

HANDREIKING VEILIG FYSIEK INGRIJPEN

COLOFON

Deze **Handreiking Veilig fysiek ingrijpen** is opgesteld op verzoek van de projectleiders Dwang & Drang in de ggz. De inhoud van deze handreiking is volledig gebaseerd op de *Handreiking Veilig fysiek ingrijpen* die in 2011 door GGZ Nederland is uitgebracht. Deze handreiking vervangt dit document uit 2011.

Opgesteld door:

GGZ Nederland Amersfoort

Vormgeving

o2 concept + graphic design Utrecht

Drukker

Drukkerij Damen B.V. Werkendam

Copyrights

GGZ Nederland 2013

Publicatienummer 2013-395

Overname van teksten is toegestaan met bronvermelding.



VOORWOORD

In de ggz is met enige regelmaat sprake van patiëntgebonden onveilige situaties. Communicatieve vaardigheden leiden in veel gevallen tot de-escalatie. Er zijn echter onveilige situaties waarin fysiek ingrijpen noodzakelijk kan zijn omdat ze niet meer op een andere manier zijn op te lossen.

Fysiek ingrijpen is primair onderdeel van het veiligheidsbeleid. Dat betekent dat de veiligheid van de patiënt, medepatiënten en medewerkers altijd voorop staat en dat voortdurend getracht wordt om risico's te voorkomen, eventuele schade voor de patiënt, medepatiënten en medewerkers in het zorgproces zoveel mogelijk te beperken en te leren van (on)veilig handelen.

Voordat fysiek wordt ingegrepen moet altijd worden afgewogen of de consequenties van het fysiek ingrijpen groter zijn dan de risico's die gepaard gaan met niet ingrijpen.

In deze handreiking staat beschreven wanneer sprake is van veilig en zorgvuldig professioneel handelen bij fysiek ingrijpen. Deze handreiking:

- Is ondersteunend voor leidinggevenden om uitwerking te geven aan taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van individuele medewerkers bij ingrijpende maatregelen zoals fysiek ingrijpen
- Schetst het kader waaraan scholing moet voldoen
- Maakt duidelijk wat patiënten en familie mogen verwachten wanneer er fysiek wordt ingegrepen.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	3
1 UITGANGSPUNTEN BIJ FYSIEK INGRIJPEN.....	6
2 STAPSGEWIJS PROFESSIONEEL HANDELEN.....	8
2.1 Voorkomen van fysiek ingrijpen	8
2.1.1 Zorgvuldige start van de behandeling	8
2.1.2 Opstellen van een signaleringsplan.....	8
2.1.3 Opstellen van het behandelplan	8
2.1.4 Zorgvuldige dossiervorming.....	9
2.2 Veilig & deskundig fysiek ingrijpen.....	9
2.2.1 Bijstand inroepen	9
2.2.2 Persoonlijke veiligheidstechnieken / zelfverdedigingstechnieken	9
2.2.3 Toenaderings- en beheersingstechnieken beheersen	9
2.2.4 Risicovolle fysieke ingrepen beheersen	10
2.2.5 Zorgdragen voor vereiste deskundigheid bij fysiek ingrijpen.....	10
2.3 Nabespreken van fysiek ingrijpen	11
2.3.1 Met medepatiënten nabespreken.....	11
2.3.2 Met medewerkers nabespreken	11
2.3.3 Met de patiënt nabespreken	11
2.4 Veilig melden en afwikkelen.....	12

2.5	Retrospectieve risicoanalyse	12
2.5.1	Evaluatie op interventieniveau.....	13
2.5.2	Evaluatie op systeemniveau	13
2.5.3	Verbeterpunten oppakken (in de lijn)	13
3	WETTELIJK KADER VOOR FYSIEK INGRIJPEN.....	14
3.1	Wgbo.....	14
3.2	Wet Bopz.....	14
3.3	Wet BIG	15
3.4	Kwaliteitswet zorginstellingen.....	15
3.5	Fysiek ingrijpen bij kinderen	15
	BIJLAGE 1: Definities.....	17
	BIJLAGE 2: Verantwoording	19
	VERDER LEZEN.....	20

1 UITGANGSPUNTEN BIJ FYSIEK INGRIJPEN

Fysiek ingrijpen houdt elke fysieke beperking in bewegingsvrijheid in, los van de intentie waarmee de beperking wordt toegepast. Fysiek ingrijpen wordt alleen toegepast in (nood)situaties om onveiligheid af te wenden en wanneer er geen alternatieven voorhanden zijn.

UITGANGSPUNTEN BIJ FYSIEK INGRIJPEN

- **Veilig**
Gericht op risicobeheersing, zonder pijnprykkels, zonder opzettelijke beschadiging
- **Humaan**
Proportioneel, zonder vernedering, transparant, op maat
- **Deskundig**
Met geroutineerde techniekbeheersing, met zoveel mogelijk resultaat, een minimum aan kracht en volgens het subsidiariteitsprincipe
- **Als laatste optie**
Wanneer alle andere methoden onderzocht en niet effectief gebleken zijn
- **Voor zo'n kort mogelijke duur**

Tijdens het fysiek ingrijpen staat de patiënt centraal.

Dat betekent :

- Dat medewerkers communiceren over wat ze gaan doen, waarom ze dat gaan doen en wanneer ze daarmee stoppen
- Dat medewerkers de patiënt begrenzen die schade toebrengt of dreigt te brengen
- Dat medewerkers ook in crisissituaties de patiënt een keuzemogelijkheid bieden
- Dat een fysieke ingreep nooit als straf wordt ingezet
- Dat medewerkers erop aansturen dat de patiënt weer de regie kan nemen.

Voorbeelden van situaties waarin het nodig kan zijn fysiek in te grijpen

- | | |
|-------------------------|--|
| Tegenhouden | Een patiënt tegenhouden die zichzelf iets wil aandoen (snijden-stoten-ophangen-brand), die een derde iets wil aandoen of die wil ontsnappen terwijl dat gevaarlijk is voor de patiënt of voor anderen. |
| Verijdelen | Patiënten uit elkaar halen die aan het vechten zijn of een lichamelijke overheersing van een derde verijdelen. |
| Verweer | Jezelf verweren tegen een patiënt die je aanvalt. |
| Transfer | Een patiënt die licht of intensief verzet toont uit een ruimte halen, naar een ruimte begeleiden, of per vervoermiddel verplaatsen (ambulance). |
| Dwangbehandeling | Een patiënt die licht of intensief verzet biedt medicatie, vocht of voeding toedienen. |

2

STAPSGEWIJS PROFESSIONEEL HANDELEN

Er gaan altijd verschillende stappen vooraf aan het besluit om fysiek in te grijpen. En wanneer er fysiek ingegrepen moet worden, dan moet dat professioneel gebeuren. Er is sprake van veilig en zorgvuldig professioneel handelen wanneer de volgende 5 stappen worden toegepast.

STAPSGEWIJS PROFESSIONEEL HANDELEN

- 1 Voorkomen van fysiek ingrijpen
- 2 Veilig & deskundig fysiek Ingrijpen
- 3 Nabespreken van het incident
- 4 Veilig melden en afwickelen van het incident
- 5 Retrospectieve analyse

2.1 VOORKOMEN VAN FYSIEK INGRIJPEN

Bij goed veiligheidsbeleid hoort risico's voorkomen. Om fysiek ingrijpen zoveel mogelijk te voorkomen is het raadzaam om de volgende stappen te doorlopen.

2.1.1 Zorgvuldige start van de behandeling

Bij de start van een behandeling wordt de patiënt geïnformeerd over:

- Wat het team onveilig gedrag vindt
- Hoe het team zal reageren op onveilig gedrag (in de acute situatie)
- Welke maatregelen het team na een incident treft om onveilig gedrag in de toekomst te voorkomen.

2.1.2 Opstellen van een signaleringsplan

Met de patiënt (en diens naastbetrokkenen) wordt gekeken of fysiek ingrijpen te voorkomen is door:

- De kans op onveilig gedrag te inventariseren
- Met de patiënt (en diens naastbetrokkenen) een signaleringsplan op te stellen voor vroege signalen van onveilig gedrag
- De mate van onveilig gedrag van de patiënt structureel te monitoren en te bespreken met de patiënt.

2.1.3 Opstellen van het behandelplan

Er is onderscheid te maken tussen ongepland fysiek ingrijpen en gepland fysiek ingrijpen.

Bij *ongepland fysiek ingrijpen* is nog niet bekend of er veilige alternatieven zijn om bij deze patiënt de onveilige situatie af te wenden. Bij hen zal dus vanuit veiligheidsmotieven mogelijk eerder fysiek ingegrepen worden, waarbij altijd de uitgangspunten van fysiek ingrijpen in acht worden genomen.

Preventieve maatregelen om ongepland fysiek ingrijpen te voorkomen hebben te maken met kwalitatieve en kwantitatieve personeelsinzet, eisen aan gebouw en omgeving en met de cultuur van een afdeling.

Bij *gepland fysiek ingrijpen* gaat het om ingrepen die toegepast worden op vooraf met de patiënt en het team besproken onveilige situaties en die schriftelijk vastgelegd zijn in het behandelplan. Geplande fysieke ingrepen maken deel uit van een bredere behandelaanpak. Bij gepland ingrijpen hoort een signaleringsplan, een reductieplan en structurele evaluatie van de ingreep.

Preventieve maatregelen om gepland fysiek ingrijpen te voorkomen hebben te maken met kwalitatieve en kwantitatieve personeelsinzet, eisen aan gebouw en omgeving en met de cultuur van een afdeling.

Bij gepland fysiek ingrijpen bestaat een risico van automatisme. Daarom is het nodig deze aanpak regelmatig in behandelplanbesprekingen, intervisie en supervisie aan de orde te stellen.

2.1.4 Zorgvuldige dossiervorming

In het dossier¹ wordt het volgende vastgelegd:

- Welke fysieke ingrepen zijn toegepast (ongepland en gepland): de aanleiding van de ingreep, de aard en duur van de ingreep, het effect van de ingreep en de betrokken medewerkers
- Bij geplande fysieke ingrepen: hoe het personeel het beste kan interveniëren, welke fysieke technieken de voorkeur hebben van de patiënt en of er technieken zijn die juist averechts uitpakken en hoe vaak deze aanpak geëvalueerd wordt met de patiënt en met het team
- Hoe het aantal incidenten en fysieke ingrepen te verminderen (reductieplan).

2.2 VEILIG & DESKUNDIG FYSIEK INGRIJPEN

Om veilig fysiek in te grijpen, is het noodzakelijk dat personeel deskundig is. Dit betekent dat personeel geroutineerd technieken kan toepassen. Uitgangspunt is dat de lichts mogelijke ingreep wordt ingezet om de veiligheid van de patiënt en zijn omgeving te garanderen. Bij elke stap wordt gekeken of het voldoende is of dat er meer nodig is en wordt gekeken of de verantwoordelijkheid verder overgenomen moet worden of dat die teruggegeven kan worden aan de patiënt.

2.2.1 Bijstand inroepen

Zodra er gegronde reden bestaat dat een medewerker of het team de situatie niet meester is of wanneer sprake is van slag-, stoot- of steekwapens wordt assistentie ingeroepen van deskundige collega's, veiligheidsteams, beveiligers of politie.

2.2.2 Persoonlijke veiligheidstechnieken / zelfverdedigingstechnieken toepassen

Een zelfverdedigingstechniek is een fysieke techniek die wordt toegepast in een onveilige situatie. Hiervoor geldt dat het volgens de uitgangspunten van fysiek ingrijpen wordt uitgevoerd: veilig, deskundig, humaan, als laatste optie en voor zo'n kort mogelijke tijd. Medewerkers die kans lopen in een onveilige situatie te belanden moeten een aantal afweer- en ontsnappingstechnieken beheersen om zichzelf uit onveilige situaties te kunnen bevrijden. Deze technieken zijn gericht op het losmaken en het verlaten van de onveilige situatie.

2.2.3 Toenaderings- en beheersingstechnieken beheersen

Toenaderings- en beheersingstechnieken zijn erop gericht de onveilige situatie te stoppen. Voor toenaderings- en beheersingstechnieken geldt dat ze volgens de uitgangspunten van fysiek ingrijpen worden

¹ De Wgbo schrijft voor dat voor elke patiënt een dossier wordt bijgehouden.

uitgevoerd: veilig, deskundig, humaan, als laatste optie en voor zo'n kort mogelijke tijd.

Deze technieken variëren van eenvoudig tot zeer ingrijpend. Dit wordt zo mogelijk stapsgewijs opgebouwd. Toenaderingstechnieken zijn eenvoudiger dan beheersingstechnieken. Maar omdat zonnodig stapsgewijs geïntensiveerd wordt, moeten de medewerkers die fysiek interveniëren alle toenaderings- en beheersingstechnieken beheersen. De belangrijkste toenaderingstechniek is fysiek richting geven. De belangrijkste beheersingstechnieken zijn vasthouden, staande fysieke fixatie, fysieke fixatie op de grond en fysieke fixatie op de grond met extra druk.

2.2.4 Risicovolle fysieke ingrepen beheersen

Er zijn verschillende risicovolle fysieke ingrepen:

- Iemand vasthouden die op de grond ligt, of iemand dwingen op de grond te gaan liggen
- Toepassen van druk op de gewrichten
- Toepassen van druk op de nek, borst, buik of liezen.

Omdat het om risicovolle handelingen gaat, is het raadzaam om de zorgvuldigheidseisen van het in

opdracht verrichten van voorbehouden handelingen ook hier toe te passen. Daarom wordt aangeraden deze risicovolle ingrepen alleen te laten uitvoeren door medewerkers die geschoold en bekwaam zijn en deze technieken veilig kunnen toepassen.

2.2.5 Zorgdragen voor vereiste deskundigheid bij fysiek ingrijpen

Werkgevers zijn verantwoordelijk ervoor te zorgen dat medewerkers bekwaam zijn en blijven in de bij hun functie passende fysieke technieken.

Een goed veiligheidsbeleid voorziet in het op maat toespitsen van trainingen. Voor de inhoud van de trainingen kan onderstaand schema als toetsingskader worden gebruikt.

Niet iedere medewerker hoeft getraind te worden in fysiek ingrijpen in extreem onveilige situaties.

In het beleidsplan van de afdeling waar sprake kan zijn van onveilige situaties, zijn taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en het scholingsplan van individuele medewerkers bij ingrijpende en risicovolle maatregelen zoals fysiek ingrijpen uitgewerkt.

KENNIS	HOUDING	VAARDIGHEDEN: VEILIG & DESKUNDIG
Wettelijke kaders fysiek ingrijpen Kennis van oorzaken van agressie Vroege signalering van agressie (Leertheorie: het negatieve effect van pijn / straffen)	Bewustzijn van houdingscommunicatie Proportioneel Zonder vernedering Transparant: duidelijk, voorspelbaar Op maat: individueel Controle teruggeven aan patiënt	Reductie van eigen acute stressreactie <i>Verbale vaardigheden</i> <ul style="list-style-type: none"> • Conflicthantering • Onderhandelingsvaardigheden <i>Fysieke vaardigheden</i> <ul style="list-style-type: none"> • Met een minimum aan kracht • Zonder pijnprykkels • Zonder opzettelijke beschadiging • Zelfverdedigingstechnieken: pols aanvallen, kleding aanvallen, aanvallen van voren en omklemming van voren • Toenaderings- en beheersingstechnieken: fysiek richting geven, vasthouden, staande fysieke fixatie, fysieke fixatie op de grond, fysieke fixatie op de grond met extra druk

2.3 NABESPREKEN VAN FYSIEK INGRIJPEN

Een onveilige situatie die gevolgd wordt door een fysieke ingreep wordt beschouwd als een incident. Een incident zoals een onveilige situatie en forse fysieke ingreep is ingrijpend voor alle betrokkenen. Meestal zijn de gevolgen beperkt. Een enkele keer is sprake van letsel, materiële of immateriële schade. Er zijn verschillende reacties mogelijk, mede afhankelijk van de rol van de betrokkenen. Het is belangrijk om met alle betrokkenen het incident na te bespreken.

2.3.1 Met medepatiënten nabespreken

Getuige zijn van een onveilige situatie en een forse fysieke ingreep kan leiden tot gevoelens van onveiligheid. Het is van belang dat medewerkers zich hiervan bewust zijn en snel na een fysieke ingreep interveniëren door:

- Ruimte te bieden aan medepatiënten om te ventileren
- Ruimte te bieden aan opgewekte gevoelens van onveiligheid
- De afdelingsregels toe te lichten
- Het incident als casus te gebruiken om te verduidelijken hoe op de afdeling stapsgewijs wordt ingegrepen
- Te informeren wat mogelijke reacties zijn van getuigen van een gewelddadig incident (slechter slapen, schrikken van harde geluiden, spanningshoofdpijn)
- Te informeren over de mogelijkheid een klacht in te dienen en op de mogelijkheid aangifte te doen
- Aan te bieden dat patiënten altijd bij hun hulpverlener terecht kunnen om er verder over te praten.

2.3.2 Met medewerkers nabespreken

Betrokken zijn bij een onveilige situatie en forse fysieke ingreep kan leiden tot een gevoel van onveiligheid bij een medewerker. Het is van belang

NABESPREKEN FYSIEK INGRIJPEN

Hulpverlener

- Hoe heb ik de situatie ervaren?
- Ben ik tevreden over mijn inschatting van de situatie?
- Heb ik signalen gemist voorafgaand aan het incident?
- Hoe was mijn rol als regienemer / houder of deelnemer?
- Hoe verliep de communicatie?
- Hoe verliep het handelen?

Organisatie

- Was aanwezig wat er nodig was?

De patiënt

- Hoe is de situatie ervaren?
- Wat was de eigen inschatting van de situatie?
- Hoe verliep de communicatie?
- Hoe verliep het handelen?
- Is er behoefte aan extra ondersteuning?

dat medewerkers meteen na een fysieke ingreep goed worden opgevangen door collega's en management en gelegenheid krijgen om te ventileren. Het afdelingsmanagement biedt ondersteuning en regelt indien gewenst slachtofferhulp. Ook enige tijd na het incident wordt aandacht besteed aan de medewerkers die betrokken waren bij het incident.

2.3.3 Met de patiënt nabespreken

Zodra de patiënt weer aanspreekbaar is, bespreekt de hulpverlener het incident / de fysieke ingreep met de patiënt. Besproken wordt hoe de patiënt de situatie en de fysieke ingreep heeft ervaren en hoe het fysiek ingrijpen heeft uitgepakt, of de fysieke ingreep proportioneel was en of tijdig de controle weer terug gegeven is aan de patiënt. Zo nodig wordt

het behandelplan aangepast. Indien de patiënt van mening is dat de ingreep niet proportioneel was, wordt gewezen op de mogelijkheid een klacht in te dienen en op de mogelijkheid aangifte te doen. De patiënt wordt ook gewezen op de mogelijkheid dat een hulpverlener aangifte doet wanneer sprake was van instrumentele agressie.

2.4 VEILIG MELDEN EN AFWIKKELEN

Intern melden, registreren en analyseren is een manier om inzicht te krijgen in de risico's op het gebied van patiëntveiligheid, met het doel deze risico's weg te nemen of te beheersen.

Voor het succesvol melden van incidenten zoals een onveilige situatie waarbij fysiek ingrijpen noodzakelijk was, is het van wezenlijk belang dat er een veilige cultuur wordt gecreëerd: een cultuur waarin open over de fysieke ingreep gesproken kan worden. Meer informatie over een veilige meldcultuur is na te lezen in de *Handreiking Veiligheidscultuur* die beschikbaar is op de website www.veiligezorgiederszorg.nl.

Alle toepassingen van fysieke ingrepen horen in de instelling op een systematische wijze te worden geregistreerd en afgewikkeld:

- In het dossier van de patiënt (zie ook 2.1)
- Wanneer de aanleiding van de fysieke ingreep een agressie-incident was, dan wordt dit gemeld in het systeem dat de instelling hanteert. Meer informatie over veilig incidenten melden is na te lezen in de *Handreiking Veilig incidenten melden* die beschikbaar is op de website www.veiligezorgiederszorg.nl
- Indien er sprake was van een fysieke fixatie die langer dan 15 minuten heeft geduurd dan wordt deze geregistreerd in ARGUS. Meer informatie over ARGUS is na te lezen in de *publicatie ARGUS* die beschikbaar is op de website www.veiligezorgiederszorg.nl

- Na een ernstige gewelddadige uitbarsting krijgen medewerkers opvang aangeboden van slachtofferhulp / het bedrijfsopvang team
- Na intentioneel geweld van de patiënt wordt aangifte gedaan. Voor meer informatie over veilig aangifte doen zie de *Handreiking Sociale veiligheid in de ggz. Aangifte doen bij agressie of geweldsincidenten* die beschikbaar is op de website www.veiligezorgiederszorg.nl.

2.5 RETROSPECTIEVE INCIDENT ANALYSE

Bij goed veiligheidsbeleid hoort risico's voorkomen, schade beperken en leren van (on)veilig handelen. Elk ongepland fysiek ingrijpen kan beschouwd worden als een incident. We raden aan dit te melden in het VIM-systeem en naderhand te analyseren.

Bij de retrospectieve incident analyse wordt onderzocht welke oorzaken ten grondslag lagen aan de gebeurtenis en wat de instelling kan ondernemen om onbedoelde gebeurtenissen in de toekomst te voorkomen. Het accent ligt op het analyseren en onderzoeken van het incident: wat is de ernst van het incident, welke risicofactoren en oorzaken lagen hieraan ten grondslag. Deze analyse heeft als doel om aanknopingspunten te vinden om (corrigerende) verbetermaatregelen en (preventieve) maatregelen te nemen om zo te voorkomen dat de gebeurtenis nogmaals plaatsvindt. Tijdens de retrospectieve analyse van fysiek ingrijpen wordt onder andere geëvalueerd of prospectief de risico's voldoende zijn geïnventariseerd en de juiste maatregelen zijn genomen ter voorkoming van fysiek ingrijpen.

Zowel het prospectieve als het retrospectieve proces dragen bij aan het vergroten van het risicobewustzijn waardoor betrokkenen inzicht krijgen op hun eigen kijk op risico's, het leren inschatten van de risicoperceptie van anderen en het leren omgaan met verschillen in risicobeleving.

Een fysieke ingreep wordt altijd geëvalueerd op interventieniveau en op systeemniveau op instructies en procedures.

2.5.1 Evaluatie op interventieniveau

Het team besteedt op twee niveaus aandacht aan fysiek ingrijpen:

A. Behandelplanbespreking:

Het team bespreekt een onveilig incident / de fysieke ingreep in de behandelplanbespreking. Het team evalueert hoe het fysiek ingrijpen heeft uitgepakt, of de fysieke ingreep proportioneel was en of tijdig de controle weer terug gegeven is aan de patiënt. Hierin wordt de nabespreking met de patiënt betrokken en wordt bekeken of het behandelplan, het signaleringsplan en het reductieplan moeten worden aangepast.

B. Intervisie & supervisie:

De manier van werken van een team kan spanningsverhogend werken voor patiënten. Het is belangrijk regelmatig te reflecteren op de cultuur van het team, patronen binnen het team en de dominante werkwijze van het team.

In situaties waarin vaker fysiek wordt ingegrepen, bestaat het risico van automatisme. Dit risico hoort geregeld expliciet ter discussie te worden gesteld tijdens de voortdurende evaluatie van de behandelplanbespreking in individuele gevallen en van het algemene behandelbeleid van de afdeling. Tijdens supervisie komt de cultuur van de afdeling en het fysiek ingrijpen regelmatig aan de orde en worden overdracht en tegenoverdracht onderzocht.

2.5.2 Evaluatie op systeemniveau

Na een fysieke ingreep wordt gecheckt of instructies en procedures gewerkt hebben.

Voorbeelden van aandachtspunten:

- Wisten medewerkers hoe zij assistentie moeten inroepen bij (dreigende) agressie?
- Werkte het alarmsysteem?
- Was de assistentie binnen de normtijd aanwezig?
- Hebben medewerkers het incident gemeld en afgewikkeld?
- Was er voldoende deskundig personeel op de afdeling?

Wanneer uit de systeemevaluatie komt dat niet alle procedures zijn uitgevoerd, dan worden deze alsnog uitgevoerd. Wanneer de evaluatie aanleiding geeft om instructies of procedures aan te passen, dan wordt dit in gang gezet.

2.5.3 Verbeterpunten oppakken (in de lijn)

Intern registreren en analyseren is een manier om inzicht te krijgen in de risico's op het gebied van patiëntveiligheid, met het doel deze risico's weg te nemen of te beheersen.

Verbeteringen moeten leiden tot minder risico's waardoor de kans op incidenten kleiner wordt. Het is belangrijk afspraken te maken bij wie de verantwoordelijkheid ligt voor het invoeren van verbeteracties naar aanleiding van de incidenten.

De uiteindelijke conclusies van de diverse evaluaties en eventuele verbeteracties op incidentniveau worden teruggekoppeld naar de betrokken directies en managers die verantwoordelijk zijn voor de verdere communicatie en implementatie. Het management is verantwoordelijk voor een periodieke controle op de naleving van de verbetermaatregelen.

3

WETTELIJK KADER VOOR FYSIEK INGRIJPEN

Voor fysiek ingrijpen bestaan geen specifieke wettelijke regels behalve wat in de wet Bopz is geregeld over toepassing van middelen / maatregelen of beperkingen zoals fixatie. Deze handreiking beoogt een nadere invulling van het begrip ‘goed hulpverlenerschap’ uit de Wgbo te geven en concrete aanwijzingen voor het handelen van hulpverleners te bieden.

Proportionaliteit en subsidiariteit

Omdat fysiek ingrijpen als bedoeld in deze handreiking gezien moet worden als een vorm van dwang, zijn de algemene juridische uitgangspunten van doelmatigheid (het toepassen van een geschikt middel), proportionaliteit (een redelijke verhouding tussen middel en doel) en subsidiariteit (toepassen van de minst ingrijpende maatregel) van toepassing.

3.1 WGBO

De Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) ziet de relatie tussen hulpverlener en patiënt als een overeenkomst waaraan voor beide partijen rechten en plichten verbonden zijn (BW boek 7). Uit de Wgbo-bepalingen vloeit voort dat over een behandelplan met de patiënt (en in geval van wilsbekwame minderjarigen tot 17 jaar met de ouders met gezag) moet worden overlegd. Zo'n plan moet met de wilsbekwame patiënt worden overlegd. Het behandelplan behoeft instemming, immers er staan ingrijpende maatregelen

in zoals vormen van fysiek ingrijpen. In acute situaties kan het gerechtvaardigd zijn beperkingen toe te passen buiten het behandelplan om.

3.2 WET BOPZ

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) is in hoofdzaak een locatiegebonden wet², en geldt voor die patiënten die met een maatregel in de instelling zijn opgenomen maar daartoe niet bereid zijn.

Na opneming wordt zo spoedig mogelijk een behandelplan opgesteld; dat kan als hoofdregel alleen ten uitvoer worden gebracht wanneer de patiënt en / of zijn wettelijk vertegenwoordiger daarmee heeft ingestemd. Als uitzondering geldt de regeling van dwangbehandeling in de Wet Bopz. Ook kan ter overbrugging van een noodsituatie een middel of een maatregel worden toegepast, zoals fixatie. De criteria zijn in de Wet Bopz gegeven (zie verder artt. 38 a,b en c en 39 van de Wet Bopz).

² Er ligt momenteel een wetsvoorstel in de Tweede Kamer, de Wet verplichte ggz, waarin de locatiegebondenheid losgelaten wordt. De verwachting is dat deze wet na juli 2014 ingevoerd zal worden.

3.3 WET BIG

Fysiek ingrijpen is geen voorbehouden handeling uit de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en kan dus in beginsel door iedereen worden gedaan. Het kan echter wel een risicovolle handeling zijn. Volgens de Raad BIG verdient het aanbeveling de zorgvuldigheidseisen van het in opdracht verrichten van voorbehouden handelingen ook toe te passen op het (doen) verrichten van risicovolle niet-voorbehouden handelingen. Daartoe kan bijvoorbeeld worden omschreven de deskundigheid en / of opleidingseisen die iemand dient te bezitten om een dergelijke risicovolle handeling te mogen verrichten. Dit is echter geen wettelijke verplichting. Verantwoorde zorg dient ook hier telkens uitgangspunt te zijn en het is ter afweging van de instelling en hulpverleners hoe hiermee wordt omgegaan³.

3.4 KWALITEITSWET ZORGINSTELLINGEN

De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwzi) verplicht tot het leveren van verantwoorde zorg (art. 2 Kwzi). Dat betekent dat fysiek ingrijpen alleen mag worden toegepast door hulpverleners die zijn geschoold in de methodische en veiligheidsaspecten van het fysiek ingrijpen. De zorgaanbieder is wettelijk verantwoordelijk bij- en nascholing te organiseren voor hun personeel om vaardigheden op peil te houden.

3.5 FYSIEK INGRIJPEN BIJ KINDEREN⁴

Fysiek ingrijpen bij kinderen verschilt niet wezenlijk van fysiek ingrijpen bij volwassenen: dezelfde uitgangspunten zijn van toepassing. Het wettelijk kader verschilt enigszins, omdat de rechten van de minderjarige patiënt tot en met 16 jaar namens hem / haar uitgeoefend worden door de wettelijke vertegenwoordigers of voogd. Dat betekent dat de wettelijke vertegenwoordiger vooraf toestemming moeten geven voor het behandelplan waarin indicaties voor fysiek ingrijpen staan vermeld. En dat zij in noodsituaties waarbij fysiek is ingegrepen achteraf moeten worden geïnformeerd.

³ Uit: *Vraagbaak psychiatrie en recht*. GGZ Nederland, 2007, pag 121.

⁴ In 2001 heeft GGZ Nederland de *Richtlijn fysieke inperking van kinderen onder de 12 jaar in de K&J psychiatrie* uitgebracht. De informatie uit deze richtlijn is voor zover relevant in deze handreiking verwerkt.

BIJLAGE 1

DEFINITIES

Agressievormen

Er zijn verschillende vormen van agressie die kunnen leiden tot onveilige situaties:

- Frustratieagressie: Onverwacht, spontane uitbarsting, men speelt 'de bal', vaak is de agressie te begrijpen.
- Instrumentele agressie: De agressor hanteert deze vorm welbewust en doelgericht, men speelt op de persoon, de dreiging wordt als drukmiddel gebruikt om een gewenst doel / belang te realiseren. Agressief gedrag wordt als instrument toegepast. De agressie voelt onredelijk aan.
- Groepsagressie Nadoen:
 - Een willekeurig individu start, er is sprake van een sneeuwbaaleffect en ingrijpen is vereist.
 - Interventie: personen aanspreken, vroegtijdig ingrijpen, willekeurig individu.
- Groepsagressie Meedoen:
 - De leider is te traceren, er is sprake van een geleide opbouw en strategisch ingrijpen is vereist.
 - Interventie: de leider aanspreken, strategisch moment zo vroeg mogelijk.

Incident

In deze handreiking wordt fysiek ingrijpen gedefinieerd als een incident. Daar valt over te discussiëren. Niet elk fysiek ingrijpen is een incident in de zin van een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. De gedachte achter de gebruikte terminologie is dat fysiek ingrijpen met dezelfde zorgvuldigheidseisen benaderd moet worden als incidenten: registreren, analyseren en leren.

Patiënt

In deze handreiking is gekozen voor het woord patiënt. Hier kan ook cliënt gelezen worden.

Patiëntveiligheid

(Nagenoeg) Ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte lichamelijke en / of psychisch schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en / of door tekortkoming van het zorgsysteem.

Hulpverlener

Wanneer in deze handreiking gesproken wordt over hulpverlener, dan wordt de medewerker bedoeld die de persoonlijke begeleider is van de patiënt, regelmatig met de patiënt de behandeling evalueert en met de patiënt afspraken maakt over het behandelplan.

Veiligheidscultuur

Dit is een geïntegreerd patroon van individueel en organisatorisch gedrag, gebaseerd op gedeelde waarden en overtuigingen, waarbij voortdurend getracht wordt om risico's te beheersen, eventuele schade voor de patiënt en medewerkers in het zorgproces zoveel mogelijk te beperken en te leren van (on)veilig handelen. Een veiligheidscultuur is een belangrijke beïnvloedende factor voor het optreden van incidenten, het melden van incidenten en onbedoelde situaties en hoe ermee omgegaan wordt. De *Handreiking Veiligheidscultuur* is beschikbaar op www.veiligezorgiederszorg.nl.

BIJLAGE 2

VERANTWOORDING

In 2010 heeft het platform projectleiders Dwang & Drang GGZ Nederland verzocht om de-escalatie technieken en fysiek ingrijpen te harmoniseren.

Op afdelingen waar dwang en drang wordt toegepast, wordt vaak ook fysiek ingegrepen. De projectleiders hebben geconstateerd dat ggz-instellingen niet alleen verschillende methodieken hanteren, maar dat de methodieken ook op verschillende momenten worden ingezet, volgens verschillende uitgangspunten en dat evaluatie van het handelen veelal ontbreekt. Verder blijkt dat de fysieke technieken niet allemaal als vaardigheid worden onderwezen en ook niet als vaardigheid worden onderhouden.

Omdat dit verzoek past in de landelijk gewenste kwaliteitsverbetering en veldnormontwikkeling Dwang & Drang heeft GGZ Nederland dit opgepakt. GGZ Nederland ondersteunt haar leden o.a. door handreikingen te ontwikkelen.

Werkwijze

GGZ Nederland heeft verschillende documenten bestudeerd en websites geraadpleegd om te achterhalen welke uitgangspunten er worden gehanteerd bij fysiek ingrijpen en welke aanknopingspunten er zijn voor een toetsingskader. Vervolgens is met verschillende deskundigen in het veld gesproken over hun opvattingen over fysiek ingrijpen: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), medewerkers van agressietrainingsbureau's, het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) en de bestuurscommissie Zorg & Normering van GGZ Nederland.

Daaruit kwam naar voren dat het zinnig is een document op te stellen dat kan dienen als toetsingskader voor de werkwijze binnen ggz-instellingen en voor harmonisatie van opleidingen mits het aansluit bij bestaande denkkaders zoals bijvoorbeeld ontwikkeld in het patiëntveiligheidsprogramma.

De informatie uit de deskresearch en de gesprekken zijn verwerkt tot een conceptdocument dat ter commentaar is voorgelegd aan verschillende deskundigen in het veld: medewerkers van ggz-instellingen, trainers, de beroepsvereniging van verpleegkundigen V&VN, het LPGGZ en de IGZ. De ontvangen reacties zijn verwerkt in een definitief concept. De conceptversie van de handreiking is ter toetsing (is het uitvoerbaar in de praktijk) voorgelegd aan de bestuurscommissie Zorgvisie & Normering van GGZ Nederland en de Stuurgroep van het patiëntveiligheidsprogramma. De commissie en stuurgroep waren positief en hun reacties zijn verwerkt in de definitieve versie.

De handreiking is in 2011 via de ledennieuwsbrief van GGZ Nederland onder de aandacht gebracht van ggz-instellingen. De projectleiders Dwang & Drang hebben in 2011 per mail een exemplaar ontvangen. Vervolgens is tijdens een platformbijeenkomst een toelichting gegeven op de handreiking.

In 2012 is besloten om alle handreikingen van het patiëntveiligheidsprogramma uit te brengen in een publicatiereeks. De inhoud van het document uit 2011 is niet veranderd. De tekst is op een paar plaatsen aangevuld om deze meer in lijn te brengen met de overige handreikingen.

VERDER LEZEN

BILD (2010) *Code of practice. For the use and reduction of restrictive physical interventions*. Third edition

Bogert, I. (2010) *Verantwoording profiel verpleegkundige RGC 'Goede zorg'*

Bunt, van den (2010) *Toetsing separeerprotocollen aan richtlijn besluitvorming dwang*

DoH / DfES (2002) *Guidance for restrictive physical interventions*

GGZ Nederland (2001) *Richtlijn Fysieke inperking van kinderen onder de 12 jaar in de K&J psychiatrie*

GGZ Nederland (2010) *Intensive Care in de GGZ - Op weg naar veldnormen*

GGZ Nederland (2011) *Intentieverklaring preventie dwang in de ggz*

GGZ Nederland (2012) *Argus. Registratie van vrijheidsbeperkende interventies in de geestelijke gezondheidszorg*

GGZ Nederland (2012) *Behandeling minderjarigen in het kader van de WGBO*

Haar, E. van der (2010) *Naar een veilig en risicobewust Dimence*. Scriptie ATAS

LPGGZ (2009) *Dwang en drang in de psychiatrie*.

LPGGZ (2011) *Normenkader patiëntveiligheid bij toepassing van dwang*

VWS (2010) *Veldnormen, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden in de ggz*

Websites

www.veilgezorgiederszorg.nl

www.bild.org.uk

www.connecting-online.nl

www.demat.nl

www.entma.eu/cms

www.kudding.nl

www.leo.nl

www.radarvertige.nl

www.trifier.nl

In deze serie zijn verschenen:



