen zij zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Iedereen kan voor de medewerker als vertrouwenspersoon functioneren. Een eventueel vergoeding voor het werk van een vertrouwenspersoon kan niet voor rekening van de instelling komen.

Ontvankelijkheid van een klacht

Een klacht is niet ontvankelijk indien:

1. een inhoudelijke klacht van klager nog bij de commissie in behandeling is, of de commissie omtrent een inhoudelijke klacht van klager al een uitspraak heeft gedaan;
2. de klager niet klachtgerechtigd is;
3. er geen in de BOPZ geregelde klachtgrond aanwezig is.

Indien de commissie tevens als klachtencommissie ingevolge de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) functioneert, wordt de klacht die niet ontvankelijk is verklaard om de reden als in lid 3 aangegeven, behandeld als ware de klacht een WKCZ-klacht.

Werkwijze van de Klachtencommissie

1. Een klacht zal pas dan door de commissie in behandeling worden genomen nadat deze schriftelijk is vastgesteld. De indiener kan de klacht desnoods ook mondeling indienen, maar dan zal degene die de klacht namens de commissie in ontvangst neemt alsnog overgaan tot de schriftelijke vastlegging in overleg met de indiener. Van belang is dat de klacht nauwkeurig omschreven wordt. Een afschrift hiervan wordt naar de directie gezonden, alsmede naar de indiener en naar degene tegen wie de klacht is gericht.
2. De commissie behandelt in principe alleen individuele klachten, dus geen klachten van een groep. In het laatste geval kan doorverwezen worden naar het bestuur van de Oudervereniging/Cliëntenraad of aangeraden worden dat elk der ouders een klacht indient.
3. De contactpersoon van de klachtencommissie – gewoonlijk de secretaris – neemt de klachten in ontvangst zonder zelf de behandeling reeds ter hand te nemen, c.q. reeds een standpunt in te nemen. Hij/zij gaat na of de klager voorliggende interne mogelijkheden van klachtopvang c.q.

klachtbemiddeling heeft benut. Is dat niet het geval dan adviseert de secretaris de klager van deze mogelijkheden van klachtopvang gebruik te maken. Voorts kan de secretaris – indien van toepassing - erop wijzen dat de klacht zich beter leent voor indiening bij een andere instantie, bijvoorbeeld de medische tuchtrechter, de strafrechter, de civiele rechter. Indien klager ondanks nog openstaande andere wegen erop staat, dat zijn klacht door de commissie in behandeling wordt genomen, gaat de commissie tot die behandeling over.

4. De commissie spreekt met beide partijen, bij voorkeur in elkaars aanwezigheid (plenaire zitting). Indien klager zulks wenst, wordt hij/zij voor de plenaire zitting afzonderlijk door de commissie gehoord. Wanneer “hoor” en “wederhoor” plaatsvinden, maakt de commissie hiervan steeds een verslag op. De diverse betrokkenen hebben recht op het verslag van het gesprek dat met hen is gevoerd en zijn zelf verantwoordelijk voor verdere hantering hiervan. De commissieleden zijn tot geheimhouding verplicht. De commissie hanteert de verslagen en andere stukken als vertrouwelijke informatie. Tenzij alle betrokkenen het ermee eens zijn, worden geen stukken aan derden ter beschikking gesteld.
5. Aan de behandeling van een klacht nemen tenminste 5 leden van de commissie deel, onder wie de onafhankelijke voorzitter. Bij behandeling van een klacht zijn in ieder geval een jurist en een orthopedagoog betrokken.
6. Aan de behandeling van een klacht wordt niet deelgenomen door een persoon tegen wiens besluit of gedraging de klacht is gericht, of door een persoon die op een andere manier bij de klacht betrokken is.
7. De klager en de hulpverlener tegen wiens beslissing de klacht gericht is, kunnen zich doen bijstaan door hen aan te wijzen personen.

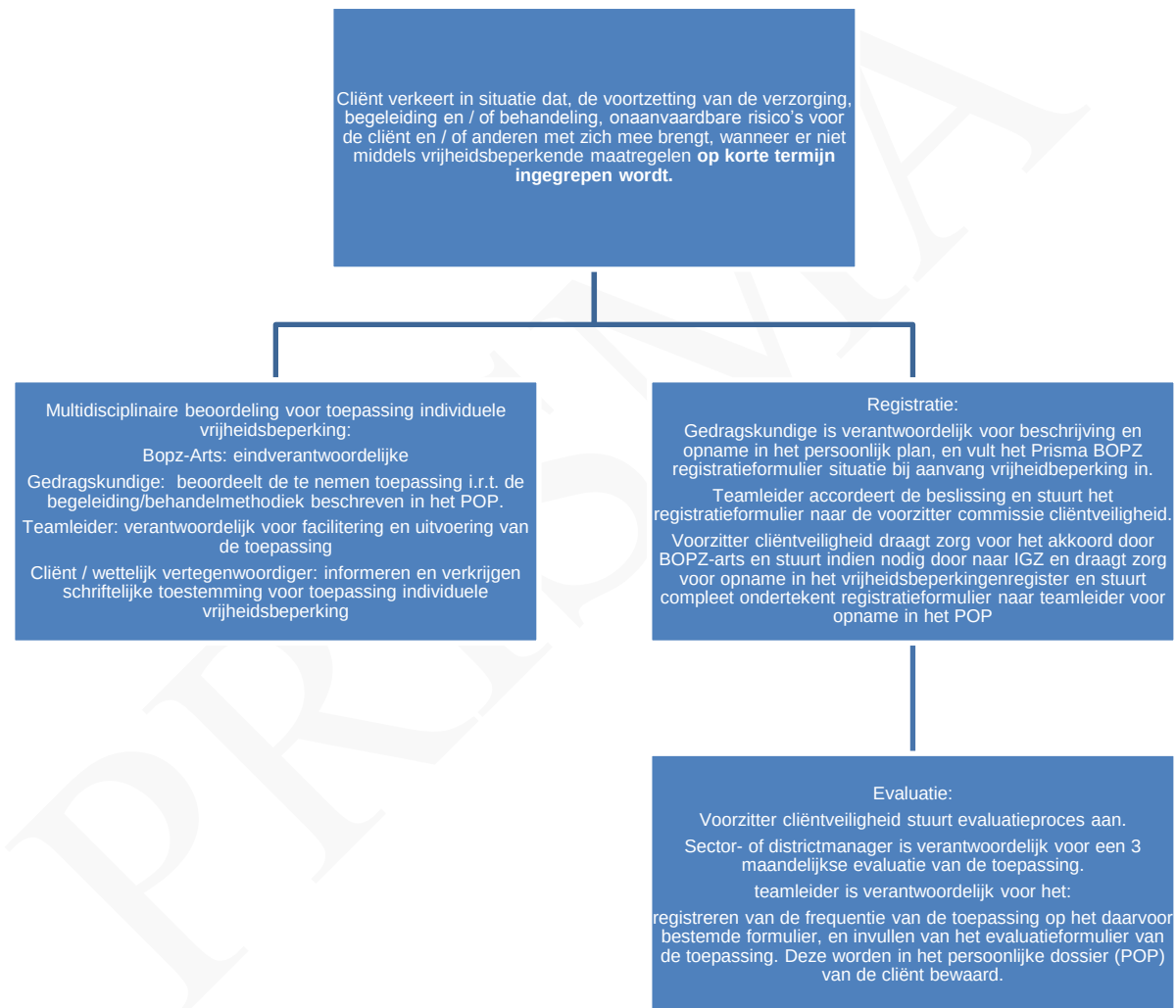
Beroepsmogelijkheid rechter

Als er door de commissie binnen twee weken c.q. vier weken geen beslissing genomen is of de klacht is ongegrond verklaard, dan kan de klager, indien hij tevens cliënt is, een verzoek indienen bij de arrondissementsrechtbank ter verkrijging van diens beslissing.

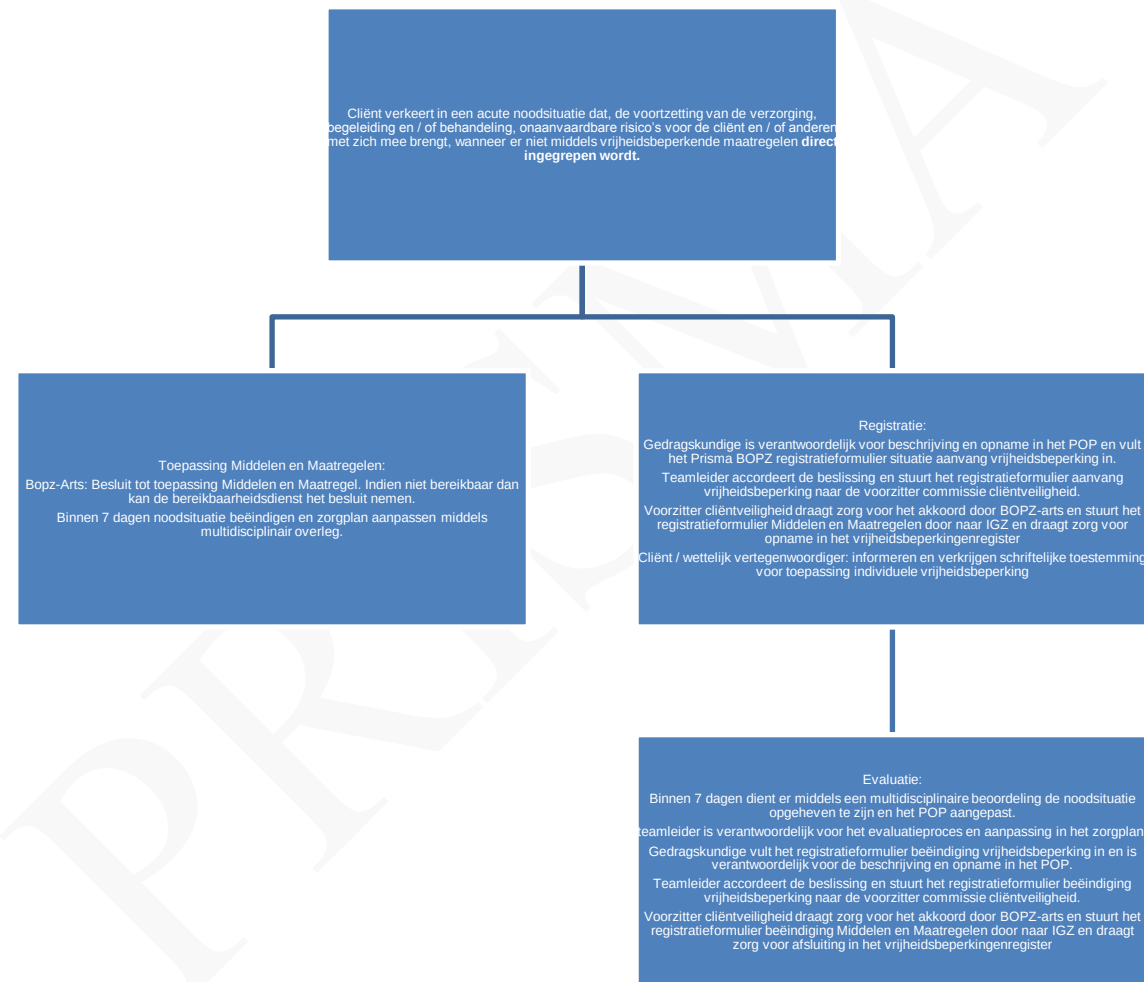
Ook kan de klager de inspecteur vragen een verzoekschrift bij de rechter in te dienen. Deze is verplicht dit binnen twee weken in te dienen tenzij hij de klager niet ontvankelijk acht.

De rechter beslist binnen vier weken na de indiening van het verzoekschrift.

6. Schematische weergave Beleid Vrijheidsbeperkingen Stichting Prisma:
Reguliere situatie:



7. Schematische weergave Beleid Vrijheidsbeperkingen Stichting Prisma: Nood situatie:



8. STAPPENOVERZICHT TOEPASSING BOPZ-VRIJHEIDSBEPERKINGEN

STAP 1:	<i>Is er sprake van gevaar of kennelijk ernstig nadeel?</i> ☐ NEE: Vrijheidsbeperkingen niet toepassen. ☐ JA: Ga naar stap 2.
STAP 2:	<i>A: Staat het gebruik van vrijheidsbeperkingen in redelijke verhouding tot het doel afwenden van gevaar of kennelijk ernstig nadeel?</i> <i>B: Zijn de vrijheidsbeperkingen het minst ingrijpende alternatief om het doel te bereiken?</i> <i>C: Zijn de toegepaste vrijheidsbeperkingen doeltreffend?</i> ☐ NEE: Vrijheidsbeperkingen niet toepassen. ☐ JA: Ga naar stap 3.
STAP 3:	<i>Is het gebruik van vrijheidsbeperkingen beschreven in het POP/handelplan/behandelingsplan?</i> ☐ NEE: Toepassing van Middelen en Maatregelen in het kader van een noodsituatie. ☐ JA: Ga naar stap 4
STAP 4:	<i>Heeft de cliënt vanaf de leeftijd van 12 jaar en ouder en zijn/haar wettelijke vertegenwoordigers schriftelijk toestemming gegeven?</i> ☐ NEE: 1. Toepassing in het kader van Dwangbehandeling. Dit kan alleen bij een juridische opnamestatus van IBS, RM of Artikel 60 BOPZ-indicatie. 2. Toepassing in het kader van Middelen en Maatregelen (Nood). Er dient een juridische opnamestatus van IBS, RM of Artikel 60 BOPZ-indicatie aangevraagd te worden. ☐ JA: Ga naar stap 5.
STAP 5:	<i>Verzet(ten) de cliënt of de wettelijke vertegenwoordiger(s) zich tegen de toepassing?</i> ☐ NEE: Toepassing met toestemming (akkoord). ☐ JA: 1. Toepassing in het kader van Dwangbehandeling. Dit kan alleen bij een juridische opnamestatus van IBS, RM of Artikel 60 BOPZ indicatie.

	2. Toepassing in het kader van Middelen en Maatregelen (Nood). Er dient een juridische opnamestatus van IBS, RM of Artikel 60 BOPZ-indicatie aangevraagd te worden
--	--

PRISMA

Bijlagen

1. Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrie (wet BOPZ)

De wet BOPZ is vooral ontworpen met het oog op de versterking van de rechtspositie (zowel extern als intern) van mensen die in een instelling wonen. De wet verplicht de instelling verantwoordelijkheid af te leggen over handelingen die de vrijheid van cliënten beperken. Vrijheidsbeperking en dwangbehandeling mogen alleen onder strikte voorwaarden worden toegepast.

1.1 De externe rechtspositie van een cliënt.

Het uitgangspunt binnen de wet BOPZ is geen verdere vrijheidsbeneming dan noodzakelijk. De wet BOPZ is van toepassing op intramurale voorzieningen. Gezinsvervangende tehuizen en sociowoningen vallen buiten de reikwijdte van de wet. Het beleid binnen Prisma is dat voor de gezinsvervangende tehuizen en sociowoningen BOPZ-conform gewerkt wordt. Dus ook registratie en evaluatie van middelen en maatregelen. Van belang is de opnamestatus van cliënten formeel vast te stellen (de zogenaamde externe rechtspositie).

1.2 Externe rechtspositie van nieuwe cliënten.

De BOPZ is van toepassing bij opname van een cliënt van 12 jaar en ouder in een 24-uurs voorziening. De BOPZ is niet van toepassing als het gaat om een tijdelijke opname, zoals bijv. een vakantieplaatsing of een weekendopname. De BOPZ is wel van toepassing bij een risico opname. De BOPZ gaat er vanuit dat bij opname van een cliënt in een 24-uurs voorziening er sprake is van vrijheidsbeneming. Een opname mag dan ook alleen maar plaatsvinden:

- met instemming van betrokkene of
- met tussenkomst van de rechter of
- met een verklaring van een daartoe bevoegde commissie.

Als gevolg hiervan onderscheiden we:

- een vrijwillige opname (BOPZ is niet van toepassing),
- een opname op basis van een Rechterlijke Machtiging (RM) of Inbewaringstelling (IBS); BOPZ is van toepassing,
- een opname op basis van noch bereidheid, noch bezwaar (BOPZ is niet van toepassing).

De bepaling om wat voor soort opname het gaat, wordt gedaan voordat een cliënt bij Prisma komt wonen. Een en ander conform het Protocol Indicatiestelling Wet BOPZ, zoals dat geldt in de provincie Noord-Brabant. Het is belangrijk om vast te leggen om wat voor soort opname het gaat. De opnamestatus dient vermeld te worden in het Centraal Dossier en het Persoonlijke Dossier van de cliënt. Hiervoor is een aparte rubriek binnen de zorgplanmethodiek gereserveerd.

1.3 Externe rechtspositie van aanwezige cliënten.

De cliënten die voor 1 januari 1994 zijn opgenomen worden in het kader van de wet BOPZ beschouwd als vrijwillige opnames, tenzij een cliënt zich verzet tegen verblijf, dan is een Rechterlijke Machtiging (RM) vereist, of toepassing van dwangbehandeling en/of middelen en maatregelen nodig is, dan dient alsnog de BOPZ-indicatieprocedure te worden gevolgd om vast te stellen of er sprake is van een opname op basis van "geen bereidheid, geen bezwaar" Artikel 60.

1.4 Rechterlijke Machtiging (RM)

Een Rechterlijke Machtiging is een manier om, ook als er geen bereidheid is, toch opgenomen te worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Om met een rechterlijke machtiging te worden opgenomen moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- u lijdt aan een psychische stoornis waardoor u gevaar veroorzaakt;

- het gevaar kan niet buiten het ziekenhuis worden afgewend;
- u vertoont geen bereidheid tot opname en u bent ouder dan 12 jaar.

Een RM kan plaatsvinden op vordering officier van justitie of op verzoek van behandelaar, echtgenoot, ouders, bepaalde bloedverwanten, voogd, curator of betrokkene zelf.

De rechter beslist of de cliënt een RM krijgt.

Rechten en plichten:

Twee weken na de uitspraak van de rechter moet de instelling een behandelplaats aanbieden anders vervalt de RM. Maximale duur is de eerste keer een half jaar, de rechter bepaalt als het korter is. Verlenging kan tot maximaal een jaar duren, voor verlenging moet de rechter cliënt horen. Bij dit gesprek krijgt cliënt gratis hulp van een advocaat. RM op eigen verzoek is minimaal een half jaar en maximaal een jaar, verlenging is niet mogelijk wel kun je op vrijwillige basis blijven. Cliënt mag behandelplaats niet verlaten, mits er toestemming is van de eerst verantwoordelijke geneeskundige / geneesheer-directeur. Verlaat cliënt de behandelplaats kan deze terug gehaald worden door politie.

In een acute noodsituatie kan de cliënt:

- gedwongen medicatie krijgen;
- gesepareerd worden.
- De arts kan cliënt zaken verbieden om de volgende redenen:
 - als het de gezondheid schaadt;
 - om strafbare feiten te voorkomen.

Cliënt mag altijd contact hebben met: zijn / haar advocaat; de cliënt vertrouwenspersoon; officier van justitie; inspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg; de rechter.

Cliënt is handelingsbekwaam (hij/zij mag over eigen geld beschikken, mag eigen goed beheren en heeft/behoudt stemrecht) mits er geen andere beperkingen zijn. De persoon die een RM kan aanvragen kan ook om opheffing van RM vragen

Verlof

Er moet toestemming zijn van de eerst verantwoordelijke geneeskundige / geneesheer-directeur; er mogen voorwaarden aan verbonden worden (bijv. innemen van medicatie); als het niet goed gaat kan een verlof ingetrokken worden.

Voorwaardelijk ontslag

Als blijkt dat het gevaar dat door de psychische stoornis werd veroorzaakt kan de eerst-verantwoordelijke geneeskundige/geneesheer directeur u voorwaardelijk ontslag verlenen.

Hier kunnen voorwaarden aan verbonden zijn zoals toezicht/nazorg. Verandert de situatie negatief dan kan het ontslag ingetrokken worden. Gaat het goed dan wordt RM opgeheven en ontslag verleend.

Indienen van een klacht

Via patientenvertrouwenspersoon of je advocaat. Cliënt heeft ook rechten zoals vermeld in de WGBO.

1.5 Voorlopige Machtiging

Wanneer er onvoldoende gronden zijn voor een In Bewaring Stelling, kan de psychiater, als hij de situatie alarmerend vindt, besluiten om een voorlopige machtiging uit te schrijven. Met een Voorlopige Machtiging kun je verder nog niets. Deze Voorlopige Machtiging gaat naar de rechtbank. Binnen 2 weken moet een rechter samen met een advocaat besluiten of er voldoende grond is voor een Rechterlijke machtiging.

1.6 In Bewaringstelling (IBS)

IBS is een spoedprocedure om, ook als er geen bereidheid is, toch opgenomen te worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Na de opname wordt de aanvraag tot IBS door de rechter getoetst.

Om met een In Bewaring Stelling te worden opgenomen moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- U lijdt aan een psychiatrische stoornis en u veroorzaakt een onmiddellijk dreigend gevaar;
- Men denkt dat er een verband bestaat tussen uw stoornis en het gevaar;
- U bent ouder dan 12 jaar en niet vrijwillig bereid tot opname, of u bent jonger dan 12 jaar en uw ouders verschillen van mening;
- De dreiging van gevaar is zo dringend dat een uitspraak van de rechter niet kan worden afgewacht
- Het gevaar kan niet op een andere manier, buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend.

De rechter oordeelt na opname of voortzetting van de IBS nodig is.

Wat is de procedure?

De burgemeester stelt u in bewaring en stelt de volgende personen op de hoogte:

- de officier van justitie
- de inspecteur voor geestelijke gezondheidszorg in.

Voor een IBS is een geneeskundige verklaring noodzakelijk. Deze wordt geschreven door een onafhankelijke psychiater. De verklaring van de burgemeester en de geneeskundige verklaring mogen niet ouder zijn dan 1 dag bij een opname.

Rechten en plichten:

- Cliënt heeft recht op bijstand van een vertrouwenspersoon
- Cliënt heeft recht op bijstand van een advocaat
- Cliënt heeft recht op een gesprek met de rechter

Tussen begin van de opname en besluit tot voortzetting kunnen maximaal 10 dagen zitten. Na voortzetting is een IBS 3 weken geldig. Na 3 weken is er geen verlenging meer mogelijk. Er kan een RM aangevraagd worden, IBS duurt voort tot RM ingaat (maximaal 3 weken). Cliënt heeft beperkte bewegingsvrijheid. Cliënt mag behandelaars niet verlaten, gebeurt dit toch kan cliënt teruggehaald worden door de politie. Een IBS is een noodmaatregel er is dus geen verlof toegestaan. In acute noodgevallen kan cliënt gedwongen worden medicatie in te nemen. Cliënt mag in acute noodgevallen gesepareerd worden.

1.7 Voogdij en Onder Toezichtstelling

Dit zijn beide Kinderbeschermingsmaatregelen.

Als iemand zich ernstig zorgen maakt over de verzorging en opvoeding van een kind, kan dit gemeld worden bij een Advies Meldpunt Kindermishandeling of bij de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad stelt dan een onderzoek in. Op basis van dit onderzoek wordt bekeken of er ingegrepen moet worden in de gezinssituatie. In dat geval wordt de kinderrechter geadviseerd om een kindbeschermingsmaatregel uit te spreken. De kinderrechter zal alle partijen horen voor hij een beslissing neemt.

De twee bekendste kindbeschermingsmaatregelen zijn de **voogdij** en de **ondertoezichtsstelling**. In beide gevallen benoemt de kinderrechter een [gezins]voogdij-instelling, die de belangen van het kind moet bewaken.

Bij een **voogdij** gaat het ouderlijke gezag volledig over naar de instelling. Bij een **ondertoezichtsstelling** ligt het ingewikkelder. Samen met de ouders moet de gezinsvoogdij-instelling er voor zorgen dat er weer een aanvaardbare opvoedingssituatie ontstaat. De ouders houden bij een **ondertoezichtsstelling** het ouderlijke gezag, maar zij mogen belangrijke

beslissingen over het kind niet meer alleen nemen. Eerst moet overleg gevoerd zijn tussen de ouders en de jeugdbeschermer van de voogdij-instelling. De jeugdbeschermer mag zelfs bindende beslissingen nemen.

PRISMA

1.8 Onder curatele stelling, bewindvoering en mentorschap

DE MAATREGELEN KORT SAMENGEVAT

	Ondercuratelestelling	onderbewindstelling	mentorschap
<i>Maatregel</i>	Persoon verliest handelingsbekwaamheid en mag dus niet meer zelfstandig rechtshandelingen verrichten. Er wordt een curator benoemd om de persoon, curandus genaamd, te vertegenwoordigen. Met een ondercuratelestelling worden persoon en vermogen beschermd.	Iemand mag niet meer zelf beslissen over goederen die onder bewind staan. Er wordt een bewindvoerder benoemd die daarvoor (zoveel mogelijk samen met de betrokkene) beslist. Met een onderbewindstelling wordt het vermogen van de betrokkene beschermd.	Iemand mag niet meer zelf beslissen over verzorging, verpleging en behandeling. Er wordt een mentor benoemd die daarvoor (zoveel mogelijk samen met de betrokkene) beslist. Met een mentorschap wordt de betrokkene op het persoonlijk vlak beschermd.
<i>Taken</i>	De curator behartigt de financiële en andere belangen van de curandus.	De bewindvoerder behartigt de financiële belangen van betrokkene.	De mentor neemt beslissingen over verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding van de betrokkene
<i>Benoemd wordt</i>	Een curator. Benoeming van een rechtspersoon is niet mogelijk.	Een of meer bewindvoerders. Benoeming van een rechtspersoon is wel mogelijk.	Een mentor. Benoeming van een rechtspersoon is niet mogelijk.
<i>Procedure</i>	Verzoek bij de rechtbank via een advocaat.	Verzoek bij het kantongerecht n(geen advocaat nodig).	Verzoek bij het kantongerecht n(geen advocaat nodig).
<i>Openbaarmaking</i>	Publicatie in de Staatscourant en twee landelijk dagbladen.	Aantekening in registers waarin goederen zijn opgenomen.	Geen openbaarmaking.
<i>Beëindiging</i>	Via de rechtbank: - Als iemand belangen zelf weer kan behartigen - Vervanging door bewind en / of mentorschap - Bij overlijden.	Via de kantonrechter: - Als iemand belangen zelf weer kan behartigen - Vervanging door curatele - Als de periode voorbij is die de rechter heeft vastgesteld - Bij overlijden.	Via de kantonrechter: - Als iemand belangen zelf weer kan behartigen - Vervanging door curatele - Als de periode voorbij is die de rechter heeft vastgesteld - Bij overlijden.

2 Dwangbehandeling; algemene toelichting

Toestemmingsvereiste

Over het ondersteuningsplan moet overeenstemming met de cliënt worden bereikt, of als de cliënt wilsonbekwaam is op dit punt, met diens (wettelijk) vertegenwoordiger. Een cliënt is wilsonbekwaam, wanneer hij naar het oordeel van de behandelaar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van de voorgestelde behandeling. Het uitgangspunt van de Wet BOPZ is dat behandeling alléén kan plaatsvinden op grond van een behandelingsplan, waarmee de cliënt of diens vertegenwoordiger instemt. Voorts kan de cliënt zijn instemming met het behandelingsplan op elk moment intrekken. De behandeling mag dan niet worden toegepast. Opnieuw overleg met de cliënt is aangewezen.

Ook als een cliënt zich tegen toepassing van (onderdelen van) het eerder overeengekomen behandelingsplan verzet, mag behandeling niet plaatsvinden. Dit zelfde geldt wanneer de wilsonbekwame cliënt zich verzet tegen toepassing van het plan, terwijl zijn vertegenwoordiger ermee had ingestemd. Een uiting van verzet is vormvrij; of een cliënt zich verzet, kan men afleiden uit diens gedragingen of uit diens verbale uitlatingen.

Wanneer is dwangbehandeling toegestaan?

Het behandelingsplan mag dus niet toegepast worden tegen de wil van de cliënt of als hij zich er kennelijk tegen verzet. Dit is alléén toegestaan, voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de cliënt of anderen, veroorzaakt vanuit de stoornis van de geestvermogens van de cliënt, af te wenden. Dit ernstige gevaar moet zich voordoen binnen de instelling en is dus niet altijd hetzelfde gevaar op grond waarvan de cliënt gedwongen is opgenomen. Voorbeelden zijn: suïcidegevaar of automutilatie, onbeheersbare agressie jegens medecliënten of personeel, uitputtingsgevaar door hevige onrust.

Het begrip volstrekt noodzakelijk verwijst naar de eis, dat dwangbehandeling doelmatig moet zijn en moet voldoen aan de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit. Met andere woorden: de ingezette therapeutische middelen moeten geschikt zijn voor het beoogde doel, moeten het minst ingrijpend zijn voor de cliënt en moeten in verhouding staan tot de ernst van het af te wenden gevaar.

Evaluatie

Regelmatig dient het effect van de dwangbehandeling geëvalueerd te worden. In het Besluit rechtspositieregelen Bopz wordt de eis gesteld, dat het behandelingsplan zodanig wordt opgesteld, dat een regelmatige toetsing van de middelen die erin zijn opgenomen, mogelijk is aan de bereikte resultaten. Ook de eis dat in het cliëntendossier aantekening moet worden gehouden van de voortgang per maand in de uitvoering van het plan en dat de middelen heroverwogen dienen te worden wanneer het doel niet binnen de gestelde termijn wordt bereikt, wijst op het belang van een dergelijke interne toetsing. Het verdient aanbeveling bij het toetsen van dwangbehandeling ook het oordeel van deskundigen van buiten het behandelteam te betrekken. Indien het beoogde effect uitblijft, dient het behandelingsplan te worden bijgesteld.

Tijdens het verloop van de dwangbehandeling moet steeds geprobeerd worden alsnog tot overeenstemming te komen met de cliënt of diens vertegenwoordiger. Is overeenstemming met de vertegenwoordiger bereikt, maar blijft de cliënt zich verzetten tegen de behandeling, dan is er nog steeds sprake van dwangbehandeling. Wanneer het ernstige gevaar is afgewend, is het beoogde doel bereikt en dient de dwangbehandeling te worden beëindigd. De behandeling kan dan worden voortgezet middels een behandelingsplan dat de instemming heeft van de cliënt.

Melding aanvang dwangbehandeling aan de Inspecteur

De BOPZ-arts dient de Inspecteur uiterlijk bij aanvang van de toepassing van de dwangbehandeling op de hoogte te stellen. De BOPZ-arts dient daarbij te melden welke personen verantwoordelijk zijn voor de beslissing om tot een dergelijke behandeling over te gaan en de redenen die aan de beslissing ten grondslag liggen. Daarnaast vermeldt de BOPZ-arts of de cliënt in staat is gebruik te maken van de klachtregeling vervat in artikel 41 Wet BOPZ. Bij deze kennisgeving moet gebruik

worden gemaakt van het door de inspectie goedgekeurde meldingsformulier. Het verdient aanbeveling om gelijktijdig met dit meldingsformulier het behandelingsplan mee te sturen. Voor de GZ-sector volstaat het BOPZ-gedeelte van het zorgplan. Prisma stuurt het door de agoog ingevulde BOPZ-gedeelte van het zorgplan mee. Wanneer na de melding de dwangtoepassing gewijzigd of uitgebreid wordt, behoeft dit niet middels een apart formulier te worden gemeld. Bij het melden van beëindiging kunnen tussentijdse wijzigingen aangegeven worden.

Melding beëindiging dwangbehandeling aan de Inspecteur

Van de beëindiging van de dwangbehandeling dient de BOPZ-arts ook melding te doen aan de Inspecteur. Gebruik moet worden gemaakt van het door de inspectie goedgekeurde meldingsformulier. Op dit formulier dient tevens gemeld te worden of de toepassing van dwangbehandeling tussentijds gewijzigd is. Hier kan worden aangegeven of op de cliënt andere onderdelen van het behandelingsplan onder dwang zijn toegepast dan alleen het bij aanvang gemelde. Voor een aanvullende of gewijzigde dwangtoepassing hoeft dus niet opnieuw een aanvangsformulier te worden verstuurd. Beëindiging van de dwangbehandeling hoeft niet te betekenen dat de behandeling feitelijk is beëindigd. Deze kan ook zijn voortgezet met toestemming van de cliënt of van de vertegenwoordiger, terwijl de cliënt zich er niet tegen verzet.

[Terug naar boven](#)

Toelichting Therapeutische middelen

De Wet heeft geen limitatieve opsomming gegeven van de therapeutische middelen die als dwangbehandeling toegepast mogen worden. Welke middelen passend en toelaatbaar zijn wordt overgelaten aan de beroepsbeoefenaren en de binnen hun groep geldende professionele standaard. Vaak gaat het om dezelfde middelen die ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties mogen worden toegepast:

Separatie.

Het voor een intensieve afzondering en in de regel voor 24 uur of langer insluiten van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde en als separeerverblijf goedgekeurde ruimte. De ruimte voldoet aan de bouwkundige eisen, zoals opgesteld door het College van Ziekenhuisvoorzieningen. Deze ruimte is binnen Prisma niet aanwezig. De maatregel mag als zodanig dan ook niet uitgevoerd worden.

Afzondering.

Het insluiten van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde, prikkelarme kamer, waarbij voortdurend contact mogelijk blijft met de begeleiding. Afzondering dient in principe niet op de eigen (slaap)kamer plaats te vinden.

Fixatie.

Onder fixatie wordt verstaan het op enigerlei wijze beperken van een cliënt in zijn bewegingsmogelijkheden. Hieronder vallen middelen zoals Zweedse band, armkokers, pols- en enkelriempjes, scheurpakken die met een slotje vastzitten, handschoentjes, washandjes etc.

Onvrijwillige toediening van geneesmiddelen en/of voeding/vocht.

Het onder dwang toedienen van geneesmiddelen en/of voeding/vocht aan een cliënt.

Maar ook andere vormen van dwangbehandeling kunnen voorkomen, zoals bijvoorbeeld electroconvulsietherapie (ECT). Het doel dient therapeutisch te zijn: een zodanige vermindering van de stoornis dat het ernstige gevaar dat erdoor veroorzaakt wordt, weggenomen wordt.

3. Middelen en maatregelen (Artikel 39)

Toepassen van meerdere middelen of maatregelen

In sommige noodsituaties volstaat het toepassen van één middel of maatregel. De eventuele toepassing van een tweede (of derde) middel dient wederom te voldoen aan de vereisten van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit. Overigens kan binnen de termijn van 7 dagen het ene middel vervangen worden door een ander, meer of minder ingrijpend middel, bijvoorbeeld separatie door afzondering of andersom. De maximum termijn mag daarmee echter niet worden overschreden.

Het kan voorkomen dat een arts niet terstond aanwezig kan zijn om een beslissing te nemen, bijvoorbeeld 's avonds of 's nachts. In dat geval is de bereikbaarheidsdienst de aangewezen persoon om de hoogst noodzakelijke maatregelen te treffen teneinde de noodsituatie beheersbaar te maken, waarbij uiteraard de geldende beperkingen in de beroepsuitoefening onverlet blijven (toedienen van medicatie zonder voorschrift is niet toegestaan). Het is zaak dat in alle gevallen een BOPZ-arts zo spoedig mogelijk de cliënt in consult ziet en de verantwoordelijkheid voor de beslissing overneemt.

Melding aanvang middelen of maatregelen aan de Inspecteur

De BOPZ -arts geeft zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van een middel of maatregel bericht aan de Inspectie. Voor het melden van de aanvang moet gebruik worden gemaakt van het door de inspectie goedgekeurde meldingsformulier middelen of maatregelen. Wanneer gedurende de noodsituatie nog andere middelen of maatregelen worden toegepast, hoeven deze niet op een nieuw aanvangsformulier apart te worden gemeld, maar dienen ze vermeld te worden op het meldingsformulier middelen of maatregelen, 'situatie bij beëindiging'.

Melding beëindiging middelen of maatregelen aan de Inspecteur

Voor het melden van beëindiging dient gebruik te worden gemaakt van het meldingsformulier middelen of maatregelen. Op dit formulier dient aangegeven te worden of en zo ja, welke andere middelen of maatregelen zijn toegepast.

Nota Bene

- **Dwangtoepassing is niet toegestaan bij vrijwillig opgenomen cliënten**

De toepassing van dwangbehandeling en de toepassing van middelen of maatregelen in het kader van een noodsituatie zijn alleen mogelijk bij cliënten die met een IBS, een RM of een BOPZ-indicatie (artikel 60) zijn opgenomen en met inachtneming van artikel 38 resp. 39 Wet BOPZ. Wanneer een cliënt vrijwillig is opgenomen en er wordt besloten tot het toepassen van middelen of maatregelen onder dwang, moet tegelijkertijd een IBS-procedure in gang worden gezet. Wanneer ten aanzien van een vrijwillig opgenomen cliënt wordt besloten dwangbehandeling toe te passen, dient een RM of (bij bewoners in de verstandelijk gehandicaptenzorg, die zich niet verzetten tegen het verblijf, maar ook niet instemmen) een BOPZ-indicatie aangevraagd te worden. Indien een RM of BOPZ-indicatie niet afgewacht kan worden, dan dient een IBS te worden aangevraagd.

- **De Wet BOPZ is niet van toepassing op somatische behandelingen**

De in de Wet BOPZ gestelde eisen met betrekking tot de inhoud van het behandelingsplan en de toepassing van dwangbehandeling hebben geen betrekking op de behandeling van somatische aandoeningen. Voor de behandeling van somatische aandoeningen gelden namelijk de bepalingen in de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO).

Dwangbehandeling in het kader van de WGBO (artikel 465, lid 6) is alléén mogelijk als het gaat om een somatische behandeling van ingrijpende aard. Verzet een wilsonbekwame cliënt, al of niet opgenomen met een IBS, RM of BOPZ-indicatie, zich tegen een dergelijke verrichting, waarvoor toestemming is verkregen van diens vertegenwoordiger, dan kan deze verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen. Een cliënt die wilsonbekwaam is, kan bijvoorbeeld op grond van de WGBO tegen zijn wil behandeld worden voor suikerziekte om hem te behoeden voor ernstig nadeel. Hetzelfde geldt voor een cliënt die een

dringend noodzakelijke somatische behandeling weigert op basis van een waan.

PRISMA

4. Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

Het doel van de WGBO is het versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de cliënt. Veel van de in de WGBO verankerde patiëntenrechten zijn niet nieuw, maar zijn al jaren regel als gevolg van rechtspraak of internationale verdragen.

De WGBO wordt aangeduid als een behandelingsovereenkomst. Er is sprake van een overeenkomst tussen een natuurlijk persoon, of een rechtspersoon, de hulpverlener die zich ter uitoefening van een geneeskundig beroep tegenover de patiënt verbindt tot geneeskundige. Het gaat dus om geneeskundige handelingen. Wel worden deze ruim opgevat. Ook activiteiten ter voorkoming van ziekte vallen hieronder. Maar ook het verzorgen of verplegen van de cliënt.

De hulpverlener kan een natuurlijke persoon zijn bijv. de huisarts in de wijk, maar zal in veel gevallen ook een instelling zijn bijv. het ziekenhuis of de stichting Prisma.

Recht op informatie en het toestemmingsvereiste.

Dit zijn de kernartikelen van de wet. De cliënt heeft recht op informatie. Op verzoek ook schriftelijk. Het gaat om de informatie die de cliënt redelijkerwijs dient te weten m.b.t. de aard en het doel van het onderzoek, ook over de eventuele risico's en over alternatieve behandelingsmethodes. Hoe ingrijpender de behandeling, hoe uitvoeriger de informatie dient te zijn.

Als men echter inschat dat men met de informatie de betreffende cliënt meer kwaad dan goed doet, dan kan men besluiten de cliënt de informatie te onthouden. Deze therapeutische exceptie mag echter pas worden toegepast indien de hulpverlener hierover eerst een andere hulpverlener heeft geraadpleegd.

De cliënt heeft ook zelf het recht aan te geven dat men geen informatie wenst te ontvangen. Er is een recht op niet weten. Wel zijn hier grenzen aan gesteld.

Voor iedere verrichting ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst is toestemming van de cliënt nodig. Soms bij ingrijpende behandelingen kan de cliënt de hulpverlener vragen de toestemming in het dossier vast te leggen. In acute gevallen moet de hulpverlener, ondanks het ontbreken van toestemming toch handelend optreden.

Voor minderjarigen en wilsonbekwamen zijn aparte toestemmingsvereisten in de wet opgenomen.

Wilsonbekwaamheid:

Bij cliënten onder de 12 jaar zijn de ouders contractspartij. Bij cliënten ouder dan 12 jaar, maar nog niet volwassen en niet in staat tot een redelijke waardering van hun belangen eveneens de ouders.

Bij meerderjarigen waarvoor een curator of mentor is aangesteld, is deze bevoegd op te treden, maar alleen als betrokken cliënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake. De WGBO kent vervolgens ook nog de mogelijkheid van de schriftelijk gemachtigde en de informele vertegenwoordiger. Als informele vertegenwoordiger worden in de wet de echtgenoot of levensgezel genoemd, een ouder, een kind, een broer of een zus.

Overigens is het niet mogelijk voor alle soorten behandelingen vervangende toestemming te geven. Er zijn beslissingen die zo hoogst persoonlijk zijn, dat slechts de patiënt zelf hier toestemming voor kan geven. Euthanasie is het voorbeeld dat in dit kader vaak wordt genoemd.

Als een vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven voor een behandeling, maar de cliënt verzet zich, dan is uitvoering van de behandeling niet mogelijk. Tenzij de behandeling nodig is om ernstig

nadeel voor de cliënt te voorkomen.

Minderjarigen en de wgbo: Minderjarigen vanaf 16 jaar kunnen zelf een overeenkomst aangaan. Beneden de leeftijd van 16 jaar zijn het altijd de ouders of voogd die de overeenkomst aangaan. Overigens moet dit niet verward worden met het feitelijk geven van toestemming voor de behandeling. Daarin hebben kinderen van 12 tot 16 jaar het uiteindelijk voor het zeggen, zij het dat daarnaast toestemming van de ouders nodig is.

Dossierplicht –inzagerecht: De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de cliënt. In het dossier moet aantekening worden gehouden van gegevens omtrent de gezondheid van de cliënt. In principe moet het dossier 10 jaar bewaard worden. De cliënt heeft de mogelijkheid stukken aan het dossier toe te voegen.

De cliënt heeft recht op inzage in het dossier of op een afschrift van bepaalde stukken, tenzij belangen van derden zich hiertegen verzetten.

Ook binnen de WGBO is een bepaling opgenomen t.a.v. dwangbehandeling. In onderstaand kader worden de verschillen tussen dwangbehandeling krachtens de WGBO en BOPZ schematisch weergegeven.

WGBO	BOPZ
Onbekwaamheid is een uitdrukkelijke voorwaarde.	Zowel bij bekwaamheid als onbekwaamheid.
Alleen bij verrichtingen van ingrijpende aard indien kennelijk noodzakelijk om ernstig nadeel af te wenden.	Moet volstrekt noodzakelijk zijn om ernstig gevaar af te wenden.
Gevaar moet gevaar voor de cliënt zelf zijn.	Bij feitelijk verzet. Kan ook gevaar voor anderen zijn.
Altijd toestemming vertegenwoordiger vereist, tenzij de medewerker gebruik maakt van de exceptie 'zorg van een goed hulpverlener'.	Toestemming van de vertegenwoordiger is niet vereist. De eerder genoemde voorwaarden moeten zijn vervuld.
Geen onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen. Dwangmiddelen kunnen ook tot de WGBO verrichtingen gerekend worden indien in het kader van een geneeskundige behandeling als "aanpalende handelingen" toegepast.	Onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen.
Kan op somatiek en, indien betrokkene niet krachtens de BOPZ is opgenomen, op de geestelijke stoornis betrekking hebben.	Uitsluitend afwenden gevaar dat uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeit.
Er is geen rechtstitel om betrokkene anders dan in een kortdurende noodsituatie (bv in afwachting van een IBS) vast te houden.	Er is een rechtstitel om betrokkene te beletten zich aan het verblijf te onttrekken door de organisatie te verlaten.
Geen formaliteiten.	Melden op speciale registratie, toezicht door de inspectie.

Geen speciale klachtweg.	Speciale klachtweg.
--------------------------	---------------------

Indien de dwangbehandeling plaats vindt in het kader van de WGBO is de BOPZ niet van kracht.

[Terug naar boven](#)

PRISMA

5. Mogelijke individuele beperkingen

Hier volgt een lijst van vrijheidsbeperkende maatregelen aan de hand waarvan kan worden nagegaan of er sprake is van dergelijke interventies. Uiteraard dient hierbij rekening te worden gehouden met het verstandelijke niveau van de cliënt. Alle beperkingen dienen goed opgenomen te worden in het POP.

a) Psychofarmaca

- Gedragsbeïnvloeding
- Overig / sederend
- Overig / niet sederende

b) Fysiek (*Beperkingen dienen, naast registratie in het POP, ook geregistreerd te worden binnen het BOPZ-register Prisma*)

- Zweedse band
- Handschoentjes
- Scheurpakken
- Pols / enkelbandjes
- Overige fixatiemiddelen
- Vasthouden
- Bedrekken
- Overige fysieke beperkingen

c) Ruimtelijke beperkingen

- Naar eigen kamer, niet op slot
 - Op de gang, niet op slot
- Beperkingen dienen, naast registratie in het POP, ook geregistreerd te worden binnen het BOPZ-register Prisma:***
- Naar afzonderingskamer
 - Eigen kamer 's nachts op slot
 - Niet zonder begeleiding buiten de woning
 - Niet zonder begeleiding van het terrein
 - Aangesloten op het PersonenPasseerSysteem (PPS)
 - Overig

d) Beperkingen lichamelijk

- Beperking voedsel
- Beperking drinken
- Beperking genotmiddelen (alcohol, roken e.d.)

a) Sociale beperkingen

- Geen vrij gebruik telefoon
- Geen vrije deelname clubs
- Geen vrije omgang met anderen (familie, medecliënten)
- Uit de groep
- Negeren door de leiding
- Overig

b) Dagindeling

- Vaste tijd opstaan
- Maaltijden op vaste tijd
- Verplicht bij de groepsmaaltijd
- Voor bepaalde tijd op de woongroep zijn

- Vaste tijd naar bed
- Vaste tijd ontspanning
- Overig

c) Privacy

- Bij afwezigheid eigen kamer niet op slot
- Medewerker vrije toegang tot de eigen kamer
- Toilet niet op slot
- Niet vrij in seksuele omgang
- De slaapkamer met anderen delen
- Overig

d) Vrije tijd/activiteiten

- Vast dagprogramma
- Mag niet zelf indelen (bijv. opnemen vrije dag)
- Verplicht bij groepsactiviteiten
- Verplicht doen van huishoudelijke taken
- Overig

e) Geen vrijheid in het beheer van

- Medicijnen
- Geld
- Kleding
- Rookartikelen/drank
- Etenswaren
- Overige eigendommen
- Overig

f) Geen inspraak in

- Behandeling / Begeleiding
- Groepsactiviteiten
- Eigen afspraken
- Inrichting eigen kamer
- Overig

[Terug naar boven](#)

6. PRISMA CODE

Missie

Mensen met een handicap zijn in de eerste plaats burgers die net als andere burgers volwaardig moeten kunnen functioneren in de samenleving. Zelf kunnen opkomen voor je rechten, zelf kunnen bepalen waar je wilt wonen, werken en je vrije tijd wilt besteden en met wie. Daarbij is de handicap de mate waarin iemand hierin ondersteund moet worden. Prisma biedt vanuit een respectvolle houding ondersteuning bij:

- het ontwikkelen en/of handhaven van de competenties van mensen met een handicap;
- het stimuleren tot en het faciliteren van mensen met een handicap bij het maken van persoonlijke keuzes en het nemen van verantwoordelijkheden;
- het creëren, in stand houden en uitbreiden van het sociale netwerk van mensen met een handicap.

Prisma vervult in deze een voortrekkersrol (flexibel en vernieuwend) richting maatschappelijke organisaties en collega-instellingen in de regio.

Kernwaarden

- Professionaliteit
- Respect voor het individu
- Zorgvuldigheid
- Klantgerichtheid
- Samenwerken

Uitwerking van de kernwaarden

Professionaliteit

Kritische zelfreflectie

Je bent je bewust van eigen waarden en normen en handelen en durft deze ter discussie te stellen. Je toetst continu eigen ideeën, normen, waarden aan die van de organisatie c.q. de samenleving.

Grenzen stellen

Je bent in staat het juiste evenwicht te vinden tussen afstand tot en betrokkenheid met het werk (professionele distantie).

Collegialiteit

Je bent in staat kritisch samen te werken met anderen. Dit houdt in: op een constructieve wijze de ander kunnen aanspreken op gedrag en handelen en hiervoor zelf ook open staan. Je betrokken tonen bij het welzijn van de ander en hier een positieve bijdrage aan willen leveren.

Intern ondernemerschap

Je signaleert kansen en handelt er naar binnen kaders en met afstemmingsplicht. Liever uit jezelf beginnen dan passief afwachten. Zelf onderzoeken wat je bijdrage kan zijn aan realiseren van volwaardig burgerschap.

Leren door te doen

Je durft risico's te nemen (tot actie overgaan zonder alles tot in de puntjes is uitgewerkt), hulp/medewerking te vragen, fouten te maken (en ook toe te geven), je evalueert handelwijzen en stelt deze zonodig bij.

Flexibel gedrag

Indien de situatie dit vraagt ben je in staat je aan te passen aan veranderende omstandigheden, taken, verantwoordelijkheden en/of mensen, zonder hierbij het doel uit het oog te verliezen.

Creativiteit

Je bent in staat oorspronkelijke (authentieke) oplossingen te bedenken voor problemen, nieuwe werkwijzen te bedenken ter vervanging van bestaande.

Verantwoordelijkheid

Je kijkt continu kritisch naar je eigen werkproces en werkprocessen waar je mee te maken hebt. Je signaleert mogelijke problemen en knelpunten en maakt deze bespreekbaar, dan wel brengt verbeterpunten in teneinde het betreffende werkproces te optimaliseren.

Deskundigheid

Je hebt zicht op eigen kwaliteiten en competenties en bent in staat deze effectief in te zetten. Je hebt zicht op de kwaliteiten en competenties van anderen en maakt hier effectief gebruik van.

Respect voor het individu

Ik ga met jou om zoals ikzelf ook door anderen tegemoet getreden wil worden (bron: netwerk in opbouw). Je erkent de ander in zijn (gelijk)waardigheid. Je beschouwt de ander (cliënt, collega, ouder) als volwaardig gesprekspartner, erkent de ander in zijn competenties en kwaliteiten en ondersteunt alleen op die gebieden waar de ander aangeeft het nodig te hebben.

Zorgvuldigheid

Je toont je bewust van invloed en gevolgen van eigen beslissingen of handelen op anderen en de omgeving. Zorgvuldigheid heeft ook betrekking op het tijdig en volledig informeren van betrokkenen en verantwoord hanteren van (vertrouwelijke) informatie.

Klantgerichtheid (zowel in- als extern)

Je onderzoekt wensen en behoeften van de klant en handelt hiernaar. Je bent je bewust van je verantwoordelijkheid tot het moment dat de klant geholpen is en handelt hiernaar. Een ieder die aan jou een vraag stelt is op dat moment jouw klant geworden. Klantgerichtheid is ook: doen wat je zegt en zeggen wat je doet.

Samenwerken

Je levert bijdragen aan een gezamenlijk resultaat ook wanneer het een onderwerp betreft wat niet van direct persoonlijk belang is, zowel binnen de eigen organisatie, als met de cliënt zijn sociale netwerk en het netwerk van maatschappelijke organisaties. Samenwerking vindt plaats op basis van competenties, kwaliteiten en interesse in relatie tot het onderwerp of de probleemstelling.

7. Wet Klachtrecht Cliënten zorgsector (WKCZ)

Begripsbepalingen

Klacht

Een klacht is een uiting van onvrede van of namens de cliënt over de zorg- en/of dienstverlening door de zorgaanbieder of door voor de zorgaanbieder werkzame personen jegens een cliënt.

Klager

Degene die een klacht indient. Dit kan zijn de cliënt of – bijvoorbeeld indien hij daartoe zelf niet in staat is – zijn wettelijk vertegenwoordiger, een schriftelijk gemachtigde, een ouder, kind, broer of zus. Wanneer de cliënt is overleden kunnen nabestaanden, in de ruimste zin van het woord, nog een klacht indienen.

Zorgaanbieder

Orthopedagogisch Centrum Brabant.

De zorgaanbieder wordt in het kader van dit reglement vertegenwoordigd door de directie dan wel de Raad van Bestuur.

Hulpverlener

De persoon die, al dan niet in dienstverband, werkzaamheden verricht voor de zorgaanbieder.

Klachtencommissie

De door de zorgaanbieders in het kader van de klachtenregeling ingestelde commissie die tot taak heeft de behandeling van klachten.

Samenstelling, benoeming en ontslag leden Klachtencommissie

De klachtencommissie bestaat uit 7 leden en hun plaatsvervangers. De klachtencommissie wordt zodanig samengesteld dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht te allen tijde gewaarborgd is.

- 1 Van de commissie maken in ieder geval een jurist en een orthopedagoog deel uit. Daarnaast een arts en een Z-verpleegkundige. De voorzitter van de commissie is niet werkzaam voor of bij een van de zorgaanbieders.
- 2 Tenminste twee leden en hun plaatsvervangers worden benoemd op voordracht van de cliëntenraden/ouderverenigingen. De overige leden en hun plaatsvervangers worden benoemd door de directies.
- 3 De benoeming geldt voor een periode van 3 jaar. Herbenoeming is tweemaal mogelijk.
- 4 De zorgaanbieder kan, op verzoek van de klachtencommissie, een lid van de klachtencommissie ontslaan uit zijn functie. Gronden voor ontslag zijn:
 - eigen verzoek van het lid van de klachtencommissie.
 - het kennelijk op onvoldoende wijze vervullen van zijn functie.

Positie ten opzichte van de zorgaanbieder

De klachtencommissie is een adviescommissie van de zorgaanbieder, als zodanig vertegenwoordigd door de directies dan wel de raad van bestuur van de betreffende instellingen.

Taken van de klachtencommissie

Taken van de klachtencommissie

- Het onderzoeken van de klacht.
- Het geven van een oordeel over de gegrondheid van de klacht.
- Het doen van aanbevelingen naar aanleiding van de klacht.

Uitbrengen van het oordeel omtrent de klacht

- Binnen 6 weken na indiening van de klacht worden de cliënt, de hulpverlener over wie een klacht is ingediend en de zorgaanbieder schriftelijk en gemotiveerd in kennis gesteld van het oordeel van de klachtencommissie over de gegrondheid van de klacht. Zo mogelijk geeft de klachtencommissie aanbevelingen aan de zorgaanbieder met betrekking tot de klacht.
- Kan niet binnen de genoemde termijn een oordeel worden uitgebracht, dan deelt de klachtencommissie dit mee aan genoemde personen onder opgaaf van redenen; daarbij wordt aangegeven op welke termijn de commissie wel haar oordeel zal uitbrengen.

Registratie van de werkzaamheden:

- Het registreren van de werkzaamheden, de resultaten en de bevindingen; per jaar wordt een geanonimiseerd verslag uitgebracht aan de zorgaanbieder, de cliëntenraad en de ondernemingsraad.

4a.

Indien de klacht zich richt op een ernstige situatie met een structureel karakter, stelt de klachtencommissie de zorgaanbieder daarvan in kennis. Indien de klachtencommissie niet is gebleken dat de zorgaanbieder terzake maatregelen heeft getroffen, meldt de klachtencommissie deze klacht aan de Inspectie voor de gezondheidszorg.

Bevoegdheden van de Klachtencommissie

Ter vervulling van haar taak heeft de commissie bij de behandeling van een klacht en na melding bij de directie de navolgende bevoegdheid:

Vrije toegang tot de inrichting met inachtneming van elementaire beginselen betreffende de persoonlijke levenssfeer en het redelijkerwijs tegemoet komen aan de voorwaarden die vanuit de organisatie als instelling van gezondheidszorg worden gesteld.

De klager en/of de aangeklaagde wordt/worden in de gelegenheid gesteld de op de klacht betrekking hebbende stukken in te zien met inachtneming van de wettelijke regelingen ter zake en vereiste vertrouwelijkheid.

Als vertrouwelijk worden aangemerkt die stukken waarvan de opsteller met argumenten aangeeft dat ze beter niet rechtstreeks ter kennis van de klager (cliënt) kunnen worden gebracht (de zogenaamde medische exceptie). Stukken die in deze zin als vertrouwelijk worden aangemerkt, kunnen worden ingezien door een gemachtigde van de klager (cliënt).

Het voor "hoor" en "wederhoor" oproepen van personen binnen de organisatie die redelijkerwijze bij de betreffende klacht betrokken kunnen worden geacht. Wanneer medewerkers worden opgeroepen door de klachtencommissie en zij dit wensen, kunnen zij zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Iedereen kan voor de medewerker als vertrouwenspersoon functioneren. Een eventueel vergoeding voor het werk van een vertrouwenspersoon kan niet voor rekening van de instelling komen.

Ontvankelijkheid van een klacht

Een klacht is niet ontvankelijk indien:

een inhoudelijk gelijke klacht van klager nog bij de commissie in behandeling is, of de commissie omtrent een inhoudelijke klacht van klager al een uitspraak heeft gedaan;
de klager niet klachtgerechtigd is.

Werkwijze van de Klachtencommissie

Een klacht zal pas dan door de commissie in behandeling worden genomen nadat deze schriftelijk is vastgesteld. De indiener kan de klacht desnoods ook mondeling indienen, maar dan zal degene die de klacht namens de commissie in ontvangst neemt alsnog overgaan tot de schriftelijke vastlegging in overleg met de indiener. Van belang is dat de klacht nauwkeurig omschreven wordt. Een afschrift hiervan wordt naar de directie gezonden, alsmede naar de indiener en naar degene tegen wie de klacht is gericht.

De commissie behandelt in principe alleen individuele klachten, dus geen klachten van een groep. In het laatste geval kan doorverwezen worden naar het bestuur van de

Oudervereniging/Cliëntenraad of aangeraden worden dat elk der ouders een klacht indient.

De contactpersoon van de klachtencommissie – gewoonlijk de secretaris – neemt de klachten in ontvangst zonder zelf de behandeling reeds ter hand te nemen, c.q. reeds een standpunt in te nemen. Hij/zij gaat na of de klager voorliggende interne mogelijkheden van klachttopvang c.q. klachtbemiddeling heeft benut. Is dat niet het geval dan adviseert de secretaris de klager van deze mogelijkheden van klachttopvang gebruik te maken. Voorts kan de secretaris – indien van toepassing – klager erop wijzen dat de klacht zich beter leent voor indiening bij een andere instantie, bijvoorbeeld de medische tuchtrechter, de strafrechter, de civiele rechter. Indien klager ondanks nog openstaande andere wegen erop staat, dat zijn klacht door de commissie in behandeling wordt genomen, gaat de commissie tot die behandeling over.

De commissie spreekt met beide partijen, bij voorkeur in elkaars aanwezigheid (plenaire zitting). Indien klager zulks wenst, wordt hij/zij voor de plenaire zitting afzonderlijk door de commissie gehoord. Wanneer "hoor" en "wederhoor" plaatsvinden, maakt de commissie hiervan steeds een verslag op. De diverse betrokkenen hebben recht op het verslag van het gesprek dat met hen is gevoerd en zijn zelf verantwoordelijk voor verdere hantering hiervan. De commissieleden zijn tot geheimhouding verplicht. De commissie hanteert de verslagen en andere stukken als vertrouwelijke informatie. Tenzij alle betrokkenen het ermee eens zijn, worden geen stukken aan derden ter beschikking gesteld.

Aan de behandeling van een klacht nemen tenminste 5 leden van de commissie deel, onder wie de onafhankelijke voorzitter.

Aan de behandeling van een klacht wordt niet deelgenomen door een persoon tegen wiens besluit of gedraging de klacht is gericht, of door een persoon die op een andere manier bij de klacht

betrokken is.

De klager en de hulpverlener tegen wiens beslissing de klacht gericht is, kunnen zich doen bijstaan door hen aan te wijzen personen.

Bijlage

Plichten van de zorgaanbieder

1. Vaststellen klachtenreglement

De zorgaanbieder stelt een reglement vast voor de behandeling van klachten van cliënten. Dit reglement behoeft de instemming van de cliëntenraad/familieraad en de ondernemingsraad.

2. Bekendmaken klachtenreglement

De zorgaanbieder maakt het klachtenreglement bekend aan cliënten. Daarbij is aangegeven het adres waar een klacht kan worden ingediend.

3. Mededelingen naar aanleiding van het oordeel van de klachtencommissie

Binnen een maand na ontvangst van het oordeel van de klachtencommissie deelt de zorgaanbieder schriftelijk mee aan de cliënt, de hulpverlener op wie de klacht betrekking heeft en de klachtencommissie of hij naar aanleiding van het oordeel maatregelen zal treffen en zo ja, welke. Bij afwijking van de termijn van een maand deelt de zorgaanbieder dit, met opgave van redenen, mee aan de cliënt, de hulpverlener en de klachtencommissie, onder vermelding van de termijn waarbinnen hij zijn standpunt aan hen kenbaar zal maken.

4. Beschikbaar stellen van faciliteiten

De zorgaanbieder stelt de klachtencommissie die middelen en faciliteiten ter beschikking, die hij redelijkerwijs nodig heeft ter vervulling van zijn taak.

5. Opstellen jaarverslag

De zorgaanbieder stelt over elk kalenderjaar een openbaar verslag op, waarin het totaal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten worden aangegeven. Voor 1 april van het daarop volgende kalenderjaar dient dit verslag te worden toegezonden aan de bevoegde regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid.

6. Verbetering van de kwaliteit

Op basis van de door de klachtencommissie geïnventariseerde klachten worden structurele tekortkomingen in de zorg en/of dienstverlening gesignaleerd. Deze signalen en de uitgebrachte adviezen door de klachtencommissie worden door de zorgaanbieder aangewend voor verbetering van de kwaliteit van de zorg en/of dienstverlening.

7. Evaluatie en wijziging van het klachtenreglement

7.1. Twee jaar na inwerkingtreding van dit klachtenreglement vindt een evaluatie plaats door de zorgaanbieder. De cliëntenraad/familieraad, de ondernemingsraad en de klachtencommissie worden hiertoe gehoord.

7.2. Dit reglement kan, na overleg met de klachtencommissie, worden gewijzigd door de zorgaanbieder. Wijziging behoeft de instemming van de cliëntenraad/familieraad en de ondernemingsraad.

8. Leemte klachtenreglement

In alle gevallen, waarin dit klachtenreglement niet voorziet, beslist de zorgaanbieder na overleg met de klachtencommissie.

[Terug naar boven](#)

8 Uitwerking PDCA bij een BOPZ - situatie

Plan:

In beeld brengen van het gevaar of risico (risicomanagementplan)

Waaruit bestaat het aanwezige of verwachte gevaar of risico?

In hoeverre hangt het gevaar samen met:

- de organisatie en de gebruikte werkwijze;
- de cliënt en zijn of haar gedrag;

Op wie of wat is het gevaar of risico gericht? Denk aan:

- de cliënt zelf
- andere cliënten
- anderen
- materialen
- rust, veiligheid en structuur van de voorziening in algemene zin

Het verzamelen van informatie

Welke negatieve gevolgen voor de cliënt kunnen worden verwacht? Denk aan:

- Fysieke schade t.g.v. de interventie;
- Gebrekkige toezichtmogelijkheden;
- Verstoorde zorgrelatie;
- Aantasting van het recht op vrijheid, autonomie, respect en privacy.

In welke mate wordt de cliënt bekwaam geacht om zelfstandig toestemming te verlenen?

Is er wettelijke vertegenwoordiging?

Is de juridische status passend bij het voorgenomen gebruik?

Zijn alternatieve, minder ingrijpende interventies mogelijk of overwogen? Denk aan:

- individuele begeleiding
- (gestructureerde) dagprogramma's
- afleidende bezigheden

Zijn er voldoende deskundige en bekwame zorgverleners voor alternatieve of preventieve interventies?

Zijn er alternatieve zorgomgevingen voor handen?

Is overleg gevoerd met familie of belangrijke anderen?

Is overleg gevoerd met meerdere collegae?

Voorbereiden toepassing (noodzaak tot gebruik is vastgesteld)

Is alle noodzakelijke informatie beschikbaar?

Informatie over de volgende onderdelen is nodig:

- Het aanwezige gevaar of risico;
- De negatieve gevolgen voor de cliënt;
- De mogelijkheden voor alternatieve interventies;
- Beschikbaarheid van deskundige en bekwame zorgverleners;
- De toestemming van de betrokken cliënt;
- Het overleg met de familie of belangrijke anderen;
- Overleg met collegae en andere disciplines;

- Verantwoordelijkheidsverdeling.

Do:**Uitvoeren van de interventie**

Zijn de betrokken zorgverleners deskundig en bekwaam om de interventie uit te voeren?

Zijn de te gebruiken middelen deugdzzaam en veilig?

Is er voorzien in voldoende toezicht en controle na gebruik?

Rapportage en verslaglegging

Zijn verantwoordelijkheden en taken ten aanzien van rapportage en verslaglegging vastgelegd? Het gaat daarbij om:

- Schriftelijke verslaglegging;
- Rapportage aan familie;
- Rapportage aan verantwoordelijken in de organisatie;
- (Eventuele) rapportage aan de inspectie.

Check:**De evaluatie**

Is vastgesteld wanneer en op welke wijze evaluatie van gebruik zal plaatsvinden?

Duidelijk moet zijn:

- Wie verantwoordelijk is voor de evaluatie;
- De termijn waarbinnen de toepassing wordt geëvalueerd;
- Op basis waarvan gebruik beëindigd kan worden.

Act:**Bijstellen uitvoering**

Bevindingen vanuit de evaluatie worden aangepast en verwerkt ter uitvoering.

Betrokken zorgverleners worden geïnformeerd.

De cyclus start opnieuw.

[Terug naar boven](#)

9. Registratie formulieren

REGISTRATIEFORMULIER **STICHTING PRISMA:**
VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

BOPZ ☐

WGBO ☐

SITUATIE BIJ AANVANG VAN DE VRIJHEIDSBEPERKING

Naam cliënt:		Naam behandelaar: (AVG / Gedragkundige)	
Man ☐ Vrouw ☐		Functie behandelaar:	
Geboortedatum:		Diagnose/geestesstoornis: DSM 1V: ICD 10: 1. 2. 3.	
Opnamedatum:			
Woonadres:		Juridische status: ☐ RM: ☐ IBS: ☐ BOPZ-indicatie (art. 60) ☐ Anders onvrijwillig, namelijk: ☐ Vrijwillig	
Werkadres:			
Datum aanvang vrijheidsbeperking:		Type vrijheidsbeperking: ☐ Separatie ☐ Afzondering ☐ Fixatie ☐ Anders nl.: Korte toelichting op de genomen vrijheidsbeperking:	
Reden van vrijheidsbeperking: ☐ Afwending ernstig gevaar voor zichzelf. ☐ Afwending ernstig gevaar voor anderen. ☐ Afwending ernstig gevaar voor materiële zaken. ☐ Andere reden nl.:		☐ Geneesmiddelen ☐ Voeding/vocht	
Vrijheidsbeperking in het kader van behandelplan? :		ja ☐	nee ☐
Vrijheidsbeperking in het kader van een noodsituatie (M&M-nood)? :		ja ☐	nee ☐
Is er overeenstemming over het behandelplan:			
Met de cliënt:		ja ☐	nee ☐ n.v.t. ☐
Met de wettelijk vertegenwoordiger:		ja ☐	nee ☐
Is er verzet tegen de vrijheidsbeperking:			
Van de cliënt:		ja ☐	nee ☐
Van de wettelijk vertegenwoordiger		ja ☐	nee ☐
Tijdstippen waarop de vrijheidsbeperking plaatsvindt: ☐ Continu ☐ Vaste tijdstippen ☐ Wisselende tijdstippen		Is de cliënt en/of de wettelijke vertegenwoordiger in staat gebruik te maken van de klachtregeling: Ja ☐ Nee ☐	

Korte toelichting op de toegepaste vrijheidsbeperking:

Waaruit bestaat de nood/ernstig gevaar waarom de vrijheidsbeperking toegepast moet worden?

Waarom is de toegepaste vrijheidsbeperking doelmatig om de nood/ernstig gevaar af te wenden?

Zijn er eerder minder ingrijpende maatregelen toegepast en met welk resultaat?

Voor akkoord

Functie	Naam	Handtekening
BOPZ-arts:		
Gedragskundige:		
AVG:		
Teamleider:		

[Terug naar boven](#)

REGISTRATIEFORMULIER **STICHTING PRISMA:**
VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

BOPZ ☐ WGBO ☐

SITUATIE BIJ BEÏNDIGING VAN DE VRIJHEIDSBEPERKING

Naam cliënt:		Naam behandelaar: (AVG / gedragskundige)	
☐ Man ☐ Vrouw ☐		Functie behandelaar:	
Geboortedatum:		Diagnose/geestesstoornis: DSM 1V: ICD 10: 1. 2. 3.	
Intake datum:			
Woonadres:		Juridische status: ☐ RM: ☐ IBS: ☐ BOPZ-indicatie (art. 60) ☐ Anders onvrijwillig, namelijk: ☐ Vrijwillig	
Postadres:			
Tijdspanne aanvang vrijheidsbeperking:		Type vrijheidsbeperking: ☐ Separatie ☐ Geneesmiddelen ☐ Afzondering ☐ Voeding/vocht ☐ Fixatie ☐ Anders nl.:	
Tijdspanne beëindiging vrijheidsbeperking:			
Redenen van de beëindiging van de vrijheidsbeperking in het kader van dwangbehandeling: Vrijheidsbeperking is feitelijk beëindigd. Vrijheidsbeperking is voortgezet met toestemming van de cliënt Vrijheidsbeperking is voortgezet met toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger en zonder verzet van de cliënt Anders:			
Redenen van de beëindiging van de vrijheidsbeperking in het kader van middelen en maatregelen: Er is geen noodsituatie meer. De vrijheidsbeperking is opgenomen in het zorgplan met instemming van de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger De vrijheidsbeperking is voortgezet als dwangbehandeling en er is een behandelplan opgesteld of bijgesteld. Anders:			

Verklarende akkoord

Functie	Naam	Handtekening
BOPZ-arts:		
Gedragskundige:		
AG:		
Beleidsleider:		

10. Evaluatieformulieren

Evaluatieformulier Vrijheidsbeperkende maatregelen BOPZ / WGBO

Evaluatie dient minimaal 3 maandelijks te gebeuren

Naam van de cliënt	
Geboortedatum	
Voorziening	

Vrijheidsbeperkende maatregel	
Datum evaluatie	
Opname maatregel in POP	Ja / nee Datum:
Risico beschrijving aanwezig	Ja / nee Datum:
Datum evaluatie	

Wijziging Ja / Nee	Datum wijziging	Aard van de wijziging

Afweging alternatieven

Afbouw vrijheidsbeperking

Datum volgende evaluatie	
Naam en functie verantwoordelijke	
Paraaf	

Evaluatieformulier Individuele beperkingen

Evaluatie dient 3 maandelijks te gebeuren

Naam van de cliënt	
Geboortedatum	
Voorziening	

Individuele vrijheidsbeperking	
Datum evaluatie	
Opname in POP	Ja / nee Datum:

Wijziging Ja / Nee	Datum wijziging	Aard van de wijziging

Afweging alternatieven

Afbouw individuele vrijheidsbeperking

Acties

Datum volgende evaluatie	
Naam en functie verantwoordelijke	
Paraaf	

Evaluatieformulier Registratie frequentie van vrijheidsbeperkingen BOPZ / WGBO

Naam van de cliënt	
--------------------	--

Bijlage III: Praktische handleiding bij het maken en werken met een POP

PRISMA

Praktische handleiding bij het maken en werken met een POP

Persoonlijk Ondersteuningsplan

Stichting Prisma

PRISMA

Versiebeheer praktische handleiding POP

Versie	Datum	Wijziging
1	16-11-2010	n.v.t.
2	01-12-2010	Blz. 31 punt 9 NB Blz. 26 punt 4 ondertekening
3	21-07-2011	wijziging pop en ac op blz. 7 en op blz. 13 Blz. 9 en 44 gezondheidsbewaking en gezondheidsrisico's Blz. 12 stap 7 Blz. 22 medicatie Blz. 29 hulpmiddelen Blz. 32 ondertekening evaluatieverslag Blz. 36 datum vaststelling Blz. 37 verdiepingsmodule Blz. 39 H7 bewaren documenten in dossier Blz. 41 ondertekening agoog
4	20-09-2011	Blz 33 bewaartermijn veranderd in 5 jaar
5	11-04-2012	Blz 20 wijziging uitvoeren Aanpassing ondertekeningsformulier
6	16-04-2012	Blz.26 afdrukken aangepast volgens excel 2010
7	25-04-2012	Toepassen netwerkkkaart ingevoegd.
8	20-5-2012	Lay-out aangepast
9	11-7-2012	Hoofdstuk 7 blz 41 bewaartermijn POP en andere verslagen.(5>15 jaar)
10	28-8-2012	Blz. 32 en 37; bewaartermijn aangepast (5>15 jaar)

Inhoudsopgave

Inhoud

HOOFDSTUK 1 INLEIDING	4
1.1 INFORMATIE OVER DEZE PRAKTISCHE HANDLEIDING	4
1.2 ALGEMENE INFORMATIE OVER HET POP	4
1.3 POP EN ONDERSTEUNING THUIS.....	6
1.4 VERDERE INFORMATIE OVER HET POP.....	6
HOOFDSTUK 2 BEELDVORMINGEN PROFIELSCHETS VAN DE CLIËNT	9
2.1 BEELDVORMING; WIE IS DE CLIËNT?	9
2.2 GEBRUIKSAANWIJZING PROFIELSCHETS	10
HOOFDSTUK 3 HET MAKEN VAN EEN POP	15
3.1 STAP VOOR STAP	15
3.1.1 Van persoonlijk plan naar POP	15
3.1.2 Een POP (nieuwe cliënt)	19
3.2 HET SCHRIJVEN VAN EEN POP IN HET FORMAT	21
3.2.1 Voordat je gaat werken met het format!	21
3.2.2 Aan de slag met het Format	21
3.2.3 Afronding van het POP	42
3.3 INFORMATIE OVER HET WERKEN MET DE KWALITEITSDOMEINEN.....	42
HOOFDSTUK 4 METHODISCH WERKEN	44
4.1 WERKEN MET EEN POP	44
4.2 RAPPORTAGE AAN DE HAND VAN POP	45
4.3 RAPPORTAGE AAN DE HAND VAN POP	47
4.4 EVALUATIE	47
4.5 METHODISCH WERKEN IN DE PRAKTIJK	49
HOOFDSTUK 5 GESPREKSVOERING OVER HET POP MET DE CLIËNT	52
5.1 TEN BEHOEVE VAN DE TOTSTANDKOMING VAN HET POP	52
5.2 DE POP-BESPREKING	52
5.3 DE EVALUATIEBESPREKING (= POPBESPREKING)	53
HOOFDSTUK 6 HULPBRONNEN	55
6.1 POPDESK EN SECRETARIAAT	55
6.2 SCHOLING	55
6.3 COACHING	55
HOOFDSTUK 7 DOSSIER CLIËNT	56
BIJLAGEN	59
BIJLAGE 1 TAKEN VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN BIJ HET MAKEN VAN EEN POP.....	59
BIJLAGE 2 KWALITEITSDOMEINEN	61
BIJLAGE 3 OVERZICHT KWALITEITSDOMEINEN	67
BIJLAGE 4 SMART-DOELEN STELLEN.....	70
INDEX	71

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Informatie over deze praktische handleiding

Deze handleiding is een hulpmiddel voor de persoonlijk ondersteuner bij het schrijven van en werken met een Persoonlijk Ondersteuningsplan (POP). Het POP vormt de basis voor het methodisch werken volgens de visie van Prisma. In deze handleiding vind je een beschrijving van de verschillende instrumenten die bij het methodisch werken met het POP horen en hoe je daarmee om moet gaan. Voor achtergrondinformatie en verdieping verwijzen we je naar de beleidsnotitie METHODIEK POP (zie <http://intranet.prismanet.nl> en kwaliteitshandboek). Daaruit is een aantal stukken letterlijk overgenomen in deze handleiding.

De zorg is aan veranderingen onderhevig en die veranderingen hebben hun uitwerking op de wijze waarop we met het POP werken. Het POP is dynamisch; instrumenten en handleiding worden geregeld aangepast op basis van praktijkervaringen en veranderingen in wet- en regelgeving. Download daarom bij het maken van een nieuw POP of evaluatieverslag altijd de actuele versie van het intranet. Aan de hand van de tabel 'versiebeheer', te vinden op de achterzijde van het voorblad, kun je controleren of je de meest actuele versie voor je hebt.

Achterin deze handleiding is een index, waarmee je veelvoorkomende termen uit de handleiding eenvoudig terug kunt zoeken. Lees je de handleiding digitaal dan kun je uiteraard ook gebruik maken van de zoekfunctie (Ga naar 'Bewerken', zoeken)

Deze praktische handleiding is te downloaden, maar je kunt ook een gedrukte versie opvragen bij het secretariaat.

1.2 Algemene informatie over het POP

Doel

Het POP geeft aan welke professionele zorg nodig is om de kwaliteit van bestaan voor deze persoon te waarborgen. Behoeften en wensen worden vertaald naar doelen en acties in de dagelijkse ondersteuning en naar de manier waarop we hiermee met elkaar aan de slag gaan. De afspraken hierover worden vastgelegd in het POP.

Betekenis

Het POP geeft inzicht aan alle betrokkenen. Met het POP heeft de cliënt inspraak én duidelijkheid over wat hij wel en niet van de ondersteuning kan verwachten. Voor Prisma maakt het POP duidelijk welke medewerkers en middelen nodig zijn en hoe de dagelijkse ondersteuning uitgevoerd moet worden. Het POP maakt deel uit van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst die Prisma met de cliënt sluit en wordt door beide

partijen ondertekend. Daarnaast wordt het POP ook gebruikt als onderbouwing voor de aanvraag van een herindicatie.

PRISMA

Opbouw

De ondersteuning vanuit Prisma is erop gericht voor deze persoon de kwaliteit van leven te verbeteren. In het POP staan de ondersteuningsvragen van de cliënt beschreven, geordend naar de kwaliteitsdomeinen die voor de cliënt van toepassing zijn. We onderscheiden acht domeinen die samen de kwaliteit van bestaan vormen. Deze domeinen zijn universeel, dat wil zeggen ze gelden voor ieder mens.

De cliënt die bij Prisma zorg vraagt, vraagt (al dan niet bewust) om ondersteuning bij een van deze domeinen. Welke ondersteuning wij daarbij bieden en hoe we dat gaan doen wordt vastgelegd in het POP. Door ondertekening geeft de cliënt aan kennis te hebben genomen van en akkoord te gaan met deze wijze van ondersteuning. De kwaliteitsdomeinen staan kort beschreven in hoofdstuk 3 en uitgebreider in de beleidsnotitie methodiek POP.

POP AC en Wonen

Er wordt gewerkt binnen Prisma met één POP per cliënt. In het POP kan per domein ingevuld worden of er ondersteuningsvragen zijn in de leef sfeer wonen of leef sfeer AC. Het POP wordt in zijn **geheel** één maal per jaar ondertekend.

1.3 POP en Ondersteuning Thuis

Ondersteuning thuis (OT) is een Excel programma waarin alle ondersteuningsafspraken uit het POP van een cliënt in detail beschreven zijn. OT brengt het *werkproces* van een voorziening of team in beeld door de ondersteuningsafspraken die beschreven staan in de diverse POP's vast te leggen. Uit OT kunnen lijsten gehaald worden als dagprogramma voor de woonvoorziening, als onderbouwing voor de indicatie, met variaties op datum, dienst, per cliënt, enz. OT maakt de dagelijkse ondersteuning en intensiteit inzichtelijk en past bij de informatiebehoefte van het CIZ, CCE of zorgkantoor.

Het POP brengt de *ondersteuning* die aan de cliënt wordt geboden in beeld. In het POP zijn doelen en afspraken beschreven, die in detail worden uitgewerkt in OT. POP en OT moeten dus op elkaar zijn afgestemd, liggen in elkaars verlengde. Voorbeeld: In het POP staat de afspraak: 'cliënt wordt iedere dag in bad gewassen.' In OT staat dan meer gedetailleerd uitgewerkt op welk tijdstip, bijv. met een washand, hoe lang, etc.

Door het POP te ondertekenen geeft de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger aan kennis te hebben van en akkoord te gaan met de wijze van ondersteuning. Ze moeten dus weten waarvoor ze tekenen. Dat criterium bepaalt tot op welk detailniveau de afspraak in het POP moet staan. Bij het hierboven genoemde voorbeeld beschrijf je in het POP met welke zeep gewassen wordt, als dat essentieel is voor deze cliënt. Is dat niet relevant voor deze cliënt maar wel belangrijk voor het werkproces dan leg je dit vast in OT. OT wordt niet ondertekend, wel hebben cliënten (en vertegenwoordigers) inzage in het deel van OT dat op hen betrekking heeft.

1.4 Verdere informatie over het POP

Naast de handleiding voor medewerkers, is er ook een uitleg voor cliënten. Daarin wordt beschreven waarom het nodig is dat er een POP gemaakt wordt, wat er allemaal in komt te staan en hoe de cliënt betrokken wordt bij de inhoud. Afhankelijk van de

mogelijkheden van de cliënt kan de tekst zelf gelezen of voorgelezen worden. Ook zijn er folders gemaakt voor de

PRISMA

(wettelijke) vertegenwoordigers, één voor nieuwe cliënten en één voor cliënten waar eerder al een persoonlijk plan voor is geschreven.

Zie verder intranet.prismanet.nl > praktisch > brochures > algemeen

Op het intranet zijn verder ook het format voor het pop, evaluatieverslag, rapportage etc. te vinden, alsmede andere handige hulpmiddelen.

PRISMA

Hoofdstuk 2

Beeldvormingen profielschets van de cliënt

2.1 Beeldvorming; wie is de cliënt?

De wijze waarop ondersteuning wordt ingevuld wordt gebaseerd op het beeld dat van de cliënt bestaat. Dat beeld ontstaat door gesprekken met de cliënt, betrokkenen, andere hulpverleners en observatie. Pas als je een beeld hebt van wie de cliënt is, kun je een POP schrijven. Binnen Prisma is afgesproken dat voor een cliënt vanaf een ZZP 3 of daar waar behandeling geïndiceerd is, de behandelaar (agoog dan wel AVG) verantwoordelijk is voor het schrijven van een beeldvorming. In alle andere gevallen is dat de persoonlijk ondersteuner. Om verwarring te voorkomen is er gekozen voor een verschillende benaming. Het verslag van de behandelaar heet *beeldvormingsverslag* het verslag van de persoonlijk ondersteuner *profielschets*. Sinds 2012 wordt hieraan ook de netwerkkaart toegevoegd.

De schrijver dient informatie te verzamelen uit verschillende bronnen. Men gaat in gesprek met de cliënt zelf, zijn belangenbehartiger, zijn sociale netwerk, verricht dossierstudie en analyseert uitkomsten van testen of schalen. Ook kan men besluiten tot een psychologisch onderzoek om de beeldvorming aan te vullen of kan men gebruik maken van methodieken als Meer Mens of de hermeneutische cirkel. Zie daarvoor de button 'hulpmiddelen' op het intranet.

Het beeldvormingsverslag of de profielschets geeft een actuele beschrijving van de cliënt en diens huidige situatie. Ook worden gebeurtenissen uit het verleden voor zover ze relevant zijn voor de ondersteuning beschreven. Het kan dus voorkomen dat maar enkele gebieden worden beschreven, omdat alleen deze gerelateerd zijn aan de ondersteuningsvraag van de cliënt. Naarmate de complexiteit van de problematiek toeneemt, zal het persoonsbeeld uitgebreider zijn. Een behulpzaam en begrenzend document is het indicatiebesluit. In het indicatiebesluit staat beschreven voor welke professionele ondersteuning de cliënt geïndiceerd is.

De profielschets of het beeldvormingsverslag moet worden opgeborgen in het centrale dossier van de cliënt. Verder kan het worden meegestuurd bij de aanvraag van een herindicatie. Het beeldvormingsverslag moet dan voorzien zijn van een handtekening van de behandelaar. Bij de jaarlijkse evaluatie van het POP zal bekeken moeten worden of aanpassingen in de profielschets/ beeldvorming noodzakelijk zijn. Het schrijven en waar nodig bijstellen van de profielschets is een taak van de persoonlijk ondersteuner. Voor cliënten waarvoor een beeldvormingsverslag is geschreven door de

behandelaar (agoog dan wel AVG), helpt de persoonlijk ondersteuner de behandelaar hieraan herinneren.

De profielschets of het beeldvormingverslag wordt gebruikt als belangrijke informatiebron bij het maken van het POP. In het vakje 'profiel' van ieder kwaliteitsdomein in het POP wordt gevraagd de aandachtspunten voor dat domein te beschrijven. Het is niet de bedoeling letterlijk uit de beeldvorming de tekst over te nemen. Bedoeld wordt een vertaling te maken vanuit het beeld dat bestaat over het functioneren van deze cliënt naar de betekenis daarvan voor het welbevinden op dat specifieke domein. Dus wat betekent het niet kunnen lezen voor deelname aan de samenleving en welke ondersteuning kan Prisma daar dan bij bieden (bijvoorbeeld een bepaalde route van de bus oefenen). Of wat is de invloed van het autisme op het psychisch welbevinden (stress ervaren bij veranderingen) of op het deelnemen aan de samenleving (wil iedereen die hij tegenkomt vertellen over de vertrektijden van de trein of besnuffelen met zijn neus.). Zie voor verdere uitleg over het profiel in het POP, hoofdstuk 3.

2.2 Gebruiksaanwijzing profielschets

Het format van de profielschets is te vinden op het intranet. De behandelaars beschikken over een format voor het beeldvormingverslag. Het beeldvormingverslag dient ondertekend te worden door de behandelaar. De formats komen in grote lijnen met elkaar overeen. Per onderdeel worden punten genoemd die beschreven kunnen worden indien ze relevant zijn voor de profielschets van deze cliënt. Het is dus niet persé noodzakelijk alle punten te vermelden. Zorg ervoor dat het verslag niet meer dan twee à drie A4'tjes beslaat, liever korter.

Toelichting per onderdeel

Voorgeschiedenis

- Oorzaak verstandelijke beperking
- Culturele achtergrond/levensbeschouwing
- Ingrijpende gebeurtenissen
- Ervaren 'anderszijn'
- Opnamegeschiedenis wonen, school, werk

Lichamelijk functioneren

- Relevante medische factoren
- Motoriek
- Zintuiglijk functioneren
- Lichaamsbesef
- Relevante gegevens medicatie gericht op lichamelijk (dis)functioneren
- Gezondheidsrisico's (over- onder gewicht, erfelijke ziekten, etc.)

Zelfredzaamheid

- Zelfstandigheid op het gebied van ADL zoals eten, drinken, kleden, douchen, tanden poetsen , schoonmaken
- Zelfstandigheid mbt gezondheidsbewaking
- Beperkingen 's nachts

- Bewegingsvrijheid binnens- en buitenshuis

PRISMA

Verstandelijk functioneren

- Mate van verstandelijke beperking, indien mogelijk uitgedrukt in IQ, anders in ontwikkelingsleeftijd
- Beschrijving van sterke en zwakke kanten
- Taalgebruik en -begrip
- Oriëntatie tijd en plaats,
- Geheugen, perceptie
- Schoolse vaardigheden zoals lezen, schrijven
- Dementie
- Relevante gegevens gebruik psychofarmaca (niet wat, maar waarvoor)

Emotioneel functioneren

- Emotioneel ontwikkelingsniveau
- Draagkracht
- Identiteit
- Stemming
- Temperament
- Gedrag

Sociaal functioneren

- Interactie
- Relaties
- Weerbaarheid
- Mogelijkheid rekening te houden met anderen
- Mogelijkheid behoefte uit te stellen
- Sociale activiteiten

Seksualiteit

- Ontwikkelingsniveau
- Genoten voorlichting
- Bijzonderheden over uitingen, weerbaarheid, grensoverschrijdend gedrag

Woonsituatie

- Omschrijving woonsituatie
- Bijzondere aanpassingen

Werk/dagbesteding

- Hoeveelheid dagdelen werk/dagbesteding
- Aard en inhoud van activiteiten (ontwikkelingsgericht, ontspannend, activerend, arbeids-matig, onderhoudend)
- Beleving werk/dagbesteding

Toekomstverwachtingen cliënt

- Geef aan welke verwachtingen er bij de cliënt zijn over de toekomst op het gebied van ondersteuning/wonen e.d. Indien de cliënt dit zelf niet kan verwoorden, dan beschrijven wat de verwachtingen van de vertegenwoordigers hierin zijn.

Verwijzingen dossier

Kruis aan door te dubbelklikken op vakje en dan 'ingeschakeld' aanklikken.

Geef aan welke relevante documenten er in het dossier te vinden zijn. Dit dient als verwijzing voor verdere informatie zodat je alleen de essentie in de profielschets hoeft op te nemen.

Hoofdstuk 3

Het maken van een POP

Het POP is een dynamisch instrument. Het eerste POP dat geschreven wordt voor een cliënt die pas net in ondersteuning is bij Prisma zal er anders uitzien dan een POP van een cliënt die al jaren woont of werkt binnen Prisma. Het eerste POP is een start en zal gedurende de ondersteuning gewijzigd en bijgesteld worden. Slechts eenmaal wordt er een geheel nieuw POP geschreven en vastgesteld. Dat kan zijn zes weken na de start van de ondersteuning of als een Persoonlijk Plan (bij een bestaande cliënt) wordt omgezet in een POP. Daarna wordt het POP minimaal eenmaal per jaar geëvalueerd en zo nodig bijgesteld en aangepast. Zie daarvoor hoofdstuk 4.

Hieronder een beschrijving van de stappen die je zou moeten doorlopen bij het maken van een POP voor een bestaande cliënt (waar al een persoonlijk plan van is) en daaronder voor een nieuwe cliënt. Realiseer je daarbij wel dat de werkelijkheid vaak weerbarstig is en je niet altijd alle stappen in deze volgorde kunt doorlopen. Het is slechts een richtlijn.

Belangrijk is de cliënt (of de vertegenwoordiger) zoveel mogelijk te betrekken bij het maken van een POP. Het is immers de cliënt die aan ons ondersteuning vraagt. Dit kan op vele manieren, door observatie, door een gesprek, al dan niet ondersteund met voorwerpen, etc. Je kunt gebruik maken van de hulpmiddelen die genoemd worden, maar natuurlijk kunnen je eigen ideeën hierover ook gebruikt worden.

3.1 Stap voor Stap

3.1.1 Van persoonlijk plan naar POP

Stap 1.

Maak een planning wanneer het POP (opnieuw) ondertekend moet zijn. Dit is afhankelijk van de datum van het oude persoonlijk plan of zes weken na de start van de ondersteuning. Houdt daarbij rekening met agenda's van anderen. De ervaring leert dat je ruim de tijd nodig hebt om van stap 1 naar stap 10 te komen, afhankelijk van hoeveel anderen je ook nodig hebt bij het realiseren ervan. Reken op drie maanden; je kunt gebruik maken van de jaarplanning POP die op intranet staat. De teamleider is verantwoordelijk voor de planning. Indien een cliënt naast wonen ook activiteiten van Prisma krijgt, dan maak je daar afspraken over hoe je tot één gezamenlijk POP komt. Denk ook aan de medewerker nachtzorg indien er gebruik gemaakt wordt van het nachtzorgcentrum. De persoonlijk begeleider van wonen is de coördinator van het gehele POP, tenzij anders afgesproken, maar samen ben je verantwoordelijk voor het POP.

Stap 2.

Verzamel gegevens die geschreven zijn over de cliënt (uit zijn dossier, oud persoonlijk plan, psychologisch onderzoek, B-formulier t.b.v. de indicatie).

Stap 3.

Vraag aan de behandelaar (agoog, arts) om een beeldvormingverslag. Indien er geen behandelaar betrokken is (ZZP<3, ambulant) dan schrijf je zelf een profielschets (zie hoofdstuk 2 profielschets).

Stap 4.

Verzamel verdere gegevens over de cliënt door met de cliënt in gesprek te gaan over zijn wensen, zijn vragen, zijn beperkingen en zijn problemen (zie daarvoor de handreiking gespreksvoering). Vul de netwerkkaart in. Er is ook een hulpkaart en een folder voor cliënten over het POP. Al deze hulpmiddelen zijn te vinden op het intranet bij de hulpmiddelen POP. Uiteraard is ook de (wettelijke) vertegenwoordiger in de meeste situaties een belangrijke informatiebron.

Meer over gespreksvoering in Hoofdstuk 5.

Stap 5.

Schrijf op een A4-tje in steekwoorden wat nu op basis van de verzamelde gegevens de belangrijkste punten zijn om de kwaliteit van leven van deze persoon te verbeteren. . Wat zijn struikelblokken (beperkingen, problemen bij de cliënt) om kwaliteit van leven voor zichzelf te realiseren en wat zijn mogelijkheden voor Prisma om kwaliteit van leven voor de cliënt te verbeteren.

Probeer deze punten eens onder te verdelen in de verschillende kwaliteitsdomeinen. Mogelijk zijn er kwaliteitsdomeinen waar je geen punten op kunt bedenken, dat is heel goed mogelijk. Lang niet iedere cliënt heeft ondersteuning nodig op alle domeinen. Spreek je punten door met een collega, consulent zorgexpertise of de popdesk.

In bijlage 3 zit een A4 met daarop een korte omschrijving van de domeinen. Dit A4-tje kun je erbij pakken als je zoekt naar de juiste plek van een bepaald aandachtspunt.

Stap 6.

Vul vervolgens het format POP (zie 3.2 handleiding POP). Zorg ook tussentijds voor contact met AC en Nacht indien van toepassing over de stand van zaken daar.

Stap 7.

Verstuur het (totale) concept POP naar de teamleider, de behandelaar (indien van toepassing) voor aanvullingen c.q. opmerkingen. De agoog zal in de meeste situaties (vanaf zzp 3) het concept POP doornemen voordat het wordt besproken. Zorg ervoor dat je dit op tijd verstuurt, zodat daarna de teamleider er ook nog naar kan kijken. De agoog zal je inhoudelijk ondersteunen bij het POP, maar de agoog is geen POP- coach. Heb je die nodig bespreek dit dan met je teamleider. Ook kun je contact opnemen de betrokken consulent van zorgexpertise.(zie overzicht districten en sectoren op intranet) De arts (VG) neemt het onderdeel lichamelijk welbevinden en evt psychisch welbevinden door indien betrokkenheid van de AVG bij deze cliënt. Agoog zorgt daarbij ook dat de bijdrage van de AVG er in verwerkt wordt.

De teamleider zal ook beoordelen of het POP haalbaar is binnen de afgegeven indicatie.

Stap 8.

Bespreek met de cliënt aangepast aan zijn mogelijkheden hoe je de gegevens uit jullie gesprek verwerkt hebt in het POP en maak afspraken over hoe hij betrokken wil worden bij de bespreking van het POP en de verdere voortgang. (Die worden ook opgenomen in het POP onder werkblad 'communicatie').

Stap 9.

Nodig iedereen uit voor de bespreking en zorg dat ze een concept POP toegestuurd krijgen. Je kunt hiervoor gebruik maken van gestandaardiseerde brieven (te vinden op intranet onder brieven POP) eventueel kun je ook het secretariaat om hulp vragen. Regie is in handen van Wonen. Wie worden uitgenodigd is afhankelijk van de complexiteit van de ondersteuning en de wensen van de cliënt en zijn netwerk . De afspraken hierover worden ook weer vastgelegd in het POP.

Stap 10.

Bespreek het concept POP met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger.

Het is de bedoeling dat er met cliënt/ vertegenwoordiger 1 **Popbespreking** plaats vindt. Regie is in handen van Wonen. De teamleider Wonen zal in de meeste gevallen ook de popbespreking leiden. Het is niet noodzakelijk dat een begeleider A van AC gedurende de hele bespreking aanwezig is. Het definitieve POP wordt na eventuele aanpassingen ondertekend door teamleider Prisma en cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. In geval van wonen en AC is de teamleider *wonen* degene die het POP ondertekend, uiteraard na afstemming met de collega van AC en de nachtdienst (indien van toepassing).

Het is **niet noodzakelijk** dat **digitaal** de bestanden van wonen en AC in elkaar gevoegd zijn. Wel moet er op papier 1 plan zijn!! Digitaal mogen het twee aparte documenten zijn, Ook mogen het twee aparte werkdocumenten zijn. Alleen in uitzonderlijke gevallen zal het secretariaat nog documenten samenvoegen.

Stap 11.

Berg het POP (incl. ondertekeningformulier) op in het dossier. Er wordt een werkdocument geplaatst op de computer van de voorziening. N.a.v. de voortgangsrapportage wordt tussentijds het werkdocument POP bijgesteld, zodat daar altijd de actuele afspraken en doelen in zijn terug te vinden.

Stap 12.

De persoonlijk ondersteuner van wonen is verantwoordelijk voor het doorgeven van de juiste werkdocumenten voor AC en Nachtdienst zodat ook daar methodisch aan het POP gewerkt kan worden.

Stap 13.

Verwerk de acties en afspraken in Ondersteuning Thuis.

Stap 14.

De rapportage wordt zodanig ingericht dat daar de voortgang van de doelen en relevante ondersteuningsafspraken in beschreven kan worden en dat er zicht bestaat op hoe het met de cliënt gaat (zie format rapportage).

Stap 15.

Het plan is nu klaar, zet nu de cyclus van het methodisch werken in gang. Zie Hoofdstuk 4.

PRISMA

3.1.2 Een POP (nieuwe cliënt)

Bij een nieuwe cliënt zorgt de klantbegeleider van Prisma/Entree ervoor dat bij aanvang van de ondersteuning er een getekende zorg- en dienstverleningsovereenkomst en zorgarrangement aanwezig is en een rudimentair POP is opgesteld. (Dat wil zeggen: dat er ingevuld wordt wat bekend is.) De klantbegeleider vult de volgende onderdelen van het POP:

- Personalia van de cliënt
- Profiel van de cliënt per kwaliteitsdomein dat van toepassing is
- De ondersteuningsvragen van de cliënt
- Doelen en/of afspraken (voor zover bekend, in deze fase zal dat nog zeer beperkt zijn)

De ondersteuning en begeleiding start met een introductiefase van zes weken. Deze fase wordt afgerond met het vaststellen en ondertekenen van het POP. De volgende stappen worden gezet door de persoonlijk ondersteuner:

Stap 1.

Bestudeer het start POP van de klantbegeleider en stel zonodig vragen over onduidelijkheden.

Stap 2.

Maak indien nodig verder afspraken over de gewenningsperiode, de eerste zes weken.

Stap 3.

Plan een datum voor de POP-bespreking. Er moet een getekend POP liggen *binnen* 6 weken na plaatsing. Uiteraard heb je dan nog niet alle ondersteuningsvragen in beeld, afhankelijk van de complexiteit kan de teamleider in overleg met de cliënt besluiten niet zoals gebruikelijk na een jaar maar bijvoorbeeld al na 6 maanden opnieuw een POP-bespreking te plannen.

Stap 4 .

Probeer in de eerste zes weken door gesprekken met cliënt, vertegenwoordiger en andere betrokkenen gegevens te verzamelen die aanvullend zijn op wat je al hebt gekregen van de klantbegeleider. Ook observaties van het gedrag van de cliënt in zijn nieuwe omgeving zijn uiteraard van belang als aanvulling.

Stap 5.

Draag zorg voor een wijze van rapporteren die bijdraagt aan het vormen van een goed beeld van de cliënt en zijn ondersteuningsvragen zodat je na 6 weken het POP kunt aanvullen. Schrijf zaken die jou opvallen op in de voorlopige rapportage en vraag ook anderen dat te doen. Op basis van het start POP kun je al mogelijke observatiepunten voor de rapportage formuleren zodat je gericht kunt kijken naar aandachtspunten.

Stap 6.

Vul het start POP verder aan met gegevens uit de eerste 6 weken en wijzig waar nodig.

Ga verder met de stappen 7 t/m 15 zoals hierboven beschreven.

3.2 Het schrijven van een POP in het format

3.2.1 Voordat je gaat werken met het format!

1. Het format voor het POP is een excelbestand dat je vindt op het intranet (<http://intranet.prismanet.nl>) en in het kwaliteitshandboek.
2. Open het bestand 'format POP'. Het kan zijn dat het beveiligingsniveau te hoog staat ingesteld op je computer. Als dat zo is werken bepaalde koppelingen (macro's) die in het document zijn ingebouwd niet. Check bij je teamleider of het beveiligingsniveau van de computer is aangepast.
Zo niet:
 - a. Installeer dan eerst het programma waarmee in het POP gewerkt kan worden op de computer. Ga hiervoor naar het document 'installatie voor het POP'. (onder 'format pop') en volg de aanwijzingen.
3. Bij openen verschijnt de vraag of de macro's uitgeschakeld of ingeschakeld moeten worden. Kies voor '*inschakelen van de macro's*' om verbindingen te kunnen leggen tussen de verschillende werkbladen.
4. Zorg dat je het document direct opslaat op de eigen computer door in de menubalk bij *bestand* te klikken op *opslaan als* met de naam van de cliënt waarvoor je een POP maakt. Sluit dan het bestand en open het opnieuw met Excel.
5. In elk werkblad vind je *tips* bij het invullen van de verschillende velden. Deze tips verschijnen in beeld zodra de cursor op het veld staat. Je kunt hierna gewoon in de cel typen. Het kan zijn dat de tip knippert in het scherm. Als je op het rode driehoekje in de rechterbovenhoek van de cel gaat staan met de cursor, kun je de tip lezen.
6. *Belangrijk*: sla tussentijds het document op met behulp van het icoontje opslaan of via 'bestand', 'opslaan' zodat je geen informatie kwijt raakt.
7. Op het intranet zijn voorbeelden te vinden van POP's voor LVB, MVB en EVB cliënten.

3.2.2 Aan de slag met het Format

Het POP bestaat uit 5 verschillende onderdelen namelijk:

A E	B	C	D	
Informatiedeel <i>Personalia</i> <i>Inhoudsopgave</i> <i>Invoerblad</i>	Kwaliteitsdomeinen <i>Wonen (incl. nachtzorg)</i> <i>Dagbesteding</i>	Vrijheidsbeperking <i>Individuele en vrijheidsbeper- kende</i> <i>maatregelen</i>	Afspraken m.b.t. het POP <i>Evaluatie en voortgang.</i> <i>Communicatie en</i>	Financiële verantwoording <i>Voor intern gebruik</i>

Hieronder volgt een uitwerking per onderdeel. In rood de technische aanwijzingen die je nodig hebt om te werken in het Excel-format (deze zijn ook te vinden in de technische handleiding op het intranet). In zwart de meer inhoudelijke aanwijzingen.

ONDERDEEL A INFORMATIEDEEL

PERSONALIA

Op het werkblad 'personalia' zijn algemene gegevens over de cliënt opgenomen en wie er bij de totstandkoming van het plan zijn betrokken.

Personalia

Klik onderaan op personalia; er verschijnt een werkblad met daarop naam, adres etc.

De personalia (NAW gegevens) zijn verzameld en verwerkt in het POP door de klantbegeleider. Het is een kwestie van nalopen en eventueel aanvullen.

Klantbegeleiders van Entree gebruiken hiervoor het invoerblad dat aan het einde van de werkbladen onderaan te vinden is.

Bij een bestaande cliënt vult de persoonlijk ondersteuner deze onderdelen met informatie uit het dossier.

Let op! Als achternaam wordt voor een cliënt die getrouwd is de 'geboortenaam' gehanteerd op officiële stukken. Tussen haakjes staat de huwelijksnaam.

Vertegenwoordigers en contactpersonen

Er is een onderscheid tussen 'vertegenwoordigers', 'wettelijke vertegenwoordigers' en 'contactpersonen van de cliënt'. Een '**wettelijke vertegenwoordiger**' is een ouder/voogd van een cliënt die minderjarig is of een curator, bewindvoerder, mentor van een cliënt die meerderjarig is. In alle andere situaties spreken we van een *vertegenwoordiger*. Het bewijs van de vertegenwoordiging door bijvoorbeeld een curator of voogd dient te zijn opgenomen in het dossier van de cliënt. Naast de vertegenwoordiger kan er ook nog een contactpersoon zijn die een belangrijke rol heeft m.b.t. het bespreken en tot stand komen van het POP (denk bijv. aan een zus van de cliënt, terwijl zijn broer de wettelijke vertegenwoordiger is), die kan dan vermeld worden bij contactpersonen. Het is niet de bedoeling dat alle contactpersonen van de cliënt hier vermeld worden, alleen diegene die relevant zijn voor de bespreking van het POP. Het POP is immers geen adresboekje. Het format biedt een aantal suggesties t.a.v. de status van de vertegenwoordiger.

Gebruik keuzemenu:

Klik met je muis op **vul in**; er verschijnt er rechts een pijltje

klik op het pijltje; er verschijnt een keuzemenu.

In het balkje rechts kun je met je muis naar boven en beneden verschuiven voor meer opties.

Selecteer 1 optie door met je muis er op te klikken.

Wil je het vakje leeg laten en niets invullen dan kun je de letters met backspace of delete gewoon weghalen

Wettelijke regelingen

Deze rubriek gaat over de opnamestatus die van belang is voor het wel of niet mogen toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (zie verderop bij onderdeel C).

Vul in of er sprake is van vrijwillig, dan wel onvrijwillig door een van de vakjes aan te klikken, er verschijnt een vinkje

Als de opnamestatus onvrijwillig is, moet de grondslag worden ingevuld. Een aantal mogelijkheden is al opgenomen in het format **(vul in:, zie hierboven gebruik keuzemenu)** en kunnen worden geselecteerd, er is ook een invoegveld toegevoegd als het een andere grondslag betreft. **(Achter 'anders nl:' kun je dat invullen).**

Als het vrijheidsbeperkingen betreft in het kader van de wet BOPZ of WGBO moet worden gecontroleerd of de opnamestatus daarmee in overeenstemming is. Meer informatie over dit onderwerp is te vinden in de beleidsnotitie vrijheidsbeperkende maatregelen (kwaliteits-handboek Intranet).

Medische gegevens/psychologische gegevens.

Bij 'afspraken over niet-reanimeren' is het de bedoeling om aan te geven of er afspraken zijn ja of nee. Als hier 'ja' wordt aangevinkt, moeten de afspraken terug te vinden zijn in het cliëntdossier. Hetzelfde geldt voor het warmwaterprotocol.

IQ moet genoteerd worden omdat dit belangrijke informatie is voor bepaling van de grondslag van de indicatie door het CIZ en het zorgkantoor.

Met betrekking tot 'de mate van beperking' bevat het format een aantal suggesties. (zie hierboven gebruik keuzemenu)

Medische en/of psychiatrische diagnose kort aangeven in steekwoorden, dit punt komt indien van toepassing bij de kwaliteitsdomeinen terug en zal ook te vinden zijn in het beeldvormingsverslag of de profielschets.

Samenstellers

Onderaan het blad van de 'personalia' kan aangegeven worden wie er betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het POP en kan de datum waarop de vaststelling plaats vindt, worden ingevuld. Deze datum moet overeenkomen met de datum die op het ondertekeningformulier wordt vermeld. Het ondertekeningformulier is te vinden op het intranet. (alles over POP > formats POP) Iedere keer als het POP opnieuw wordt vastgesteld zal er een ondertekeningformulier moeten worden ingevuld. Hoe vaak het POP opnieuw wordt vastgesteld hangt af van de afspraken die daarover met de klant zijn gemaakt (zie verder 6.3). In ieder geval 1 x per jaar. Het plan maakt na vaststelling onderdeel uit van het dossier en van het dagelijkse werk. Bij de uitvoering van de zorg en ondersteuning is het prettig om naslag te kunnen doen naar de totstandkoming van het plan, datum samenstelling van het plan en de bijdragen van verschillende betrokkenen hieraan.

Informatiebronnen

Bij informatiebronnen kun je verwijzen naar bepaalde documenten (tests, beeldvormingsverslag, brieven etc.) die opgenomen zijn in het cliëntdossier. Beschouw het POP als een centraal document dat verwijst naar andere documenten (protocollen, signaleringsplan, afsprakenlijst, dossier, etc.).

Heb je een versie van het format voor 4-8-2010, dan moet je het format aanpassen, zie het document 'wijzigingen aanbrengen in format' op intranet. (datum wijziging 4-8-2010)

Start ondersteuning

Vul hierin wanneer de eerste ondersteuning door Prisma aan de cliënt is begonnen. Dat kan betrekking hebben op wonen, dagbesteding, ambulante ondersteuning, logeren etc.

Heb je een versie van het format voor 4-8-2010, dan moet je het format aanpassen, zie het document 'wijzigingen aanbrengen in format' op intranet. (datum wijziging 4-8-2010)

INHOUDSOPGAVE

In de inhoudsopgave wordt aangegeven welke kwaliteitsdomeinen voor de cliënt van toepassing zijn en per leefsfeer welke domeinen zijn uitgewerkt. Op deze manier kun je in één oogopslag zien op welke terreinen het plan is uitgewerkt. Indien cliënt ondersteuning krijgt door Prisma in de leefsfeer wonen worden de relevante rode bladen geselecteerd. Krijgt de cliënt ondersteuning in de leefsfeer dagbesteding (binnen Prisma hebben we alleen activiteitscentra) dan worden de blauwe bladen ingevuld. Indien ondersteuning plaatsvindt op beide leefsferen dan worden zowel blauwe als rode bladen gebruikt.

Indien er sprake is van Nachtzorg geleverd door het Nachtzorgcentrum wordt aangegeven van welke Zorgondersteunende Technieken (ZOT) er gebruik gemaakt wordt (werkblad NZZOT) en worden indien van toepassing de afspraken m.b.t. de wakende nachtzorg per kwaliteitsdomein uitgewerkt (NZ.....).

Laten verschijnen van de juiste werkbladen:

In het werkblad '**inhoudsopgave**' kies je welke domeinen van toepassing zijn voor de ondersteuning van de cliënt. Klik (met de linkermuisknop) op het werkblad '**inhoudsopgave**'.

Beantwoordt de vragen met **JA** of **NEE**; Wanneer je op de **JA** of de **NEE** klikt, krijg je de mogelijkheid om je keuze te maken d.m.v. het pijltje dat verschijnt. Je moet hier altijd een keuze maken zodat je de juiste tabbladen kunt gaan toevoegen. Klik vervolgens op de button '**pas tabbladen aan**' boven aan de pagina van inhoudsopgave

in de overzichts balk onderin het scherm verschijnen de bladen voor de domeinen die van toepassing zijn.

Klik op het blad dat je gaat invullen om het te openen.

Het invoerblad is voor intern gebruik en wordt alleen gehanteerd door Prisma/Entree.

ONDERDEEL B KWALITEITSDOMEINEN

Per (geselecteerd) **Kwaliteitsdomein** wordt per *leefsfeer* uitgewerkt:

- Het profiel van de cliënt
- De ondersteuningsvraag van de cliënt
- De doelen (en/of)
- De ondersteuningsafspraken

Aandachtspunten genoemd in het vakje profiel worden verwerkt tot ondersteuningsafspraken en/of doel. Zijn er geen doelen en/of ondersteuningsafspraken dan is er ook geen ondersteuningsvraag (aan Prisma) en hoeft dit kwaliteitsdomein ook niet te worden ingevuld!!! Het kan dus niet zo zijn dat alleen profiel en ondersteuningsvragen zijn geformuleerd en geen doelen of afspraken. In dat geval dient het werkblad niet geselecteerd te zijn in de inhoudsopgave.

Soms staan aandachtspunten genoemd bij een bepaald kwaliteitsdomein maar zouden ook bij een ander domein geplaatst kunnen worden. De plaats van een domein wordt bepaald door wat beoogd wordt in de ondersteuning. Een voorbeeld: iemand masturbeert overmatig. Is het uiteindelijke doel het psychisch welbevinden te bevorderen, het lichamelijk welbevinden of deelname aan de samenleving, dat is afhankelijk van de probleemstelling. Als het masturberen leidt tot ernstige wonden dan zal het onder lichamelijk welbevinden het best passen, doet hij dat op gepaste maar vooral ook ongepaste plekken, zoals bijv. in de winkelstraat dan belemmert dat zijn deelname aan de samenleving. Gaat het gepaard met grote frustraties dan zal het psychisch welbevinden erdoor verhinderd worden.

Meer inhoudelijke informatie over het werken met kwaliteitsdomeinen is te vinden in 3.3

Het profiel van de cliënt

Het beeldvormingsverslag van de behandelaar of de profielschets en de netwerkkaart zijn een belangrijke bron voor dit onderdeel. Wat uit de beeldvorming moet aandacht krijgen vanuit Prisma. Je hoeft niets letterlijk over te schrijven uit deze verslagen. Deze informatie wordt immers ook opgenomen in het cliëntdossier. Het profiel is bedoeld als handvat voor het formuleren van een ondersteuningsvraag. Het is de onderbouwing, de argumentatie waarom op dit vlak een ondersteuningsvraag ligt. ***Het gaat daarbij om de aandachtspunten die relevant zijn voor de kwaliteit van leven op dit domein. Wat staat een optimaal functioneren op dit domein in de weg? In het profiel vind je als het ware de legitimatie van de ondersteuning.***

Aandachtspunten kunnen zijn *problemen* die de cliënt ervaart op dit domein (bijvoorbeeld cliënt kan niet lezen waardoor hij geen gebruik kan maken van het OV om naar het voetbal te gaan kijken). Of *belemmeringen* die het realiseren van bepaalde *wensen* op dit domein in de weg staan (beperkte sociale vaardigheden waardoor iemand weinig relaties heeft). Ook kan hier beschreven worden of er *schadelijke gevolgen* te verwachten zijn van bepaald gedrag (bijvoorbeeld kan beschreven staan bij materieel welzijn dat 'in eigen beheer hebben van de pinpas' kan leiden tot overmatig gebruik en grote schulden). Vervolgens zul je dan bij de afspraken of doelen maatregelen tegen moeten komen die dit risico tegengaan of zo veel mogelijk beperken. In die situaties waarbij sprake is van ernstig probleemgedrag, nu of in het verleden, zal door een risicotaxatie bekeken moeten worden of de risico's die gelopen worden aanvaardbaar zijn. Dit is een taak van agoog en teamleider (zie hiervoor het beleidsstuk 'risicomanagement').

Een voorbeeld ter verduidelijking: Er is sprake bij een cliënt van een stoornis in het autistisch spectrum (is genoemd bij de personalia, bij diagnose en zal ook vermeld zijn

in het beeldvormingsverslag of de profielschets), dan beschrijf je kort bij bijv. psychisch welbevinden, wat van het autisme van grote invloed is op het psychische welbevinden, zoals niet tegen veranderingen kunnen, niet weten wanneer iets klaar is, bij bijv. zelfbepaling schrijf je dat de cliënt niet meer dan twee keuzemogelijkheden kan overzien etc.)

Het kan voorkomen dat jij als begeleider andere aandachtspunten ziet dan de cliënt, in het kun je dat dan aangeven. Vervolgens zul je wel iets moeten doen met dit verschil in opvatting en zal dus bij de ondersteuningsvraag daar iets over geschreven moeten worden. Mogelijk leidt het ook tot een doel of een bijzonder afspraak.

PRISMA

Tekstvak vullen en aanpassen:

Klik (linkermuisknop) op het tekstvak die je gaat invullen; dit wordt geselecteerd. De tekst verschijnt zowel in het tekstveld, als bovenin het scherm bij 'fx'. Het kan zijn dat de tekst langer is dan het tekstvak. Je kunt gewoon doortypen, bovenin kun je zien dat de tekst wel wordt opgenomen. Om de tekst volledig te kunnen lezen moet je **het tekstvak vergroten. Hoe? Klik de onderkant van de 5de rij (in de kantlijn links) aan houdt de linkermuisknop ingedrukt en trek de lijn naar beneden** (staat ook als tip in het werkblad).

Heb je veel tekst, wat niet de bedoeling is, dan stuit je op het probleem dat het programma de regels aan het eind niet meer zelf afbreekt. Met 'alt- enter' kun je zelf de regels afbreken. **Advies:** kijk kritisch of je alle tekst wel nodig hebt, het gaat tenslotte om 'aandachtspunten.' Als de formuleblad (fx) je in de weg zit omdat die steeds over je tekst heen hangt dan kun je die laten verdwijnen. Ga bovenin naar 'beeld'; dan in het lint naar 'weergave' en haal het vinkje bij 'formulebalk' weg.

In dit programma kun je niet met 'opsommingtekens' werken of met enter, wil je dat toch doen, klik dan na de eerste regel op 'alt – enter' dan ga je naar de volgende regel en kun je ook eventueel een + of iets dergelijks plaatsen. **Belangrijk:** Als je op een later tijdstip tekst wil aanvullen in een tekstvakje, zorg er dan voor dat je cursor op de juiste plaats staat, door te dubbelklikken op die plek. Doe je dat niet, dan verdwijnt de hele tekst uit het vakje. Geen paniek, door bovenaan op het icoontje 'ongedaan maken' te klikken komt de tekst weer terug.

Als je een tekstveld in zijn geheel leeg wilt maken, selecteer het tekstveld en klik op delete

Bij *perspectief* ga je na wat de reden is dat er ondersteuning op dit domein gevraagd wordt. Omdat er verbetering te verwachten is? Omdat er achteruitgang te verwachten is en probeer je door de juiste ondersteuning de nadelige gevolgen van de achteruitgang zo veel mogelijk te beperken? Of is het de bedoeling dat je met de ondersteuning zoveel mogelijk behoudt wat aanwezig is? Vink aan wat op dit domein het meest van toepassing is voor deze cliënt. Verbetering, behoud, of achteruitgang. Afhankelijk van wat is aangevinkt bij perspectief staat beschreven welke inspanningen van Prisma verwacht mogen worden bij het verbeteren dan wel behouden van de kwaliteit van leven. Daar waar verbetering niet mogelijk is staat beschreven wat gedaan wordt om de gevolgen van achteruitgang zoveel mogelijk te beperken.

Als je verbetering hebt aangevinkt dan zullen er meestal ook doelen geformuleerd worden. Is er vooral sprake van behoud dan zal dit over het algemeen alleen tot ondersteuningsafspraken leiden, immers door middel van ondersteuningsafspraken probeer je een zeker welbevinden op dit domein in stand te houden. Bij achteruitgang zul je afspraken nodig hebben om te behouden wat nog goed gaat en zul je d.m.v. doelen op korte en/of middellange termijn bekijken wat er mogelijk is om de gevolgen zoveel mogelijk te beperken.

Je vinkt 1 van de vakjes aan door er op te klikken

Ondersteuningsvraag

De **ondersteuningsvraag** is grotendeels al in de intakefase geformuleerd, dat is het vertrekpunt. Bij bestaande cliënten is het vertrekpunt het huidige persoonlijk plan. Op basis van de aandachtspunten (profiel) formuleer je welke ondersteuning de cliënt vraagt. De vraag kan geformuleerd worden in termen van ondersteunen bij, herinneren aan, controleren op, toezicht houden bij, overname van ...etc. Relatie met de indicatie is belangrijk. Daar kun je ook veel ondersteuningsvragen terugvinden. Je maakt hier alleen gebruik van de IK- vorm als de cliënt dit ook letterlijk zelf zo verwoord heeft. (zie de aanwijzingen bij profiel)

Voor de ondersteuningsvraag van de cliënt geldt hetzelfde als voor profiel. Ook hier kan het tekstveld te klein zijn en moet het groter gemaakt worden. Zie profiel.

De **wijze van benaderen** geeft richting aan de manier waarop de activiteiten moeten worden uitgevoerd (bejegening),

Je vinkt 1 van de vakjes aan door er op te klikken

Doelen

Doelen vormen het hart of ook wel de motor van het POP. Doelen leiden tot acties in het dagelijks ondersteunen. De doelen worden afgeleid uit de ondersteuningsvraag in combinatie met het profiel en het perspectief. Er kan niet een doel beschreven worden als er geen profiel en ondersteuningsvraag geformuleerd zijn. Doelen zijn tijdelijk van aard, worden afgesproken om iets te bereiken in de (nabije) toekomst. Doelen veranderen, zijn dynamisch. Doordat het doel geplaatst is onder een bepaald kwaliteitsdomein is het duidelijk welk groter doel beoogd wordt, bijvoorbeeld het verbeteren van het psychisch welbevinden. Een hoofddoel is de eerste haalbare stap in de richting van dat perspectief. Het hoofddoel is voor de middellange termijn; waar werken Prisma en de cliënt het komende jaar naartoe. Subdoelen zijn voor de kortere termijn.

Door bijvoorbeeld op de vraag 'Zijn er specifieke doelen op het gebied van 'deelname aan de samenleving, JA te beantwoorden verschijnt een vak waarmee je kunt aangeven hoeveel doelen er zijn op dit domein. Klik op het aantal en daarna op Ok en er verschijnt het gewenste aantal doelen.

De kolom 'tijd' valt buiten het afdrukbereik. (zie ook financiële verantwoording.

Doelen formuleer je door de wenselijke toestand te benoemen. Bijvoorbeeld *Cliënt is in staat een ei op twee manieren te bereiden*. Je zegt niet: *Cliënt leert* eieren bakken. Ook moet een doel niet verward worden met een middel. 'Cliënt heeft een pictosysteem' kan nooit een doel zijn. 'Cliënt overziet de dag en weet zonder hulp van een begeleider welke taak op welk moment van hem verwacht wordt'.

Het is niet nodig doelstellingen te voorzien van commentaar of duiding. Die geef je al bij profiel en/ of ondersteuningsvraag. (in bovenstaand voorbeeld hoef je dus niet aan te geven dat cliënt autistisch is en dat 'overzicht' tot minder spanningen leidt en dus tot een beter psychisch welbevinden)

Een doelstelling moet kort en krachtig zijn. Het SMART formuleren kan daarbij helpen, maar het is niet noodzakelijk om alle smart kenmerken terug te vinden. Het SMART formuleren moet geen doel op zich worden (SMART, zie bijlage 4 achterin). Belangrijk is dat iedereen weet wat er concreet gedaan moet worden en welk resultaat je verwacht te behalen.

Doelen stellen betekent ook keuzes maken: een zorgaanbieder kan niet alles tegelijk en een cliënt trouwens ook niet. Het is de keuze van de cliënt, persoonlijk begeleider en cliëntvertegenwoordiger. Doelen formuleer je samen. Uit de praktijk blijkt dat als doelen niet samen met de cliënt worden geformuleerd de realisatie van het doel een stuk lager is. Dat bepaalde kwaliteitsdomeinen (tijdelijk) meer aandacht krijgen dan andere is niet erg. Een POP is een dynamisch document en wordt aangepast als de persoon of iets uit zijn omgeving verandert.

Daar waar de keuze gemaakt wordt aan een bepaald doel niet nu maar bijvoorbeeld volgend jaar of als 'dit of dat' gerealiseerd is kun je de doelen al wel beschrijven, maar daar dan duidelijk bij vermelden dat daar nu nog niet aan gewerkt wordt maar vanaf.....

Aandachtsgebieden

Het hoofddoel wordt vertaald naar aandachtsgebieden. Welke aandachtsgebieden zijn bepalend voor het realiseren van het doel? Een andere term voor aandachtsgebied is kritische succesfactor; het realiseren van het hoofddoel hangt in sterke mate af van het succes op dat aandachtsgebied. Hoofddoel is wat je wilt bereiken met of voor de cliënt. Aandachtsgebied is wat maakt dat het wel/niet gaat lukken. Voorbeeld: cliënt behaalt een bepaald streefgewicht, het aandachtsgebied is dan de 'lekkernijen die moeder meebrengt'.

Subdoelen

Vervolgens wordt bepaald welk doel je per aandachtsgebied met elkaar wilt bereiken; het subdoel. Subdoelen bestrijken een termijn van een aantal weken tot enkele maanden en worden omschreven in termen van resultaat voor de cliënt. Wat moet er bereikt zijn na een bepaalde periode. Bedoeling is dat voor iedereen die betrokken is bij de uitvoering van het POP duidelijk is wat nagestreefd wordt.

Formuleer niet te veel subdoelen. Het is beter om één of twee subdoelen goed uit te voeren dan vijf half. Op een later moment kunnen subdoelen worden aangevuld of kunnen subdoelen verdwijnen die inmiddels zijn behaald.

Acties

De subdoelen worden uitgewerkt in acties om de afspraken te integreren in het dagelijkse werk. Bij een subdoel worden activiteiten benoemd. Het volgende wordt vermeld:

- Wat de activiteit inhoudt en hoe die wordt uitgevoerd en indien van toepassing op welk moment (bijv. vrijdagavond).
- Bij de uitwerking van de doelen en de afspraken wordt gevraagd aan te geven WIE de actie uitvoert. Belangrijk is daarbij goed na te denken of het een handeling is die voorbehouden is aan een beperkt aantal begeleiders (b.v. alleen begeleiders A of alle teamleden maar geen stagiaire. Denk dan b.v. aan wandelen in het dorp met een cliënt die veelvuldig wegloopt) Als dit het geval is moet dat duidelijk beschreven staan. Bij de uitwerking van de doelen en de afspraken wordt gevraagd aan te geven WIE de actie uitvoert. Belangrijk is daarbij goed na te denken of het een handeling is die voorbehouden is aan een beperkt aantal begeleiders (b.v. alleen begeleiders A of alle teamleden maar geen stagiaire. Denk dan b.v. aan wandelen in het dorp met een cliënt die veelvuldig wegloopt) Als dit het geval is moet dat duidelijk beschreven staan.

Let op !! Het gaat hier om niet om handelingen op medisch gebied Voor handelingen vallend onder de BIG-wet waarvoor een geldige bekwaamheidsverklaring of certificaat vereist is, is ondersteuning alleen voorbehouden aan medewerkers met aantoonbaar de juiste kwaliteiten. Denk b.v. aan ondersteuning bieden bij medicatie of het ondersteunen van een cliënt met diabetes of de meer complexere voorbehouden handelingen als injecteren. In het POP hoeft je dit niet apart te vermelden omdat dit een algemeen beleid is.

- Ook bekijk je of er professionele ondersteuning of iemand uit het netwerk (gebruik hierbij de netwerkkkaart) ingezet/ gevraagd kan worden.

- Wanneer het subdoel behaald zal worden (of wanneer er gestart gaat worden met dit subdoel).
- Datum evaluatie die overeenkomt met de data in het werkblad 'evaluatieafspraken'. Het kan dan gaan om een datum van de voortgangsbespreking of van de evaluatie van het POP. Afhankelijk van de duur van de acties. Het is handig om die datum overeen te laten komen met een datum waarop een cliëntbespreking plaats vindt (de maand volstaat). Deze data dienen ook opgenomen te worden op het blad 'evaluatie'.
- Tijd die het subdoel per week zal gaan kosten (het gaat dan om een schatting), (de kolom tijd valt overigens buiten het afdrukbereik en is alleen voor intern gebruik).

Ondersteuningsafspraken

Ondersteuningsafspraken zijn afspraken over waar de cliënt dagelijks of wekelijks op kan rekenen. Dit zijn vaste afspraken, die ook onderdeel uitmaken van het plan en daarmee van de cyclus van uitvoering, rapportage en evaluatie. Net als bij doelen geldt zonder profiel en ondersteuningsvraag geen ondersteuningsafspraken.

Door op de vraag '*Zijn er specifieke afspraken op het gebied van..*', JA te beantwoorden verschijnt een vak waarmee je kunt aangeven hoeveel afspraken er zijn op dit domein. Klik op het aantal en daarna op *Ok* en er verschijnt het gewenste aantal vakjes.

Medicatie: In het POP mag **niet** worden vermeld welke medicatie (dosering en soort medicijn) een cliënt gebruikt. Dit wordt uitsluitend vermeld op de medicatietoedieningslijst. In het POP moet wel beschreven worden waarvoor de cliënt de medicatie krijgt, bijvoorbeeld voor gedragsbeïnvloeding of voor epilepsie. *Of dat hij allergisch is voor een bepaald antibioticum* of brokjes in de vla altijd uitspuugt dus ook een pilletje die in de vla zit. Of bv hoe je hem moet begeleiden zijn medicatie op tijd in te nemen. Maar dus niet wat, hoeveel, wanneer. Deze informatie staat maar op 1 plek en dat is **de medicatietoedieningslijst (TDL) van de apotheek**.

Als een ondersteuningsafpraak een vrijheidsbeperking inhoudt, dan moet dit vastgelegd worden in het POP. Om te bepalen of iets een vrijheidsbeperking is, zijn er diverse hulpmiddelen beschikbaar. Deze zijn te vinden in het kwaliteitshandboek. Per afspraak geef je aan of het gaat om een beperking ja dan nee. Beperkingen worden ook nog apart vermeld op het werkblad 'Vrijheidsbep. Maatregelen'.

Dit werkblad verschijnt nadat op de 'inhoudsopgave' is aangegeven dat er sprake is van individuele of vrijheidsbeperkende maatregelen

De begeleidingsintensiteit heeft een link met de zorgwaarde van de cliënt dat wordt uitgedrukt in een [zorgzwaartepakket](#) (ZZP). Daarom is voor dezelfde terminologie gekozen als het CIZ hanteert:

- 1 = kan dit zelf maar iemand moet toezien/stimuleren
- 2 = kan dit slechts met veel moeite, iemand moet helpen
- 3 = kan dit niet zelfstandig, specifieke hulp is nodig

Per afspraak moet worden gekeken hoeveel tijd het uitvoeren kost per week. Het zal hierbij altijd om een schatting gaan. De uren worden automatisch opgeteld en verwerkt in het werkblad 'financiële verantwoording'.

De kolom tijd valt ook bij de afspraken buiten het afdrukbereik.

Het kan zijn dat de tabel over ondersteuningsafspraken doorloopt naar de volgende pagina. Het is niet mogelijk om de koptekst van de tabel te herhalen. Kies er dan voor om de gehele tabel op een nieuwe pagina te plaatsen.

Om te zien hoe het document er uitziet ga naar: **menubalk: 'beeld', in het lint op 'werkmappweergave' en pagina-eindevoorbeeld**. Klik (met linkermuisknop) op de regel vanaf waar je naar de volgende pagina wilt gaan, klik dan op rechtermuisknop, kies 'pagina-einde invoegen'. Door op de lijn (het pagina-einde) te gaan staan verschijnt er een pijltje en kun je de lijn iets naar beneden trekken. Door in de menubalk te klikken op 'beeld', 'normaal' kom je weer in het 'gewone' werkblad.

PRISMA

Begeleidingsmethodiek

Als er gewerkt wordt met een specifieke begeleidingsmethodiek dan vink je 'ja' aan. In het vakje dat verschijnt geef je de naam van deze methodiek weer. Voorbeelden hiervan zijn 'Meer Mens', 'Oplossingsgericht werken', 'First Things First'.

Nachtzorg

Indien er gebruik gemaakt wordt van diensten vanuit het nachtzorgcentrum, dan wordt het blad NZZOT (Nachtzorg, zorgondersteunende technieken) ingevuld, indien er tevens gebruik gemaakt wordt van wakende nachtzorg (dus bijv. niet alleen inluisteren, maar soms) komt de nachtdienst ook daadwerkelijk langs) dan worden ook de bladen NZ domein ingevuld. Afhankelijk van het kwaliteitsdomein waarop de nachtzorg betrekking heeft, wordt het blad geselecteerd. In de meeste gevallen zal dit zijn lichamelijk welbevinden (verzorging) of psychisch welbevinden (bijv. angst, dromen). Als het andere zorg betreft kies dan het blad NZ ander domein.

De werkbladen Nachtzorg worden in principe gevuld door de persoonlijk ondersteuner wonen in nauwe samenwerking met de nachtdienstmedewerker.

In de bladen NZ wordt alleen vermeld wat van toepassing is op de diensten van de nacht.

Alles wat gedaan wordt door een slaapdienst wordt *onder de domeinen van wonen geschreven*. Immers de slaapdienst is een begeleider vanuit wonen en is dus bekend met het POP. Is er sprake van zorg vanuit het nachtzorgcentrum, dit kan gaan van alleen een peerdrukker tot wakende nachtzorg, dan moeten t.b.v. dat nachtzorgcentrum de bladen NZ ZOT en/of NZ ...welbevinden ingevuld worden. Het blad NZ ZOT moet dan altijd ingevuld worden, de overige NZ bladen alleen als er sprake is van **wakende** nachtzorg. Afhankelijk van het domein waarop zorg plaats vindt, kies je een blad of eventueel meerdere bladen.

De nachtzorg krijgt naast de beschikking over de algemene gegevens van de cliënt (personalia) ook de bladen die betrekking hebben op de nachtzorg. Bij uitzondering krijgt de nachtzorg de beschikking over het hele POP als dat in het belang is van de cliënt of de veiligheid van medewerkers c.q. medecliënten (besluit teamleider en Agoog).

In de werkbladen Communicatie en Evaluatie wordt vermeld op welke wijze informatie wordt gedeeld met de nachtzorg.

Nachtzorg Zorgondersteunende technieken

Op deze pagina komt beknopt alle informatie te staan die nodig is om te kunnen inluisteren! Deze informatie gaat dus naar het zorgcentrum waar wordt ingeluisterd.

Vink aan van welke techniek gebruik gemaakt wordt. Geef daarna aan op welke wijze gereageerd moet worden. Geluid van de cliënt dat hoorbaar is en waar op gereageerd moet worden en hoe erop gereageerd moet worden. Denk hierbij aan: toespreken, er naar toe gaan, wanneer wel wanneer niet, blijven luisteren, na drie keer reageren. Maar bijvoorbeeld ook 'deur open dicht'. Hoe lang mag iemand wakker zijn. Risicovolle situaties bijv. vallen. Welke geluiden zijn bekend als iemand nat is, pijn heeft voor

eventueel een insult etc. Dit zo kort mogelijk omschrijven de uitvoerige uitleg komt in OT te staan. (Denk er dus aan ook de nachtdienst te betrekken in OT).

Bij overige aandachtspunten kun je algemenere informatie kwijt die relevant is om te weten voor de nacht, bijvoorbeeld cliënt is aan de linkerkant doof of cliënt heeft autisme dus concreet taalgebruik. Of cliënt mag wel/ geen bezoek ontvangen na 23.00 uur.

PRISMA

Nachtzorg Domeinen

Alleen dat domein selecteren dat van toepassing is

Lichamelijk welbevinden

Wat zijn dingen die je 's nachts moet weten over lichamelijk welbevinden. Bijv. als een cliënt bekend is met epilepsie of dit dan juist in de nacht vaak voorkomt. Heeft de cliënt een goed dag-/ nachtritme, heeft de cliënt veel slaap nodig? Kan de cliënt 's nachts zelfstandig naar het toilet. Decubitus preventie draaien van de cliënt 's nachts. Decubitus matras, bedrekken, kan de cliënt lopen. Seksualiteit. Droomt iemand vaak slaapt iemand naakt etc. Het gaat ook hier slechts om aandachtspunten relevant om de nacht op een prettige wijze door te kunnen komen. Bij de ondersteuningsvraag wordt beschreven welke wijze van benadering gevraagd wordt. Bijv. cliënt moet 's nachts naar het toilet begeleid worden, belangrijk is hem goed te ondersteunen omdat hij zijn evenwicht anders verliest. Bij ondersteuningsafspraken wordt de afspraak benoemd. Eenmaal per nacht wordt cliënt naar toilet begeleid, begeleider loopt aan de rechterkant en houdt zijn arm vast.

Psychisch welbevinden.

Idem als bij lichamelijk welbevinden. Denk aan punten als angsten, nachtmerries, waak- slaapritme, onrust, stress bij bepaalde geluiden, overlast.

Ander domein

Bovenaan naast nachtzorg kun je selecteren welk domein van toepassing is. Je kunt denken aan logees, (inter-persoonlijke relaties) ongewenst bezoek mee naar huis nemen 's nachts (deelname aan de samenleving of belangen), tijdstip van slapen gaan of opstaan (zelfbepaling).

ONDERDEEL C VRIJHEIDSBEPERKING

Vrijheidsbeperkende maatregelen

In dit onderdeel worden de vrijheidsbeperkende maatregelen verzameld, zodat in een oogopslag de stand van zaken inzichtelijk is. Dit onderdeel wordt dus alleen gevuld als deze maatregelen van toepassing zijn voor de cliënt. Er kan sprake zijn van:

- Individuele beperkingen overeengekomen met cliënt. Deze maatregelen zijn vaak ondersteuningsafspraken die in overeenstemming met de cliënt zijn afgesproken.
- Vrijheidsbeperkende maatregelen in het kader van de wet BOPZ/WGBO.

Maatregelen in het kader van BOPZ zullen alleen toegepast worden als er een risico managementplan aan ten grondslag ligt. Het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen bij cliënten is wettelijk gebonden aan een aantal regels. Deze regels zijn na te lezen in de [Beleidsnota vrijheidsbeperkende maatregelen](#). Meer achtergrondinformatie over de BOPZ is na te lezen in de notitie [Algemene informatie BOPZ](#) en de [Beleidsnota vrijheidsbeperkende maatregelen](#). (zie intranet/ handboek)

Verzet ja/nee moet aangevinkt worden. Wijze waarop cliënt zich verzet zal terug te vinden moeten zijn onder een van de domeinen (profiel) en de wijze waarop daar mee om te gaan bij de ondersteuningsafspraken.

Je moet je altijd de vraag stellen of de opnamestatus in overeenstemming is met de toepassing van maatregelen in het kader van de wet BOPZ. Zo niet, dan moet de juiste status

PRISMA

aangevraagd worden. Welke stappen daarvoor ondernomen moeten worden, is te vinden in het kwaliteitshandboek (Intranet).

Indien er sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen zal men bij iedere **evaluatie** stil moeten staan bij de vraag of afbouw mogelijk is en hoe men dat wil realiseren. De daaruit voortvloeiende afspraken zullen weer opgenomen moeten worden in het POP. Evaluatiemomenten van vrijheidsbeperkende maatregelen moeten tevens apart geregistreerd worden zie beleidsnota vrijheidsbeperkende maatregelen (intranet/handboek).

Huisregels worden niet vermeld in het Pop, deze zijn immers niet alleen op deze cliënt van toepassing. Huisregels moeten wel ergens worden vastgelegd, besproken en geëvalueerd, zie hiervoor de [Beleidsnota vrijheidsbeperkende maatregelen](#) (zie intranet/ handboek).

ONDERDEEL D EVALUATIE EN COMMUNICATIE

Tot slot worden er afspraken gemaakt over de evaluatie en communicatie gedurende het ondersteuningsproces. Wie moet waarover, in welke situatie worden geïnformeerd, hoe gaan we de evaluatie organiseren. Dit is een essentieel onderdeel om het werken met het POP mogelijk te maken. In dialoog met de cliënt wordt gekeken wie er bij de (jaarlijkse) evaluatie aanwezig is. Daarbij wordt nadrukkelijk meegenomen op welke wijze de cliënt zijn zeggenschap tot uiting kan brengen. Afspraken worden vastgelegd in het POP. Zie hiervoor ook Hoofdstuk 4 methodisch werken met een pop.

Evaluatie

Op het werkblad 'evaluatie' wordt vastgelegd op welk moment de evaluatie van het pop plaats vindt. In ieder geval binnen een jaar, maar in sommige situaties al eerder. Ook moet worden vastgelegd wanneer een volgende vaststelling van het POP zal plaatsvinden. Meestal zal dit tegelijk zijn met de evaluatie (Bij kinderen vindt er vaak na een half jaar een evaluatie plaats met de ouders en is er na een jaar een nieuwe vaststelling van het POP).

Gedurende het ondersteuningsproces worden zaken gevolgd en daar waar nodig bijgesteld.

In de tweede tabel op het werkblad 'evaluatie' wordt vastgelegd op welk moment de voortgang van het POP besproken wordt en wie daarbij aanwezig zullen zijn. In de meeste gevallen zal een voortgangsbespreking plaatsvinden in teamverband (begeleiders A en teamleider) eventueel aangevuld met agoog of arts. Cliënt mag hier uiteraard ook bij uitgenodigd worden. Echter meestal zal ervoor gekozen worden de begeleider A voorafgaand aan de voortgangsbespreking in gesprek te laten gaan met cliënt en of zijn netwerk en de bevindingen uit dit gesprek mee te nemen in de bespreking en de voortgangsrapportage.

(C en A van de PDCA- cyclus).

Bovenaan in de tabel bij betreft: geef je aan of het om het wonen/ ac / ac en wonen / anders gaat. Heb je meer tabelletjes nodig dan klik op een (plus) + tekenkje in de kantlijn. Er verschijnt dan een nieuwe tabel. Door op het (min) - tekenkje te klikken, verschijnt de tabel weer. Het groter maken van een tekstveld doe je zoals beschreven bij profiel. Werk je in een format van voor 1 november 2010, dan moet je het werkblad vervangen door een nieuwe versie, hoe je dat doet kun je lezen in 'wijzigingen aanbrengen in het format ' / 1-11-2010)

Communicatie

Duidelijke afspraken over het delen van informatie met het netwerk van de cliënt zijn belangrijk in de visie van Prisma. Het gaat hierbij dus om uitwisselen van informatie die niet

aan bod komt tijdens de jaarlijkse evaluatie, bijvoorbeeld bij ziekte van cliënt of verzoek om aanschaf spullen.

In het werkblad 'communicatie' wordt naast de afspraken met de wettelijke vertegenwoordigers over de uitwisseling van informatie ook vastgelegd op welke wijze de cliënt betrokken is bij de totstandkoming van het POP. Ook kan hier beschreven worden waarom de cliënt (hoewel hij daar eigenlijk toe bevoegd is) niet zelf het POP heeft ondertekend.

Zie ook de voorbeelden POP op het intranet.

Bij de uitvoering van het POP zullen over het algemeen meer disciplines betrokken zijn (denk aan arts, agoog, logopediste, fysiotherapeut). Iedere discipline kan daarbij zijn eigen doelen hebben die echter wel teruggekoppeld moeten worden, zodat evaluatie kan plaatsvinden en om te kunnen checken of ondersteuningsafspraken kunnen worden uitgevoerd. De wijze waarop de verschillende disciplines daarover elkaar informeren wordt hier vastgelegd. De cliënt heeft recht te weten wie met wie waarover informatie over hem uitwisselt.

Heb je meer tabelletjes nodig, klik dan op een (plus) + teken in de kantlijn. Er verschijnt een nieuwe tabel. Door op het (min) – teken te klikken verdwijnt de tabel weer. Het groter maken van een tekstveld doe je zoals beschreven bij profiel.

ONDERDEEL E FINANCIËLE VERANTWOORDING

Het POP is de inhoudelijke vertaling van indicatie en zorgarrangement. De **financiële verantwoording** is bedoeld om te kunnen beoordelen of de indicatie toereikend is voor de ondersteuning die wordt afgesproken. Is dit niet het geval dan zal of bekeken moeten worden of de indicatie moet worden aangepast of bekeken moeten worden of er andere keuzes m.b.t. de invulling van de ondersteuning gemaakt moeten worden.

Gedurende het ondersteuningsproces moet geregeld gecheckt worden of de geleverde ondersteuning nog in overeenstemming is met het financiële kader (de indicatie). Daarom moet deze informatie ook worden opgenomen in de cyclus van het methodisch werken met het POP.

Vooralsnog zullen we deze informatie alleen intern gebruiken. De tabellen tijdsduur bij ondersteuningsafspraken en doelen vallen daarom buiten het afdrukbereik. Het werkblad financiële verantwoording vormt op dit moment daarom nog geen vast onderdeel van het POP en hoeft dus ook niet afgedrukt te worden. Voor de gegevens die hier ingevuld moeten worden kun je terecht bij je teamleider.

In het programma van Ondersteuning Thuis wordt ook een berekening gemaakt van de ingezette uren ten behoeve van deze cliënt. Check of dit ongeveer met elkaar overeenkomt.

De uren in de blauwe kolom worden automatisch opgeteld vanuit de diverse werkbladen. De gegevens in de roze en gele vakjes kunnen respectievelijk overgenomen worden uit het indicatiebesluit en het zorgarrangement.

Bij '**verschil**' links onderin kun je zien of je ingezette uren sterk afwijken van de gefinancierde uren. Dit kan reden zijn doelen of afspraken aan te passen of te schrappen of om te bekijken of de indicatie aangepast dient te worden.

3.2.3. Afronding van het POP

1. Het *ondertekeningsformulier* kun je vinden op het intranet bij > alles over POP > formats POP.
2. Het is mogelijk **spellingscontrole** uit te voeren als je klaar bent met het POP. Helaas kan dat in Excel niet zo automatisch als in Word, maar het is mogelijk. Sla eerst je werk goed op, in het geval er iets misgaat. Per werkblad zet je de beveiliging uit, door naar extra te gaan, beveiliging opheffen. Dan kun je in hetzelfde menu 'spelling' kiezen of F7. Is de spellingscontrole voltooid, vergeet dan niet de beveiliging er weer op te zetten door naar extra te gaan, beveiliging en op OK klikken. Er zit geen wachtwoord op. De bladen communicatie en evaluatie hebben geen beveiliging omdat anders de + menuutjes niet werken, dus daar kun je zondermeer de spellingscontrole uitoefenen. Maar je kunt natuurlijk ook gewoon zonder fouten typen!
3. **Afdrukken: zie intranet > zorg > POP > handleiding POP > afdrukken POP in Excel 2010**
Logo's die digitaal wel zichtbaar zijn worden niet afgedrukt, zodat je officieel Prisma papier kunt gebruiken voor het voorblad en het ondertekeningsformulier (is dit wel het geval kijk dan op 'wijzigingen aanbrengen in het format').
De kolom tijd valt buiten het afdrukbereik.
Het kan zijn dat een tabel over ondersteuningsafspraken of doelen doorloopt naar de volgende pagina. Het is niet mogelijk om de koptekst van de tabel te herhalen. Kies er dan voor om de gehele tabel op een nieuwe pagina te plaatsen. Om te zien hoe het document er uit ziet ga naar: menubalk: 'beeld', *pagina-eindevoorbeeld*, klik (met linkermuisknop) op de regel vanaf waar je naar de volgende pagina wilt gaan, klik dan op rechtermuisknop, kies '*pagina-einde invoegen*'. Door op de lijn (het pagina-einde) te gaan staan verschijnt er een pijltje en kun je de lijn iets naar beneden trekken. Door in de menubalk te klikken op 'beeld', 'normaal' kom je weer in het 'gewone' werkblad.
4. Het definitieve pop wordt vastgesteld door **ondertekening**. Dit gebeurt met het ondertekeningformulier. Het formulier moet ondertekend worden door cliënt en/ of vertegenwoordiger en door de teamleider. 1 exemplaar is voor de cliënt en/ of zijn vertegenwoordiger , 1 exemplaar is voor Prisma en wordt opgeborgen in het dossier.
Voor de verdere stappen m.b.t. ondertekening, bespreking, etc. zie 3.1 stap voor stap en Hoofdstuk 5 gespreksvoering.

3.3 Informatie over het werken met de kwaliteitsdomeinen

Kwaliteit van bestaan en het hebben van regie over het eigen leven zijn twee belangrijke uitgangspunten in de visie van Prisma. Ook mensen met een beperking willen een leven leiden dat past bij hun mogelijkheden, wensen en ambities, daarbij zullen ze in mindere of meerdere mate een beroep doen op verschillende ondersteuningsbronnen. Prisma is verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van zorg, maar uiteindelijk is het de cliënt zelf die een invulling geeft aan kwaliteit van zijn bestaan.

Kwaliteit van leven is een breed begrip, dat zich niet eenvoudig laat vertalen naar de dagelijkse praktijk. De kwaliteitsdomeinen zijn een hulpmiddel om het abstracte begrip

'kwaliteit van leven' concreter te maken. Er kunnen acht kwaliteitsdomeinen onderscheiden worden. De acht domeinen kunnen ieder op zich beschouwd worden als een (sub-) doel van het bestaan, een levensdoel. Als er bijvoorbeeld een ondersteuningsvraag geformuleerd is op het domein Psychisch welbevinden, dan staat daaronder beschreven welke inspanningen Prisma zal verrichten (concreet uitgewerkt in doelen en/of afspraken) om het doel psychisch welbevinden te bereiken. Zorg en ondersteuning kunnen zich richten op de gehele breedte van het bestaan, en dus op alle kwaliteitsdomeinen of op een gedeelte daarvan.

Afhankelijk van wat is aangevinkt bij perspectief staat beschreven welke inspanningen van Prisma verwacht mogen worden bij het verbeteren dan wel behouden van de kwaliteit van leven. Daar waar verbetering niet mogelijk is staat beschreven wat gedaan wordt om de gevolgen van achteruitgang zoveel mogelijk te beperken.

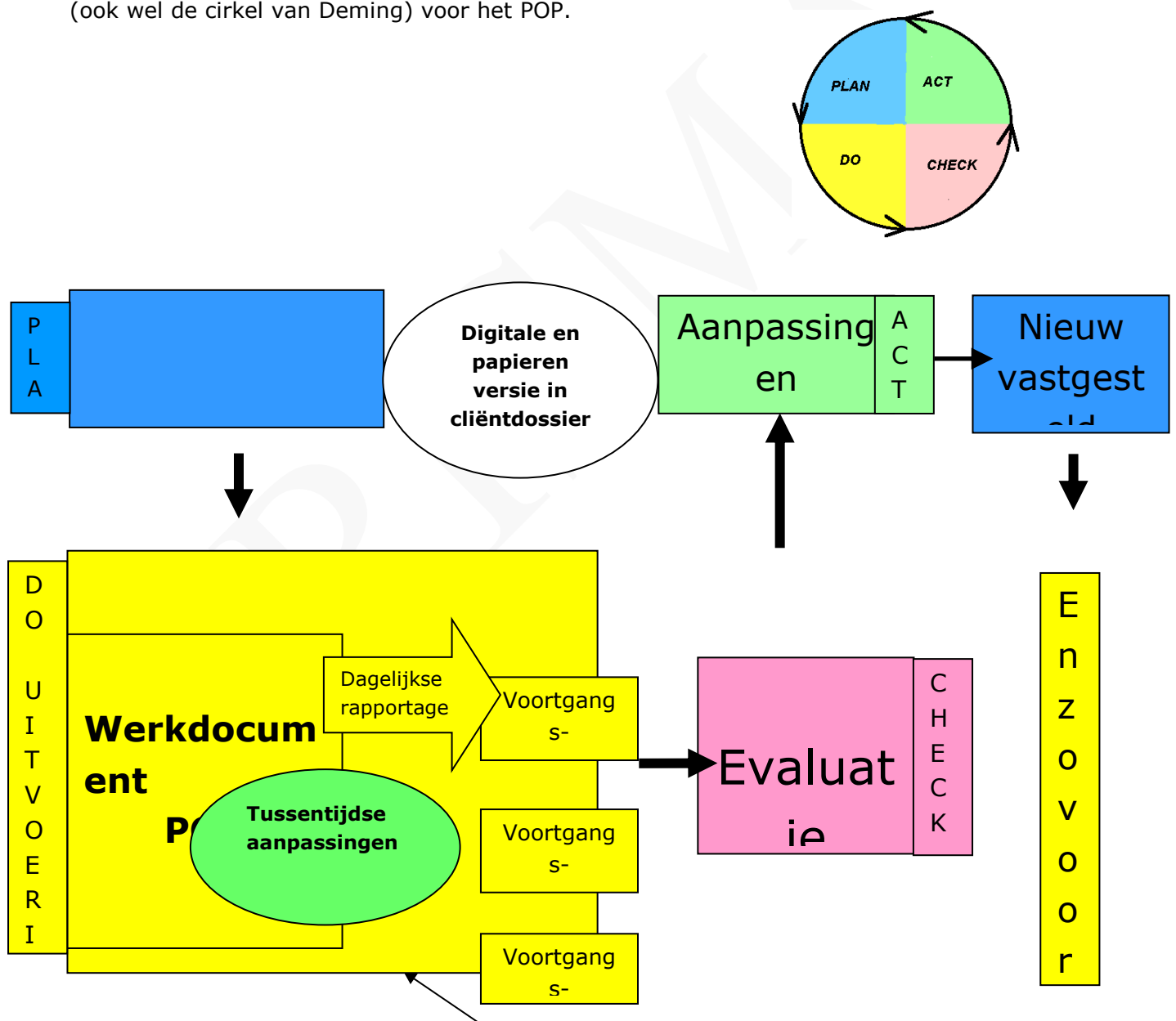
In bijlage 2 een uitgebreide uitleg over de domeinen.

Hoofdstuk 4

Methodisch werken

4.1 Werken met een pop

Doel van het schrijven van het POP is het bevorderen van het methodisch werken. Methodisch betekent in dit geval gestructureerd, volgens afspraken en met regelmatig checken of je op de goede weg zit. Plannen, uitvoeren, checken en waar nodig aanpassen. In onderstaand schema de uitwerking van de PDCA cyclus (ook wel de cirkel van Deming) voor het POP.



1		4		8		12	
POP	Voortgang	Voortgang		Voortgang	Evaluatie	POP	
Aanpassen							

Tijdspad :

In de tijdsbalk staat een richtlijn m.b.t. de frequentie van het bespreken en vaststellen van het POP. In sommige situaties kunnen er andere afspraken gemaakt worden met de cliënt. Uiteraard moeten deze dan duidelijk vastgelegd worden in het POP bij het onderdeel evaluatie en/ of communicatie.

Minimaal 1 x per jaar moet er **een evaluatie** van het POP plaatsvinden, daarbij moet dan ook bekeken worden of de profielschets of het beeldvormingsverslag aangepast/aangevuld moet worden. Ook wordt er stil gestaan bij de voorwaarden die nodig zijn uitvoering aan het POP te geven, zoals de indicatie, de woonomgeving, etc. en de vraag of de klant tevreden is over de wijze waarop hij benaderd is de afgelopen periode (zie verder bij 4.4 evaluatie). Ook het dossier moet opgeschoond worden.

Tussentijds vinden er besprekingen plaats over de **voortgang**. Dit vindt minimaal 2-3 per jaar plaats. De laatste voortgangsbespreking valt samen met de jaarlijkse evaluatie. Voortgangsrapportages en evaluatieverslagen worden minimaal 15 jaar in dossier bewaard. Na een wijziging hoeft het oude POP niet bewaard te blijven. Zie verder hoofdstuk 7 dossier.

Op intranet vind je de volgende **hulpmiddelen** om een overzichtelijke planning te kunnen maken:

Jaarplanning per cliënt. Dit is een hulpmiddel voor de persoonlijke ondersteuner om te gebruiken bij het coördineren van de werkzaamheden rondom het pop, de voortgangsrapportage etc. Gebruik het als een steuntje....niet als een papier dat je blindelings moet volgen. Blijf ook zelf nadenken.

Jaarcyclus per voorziening. Bij hulpmiddelen is een Excel bestand te vinden 'jaarcyclus per voorziening' Dit instrument is een hulpmiddel voor de teamleider en persoonlijk ondersteuners om een overzicht te krijgen van wanneer welke POP-bespreking, voortgangsbespreking, evaluatie etc. er in welke maand moet plaats vinden om de PDCA cyclus goed te kunnen uitvoeren. Ook hier weer, het is een steuntje. Beide documenten zijn te vinden onder 'hulpmiddelen POP'

4.2 Rapportage aan de hand van POP

Elk kwaliteitsdomein waarop de cliënt een ondersteuningsvraag heeft, wordt uitgewerkt in doelen en afspraken. Het stelt de begeleider en cliënt in staat om de dagelijkse ondersteuning zodanig vorm te geven dat activiteiten en aanpak bijdragen aan het bereiken van het doel.

Om het ondersteuningsproces te volgen is rapportage nodig. Rapportage en POP staan in nauw verband met elkaar.

In de rapportage moet terug te lezen zijn wat het effect is van de voorgenomen acties zoals beschreven bij de doelen en van de vaste ondersteuningsafspraken. Er wordt daarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt van vaste rapportagepunten en indien gewenst van checklists. Bij het maken van een POP, moet je al nadenken over wat je wilt weten

om later de inspanningen te kunnen evalueren. Dat bepaalt de inrichting van de rapportage. Daarnaast kan het nodig zijn een bepaald proces te volgen bijv. gewichtstoename, de schuldaflossing, het handhaven van een bepaalde afspraak. Ook hiervoor kunnen rapportagepunten worden opgesteld. Alleen op die kwaliteitsdomeinen waar ondersteuning op plaatsvindt, wordt gerapporteerd, daarnaast is er ruimte voor het rapporteren van bijzonderheden en onverwachte gebeurtenissen.

Rapporteer in termen van concreet gedrag: het liefst zo specifiek mogelijk. In plaats van Henk had het niet meer helemaal op een rijtje', 'Henk bleef staan, keek op afstand naar wat er gebeurde en sloeg zichzelf tegen zijn oren, hij maakte een verwarde indruk.' Houd observaties en interpretaties uit elkaar. Vermeld in eerste instantie wat de feiten zijn en vervolgens welke interpretatie hieraan gekoppeld kan worden. Vermeld hierbij dat het gaat om een mening.

Voor een format van de rapportage zie intranet.prismanet.nl. Er zijn twee versies, eentje waarbij je per dag een kruisje kunt zetten, eentje waarbij per dag twee diensten in kunt vullen, avond en ochtend. Bekijk welk format binnen jullie voorziening het handigste werkt.

De dagelijkse rapportage wordt periodiek door de persoonlijk ondersteuner omgezet naar de voortgangsrapportage. De dagelijkse rapportage hoeft niet bewaard te worden.

4.3 Rapportage aan de hand van POP

Doel van de voortgangsrapportage is het registreren of de uitvoering van het persoonlijk ondersteuningsplan verlopen is zoals afgesproken én welke invloed dat heeft gehad op het gedrag en het welbevinden van de cliënt. De voortgangsrapportage is een samenvatting van de dagelijkse rapportage. Niet in de zin van een letterlijke opsomming van gebeurtenissen, maar in de zin van een beschrijving van hoe het proces is verlopen. Was de manier van werken goed en wat was het effect op het gedrag van de cliënt. Bevindingen van betrokkenen (uiteraard de cliënt of zijn vertegenwoordiger maar ook bijv. de agoog, arts, etc.) worden meegenomen in de voortgangsrapportage.

Zie voorbeeld voortgangsrapportage op het intranet.

Gebruiksaanwijzing Voortgangsrapportage

Het format voortgangsrapportage is te vinden op het intranet > format rapportage POP. Per jaar gebruik je 1 format.

1. Invullen gegevens bovenaan:
 - a. Vul bij datum pop de datum in die staat op het definitieve POP en op het ondertekeningsformulier ter vaststelling van het POP.
 - b. Datum van de evaluatie staat in het POP beschreven onder het werkblad 'evaluatie' . Veelal zal dit 1 x per jaar zijn maar het kan ook vaker, naar gelang er is afgesproken met cliënt en/ of vertegenwoordiger.
 - c. Data voortgangsbespreking: Vul hier iedere keer als er een voortgangsbespreking is geweest de datum van die bespreking in. Meestal is dat zo'n drie tot vier keer per jaar, maar het kan ook vaker of minder vaak, naar gelang is afgesproken met cliënt en/ of vertegenwoordiger. Frequentie wordt onder andere bepaald door de snelheid van ontwikkelingen en veranderingen.
 2. Per kwaliteitsdomein wordt er een aparte rapportagetabel gebruikt. Kijk in het POP hoeveel kwaliteitsdomeinen er van toepassing zijn. Kopieer voor ieder domein een tabel.
Je doet dat als volgt :
 - a. Klik met je rechtermuisknop op 
 - b. Kies 'kopieëren'
 - c. Ga met de cursor naar een plek onder de eerste tabel en klik op plakken
 - d. Herhaal dit zo vaak als nodig.
 - e. Zorg dat de tabel bijzonderheden onderaan blijft staan.
 3. Vul linksboven in het blauwe vakje 'kwaliteitsdomeinen' om welk domein het hier gaat.
 4. Neem de doelen over uit het POP.
 5. Beschrijf per doel hoe het die periode is verlopen . Het gaat om een beschrijving van het proces. Per periode beschrijf je de voortgang.
 6. Per periode geef je aan wat de conclusie is tot nu toe. Dit is niet meer dan aangeven of het doel behouden blijft, verandert dan wel komt te vervallen.
 7. Als een doel verandert of vervalt, voer je deze veranderingen door in het POP (werkdokument).
 8. Eventueel kan er n.a.v. de voortgang besloten worden een nieuw doel te formuleren, deze kunnen onderaan de tabel worden toegevoegd.
-
9. Hetzelfde geldt voor de ondersteuningsafspraken. NB je hoeft niet alle afspraken apart te benoemen, je mag ook alleen de gewijzigde of het algemene beeld beschrijven (zie voorbeeld).
 10. In de tabel 'bijzonderheden' kunnen speciale gebeurtenissen of veranderingen beschreven worden.
 11. Deze bijzonderheden kunnen soms leiden tot een nieuw doel of afspraak. Als dat zo is dan noteer je dat kort bij de conclusie.
 12. Het nieuwe doel of de afspraak worden ook weer meegenomen in de volgende voortgangsbespreking en moeten daarom genoteerd worden als bij bovenstaande punten zie 8 +9.
 13. Ook deze verandering moet verwerkt worden in het POP (werkdokument).
 14. Er is in de tabellen rekening gehouden met 4 voortgangsbesprekingen per jaar. Indien gewenst kun je rijen toevoegen of verwijderen. Invoegen: ga naar 'tabel' bovenin de werkbalk, kies invoegen rijen. Verwijderen: selecteer de cellen, 'delete' en kies 'hele rij verwijderen'.

4.4 Evaluatie

De voortgangsrapportage is een belangrijk instrument voor de evaluatie en de bijstelling van het POP. Checken of wat je doet ook het gewenste effect heeft, doe je niet slechts 1 x per jaar. Je blijft immers niet doorgaan met iets als je merkt dat het

niet werkt of als de omstandigheden zijn veranderd. Binnen de uitvoeringsfase (DO) vindt ook een check (C) en zonodig aanpassing (A) plaats.

Evaluatie van het gehele POP vindt (minimaal) 1 x per jaar plaats, ook moet het POP opnieuw worden ondertekend. Zie een voorbeeld van een evaluatieverslag op het intranet.

De evaluatiebespreking is ook een uitgelezen moment om even stil te staan bij een aantal andere punten.

1. is de klant tevreden?
2. zijn er voldoende voorwaarden om uitvoering te geven aan het POP?
3. zijn alle documenten op orde (o.a. cliëntdossier, Ondersteuning Thuis, beeldvorming/profielschets, een niet reanimeren beleid, een signaleringsplan, een risicotaxatie, een CEP)?

Kortom alle belangrijke documenten uit het dossier moeten ook bekeken worden op hun actualiteit en relevantie. Indien nodig doe je dat natuurlijk ook tussentijds.

NB Middelen en maatregelen hebben in principe een cyclus van evaluatie iedere drie maanden. Neem dit mee in je jaarcyclus

Onder het kopje 'verantwoording' in het evaluatieverslag wordt gevraagd naar de twee bovenste punten. Ook het **evaluatieverslag** wordt **ondertekend**. Ondertekening kan plaats vinden met behulp van hetzelfde ondertekeningformulier als van het POP.

Zie gebruiksaanwijzing voor verdere uitleg.

Gebruiksaanwijzing Evaluatieverslag

1 t/m 4 : zie voortgangsrapportage

5. Beschrijf het resultaat van de inspanningen van het afgelopen jaar , wat is er bereikt?
6. Beschrijf de eindconclusie.
7. Op basis van de evaluatie worden doelen en afspraken aangepast in het POP. Het POP wordt opnieuw vastgesteld en ondertekend.
8. Voorwaarden
 - a. Klanttevredenheid. Op vier punten wordt gevraagd naar de tevredenheid van de klant. Dit kan zijn de cliënt zelf of zijn (wettelijke) vertegenwoordigers. Voor voorbeeldvragen zie voorbeeldvragenlijst (intranet hulpmiddelen POP).
 - b. Bij wettelijke kaders kun je denken aan juridische status, middelen en maatregelen e.d.
 - c. Bij financiële kaders kun je denken aan de indicatie, andere financieringsmogelijkheden e.d.
 - d. Bij zorginhoudelijk kun je denken aan deskundigheid medewerkers, inzet expertise e.d.
 - e. Zie hoofdstuk 2 voor aanpassingen aan beeldvorming of profielschets.
9. Het evaluatieverslag wordt samen met de verslagen van de voortgang toegevoegd aan het dossier. (zie hoofdstuk 7)

4.5 Methodisch werken in de praktijk

Aan de hand van de rapportage wordt de voortgangsrapportage geschreven, deze wordt besproken tijdens het cliëntoverleg. De persoonlijk ondersteuner zorgt ervoor dat ook de cliënt op gepaste wijze betrokken wordt bij de voortgang (Dit kan bijvoorbeeld zijn door een aantal gesprekken vooraf of door hem/ haar uit te nodigen voor de bespreking. Afhankelijk van wensen en mogelijkheden).

De persoonlijk ondersteuner draagt er zorg voor dat de deelnemers aan dit overleg van tevoren de voortgangsrapportage hebben kunnen lezen. Eventuele aanvullingen op de voortgangsrapportage n.a.v. de bespreking worden verwerkt door de persoonlijk ondersteuner. De voortgangsrapportage wordt opgenomen in de cliëntmap en indien gewenst verstuurd aan betrokkenen.

Aan het eind van het jaar wordt de evaluatie (samen met de voortgang van de laatste periode) besproken in het cliëntoverleg. Eventuele aanvullingen worden verwerkt door de persoonlijk ondersteuner. Afhankelijk van de situatie worden ook nachtzorg en Ac daarbij betrokken. Vervolgens wordt gekeken op welke punten het POP moet worden aangepast. Ook het beeldvormingsverslag of de profielschets worden waar nodig bijgesteld. Aanpassingen, voortgang en evaluatie worden besproken met cliënt en/ of zijn netwerk (zie hiervoor ook 5.2).

Er vindt opnieuw een ondertekening van het POP plaats. Ondertekening moet **binnen** het gestelde jaar plaatsvinden. (óp de datum of ervoor maar niet een dag later!) In de meeste gevallen zal de ondertekening plaats vinden vlak na een POP bespreking.

In onderstaand schema een overzicht van de fasen in het methodisch werken met de daarbij horende documenten en overlegvormen.

FASE IN METHODISCH PROCES	DOCUMENTEN	OVERLEG
PLANNING	❖ POP. ❖ ONDERTEKENINGSFORMULIER ❖ BEELDVORMINGSVERSLAG (behandelaar) of PROFIELSCHETS.	POP- bespreking met cliënt en/ of zijn vertegenwoordiger. Voor nieuwe cliënten 6 weken na aanvang daadwerkelijke

FASE IN METHODISCH PROCES	DOCUMENTEN	OVERLEG
	Bovenstaande documenten worden opgeborgen in het DOSSIER ❖ WERKDOCUMENT POP Opgenomen in de CLIËNTMAP voor dagelijks gebruik. (kan zowel digitaal als op papier zijn): ❖ ONDERSTEUNING THUIS Bijlagen met eventuele uitwerking van een dagprogramma , een signaleringsplan, pictosysteem etc.	ondersteuning.
UITVOERING	❖ WERKDOCUMENT POP ❖ RAPPORTAGE-FORMAT (incl. eventuele Checklisten of observatielijsten) ❖ VOORTGANGSRAPPORTAGE	Overdrachten zowel mondeling als schriftelijk via de RAPPORTAGE en eventuele checklisten Tussentijdsoverleg (minimaal 2-3 x per jaar, vaker indien nodig) Dit kan in de vorm van: ○ Clïëntoverleg (a.d.h.v. voortgangsrapportage) ○ Telefonisch overleg ○ Multidisciplinair overleg ○ Wie daarbij aanwezig zijn en de frequentie is afhankelijk van de ondersteuningsvraag van de cliënt. (Is vastgelegd op het werkblad evaluatie en het werkblad communicatie in het POP)
Tussentijdse AANPASSING	Werkdocument POP en OT aanpassen Deze moeten namelijk altijd actueel zijn.	
Bovenstaande cyclus herhaalt zich tussentijds zo vaak als nodig		
CHECK	❖ EVALUATIEVERSLAG	Evaluatiebespreking: 1 x per jaar Vindt plaats in het clïëntoverleg en valt samen met de laatste voortgangsbespreking van dat jaar. Evaluatie van de <i>nachtzorg</i> wordt meegenomen in de evaluatie van wonen. Evaluatie AC en Wonen vindt gezamenlijk dan wel apart plaats naar gelang is afgesproken.

AANPASSING	POP, Beeldvormingsverslag of Profielschets, OT, Bijlagen aanpassen. Het Dossier wordt opgeschoond.	
PLANNING	Er vindt opnieuw een ondertekening van het POP plaats d. m.v. het ONDERTEKENINGSFORMULIER Dit komt samen met een exemplaar van het nieuwe POP, de voortgangsrapportage van het afgelopen jaar en het evaluatieverslag, in het dossier. Het oude POP mag worden vernietigd, de voortgangsrapportage en het evaluatieverslag blijf minimaal 15 jaar bewaard. Etc. zie boven	POP- bespreking Besproken worden de voorstellen t. a .v de wijzigingen in het POP en de voortgang en evaluatie van het afgelopen jaar.
UITVOERING	Etc.....	
CHECK	Etc.	

Hoofdstuk 5

Gespreksvoering over het POP met de cliënt

5.1 Ten behoeve van de totstandkoming van het POP

Het POP is het resultaat van de dialoog tussen cliënt/ vertegenwoordiger en Prisma over de wijze waarop invulling gegeven gaat worden aan de ondersteuningsvragen van de cliënt. Er zijn diverse manieren om daarover in gesprek te gaan (gesprek moet je hier zien in de breedste zin van het woord, dat kan ook zonder gesproken taal). Op het intranet zijn hier diverse hulpmiddelen voor te vinden (zie POP/hulpmiddelen). Zo is er een **hulpkaart** waarmee je met de cliënt in gesprek kunt gaan over wat de cliënt zelf kan, waar familie bij ondersteunt en wat Prisma kan doen. Zo is er een **handreiking gespreksvoering** volwassenen en een voor kinderen. Er is een vragenlijst '**mijn plan**'. Er is een **checklist** waarmee je na kunt gaan welke ondersteuningsvragen er liggen rondom het omgaan met medicatie, een **hermeneutische cirkel** om de seksualiteitsbeleving in beeld te brengen etc. Deze hulpmiddelen zullen in de toekomst nog verder uitgebreid worden.

5.2 De POP-bespreking

In principe heeft de cliënt het recht aanwezig te zijn bij de uiteindelijke bespreking en vaststelling van het POP. Het mag, het moet niet. Ook zal het in sommige situaties wenselijk zijn de cliënt gedeeltelijk of helemaal niet aanwezig te laten zijn. Afspraken hierover, met argumentatie, dienen te worden vastgelegd in het POP. De wijze waarop de POP-bespreking plaatsvindt valt onder de verantwoordelijkheid van de teamleider in samenspraak met betrokkenen. Meestal is het bladzijde voor bladzijde doornemen van het hele POP niet echt prettig. Door van tevoren het POP toe te sturen en aan te geven bij welke punten nog even extra stil gestaan wordt tijdens de bespreking wordt de dialoog en het bespreken van de echt belangrijke punten bevorderd. Ook is het een idee een aangepaste agenda met bijv. picto's voor de cliënt te maken met punten die voor hem echt belangrijk zijn. Na het bespreken van deze punten kan er dan voor gekozen worden de cliënt weg te laten gaan, waarna er nog ruimte is met de vertegenwoordigers andere punten door te nemen. Uiteraard alles afgestemd op de situatie, de mogelijkheden en de wensen van cliënt en andere betrokkenen.

Volgens de afspraak gemaakt bij het introductiegesprek wordt 6 weken na aanvang van de ondersteuning het POP besproken met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger. De persoonlijk ondersteuner bepaalt samen met de cliënt wie verder aanwezig zijn bij deze bespreking. In deze bespreking wordt tevens gekeken of het zorgarrangement passend is en of de indicatie toereikend is en wordt een inschatting gemaakt voor hoe lang. Dit

i.v.m. de afspraken over de datum van evaluatie. Er worden communicatieafspraken gemaakt en vastgelegd in het POP (werkblad communicatie), zoveel mogelijk met concrete data. Ook is er gelegenheid om de profielschets, netwerkkaart en/of het beeldvormingsverslag aan de orde te stellen tijdens deze bespreking.

5.3 De evaluatiebespreking (= Popbespreking)

De evaluatie van het POP is het moment waarop vraag van de cliënt en aanbod van Prisma opnieuw op elkaar afgestemd kunnen worden. De cliënt krijgt expliciet gelegenheid om wensen te uiten, vragen te stellen en opmerkingen te maken over de ondersteuning. De wijze waarop de cliënt betrokken wordt bij de evaluatie is afhankelijk van mogelijkheden en wensen van de cliënt. Het kan zijn dat betrokkenheid en zeggenschap gegarandeerd worden door de cliënt bij de jaarlijkse evaluatie aanwezig te laten zijn, maar het kan ook zijn dat in zo'n gesprek juist de cliënt helemaal zijn zegje niet durft te doen en dat zeggenschap veel beter gegarandeerd wordt door een 1 op 1 gesprek met zijn persoonlijk begeleider of zijn ouders of nog iemand anders. Ditzelfde geldt overigens ook voor de cliëntvertegenwoordigers.

In ieder geval ga je in de evaluatie samen met de cliënt terug kijken welke doelen zijn behaald en hoe tevreden iedereen is over de manier waarop het is gegaan. Vervolgens wordt vooruit gekeken naar de doelen en afspraken die voor de komende periode worden vastgelegd en welke communicatieafspraken worden gemaakt. Daarmee is de evaluatie tweeledig; het gaat om een terugblik en een vooruitblik.

Evalueren is het terugkijken op wat je bereikt hebt en op wat (nog) niet is gelukt. Het gaat om een waardeoordeel dat achteraf gegeven wordt over de dienstverlening. Wat waren de succesfactoren en hoe kan je daar in de toekomst nog meer profijt van hebben? Maar ook leren van je mislukkingen: welke dingen heb je over het hoofd gezien en hoe kan je daar de volgende keer wel rekening mee houden?

In het evaluatie format is er naast ruimte om per domein stil te staan bij de resultaten ook ruimte stil te staan bij de tevredenheid van de klant. Bij 'hulpmiddelen' op het intranet zijn vragen te vinden die kunnen helpen bij het voeren van een gesprek over de klanttevredenheid.

De evaluatie kan leiden tot aanpassingen in het POP, de bijlagen en de beeldvorming. Deze worden verwerkt en uiteindelijk ter goedkeuring voorgelegd aan de cliënt. Evaluatie en voorstellen tot aanpassingen zullen veelal in 1 bespreking worden doorgenomen. Na afloop van de bespreking kan het definitieve POP met het ondertekeningformulier worden toegestuurd aan cliënt en/ of vertegenwoordiger.

Het POP is steeds geldig voor 1 jaar, Het Pop moet jaarlijks opnieuw worden vastgesteld en ondertekend. Dit moet plaats vinden binnen het jaar, dus de datum van vaststelling mag niet het jaar overschrijden.

Wat is nu de datum van vaststelling? Dat is de datum waarop je de definitieve versie gereed hebt gemaakt en afdrukt voor verzending aan vertegenwoordiger/ cliënt en voor opberging in het dossier. Deze datum staat op het blad personalia, helemaal onderaan. Deze datum neem je over op het ondertekeningformulier. Achter persoonlijk ondersteuningsplan dd: ,schrijf je deze datum. In de rijen eronder komen de handtekening van de vertegenwoordiger en/ of cliënt en de vertegenwoordiger van Prisma (in de meeste gevallen is dat de Teamleider) De datum van ondertekening kan

verschillen van de datum van vaststelling. Hier mag niet meer dan 2 weken verschil tussen zitten.

Nb per 1 april 2012 wordt gelijktijdig met de ondertekening van het POP toestemming gevraagd om het dossier te mogen inzien bij materiele controle door zorgkantoor.

PRISMA

Hoofdstuk 6

Hulpbronnen

6.1 POPdesk en secretariaat

Naast deze praktische handleiding is er een **helpdesk** ingericht waar je met je vragen terecht kunt. Deze helpdesk is te bereiken via mail popdesk@prismanet.nl. Binnen twee werkdagen kun je dan een antwoord verwachten op je vraag. Wekelijks worden de meest gestelde vragen met antwoord verzameld en geplaatst op het INTRANET onder POP/ vragen en voorbeelden.

Heb je ondersteuning nodig bij het werken in het format of het verwerken van het POP, zoals het afdrukken, het versturen, het controleren op spelling etc. , dan kun je bellen met het secretariaat in Waalwijk (0416 – 67 1300) of via mail Secretariaat@prismanet.nl

Neem gerust contact met ze op en overleg wat ze voor je kunnen betekenen.

Er staan ook voorbeelden op het intranet. (zie vragen en voorbeelden)

6.2 Scholing

Om op een juiste manier een POP te maken is het volgen van scholing een vereiste. Welke scholing jij nodig hebt, hangt af van je ervaring en je vooropleiding. Op het intranet is onder POP/ Scholing een schema geplaatst wat je kan helpen een juiste keuze daarin te maken.

Er is een verkorte cursus van één dag, bedoeld voor medewerkers die wel bekend zijn met het schrijven van zorgplannen maar nog geen kennis hebben van de systematiek die Prisma daarvoor gebruikt. En er is een uitgebreide cursus. Tijdens deze cursus werk je ook direct aan een POP. Aan het einde van de vijf dagdelen ben je zo goed als klaar met een POP, mits je er tussentijds voldoende aan hebt kunnen werken. Dat laatste is een voorwaarde om aan de cursus deel te kunnen nemen en een noodzaak om voldoende rendement te halen uit de training. Naast de verkorte en uitgebreide cursus is er een verdiepingsmodule, deze is bedoeld voor mensen die al een cursus gevolgd hebben en al een (of meerdere) POP geschreven hebben, maar graag nog wat aanwijzingen krijgen om de kwaliteit van het POP en het werken met het POP te verbeteren (zie voor informatie hierover het intranet).

6.3 Coaching

Heb je scholing gevolgd, maar toch nog wat extra hulp nodig bij het schrijven dan wel werken met het POP, dan kun je in overleg met je teamleider extra coaching vanuit support aanvragen. Ook de informatie hierover is te vinden op het intranet.

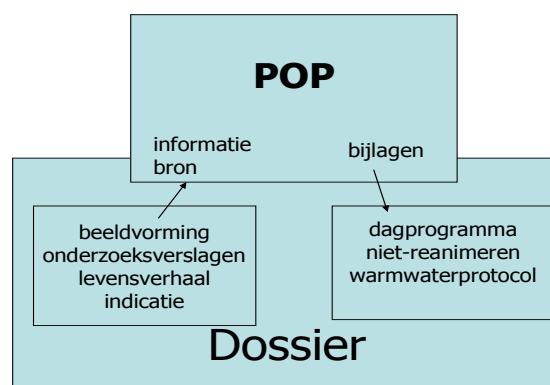
Hoofdstuk 7

Dossier cliënt

Het POP maakt onderdeel uit van het cliëntdossier. Het geaccordeerde exemplaar (waarvan de datum overeenkomt met de vermelding op het ondertekeningsformulier) wordt bewaard in het cliëntdossier en vervangen indien er weer een nieuwe ondertekening heeft plaatsgevonden. Is er zowel sprake van wonen als AC, dan dient er in beide dossiers een **volledig pop en ondertekeningformulier** te zitten. Op AC mag het ondertekeningsformulier een **kopie** zijn. De digitale vastgestelde documenten POP worden bewaard door zowel de teamleider van wonen als van AC.

In het cliëntdossier zit meer dan alleen het POP, bijvoorbeeld ook de zorg- en dienstverleningsovereenkomst, verslagen van medische en/of psychologische onderzoeken, een beeldvormingsverslag of profielschets, een levensverhaal maar ook het warm- waterprotocol, een niet- reanimeren beleid. Ook het bewijs van de vertegenwoordiging door bijvoorbeeld een curator of voogd dient te zijn opgenomen in het dossier van de cliënt. Zie handleiding dossiervorming in het kwaliteitshandboek.

Diverse stukken uit het dossier kunnen dienen als informatiebron voor het POP. Ook kan het zijn dat er in het POP verwezen wordt naar bijlagen die in het dossier zijn opgeborgen.



Bedoeling is dat het dossier regelmatig wordt opgeschoond. Oude niet meer relevante stukken kunnen eruit, nieuwe moeten erin. Het opschonen van het dossier is gekoppeld aan de evaluatie van het POP. Immers worden dan ook vaak nieuwe stukken toegevoegd. Het POP, de voortgangsrapportage en evaluatieverslagen worden minimaal 15 jaar bewaard. Belangrijke punten uit de evaluaties worden meegenomen in de beeldvorming/ profielschets. Een beeldvorming/ profielschets hoeft na wijziging niet bewaard te worden. Ook het werkdocument POP hoeft niet bewaard te worden, alleen

het vastgestelde definitieve POP. In het werkdocument mogen tussentijdse wijzigingen worden aangebracht.

NB medicatie-aftekenlijsten moeten ook 15 jaar bewaard blijven.

Als je documenten vindt die vijftien jaar en ouder zijn kijk dan nog even of er nog relevante gegevens in staan die evt. nog niet elders terug te vinden zijn. Is dat niet het geval dan mag het verslag vernietigd worden. Is het na een evaluatie van bv een heel hectisch jaar dan bewaar je het document wel langer en maak je achterin het dossier een tabblad "overig", daarachter bewaar je dit document dan....zolang als nodig. Kijk bij de jaarlijkse opschoning van het dossier ook altijd even of het toch nog weg kan..... Alles moet vooralsnog op papier in het dossier bewaard worden, waar mogelijk bewaar je het ook digitaal.

Het secretariaat bewaart persoonlijke plannen en andere stukken die zij digitaal hebben uitgewerkt voor een cliënt niet meer.

Voor verdere informatie over het dossier zie 'handleiding dossiervorming' in het kwaliteitshandboek op het intranet.

Bijlagen

Bijlage 1 Taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het maken van een POP

Functionaris	Taak	Bevoegdheid	Verantwoordelijkheid
klantbegeleider	Beeld vormen Informatie uit intake verwerken in plan Adviseren / ondersteunen bij herindicatie	Schrijven van het 1 ^e plan bij een nieuwe cliënt Adviseren over het plan	Toetsen of informatie uit intake volledig en juist is verwerkt Toetsen volledigheid en juistheid voor indicatiestelling
Persoonlijk begeleider	Beeld vormen en evt profielschets schrijven Opstellen plan Uitvoeren en voortgang bewaken van het plan Evalueren plan	Schrijven van het plan	Toetsen van de volledigheid en juistheid van het plan
Overige begeleiders	Ondersteunen Persoonlijk begeleider bij het maken van een POP. Uitvoeren POP Rapporteren		
Gedragswetenschapper (orthopedagoog of psycholoog) (indien van toepassing)	Adviseren over inhoud plan Toetsen plan (o.a. Bopz) Bewaken multidisciplinaire afstemming Schrijven van een beeldvormingsverslag	Adviseren over het plan ZZP 6 en 7 medeondertekenen POP	Adviseren en toetsen inhoud Toetsen (o.a. Bopz) Afstemming tussen disciplines Integrale Beeldvorming
Teamleider	Omstandigheden creëren om plan te maken (jaarplanning, tijd, geld, vakkennis en middelen) Toetsen plan	Vaststellen plan	Toetsen van de integrale haalbaarheid van het plan Actualiteit van het plan
Arts/ paramedici en therapeuten (indien van toepassing)	Adviseren over inhoud plan Toetsen plan Bewaken multidisciplinaire afstemming	Alleen de arts: Accorderen van inzet vrijheidsbeperking, dwangbehandeling, middelen en maatregelen in het kader van de Bopz	Adviseren en toetsen inhoud Toetsen afstemming tussen disciplines
Cliënt	Informatie verstrekken	Vaststellen plan	Toetsen van de volledigheid en juistheid van het plan

Wettelijke vertegenwoordiger	Informatie verstrekken	Vaststellen (BOPZ-) plan	Toetsen van de volledigheid en juistheid van het plan
------------------------------	------------------------	--------------------------	---

PRISMA

Bijlage 2 Kwaliteitsdomeinen

Er zijn 8 dimensies die bepalend zijn voor de kwaliteit van bestaan. Deze zijn universeel en gelden voor ieder mens. Deze 8 dimensies zijn richting gevend voor de ondersteuning die geboden wordt en daarom als leidraad opgenomen in het POP.

Onderstaande lijst is zeker niet uitputtend maar slechts bedoeld als hulpmiddel bij de vorming van je gedachten over welke punten van aandacht er voor jouw cliënt op dat domein kunnen liggen. Ook zullen lang niet alle genoemde aandachtspunten relevant zijn voor deze cliënt. Alleen als Prisma ondersteuning biedt op dat punt wordt het vermeld in het POP.

1: Lichamelijk welbevinden.

Bij lichamelijk welbevinden gaat het om het optimaliseren van de gezondheid van de cliënt en om maatregelen die de gezondheid van de cliënt verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan. Gezondheidsbewaking maakt altijd onderdeel uit van de ondersteuning, hoe is afhankelijk van mogelijkheden en beperkingen van de cliënt Dit betekent dat met de cliënt wordt afgesproken waarin hij ondersteund zal worden met betrekking tot zaken als (zelf-)verzorging, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), eten en drinken, algemene gezondheid en de balans tussen activiteit en voldoende ontspanning, rust en slaap.

Te denken valt aan:

- ziekte
- medicatie (uitzetten, bestellen, innemen)
- persoonlijke verzorging (wassen, kleden, zindelijkheid, nagels, oren, menstruatie, zalfjes)
- motoriek
- bijkomende handicaps (gehoor, visus, lichamelijk)
- voorzieningen, hulpmiddelen waar cliënt gebruik van maakt (tillift, prothese, bestek)
- eten, voeding, tussendoortjes, gewichtscontrole
- bezoek arts, kapper e.d.(afspraak maken, brengen)
- dag-/nachtritme
- anticonceptie, risico ongeplande zwangerschap

2: Psychisch welbevinden

Psychisch welbevinden gaat over zaken als een positief zelfbeeld hebben, zich thuis (veilig) voelen in de woonomgeving, werkomgeving en/of dagbestedingsomgeving, begrepen worden door mensen die voor de cliënt belangrijk zijn, positieve reacties krijgen van anderen. De ondersteuning is er op gericht de beleving van de cliënt van zijn psychisch welbevinden te verbeteren en op maatregelen die het psychisch welbevinden verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan.

Te denken valt aan:

- basisveiligheid
- zelfbeeld, gelukkig voelen
- levensbeschouwing
- seksualiteit en lichaamsbeleving, prettige of vervelende ervaringen
- verslaving
- prikkelgevoeligheid
- emoties, herkennen, beleven, frustraties, verdriet

3: Inter-persoonlijke relaties

Bij inter-persoonlijke relaties gaat het om het opbouwen en onderhouden van relaties met anderen, zowel in aantal als in de kwaliteit van de relatie, en het omgaan met genegenheid en intimiteit.

Communicatie is essentieel voor relaties. Het is belangrijk om betekenisvolle, waardevolle relaties te hebben met mensen die je dierbaar zijn. Dit kan om specifieke aandacht en ondersteuning vragen.

De ondersteuning is er op gericht om de beleving van de cliënt van het aantal en de kwaliteit van zijn persoonlijke relaties te verbeteren en op maatregelen die dit verbeteren, in stand houden of verslechtering tegengaan.

Te denken valt aan:

- netwerk/vriendenkring
- interacties en relaties, inleven in de ander
- omgang met medecliënten, begeleiders
- accepteren van ondersteuning
- communicatie
- weerbaarheid
- seksualiteit en intimiteit met anderen
- logeren elders of iemand anders bij cliënt

4: Deelname aan de samenleving

De ondersteuning is er op gericht om een zo groot mogelijke deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Dit houdt in dat de cliënt ondersteund kan worden bij het aanleren van vaardigheden, het in stand houden van werkrelaties, het onderhouden en leggen van contacten met lokale voorzieningen als dienstverlening, club- en buurthuiswerk, kerken, vrijwilligerswerk, winkels in de onmiddellijke woonomgeving, voorzieningen voor dagbesteding en bedrijven. Samen met professionals kan de cliënt zoeken naar gebieden waar zijn belangstelling naar uit gaat, welke vaardigheden hij daarvoor nodig heeft en welke ondersteuning hij daarbij wil of nodig heeft. Ook moet gekeken worden naar de mobiliteit van de cliënt, kan hij zich voldoende verplaatsen.

Te denken valt aan:

- woonomgeving
- dagbesteding/werk
- vrije tijd/uitgaan
- internet
- verkeersveiligheid
- openbaar vervoer, taxi, brommer
- melden weggaan en terugkomst
- onacceptabel gedrag bijv. stalken, diefstal

5: Persoonlijke ontwikkeling

Het is van belang om je te kunnen ontplooien en ontwikkelen. Indien de cliënt daar behoefte aan heeft, wordt ondersteuning geboden bij het zoeken van scholing en mogelijkheden om dingen te leren en ervaringen op te doen en bij het zoeken naar werk of alternatieven daarvoor. De eigen mogelijkheden en kwaliteiten van cliënten worden benut. De cliënt kan nieuwe dingen ondernemen en zijn eigen creativiteit uiten. De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de ontplooiingsmogelijkheden van de cliënt, zodanig dat dit leidt tot voldoening en bevrediging bij de cliënt.

Te denken valt aan:

- uitbreiden praktische vaardigheden, koken, boodschappen, huishouden, internet, financiën
- cognitie/informatieverwerking
- sociale vaardigheden

- kennis
- tevredenheid/voldoening/status

6: Materieel welzijn

Bij materieel welzijn gaat het om het optimaliseren van de beleving van de cliënt van zijn materieel welzijn en om het optimaliseren van de sociaal-economische situatie van de cliënt.

Het gaat hier om (ondersteuning bij) activiteiten die leiden tot een doelmatig financieel beheer en om huisvesting, indien de cliënt hier behoefte aan heeft. Inspanningen richten zich op een kwalitatief verantwoorde woonsituatie die voldoet aan bouwkundige en functionele maatstaven waarin een optimale zelfredzaamheid bereikt kan worden. Ook is het van belang dat je huisvesting voor jezelf en voor anderen zo goed mogelijk bereikbaar is (openbaar vervoer, toegankelijkheid e.d.).

Te denken valt aan:

- geldzaken, pinpas
- bezittingen, aanschaf kleding, andere zaken
- huisvesting/wonen, geschikte woning of is het gewenst iets anders te zoeken
- werkplek, aanpassingen nodig, bepaald spelmateriaal, knuffel
- salaris, uitkering, zakgeld
- administratie
- aanpassingen in de woning of AC, deur op slot, traplift, geen drempels, spelmateriaal

7: Zelfbepaling

Zelfbepaling betekent dat mensen met een beperking het recht hebben om eigen keuzes te maken en hun leven in te vullen op hun eigen persoonlijke wijze, binnen de grenzen van de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Ondersteuning door professionals richt zich op het optimaliseren van de regie van de cliënt over het eigen leven. Dat betekent onder andere dat cliënten moeten kunnen leren ervaring op te doen met keuzemomenten en inspraak. Hierbij is het belangrijk dat de cliënt inzicht wordt verschaft in zijn of haar keuzemogelijkheden, de overtuiging dat er daadwerkelijk keuzevrijheid bestaat en de overtuiging dat gerekend kan worden op ondersteuning bij het invullen van de gemaakte keuze. De organisatie zal flexibel genoeg moeten zijn om de keuzes in het dagelijks leven en de geïndividualiseerde zorgdoelen van cliënten mogelijk te maken.

Te denken valt aan:

- eigen keuzes maken, tussen twee dingen of complexer
- zelfsturing
- behoefte zelf dingen te kunnen bepalen
- deelname cliëntenraad

8: Belangen

Bij belangen gaat het om het optimaliseren van de beleving van de cliënt van zijn rechten en plichten als burger en als cliënt, en om maatregelen die de rechten en de positie van de cliënt versterken. De ondersteuning richt zich op het optimaliseren van de uitoefening van de rechten als burger (zoals stemrecht) en de rechten als cliënt (zoals het recht om te klagen, privacy, kwaliteit van zorg). Daarbij moet zowel voor cliënten als cliëntvertegenwoordigers op de diverse niveaus binnen de zorginstelling (woongroep, locatie, regio en centraal) medezeggenschap zijn geregeld. Dit is van belang om collectief invloed te kunnen uitoefenen op besluiten in de organisatie die van invloed zijn op de positie van cliënten. Voorwaarde om zelfbepaling en medezeggenschap te kunnen vormgeven is dat cliënten en hun vertegenwoordigers op een voor hen begrijpelijke manier geïnformeerd worden.

Te denken valt aan:

- rechtsgevoel
- gebruik van rechten
- eventuele aanpassingen nodig in ondertoezichtstelling of beperking beslissingsbevoegdheid (curatorschap)
- omgang van anderen met betrokkene
- verantwoordelijkheid en plichten
- medezeggenschap
- privacy
- contact begeleiding en wettelijke vertegenwoordiging

Bijlage 3 Overzicht kwaliteitsdomeinen

Lichamelijk welbevinden:

- optimaliseren gezondheid
- maatregelen om de gezondheid van de cliënt te verbeteren, in stand te houden, verslechtering tegen te gaan.
- zelfverzorging, ADL, eten en drinken, algemene gezondheid, balans tussen activiteit en voldoende ontspanning, rust en slaap.

Psychisch welbevinden:

- positief zelfbeeld, zich thuis voelen in woon, werkomgeving.
- begrepen worden, positieve reacties krijgen van anderen.
- psychisch welbevinden verbeteren, in stand houden, verslechtering tegen te gaan.

Inter-persoonlijke relaties:

- communicatie is essentieel voor relaties
- opbouwen en onderhouden van relaties.
- omgaan met genegenheid en intimiteit.
- ondersteuning is gericht op beleving van de cliënt van aantal en kwaliteit van relaties te verbeteren, behouden, verslechtering tegengaan.

Deelname aan de samenleving:

- zo groot mogelijke deelname aan de samenleving mogelijk maken.
- aanleren van vaardigheden, in stand houden van werkrelaties, onderhouden en leggen van contacten met lokale voorzieningen, clubs enz.
- zoeken naar gebieden waar de belangstelling naar uit gaat.
- uitzoeken welke vaardigheden en ondersteuning hij daarbij nodig heeft.

Persoonlijke ontwikkeling:

- ontplooiën en ontwikkelen als cliënt daar behoeften aan heeft.
- ondersteuning bij het zoeken van scholing en dingen leren en ervaringen op te doen in het zoeken naar ander werk / dagbesteding enz.
- eigen mogelijkheden en kwaliteiten van de cliënt worden benut.

Materieel welzijn:

- optimaliseren van beleving cliënt van zijn materieel welzijn.
- optimaliseren van sociaal-economische status
- doelmatig en financieel beheer / huisvesting
- inspanningen verrichten verantwoorde woonsituatie,
- (bouwkundig, functioneel, optimale zelfredzaamheid, bereikbaarheid.

Zelfbepaling:

- recht hebben op eigen keuzes maken/ invulling geven aan eigen leven.
- optimaliseren van de regie van de cliënt over eigen leven.

- leren, ervaring op te doen met keuzemomenten en inspraak.
- inzicht verschaffen in keuzemogelijkheden en hierop ondersteuning bieden.
- geïndividualiseerde zorgdoelen mogelijk maken voor cliënten.

PRISMA

Belangen:

- optimalisering van de beleving van de cliënt van zijn rechten plichten.
- maatregelen die de rechten en positie van de cliënt versterken.
- stemrecht, recht om te klagen, privacy, kwaliteit van zorg
- medezeggenschap regelen.
- op een begrijpelijke manier worden geïnformeerd.

PRISMA

Bijlage 4 SMART-doelen stellen

Specifiek: Omschrijf het doel duidelijk en concreet. Het moet een waarneembare actie, gedrag of resultaat beschrijven. Een heldere doelstelling geeft antwoord op de zes w-vragen: Wat willen we bereiken? Wie zijn erbij betrokken? Waar gaan we het doen? Wanneer gebeurt het? Welke delen van de doelstelling zijn essentieel? Waarom willen we dit doel bereiken?

Metbaar: Hoeveel gaan we doen? Hoe kunnen we dat vaststellen? Er moet een systeem, methode en procedure zijn om te bepalen in welke mate het doel op een bepaald moment bereikt is. Je moet kunnen nagaan in welke mate het doel op een bepaald moment bereikt is. Een meetbaar doel moet je kunnen zien, horen, proeven, ruiken of voelen. Een meetbare doelstelling is normerend: het is een maat voor de kwaliteit van de te leveren inspanningen. Doe zo mogelijk een nulmeting, om de startsituatie te bepalen.

Aceptabel: in de zin van: geaccepteerd: Is er draagvlak voor wat we gaan doen? Is het in overeenstemming met ondersteuningsvraag en de indicatie van de cliënt? Is duidelijk wie wat moet doen om het doel te bereiken? Zijn de betrokkenen bereid zich te verbinden aan de doelstelling?

Realistisch: Is het doel haalbaar? Houdt het voldoende rekening met iemands mogelijkheden en beperkingen? Is er een uitvoerbaar plan met aanvaardbare inspanningen? Kunnen de betrokkenen de gevraagde resultaten daadwerkelijk beïnvloeden? Hebben ze voldoende know-how, capaciteit, middelen en bevoegdheden?

Tijdgebonden: Wanneer beginnen we met de activiteiten? Wanneer zijn we klaar? Wanneer is het doel bereikt? Een tijdgebonden doelstelling heeft een duidelijke startdatum en einddatum.

INDEX

aandachtspunten,	8, 14, 17, 18, 19, 23, 42
AC	12, 13, 33, 43
afdrukken	26, 37
agoog,	7, 12, 18, 24, 25, 30
Agoog	22
ambulant	12
ambulante	17
arts	12, 24, 25, 30, 41, 42
beeldvorming	7, 8, 18, 31, 32, 36
Beeldvorming	3, 7, 41
Beeldvormingsverslag	7, 30, 32, 35, 41
Beeldvormingverslag	7, 8, 12, 16, 18, 39
Behandelaar	7, 8, 12, 18, 33
Bespreking	3, 12, 13, 15, 24, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36
Doelen	5, 6, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 30, 31,
Doelen	13, 20
Evaluatie	7, 21, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39
Evaluatie	3, 22, 24, 29, 31, 33, 36
Evaluatieverslag	5, 31, 32, 33, 34
Evaluatieverslag	32
Folder	12
Folders	6
format	3, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 26, 30, 36, 37
Gedragswetenschapper	41
Gesprek	7, 11, 12, 24, 35, 36
Gespreksvoering	12, 26, 35
Gespreksvoering	3, 35
Herindicatie	5, 7, 41
Hulp	3, 12, 20, 21, 37
Hulpkaart	12, 35
Indicatie	6, 11, 12, 16, 19, 25, 26, 30, 32, 35, 46
indicatiebesluit	7, 25
installatie	14
klantbegeleider	13, 14, 15, 41
kwaliteitsdomeinen	3, 6, 12, 16, 17, 18, 20, 27, 30, 31, 45
Kwaliteitsdomeinen	3, 17, 42

Medicatie	8, 35, 42
Nachtzorg	11, 17, 22, 23, 32, 33
Netwerk	7, 12, 24, 25, 32, 42
Ondersteuning Thuis.....	3, 6, 13, 25
Ondersteuningsafspraken.....	21
Ondersteuningsafspraken	6, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31
Ondersteuningsvraag	7, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 27, 30, 33, 46
Ondersteuningsvragen	6, 13, 14, 17, 19, 35
Ondertekenen	6, 13
Ondertekening	6, 26, 31, 32, 34, 39
ONDERTEKENINGSFORMULIER	33, 34
OT.....	6, 23, 33, 34
Perspectief	19, 20, 27
POP-bespreking	3
Profiel	7, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25
Profielschets	3, 7, 8, 9, 12, 16, 18, 30, 32, 34, 35, 39, 41
Rapportage	13, 14, 21, 30, 32
Rapportage	3, 30
<u>Samenstellers</u>	16
Secretariaat	3, 5, 12, 37
Slaapdienst	22
Tijd	5, 8, 11, 20, 21, 26, 41, 43
Vaststellen	13, 30, 46
Vaststellen	41
Voortgang	12, 13, 24, 30, 31, 32, 34, 41
Voortgang	29
Voortgangsrapportage	3, 30, 39
Werkdocument	13, 31
Wonen	8, 9, 11, 13, 17, 22, 24, 33, 43
Zorg- en dienstverleningsovereenkomst.. ..	5, 13

Bijlage IV: Afzonderingsruimte protocol

PRISMA

Afzonderingsruimte protocol Stichting Prisma 2011

Visie:

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is ongewenst en risicovol. Inzet van BOPZ – maatregelen wordt dan ook gezien als een 'ultimum remedium'. Voor toepassing van een BOPZ - maatregel dient men dan ook te voldoen aan de, in het beleid, vastgestelde criteria. BOPZ – maatregelen worden minimaal 1 keer in de 3 maanden, door het multidisciplinaire team, geëvalueerd. De evaluatie richt zich op afbouw van de BOPZ – maatregel, inzet van minder ingrijpende beperkingen en het terugdringen hiervan.

Definitie:

Onder gebruik afzonderingsruimte wordt verstaan het insluiten van een cliënt in een speciaal daarvoor bestemde afsluitbare, prikkelarme afzonderingsruimte, waarvan de oppervlakte van de kamer minimaal 12 m2 is, niet zijnde de eigen kamer / slaapkamer.

Doel:

Het voorkomen van een situatie waarin een cliënt een direct of dreigend gevaar voor zichzelf of zijn omgeving vormt. Uitvoering van de maatregel kan alleen plaats vinden binnen de daarvoor bestemde afzonderingsruimte.

Binnen Prisma zijn er op de volgende voorzieningen afzonderingsruimtes;

- Hindeloop 2, Biezenmortel
- De Singel, Nieuwendijk
- Raamsdonksveer (nog te realiseren)

Randvoorwaarden afzonderingsruimte:

Het afzonderingsvertrek is een aangepaste kamer volgens de volgende normen;

§ In de afzonderingsruimte is een camera en intercom aanwezig, hetgeen ook tegen de cliënt gezegd dient te worden. De camera en intercom dienen altijd, bij gebruik, aan te staan, zodat de cliënt te allen tijde geobserveerd kan worden en contact kan hebben. Dit dient in het POP beschreven te zijn.

§ Behalve bij voorkeur stoel, tafel en bed kan de afzonderingsruimte naar behoefte worden ingericht, veiligheid in ogenschouw nemend, bv met een zitzak. Onder veiligheid verstaat men: geen uitsteeksel en scherpe randen, geen buizen en snoeren zichtbaar, beveiligde stopcontacten, brandveilig (alarm en rookdetectie, blusapparaat, -slang bij de hand, sprengelsysteem, brandvrije matras en linnen,...), alarmsignaal voor begeleiding,...

§ De ruimte dient onbeschadigd te zijn.

§ De ruimte dient vrij te zijn van losse voorwerpen.

§ De ruimte dient schoon te zijn.

§ Er dient altijd voldoende drinken aangeboden te worden tijdens het verblijf in de afzonderingsruimte.

§ In de afzonderingsruimte is een klok aanwezig.

§ Per cliënt dient bekeken te worden of een po/urinaal aanwezig dient te zijn. Dit dient in het POP beschreven te zijn.

§ De cliënt kan in het vertrek eigen kleding dragen.

§ Bij verdenking op suïcidaal gedrag mag de cliënt van eigen kleding ontdaan worden en een scheurdeken en hemd aangedaan worden. Per cliënt dient in het POP uitgewerkt te zijn wie de cliënt mag/moet uitkleden (man/vrouw) en op welke wijze eventuele controle aan het lichaam plaats vindt.

Voorwaarden gebruik afzonderingsruimte:

1. Gebruik maken van afzonderingsruimte gebeurt alleen als:
 - § De cliënt een direct gevaar of dreigend gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving.
 - § Dit gevaar niet afgewend kan worden met mildere maatregelen of middelen.De situatie waarin de cliënt gebruik maakt van een afzonderingsruimte is vastgelegd in het POP, tenzij er sprake is van een acute en onvoorziene noodsituatie (M&M Nood).
 - § De afzonderingsruimte mag nooit als een strafmaatregel worden ingezet.
2. Besluitvorming:

In een acute situaties (nood) kan een medewerker zelf tot gebruik afzonderingsruimte besluiten (M&M Nood). De situatie vraagt op dat moment om een snelle adequate reactie / actie.

 - § De volgende stap is dat men de verantwoordelijkheid deelt met de teamleider en / of behandelaar (gedragskundige en of AVG). Deze worden, bij de eerste mogelijkheid, op de hoogte gesteld van de maatregel.
 - § De teamleider en / of behandelaar verwerft fiat bij de BOPZ arts. De BOPZ-arts dient ook onderzoek te plegen.
 - § De teamleider, zorgt ervoor dat er een multidisciplinair overleg plaats vindt.
3. Het verblijf dient zo kort mogelijk te zijn, ongeveer 15 minuten; m.a.w. totdat de cliënt voldoende rustig is en bijvoorbeeld op de eigen kamer kan verblijven.
4. Bij langer durend gebruik afzonderingsruimte, d.w.z. langer dan 30 minuten, wordt familie / vertegenwoordiger ingelicht, tenzij de cliënt dit niet wenst. Dit dient in het POP te zijn vastgelegd. Het gebruik van de afzonderingsruimte kan men, in overleg met het multidisciplinaire team en de BOPZ-arts, verlengen tot maximaal 1,5 uur.
5. De cliënt wordt zo volledig mogelijk ingelicht.
6. Bij het afzonder proces dienen minimaal 2 medewerkers aanwezig te zijn, taakverdeling dient van tevoren besproken te zijn.
7. Dwang wordt waar mogelijk vermeden.
8. Wanneer de cliënt zich verzet is het belangrijk om met voldoende overwicht de cliënt naar de ruimte toe te brengen. In het POP dient beschreven te zijn hoe e.e.a. dient te worden uitgevoerd. Medewerkers dienen t.a.v. de uit te voeren handelingen getraind te zijn.
9. Bij fixatie tijdens het afzonder proces, wordt het protocol fixatie gehanteerd.
10. Bij agressie naar medewerkers, cliënten en of anderen toe dient er een incidentenmeldingsformulier Prisma ingevuld te worden.
11. Check of gebruik van de afzonderingsruimte is opgenomen in het POP. Zo niet, dan dient het POP binnen zeven dagen aangepast te worden.
12. De teamleider is de eerst verantwoordelijke voor de nazorg.
13. Leerlingen, stagiaires en gastvrouwen/heren mogen nooit zelfstandig belast worden met de zorg voor een cliënt in de afzonderingsruimte.
14. Er vinden periodieke interne audits plaats ter controle op kwaliteit van de ruimte en handhaving van de regels.

Uitvoering:

1. Door de medewerkers wordt de cliënt gevraagd mee te gaan naar de afzonderingsruimte.
2. De cliënt krijgt zijn basisverzorging; licht, temperatuur en (eventueel aanwezig) geluid zijn normaal in werking.
3. De cliënt wordt ieder kwartier bezocht. Het gebruik van de afzonderingsruimte duurt in principe niet langer dan 30 minuten. Indien dit wel noodzakelijk is wordt de tijd voor het

volgende bezoek aangegeven. Zonodig wordt voeding en vocht aangeboden in zacht materiaal.

4. Indien het gebruik van de afzonderingsruimte langer gaat duren dan 30 minuten vindt

er evaluatie plaats met de behandelend verantwoordelijke, BOPZ-arts en teamleider.

Dan wordt bepaald hoe lang de maatregel wordt voortgezet. De maatregel mag tot een maximum van 1,5 uur worden verlengd.

5. De groepsleiding informeert zonodig de groepsgenoten over het gebruik van de afzonderingsruimte en bespreekt eventueel de gevoelens die de situatie oproept (m.n. angsten en onzekerheden).

6. De dienstdoende groepsleiding draagt zorg voor de schriftelijke rapportage

§ Vermeldt het gebruik van de afzonderingsruimte in de persoonlijke rapportage:

- reden en tijdstip van de maatregel

- verloop het afzonder proces

- zijn ouders/wettelijk vertegenwoordiger ingelicht? Wat was hun reactie?

- naam van de betrokken teamleider / gedragskundige

- tijdsafspraken en duur maatregel

7. De teamleider (of diens vervanger) besluit tot beëindiging van de maatregel.

8. Na het gebruik van de afzonderingsruimte krijgt de cliënt de mogelijkheid zich te douchen en te verkleden.

9. Het gebruik van de afzonderingsruimte wordt nabesproken met de cliënt; de cliënt wordt begeleid bij het weer oppakken van het dagprogramma.

Na uitvoering:

- De afzonderingsruimte wordt na gebruik weer gebruiksklaar gemaakt.

- De dienstdoende groepsleiding draagt zorg voor de (mondelinge) informatie aan externe betrokkenen (ouders, wettelijk vertegenwoordiger), volgens de afspraken uit het POP.

- Na uitvoering gebruik afzonderingsruimte, kan er tussen de uitvoerders geëvalueerd worden. Elk afzonderingsproces dient door de persoonlijke ondersteuner met de cliënt te worden geëvalueerd.

- De teamleider, zorgt er voor dat een kopie van het verslag betreffende het gebruik afzonderingsruimte in het stamdossier wordt opgenomen.

- De teamleider, zorgt voor de een multidisciplinair overleg waarbij de AVG en gedragskundige aanwezig zijn. De BOPZ-arts wordt geïnformeerd.

- De maatregel dient geregistreerd en gemeld te worden volgens de richtlijnen van het BOPZ beleid van Stichting Prisma.

Bijlage V: Fixatie protocol

PRISMA

Fixatie Protocol Stichting Prisma 2009

Visie:

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is ongewenst en risicovol. Inzet van BOPZ – maatregelen wordt dan ook gezien als een 'ultimum remedium'. Voor toepassing van een BOPZ - maatregel dient men dan ook te voldoen aan de, in het beleid, vastgestelde criteria. BOPZ – maatregelen worden minimaal 1 keer in de 3 maanden, door het multidisciplinaire team, geëvalueerd. De evaluatie richt zich op afbouw van de BOPZ – maatregel, inzet van minder ingrijpende beperkingen en het terugdringen hiervan.

Definitie:

Fixeren is op één of andere manier beperken van een cliënt in zijn directe lichamelijke bewegingsvrijheid, zonder dat er sprake is van afzonderen. Behoudens de Zweedse band, bedrekken, polsbanden en armkokers verstaan we onder fixeren ook het beperken van de bewegingsvrijheid via speciaal vervaardigde handschoenen, washandjes, scheurpakken, helmen en vasthouden van de cliënt.

Let op:

Fixeren moet niet verward worden met het toepassen van beschermende maatregelen in het kader van de WGBO zoals: het dragen van een helm bij epilepsie.

Doel:

Het opheffen van direct of dreigend gevaar voor de cliënt en zijn omgeving.

Voorwaarden:

1. Fixeren gebeurt alleen als:
 - § De cliënt een direct of dreigend gevaar vormt voor zichzelf of anderen.
 - § Het gevaar niet op een andere manier afgewend kan worden.
 - § De situatie waarin gefixeerd wordt is vastgelegd in het POP, tenzij er sprake is van een nood situatie = M&M Nood
2. Besluitvorming:
 - § In een acute situaties (nood) kan een medewerker zelf tot fixatie besluiten. De situatie vraagt op dat moment om een snelle adequate reactie / actie.
 - § De volgende stap is dat men de verantwoordelijkheid deelt met de manager zorg en / of behandelaar (gedragskundige en of AVG). Deze worden, bij de eerste mogelijkheid, op de hoogte gesteld van de maatregel.
 - § De teamleider en / of behandelaar verwerft fiat bij de BOPZ arts. De BOPZ-arts dient ook onderzoek te plegen.
 - § De teamleider, zorgt ervoor dat er een multidisciplinair overleg plaats vindt.
3. Als na een ½ uur nog geen resultaat te merken is van de fixatie, wordt de cliënt geïnformeerd over het verdere beleid. Bij een langer durende fixatie dan 30 minuten wordt de familie/vertegenwoordiger ingelicht, tenzij de cliënt dit niet wenst. Dit dient in het POP te zijn vastgelegd. Ook vindt er evaluatie plaats met de behandelende verantwoordelijke om te bepalen hoe lang de fixatie wordt voortgezet.
4. Check of fixatie is opgenomen in het POP. Zo niet, dan dient het POP binnen zeven dagen aangepast te worden.
5. Fixatiematerialen dienen op heelheid en gaafheid gecontroleerd te worden. Indien materiaal slijtage vertoont en of kapot is, mag deze niet meer gebruikt worden.
6. Men gebruikt uitsluitend fixatiemateriaal dat voor het doel is ontworpen.
7. Er vinden periodieke interne audits plaats ter controle op kwaliteit van het materiaal en handhaving van de regels.
8. Indien men fysiek fixeert, dient dit respectvol te gebeuren. Medewerkers dienen, bij voorkeur, dan ook een training respectvolle weerbaarheid (RWT) te hebben gehad.

9. Bij agressie naar medewerkers, cliënten en of anderen toe dient er een incidentenmeldingsformulier Prisma ingevuld te worden.

Uitvoering:

1. De fixatie wordt uitgevoerd door 2 medewerkers, 1 persoon legt het materiaal aan en de ander controleert het.
2. Bij het aanbrengen van het materiaal dient aandacht te zijn voor:
 - Zorg voor begeleiding van de cliënt voor, tijdens en na het fixeren. Zorg voor uitleg en nazorg en assistentie bij verzet.
 - Voorkom stuwing en afknelling door het materiaal niet te strak aan te leggen.
 - Pas de materialen op een juiste wijze toe.
3. Hoe de fixatie wordt toegepast en op welke wijze de materialen moeten worden aangelegd is omschreven in het POP. In geval van een acute noodsituatie wordt er overleg gepleegd met de behandelend gedragskundige.
4. Het controleren van de cliënt en de aangelegde fixatie gebeurt geregeld en volgens schema. De controle dient minimaal elke 15 minuten tot ½ uur te geschieden.
5. Indien de maatregel fixatie langer gaat duren dan 30 minuten vindt er evaluatie plaats met de behandelend verantwoordelijke, BOPZ-arts en teamleider. Dan wordt bepaald hoe lang de maatregel wordt voortgezet. De maatregel mag tot een maximum van 1,5 uur worden verlengd.
6. De groepsleiding informeert zonodig de groepsgenoten over de fixatie en bespreekt eventueel de gevoelens die de situatie oproept (m.n. angsten en onzekerheden).
7. De dienstdoende groepsleiding draagt zorg voor de schriftelijke rapportage
 - § Vermeldt de fixatie in de persoonlijke rapportage:
 - reden en tijdstip van fixatie
 - verloop van fixatie
 - zijn ouders/wettelijk vertegenwoordiger ingelicht? Wat was hun reactie?
 - naam van de betrokken teamleider / gedragskundige
 - tijdsafspraken en duur fixatie
8. De teamleider (of diens vervanger) besluit tot beëindiging van de fixatie.
9. De fixatie wordt nabesproken met de cliënt; de cliënt wordt begeleid bij het weer in de groep komen.

Na uitvoering:

- De dienstdoende groepsleiding draagt zorg voor de (mondelinge) informatie aan externe betrokkenen (ouders, wettelijk vertegenwoordiger), volgens de afspraken uit het POP.
- Na elke fixatie kan er tussen de uitvoerders geëvalueerd worden. Elke fixatie dient door de persoonlijk ondersteuner met de cliënt te worden geëvalueerd.
- De manager zorg, zorgt er voor dat een kopie van het verslag betreffende de fixatie in het stamdoossier wordt opgenomen.
- De manager zorg, zorgt voor de een multidisciplinair overleg waarbij de AVG en gedragskundige aanwezig zijn. De BOPZ-arts wordt geïnformeerd.
- De maatregel dient geregistreerd en gemeld te worden volgens de richtlijnen van BOPZ beleid van Stichting Prisma.

Bijlage VI: Medicatie ongewild toedienen protocol

PRISMA

Medicatie ongewild toedienen protocol Stichting Prisma 2009

Visie:

Het tegen de wil of onder dwang toedienen van geneesmiddelen is niet gewenst en risicovol. Inzet van deze BOPZ – maatregelen wordt dan ook gezien als een 'ultimum remedium'. Voor toepassing van een BOPZ - maatregel dient men dan ook te voldoen aan de, in het beleid, vastgestelde criteria. BOPZ – maatregelen worden minimaal 1 keer in de 3 maanden, door het multidisciplinaire team, geëvalueerd. De evaluatie richt zich op afbouw van de BOPZ – maatregel, inzet van minder ingrijpende beperkingen en het terugdringen hiervan.

Definitie:

Het op een of andere manier toedienen van medicatie onder dwang.

Doel:

Het afwenden van een direct of dreigend gevaar voor de cliënt en/of zijn omgeving voortvloeiend uit een stoornis.

Aandachtspunten:

1. Het onder dwang toedienen van medicijnen gebeurt alleen wanneer:
 - § de cliënt een direct of dreigend gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving.
 - § Dit gevaar niet op een andere manier af te wenden is.
 - § De situatie waarin de cliënt onder dwang medicijnen krijgt toegediend is vastgelegd in het POP, tenzij er sprake is van een nood situatie = M&M Nood.
2. Het besluit tot het toepassen van medicatie onder dwang wordt Multidisciplinair genomen door de manager zorg en AVG op verzoek van de behandelende gedragskundige die de onderliggende stoornis vaststelt.
3. Het onder dwang toedienen van medicatie wordt gemeld aan familie / vertegenwoordiger tenzij de cliënt dit niet wenst.
4. Wanneer er sprake is van een noodsituatie en men gebruik moet maken van psychofarmaca, valt dit onder een M&M-Nood. Het gebruik van psychofarmaca mag in het kader van een noodsituatie ten hoogste 7 opeenvolgende dagen worden toegepast. Het termijn van 7dagen moet voldoende zijn om de noodsituatie te beëindigen of te komen tot overeenstemming.

Werkwijze:

1. De behandelende gedragskundige informeert de AVG en manager zorg over de diagnose, het toestandsbeeld, de gevaren die er feitelijk spelen voor cliënt en/of diens omgeving.
2. Vervolgens wordt besproken wat het gewenste effect van de medicatie zou moeten zijn, waarbij ook gekeken wordt of er alternatieven zijn i.p.v. medicatie onder dwang.
3. De cliënt wordt geïnformeerd over de redenen van de gedwongen toediening, waarbij wordt aangegeven waar, wanneer, hoe en door wie de medicatie wordt toegediend.
4. Als voorzorg is het van belang voldoende mankracht achter de hand te hebben om de medicatie zorgvuldig toe te dienen. Soms kan het nodig zijn de cliënt kortdurend te fixeren, zie protocol fixatie.
5. Na toediening van de medicatie wordt de cliënt scherp geobserveerd waarbij in het bijzonder wordt gelet op de werking en de bijwerkingen van het toegediende middel. De AVG wordt hiervan op de hoogte gehouden. Scherp observeren betekent dat men ieder half uur rapporteert en een verslag uitbrengt aan de AVG betreffende de gehele situatie.

6. Het resultaat van de behandeling wordt onder leiding van de manager zorg met de AVG en behandelende gedragskundige geëvalueerd. In het kader van een noodsituatie, M&M-nood, mag de maatregel ten hoogste 7 opeenvolgende dagen worden toegepast. Binnen een termijn van 7dagen moet de noodsituatie zijn beëindigd of gekomen zijn tot overeenstemming. De BOPZ-arts wordt geïnformeerd.
7. De maatregel dient te worden gemeld en geregistreerd volgens het beleid BOPZ van de Stichting Prisma.

Bijlage VII: Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol

PRISMA

Vocht en/of voeding ongewild toedienen protocol Stichting Prisma 2009

Visie:

Het tegen de wil of onder dwang toedienen van vocht en / of voedsel is niet gewenst en risicovol. Inzet van deze BOPZ – maatregelen wordt dan ook gezien als een 'ultimum remedium'. Voor toepassing van een BOPZ - maatregel dient men dan ook te voldoen aan de, in het beleid, vastgestelde criteria. BOPZ – maatregelen worden minimaal 1 keer in de 3 maanden, door het multidisciplinaire team, geëvalueerd. De evaluatie richt zich op afbouw van de BOPZ – maatregel, inzet van minder ingrijpende beperkingen en het terugdringen hiervan.

Definitie:

Het onder dwang toedienen van vocht en/of voeding

Doel:

Het voorkomen van een direct of dreigend gevaar voor de cliënt, zoals uitdroging of ondervoeding.

Aandachtspunten:

1. Het onder dwang toedienen van vocht/voeding gebeurt alleen als:
 - § de cliënt een direct of dreigend gevaar voor zichzelf vormt door ondervoeding of uitdroging
 - § Dit gevaar niet op een andere manier afgewend kan worden.
 - § De situatie, waarin de cliënt onder dwang vocht/voeding krijgt toegediend is vastgelegd in het POP, tenzij er sprake is van een noodsituatie = M&M Nood.
2. Het besluit tot het toedienen van vocht/voeding onder dwang wordt genomen in Multidisciplinair overleg, door de AVG, de behandelend gedragskundige m.b.t. de psychische stoornis en de teamleider. De BOPZ-arts wordt geïnformeerd.
3. Het onder dwang toedienen van vocht/voeding wordt aan familie/vertegenwoordiger meegedeeld, tenzij de cliënt dit niet wenst.

Werkwijze:

1. De AVG wordt geïnformeerd aan de hand van de lijst vocht/voeding-inname van de afgelopen dagen. Hij bezoekt de cliënt, overlegt eventueel met de behandelend gedragskundige. Bij sondevoeding geeft hij een voedingsschema aan, inclusief de eventuele orale bijvoeding.
2. De dienstdoende AVG stelt zich dagelijks op de hoogte van de situatie, eventueel aangevuld met onderzoek(en).
3. Prisma is niet bevoegd om een maagsonde in te brengen. Een maagsonde wordt ingebracht door een externe BIG-geregistreerde bevoegde en bekwame verpleegkundige. De voeding mag wel toegediend worden door medewerkers van Prisma die hiervoor een gerichte scholing hebben ondergaan.
4. Het inbrengen van de sonde wordt met minimaal 2 personen uitgevoerd, te weten de verpleegkundige (die hem inbrengt) en een medewerker van Prisma door wie de cliënt wordt begeleid. Indien nodig wordt de cliënt gefixeerd (zie protocol fixatie). De sonde wordt zo mogelijk in de neus gelaten.
5. Alle sondevoeding en overige vocht/voeding wordt genoteerd op een vocht/voedings-lijst die per 24 uur opgeteld wordt en vervolgens naar de AVG worden gestuurd.
6. De maatregel moet gemeld en geregistreerd worden volgens het BOPZ beleid van

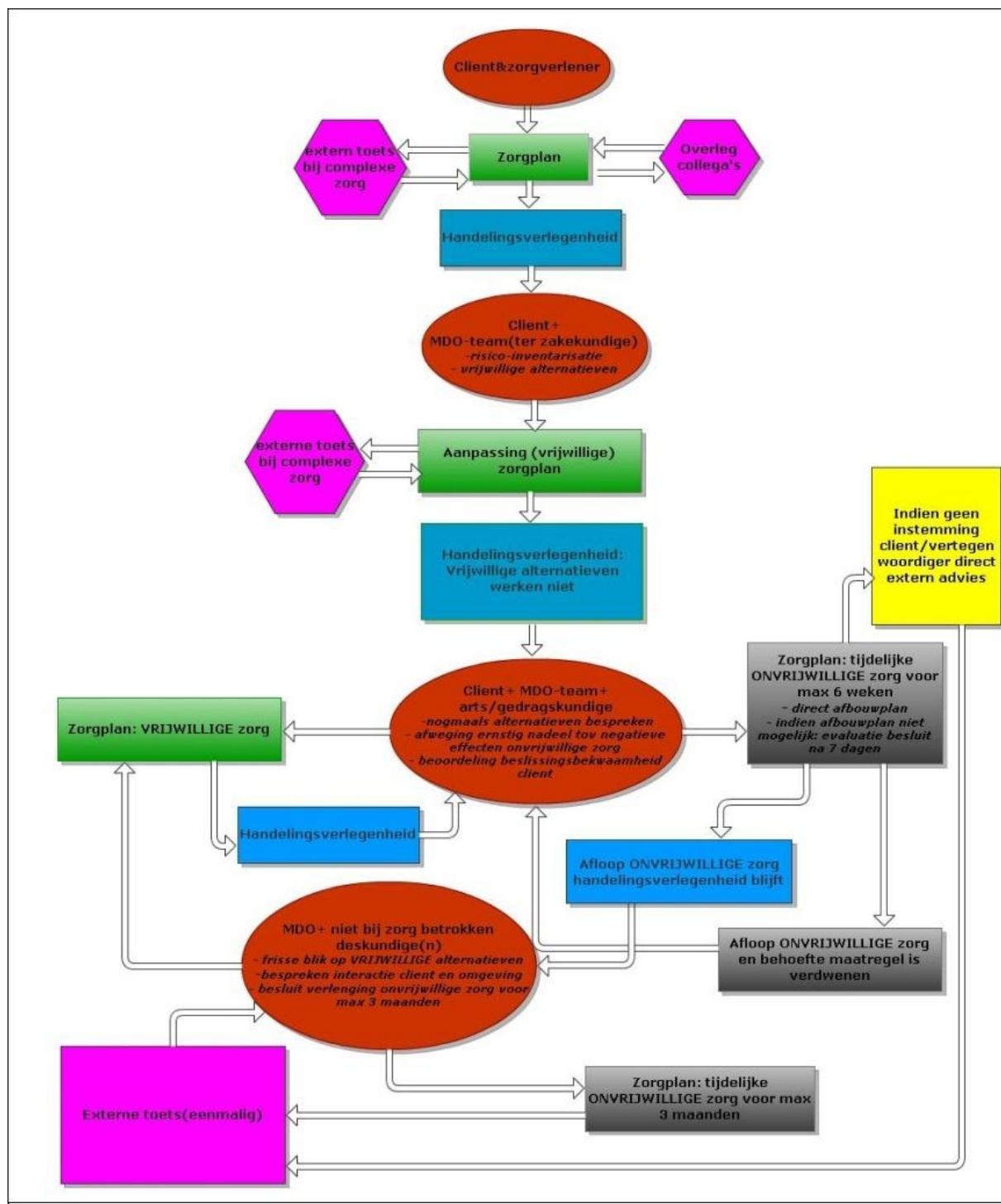
Stichting Prisma.

8. De cliënt dient te allen tijde, waar mogelijk, geïnformeerd te zijn en blijven van de situatie.

PRISMA

Bijlage VIII: Schematisch overzicht zorgplan

PRISMA



Bijlage IX: Nachtzorg en zorgondersteunende techniek 2010-2012

PRISMA



Dienstverlening aan mensen met een handicap

NACHTZORG EN ZORGONDERSTEUNENDE TECHNIEK 2010-2012

Update van terminologie en verantwoordelijkheden i.v.m. reorganisatie oktober 2010

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	3
VISIE	4
2.1. Inzet van techniek in de dagelijkse zorg	4
2.1.1. Algemeen	4
2.1.2. Visie op 24-uurs zorg	4
2.1.3. Veiligheid	4
2.1.4. Uitgangspunten	5
2.1.5. Eisen en condities	5
2.1.6. Soorten	6
2.1.7. Risicobeheersing	6
2.1.8. Techniek	7
3. ORGANISATIE	8
3.1. Aanleiding	8
3.2. Uitgangspunten en voorwaarden	10
3.2.1. Algemeen	10
3.2.2. Toetsbaar op beleidsniveau	10
3.2.3. Perspectief vanuit cliënten, medewerkers en organisatie	10
3.2.4. Deskundigheid en kwaliteit	12
3.2.5. Bereikbaarheidsdiensten ondersteunend aan het primaire proces	13
3.2.6. Operationeel management	13
3.2.7. Economisch verantwoord	13
3.2.8. Calamiteitenplan	14
3.2.9. Begrenzingsen	14
3.2.10. Communicatie, afstemming en evaluatie	15
4. UITVOERING	16
4.1. Proces van aanmelding tot einde ondersteuning	16
4.1.1. Aanmelding door teamleider wonen	17
4.1.2. Afstemming met woonvoorziening	18
4.1.3. Regelen technische zaken	18
4.1.4. Ondersteuning tijdens de nacht	18
4.1.5. Dagelijkse overdracht en communicatie met het nachtcentrum	19
4.1.6. Evaluatie	19
4.1.7. Einde ondersteuning	19

BIJLAGEN

- Bijlage 1** ZZP
- Bijlage 2** Productomschrijvingen en te koppelen techniek
- Bijlage 3** Productomschrijvingen basis-, geplande- en ongeplande zorg
- Bijlage 4** Aanvraaglijst ondersteunende techniek
- Bijlage 5** Informatie- en afsprakenlijst
- Bijlage 5a** POP tabblad nacht
- Bijlage 6** Overdrachten tussen woonvoorzieningen, nachtteam Landpark Assisië en het nachtcentrum
- Bijlage 7** Overdrachten nachtcentrum Raamsdonksveer
- Bijlage 8** Algemene afspraken vanuit nachtcentrum Raamsdonksveer
- Bijlage 9** Format calamiteitenplan

1. INLEIDING

Deze notitie is tot stand gebracht door Huug van der Velden, manager Organisatieservice, Anita Habets, regiomanager, Ton van Gils, regiomanager, Hetty Stappers, teamleider, Lindy Slinkers, teamleider, en Karim Hammadi, stafmedewerker kwaliteit.

Visie - Inzet van Techniek in de dagelijkse zorg
Hoofdstuk 2 geeft inzicht over de visie van Prisma m.b.t. de inzet van techniek in de dagelijkse zorg en wat daarbij allemaal van belang is. Alle activiteiten van Prisma waarbij techniek en zorg elkaar raken worden steeds getoetst aan deze visie. Kortom: de visie als ijkpunt.

Organisatie en uitvoering - Nachtelijke zorg en Zorg op Afstand
Hoofdstuk 3 geeft inzicht in de uitgangspunten en voorwaarden bij nachtelijke zorg en zorg op afstand zoals die deels al worden uitgevoerd en wat Prisma nog van plan is te gaan doen
Daarnaast is de keten van activiteiten op cliëntniveau beschreven van aanmelding tot einde ondersteuning (Hoofdstuk 4).

Deze notitie beoogt een verdere verbeterslag van de 24 uren zorg bij Prisma, met name in de nachtelijke situatie. De bijdrage van zorgondersteunende techniek wordt daarbij geregeld en geprotocolleerd en is gebaseerd op een eigentijdse visie. Hierbij zijn de eisen van de Inspectie van de Gezondheidszorg meegenomen.

Peter van den Hombergh

2. VISIE

2.1. Inzet van techniek in de dagelijkse zorg

2.1.1. Algemeen

Prisma stelt het volwaardig burgerschap, de relatie en het contact met cliënten en familieleden centraal in haar zorg- en dienstverlening. In de dialoog tussen de medewerkers en de cliënten van Prisma wordt afgesproken wat binnen de gestelde kaders mogelijk en noodzakelijk is.

Als hierbij technische middelen ondersteuning kunnen bieden, dan moeten deze aansluiten op de persoonlijke behoeftes en wensen van de cliënt. Zij moeten een positieve bijdrage leveren aan de invulling van hun leven.

De relatie met de cliënt is hierbij leidend. Hierbinnen wordt de ondersteuning aan de cliënt ingevuld en uitgevoerd.

Betrokkenheid, professionele afstand, geboden zorg en beschikbaar budget moeten hierbij in balans zijn. Zorgzaamheid en professionaliteit komen hier bij elkaar.

2.1.2. 24-uurs zorg

De eisen voor Nachtelijke zorg en Zorg op afstand zijn aangescherpt. In de discussies over werkwijze en inzet van techniek zijn ook meer principiële vragen gesteld.

Technische hulpmiddelen leveren een belangrijk aandeel bij de borging van de veiligheid van onze cliënten. Maar wanneer zijn deze technische hulpmiddelen wel en niet toegestaan? Welke apparatuur is wel en welke niet toelaatbaar? Welke randvoorwaarden gaat Prisma hierbij hanteren?

Dit document gaat ook in op de **visie** die Prisma heeft op de Nachtelijke zorg. Dit is een document zoals de IGZ dit voorschrijft. Het is de leidraad voor de inzet van technologie bij het leveren van Nachtelijke zorg en Zorg op afstand.

2.1.3. Veiligheid

De veiligheid van cliënten en medewerkers speelt bij Prisma een toonaangevende rol. Of mensen nu wonen of werken bij Prisma, ze hebben recht op een veilige omgeving, overdag en 's nachts.

Die veiligheid en de borging daarvan is blijvend aandachtspunt bij de inzet van techniek in de zorg binnen Prisma. Dit aspect komt terug bij de formuleringen van de uitgangspunten.

Voor een kleine groep cliënten van Prisma zullen specifieke afspraken op maat gemaakt worden als het gaat om toepassing van techniek voor onder meer nachtelijke zorg. Hun zorgvraag in de nacht verschilt soms niet van de zorgvraag overdag en de inzet van techniek moet daar op aansluiten.

PRISMA

2.1.4. Uitgangspunten

Zorgondersteunende Techniek kan de visie op volwaardig burgerschap ondersteunen:

- Binnen de visie van Prisma staat de cliënt centraal en wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de cliënt;
- Doordat steeds meer cliënten in de wijk zijn gaan wonen, alleen of in een kleinschaliger woonverband, kan Zorgondersteunende Techniek helpen om zo normaal als mogelijk in de woonomgeving te functioneren;
- De inzet van Zorgondersteunende Techniek kan bijdragen aan het verhogen van zelfstandigheid/ zelfredzaamheid en de mogelijkheid tot ontplooiing en draagt bij aan de regie over et eigen leven;
- Zorgondersteunende Techniek kan ook de veiligheid van cliënten en medewerkers in de zorg - 's nachts en overdag verhogen;
- Door de inzet van Zorgondersteunende Techniek in de nachtsituatie kunnen in de dagsituatie meer en betere mogelijkheden voor ondersteuning ontstaan;
- De ontwikkeling van Zorgondersteunende Techniek kan nog meer dan nu gericht worden op de verhoging van zelfredzaamheid en zelfstandigheid. Hierdoor krijgt de cliënt meer regie over zijn eigen leven.

Prisma zal uitsluitend Zorgondersteunende Techniek inzetten, als deze techniek een bijdrage levert aan één van deze uitgangspunten. Voorwaarde hierbij is dat het om bewezen techniek gaat.

2.1.5. Eisen en condities

Om aan de uitgangspunten tegemoet te komen heeft Prisma de volgende eisen en condities geformuleerd.

1. De ondersteuningsvraag is leidend bij de inzet van techniek. Het moet aansluiten op het Persoonlijk OndersteuningsPlan (POP).
2. De techniek moet in de juiste relatie staan tot de ondersteuningsvraag.
3. De inzet van techniek staat los van de professionaliteit van de medewerkers. Het is niet zo dat de verantwoordelijkheid van de medewerkers overgaat op het systeem.
4. Alleen techniek met aansluitende dienstverlening die in de praktijk bewezen is, wordt ingezet
5. De techniek moet aansluiten op het handelen in de dagelijkse praktijk.
6. Stapeling van techniek op techniek is niet wenselijk.
7. Alle Zorgondersteunende Techniek moet door handelend optreden kunnen worden overgenomen.
8. Er wordt geen onderscheid gemaakt in de beschikbaarheid van techniek voor de dagsituatie en de nachtsituatie.
9. Er moet geen specifieke scholing nodig zijn om het technische hulpmiddel te gebruiken. Een instructie voor zowel cliënt als medewerker moet voldoende zijn om de apparatuur in- en uit te kunnen schakelen.
10. De techniek moet betaalbaar zijn en blijven.

11. De techniek moet voldoen aan de eisen van wet- en regelgeving.

PRISMA

2.1.6. Soorten

Binnen Prisma onderscheiden we op basis van inzet en organisatie vijf kerngebieden:

1. **Medisch gerelateerd onderzoeksmateriaal**
(thermometer, bloeddrukmeter, tandartsapparatuur, AED en overige poliklinische apparatuur)
2. **Middelen voor verpleegkundig en technisch handelen**
(til-lift, onrustbanden, hoog laag bedden en baden, warmwatervoorziening)
3. **Signaleringsmiddelen** voor Zorg op Afstand
(24-uurszorg), bijvoorbeeld akoestisch inluistersysteem/deurverklikker
4. **Veiligheidsmiddelen gericht op gebouw en omgeving**
(brandmeldcentrale, toegangsbeveiliging)
5. **Veiligheidsmiddelen bij de interactie tussen cliënt en medewerker**
(PPS, portofoons, telefoons, andere communicatiemiddelen)

Voor elk van deze kerngebieden zijn en worden werkwijzen en protocollen vastgesteld.

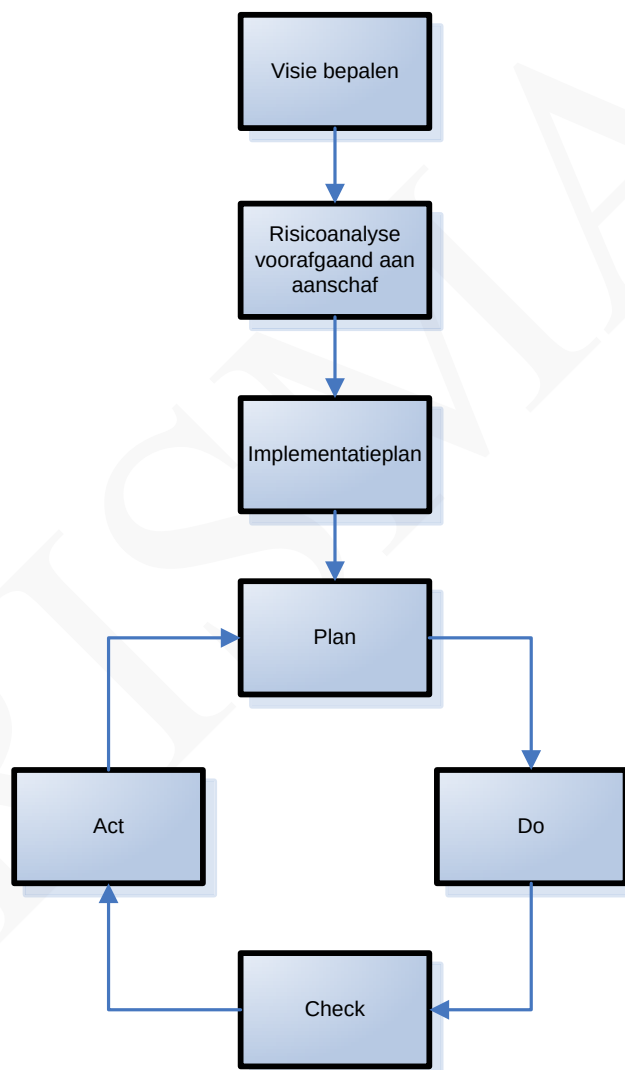
2.1.7. Risicobeheersing

De inzet van technische middelen brengt echter wel risico's met zich mee, zowel bij het gebruik als bij de eventuele uitval ervan. Voor Prisma is de inzet van Zorgondersteunende Techniek alleen toelaatbaar als deze risico's maximaal worden beheerst. Vanuit dit standpunt moeten onderstaande vragen beantwoord zijn en moet aan genoemde voorwaarden zijn voldaan:

- **Risicoanalyse voor aanschaf**
Welke risico's kleven aan het gebruik en de eventuele uitval van de technische middelen? Hoe zijn deze risico's te beheersen? Hoe wordt beslist of de technische middelen worden ingezet?
- **Implementatie**
Hoe worden de middelen daadwerkelijk ingezet? Welke deskundigheid vraagt dit van de medewerkers? Hoe worden de middelen gecontroleerd en onderhouden?
- **Vrijgifte**
Nieuwe apparatuur of technologie moet beschikken over een 'technische vrijgifte'. De validatie van de beoogde werking moet bewezen zijn en binnen de organisatie moet een goed controlesysteem actief zijn. Ook moet duidelijk zijn dat medewerkers en cliënten van de werking op de hoogte zijn.
- **Calamiteitenplan**
Als de apparatuur uitvalt, moet een calamiteitenplan in werking treden. Wie doet wat als het middel/systeem uitvalt? Een calamiteitenplan maakt onderdeel uit van de inzet van onder meer Zorg op Afstand.

2.1.8. Techniek

De inzet van techniek wordt uitgevoerd conform de PDCA-cyclus. Daarmee wordt voldaan aan de uitgangspunten voor de inzet van techniek en de beheersing van de risico's.



De uitwerking van deze PDCA-cyclus wordt - zoals aangegeven - per kerngebied uitgewerkt. Specifiek voor de uitvoering van het beleid voor Zorg op Afstand is dit in hoofdstuk 3 uitgewerkt.

3. ORGANISATIE

3.1. Aanleiding

Nu de eisen voor Nachtelijke zorg en Zorg op afstand o.a. door de Inspectie voor Volksgezondheid (IGZ) zijn aangescherpt, heeft Prisma zich afgevraagd hoe zij hieraan kan voldoen. Technische hulpmiddelen leveren een belangrijk aandeel bij de borging van de veiligheid van onze cliënten. Maar wanneer zijn deze technische hulpmiddelen wel en niet toegestaan? Welke apparatuur is wel en welke niet toelaatbaar? Welke randvoorwaarden gaat Prisma hierbij hanteren?

Nu Prisma haar visie met betrekking tot Zorgondersteunende Techniek heeft bepaald, kunnen vervolgstappen worden gezet.

In hoofdstuk 3 en 4 gaan wij in op de stappen die ervoor zorgen dat de inzet van Zorgondersteunende Techniek steeds in overeenstemming is met onze achterliggende visie. Allereerst gaan we in op de redenen waarom de inzet van Zorgondersteunende Techniek noodzakelijk is geworden.

Waarom is Zorgondersteunende Techniek steeds nuttig en noodzakelijker geworden?

- **Vernieuwd huisvestingsconcept**

Midden jaren '90 is vanuit de visie op volwaardig burgerschap een nieuw huisvestingsconcept geïmplementeerd. In dit huisvestingsconcept ligt het accent op *individualiteit* en *kleinschaligheid*, gesitueerd in *een gewone woonwijk*. Vanuit deze visie heeft Prisma in de afgelopen tien jaar haar beleid vormgegeven. Bij de aankoop en inrichting van onze locaties hebben we de focus gelegd op *kleinschaligheid*, *decentralisatie* en *deconcentratie* van de huisvesting. Van de 990 verblijfplaatsen kunnen nu meer dan 600 plaatsen worden aangemerkt als 'kleinschalige voorziening'². Hiermee is het aantal locaties binnen Prisma enorm toegenomen;

- **Nieuwe eisen op het gebied van alarmering**

De zorg en ondersteuning die Prisma biedt aan mensen met een beperking wordt grotendeels gefinancierd vanuit de AWBZ. Per 1 januari 2009 is deze financiering gekoppeld aan een Zorg Zwaarte Bekostiging. Cliënten die zorg met verblijf krijgen, worden geïndiceerd door het CIZ. De indicatie bepaalt vervolgens het Zorg Zwaarte Pakket (ZZP). In het ZZP staat vermeld welke zorg en begeleiding de cliënt mag verwachten.

Een van de leveringsvoorwaarden binnen de ZPP GZ is de aanwezigheid van een adequaat alarmeringssysteem, compleet met een alarmopvolging-systeem. In de praktijk betekent dit dat er minimaal een oproepbare wacht aanwezig moet zijn (GZ 1 VG). Op zorgintensieve locaties is een 's nachts wakende of slapende

² Peildatum september 2009

wacht aanwezig (bron ZAWBZ 2008 0156). Zie bijlage 1). De begrippen 'aanwezigheid', 'nabijheid' en 'bereikbaarheid' worden op individueel niveau in het POP vastgelegd;

- **Profiteren van de technologische vooruitgang**
De IGZ stelt in haar jaarrapportage 2008 dat langdurige zorg en zorg thuis ondenkbaar is zonder technologische ondersteuning. Om optimaal te kunnen profiteren van de technologische vooruitgang is het belangrijk om te bezien hoe technische ondersteuningsmiddelen de cliëntveiligheid kunnen borgen;
- **Risicoanalyse**
Voor de juiste toepassing van technologie moet wel duidelijk zijn welke bijdrage de technologie moet leveren aan de zorg voor cliënten. Alleen als dit goed omschreven is, kan goed worden geëvalueerd. Ook de risico's zullen systematisch in kaart gebracht moeten worden. Waar zitten de risico's als de apparatuur werkt, en waar als de apparatuur uitvalt? De inspectie ziet dit als een harde eis. Prisma onderschrijft dit;
- **Implementeren en evalueren**
Naast deze risicoanalyse zijn een implementatieplan en periodieke evaluaties noodzakelijk. Kortom, de inspectie vindt risicomanagement en de toepassing van technologie in Cure en langdurige zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden.³
- (Bron: Staat van de gezondheidszorg 2008: Risico's van medische technologie onderschat.)

³ Prisma kent meerdere vormen van technologie. Nachtcentrum en 24 uren bereikbare techniek is hier een van.

3.2. Uitgangspunten en voorwaarden

3.2.1. Algemeen

Om Zorgondersteunende Techniek zo toe te passen dat deze aansluit op de visie die Prisma heeft geformuleerd, gelden steeds de volgende uitgangspunten:

- ‘De cliënt heeft de regie en de professionals zorgen dat’;
- De ondersteuningsvragen in de nacht van de huidige en toekomstige klanten worden eigentijds en adequaat georganiseerd en gerealiseerd;
- De medewerkers van Prisma, die uitvoering geven aan de zorg, bieden de cliënten verantwoorde zorg, ondersteuning en aandacht tijdens de nacht.

3.2.2. Toetsbaar op beleidsniveau

De inzet van technologie⁴ begint steeds met de vraag welke zorg Prisma wil bieden. Pas daarna begint de zoektocht naar de passende technologie om het gewenste effect te bereiken.

3.2.3. Perspectief vanuit cliënten, medewerkers en organisatie

De inrichting van de nachtzorg wordt vormgegeven vanuit het perspectief van cliënten, medewerkers en organisatie.

Cliënten

- **Zorg op maat:** De ondersteuning en zorg voor de cliënt is afgestemd op de individuele vraag;
- **Toegankelijk:** Iedere cliënt kan gebruik maken van Zorgondersteunende Techniek binnen de nachtcentra⁵;
- **Continuïteit:** Het proces van ondersteuning en zorg is - indien nodig - doorlopend en - daar waar nodig - specifiek;
- **Flexibel:** Zorg op maat betekent dat de *vraag* leidend is en dus kan worden aangepast aan de situatie;
- **Klantvriendelijk:** De cliënt is niet belast met de organisatie van de nachtzorg en de Zorgondersteunende Techniek;
- **Vrijheid:** De inzet van Zorgondersteunende Techniek leidt niet tot onaanvaardbare vrijheidsbeperkende maatregelen;
- **POP:** Ondersteuningsafspraken voor de nacht, zorg op afstand en inzet technische hulpmiddelen liggen vast in het POP.

Medewerkers

- **Medewerkervriendelijk:** De organisatie van de nacht is zo ingericht dat de medewerker vanuit een hedendaagse werkomgeving zijn werk kan doen.

⁴ Criteria t.a.v. technische inrichting: zie document Programma van Eisen Zorgondersteunende Techniek
1 maart 2007

⁵ Opgenomen in het POP en passend binnen de zorgvraag en indicatie

- ***Professioneel:*** De medewerkers bij Prisma worden aangesproken op hun professionele kwaliteiten. Ze zijn zich bewust van hun taken en verantwoordelijkheden.

PRISMA

Organisatie

- **Laagdrempelig:** De organisatie en inrichting van de dienstverlening in de nacht en de nachtcentra sluiten zoveel mogelijk aan bij de (sociale) omgeving van de cliënt;
- **Deskundigheid en kwaliteit zijn geborgd:** De visie van Prisma bepaalt de inzet van slaap- en nachtdiensten, nachtcentra en type Zorgondersteunende Techniek. De cliënt en de mogelijkheden van de cliënt staan hierbij centraal;
- **Economisch verantwoord:** De kosten moeten aanvaardbaar blijven, terwijl de zorg voldoet aan de vraag en een goede prijs-kwaliteitverhouding;
- **Communicatie rondom mogelijkheden en risico's⁶:** De klanten en medewerkers zijn op de hoogte van de mogelijkheden en eventuele risico's die Zorgondersteunende Techniek met zich meebrengt. Op alle locaties is een lokaal en centraal calamiteitenplan aanwezig. Hierin is vastgelegd hoe de medewerkers moeten optreden bij storingen en calamiteiten. De risico's voor de veiligheid van klant en medewerker zijn geïnventariseerd. Gebruik en inzet van de techniek zijn toetsbaar;
- **Techniek als hulpmiddel binnen de nachtcentra:** De zorg op afstand is zo ingericht dat deze de signalering en opvolging van alarm ondersteunt. De techniek is altijd volgend en niet leidend;
- **Zorg op afstand is begrensd:** De vraag om techniek in te zetten als hulpmiddel kent grenzen, vragen en dilemma's;
- **Communicatie en afstemming:** Overlegmomenten tussen de organisatie van de nacht, zorg op afstand, klantvertegenwoordigers en leveranciers van hulpmiddelen zijn ingebed in de organisatie en periodiek en systematisch vastgelegd;
- **Inbedding organisatie nacht, zorg op afstand en inzet techniek in POP:** Het POP is gebaseerd op 24-uurs zorg. In het POP is de ondersteuningsvraag in de nacht omschreven, de zorg op afstand en de inzet van techniek;
- **Proces:** Het kwaliteitshandboek vermeldt het hele proces: van het moment van aanmelding tot het einde van de ondersteuning. Hierin is ook het protocol voor de inzet van Zorgondersteunende Techniek opgenomen.

⁶ zie visiedocument: inzet van techniek in de dagelijkse zorg

3.2.4. Deskundigheid en kwaliteit⁷

Primair proces

De nachtzorg binnen Prisma kent slaapdiensten en wakkere diensten in Landpark Assisië en Kaatsheuvel.⁸ Daarnaast is er een team aanwezig op de nachtzorgcentrale gelegen in Raamsdonksveer. Op deze locatie signaleren de medewerkers via de ondersteunende techniek of er ongeplande zorg verlenend moet worden.

Ruim 80% van de locaties wordt 's nachts bemenst door een slaapwacht. Om de zorg professioneel te kunnen bieden, is het niveau van de medewerker in de slaapwachtdienst minimaal 'assistent begeleider A'. Het maximaal gewenste deskundigheidsniveau is 'begeleider B'. Incidenteel is behoefte aan een 'begeleider A'.

De medewerker in de slaapwachtdienst moet zijn toegerust op

- **in het algemeen:**
 - Medicatietoediening
 - Epilepsie
 - Diabetes
- **incidenteel:**
 - Autisme
 - Gedragsregulatie

De klantvraag op de locatie is leidend voor de nodige deskundigheid.

Nachtzorg Landpark Assisië:

Voor de medewerkers binnen de nachtzorgteams (wakkere nacht) is het van belang dat zij geschoold zijn in epilepsie, til- en transfer en BHV*. Zij moeten in de nacht de geplande en ongeplande zorg in de directe omgeving kunnen verrichten. Zij hebben basiskennis van autisme en gedragsproblemen en beschikken over voldoende communicatieve vaardigheden. Voor de wakkere nacht in landpark Assisië geldt ook dat zij goed kunnen omgaan met gedragsproblemen en beschikken over relevante competenties. Daarnaast heeft de nachtdienst Landpark Assisië deeltaken als ISA**-

⁷ Om inzicht te krijgen in de huidige zorgvraag met betrekking tot de nachtzorg en het gebruik van

Zorgondersteunende Techniek zijn alle vragen geïnventariseerd. Deze vragen zijn door de teamleiders beantwoord. De antwoorden zijn verwerkt.

⁸ Inzet slaapdienst is gekoppeld aan de voorwaarden conform ZZP en nabijheid/beschikbaarheid.

verpleegkundige en zijn c.q. worden zij geschoold conform de ISA-norm. Tevens worden zij in de nacht geraadpleegd als ISA-medewerker.

Nachtzorg Raamsdonksveer:

Voor de medewerkers binnen de nachtzorgcentrale is het van belang dat zij geschoold zijn in epilepsie, til- en transfer en BHV*. Zij moeten in de nacht de geplande en ongeplande zorg in de directe omgeving kunnen verrichten. Zij hebben een basiskennis van autisme en gedragsproblemen en beschikken over voldoende communicatieve vaardigheden. Zij hebben kennis van de Zorgondersteunende Techniek en kunnen hierin adviseren, de Zorg op afstand instellen en ermee werken.

* *BHV: Bedrijfshulpverlening*

** *ISA : Instructie-Scholing-Artsenintermediair*

13

3.2.5. Bereikbaarheidsdiensten ondersteunend aan het primaire proces

Ter ondersteuning van het primaire proces zijn er bereikbaarheidsdiensten geregeld voor de medewerkers en een back-office die in actie komt bij technische calamiteiten. Het ISA-team treedt op als vangnet voor de medewerkers, de intermediaire voor de AVG-arts en de bereikbaarheid van AVG-artsen.

3.2.6. Operationeel management

De teamleider wonen is integraal verantwoordelijk voor de borging van kwaliteit en deskundigheid. Hiervoor regelt hij minimaal twee keer per jaar toetsmomenten. Deze toetsmomenten zijn als volgt geregeld:

- De teamleider wonen maakt de afspraak voor zijn locatie. Tijdens het gesprek evalueert hij de inzet van de slaapwachten en bekijkt hij of er aanpassingen nodig zijn. Hierbij kan gedacht worden aan:
 - * de periodieke overweging om slaapdiensten anders in te stellen, bijvoorbeeld om efficiënter gebruik te kunnen maken van de inzet medewerkers;
 - * de periodieke heroverweging van begin- en eindtijden van diensten;
 - * afstemming met de nachtzorgcentrales;
 - * doorberekenen van de inrichting van het functiehuis op inzet en de gewenste kwaliteit van de slaapdiensten.
- De teamleider wonen bekijkt periodiek of de zorgmomenten het deskundigheidsniveau vragen dat is ingezet. Is het misschien rendabeler om de diensten anders te organiseren?
Hierbij kan gedacht worden aan:
 - * het aanpassen van de tijdstippen van medicatietoediening;
 - * wisselligging;
 - * het aanpassen van de tijden van verschoningen/wisselen incontinentiemateriaal.

- Tweemaal per jaar legt de teamleider wonen tijdens het targetoverleg verantwoording af voor de nachtelijke organisatie in zijn locatie.

3.2.7. Economisch verantwoord

De kosten van de bemensing en de technische organisatie van de nacht worden jaarlijks vastgelegd in de begroting. Hiervoor zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- Iedere bewoner van een woonvoorziening betaalt vanuit zijn/haar ZZP een basisbedrag voor de aansluiting op de zorgcentrale;
- Als gebruik wordt gemaakt van Zorgondersteunende Techniek wordt een toeslag berekend;
- Doorberekening wordt specifiekier uitgewerkt en is in 2011 beschikbaar;
- Ongeplande nachtelijke zorg wordt per locatie doorberekend naar het rooster dat is afgestemd op de indicaties;
- Geplande nachtelijke zorg wordt binnen de indicatie van de cliënt doorberekend;
- De inzet van een slaapdienst of wakkere dienst binnen een locatie gebeurt onder verantwoordelijkheid van de teamleider wonen. Doorberekening vindt plaats op basis van het aantal uren in verhouding tot de indicaties;
- Bij investeringen ten behoeve van het nachtzorgsysteem voor cliëntaanpassingen met grote financiële impact beslist de manager F&I.

3.2.8. Calamiteitenplan

Per locatie moet worden vastgelegd hoe met storingen en calamiteiten wordt omgegaan, wanneer wordt gerapporteerd, hoe overdrachten plaatsvinden en hoe moet worden gehandeld bij spoedeisende hulp van derden. Dit calamiteitenplan wordt gemaakt onder de verantwoordelijkheid van de teamleider wonen en is inzichtelijk voor alle cliënten, eventueel diens netwerk, de teamleden en het team van het nachtcentrum. Minimaal één keer per jaar wordt het plan geëvalueerd en bijgesteld. Een aantal standaardafspraken vanuit de nachtzorgcentrale is hierbij leidend.

Het calamiteitenplan wordt opgenomen in de RAP-Map en gekoppeld aan het BHV-plan per locatie en het takenpakket van de aandachtsfunctionaris veiligheid. Het aspect veiligheid wordt hierin nadrukkelijk meegenomen. Er wordt een risico-inventarisatie gemaakt voor cliënt en medewerker. Hierin is ook het risico van uitval van de systemen meegenomen. Risicovolle situaties in de praktijk worden m.b.v. een MIC-melding kenbaar gemaakt. Het format calamiteitenplan is bijgesloten als bijlage.

3.2.9. Begrenzungen

De technische mogelijkheden en ontwikkelingen lijken onbegrensd. Nieuwe woonlocaties worden standaard uitgerust met Zorgondersteunende Techniek. Maar de inzet van deze technische hulpmiddelen kent ook grenzen, ethische vragen en dilemma's.

De begrenzingen van de organisatie van de nacht

- Medewerkers op de nachtzorgcentrale kunnen een bepaalde hoeveelheid en gelijktijdigheid van meldingen per monitor verwerken. Dat kan leiden tot enige wachttijd bij de verwerking van signalen bij piektijden;
- Een nachtcentrum signaleert en zet zo nodig de alarmopvolging in. Observatie en beeldmateriaal maken horen hier niet bij;
- Om een nachtcentrum werkbaar te houden gelden algemene richtlijnen. De tijdstippen van onder andere (digitale) overdrachten en de begin- en eindtijden van de technische ondersteuning moeten zijn vastgelegd;
- Camerabewaking is beperkt mogelijk en onder strikte voorwaarden;
- Fysieke personele inzet bij een hulpvraag kan niet op meerdere plekken tegelijk plaatsvinden binnen een solitaire voorziening;
- Specialistische handelingen 's nachts kunnen om de inzet van derden vragen;
- Ethische vragen worden binnen de organisatie aan de orde gesteld. Dit wordt besproken o.l.v. de teamleider wonen met de belanghebbenden.

3.2.10. Communicatie, afstemming en evaluatie

Periodiek en systematisch overleg over de organisatie van de nacht en de gebruikte technische hulpmiddelen is noodzakelijk. Zo kan Prisma optimaal inspelen op nieuwe trends binnen haar dienstverlening. Deze overlegmomenten bestaan uit:

- Periodiek overleg tussen de teamleider nacht, de nachtzorgcentrale en de ICT - afdeling;
- Periodiek overleg tussen de toeleverancier CLB en de senior consulent ICT, functioneel applicatiebeheerder ondersteunende techniek nacht en teamleider nacht.
- Periodiek overleg tussen manager F&I en sectormanager met verantwoordelijkheid voor zorgcentrale en de teamleider.

Bij elk contact/overleg worden doelstelling, vorm en deelnemers vastgelegd.

Daarnaast zullen verschillende geledingen jaarlijks advies uitbrengen over de dagelijkse gang van zaken:

- CCR en lokaal de cliëntenraden of LCR
- MIC commissie
- ARBO consulent
- Manager zorgexpertise
- Staf Raad van Bestuur m.b.t. externe ontwikkelingen voor wat betreft wet- en regelgeving en verwachte trends.

Aan de hand van de adviezen die door deze instanties zijn uitgebracht, vindt jaarlijks bijstelling plaats.

4. UITVOERING

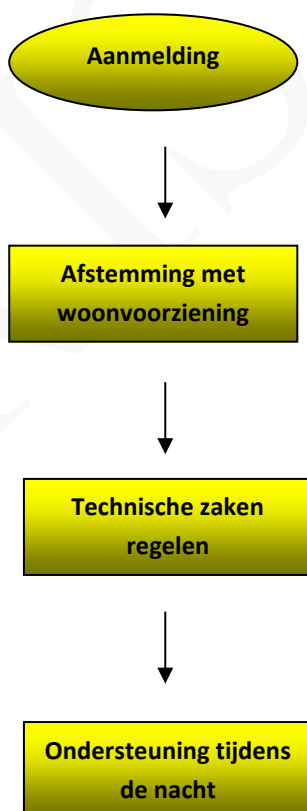
4.1. Proces van aanmelding tot einde ondersteuning

(is opgenomen in het kwaliteitshandboek)

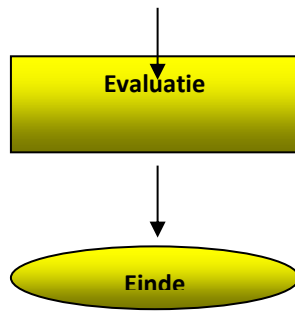
De ondersteuningsvragen voor nachtzorg⁹ met of zonder gebruikmaking van Zorgondersteunende Techniek worden opgenomen in het POP. In onderstaande tabel zijn verschillende vormen van zorg beschreven. (Voor producten techniek en zorg, zie bijlage 2 en 3)

Hoe wordt het proces in gang gezet?

De klantbegeleider van Entree vraagt de ondersteuning aan. Deze werkt hierbij samen met de teamleider wonen, de woonvoorziening en persoonlijk ondersteuner. De teamleider ‘vertaalt’ het ZZP van de cliënt naar de dagelijkse en nachtelijke ondersteuning.



⁹ Passend binnen de indicatie of als informatie voor een herindicatie.



4.1.1. Aanmelding door teamleider wonen

De teamleider wonen onderhoudt samen met de persoonlijk begeleider het contact met de cliënt of diens netwerk. Vanuit deze positie is de teamleider wonen degene die beslist of een aanvraag voor Zorgondersteunende Techniek gedurende de nacht gerechtvaardigd is. Dit hangt in het bijzonder af van de indicatie van de cliënt. Het ZZP is leidend bij de bepaling welke technische hulpmiddelen worden ingezet om het gevraagde 24-uurs toezicht te kunnen bieden. (Zie ZAWBZ 2008 0156, bijlage 1).

De aanvraag

Voor alle diensten moeten afspraken gemaakt worden tussen de woonlocatie en de teamleider wonen. De afspraken moeten verlopen volgens het communicatieschema. De teamleider wonen legt de vraag van de cliënt digitaal voor aan de medewerkers van het nachtcentrum. Als er sprake is van Zorgondersteunende Techniek, dan voegt hij bij de vraag meteen de ‘aanvraaglijst ondersteuning nachtcentrum’: ‘Zorg op afstand’ (bijlage 4). Het nachtcentrum adviseert over het hulpmiddel.

De mogelijkheden

De teamleider of de persoonlijk ondersteuner wonen¹⁰ bespreekt met de cliënt en/of diens netwerk welke mogelijkheden er zijn voor nachtelijke ondersteuning. Er bestaat een grove indeling van acht verschillende producten. Deze variëren van een enkele aansluiting tot zeer intensieve camerabewaking. Is de teamleider wonen akkoord met het advies, dan vult hij de vragen op de lijst verder in en stuurt hij de gehele aanvraag door naar de teamleider nachtcentrum.

Toetsen

Om de inzet van de Zorgondersteunende Techniek toetsbaar en doelmatig te houden, moet deze periodiek worden geëvalueerd op cliëntniveau. Dit gebeurt met behulp van een stappenplan. Dit stappenplan ‘aanvraag hulpmiddelen’ is al gebruikt bij het opstellen van het POP, maar doet ook dienst bij tussentijdse vragen waarbij techniek uitkomst kan bieden. Het stappenplan correspondeert met de aanvraaglijst van het nachtcentrum.

Het stappenplan

Het stappenplan geeft aan hoe de aanvraag van hulpmiddelen verloopt:

1. Probleem en ondersteuningsvraag verhelderen
2. De oplossingsrichting bepalen
3. Een hulpmiddel selecteren en uitproberen

¹⁰ Bij een nieuw initiatief gelden in tijd strakke richtlijnen en aanspreekpunten. Zie hiervoor handleiding nieuw op te zetten locaties en entreeprocedures.

4. Het hulpmiddel aanschaffen
5. Levering en instructie van het hulpmiddel
6. Het hulpmiddel gebruiken
7. Het hulpmiddel evalueren

PRISMA

Onder verantwoordelijkheid van de teamleider wonen is de persoonlijk begeleider verantwoordelijk voor de praktische zaken. De persoonlijk begeleider brengt het team op de hoogte, overlegt met de cliënt en voegt de nachtelijke ondersteuning toe aan het POP van de cliënt. Hij benoemt hierbij alle aspecten die relevant zijn voor die specifieke individuele situatie. De informatie berust op feitelijkheden.¹¹

4.1.2 Afstemming met woonvoorziening

De teamleider nachtcentrum stemt i.s.m. het team nachtcentrum af en controleert de gegevens. Hij bekijkt vervolgens de personele en technische mogelijkheden voor de nachtelijke ondersteuning. Is alles akkoord, dan schakelt de teamleider nachtcentrum de afdeling ICT in om de Zorgondersteunende Techniek te leveren.

De medewerkers van het nachtzorgcentrum leggen de werking van het Zorgondersteunende Techniek uit aan de locatie. De persoonlijk begeleider van de woonlocatie bespreekt de nachtzorg met de cliënt. Aanvullend hierbij is de folder '*Cliënt en netwerk*'.

4.1.3 Regelen technische zaken

Gaat het om een Zorgondersteunende Techniek waarvoor de verbinding al is aangelegd, dan hoeft het nachtzorgcentrum deze verbinding alleen te activeren. Gaat het om een modulaire uitbreiding van het systeem, dan moet de toeleverancier dit regelen. Hier kan een levertijd op zitten.

Het nachtcentrum controleert de activering meteen bij de start. De fysieke ondersteuningsmiddelen en verbindingen moeten drie maal per jaar en steekproefsgewijs worden gecontroleerd. Deze controles vallen onder de verantwoordelijkheid van manager F&I en teamleider nachtcentrale.

4.1.4. Ondersteuning tijdens de nacht

Nadat de technische zaken geregeld zijn en getest, kan de nachtelijke ondersteuning beginnen. De aard van de ondersteuning moet vastliggen in het POP van de cliënt. De persoonlijk begeleider legt per klant de productomschrijving nachtzorg vast in het POP. Hij communiceert dit met de klant en vraagt zijn toestemming. Dit is een vereiste. Als het nodig is, vindt toetsing in het kader van de BOPZ plaats. Bij de evaluatie van het POP komen ook de afspraken rondom de nachtzorg aan bod. De teamleider wonen controleert en is verantwoordelijk voor de juiste informatie in het POP.

¹¹ De visie op kwaliteit van het proces en de stichtingsbrede lijnen staat beschreven in het visiedocument op Zorgondersteunende Techniek.

De vraag van de cliënt bepaalt hoe gesignaleerd en gerapporteerd wordt en op welke tijdstippen het nachtcentrum de slaapdiensten of wakkere diensten inzet. Dit is aangegeven op het aanvraagformulier.

Het nachtzorgcentrum heeft een rapport, waarin alle actuele cliëntinformatie uit het POP is opgenomen, die voor haar relevant is. Conform de beleidslijnen van Prisma wordt deze informatie opgeslagen en bewaard volgens de richtlijnen van de Wet op de Privacy.

19

De minimaal gewenste gegevens zijn opgenomen in bijlage 5, '*Informatie- en afsprakenlijst*'.

4.1.5. Dagelijkse overdracht en communicatie met nachtcentrum en met wakkere diensten

De dagelijkse communicatie tussen de woonlocaties en het nachtcentrum gebeurt vanuit het nachtcentrum in Raamsdonksveer digitaal via een standaardmail.

(Zie bijlage 5, 6, 7 en 8, *Informatie- en afsprakenlijst*, *Mondelinge overdrachten en calamiteitenplan* (bij storingen) en *Algemene afspraken*.)

De dagelijkse communicatie tussen de woonlocaties en de wakkere diensten gebeurt op inhoud dagelijks digitaal en waar nodig vindt een persoonlijke overdracht plaats.

4.1.6. Evaluatie

Tijdens de evaluatie van het POP, wordt ook de nachtzorg van de cliënt geëvalueerd. De woonvoorziening brengt dit onderwerp tijdens de evaluatie ter sprake.

Voor de evaluatie van de inzet vanuit het nachtcentrum is een jaarlijkse planning met minimaal één evaluatiemoment per jaar. De evaluatie vindt plaats tussen persoonlijk begeleider wonen en de contactpersoon van het nachtzorgcentrum voor deze locatie. De locatie en het nachtzorgcentrum spreken af hoe en wanneer de evaluatie uitgevoerd wordt.

Voor de evaluatie van de inzet vanuit de wakkere diensten is een jaarlijkse planning met minimaal één evaluatiemoment per jaar. De evaluatie vindt plaats tussen persoonlijk begeleider wonen en de contactpersoon van het nachtteam.

4.1.7. Einde ondersteuning

Cliënten die niet langer nachtondersteuning nodig hebben, geven dit aan op de locatie. De persoonlijke begeleiders van de locatie geven dit digitaal door aan het nachtcentrum met behulp van de aanvraaglijst nachtcentrum *Zorg op afstand*. (Bijlage 4).

BIJLAGEN

Bijlage 1 – ZZP

ZAWBZ 2008 0156 bijlage

Productspecificaties ZZP's 2009

SECTOR GZ

Inhoudelijk uitgangspunt in de GZ sector is het **Kwaliteitskader gehandicaptenzorg**. Verder gelden de NZa-beleidsregels en de eisen die contractueel zijn overeengekomen met het zorgkantoor. Bij een BOPZ-status voldoet de instelling aan de wettelijke eisen en de landelijk vastgestelde criteria hiervoor.

Buitensectoraal

Voor ZZP's buiten de sector GZ wordt verwezen naar de productspecificaties van de andere sectoren.

De randvoorwaarden binnen de GZ:

- Het zorgplan wordt met de cliënt opgesteld. Bij het vaststellen van een zorgarrangement is de wens van de cliënt uitgangspunt.
- Het zorgplan wordt minimaal één keer per jaar met de cliënt en of de cliëntvertegenwoordiger besproken. Aanpassingen in het zorgplan worden schriftelijk vastgelegd.
- Het zorgarrangement wordt uitgevoerd volgens de gemaakte afspraken.
- Het personeel is vakbekwaam en beschikt over het gewenste opleidingsniveau. Daarnaast is er voldoende deskundig personeel aanwezig om de complexiteit en de zwaarte van de zorg aan te kunnen. Het personeel moet tijdig kunnen signaleren en interveniëren op basis van vakkennis. Het voorziet in wat nodig is en speelt proactief in op de behoeften van de cliënten.
- Er is minimaal twee keer per jaar een gestructureerd multidisciplinair overleg op cliëntniveau.
- Heeft de cliënt te maken met een instabiele of veranderende gezondheidstoestand, dan moet vaker multidisciplinair overleg plaatsvinden.

Leveringsvoorwaarden

- Een adequaat systeem van alarmering en alarmopvolging.
- Fysiek 24-uurs toezicht.
- De bouwkundige voorzieningen zijn veilig en sluiten aan bij de criteria voor zorglevering in een beschermende leefomgeving, een therapeutisch klimaat of permanent toezicht.
(Zie bijlage voor begripsomschrijving).
- Er wordt gewerkt volgens richtlijnen en protocollen gebaseerd op actuele kennis volgens professionele standaarden.
- Hotelmatige diensten worden geleverd inclusief HV, waskosten en maaltijden.
Afhankelijk van de instelling zijn huisartsenzorg, medicijnen en hulpmiddelen onderdeel

van het zorgaanbod (art. 15).

SPECIFICATIES PER ZZP

GZ 1 VG Wonen met enige begeleiding

- 's Nachts is er een oproepbare wacht.
- Een woonondersteuner is beschikbaar volgens afspraak, direct oproepbaar of voortdurend in de nabijheid.

GZ 2 VG Wonen met begeleiding

- Er is een 's nachts wakende of slapende wacht.
- Een woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid.

GZ 3 VG Wonen met begeleiding en verzorging

- Er is een 's nachts wakende of slapende wacht aanwezig.
- Een woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid of in het pand aanwezig als er cliënten aanwezig zijn.
- De instelling die geen toelating heeft voor de functie behandeling, beschikt over een bedrijfsplan waarin de volgende onderwerpen zijn opgenomen:
 - o De samenwerkingsovereenkomst met een behandelaar,
 - o De gegevens van een AVG-arts en gedragsdeskundige of psycholoog die betrokken is bij het opstellen en evalueren van het zorgplan.
- De AVG-arts of gedragsdeskundige/psycholoog is beschikbaar voor advies.

GZ 4 VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging

- Er is een 's nachts wakende of slapende wacht aanwezig.
- Een woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid of in het pand aanwezig als er cliënten aanwezig zijn.
- De instelling die geen toelating heeft voor de functie behandeling, beschikt over een bedrijfsplan waarin de volgende onderwerpen zijn opgenomen:
 - o De samenwerkingsovereenkomst met een behandelaar,
 - o De gegevens van een AVG-arts en gedragsdeskundige of psycholoog die betrokken is bij het opstellen en evalueren van het zorgplan.
- De AVG-arts of gedragsdeskundige/psycholoog is beschikbaar voor advies.
- Als de cliënt verpleegkundige zorg nodig heeft, is deze deskundigheid beschikbaar.

GZ 5 VG Wonen met begeleiding en zeer intensieve verzorging

- Er is een 's nachts wakende of slapende wacht aanwezig.
- Een woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid.
- De instelling die geen toelating heeft voor de functie behandeling, beschikt over een bedrijfsplan waarin de volgende onderwerpen zijn opgenomen:
 - o De samenwerkingsovereenkomst met een behandelaar
 - o De gegevens van een AVG-arts en gedragsdeskundige of psycholoog die betrokken is bij het opstellen en evalueren van het zorgplan.
- De AVG-arts of gedragsdeskundige/psycholoog is beschikbaar voor advies.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar, die specifiek verpleegkundige handelingen kan uitvoeren.

GZ 6 VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering

- Er is een 's nachts wakende of slapende wacht aanwezig.
- Een woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid en in staat adequaat te handelen bij gedragproblemen en agressie.
- De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgplan: AVG-arts en gedragskundige of psycholoog zijn 7 x 24 uur bereikbaar.
- Dag en nacht heerst er een adequate vorm van toezicht. De zorgverleners zijn permanent alert op eventuele onveilige situaties.
- Na alarmering wordt binnen vijf minuten gereageerd.
- Individuele risico's worden vastgelegd in het zorgplan.
- Gekwalificeerd personeel biedt 7 x 24 uur ondersteuning.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar.

GV 7 VG (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (oelgroep SGLVG-SGEVG met CE score 3/4)

- Er is een 's nachts wakende of slapende wacht aanwezig.
- Een woonondersteuner is voortdurend in de nabijheid en in staat om adequaat te handelen bij gedragproblemen en agressie.
- De behandelaar is eindverantwoordelijk voor het zorgplan: AVG-arts en gedragskundige of psycholoog zijn 7 x 24 uur bereikbaar.
- Dag en nacht heerst er een adequate vorm van toezicht. De zorgverleners zijn permanent alert op eventuele onveilige situaties.
- Individuele risico's worden vastgelegd in het zorgplan.
- Gekwalificeerd personeel biedt 7 x 24 uur ondersteuning.
- Er is verpleegkundige hulp en advies beschikbaar.

Bijlage 2 – Productomschrijvingen en te koppelen techniek

Soorten zorgoproepen via zorgondersteunende techniek (diensten)						Deel			
Prijsstelling	Type zorgoproep / Dienst	Type signaal	Type Zorg	Voorbeeld	Melding via	Techniek	Uren zorg	Bedrag	Totaalbedrag
Goedkoopst	Op maat Zorg op afstand	Actief signaal	Zorg op afstand door zorgcentrum medewerkers	Client heeft de mogelijkheid om afgenomen diensten zorg op afstand te ontvangen. Er wordt hierbij dus nog geen fysieke zorg OF zorg op afstand verleent. Standaard basisvoorziening welke onderdeel uitmaakt van wonen bij Prisma (een lege container betaald men ook, ook wanneer men deze niet gebruikt)	nvt	100% voor alle basisvoorzieningen in een appartement	0%	A	A = Totale investering centraal (Rveer) en decentrale systemen (alle buitenlocaties) gedeeld door alle inluisterpunten op alle buitenlocaties Rveer (685 stuks)
	Op maat extra incidenteel Zorg op afstand	Actief signaal	Zorg op afstand door zorgcentrum medewerkers	Client drukt zelf indien nodig op meldapparatuur en zorgcentrum geeft de client op afstand mondeling zorg.	peerdrukker, deurverklipper, halszender, bedmat, ringleiding, trekkoord etc.	afschrijving eenmalige investering aanvullende apparatuur gedurende 5 jaar	95%	B	A + B
	Op maat extra structureel Zorg op afstand	Actief signaal	Zorg op afstand door zorgcentrum medewerkers	Client drukt zelf op structurele momenten (bijv iedere dag bij thuiskomst) op meldapparatuur en zorgcentrum geeft de client op afstand mondeling zorg.	peerdrukker, deurverklipper, halszender, bedmat, ringleiding, trekkoord etc.	afschrijving eenmalige investering aanvullende apparatuur gedurende 5 jaar	95%	C	A + C
	Op maat extra incidenteel Fysieke Zorg	Actief signaal	Fysieke Zorg door slaapwacht ter plaatse nav signalering op zorgcentrum	Client drukt zelf indien nodig op meldapparatuur en zorgcentrum schakelt altijd de slaapwacht op locatie in.	peerdrukker, deurverklipper, halszender, bedmat, ringleiding, trekkoord etc.	0%	100%	D	A + B + D
	Op maat extra structureel Fysiek Zorg	Actief signaal	Fysieke Zorg door slaapwacht ter plaatse nav signalering op zorgcentrum	Client drukt zelf op een structureel moment (bijv iedere nacht 1 of 2x om te gaan plassen) op meldapparatuur en zorgcentrum schakelt altijd de slaapwacht op locatie in.	peerdrukker, deurverklipper, halszender, bedmat, ringleiding, trekkoord etc.	0%	100%	E	A + C + E
	Op maat extra incidenteel All-in Zorg	Actief signaal	Zorg op afstand & Fysieke zorg ter plaatse	Client drukt zelf indien nodig op meldapparatuur en zorgcentrum probeert de client tot rust te brengen / zorg op afstand te geven en schakelt indien nodig de slaapwacht op locatie in.	peerdrukker, deurverklipper, halszender, bedmat, ringleiding, trekkoord etc.	0%	100%	F	A + B + D + F
Duurst	Op maat extra structureel All-in Zorg	Actief signaal	Zorg op afstand & Fysieke zorg ter plaatse	Client drukt zelf op een structureel moment (bijv client wordt iedere nacht bang) op meldapparatuur en zorgcentrum probeert de client tot rust te brengen / zorg op afstand te geven en schakelt indien nodig de slaapwacht op locatie in.	peerdrukker, deurverklipper, halszender, bedmat, ringleiding, trekkoord etc.	0%	100%	G	A + C + E + G
Goedkoopst	Op geluid Zorg op afstand	Passief signaal	Zorg op afstand	Client maakt door middel van geluid een oproep naar het zorgcentrum die vervolgens de client zorg op afstand biedt. Bijv client gilt regelmatig in zijn slaap, wordt dan altijd wakker, is bang en wenst dan gerustgesteld te worden.	Via inluisterpunt	0%	100%	K	A + K
	Op geluid Fysieke Zorg	Passief signaal	Fysieke Zorg ter plaatse	Client maakt door middel van geluid een oproep naar het zorgcentrum die vervolgens de lokale slaapwacht ingeschakelt om fysieke zorg te verlenen. Bijv client snurkt nav epileptisch insult waar fysieke zorg noodzakelijk is.	Via inluisterpunt	0%	100%	L	A + K + L
Duurst	Op geluid All-In Zorg	Passief signaal	Zorg op afstand & Fysieke zorg ter plaatse	Client maakt door middel van geluid een oproep naar het zorgcentrum die vervolgens de client dmv zorg op afstand gerust stelt. Indien dit niet lukt dan wordt de lokale slaapwacht ingeschakelt om fysieke zorg te verlenen. Bijv client die iedere nacht meerdere malen wakker gemaakt dient te worden. Als dat niet lukt via apparatuur dan dmv fysieke zorg	Via inluisterpunt	0%	100%	M	A + K + L + M

Bijlage 3 – Productomschrijvingen basis-, geplande en ongeplande zorg

Productenlijst Nachtzorg Prisma

Product	Categorie	Voorbeelden van voorkomende zorg	Intensiteit	Kosten (personele en materiële inzet)
0	Basis; aansluiting van de woning op de zorgcentrale	Mogelijkheid tot aanvraag nachtzorg, uitluisterpunt aanwezig.		Basistarief als abonnementvergoeding
1	Inluisteren, incidenteel	Incidenteel reageren op signaal door verbaal of face to face contact, terugpraten, slaapwacht of nachtdienst inschakelen.	Maximaal 1 keer per nacht gemiddeld.	Basistarief +
2	Inluisteren intensief	Zoals bij 1 aangevuld met signaleren op camerabeelden, instructie/overdracht aan slaapwacht, interpreteren en veelvuldig filteren van geluiden zoals bijv. met epilepsie.	Zoals bij 2: meerdere keren per nacht of gedurende langere tijd.	Basistarief +
3	Geplande en ongeplande zorg kort	Fysieke verzorging of begeleidende zorg. Incidenteel voorbehouden handelingen. Gedragsproblemen.	Gemiddeld max. 15 min per nacht. Maximaal 2 keer per week en intensieve zorg langer dan 15 min. als dit incidenteel voorkomt (enkele keren per jaar).	Basistarief +
4	Geplande en ongeplande zorg intensief	Zoals bij 3.	Zoals bij 3: meer dan 15 min gemiddeld per nacht minimaal 1 maal per week.	Basistarief +
5	Zeer intensieve complexe zorg	Terminale zorg, intensieve zorg aan dementerenden, zieken, complex verpleegtechnisch, gebruik van specifieke methoden zoals PDL.	Hierbij worden kosten niet enkel door de tijdsduur maar vooral de extra kwaliteiten van de medewerkers bepaald.	Basistarief +
6	Geplande en ongeplande zorg specialistisch,	Ondersteuning aan cliënten specialistisch.	Gemiddeld minder dan 15 minuten per contact, maximaal 2 keer per week.	Basistarief +
7	Geplande en ongeplande zorg specialistisch, intensief	Ondersteuning aan cliënten specialistisch waarbij sprake is van een 24 uur doorlopend behandelplan.	Minimaal 2 ondersteuners per interventie, regelmatige langdurige observaties (meer dan 10 minuten), of bij zeer vaak voorkomende korte interventies zoals bij 6.	Basistarief +
7+	Geplande en ongeplande zorg specialistisch, extreem	Als 7 aangevuld met extreme zorg aan gedragsproblematische cliënten met risico op escalatie en met veel aandacht voor persoonlijke veiligheid van cliënt en medewerker. Begeleiding meer dan 2 ondersteuners.	Hierbij worden kosten niet enkel door de tijdsduur maar vooral de extra kwaliteiten van de medewerkers bepaald. Heftige escalaties komen meerdere	Basistarief +

			keren per jaar voor.	
extra	Camera intensief	Dienst extra af te nemen.		Basistarief + Vaste kostprijs+ extra kosten

PRISMA

Bijlage 4 – Aanvraaglijst ondersteuning nachtcentrum: zorg op afstand

Naam cliënt	
Woonadres	
Teamleider wonen	
Persoonlijk begeleider cliënt woonlocatie	
Te bereiken via	
Kort profiel cliënt	
Omschrijving cliëntvraag	☐ ☐ ☐ ☐
Advies vanuit nachtcentrum	☐ ☐ ☐ ☐
Aanvraag na advies nachtcentrum	
Gewenste datum aanvang ondersteunende techniek	
Periode inzet ondersteunende techniek	☐ Tijdelijk, nl. tot ☐ Definitief
Reden van aanvraag ondersteunende techniek	
Afspraak over rapportage	☐ ☐ ☐
Evaluatie op	
Toestemming cliënt voor aanvraag actieve aansluiting op nachtcentrum	☐ ☐

Bijlage 5 – Informatie- en afsprakenlijst

Informatie die de nachtcentra per cliënt willen ontvangen om het werk in de nachtsituatie te kunnen doen:

- Naam:
- Geboortedatum:
- Man/Vrouw
- Appartementnummer of kamernummer.
- Kleine persoonsbeschrijving met daarin: - niveaubepaling.
 - ziektebeelden.
 - lichamelijke conditie (lopen, gebruik hulpmiddelen, valgevaar enz.)
- Slaapgedrag van de cliënt (voorbeeld: gaat rond 23.00 uur naar bed, slaapt goed door en staat om 6.30 uur op).
- Wordt de cliënt ingeluisterd: ja/nee?
- Waar moet specifiek op gelet worden als de cliënt ingeluisterd wordt?
- Kan de cliënt een oproep plaatsen: ja/nee?
- Kan de cliënt toegesproken worden via de apparatuur: ja/nee?
- Kan de cliënt terugpraten: ja/nee?
- Deurcontacten; moeten deze geactiveerd worden?
- Wanneer moet er gebeld worden voor een deurcontact?
- Afspraken: met wie worden deze gemaakt, en wie kan deze veranderen/aanpassen.

Algemene informatie:

- Wie is aanspreekpunt voor de nachtzorg. (persoonlijk begeleider)
- Telefoonnummer slaapwacht en 2^{de} telefoonnummer voor noodgevallen.
(Lijst personeelsleden met telefoonnummers voor noodgevallen).

Bijlage 5a – POP tabblad nacht

Informatie en ondersteuningsvraag van de cliënt voor de nacht worden ingevuld op de binnen het POP format ontwikkelde lijst. Een voorbeeld:

NACHTZORG Zorgondersteunende technieken

Van welke Zorgondersteunende technieken wordt gebruik gemaakt:

☐ Telefoon ☐ Peerdrukker ☐ Deurverklikker ☐ Belmat ☐ Anders nl.:

Relevante gegevens ten behoeve van bovenstaande Zorgondersteunende Technieken:

Op welke wijze moet er gereageerd worden ?

Overige aandachtspunten:

Cameratoezicht

☒ Ja ☐ Nee

Inluisteren

☒ Ja ☐ Nee

Relevante gegevens ten behoeve van het inluisteren/ cameratoezicht

Welke geluidsignalen / beelden kunnen zich voordoen ?

Op welke geluidssignalen/ beelden moet gereageerd worden ?

Wat is de ondersteuningsvraag van de cliënt m.b.t. nachtzorg? (moet in rij 2 geplaatst worden)

Onder andere welke nabijheid wordt gevraagd, etc Indien wakende nachtzorg zie andere tabbladen NZ (lich welb etc.)

☐ oproepbaar ☐ slaapwacht ☐ wakende geplande nachtzorg ☐ wakende ongeplande nachtzorg ☐ permanent toezicht

Relevante gegevens ten behoeve van het inluisteren/cameratoezicht

Welke geluidsignalen/beelden kunnen zich voordoen?

1. deurverklikker slaapkamerdeur

2. verbaal geluid, in zichzelf praten, gil

Op welke geluidssignalen/beelden moet gereageerd worden?

1. Cliënt langer dan 5 minuten van slaapkamer af

2. Lange , harde gil

Relevante gegevens ten behoeve van alle Zorgondersteunende Technieken:

Op welke wijze moet gereageerd worden ?

Bij bovenstaande altijd direct telefonisch doorgeven aan nachtzorgcentrum Biezenmortel

Overige aandachtspunten:

Zie verder aanvalsbeschrijving m.b.t. epilepsie.

Bijlage 6 – Overdrachten tussen woonvoorzieningen, het nachtteam Landpark Assisië en het nachtcentrum.

Communicatie en overdrachtsvormen

Inleiding

Nachtzorg is een onderdeel van de 24-uurs zorg binnen Landpark Assisië . Door de fysieke concentratie van vele wvz binnen het Landpark én met behulp van zorgondersteunende techniek is het mogelijk de nachtzorg van verschillende woonvoorzieningen te clusteren. Deze nachtzorg wordt door het nachtzorgteam Landpark Assisië uitgevoerd. Zij leveren de geplande en ongeplande zorg.

Het nachtcentrum in Raamsdonksveer heeft hierin een signalerende functie vanuit de ondersteunende techniek.

Cliënteninformatie vanuit WVZ naar nachtzorg landpark Assisië

- De woonvoorziening levert bij de begeleider A van het nachtteam de relevante beeldvorming, ondersteuningsvragen, afspraken van de individuele cliënt tijdens de nacht aan. (format vanuit het POP, onderdeel nachtzorg).
- De begeleiders verwerken de informatie in hun eigen systeem (ondersteuning thuis) zodat de teamleden op de hoogte zijn.

Cliëntinformatie vanuit wvz naar nachtcentrum Raamsdonksveer

- De woonvoorziening voorziet nachtzorgcentrum RDV van de benodigde informatie, zoals beschreven in de bijlagen.

Signalering vanuit nachtcentrum Raamsdonksveer

- De woonlocatie levert digitaal bij het nachtcentrum de benodigde basisinformatie aan per cliënt. Deze informatie bestaat uit heldere ondersteuningsafspraken: hoe en wanneer gereageerd en gesignaleerd moet worden. (Voor format POP, zie bijlage 5a)
- Gemaakte afspraken zijn elke nacht van toepassing.
- Tijdelijke of structurele wijzigingen worden aangegeven vanuit de woonlocatie. Zij blijven verantwoordelijk voor de juiste vraagstelling.
- Afspraken van belang worden schriftelijk vastgelegd (via mail) zodat deze altijd bekend zijn bij de woonvoorziening, het nachtteam en het nachtcentrum.
- Bij signalering van afwijkende signalen kan het nachtcentrum altijd telefonisch contact opnemen met het nachtteam landpark Assisië om hiervan melding te maken. Het nachtteam zal hierop onderzoeken of actie nodig is.

Dagelijkse overdracht

- De inhoudelijke dagelijkse overdrachtrapportage vanuit de woonvoorziening gaat digitaal naar het nachtteam. Daar waar nodig vindt persoonlijk overdracht plaats of is er telefonisch overleg.
- De dagelijkse overdrachtrapportage bestemd voor het nachtcentrum vindt plaats vanuit de woonvoorziening naar het nachtcentrum voor 21.00 uur met behulp van het digitaal overdrachtdocument.
- Het nachtcentrum mailt de woonlocatie de relevante informatie dagelijks voor 07.00 uur.
- Het nachtzorgteam Landpark Assisië mailt dagelijks de relevante informatie voor 7.00 door naar de woonlocaties.
- Daarnaast heeft nachtzorg een mondelinge overdracht met enkele woonvoorzieningen, m.b.t. de directe (fysieke en begeleidende) ondersteuningsvragen. Persoonlijke beveiligingspiepers en sleutels worden overgedragen. Deze piepers worden overdag gebruikt door woonvoorzieningen en 's nachts door de nachtzorg.
- De ISA medewerker met de achtervangfunctie heeft dagelijks een overdrachtmoment.

Overschakeling en storingen CLB apparatuur

- Het nachtcentrum schakelt, voor overname van camerabewaking gedurende de nacht, de apparatuur door naar de desbetreffende locatie voor de tijd die nodig is om de ondersteuningsvraag en de observatie hiervoor nodig uit te kunnen voeren.
- Als er storingen zijn vanuit de ondersteunende techniek wordt het calamiteitenplan in werking gesteld. Het calamiteitenplan is inzichtelijk op taken voor zowel de dagsituatie, en de beide teams in de nacht.

Bijlage 7 – Overdrachten nachtcentrum Raamsdonksveer

Dagelijkse digitale overdracht nachtcentrum Raamsdonksveer - woonvoorzieningen

Overdrachten en informatieverstrekking tussen de woningen en het nachtcentrum Raamsdonksveer vinden dagelijks plaats. Vóór 21.00 uur heeft de woonvoorziening informatie gemaild en vóór 07.00 uur heeft de nachtdienst Raamsdonksveer het verloop van de nacht digitaal overgedragen. Telefonisch contact voor een toelichting of verdere specificatie is altijd mogelijk. De overdracht wordt in onderstaand format verwerkt

Locatiegegevens

Naam locatie :

Datum :

Dienstdoende medewerker :

Aantal aanwezige cliënten :

Naam ochtenddienst :

Bijzonderheden aanwezige cliënten

Naam :

Bijzonderheden :

Afwezige cliënten

Naam :

Huisnr :

Duur afwezigheid :

Namen logés

Naam :

Huisnr :

Duur aanwezigheid :

Namen crisis

Naam :

Huisnr :

Duur aanwezigheid :

Hoe mailen?

Stap 1

- Open het e-mailprogramma.

Stap 2

- Op de computer staat op het bureaublad een document met de naam 'overdracht locatie naar nachtzorg'.
- Deze moet je 's avonds invullen en e-mailen naar de nachtzorg regio 1.

Stap 3

- Klik op het document 'Overdracht locatie naar nachtzorg'. Dit is een Word-bestand.
- Vul het formulier in.

Stap 4

- Als het ingevuld is, neem je de volgende stappen:
 - Klik op bestand linksboven in de hoek;
 - Dan op 'Verzenden naar';
 - Dan op e-mailadres (als bijlage);
 - Klik daarna op 'OK' (gaat bij sommige computers vanzelf).

Stap 5

- Na OK opent de e-mail vanzelf en staat het document genoemd als bijlage;
- Bij 'aan' schrijf je → nachtzorg regio 1.
- Vervolgens klik je op 'verzenden' bij de e-mail.
- Daarna klik je in het e-mailprogramma op verzenden → accounts → verzenden /ophalen → novel groupwise (dit is dus gewoon verzenden in het e-mailprogramma).

Stap 6

- Sla het document op in een mapje overdracht 'nachtdienst'. Geef het document dan wel een andere naam (bijvoorbeeld overdracht 8 juni 2006).

Bijlage 8 – Algemene afspraken vanuit nachtcentrum Raamsdonksveer

Algemene afspraken over de zorg op afstand vanuit nachtcentrum Raamsdonksveer

Medewerkers van het nachtcentrum stellen voor iedere klantvraag de gewenste zorg op afstand in. Zij zijn ook verantwoordelijk voor het omschakelen van de dag- naar de nachtstand en andersom. Het omschakelen gebeurt met behulp van een sleutelcontact. Dit is zichtbaar op de woning op het CLB kastje. Als het sleutelcontact bij de nachtzorg op de dagstand staat, kunnen de meldingen - indien afgesproken - binnenkomen op de locatie.

Sleuteloverdracht

De nachtzorg zet de WVZ om 22.30 uur aan. De lamp op de WVZ springt dan op groen. Elke dag om 07.00 uur wordt deze weer omgezet; de lamp springt dan weer op rood.

- Wil iemand later ingeschakeld worden, dan moet dit via e-mail worden gemeld. Wil iemand 's morgens vroeger uitgeschakeld worden, dan kan dit ook in de mail worden vermeld. De verantwoordelijkheid ligt dan bij de WVZ.
- Vanaf het moment dat het sleutelcontact is omgezet naar het nachtcentrum, worden de cliënten ingeluisterd zoals afgesproken. Indien nodig kan er altijd per direct een van de cliënten ingeluisterd worden als dit op de mail wordt vermeld.
- Op de deurmeldingen en oproepen van cliënten wordt - zoals vastgelegd is in de ondersteuningsvraag - gereageerd.

Storingen CLB-systeem

Als het CLB systeem uitvalt of er zijn storingen anderszins, bijvoorbeeld aan de telefoon, waardoor de cliënt niet ingeluisterd kan worden of de oproepen niet via de telefoon kan ontvangen, krijgt de slaapdienst een telefoontje. De verantwoordelijkheid wordt dan gedurende de storing bij de WVZ teruggelegd. Als de storing voorbij is, belt de nachtzorg om de verantwoordelijkheid weer over te nemen.

- Als de WVZ storingen constateert - zowel overdag als 's nachts - worden deze via de e-mail gemeld bij de nachtzorg regio 1. De nachtzorg zorgt dat elke storing z.s.m. gemeld wordt bij CLB, zodat deze actie kunnen nemen. De WVZ gaat dus niet zelf storingen melden bij CLB.
- Uitval van het systeem betekent: inschakelen CLB of KPN. In de nacht gebeurt dit door de medewerkers van het nachtcentrum. Tijdens kantooruren door de afdeling ICT.

Overdrachtsmail

De overdrachtsmail van de WVZ naar het nachtcentrum wordt vóór 21.00 uur verstuurd. Hierin worden de bijzonderheden van de cliënten voor die nacht gemeld. Als er veranderingen zijn die betrekking hebben op de vaste afspraken, dan worden deze per dag gemeld in de mail. Bij uitzondering is er een telefonische toelichting vanuit de woning.

- 's Morgens ontvangt de WVZ een mail terug van het nachtcentrum. In een overdrachtsmail worden bijzonderheden van de nacht genoteerd.

Infomap

De informatiemap van het nachtcentrum Raamsdonksveer wordt door de woonvoorziening één keer per jaar nagekeken en eventueel aangevuld. Tussentijdse informatie wordt per e-mail naar het nachtcentrum gestuurd en deze bergt het op in de infomap.

Overig

Eventuele bijzonderheden of vragen ten aanzien van het nachtelijke gebeuren kunnen altijd met het nachtcentrum worden besproken

Bijlage 9 – Format calamiteitenplan

Calamiteitenplan Prisma

Het kenmerk van een calamiteit is dat het onverwachts gebeurt. Er moet dan al een plan klaar liggen om acties uit te zetten. Zo zijn de handen vrij om daadwerkelijk tot actie over te gaan, i.p.v. te bespreken wat er door wie moet gebeuren.

Het doel van een calamiteitenplan is het oplossen van het probleem, het bestrijden van de ramp en het beperken van de gevolgen, waarbij borging van de veiligheid van iedereen binnen de locatie het uitgangspunt is.

Wanneer er een brand uitbreekt op de locatie dan is daar het BHV-plan waarin de acties zowel preventief als reactief vastliggen.

Maar er zijn nog meer calamiteiten die zich aan kunnen dienen waar men zich via de opstelling van een plan op kan voorbereiden.

Voor het vaststellen van het calamiteitenplan is de teamleider/teamleider verantwoordelijk.

De aandachtsfunctionaris arbo en veiligheid is verantwoordelijk voor het opstellen en actueel houden van het plan.

Na vaststelling van het plan moet het worden toegevoegd aan de RAP-map en dient elke medewerker van de locatie er kennis van te nemen.

Het plan dient minimaal 1x per jaar besproken te worden op een daarvoor geschikt overleg binnen het team.

Raad van Bestuur Stichting Prisma

Format calamiteitenplan

Naam locatie	
Adres	
Postcode en plaats	
Telefoon	
E-mail	
Samensteller	
Datum laatste aanpassing	

Welke vorm van ondersteuning wordt op de locatie:

(verwijderen wat niet van toepassing is)

- 24-uurs wonen en begeleiding
- Gedeeltelijke ondersteuning en begeleiding; tijden:
- Ondersteuning op afspraak per appartement

Wat zijn de afspraken over aanwezigheid van medewerkers op deze locatie:

(verwijderen wat niet van toepassing is)

- 24-uurs aanwezigheid
- Aanwezig op vastgelegde tijden
- Aanwezig voor afspraken

Welke bijzondere technische voorzieningen zijn er en welke afspraken gelden wanneer dit systeem onverwacht uitvalt:

- Intern alarmeringssysteem

Afspraken bij uitval:

- Passief akoestisch inluisteren door: Nachtcentrum
Afspraken bij uitval:

- Andere actieve zorgondersteunende technieken
 - o Deurverklikker
 - o Belmat
 - o Peerdrukker
 - o Camera bewaking
 - o telefoon

Afspraken bij uitval:

Wat moet er gedaan worden bij:

Stroomuitval (denk daarbij aan elektrische deurontgrendelingen, verwarming):

Geen water of waterlekage:

Geen gas of gaslucht:

Wat moet er gedaan worden indien er geen opvolging is van een dienst: