



Beleidsnotitie

Wet zorg en dwang

Goede zorg met zoveel mogelijk vrijheid



's Heeren Loo

Wet zorg en dwang

Goede zorg met zoveel mogelijk vrijheid

Beleidsnotitie Wet zorg en dwang 2021

's Heeren Loo - 2021

Beperkte geldigheid

De Wet zorg en dwang is een wet in beweging. Er worden nog steeds vele discussies over gevoerd op landelijk niveau. Daarbij hebben we in het overgangsjaar 2020 nog niet alle stappen gezet die we wilden zetten en dus hebben we de wet ook nog niet altijd goed in de vingers. We nemen 2021 om ons verder te bekwamen en om de ontwikkelingen op landelijk niveau goed te volgen. Dus deze beleidsnotitie is geldig voor 1 jaar. Aan het eind van 2021 maken we opnieuw de balans op.

Inhoud

Inleiding en visie.....	6
1 Voor wie en waar geldt de Wzd en dus deze notitie?	7
1.1 Voor wie geldt deze notitie?	7
1.1.1 Gelijkgestelde aandoeningen.....	7
1.2 Waar geldt deze notitie?	7
2 Hoofdrospelers.....	8
3 Goede zorg	11
3.1 Wat is goede zorg?	11
3.2 Kaders voor het bieden van goede zorg	11
3.3 Goede zorg kan vrijwillig én onvrijwillig zijn.....	13
4 Vrijwillige zorg.....	14
4.1 Wat is vrijwillige zorg?	14
4.2 De cliënt kan zelf beslissen (wilsbekwaam ter zake).....	14
4.3 De cliënt kan niet zelf beslissen (wilsonbekwaam ter zake)	15
4.4 Wils(on)bekwaamheid in de dagelijkse praktijk	15
4.5 Geen overeenstemming over de wils(on)bekwaamheid?	15
4.6 Vertegenwoordiger	16
4.7 Evalueren van vrijwillige zorg.....	16
4.8 Huisregels	16
5 Verzet (h)erkennen	17
5.1 Wat is verzet?.....	17
5.2 Hoe herken je verzet?	17
5.3 Waarom is het zo belangrijk om verzet te herkennen en erkennen?	17
6 Ernstig nadeel	18
6.1 Wat is ernstig nadeel?	18
6.2 Ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt	19
6.3 Hoe weeg je of er sprake is van ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt?.....	19
7 Onvrijwillige zorg	21
7.1 Wat is onvrijwillige zorg?.....	21
7.2 De zorgvuldigheidseisen in het stappenplan.....	22
7.2.1 Samen overleggen.....	22
7.2.2 Laatste redmiddel	22
7.2.3 Proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid	22
7.2.4 Zoektocht naar 'kan het minder of anders' stopt nooit.....	23
7.3 Bij welke vormen van zorg volg je altijd het stappenplan?	23
7.4 Zorg in een onvoorziene situatie (noodsituatie).....	24
7.5 Hoe voer je onvrijwillige zorg uit?	24
7.6 Eén client, één plan?.....	25
7.7 Gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders	25
7.8 Hoe evalueer je onvrijwillige zorg?.....	26
8 Ambulante onvrijwillige zorg.....	27
8.1 Wat is ambulante onvrijwillige zorg?	27
8.2 Wel of geen ambulante onvrijwillige zorg?	27

Stap 1 - beoordelen omstandigheden	27
Stap 2 - beoordelen voorwaarden	28
8.3 Ambulante onvrijwillige zorg of toch onvrijwillige zorg op accommodatie?.....	29
8.4 Bij de client thuis.....	29
8.4.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?.....	29
8.5 Externe dagbesteding.....	31
8.5.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?.....	31
8.6 Gezinshuizen.....	32
8.6.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?.....	32
8.7 Scholen.....	34
8.7.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?.....	34
8.8 Zorgboerderijen.....	36
9 Werken aan afbouw.....	37
9.1 Wat vraagt dit van jou als zorgverlener?	37
9.2 Stappen om tot afbouw te komen	37
9.3 Doe het niet alleen!.....	38
10 Opname en verblijf – waar.....	39
10.1 Adres is eigendom van of wordt gehuurd door 's Heeren Loo.....	39
10.2 Adres is geen eigendom van of wordt niet gehuurd door 's Heeren Loo.....	39
10.3 Registratie in het locatieregister	39
11 Opname en verblijf - hoe.....	40
11.1 Vrijwillige opname en verblijf.....	40
11.2 Opname en verblijf bij geen bereidheid/ geen bezwaar (artikel 21).....	40
11.3 Gedwongen opname en (voortzetting tot) verblijf met rechterlijke machtiging (RM).....	40
11.4 Geen verzet tegen opname en verblijf, toch een rechterlijke machtiging	41
11.5 Gedwongen opname en verblijf in spoedsituaties (inbewaringstelling).....	41
11.6 Voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen	41
12 Samenloop met andere wetgeving.....	43
12.1 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.....	43
12.2 Wet forensische zorg.....	44
12.3 Jeugdwet.....	44
13 Externe cliëntvertrouwenspersoon (CVP).....	45
13.1 Wat doet de externe CVP?.....	45
13.2 Welke randvoorwaarden heeft de CVP nodig om zijn taak uit te voeren?	45
14 Een klacht over onvrijwillige zorg.....	46
14.1 Klachtencommissie.....	46
14.2 Klachtenfunctionaris	46
14.3 Informatieplicht over klachten.....	46
15 Vastleggen van de onvrijwillige zorg.....	47
15.1 Waarom vastleggen?	47
15.2 Hoe vastleggen?	47
15.3 Wie registreert wat?	47
15.4 Wat leg je vast in het cliëntdossier?.....	47
16 Verantwoording aan inspectie.....	49

16.1	Digitaal overzicht.....	49
16.2	Analyse (precieze invulling is nog onbekend).....	49
17	Overlegstructuur.....	50
17.1	Overleg tussen Wzd-functionaris en regiodirectie.....	50
17.2	Overleg tussen Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke.....	50
17.3	Overleg tussen Wzd-functionarissen van 's Heeren Loo.....	50
17.4	Overleg Wzd-bureaus.....	50
17.5	Stuurgroep Wzd.....	50

Inleiding en visie

Deze notitie gaat over de Wet zorg en dwang (Wzd); het bieden van goede zorg. Die kan bestaan uit vrijwillige zorg en onvrijwillige zorg.

Goede zorg met zoveel mogelijk vrijheid

We willen elke dag de best mogelijke zorg leveren. Het uitgangspunt daarbij is dat cliënten zoveel mogelijk vrijheid houden om zelf hun leven in te richten. Daar zijn we bij 's Heeren Loo al een aantal jaren hard mee bezig. De visie 'Nee, tenzij...' is bij iedereen bekend. Deze visie staat ook centraal in de Wet zorg en dwang die is ingegaan op 1 januari 2020. Deze wet gaat cliënten, verwanten en zorgverleners helpen om een volgende stap te zetten in de vrijheid van de cliënt om zelf keuzes te maken.

Zoektocht

Bij het bieden van goede zorg zoeken we steeds naar zorg op maat, vrijheid, veiligheid, ontwikkeling en bescherming. Deze zoektocht komt nooit ten einde. Want alles blijft veranderen. Zoals de ontwikkeling en omgeving van een cliënt of de samenstelling van het team. Het is dus van belang dat we hierover met elkaar in gesprek blijven. Dat doen we samen met cliënten, verwanten en zorgverleners. De hele driehoek dus. Kortom, we gaan door met wat we al deden en de Wet zorg en dwang helpt ons daarbij.

Vrijwillige zorg

We bieden die zorg en/of ondersteuning die de cliënt nodig heeft om een zo'n gewoon mogelijk leven te kunnen leiden. Om die dingen te kunnen doen die voor alle mensen belangrijk zijn en zelf eigen keuzes te kunnen maken. Het uitgangspunt is de cliënt écht te leren begrijpen en op basis daarvan goede zorg te bieden, waarmee de cliënt instemt en zich bij de toepassing daarvan niet verzet. Dat is vrijwillige zorg.

Onvrijwillige zorg

Soms is er sprake van (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel. Dit betekent dat er door de beperking en/of aandoening van de cliënt een gevaarlijke situatie of ernstige lichamelijk letsel of verwaarlozing ontstaat voor hem of een ander persoon. Als geen alternatieven mogelijk zijn, kan als laatste redmiddel zorg nodig zijn waar de cliënt zich tegen verzet. Dit is onvrijwillige zorg.

Visie op onvrijwillige zorg

Nee, tenzij...: We passen geen onvrijwillige zorg toe, tenzij er sprake is van (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel en er echt geen alternatieven zijn.

Voorbeelden

In deze notitie leggen we waar mogelijk dingen uit aan de hand van voorbeelden, die uit de praktijk komen. Bijvoorbeeld Jacob zie je regelmatig terugkomen in verschillende hoofdstukken. Uiteraard zijn de namen van de cliënten verzonden.

Deze notitie is bedoeld als naslagwerk voor iedereen die precies wil weten hoe het zit. Er is ook een medewerkersfolder, met een verkorte weergave van deze beleidsnotitie.

1 Voor wie en waar geldt de Wzd en dus deze notitie?

Deze notitie gaat over goede zorg, vrijwillige zorg en onvrijwillige zorg. Goede en vrijwillige zorg bieden we aan alle cliënten, maar onvrijwillige zorg wordt alleen toegepast bij bepaalde cliënten en op bepaalde plekken. Welke dat zijn, leggen we eerst uit.

1.1 Voor wie geldt deze notitie?

De Wzd is niet op elke cliënt van 's Heeren Loo van toepassing. De cliënt moet aan een aantal criteria voldoen wil hij onder de reikwijdte van de Wzd vallen. Deze criteria zijn:

- cliënt heeft een verstandelijke handicap¹, **en**
- cliënt heeft een indicatiebesluit Wlz van het CIZ met grondslag verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) **of**
- cliënt heeft een verklaring van een ter zake kundige arts waaruit blijkt dat hij in verband met een verstandelijke beperking is aangewezen op bepaalde vormen van zorg waaronder onvrijwillige zorg. Dus dit geldt voor alle cliënten vanuit de Jeugdwet, Zorgverzekeringswet en Wet maatschappelijke ondersteuning.

1.1.1 Gelijkgestelde aandoeningen

Mensen met een bepaalde ziekte of aandoening, maar zonder verstandelijke beperking, kunnen soms baat hebben bij zorg en ondersteuning die primair bedoeld is voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatric. Om hen die zorg en ondersteuning te kunnen bieden die zij nodig hebben, zijn deze ziektes of aandoeningen gelijkgesteld. De mensen kunnen al naar gelang hun zorgvraag worden opgenomen op grond van de Wzd. Hierbij moet de arts middels een schriftelijke verklaring aangeven dat de cliënt het meest gebaad is bij de begeleiding zoals deze geboden wordt in de gehandicaptenzorg.

Het gaat wettelijk om:

- het syndroom van Korsakov
- de ziekte van Huntington
- niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Naast bovengenoemde aandoeningen kan andere gelijksoortige problematiek, zoals regieverlies of gedragsproblemen, aanleiding geven om een cliënt onder de Wzd te plaatsen. Denk hierbij aan cliënten met autisme, anorexia of een GGZ-indicatie. De zorgbehoefte van de cliënt is hierbij leidend en niet het wettelijk regime. Zie hoofdstuk 12 voor een verdere toelichting.

1.2 Waar geldt deze notitie?

De Wzd 'volgt' de cliënt, wat betekent dat de Wzd op de Wzd-client van toepassing is, of het nu in de woning is of op de dagbestedingslocatie, bij de cliënt thuis, in een gezinshuis of op school, of in het ziekenhuis. In hoofdstuk 9 en 10 gaan we hier verder op in.

¹ De Wzd gaat ook over mensen met psychogeriatriche aandoeningen, maar dat nemen we niet mee in de beleidsnotitie.

2 Hoofdrospelers

In de Wet zorg en dwang heeft een groot aantal spelers een rol. Soms geen andere rol dan we gewend zijn, soms een hele nieuwe rol. In dit hoofdstuk gaan we in op de verschillende rollen.

Cliënt en/of diens vertegenwoordiger

De cliënt en/of diens vertegenwoordiger is natuurlijk de belangrijkste hoofdrospeler in de Wzd. We vragen hen altijd hoe ze betrokken willen worden bij de besluitvorming over onvrijwillige zorg en we handelen daarnaar.

Voorbeeld Jacob

Met Jacob is gesproken over hoe hij betrokken wil worden bij de besluitvorming over onvrijwillige zorg. Hij heeft een goede band met zijn broer, Jeroen. Dus die treedt op als familievertegenwoordiger. Jeroen en Jacob hebben dit laten vastleggen in het plan. Jacob wil graag bij de MDO's aanwezig zijn samen met Jeroen.

Zorgverantwoordelijke – gedragswetenschapper

De gedragswetenschapper heeft de regie over de zorg aan de cliënt en over het opstellen, uitvoeren en evalueren van het plan en daarom heeft 's Heeren Loo de gedragswetenschapper aangewezen als zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke beslist namelijk aan de hand van het stappenplan na multidisciplinair overleg over de onvrijwillige zorg.

De zorgverantwoordelijke heeft, samen met de persoonlijk begeleider, een spilfunctie bij de uitvoering van de Wzd. Hij is verantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren en evalueren van het zorgplan, in overleg met cliënt of diens vertegenwoordiger. De persoonlijk begeleider ondersteunt de zorgverantwoordelijke bij de uitvoering. Zeker in het geval van ambulante onvrijwillige zorg, waar de inzet van een gedragswetenschapper mogelijk beperkt zal zijn, heeft de persoonlijk begeleider hierin een grotere taak.

Het komt regelmatig voor dat meerdere zorgaanbieders onvrijwillige zorg toepassen bij één cliënt. Het is dan niet altijd meteen duidelijk wie de rol van de zorgverantwoordelijke gaat vervullen. Wanneer bij een cliënt meerdere zorgaanbieders betrokken zijn, schrijft de Wzd voor dat de zorgaanbieders gezamenlijk één zorgverantwoordelijke aanwijzen². Die zorgverantwoordelijke is overigens niet verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg als die door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, maar hij is wel verantwoordelijk voor de coördinatie van de onvrijwillige zorg. Dat wil zeggen het coördineren van gezamenlijke acties en toezien op het doorlopen van het stappenplan.

Er zijn verschillende situaties mogelijk:

- *De cliënt ontvangt alleen zorg en/of ondersteuning van 's Heeren Loo*
Het kan zijn dat de cliënt bij 's Heeren Loo meerdere zorgvormen ontvangt. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het hele plan van de cliënt. Is er al een gedragswetenschapper betrokken bij de zorg? Dan is hij de zorgverantwoordelijke. Is deze er nog niet, dan wijst de manager Advisium een gedragswetenschapper aan die deze rol gaat vervullen.
- *De cliënt woont bij zorgaanbieder X en ontvangt ook zorg van 's Heeren Loo*
In deze situatie levert zorgaanbieder X in de meeste gevallen de zorgverantwoordelijke. Daar

² Hoe dit in de praktijk georganiseerd moet worden is nog onduidelijk. Het vraagstuk is onder de aandacht van de VGN

ligt dus ook de eindverantwoordelijkheid. Vanuit 's Heeren Loo blijft een gedragswetenschapper beschikbaar voor de zorgverlener om, indien nodig, af te kunnen stemmen over de uitvoering van de onvrijwillige zorg.

- *De cliënt woont zelfstandig of bij ouders en ontvangt zorg van verschillende zorgaanbieders*

Als er sprake is van het toepassen van onvrijwillige zorg door een zorgverlener van 's Heeren Loo, wijst de manager Advisium een zorgverantwoordelijke aan. Deze is alleen verantwoordelijk voor het Wzd-zorgplan van 's Heeren Loo. De zorgverantwoordelijke bekijkt of, en zo ja, welke afstemming met andere aanbieders nodig of wenselijk is. Deze afstemming kan alleen plaatsvinden op basis van vrije en uitdrukkelijke toestemming van de cliënt. Afstemming is geen vereiste voor het toepassen van onvrijwillige zorg.

Persoonlijk begeleider

Voert namens de zorgverantwoordelijke een aantal Wzd-taken uit. Hij coördineert de uitvoering van de goede zorg, coacht de zorgverleners op een zorgvuldige en correcte uitvoering van de onvrijwillige zorg, registreert de onvrijwillige zorg in het plan en coördineert de uitvoering van de stappen uit het stappenplan.

Kan ook de rol van 'deskundige van een andere discipline' hebben.

Deskundige van een andere discipline

De zorgverantwoordelijke overlegt in stap 1 van het stappenplan met onder andere een deskundige van een andere discipline. Dat is iemand die over het algemeen betrokken is bij de zorg voor de cliënt en over de onvrijwillige zorg kan meedenken. Dit kan dus de persoonlijk begeleider zijn, maar bijvoorbeeld ook de fysiotherapeut, logopedist, of de arts.

Niet bij de zorg betrokken deskundige

Lukt het niet de onvrijwillige zorg af te bouwen in stap 1 dan gaat de zorgverantwoordelijke in stap 2 in overleg met een niet bij de zorg betrokken deskundige. De enige voorwaarden die aan deze deskundige is gesteld, is dat hij niet bij de zorg voor de cliënt is betrokken en kan meedenken over de onvrijwillige zorg. Dit kan bijvoorbeeld een collega gedragswetenschapper zijn, maar ook een persoonlijk begeleider van een andere groep, of een fysiotherapeut, logopedist of ergotherapeut. Bij voorkeur sluit deze deskundige aan bij het MDO, maar vooraf onderling afstemmen kan ook.

Externe deskundige

Lukt het niet de onvrijwillige zorg af te bouwen in stap 2 dan vraagt de zorgverantwoordelijke iemand van buiten 's Heeren Loo om advies.

Dit mag zijn een Big-geregistreerde:

- ter zake kundig arts bijvoorbeeld arts voor verstandelijk gehandicapten,
- psychiater,
- gezondheidszorgpsycholoog,
- orthopedagoog-generalist,
- verpleegkundige.

In alle regio's zijn samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders om de inzet van de externe deskundigen te organiseren. De manager Advisium coördineert dit.

De externe deskundige kan advies geven vanuit zijn expertise over alternatieven voor of het afbouwen van onvrijwillige zorg.

Wzd-functionaris

Arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) en/of orthopedagoog generalist en/of GZ-psycholoog die door 's Heeren Loo is aangewezen als Wzd-functionaris (met instemming van de RCR). De Wzd-functionaris is eindverantwoordelijk op het gebied van de toepassing van onvrijwillige zorg. Hij ziet toe op de toepassing van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan. Dit doet hij door de dossiers waarin onvrijwillige zorg is opgenomen te toetsen en de zorgverantwoordelijke daarover te adviseren.

Elke regio heeft een aantal Wzd-functionarissen die zijn voorgedragen aan de regionale cliëntenraad. De Wzd-functionarissen worden ondersteund door een secretaresse en een beleidsmedewerker (zie Wzd-bureau).

De Wzd-functionaris heeft een aantal specifieke taken. Die zijn vastgelegd in de aanvulling op de functiebeschrijving. De Wzd-functionarissen hebben daarnaast een belangrijke rol in de regio als visiedrager en gesprekspartner van de regiodirecteur en manager Advisium.

Wzd-bureau

Regionaal wordt een Wzd-bureau ingericht waarin zitting hebben de Wzd-functionarissen, een afgevaardigde van de zorgverantwoordelijken en managers zorg als afgevaardigde van de zorgaanbieder, de Wzd-beleidsmedewerker en het secretariaat Wzd. Het Wzd-bureau fungeert als dagelijks bestuur en is het centrale punt waar alles rondom de Wzd samenkomt. Het bureau kan onder andere een rol spelen in de organisatie van het proces om te komen tot het advies van de externe deskundige en in het formuleren van de analyse voor de IGJ. (Zie apart takenoverzicht)

Zorgaanbieder - Manager zorg namens 's Heeren Loo

Faciliteert het proces rondom onvrijwillige zorg en de randvoorwaarden daarvoor. Hij zoekt actief mee naar mogelijkheden voor afbouw onvrijwillige zorg. Samen met de zorgverantwoordelijke stuurt hij de betrokken zorgverleners aan. De zorgaanbieder informeert de cliënten die gedwongen zijn opgenomen met een RM of IBS over hun verlof en ontslag. Dit doet hij na afstemming met de Wzd-functionaris.

Arts

Is vanuit de medische kant verantwoordelijk voor goede zorg aan cliënt, denkt mee over afbouw onvrijwillige zorg, onderzoekt of er lichamelijke oorzaken aan het gedrag van de cliënt ten grondslag liggen, onderzoekt of er lichamelijke belemmeringen zijn om de onvrijwillige zorg toe te passen, is verantwoordelijk voor de uitvoering van de medische onvrijwillige zorg. Wordt beperking in bewegingsvrijheid, insluiting of medische handelingen overwogen dan moet een arts instemmen daarmee.

De huisarts – ambulante onvrijwillige zorg bij cliënten thuis

De zorgverlener stemt met de huisarts van de cliënt af of en zo ja welke positie hij inneemt in het kader van het stappenplan Wzd. De huisarts kan de rol innemen van Wzd-functionaris, zorgverantwoordelijke of andere deskundige. Als bij een cliënt van 's Heeren Loo onvrijwillige ambulante zorg ter afwending van ernstig nadeel noodzakelijk blijkt, wordt de huisarts van de cliënt betrokken bij de afweging of de thuissituatie of locatie geschikt is en daarnaast voldoet aan de extra zorgvuldigheidseisen of dat opname in een accommodatie wenselijk is.

Regiodirecteur en manager Advisium

Voeren actief beleid om goede zorg te bieden en zorgen voor de noodzakelijke randvoorwaarden daarvoor. Dragen samen met de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijken de visie 'Nee, tenzij ...' uit in de regio.

Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur draagt zorg voor een beleidsplan waarin staat:

- hoe onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen,
- hoe wordt omgegaan met de toepassing en afbouw van onvrijwillige zorg,
- hoe wordt toegezien op de uitvoering van onvrijwillige zorg.

De Raad van bestuur draagt zorg voor een halfjaarlijkse analyse van de onvrijwillige zorg en de afbouw daarvan.

3 Goede zorg

De missie van 's Heeren Loo is: "Met alles dat wij weten en kunnen, zetten wij ons in voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking en/of andere beperking en hun verwanten, zodat zij een zo goed mogelijk leven leiden."

De koers van 's Heeren Loo zegt: "We beloven de cliënten een goed leven waarin ze hun dromen waar kunnen maken."

Door het bieden van goede zorg ondersteunen we de cliënten bij een goede kwaliteit van leven.

3.1 Wat is goede zorg?³

Goede zorg is zorg van goede kwaliteit en van goed niveau. Dit betekent:

- De zorg is veilig
- De zorg is effectief en doelmatig
- De zorg is cliëntgericht: de cliënt krijgt de zorg op het juiste moment en de zorg sluit aan bij zijn wensen en behoeften

Goede zorg is ook dat zorgverleners de rechten van cliënten kennen en respecteren, en cliënten met respect behandelen.

Om goede zorg te verlenen moeten de zorgverleners handelen volgens de professionele standaard. De professionele standaard omvat alle beroepsnormen, wettelijke regels, richtlijnen en protocollen van de zorginstelling, uitspraken van de rechter en wetenschappelijke inzichten.

Vanuit de professionele standaard hanteren we kaders voor het bieden van goede zorg. Die lichten we hieronder toe.

3.2 Kaders voor het bieden van goede zorg

- *Uitgaan van eigen regie van de cliënt*

Ieder mens heeft het recht om zijn eigen leven in te richten, dat geldt ook voor cliënten. Het uitgangspunt is dat cliënten zoveel mogelijk vrijheid houden en zelf hun keuzes maken en beslissingen kunnen nemen. Beslissingen over kleine en grote zaken, van het kiezen van het beleg op de boterham tot het kiezen om wel of niet geopereerd te worden.

- *De driehoek tussen cliënt, verwant en zorgverlener staat centraal*

Elke hoek brengt iets unieks, iets eigens in. Erkenning en balans zijn daarbij twee kernwoorden. Zorgverleners en verwanten zijn, door samen te werken, een solide basis die de top van de driehoek (de cliënt) draagt. Samen zetten ze het belang van de cliënt voorop.

- *Steeds in dialoog zijn met de cliënt en diens vertegenwoordiger*

De dialoog is een ontmoeting tussen mensen, waarbij het contact en de aandacht van belang zijn en niet de hoeveelheid woorden. Door vanuit respect met de cliënt in gesprek te zijn (verbaal of non-verbaal), blijven we met de cliënt in verbinding. Hiermee kunnen we samen vaststellen wat de cliënt nodig heeft en de zorg daar goed op afstemmen.

- *Het werken met het basisprogramma en het zorgprogramma⁴*

In het basisprogramma beschrijven we de uitgangspunten voor onze zorg en/of ondersteuning aan alle cliënten van 's Heeren Loo. Deze uitgangspunten zijn het fundament voor onze ondersteuning en gebaseerd op onze visie, missie en kernwaarden.

Een deel van de cliënten heeft een specifieke en meer complexe ondersteuningsvraag. Voor deze cliëntgroepen zijn, naast de uitgangspunten in het basisprogramma, zorgprogramma's

³ Artikel 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

⁴ Zie 'zorgprogramma's en basisprogramma' op het intranet.

opgesteld. Een zorgprogramma geeft richtlijnen voor zorgverleners bij de begeleiding van cliënten. Deze richtlijnen geven houvast en laten ruimte voor individuele invulling per cliënt.

- *Het werken met het plan van de cliënt*

Elke cliënt heeft een plan. Daarin staan doelen die gebaseerd zijn op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ze worden in dialoog met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger vastgesteld. In de evaluatie wordt bekeken of de doelen zijn behaald of dat ze bijgesteld moeten worden. Zo blijft er zicht op wat belangrijk is voor de cliënt en hoe we daaraan werken.

- *Ruimte geven*

We kijken goed naar wat een cliënt zelf kan en waarbij hij ondersteuning nodig heeft. En zorgen ervoor dat daartussen wat ruimte zit: probeerruimte⁵. Door de cliënt die ruimte te geven, kan hij groeien. We gaan op zoek naar de balans tussen beschermen en loslaten. Die zoektocht gaan we samen aan en we bespreken de risico's.

Voorbeeld

Cliënt Jasper weigerde te eten. Het team was heel ongerust, want Jasper viel zichtbaar af. Ze probeerden Jasper eten te geven, maar dit werkte averechts. Het eten werd iets waar iedereen tegenop zag. Tot op een dag de gedragswetenschapper zei: Zullen we stoppen met dwingen? Laten we een bord met eten voor Jasper op tafel zetten en er een gezellig moment van maken. Laat Jasper zelf beslissen of en wanneer en hoe hij eet. Jasper raakte eerst alleen het voedsel aan, of gooide ermee....maar na een tijdje stopte hij ook wat in zijn mond. En weer een tijd later at hij gewoon weer mee.

- *Het werken met risico-inventarisatie, taxatie en vertaling naar een behandeladvies.*

Samen met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger stellen we vast welke risico's bestaan en wat de gevolgen van de risico's zijn. Dit leggen we vast in een behandeladvies en afspraken in het plan van de cliënt.

- *Het werken met signaleringsplannen⁶*

Aan moeilijk verstaanbaar gedrag ligt altijd een verklaring of uitleg ten grondslag. In het signaleringsplan staat per cliënt stapsgewijs uitgelegd wat het gedrag betekent en wat de zorgverlener kan doen om de spanning bij de cliënt te verminderen. We sluiten aan bij de hulpvraag van de cliënt.

⁵ W. de Ruiter, D. Flikweert, *Kiezen Delen, over keuzes maken, ondersteuning, leren en probeerruimte*, Vilans: 2007.

⁶ Is geen verplichting en heeft niet overal dezelfde naam.

3.3 Goede zorg kan vrijwillig én onvrijwillig zijn

Het bieden van goede zorg betekent zoveel mogelijk op zoek gaan naar vrijwillige zorg, zoals centraal zal staan in de volgende hoofdstukken.

Goede zorg en vrijwillige zorg zijn echter niet altijd synoniemen van elkaar. Zorg die de cliënt niet wil, kan wel goede zorg zijn. Maar net zo goed kan zorg die de cliënt heel graag wil, niet goed voor hem zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval als de zorg de cliënt te veel beperkt of juist te veel ruimte geeft. Hoewel we altijd op zoek zijn naar zorg die de cliënt wil, moeten we soms zorg toepassen die de cliënt niet wil. Maar zorg die we bieden moet altijd goede zorg zijn.

In de volgende hoofdstukken staat hoe we dat precies doen.

Voorbeeld

Cliënt Andrea heeft een aantal maanden geleden haar been gebroken. De orthopeed heeft aangegeven dat Andrea gedurende 6 weken absoluut niet op haar been mag staan en adviseerde om tijdelijk een gordel te gebruiken. Samen met de vertegenwoordiger, arts, fysiotherapeut, gedragswetenschapper, manager en PB-er is dit advies afgewogen en gezocht naar een ander alternatief. Uiteindelijk is er toch gekozen voor een gordel waarbij er gekeken is naar de risico's van de gordel en goede afspraken zijn gemaakt over toezicht en wekelijkse evaluatie momenten.

Inmiddels is het been goed genezen en kan Andrea weer prima op haar been staan. Ze vindt dit erg eng en 'kiest' ervoor om de gordel te behouden. Als de zorgverlener de gordel niet omdoet wijst Andrea naar de gordel en naar haar middel dat de gordel om moet.

Door de gordel te behouden, ontnemen we Andrea de kans om weer zelfvertrouwen op te bouwen, beperken we haar bewegingsvrijheid. Hierdoor neemt haar evenwichtsgevoel af en is de kans op vallen juist vergroot. Ook neemt door het beperkt bewegen de kans op osteoporose en daarmee de kans op letsel juist toe.

Bovendien is de onderliggende vraag niet de behoefte aan de beperking van de gordel maar behoefte aan het opbouwen van het vertrouwen om weer op het been te kunnen staan zonder dat het opnieuw breekt of pijn doet.

Tot slot is inmiddels bewezen dat het gebruik van gordels weer eigen risico's met zich meebrengt.

In het geval van Andrea is het dus goede zorg om de gordel af te bouwen en met behulp van fysiotherapie en ergotherapie te kijken hoe het vertrouwen van Andrea op een andere manier herwonnen kan worden. Denk aan oefeningen om de balans te verbeteren of een rollator.

4 Vrijwillige zorg

Goede zorg bestaat bij voorkeur alleen uit vrijwillige zorg. De zorgvraag van de cliënt is ons uitgangspunt. De zorgverleners kijken hoe ze die zorgvraag het beste kunnen beantwoorden.

4.1 Wat is vrijwillige zorg?

Vrijwillige zorg is zorg waar de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger mee instemt en waartegen de cliënt zich niet verzet.

Het uitgangspunt is dat je zorg en/of ondersteuning biedt op basis van de zorgvraag van de cliënt. De cliënt en/of zijn vertegenwoordiger hebben een beeld bij welke zorg de cliënt graag wil. De zorgverleners bekijken of zij deze zorg kunnen bieden en of deze zorg ook goede zorg is, dus zorg die gericht is op de cliënt en veilig en effectief is.

Op basis van de zorgvraag van cliënt wordt een plan opgesteld. In dit plan worden afspraken over goede zorg gemaakt, bij voorkeur vrijwillig.

Hoewel een cliënt bij het opstellen van het plan kan hebben ingestemd met zorg, kan het zijn dat hij bij de uitvoering van de zorg zich verzet. Dan spreken we niet meer over vrijwillige zorg, maar over onvrijwillige zorg.

Voorbeeld Jacob

Jacob woont sinds drie jaar bij 's Heeren Loo. Toen hij hier kwam wonen had hij een drankprobleem. Door het drinken had hij schulden opgebouwd, kwam de deur niet meer uit en omdat hij zichzelf en zijn woonomgeving vervuilde kwamen er steeds minder vrienden langs en raakte hij in sociaal isolement.

Jacob geeft bij zijn opname aan dat hij wil dat zijn zorgverleners hem helpen om te stoppen met drinken en zijn leven weer op de rit te krijgen. Na veel inspanning lukt het hem om van de drank af te komen, zijn schulden af te betalen en een sociaal netwerk op te bouwen. Als hij wel eens moeilijke momenten had waarbij hij verlangde naar een biertje, moesten zijn zorgverleners hem er steeds weer aan herinneren waar hij vandaan kwam en hoever hij gekomen was. Tot nu toe was dat steeds genoeg. Dit is vrijwillige zorg.

4.2 De cliënt kan zelf beslissen (wilsbekwaam ter zake)

's Heeren Loo vindt het belangrijk dat de cliënt regie heeft over zijn leven en zelf zijn keuzes kan maken. Dit geldt ten aanzien van alle aspecten van zijn leven, dus ook over de zorg en/of ondersteuning die wij bieden. De cliënt beslist zelf over zijn zorg en/of ondersteuning. Samen met de zorgverleners stelt de cliënt zelf zijn plan op. Het plan kan op elk moment op initiatief van de cliënt worden gewijzigd. Zelf kunnen beslissen en de gevolgen van zijn beslissing kunnen overzien heet 'ter zake wilsbekwaam'.

De Wgbo (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst) heeft als uitgangspunt dat de ter zake wilsbekwame cliënt vanaf 12 jaar zelf (mee)beslist over de zorg. In principe is iedereen, en daarmee elke cliënt die zorg ontvangt van 's Heeren Loo, ter zake wilsbekwaam. Daarom moet de cliënt altijd volledig en afgestemd op zijn niveau worden geïnformeerd over de zorg, zodat hij zelf kan beslissen over de zorg.

De Wgbo stelt bepaalde leeftijdsgrenzen over wie beslist over de zorg. Tot 12 jaar nemen (de gezaghebbenden) ouders of voogd de beslissingen.

Tussen 12 en 16 jaar nemen de ter zake wilsbekwame cliënten samen met hun ouders/voogd de beslissing waarbij de beslissing van de ter zake wilsbekwame cliënt leidend is. Vanaf 16 jaar beslissen de ter zake wilsbekwame cliënten zelf over zorg en/of ondersteuning.

4.3 De cliënt kan niet zelf beslissen (wilsonbekwaam ter zake)

Het kan voorkomen dat een cliënt niet zelf bepaalde beslissingen kan nemen. Dit kan het gevolg zijn van een verstandelijke beperking, een bepaalde (psychische) stoornis of andere oorzaken die het vermogen tot het nemen van een besluit beïnvloeden. Het niet zelf kunnen beslissen heet 'ter zake wilsonbekwaam'.

Of een cliënt zelf niet kan beslissen wordt beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

1. of de cliënt de verstrekte informatie begrijpt en/of
2. de cliënt het vermogen heeft de informatie te waarderen/te vertalen naar zijn eigen situatie en/of
3. de cliënt de gevolgen van zijn keuze kan overzien en/of
4. de cliënt vervolgens een keuze kan maken⁷.

4.4 Wils(on)bekwaamheid in de dagelijkse praktijk

Het uitgangspunt is dat de ter zake wilsbekwame cliënt instemt met de dagelijkse zorg die hij krijgt. Alleen als er twijfel is over de wilsonbekwaamheid ter zake van de cliënt moet dat worden getoetst en beschreven. Dit gebeurt alleen als een cliënt een ingrijpende beslissing moet nemen en de zorgverleners en professionals twijfelen of hij hiertoe in staat is.

Het doel van deze toets is bepalen of de cliënt voldoende in staat is om een weloverwogen beslissing te nemen. De uitkomst kan zijn dat de cliënt wilsonbekwaam voor een bepaalde beslissing is. De wilsonbekwaamheid is tenminste beoordeeld door een bij de zorg betrokken deskundige. Dat is afhankelijk van het onderwerp dat beoordeeld wordt de gedragswetenschapper, of de arts. Deze deskundige stemt af met de vertegenwoordiger van de cliënt.

Bij het bepalen van de wils(on)bekwaamheid ligt de nadruk op 'ter zake'. Dit betekent dat het gaat over één bepaalde beslissing. Voor elke afzonderlijke ingrijpende beslissing bepalen de zorgverleners of een cliënt ter zake wilsonbekwaam is.

Voorbeeld

Als een cliënt op het gebied van insluiten wilsonbekwaam is beoordeeld, is hij dat misschien op het gebied van het beslissen zijn dagprogramma niet. Een cliënt is dus wilsonbekwaam op het gebied van 1 onderwerp en niet als persoon in zijn geheel.

Bij onvrijwillige zorg is het belangrijk om de wils(on)bekwaamheid ter zake te toetsen. De cliënt verzet zich tegen de geboden zorg en de zorgverleners vinden het noodzakelijk de zorg toch toe te passen. Het is belangrijk om te weten in hoeverre de cliënt ter zake wils(on)bekwaam is ten aanzien van de beslissing die hij neemt over de onvrijwillige zorg.

Hiermee is ten eerste duidelijk met wie we in gesprek gaan over de onvrijwillige zorg; de cliënt zelf of diens vertegenwoordiger. Ten tweede is het van belang bij bepaalde vormen van zorg, daar komen we in 6.3 op terug.

4.5 Geen overeenstemming over de wils(on)bekwaamheid?

Als de deskundige de wilsonbekwaamheid heeft beoordeeld en de vertegenwoordiger van die cliënt is het met dat oordeel niet eens, dan beslist een niet bij de zorg betrokken deskundige⁸ over de wilsonbekwaamheid van de cliënt.

⁷ Appelbaum, P.S., Assessment of patients' competence to consent to treatment, 2007.

⁸ Dit is een wetswijziging die gepland staat voor zomer 2021

Is de cliënt of diens vertegenwoordiger het ook niet eens met de beslissing van de niet bij de zorg betrokken deskundige, dan kan hij daarover een klacht indienen bij de klachtencommissie (zie hoofdstuk 13).

4.6 Vertegenwoordiger

Pas als de cliënt niet zelf kan beslissen, beslist de vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger vertegenwoordigt de cliënt, wat betekent dat hij de visie van de cliënt uitspreekt, de cliënt zelf zoveel mogelijk zijn eigen beslissingen laat nemen en cliënt actief betreft bij een beslissing. De vertegenwoordiger doet dat dus vanuit de normen, waarden, wensen en belangen van de cliënt en zet zijn eigen belang hierbij opzij.

Voorbeeld

Als een cliënt zelf kan beslissen over zijn dagprogramma en hij heeft een curator of mentor, dan beslist de cliënt ook echt zelf over zijn dagprogramma en niet zijn curator of mentor, ook al is die als vertegenwoordiger door de rechter aangewezen.

Als de cliënt geen vertegenwoordiger heeft, dan is 's Heeren Loo volgens de Wzd verplicht bij de rechter een verzoek in te dienen om een mentor te laten benoemen. Dit doe je als de cliënt ter zake wilsonbekwaam is en desnoods zonder toestemming van de cliënt. De aanvraag wordt meestal gedaan door de manager zorg of gedragswetenschapper. In de tussentijd wordt zoveel mogelijk vrijwillige zorg geboden. De cliëntvertrouwenspersoon kan de cliënt bijstaan (zie hoofdstuk 12).

Er gelden enkele uitzonderingen waarover de vertegenwoordiger niet mag beslissen. Zo mag de vertegenwoordiger geen hoogstpersoonlijke beslissingen (zoals een testament opmaken, een euthanasieverklaring opstellen of beslissingen over sterilisatie en abortus) voor de cliënt nemen. Ook mag de vertegenwoordiger geen beslissing nemen als deze niet onder zijn taak valt. Een bewindvoerder mag bijvoorbeeld niet over zorg beslissen.

4.7 Evalueren van vrijwillige zorg

Zoals we in hoofdstuk 1 hebben gezien, hoeft vrijwillige zorg niet altijd goede zorg te zijn. Bovendien kan vrijwillige zorg heel beperkend zijn voor de cliënt. Belangrijk is dus om ook de vrijwillige zorg regelmatig zorgvuldig te evalueren volgens de plancyclus. Tijdens de evaluatie weeg je af of de vrijwillige zorg die je levert nog goede zorg is en afspraken die gemaakt zijn nog steeds vrijwillig en passend zijn.

4.8 Huisregels

Met huisregels regel je de ordelijke gang van zaken in een locatie. Als mensen met elkaar verblijven of werken op een locatie dan is het verstandig om over bepaalde zaken afspraken te maken. Denk daarbij aan etenstijden of rusttijden en wie wanneer op de gezamenlijke computer mag. Deze afspraken maken begeleiders en cliënten en/of hun vertegenwoordigers samen. In de huisregels mag geen onvrijwillige zorg worden opgenomen. Als een cliënt zich niet aan de huisregels houdt, neem je de consequenties hiervan op in het plan van de cliënt.

Op het intranet vind je meer informatie over wils(on)bekwaamheid ter zake, vertegenwoordiging en huisregels.

5 Verzet (h)erkennen

Zoals in het vorige hoofdstuk genoemd is zorg vrijwillig als de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger ermee instemt **en** als de cliënt zich er niet tegen verzet. In dit hoofdstuk gaan we in op het begrip verzet.

5.1 Wat is verzet?

Verzet is weerstand tegen een handeling. Soms heel duidelijk, verbaal of niet verbaal, maar soms helemaal niet zo duidelijk, bijvoorbeeld passief of gehospitaliseerd verzet. Verzet is iedere vorm van verbale of lichamelijke weerstand, bijvoorbeeld de cliënt zegt: 'Nee', of maakt afwerende gebaren. Verzet kan ook minder duidelijk te herkennen zijn, bijvoorbeeld als de cliënt 'Nee' zegt, maar wel meeloopt. Houd er rekening mee dat verzet niet bij alle cliënten direct waarneembaar is of dat de cliënt na een tijd geen verzet meer laat zien. Bij twijfel gaan we uit van verzet.

Voorbeeld

Verbaal: zeggen 'ik wil niet' of 'nee', ook roepen/schreeuwen of schelden kunnen uitingen van verzet zijn.

Non-verbaal: afwenden, mimiek (afkeurende blik), ogen dicht doen. Middels gedrag.

Uitgedoofd verzet: na gewenning of vanuit gevoel machteloosheid, het verzet na verloop van tijd opgeven of andere uitingsvorm.

Verborgен/passief verzet: bijvoorbeeld het ondergaan van zorg zonder mee te werken.

5.2 Hoe herken je verzet?

Het beeld van het verzet van een cliënt is compleet wanneer duidelijk is:

1. Dat het gedrag een protest is (aard)
2. Waartegen het verzet gericht is – tegen vorm, inhoud, doel, verandering (richting)
3. Waarom iemand zich verzet (achtergrond).

Je toetst of de cliënt zich verzet, op basis van

- Gedrag
- Aandoening, functioneren
- Persoonlijkheid, coping
- Levensloop, cultuur, identiteit

5.3 Waarom is het zo belangrijk om verzet te herkennen en erkennen?

Elk mens heeft recht om zijn eigen leven in te richten. Het uitgangspunt is dat cliënten zoveel mogelijk vrijheid houden en zelf hun beslissingen kunnen nemen. Beslissingen over kleine en grote zaken, van het beleg op de boterham tot het kiezen om wel of niet geopereerd te worden.

Het uitgangspunt is dat de cliënt zelf keuzes maakt. Dit heet het recht op zelfbeschikking. Verzet is een teken dat de cliënt iets niet wil. Erkennen van dat wat de cliënt niet wil, betekent dat wij respect hebben voor zijn recht op zelfbeschikking. Het recht op zelfbeschikking is onderdeel van goede zorg.

Als de cliënt zich verzet tegen zorg of ondersteuning die de zorgverleners willen bieden, kunnen ze die zorg niet verlenen. Het maakt daarbij niet uit of de cliënt ter zake wilsonbekwaam is of niet. Het uitgangspunt is vrijwillige zorg, zorg waar cliënt zich niet tegen verzet. Soms is echter zorg die de cliënt niet wil, wel noodzakelijk. Dit kan het geval zijn als (de kans op) een ernstige situatie voorkomen of opgeheven moet worden. Die ernstige situatie heet in de Wzd '(een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel'. We spreken dan van onvrijwillige zorg. Daar gaan we in het volgende hoofdstuk nader op in.

6 Ernstig nadeel

Zoals eerder beschreven bieden we geen zorg waar de cliënt zich tegen verzet. Er is één uitzondering, namelijk als er sprake is van (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel.

6.1 Wat is ernstig nadeel?

Er is in ieder geval sprake van ernstig nadeel wanneer de volgende situaties voorkomen of als de kans heel groot is dat dit gaat gebeuren:

- a. er is een gevaar dat de cliënt overlijdt (levensgevaar);
- b. de cliënt raakt ernstig gewond of heeft veel pijn (ernstig lichamelijk letsel);
- c. de cliënt loopt ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade op;
- d. de cliënt is ernstig verwaarloosd of loopt kans alles te verliezen, bijvoorbeeld uit huis gezet worden, verliezen sociaal welzijn;
- e. de ontwikkeling van de cliënt raakt ernstig verstoord;

Voorbeeld

Er kan sprake zijn van ernstig nadeel als een jeugdige cliënt in een sociaal isolement raakt, bijvoorbeeld als hij niet meer naar school gaat omdat hij 's nachts altijd gamet.

- f. de cliënt is onveilig, bijvoorbeeld omdat hij onder invloed van een ander is geraakt, zoals een loverboy of drugsdealer;
- g. de cliënt veroorzaakt met hinderlijk gedrag agressie van anderen;

Voorbeeld

Een cliënt kan met hinderlijk gedrag agressie van anderen veroorzaken als cliënt anderen stelselmatig beledigt, kleineert of pest of ernstig en langdurig geluidsoverlast veroorzaakt.

- h. de cliënt veroorzaakt gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

a tot en met e is ook van toepassing als het gedrag van de cliënt ten gevolge van zijn beperking (aanzienlijk risico op) ernstig nadeel veroorzaakt voor een ander.

Voorbeeld

Hier is sprake van als een zwangere cliënt door haar gedrag het leven van haar ongeboren kindje in gevaar brengt.

Doordat in het begrip ernstig nadeel ook *de dreiging* van een bepaalde situatie is opgenomen, hoeft het nadeel zich dus nog niet in alle gevallen te hebben voorgedaan om te kunnen ingrijpen.

Voorbeeld

Opvoeden is een spel tussen begrenzen en ruimte geven. Maar is nooit een gegronde reden voor het toepassen van onvrijwillige zorg. Aan het toepassen van onvrijwillige zorg moet altijd ernstig nadeel ten grondslag liggen.

Soms moeten kinderen na school verplicht een moment op hun kamer zijn om de overgang van school naar woning rustig te laten verlopen. Maar als een kind zich daartegen verzet, kun je dit niet toepassen. Dan moet je op zoek naar een alternatief waar het kind zich niet tegen verzet.

Voorbeeld

Valgevaar op zichzelf is in beginsel géén ernstig nadeel. Uit onderzoek is gebleken dat mensen die niet in hun vrijheid worden beperkt weliswaar iets vaker vallen, maar daardoor niet méér letsel oplopen. Het toepassen van een maatregel die de bewegingsvrijheid beperkt, leidt bij mensen in veel gevallen tot snel afnemende mobiliteit en verhoogt juist de kans op letsel bij een val.

Voor het beperken van het risico op vallen, zijn in de praktijk al veel handelingsalternatieven ontwikkeld. Valgevaar kan wel ernstig nadeel opleveren, bijvoorbeeld in combinatie met osteoporose.

6.2 Ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt

De Wzd stelt dat het ernstig nadeel het gevolg moet zijn van 'het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan'. Het ernstig nadeel moet dus een direct oorzakelijk verband hebben met de aandoening of beperking van de cliënt. Met andere woorden, het mag dus niet gaan om ernstig nadeel dat wordt veroorzaakt door medecliënten, of (een gebrek aan) zorgverleners.

6.3 Hoe weeg je of er sprake is van ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt?

Of er sprake is van ernstig nadeel is alleen vast te stellen door het multidisciplinair team samen met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Elke situatie en elke cliënt is anders, dus is er geen algemene uitspraak te doen over in welke situaties er sprake is van ernstig nadeel.

Voorbeeld Jacob

Jacob is met hulp van zijn zorgverleners gestopt met drinken en heeft zijn leven weer op de rit.

Maar vorige week heeft Jacob voor het eerst sinds 2 ½ jaar weer gedronken. Hij was 40 geworden gaf een feestje. Hij gaf aan dat 40 echt een mijlpaal voor hem is en dat daar op gedronken moet worden. De zorgverleners hebben geprobeerd hem ervan te overtuigen dat het beter was om niet te drinken en een alcoholvrije variant te nemen maar Jacob wilde er niets van weten. Eentje kan immers geen kwaad?

En nu een week later is Jacob van mening dat één biertje in het weekend geen kwaad kan. Vorige week ging het toch ook goed? De zorgverleners maken zich zorgen dat het weer de verkeerde kant op gaat en weten niet goed wat te doen. Er is nu toch duidelijk sprake van verzet! Maar wat als hij morgen toch weer instemt met de afspraak dat zij hem ervan mogen weerhouden om alcohol te drinken? De zorgverleners willen zoveel mogelijk vrijwillige zorg bieden maar waar ligt de grens? Eens een alcoholist, altijd een alcoholist, toch? Is dat niet genoeg ernstig nadeel?

Om te wegen of er sprake is van ernstig nadeel in relatie tot het gedrag van de cliënt kan het multidisciplinair team de volgende vragen beantwoorden:

- Welk gedrag laat de cliënt zien?
- Komt dit gedrag voort uit zijn beperking?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Hoe groot is het (aanzienlijk risico op) ernstig nadeel?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?

Voorbeeld

Als een cliënt verslaafd is aan drugs is dat ernstig, maar dit hoeft nog geen ernstig nadeel te zijn. Het ligt eraan hoe de verslaving het dagelijks leven belemmert. Pas als bijvoorbeeld het gevaar is dat cliënt ernstige schade oploopt, of in zijn ontwikkeling verstoord raakt kun je spreken van ernstig nadeel.

Als het multidisciplinair team heeft vastgesteld dat er sprake is van (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel en de cliënt verzet zich tegen de zorg, komt onvrijwillige zorg in beeld. In het volgende hoofdstuk gaan we daar nader op in.

7 Onvrijwillige zorg

In de vorige hoofdstukken is toegelicht dat je alleen zorg kunt bieden als de cliënt met de zorg instemt en zich er niet tegen verzet, tenzij er sprake is van (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel. Als met vrijwillige alternatieven het ernstig nadeel niet kan worden voorkomen of opgeheven, weeg je af of onvrijwillige zorg moet en kan worden toegepast.

7.1 Wat is onvrijwillige zorg?

Onvrijwillige zorg is zorg waarmee de cliënt en/of diens vertegenwoordiger niet instemt of waartegen de cliënt zich verzet. Onvrijwillige zorg kan bestaan uit:

1. het toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische controles en handelingen en overige therapeutische maatregelen;
 - toedienen van vocht/voeding
 - medicatie
 - medische handeling, controle of onderzoek
2. beperken van de bewegingsvrijheid anders dan insluiten;
 - fysieke fixatie door het vasthouden van lichaam(-sdelen)
 - mechanische fixatie van lichaam(-sdelen) met behulp van materiaal
 - plaatsen op gesloten woning of gesloten afdeling (*dit geldt niet voor cliënten met een RM of IBS, zie H 10*)
 - overige beperkingen, zoals niet zelfstandig de woning mogen verlaten, of bepaalde ruimtes mogen betreden.
3. insluiten;
 - in een afzonderingsruimte
 - in een bepaalde ruimte (zoals eigen woning, appartement, slaapkamer, snoezelruimte, tuin of andere ruimte)
4. toezicht houden op de cliënt;
 - cameratoezicht
 - toezichthoudende domotica
 - elektronische traceringsmiddelen
5. onderzoek aan de kleding of het lichaam;
 - fouilleren aan kleding of aan het lichaam
6. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en op gevaarlijke voorwerpen;
 - controleren van persoonlijke bezittingen op bijvoorbeeld drugs of wapens van de cliënt
7. controleren op de aanwezigheid van middelen die het gedrag beïnvloeden;
 - bijvoorbeeld drugs
8. beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, waardoor de cliënt iets moet doen of nalaten (inclusief het gebruik van communicatiemiddelen);
 - beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen, media, internet
 - overige beperkingen, zoals:
 - beperkingen rondom intimiteit, seksualiteit
 - beperkingen van eten, drinken, genotsmiddelen (sigaretten, etc.), financiën, gebruik en inrichting eigen woonruimte, dagindeling
 - medicatie niet in eigen beheer
 - Kastdeuren op slot
9. beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek.

Voorbeeld

Met cliënten maken we gezamenlijk afspraken om de dagelijkse gang van zaken op de woning of dagbesteding goed te laten verlopen. Dit zijn de huisregels. Dit zijn bv. gezamenlijk gemaakte afspraken over de maaltijden, vanaf hoe laat het 's avonds stil is, groepsgebruik van de computer en roken op locatie. Daar mag geen onvrijwillige zorg in staan. Cliënten mogen aangesproken worden door zorgverleners en door elkaar op deze huisregels, maar het naleven van de huisregels kan niet worden afgedwongen

7.2 De zorgvuldigheidseisen in het stappenplan

Met het toepassen van onvrijwillige zorg (zorg waarmee de cliënt niet instemt of waartegen hij zich verzet) doen we iets wat de cliënt niet wil. Dat is heel ingrijpend voor de cliënt. We nemen namelijk eigen regie, autonomie bij de cliënt weg. Omdat deze onvrijwillige zorg zo ingrijpend is, zijn er bepaalde zorgvuldigheidseisen waaraan moet worden voldaan voordat onvrijwillige zorg mag worden toegepast.

De zorgvuldigheidseisen zijn opgenomen in een stappenplan. Dit stappenplan is verwerkt in onze methodische cyclus en in MijnCaress voor medewerkers. Je vindt het stappenplan in de bijlage bij deze notitie. Hieronder leggen we de zorgvuldigheidseisen uit.

7.2.1 Samen overleggen

Omdat onvrijwillige zorg zo ingrijpend is, is het belangrijk om samen te overleggen welke onvrijwillige zorg nodig is. Samen met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger overleggen, zodat de wensen van de cliënt zoveel mogelijk kunnen worden meegenomen in het toepassen van de onvrijwillige zorg. Zo heeft de cliënt nog zoveel mogelijk eigen regie. Het is van belang om met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger afspraken te maken over hoe ze betrokken willen worden bij de besluitvorming. Willen zij bij het multidisciplinair overleg aanwezig zijn of niet? En zo niet, hoe kunnen ze dan worden betrokken?

Samen overleggen doen we ook met collega's van het multidisciplinair team. Op die manier bekijken we het ernstig nadeel van verschillende kanten, zodat we een zo compleet mogelijk beeld van (de oorzaken van) het probleem en de mogelijke oplossingen krijgen. Mocht afbouwen van onvrijwillige zorg niet lukken, dan overleggen we met een niet bij de zorg betrokken deskundigen en eventueel een externe deskundige. De deskundige kijkt met een frisse blik en vanuit zijn eigen kennis en ervaring naar de situatie. Mogelijk kent hij nog andere oplossingen voor het ernstig nadeel of manieren om de onvrijwillige zorg voor cliënten draaglijker te maken.

Omdat de bestaande plancyclus al regelmatige multidisciplinaire overleggen kent, sluiten de multidisciplinaire overleggen over onvrijwillige zorg daar zoveel mogelijk bij aan.

7.2.2 Laatste redmiddel

De onvrijwillige zorg die wordt toegepast moet een laatste redmiddel zijn. Er is dus met andere woorden geen andere (betere) oplossing om het ernstig nadeel te voorkomen of op te lossen. Pas als er echt geen andere oplossing is, passen we onvrijwillige zorg toe.

7.2.3 Proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid

De onvrijwillige zorg moet proportioneel, subsidiair en doelmatig zijn. Hieronder leggen we uit wat deze begrippen betekenen in het kader van de onvrijwillige zorg.

- Proportionaliteit: de onvrijwillige zorg is redelijk in verhouding tot het doel. Het doel is het voorkomen of opheffen van ernstig nadeel.
- Subsidiariteit: je kiest de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg voor de cliënt.
- Doelmatigheid: de onvrijwillige zorg is de meest effectieve oplossing en is geschikt om het doel te bereiken.

Voorbeeld

Proportionaliteit: Een cliënt mag niet worden afgezonderd omdat hij zijn boterhammen niet heeft opgegeten.

Subsidiariteit: een deurverklikker in plaats van bedhekken.

Doelmatigheid: als je iemand naar zijn kamer laat gaan om af te koelen en hij komt er nog bozer vandaan, dan is dat niet doelmatig

Uitgangspunt is de beleving van de cliënt. Toch spelen vaak in deze begrippen eigen normen en waarden van de zorgverlener een rol. Wat de ene zorgverlener een minder ingrijpende vorm vindt, kan voor de andere juist heel ingrijpend zijn. Het is goed om daar bewust van te zijn en steeds het perspectief van de cliënt voor ogen te houden.

7.2.4 Zoektocht naar 'kan het minder of anders' stopt nooit

Omdat alles blijft veranderen, zoals de ontwikkeling of de omgeving van de cliënt, blijven we altijd zoeken naar manieren om minder onvrijwillige zorg toe te passen en naar manieren om de zorg beter bij de cliënt aan te laten sluiten. We zoeken continu naar zorg op maat, bescherming, vrijheid, veiligheid en ontwikkeling. Deze zoektocht komt nooit ten einde.

Het multidisciplinaire team is ervoor verantwoordelijk de zoektocht te blijven voortzetten. Heeft het multidisciplinair team hulp nodig bij het zoeken naar alternatieve vormen van zorg? Dan kan contact opgenomen worden met:

- De regionale Wzd-commissie, zie Wzd op het intranet
- Intercollegiale consultatie, zie op het intranet
- Het expertiseteam onvrijwillige zorg, zie op het intranet
- Ruim 85 alternatieven voor meer vrijheid in de zorg, zie Wzd op het intranet

Wil je weten hoe dit stappenplan er schematisch uit ziet? Kijk op het intranet of in de bijlage.

7.3 Bij welke vormen van zorg volg je *altijd* het stappenplan?

De eerdergenoemde zorgvuldigheidseisen die zijn opgenomen in het stappenplan zijn gemaakt om de cliënt te beschermen. Vanuit die beschermingsgedachte is in de Wzd nog een extra waarborg opgenomen. Die waarborg bepaalt dat je het stappenplan ook doorloopt als de cliënt wilsonbekwaam ter zake is en zich niet verzet en zijn vertegenwoordiger wel instemt.

Omdat de cliënt zich niet verzet en de vertegenwoordiger instemt is er feitelijk sprake van vrijwillige zorg.

De wetgever vindt echter bepaalde vormen van zorg zo ingrijpend voor de cliënt, dat hij daaraan extra eisen stelt. Die eis is dat je voor die vormen van zorg toch het stappenplan doorloopt.

Het gaat om deze vormen van zorg:

1. het toedienen van medicatie die het gedrag beïnvloedt of de beweging beperkt, indien die medicatie **niet** wordt toegediend in overeenstemming met de geldende professionele richtlijnen, of
2. beperking bewegingsvrijheid
3. insluiten.

We noemen deze drie uitzonderingen 'vrijwillige stappenplanplichtige zorg'.

Als een ter zake wilsbekwame cliënt instemt met en zich niet verzet tegen deze vormen van zorg, hoeven we dus niet het stappenplan te doorlopen. Deze vormen van zorg worden vastgelegd in het ondersteuningsplan van de cliënt. Afhankelijk van de zorg die je verleent noteer je dit bijvoorbeeld onder afspraken of praktische ondersteuning en begeleidingsstijl.

Vanzelfsprekend bieden we aan de wilsbekwame cliënt die met de zorg instemt en zich niet verzet nog steeds goede zorg. We blijven dus afwegen of de zorg die we bieden ook goede zorg is.

7.4 Zorg in een onvoorziene situatie (noodsituatie)

Soms moeten zorgverleners ingrijpen om ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen en is er geen tijd meer om te overleggen (noodsituatie) of is er niets over in het plan van de cliënt opgenomen (onvoorziene situatie). Dan is er sprake van een nood- of onvoorziene situatie. Hoewel er geen tijd is om alle zorgvuldigheidseisen langs te lopen, maakt de zorgverlener altijd de afweging of de onvrijwillige zorg die toe wordt gepast proportioneel, subsidiair en doelmatig is. Dus of het echt op dat moment moet en of het niet anders kan.

De zorgverantwoordelijke is degene die in noodsituaties de beslissing neemt om onvrijwillige zorg toe te passen. Als de onvrijwillige zorg bestaat uit een medische (be-)handeling, toediening van vocht of voeding, een beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting, overlegt de zorgverantwoordelijke hiervoor met de arts, tenzij de zorgverantwoordelijke zelf arts is.

Is het echt niet mogelijk om te wachten op het besluit van de zorgverantwoordelijke, dan vraagt de zorgverlener dit zo snel mogelijk na de toepassing.

De toepassing van onvrijwillige zorg in nood- of onvoorziene situaties duurt niet langer dan strikt noodzakelijk, maar maximaal twee weken. De zorgverantwoordelijke ziet erop toe dat op verantwoorde wijze is voorzien in het toezicht tijdens de toepassing van de onvrijwillige zorg en stemt hierover af met de Wzd-functionaris.

Voorbeeld

Een cliënt dreigt de ruiten in te slaan. Als die dreiging serieus is, zorg je ervoor dat de cliënt dit niet doet. Uiteraard eerst door hem af te leiden, of te overtuigen het niet te doen. Maar als dat allemaal niet lukt, haal je hem fysiek uit de situatie, door toepassing van de methode Samen houvast.

Wanneer er een aanzienlijk en aantoonbaar risico op een noodsituatie dreigt, moet soms worden *voorkomen* dat deze ontstaat. Dan kun je de volgende vormen van onvrijwillige zorg toepassen:

- onderzoek aan de kleding of het lichaam naar verboden voorwerpen of voorwerpen die een aanzienlijk risico op ernstig nadeel opleveren;
- fouilleren aan kleding of aan het lichaam;
- onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en op gevaarlijke voorwerpen;
- controleren van persoonlijke bezittingen van de cliënt;
- controleren op de aanwezigheid van middelen die het gedrag beïnvloeden.

Andere vormen van onvrijwillige zorg mogen dus niet worden toegepast *voorafgaand* aan een mogelijke noodsituatie, alleen *tijdens* een noodsituatie.

7.5 Hoe voer je onvrijwillige zorg uit?

De aanvullende zorgvuldigheidseisen die gelden tijdens het beslissen over onvrijwillige zorg gelden ook voor de toepassing en afbouw van de onvrijwillige zorg. Elke keer als je onvrijwillige zorg toe gaat passen, maak je opnieuw de afweging of de onvrijwillige zorg op dat moment noodzakelijk, proportioneel, subsidiair en doelmatig is. Is het nu echt nodig om de onvrijwillige zorg toe te passen? Kan ik het vandaag anders doen of minder doen?

Verder is het vooral belangrijk om de voorschriften en afspraken te volgen die over de toepassing zijn gemaakt. De behandelaar bepaalt hoe je bijvoorbeeld gedwongen medicatie moet geven of in welke situaties de deur op slot moet. Als je iemand moet afzonderen of fixeren, dan is het belangrijk om te weten waar je rekening mee moet houden bij deze specifieke cliënt. Je noteert dit in de registratie in de module onvrijwillige zorg, onder 'hoe

voer je de maatregel uit'. Ook zijn er nog protocollen om je extra informatie te geven. Je kunt ze vinden op het intranet.

Voorbeeld

Cliënt Frits is in zo'n situatie beland dat er geen andere oplossing is dan hem fysiek te fixeren (vanaf fase 2, samen houvast). Dat is een ingrijpend middel en kan gevaarlijk zijn. Het is daarom van groot belang dat de zorgverlener die Frits fixeert, weet wat de risico's voor Frits zijn en dat ook de collega's van andere locaties die komen assisteren dit weten.

Frits kan bijvoorbeeld osteoporose (broze botten) hebben en snel iets breken als je hem verkeerd vastpakt. Hij kan een trauma hebben opgelopen door seksueel misbruik, waardoor hij nooit door vrouwelijke zorgverleners mag worden gefixeerd. Misschien heeft hij zoveel overgewicht dat hij kan stikken in zijn eigen gewicht, als hij op zijn buik wordt gefixeerd.

Zorg er dus voor dat deze informatie goed vastgelegd is en dat de informatie gedeeld wordt met de mensen die komen assisteren.

In ieder geval; nooit **op** de romp van de cliënt zitten of liggen!

7.6 Eén client, één plan?

De Wzd gaat uit van één client, één plan. Als in het plan onvrijwillige zorg is opgenomen bij één zorgaanbieder, dan voeren in principe de andere betrokken zorgaanbieders dit plan ook uit. Dit wil niet zeggen dat de onvrijwillige zorg automatisch op alle locaties wordt toegepast. Uiteraard wordt op elke locatie apart gewogen of het ernstig nadeel ook daar geldt en of de omstandigheden geschikt zijn om het plan uit te voeren, dus of het mogelijk en noodzakelijk is om onvrijwillige zorg toe te passen.

7.7 Gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders

In de Wzd wordt uitgegaan van één cliënt één plan, ook al zijn meerdere zorgaanbieders bij de cliënt betrokken. We moeten dus met elkaar samenwerken. Soms wil de cliënt echter niet dat de verschillende zorgaanbieders informatie met elkaar uitwisselen.

Indien het gaat om één behandelovereenkomst, bijvoorbeeld zorg met verblijf bij zorgaanbieder X en de dagbesteding in onderaannemerschap door 's Heeren Loo, dan zijn onze zorgverleners noodzakelijk betrokken zorgverleners en hoeft er geen toestemming aan cliënt te worden gevraagd voor het uitwisselen van gegevens.

Een andere situatie is dat cliënt bijvoorbeeld thuis maatschappelijke ondersteuning ontvangt en bij ons therapie ontvangt. De therapie is dan een andere behandelovereenkomst (tussen cliënt en therapeut). De medewerker die thuis zorg biedt, is geen noodzakelijk betrokken zorgverlener bij de therapie. Dan is toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger nodig voor het delen van informatie.

Voorbeeld

Cliënt wil niet dat zorgaanbieders informatie met elkaar uitwisselen

Cliënt Jos krijgt bij 's Heeren Loo dagbesteding en woont bij een andere zorgaanbieder. De Wzd schrijft voor dat deze organisaties samenwerken, informatie uitwisselen en één wzd-plan hebben met één zorgverantwoordelijke. Heel mooi, maar Jos is hier niet van gediend. Hij wil helemaal niet dat de zorgverantwoordelijke van de andere zorgaanbieder weet dat hij die dag bij 's Heeren Loo ruzie heeft gehad met fixatie tot gevolg. Is voor de zorgverantwoordelijke deze informatie noodzakelijk om het stappenplan te doorlopen? Dat is zo. In het geval 's Heeren Loo onder- of hoofdaannemer van de andere zorgaanbieder is, kunnen we die informatie uitwisselen, ook al is Jos het er niet mee eens. Hebben we als zorgaanbieders beide een aparte behandelovereenkomst, dan is toestemming van Jos wel noodzakelijk. Geeft hij geen toestemming dan is uitwisseling van informatie niet mogelijk.

7.8 Hoe evalueer je onvrijwillige zorg?

Zo snel mogelijk maar in ieder geval uiterlijk binnen 3 maanden na de start van de onvrijwillige zorg vindt de eerste evaluatie van de onvrijwillige zorg plaats. De zorgverantwoordelijke nodigt een (interne) niet bij de zorg betrokken deskundige uit voor het multidisciplinair overleg over de afbouw van de onvrijwillige zorg. Tijdens dit overleg worden onder andere de volgende vragen beantwoord:

- Wat was de aanleiding voor de toepassing van onvrijwillige zorg?
- Hoe vaak hebben we de onvrijwillige zorg toegepast?
- Waarom wordt de onvrijwillige zorg nog steeds toegepast?
- Was het de meest effectieve maatregel?
- Was de onvrijwillige zorg in verhouding tot het gevaar?
- Was de onvrijwillige zorg de minst ingrijpende mogelijkheid?
- Zijn er alternatieven?
- Hoe is gewerkt aan het afbouwen?

Met behulp van de antwoorden op bovenstaande vragen zoekt de zorgverantwoordelijke met betrokkenen naar alternatieven en naar afbouw van de onvrijwillige zorg.

Als het drie maanden na dit overleg nog niet gelukt is de onvrijwillige zorg volledig af te bouwen, vraagt de zorgverantwoordelijke een externe deskundige (een zorgverlener van buiten 's Heeren Loo) om advies. Daarover vindt opnieuw een multidisciplinair overleg plaats. Mocht het ook na deze periode nog niet lukken de onvrijwillige zorg af te bouwen, dan nodigt de zorgverantwoordelijke telkens een (interne) niet bij de zorg betrokken deskundige uit voor het multidisciplinaire overleg. De overleggen worden gepland volgens de normale plancyclus.

Evaluatiefrequentie	Uitvoeringstijd
Start MDO	3 maanden
Indien afbouw niet lukt: evaluatie met niet bij de zorg betrokken deskundige	3 maanden
Indien afbouw niet lukt: advies externe deskundige inwinnen	3 maanden
Indien afbouw niet lukt: evaluatie met advies externe deskundige	6 maanden
Indien afbouw niet lukt: evaluatie met niet bij de zorg betrokken deskundige	Elke 6 maanden

Voorbeeld Jacob

Terug naar het voorbeeld van Jacob. Hoewel Jacob zich eerst kon vinden in de afspraak dat zijn zorgverleners hem tegen zouden houden als hij wilde drinken is hij nu van mening dat hij dat zelf wel kan regelen. Maar zijn zorgverleners denken daar anders over en zitten met een dilemma. Moeten zij overgaan tot het toepassen van onvrijwillige zorg?

Om daar een goed antwoord op te kunnen geven is het van belang een aantal zaken te onderzoeken:

- Het is belangrijk om met elkaar vast te stellen of Jacob wilsonbekwaam terzake is. Is hij wilsonbekwaam dan beslist hij zelf. Zo niet dan is het van belang om met zijn vertegenwoordiger in gesprek te gaan.
- Wat is de reden dat Jacob ineens weer wil drinken? Kennen wij de factoren die zijn drinkgedrag negatief beïnvloeden en weten we of die zaken op dit moment spelen?
- Weten wij wat zijn drinkgedrag positief kan beïnvloeden en hebben wij daar op dit moment voldoende aandacht voor?
- Is het verzet consistent? Met andere woorden wil Jacob echt niet dat zijn zorgverleners hem tegen houden om te drinken of is dat alleen op dat moment van zwakte? Wat geeft Jacob aan als je de volgende dag met hem in gesprek gaat?
- Als Jacob wel zou drinken is er dan sprake van ernstig nadeel en waar bestaat dat uit? Is het ernstig nadeel ook door middel van vrijwillige zorg positief te beïnvloeden waardoor er geen onvrijwillige zorg toegepast hoeft te worden?
- Indien er wel onvrijwillige zorg moet worden toegepast is deze dan het minst ingrijpend of is deze vervangbaar door een minder ingrijpend alternatief? Staat het middel in verhouding tot het opheffen van het ernstige nadeel? Bereiken we ermee wat we willen bereiken?

8 Ambulante onvrijwillige zorg

In het vorige hoofdstuk hebben we de vormen van onvrijwillige zorg behandeld. Dit hoofdstuk gaat over hoe je onvrijwillige zorg kunt toepassen op een locatie die niet als accommodatie (zie hoofdstuk 10) is geregistreerd.

8.1 Wat is ambulante onvrijwillige zorg?

Uitgangspunt van de Wzd is dat een cliënt zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving kan verblijven en daar passende zorg ontvangt. Dit betekent dat bij ernstig nadeel onvrijwillige zorg kan worden toegepast bij een cliënt die onder de Wzd valt, ongeacht waar hij verblijft. De Wzd is cliëntvolgend. Onvrijwillige zorg kan dus ook op locaties worden toegepast die geen accommodatie zijn. Dit wordt ambulante onvrijwillige zorg genoemd.

Ambulant binnen de Wzd betekent dus iets anders dan de ambulante begeleiding zoals we die kennen. Het gaat dus niet alleen over onvrijwillige zorg bij de cliënt thuis, maar op alle locaties die geen accommodatie zijn, zoals externe dagbesteding, gezinshuizen, scholen en zorgboerderijen.

8.2 Wel of geen ambulante onvrijwillige zorg?

Voor het toepassen van ambulante onvrijwillige zorg thuis of op een locatie gelden in de basis dezelfde voorwaarden als binnen een accommodatie. Bij het overwegen van ambulante onvrijwillige zorg doorloop je dus eerst het stappenplan Wzd. Je doel is te komen tot vrijwillige zorg. Lukt dit niet en is het ter voorkoming van ernstig nadeel toch nodig om onvrijwillige zorg toe te passen? Dan kijken we ten eerste naar de specifieke omstandigheden van de cliënt en ten tweede de voorwaarden waaronder de onvrijwillige zorg mag worden toegepast. Hieronder gaan we daar nader op in.

Stap 1 - beoordelen omstandigheden

Voordat je kunt bepalen of toepassing van ambulante onvrijwillige zorg mogelijk, kijk je ten eerste of de omstandigheden geschikt zijn. Deze beoordeling wordt uitgevoerd door de zorgverantwoordelijke op het moment dat onvrijwillige zorg overwogen wordt. Dit leg je vast in het plan van de cliënt (module onvrijwillige zorg).

a. Is de omgeving van de locatie of thuissituatie geschikt?

Een locatie of de thuissituatie is oorspronkelijk niet ontworpen voor intensieve zorg als bijvoorbeeld fysieke fixatie en beperking in de bewegingsvrijheid. De omgeving zal daardoor sneller leiden tot onveiligheid - denk aan een smalle gang, glaswerk, trappenhuis, nauwe ruimtes, brandveiligheid etc. Daarom is het belangrijk dat je toetst of die omgeving veilig en geschikt is.

b. Veiligheidsbeleving van de cliënt

Het is belangrijk dat de client zich veilig voelt in zijn eigen woon- en werkomgeving. Als de cliënt door het mogelijk toepassen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie of op een locatie zijn gevoel van veiligheid verliest, is toepassing daar niet mogelijk. We gaan dan in afstemming met het netwerk op zoek naar een alternatief. Je brengt dus in kaart hoe veilig cliënt zijn omgeving ervaart bij de toepassing van onvrijwillige zorg.

c. De draagkracht en competenties van het netwerk van cliënt

Een ander veiligheidsaspect is de (emotionele) belastbaarheid of bekwaamheid van het netwerk van de client. Onvrijwillige zorg kan als zeer ingrijpend worden ervaren. Is het netwerk in staat deze onvrijwillige zorg door een zorgverlener uit te laten voeren? Weet het netwerk wat te doen als er een calamiteit is? Kan het netwerk in voorkomende gevallen de onvrijwillige zorg voortzetten? Is dit niet het geval, dan is toepassing van onvrijwillige zorg in de thuissituatie niet mogelijk. Je brengt dus in kaart of het netwerk het aankan dat er onvrijwillige zorg wordt toegepast.

d. Wat zijn de risico's van de toepassing van onvrijwillige zorg?

Schat in hoe groot de risico's zijn bij de toepassing van onvrijwillige zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- de kans dat cliënt (fysiek) verzet laat zien als ambulante onvrijwillige zorg moet worden toegepast
- de impact van geluidsoverlast voor de omgeving als de cliënt zich verbaal hevig verzet
- risicofactoren zoals het gebruik van bepaalde medicatie en de kans op overdosering

Het is van belang te onderzoeken hoe je hiermee om kunt gaan. Bij het in kaart brengen en afwegen van de risico's neem je de veiligheid van alle betrokkenen mee zoals mede-cliënten, zorgverleners, verwanten, mantelzorgers en omwonenden.

e. Het op verantwoorde wijze omgaan met fysiek verzet van de cliënt

Als een zorgverlener tijdens de toepassing van ambulante onvrijwillige zorg te maken krijgt met fysieke agressie neemt de kans op letsel bij cliënt of zorgverlener toe. Daarom is het noodzakelijk dat de zorgverlener getraind is (bevoegd en bekwaam) in het omgaan daarmee. De methode die 's Heeren Loo hiervoor gebruikt is 'Samen Houvast'. Daarnaast moet ook een eventuele mantelzorger weten hoe hij moet omgaan met fysiek verzet en het voorkomen hiervan.

f. Het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door de zorgverlener

In de thuissituatie en locaties waar solistisch wordt gewerkt is minder toezicht op het bieden van goede zorg door de zorgverlener. Hiermee wordt een nog groter beroep gedaan om het vermogen van de zorgverlener om te reflecteren op het eigen handelen. Het is daarom belangrijk regelmatig intervisie te organiseren over onvrijwillige zorg in de teams en in de teamreflecties.

Stap 2 - beoordelen voorwaarden

Als de omstandigheden goed zijn voor het toepassen van ambulante onvrijwillige zorg, beoordeel je of aan onderstaande voorwaarden voldaan kan worden. Ook dit leg je vast in het plan van de cliënt (module onvrijwillige zorg).

a. Betrokkenheid zorgverantwoordelijke

Als je ambulante onvrijwillige zorg toepast, moet er een zorgverantwoordelijke betrokken zijn. Bij 's Heeren Loo is dit een gedragswetenschapper. Als er geen gedragswetenschapper bij de zorg betrokken is (ook niet op consultbasis), kan er geen onvrijwillige zorg worden toegepast. De cliënt moet daarom een indicatie met behandeling hebben of deze gaan krijgen. Als meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij de cliënt, wordt onderling afgestemd wie de rol van zorgverantwoordelijke in het kader van de Wzd vervult. Mocht dit door één van de andere zorgaanbieders worden vervuld, dan blijft vanuit 's Heeren Loo een gedragswetenschapper beschikbaar voor de zorgverlener om indien nodig af te kunnen stemmen over de onvrijwillige zorg.

b. Op verantwoorde wijze omgaan met toezicht

Omdat het toepassen van onvrijwillige zorg risico's met zich meebrengt, is toezicht op de uitvoering van groot belang. De zorgverantwoordelijke met het multidisciplinair team bepaalt vooraf:

1. Hoeveel en welke zorgverlener(s) nodig is/zijn bij de toepassing van onvrijwillige zorg.
2. Of het toezicht is afgestemd op de omstandigheden, vorm van onvrijwillige zorg, de frequentie en de duur.
3. Of je ter ondersteuning van het toezicht bijvoorbeeld gebruik kunt maken van domotica, beeldzorg en cameratoezicht. Is dit haalbaar en betaalbaar?

Indien het gaat om onvrijwillige zorg bij de cliënt thuis:

4. Of het verantwoord is dat een deel van het toezicht door het netwerk wordt uitgevoerd? Om welk deel van het toezicht dit gaat, op welke specifieke zaken het netwerk moet letten en in welke situaties het netwerk contact op moet nemen met een zorgverlener?

5. Het netwerk moet met betrekking tot onvrijwillige zorg in noodgevallen altijd (ook 's avonds en in de weekenden) contact op kunnen nemen met een zorgverlener of de bereikbaarheidsdienst. Samen stemmen ze af wat er nodig is.

8.3 Ambulante onvrijwillige zorg of toch onvrijwillige zorg op accommodatie?

Net als de Wzd heeft ook 's Heeren Loo als uitgangspunt dat een cliënt zo lang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving blijft wonen en daar passende zorg ontvangt. Als de omstandigheden niet goed zijn of niet aan de voorwaarden kan worden voldaan moet, in afstemming met de cliënt, een besluit worden genomen over het vervolg. 's Heeren Loo kan niet worden verplicht tot het toepassen van ambulante onvrijwillige zorg bijvoorbeeld als ouders, sociaal wijkteam of een huisarts daarom vragen.

Wellicht kan de ambulante onvrijwillige zorg onder andere omstandigheden of op een andere locatie plaatsvinden. Ook kan onderzocht worden of een andere zorgaanbieder wel over de benodigde omstandigheden en voorwaarden beschikt.

Wij hebben in ieder geval de verantwoordelijkheid:

- om ernstig nadeel te signaleren,
- hierover in gesprek te gaan met de cliënt of dienst wettelijk vertegenwoordiger,
- indien nodig op te schalen bijvoorbeeld naar de gemeente, het CIZ of Veilig Thuis.

In de volgende paragrafen lichten we een aantal specifieke situaties van ambulante onvrijwillige zorg toe.

8.4 Bij de client thuis

's Heeren Loo verleent ook zorg aan cliënten in de thuissituatie. Dat wil zeggen aan cliënten die zelfstandig of bij hun familie wonen. Omdat dit in het huis van de cliënt of zijn familie is, kan dit huis geen accommodatie zijn. Als er onvrijwillige zorg wordt toegepast, is het daarom *ambulante onvrijwillige zorg*.

8.4.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?

De zorgverlener is er niet altijd

Ambulante onvrijwillige zorg bij de cliënt thuis wordt alleen maar toegepast door een zorgverlener. Maar die zorgverlener is niet 24 uur aanwezig. Soms moet onvrijwillige zorg worden voortgezet door het netwerk als de zorgverlener er niet meer is. Daarom is het extra van belang dat de criteria uit paragraaf 8.2 goed afgewogen worden.

Rol van verwant, mantelzorgers of netwerk

Verwanten zijn vrij om zelf keuzes te maken in de zorg aan hun naaste. Als de verwant, mantelzorger of iemand anders uit het netwerk van de cliënt onvrijwillige zorg uitvoert, valt het handelen van de ouder niet onder de Wzd. Wij blijven daarover bij voorkeur wel met hen in gesprek. Wij zetten onze kennis en kunde in om met hen tot goede (vrijwillige) alternatieven te komen (respijtzorg, hogere indicatie, andere alternatieven, op zoek naar de onderliggende oorzaak waarom de verwant, mantelzorger of het netwerk van de cliënt onvrijwillige zorg toepast of wil toepassen). Daarnaast hebben we een signalerende functie en kunnen we in voorkomende gevallen overwegen een melding aan Veilig thuis te doen⁹.

Gezien de visie 'Nee, tenzij...' geven we bij voorkeur geen advies aan de verwant, mantelzorger of het netwerk van de cliënt om handelingen uit te voeren die voor ons vallen onder onvrijwillige zorg.

Ook als we hierover wel adviseren, vallen deze handelingen niet onder de Wet zorg en dwang en zijn we niet verantwoordelijk voor de uitvoering ervan. Je bent als medewerker van 's

⁹ Zie afwegingskader stappenplan HKS

Heeren Loo wel inhoudelijk verantwoordelijk voor het advies dat je geeft en dus voor een zorgvuldige afweging van de risico's en consequenties van het advies.

Dilemma wel of niet onvrijwillige zorg thuis

Soms is het niet veilig en verantwoord om onvrijwillige zorg bij de cliënt thuis toe te passen. Dan moet worden afgewogen wat de beste oplossing is. Zijn er vrijwillige of minder ingrijpende alternatieven of is het beter de cliënt op te nemen op een accommodatie?

Voorbeeld

Armkokers thuis

Bert is een jongen met een ernstig verstandelijke beperking van 17 jaar oud, woont bij zijn ouders en neemt bij 's Heeren Loo ambulante ondersteuning thuis af. Bert heeft een wond op zijn hoofd die hij steeds weer openkrabt waardoor de wond slecht heelt en gaat ontsteken. In overleg met zijn zorgverantwoordelijke (GW), de huisarts en de AVG wordt besloten om armkokers te gebruiken, totdat de wond is geheeld. De zorgverleners doen de armkokers om. Bert vindt de armkokers erg vervelend en probeert ze continu uit te krijgen.

Indien de wond niet geneest, dreigt door het gedrag van Bert ernstig nadeel voor hem te ontstaan, namelijk ernstig lichamelijk letsel. Er is sprake van ambulante onvrijwillige zorg, er wordt immers beperking in de bewegingsvrijheid toegepast om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen.

Om de onvrijwillige zorg thuis te mogen toepassen, moet worden voldaan aan de aanvullende voorwaarden van ambulante onvrijwillige zorg. De specifieke omstandigheden thuis moeten door de zorgverantwoordelijke op genoemde punten (paragraaf 8.2. a t/m f) worden beoordeeld en in overleg met het netwerk, huisarts, AVG en ambulant begeleiders moet het toezicht worden geregeld.

Er kan niet altijd een zorgverlener bij cliënt thuis aanwezig zijn. Het ligt voor de hand dat ook ouders de armkokers soms moeten omdoen. Deze handeling valt niet onder de Wzd, maar moet natuurlijk wel zo veilig mogelijk kunnen worden uitgevoerd. Wellicht is het mogelijk dat via zorg op afstand of domotica toezicht op de cliënt kan worden gehouden of dat het toezicht door het netwerk wordt gedaan. Dit netwerk dient dan wel altijd een beroep te kunnen doen op een zorgverlener van 's Heeren Loo die binnen een afgesproken tijd ter plekke moet kunnen zijn. Naast het doorlopen van het stappenplan Wzd dient er dus ook de genoemde beoordelingen en het toezicht in het plan van cliënt te worden vastgelegd.

Voorbeeld

Ouder voert zorg uit op grond van PGB-basis

Als ouders (familie, netwerk) geen beroepsmatige zorgprofessional zijn en dus niet in dienst zijn van of in opdracht werken van een zorgaanbieder, vallen hun handelingen, ook al voeren ze deze uit op grond van een PGB, niet onder de Wzd. Ook als ouders elders zorgprofessional zijn, maar thuis via PGB zorg aan hun kind verlenen, valt dit niet onder de Wzd.

Voorbeeld

Tot hoever reikt onze zorgplicht?

Er is hier een parallel met de Wet BIG. Ouders mogen medische handelingen uitvoeren bij hun kind, zoals insuline inspuiten. Uiteraard mogen ze hun kind geen schade toebrengen, maar ze mogen dit zonder diploma's of andere waarborgen, doen. Daarbij is het natuurlijk van belang dat de diabetesverpleegkundige goed adviseert, informeert, monitort en ondersteunt. Als het echter thuis misgaat, is de zorgaanbieder die dit heeft geadviseerd niet verantwoordelijk voor deze handelingen.

Voorbeeld

Wel of geen onvrijwillige zorg?

Een cliënt met een licht verstandelijke beperking woont zelfstandig met ambulante begeleiding (WMO). De ambulante begeleider heeft de medicatie in beheer in verband met kans op overdosering (suïcide) en het verhandelen van medicatie. De cliënt benoemt regelmatig dat hij liever de medicatie in eigen beheer zou hebben. Hij ervaart het als betuttelend. Echter, wanneer de cliënt en zijn begeleider hierover serieus het gesprek aangaan, komen ze samen tot de conclusie dat medicatie in eigen beheer nu (nog) niet verstandig is. Er is daarom geen sprake van ambulante onvrijwillige zorg. Mocht de cliënt zich toch echt gaan verzetten tegen de afspraak dan zou er wel sprake zijn van ambulante onvrijwillige zorg (onder de categorie aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten). Uiteraard dient dan de cliënt eerst onder de Wzd te worden gebracht (verklaring arts) én moet zijn vastgesteld dat er sprake is van (dreigend) ernstig nadeel als de cliënt de medicatie in eigen beheer zou krijgen, en dat er geen alternatieven mogelijk zijn.

8.5 Externe dagbesteding

Wordt er onvrijwillige zorg op een dagbestedingslocatie toegepast, die niet in eigendom is of gehuurd wordt door 's Heeren Loo, dan is dit *ambulante onvrijwillige zorg*. Dit gaat bijvoorbeeld om een dagbestedingsplek bij de supermarkt, het tuincentrum, de fietsenmaker of een restaurant. Meestal is daar een jobcoach van 's Heeren Loo bij betrokken. Is een cliënt in dienst bij zo'n organisatie (arbeidsovereenkomst), dan is dit geen dagbesteding.

8.5.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?

Onvrijwillige zorg toepassen tijdens externe dagbesteding is ingewikkeld. Zorgverlener en cliënt zijn niet geheel vrij als er derden (collega's, buurtbewoners, omstanders) in de buurt zijn. Dit kan bijvoorbeeld imagoschade voor de cliënt opleveren. Ook de omgeving is vaak niet toegerust op het toepassen van onvrijwillige zorg. Het is goed om vooraf met de zorgverantwoordelijke de situaties in te schatten en te onderzoeken of en hoe onvrijwillige zorg toegepast kan worden.

Voorbeeld

Cliënt Ina is een jongedame met een verstandelijke beperking. De locatie waar zij dagbesteding krijgt is gelegen in een winkelcentrum in de wijk en is niet in eigendom van 's Heeren Loo. Er is wel een begeleider van 's Heeren Loo aanwezig.

Ina is erg blij met de dagbesteding en de contacten met de buurtbewoners die ze daar heeft opgebouwd. Soms raakt Ina overprikkeld. Ze kan zichzelf dan langdurig hard slaan waardoor zij letsel oploopt. De afspraak is dat de begeleiders haar handen vasthouden totdat de spanning is gezakt. In het begin verzet Ina zich door hard te schreeuwen maar na verloop van tijd neemt dan wel de spanning af. Ina maakt zich zorgen over wat de buurtbewoners zullen zeggen als er een escalatie is geweest, maar wil haar dagbesteding niet opgeven. Het stappenplan Wzd wordt doorlopen en door een goede samenwerking tussen de woning en de dagbesteding wordt er een signaleringsplan opgesteld. Hiermee wordt opbouw van spanning eerder herkend en worden er eerder ontspannende activiteiten aangeboden. De escalaties komen bijna niet meer voor.

8.6 Gezinshuizen

's Heeren Loo heeft in verschillende regio's gezinshuizen. In de Jeugdwet staat dat bij uithuisplaatsing van een jeugdige het de voorkeur heeft dat een jeugdige bij een pleegouder of in een gezinshuis wordt geplaatst. In een gezinshuis werken 1 of 2 gezinshuisouders in loondienst bij of als ZZP-er voor 's Heeren Loo. De gezinshuisouder is een zorgprofessional die aan de jeugdige goede zorg /jeugdhulp biedt, volgens de professionele standaard. De andere gezinshuisouder is niet altijd een zorgprofessional.

Gezinshuizen vallen bij 's Heeren Loo onder ambulante onvrijwillige zorg ook al is het huis van 's Heeren Loo en niet van de gezinshuisouders. Hier hebben we voor gekozen omdat;

- Er zijn steeds minder gezinshuizen waarbij het huis van 's Heeren Loo is, deze constructie vervalt op termijn.
- Eenduidigheid naar de gezinshuizen is van belang. Ook qua scholing en communicatie richting gezinshuisouders is het gemakkelijker om vanuit 1 perspectief te denken en te spreken.
- Uitgangspunt voor gezinshuis is zo normaal mogelijk, het weerspiegelt thuissituatie meer dan een locatie.

8.6.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?

Financiering

Op de portal van 's Heeren Loo staan de landelijke kaders en het bedrijfskader Gezinshuizen beschreven. Daarin staat ook beschreven dat gezinshuiskinderen altijd een indicatie inclusief behandeling moeten hebben of krijgen. Daardoor zou de betrokkenheid van een gedragswetenschapper (die zorgverantwoordelijke is) geborgd moeten zijn. Dit kan een gedragswetenschapper zijn die direct aan de cliënt is gekoppeld of die op consultbasis wordt ingeroepen. Indien dit niet het geval blijkt te zijn, zal bij het verlenen van onvrijwillige zorg aan de jeugdige bij de gemeente of het zorgkantoor een herindicatie met behandeling aangevraagd moeten worden. Zorgbemiddeling kan hierbij helpen.

Toepassing onvrijwillige zorg door tweede gezinshuisouder

Het kan zijn dat slechts één van de twee gezinshuisouders in loondienst is of als ZZP-er werkt bij 's Heeren Loo en dus de zorgprofessional is. De andere ouder heeft in dat geval een partnerovereenkomst en is geen zorgprofessional maar maakt onderdeel uit van het netwerk van de client. Deze ouder kan wel te maken krijgen met situaties waarin onvrijwillige zorg moet worden toegepast. Dit mag hij feitelijk niet, hij kan alleen in noodsituaties onvrijwillige zorg toepassen.

De gezinshuisouders en het multidisciplinaire team moeten dus vooraf goed met elkaar afstemmen of en in welke mate onvrijwillige zorg toegepast moet worden en hoe dat door de zorgprofessional kan worden uitgevoerd. In sommige gevallen lijkt het niet verstandig om een client in dat gezinshuis te plaatsen, of zal een andere plek voor deze cliënt gezocht moeten worden. In het geval dat beide gezinshuisouders zorgprofessional zijn bestaat dit probleem niet.

Gezinshuiskinderen gaan uit logeren

Cliënten uit gezinshuizen gaan regelmatig uit logeren, zodat de gezinshuisouders hun vrije dagen kunnen opnemen. Soms gaan ze naar andere gezinshuizen, dan geldt de situatie zoals hierboven beschreven. Ze nemen hun eigen Wzd-zorgplan mee naar het andere gezinshuis. Maar het komt ook voor dat deze cliënten gaan logeren bij andere personen, met wie een vrijwilligersovereenkomst is afgesloten. Vrijwilligers vallen, net als de gezinshuispartner, niet onder de Wzd (zie verder notitie 'vrijwilligers en Wzd'). Ook in deze gevallen kan alleen in uiterste noodsituaties worden gehandeld waarbij acuut gevaar dreigt voor de client of diens omgeving of sprake is van ernstig nadeel wat niet op een andere manier kan worden

afgewend. Van groot belang dus dat vooraf wordt getoetst wat deze client nodig heeft en of dat past binnen deze context.

Eigen kinderen en gezinshuiskinderen

In een gezinshuis wonen naast cliënten (gezinshuiskinderen) vaak ook eigen kinderen van de gezinshuisouder(s). De gezinshuisouders zullen de gezinshuiskinderen en hun eigen kinderen zoveel mogelijk op dezelfde manier willen opvoeden, volgens de gebruiken in het gezin. De rol van ouder en de rol van de zorgprofessional kunnen op zo'n moment in conflict komen. De opvoeding van de eigen kinderen kent geen wettelijk kader, maar de zorg aan de gezinshuiskinderen wel. Als een gezinshuiskind zich verzet tegen zorg, dan valt deze zorg onder ambulante onvrijwillige zorg. Dit kan in de praktijk tot lastige situaties leiden. Voor gezinshuisouders is daarom goed om zich bewust te zijn van het onderscheid tussen het opvoeden en zorgen voor eigen kinderen en het bieden van zorg aan gezinshuiskinderen.

Onder de 12 verzet? Toch vrijwillige zorg

Bij een jeugdige onder de 12 jaar is geen sprake van onvrijwillige zorg als (gezaghebbende) ouders toestemming geven. Toch zijn we van mening dat verzet van een jeugdige onder de 12 jaar wel dient te worden gerespecteerd en gezocht moet worden naar zorg waar de jeugdige wel mee instemt. Het doorlopen van het stappenplan kan ondersteunen bij de afwegingen die je hierbij moet maken. Het registreren van de maatregel in de module is niet verplicht, maar kan helpen bij de monitoring van de uitvoering.

Voorbeeld

Telefoon 's nachts

Tom is 15 jaar en heeft een licht verstandelijke beperking. Sinds 2,5 jaar woont hij in een gezinshuis. De afspraak is dat Tom zijn telefoon voor het slapen, bij de gezinshuisouders inlevert. Door zijn LVB-problematiek vinden de gezinshuisouders het te kwetsbaar dat hij deze telefoon in eigen beheer houdt. De eigen kinderen van het gezinshuis houden de telefoon, als zij gaan slapen, wel bij zich. Tom verzet zich nu tegen deze afspraak, want hij vindt dat hij zijn telefoon ook bij zich kan houden. Tom ziet dat hij andere afspraken heeft dan Koen (eigen kind van gezinshuisouders die even oud is als hij) en is het daar niet mee eens wat zich uit in schelden en het gooien met spullen. Omdat Tom zich verzet en het inrichten van het eigen leven wordt beperkt is er sprake van ambulante onvrijwillige zorg. Andersom kunnen er ook dilemma's spelen. Wat als vanuit opvoedingsperspectief de eigen kinderen van de gezinshuisouders hun telefoon niet bij zich mogen hebben 's nachts, maar het bij de cliënt wel moet worden toegestaan omdat het ernstig nadeel ontbreekt? Dan komen de eigen kinderen mogelijk in opstand. Dit zijn ingewikkelde dilemma's voor gezinshuisouders.

Om het nog ingewikkelder te maken:

In het Wzd-plan van de client is afgesproken dat de telefoon van de client 's avonds wordt ingenomen. De gezinshuisouder die de zorgprofessional is gaat een avondje weg. De partner van de gezinshuisouder neemt de mobiel in. De client verzet zich ertegen er ontstaat een worsteling waarbij de client schade oploopt. Als dit zou zijn ontstaan bij de zorgprofessional dan kan de client een klacht indienen bij de klachtencommissie. Omdat de partner geen zorgprofessional is kan de client geen klacht indienen bij de klachtencommissie maar kan wel aangifte doen van mishandeling.

Voorbeeld

Dagstructuur

Mohammed is 13 jaar. Hij woont sinds een half jaar in het gezinshuis. Zijn ouders vinden het een goed plan dat Mohammed na thuiskomst van school een uur op zijn kamer blijft voor het maken van zijn huiswerk. Mohammed is het er echt niet mee eens. Liever gaat hij lekker buitenspelen met zijn vriendjes. Hij loopt iedere keer zijn kamer uit, trekt zijn schoenen aan en gaat voetballen. Zijn gezinshuisouders gaan met Mohammed in gesprek. Gezamenlijk komen ze tot de oplossing dat Mohammed eerst lekker een uur gaat buitenspelen en pas na het avondeten zijn huiswerk gaat maken. Dan kan hij geen tv kijken maar dat vindt Mohammed niet erg.

Voorbeeld

Mee naar de kerk

Een echtpaar dat gezinshuisouders is, gaat elke zondag naar de kerk. Ze vinden het belangrijk dat alle kinderen meedoen aan de religieuze gebruiken binnen het gezin zoals bidden voor het eten en op zondag naar de kerk. Maar het gezinshuiskind komt van een hele andere achtergrond, gelooft niet en wil daarom niet mee naar de kerk. Wat doe je dan als gezinshuisouders? Je kunt een gezinshuiskind op grond van je eigen geloofsovertuiging niet verplichten om mee te gaan. En wat als het gezinshuiskind niet alleen thuis kan blijven? Er zal dan gezocht moeten worden naar andere alternatieven.

8.7 Scholen

's Heeren Loo werkt op verschillende manieren samen met onderwijs. Zo heeft 's Heeren Loo eigen locaties waar voorgezet speciaal onderwijs wordt verzorgd ('s Heeren Loo-onderwijs). Ook bestaan er verschillende vormen van onderwijs-jeugdhulp/zorgarrangementen, waarbij de nadruk soms meer ligt op zorg en soms meer op onderwijs. Daarnaast kan 's Heeren Loo specialistische kennis op maat inzetten binnen een onderwijs context, zoals het bieden van individuele diagnostiek of behandeling van een (groep) jeugdige(n). We maken in deze paragraaf onderscheid tussen de scholen van 's Heeren Loo-onderwijs en alle andere zorg-onderwijsconcepten.

Een school van 's Heeren Loo-onderwijs is primair een onderwijsaccommodatie en kan daarom nooit als accommodatie in de zin van de Wzd worden geregistreerd. Daarom kan er alleen ambulante onvrijwillige zorg worden toegepast, ook als de school in bezit is of gehuurd wordt door 's Heeren Loo.

Voor overige onderwijs-zorgconcepten geldt dat deze op een locatie of een accommodatie kunnen worden geboden. Afhankelijk van de plek is er sprake van onvrijwillige zorg of ambulante onvrijwillige zorg.

8.7.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?

Zorgverleners en leerkrachten hebben verschillende kaders voor dwang

Zorgverleners en medewerkers vanuit het onderwijs werken soms samen op één plek, rondom dezelfde leerling of cliënt. Echter, wanneer het gaat over onvrijwillige zorg voor deze leerling/cliënt kan alleen een zorgverlener deze onvrijwillige zorg bieden. Een leerkracht is immers geen zorgverlener. Dit betekent niet dat een leerkracht geen vrijheidsbeperkingen kan toepassen. Het onderwijs kent de 'Richtlijn fysiek beperkend handelen en/of vrijheidsbeperkende maatregelen binnen het onderwijs' (versie 2020). Deze richtlijn biedt scholen bouwstenen voor het ontwikkelen van een protocol waarin voorwaarden, regels en afspraken worden vastgelegd voor het toepassen van dwang. Daarmee is het toepassen van dwang door een leerkracht wel mogelijk, maar alleen als laatste middel, wanneer het niet op andere manieren lukt om de veiligheid of gezondheid van een leerling of ander te beschermen.

Handelt een zorgverlener vanuit de Wzd of vanuit het schoolprotocol?

Landelijk wordt nog discussie gevoerd over de vraag wie wanneer dwang dan wel onvrijwillige zorg toepast binnen een onderwijssetting. Een handreiking over dit onderwerp is in ontwikkeling. Vooruitlopend op deze handreiking, kunnen we in algemene zin stellen dat:

- Een zorgverlener die zorg verleent op een school houdt zich altijd aan het schoolprotocol. In noodsituaties zou daarom een zorgverlener ook dwang kunnen toepassen binnen de richtlijnen van het schoolprotocol (en dus ook bij leerlingen die niet onder de Wzd vallen).
- Is de zorgprofessional van mening dat een vorm van ambulante onvrijwillige zorg nodig is voor de leerling/cliënt? Dan dient het stappenplan te worden gevolgd en wordt de onvrijwillige zorg opgenomen in het zorgplan van de cliënt. De zorgverlener biedt deze onvrijwillige zorg.

Niet alle leerlingen vallen onder de Wzd

(Ambulante) onvrijwillige zorg is alleen mogelijk bij leerlingen die vallen onder de reikwijdte van de Wzd. De Jeugdwet biedt geen mogelijkheden voor toepassing van onvrijwillige zorg (buiten gesloten jeugdzorg). Is het wel noodzakelijk om onvrijwillige zorg toe te passen, dan zal de leerling onder de Wzd gebracht moeten worden (zie Hoofdstuk 1 en 12). Valt de client niet onder de Wzd dan kan de zorgverlener in een noodsituatie alleen terugvallen op het schoolprotocol.

Uitdagingen Wzd binnen onderwijs

De Wzd kan voor zorgverleners binnen een zorg-onderwijs verband wellicht verwarring opleveren of zelfs botsen met de regels en cultuur binnen het onderwijs. In hoeverre volg je dan als medewerker het beleid van de school? Hoe stel je je op richting de leerkracht? Het streven en tevens uitdaging hierin voor 's Heeren Loo is het uitdragen van de 'nee, tenzij' visie. Het continu inschatten van (gedrags)risico's, het analyseren van de oorzaak van gedrag, de interactie tussen leerling en omgeving en het voortdurend zoeken naar vrijwillige oplossingen om dwang te voorkomen zijn principes die we als organisatie willen uitdragen en waarin we kunnen ondersteunen. Het uitdragen van deze visie speelt op alle niveaus: van de dagelijkse interactie tussen zorgverleners en leerkrachten, tot op bestuurlijk niveau bij het aangaan van samenwerkingsovereenkomsten tussen zorg en onderwijs. In samenwerking met medewerkers uit de zorg-onderwijs concepten zal gekeken worden naar wat nodig is om ook deze locaties mee te nemen in de ontwikkeling.

Voorbeeld

Wel of geen ambulante onvrijwillige zorg

Bart heeft een verstandelijke beperking. Hij woont thuis bij zijn ouders en volgt speciaal onderwijs. In stressvolle situaties heeft Bart soms de neiging om zichzelf te slaan. Wanneer dat gebeurt houdt de leerkracht even zijn armen vast totdat hij weer gekalmeerd is. Er is hier geen sprake van (ambulante) onvrijwillige zorg, want het gaat om een leerkracht en die handelt op basis van het schoolprotocol.

Voorbeeld

Onvrijwillige zorg ook op school?

Priscilla, die bij 's Heeren Loo woont, heeft een zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen. Hierin staan onder andere beperkingen in wat Priscilla eet en drinkt en in het gebruik van haar mobieltje. Priscilla gaat ook naar een school van 's Heeren Loo voor voortgezet speciaal onderwijs. De onvrijwillige zorg die is opgenomen in haar zorgplan geldt niet automatisch ook op school. Eerst wordt getoetst of de onvrijwillige zorg ook op school echt noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel. Als dit zo is dan wordt in het zorgplan opgenomen welke onvrijwillige zorg ook op school wordt geboden.

Voorbeeld

Onvrijwillige zorg buiten de Wzd

Karel is vanwege zijn gedrag uitgevallen op het regulier onderwijs. Hij is niet in staat om onderwijs te volgen op een andere voorgezet speciaal onderwijsschool (VSO-school) in zijn regio. Hij wordt daarom opgevangen op een aparte groep, waar 's Heeren Loo in samenwerking met een VSO-school een zorg-onderwijsarrangement biedt. In verband met ernstige gedragsproblematiek overwegen de zorgprofessionals of zij onvrijwillige zorg kunnen inzetten. Karel heeft echter geen verstandelijke beperking of soortgelijke aandoening. Karel kan daarom niet onder de reikwijdte van de Wzd worden ondergebracht, alleen de Jeugdwet is van toepassing. De toepassing van onvrijwillige zorg is niet mogelijk.

8.8 Zorgboerderijen

's Heeren Loo heeft enkele zorgboerderijen die in bezit zijn van 's Heeren Loo of waarmee een samenwerkingsverband is.

Op een zorgboerderij¹⁰ kunnen meerdere vormen van zorg of ondersteuning van toepassing zijn. Het gaat hierbij om de meest voorkomende vormen: dagbesteding, logeren en wonen. Hieronder een aantal voorbeelden waarin de zorgboerderij een rol speelt in het uitvoeren van onvrijwillige zorg als hoofdaanbieder of als onderaannemer.

- *Zorgboerderij is van 's Heeren Loo*

In dit geval bepaal je of de locatie een accommodatie is of niet. Als het gebouw van 's Heeren Loo is, is het een accommodatie. Op grond daarvan handel je conform deze beleidsnotitie (onvrijwillige zorg of ambulante onvrijwillige zorg).

- *Zorgboerderij voert onvrijwillige zorg uit als onderaannemer*

Een cliënt maakt gebruik van zorg bij 's Heeren Loo (hoofdaanbieder) en heeft hier te maken met onvrijwillige zorg. 's Heeren Loo schakelt de zorgboerderij in voor bijvoorbeeld dagbesteding. De zorgboerderij is hierbij onderaannemer. 's Heeren Loo voert het stappenplan uit en heeft een behandelplan gemaakt voor op de dagbesteding. De zorgboerderij volgt hierin dus het beleid van 's Heeren Loo.

- *Zorgboerderij voert onvrijwillige zorg uit en cliënt maakt gebruik van meerdere zorgaanbieders.*

Een cliënt maakt gebruik van meerdere zorgaanbieders. Hij krijgt bijvoorbeeld ambulante ondersteuning thuis en gaat voor dagbesteding naar de zorgboerderij. Twee rechtspersonen verlenen hierbij zorg. Beide rechtspersonen (zorgboerderij en 's Heeren Loo) zijn individueel verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Wzd als zij onvrijwillige zorg bieden. Het kan ook zijn dat toegepaste onvrijwillige zorg bij 's Heeren Loo anders is dan op de zorgboerderij. Samenhang in de zorg is uiteraard belangrijk, en samenwerking, overleg en afstemming over het zorgplan nodig, mits de cliënt daar toestemming voor geeft (zie 7.6 en 7.7).

¹⁰ Veelgestelde vragen Wet zorg en dwang zorgboerderijen, federatie Landbouw en Zorg en Vilans, 2020

9 Werken aan afbouw

In dit hoofdstuk geven we tips over het afbouwen van onvrijwillige zorg.

Weinig mensen zullen zeggen dat ze het afbouwen van onvrijwillige zorg een slecht plan vinden. Daar zijn we het allemaal over eens. Maar soms wordt al erg lang onvrijwillige zorg toegepast en leidt afschaffen tot onzekerheid. Bijvoorbeeld over de veiligheid van de cliënt, of de veiligheid van zorgverleners. Belangrijk bij afbouwen van onvrijwillige zorg is dat je samen de probeerruimte opzoekt en over een drempel durft te stappen. Dat kan soms best spannend zijn. Zowel voor de cliënt en/of diens vertegenwoordiger, als voor de zorgverleners. Maar je stopt niet zomaar met onvrijwillige zorg zonder alternatief. Het helpt om goed na te denken over de oorzaken van het gedrag, en hoe we daarmee het beste om kunnen gaan. Daarmee kunnen we onveilige situaties zoveel mogelijk voorkomen.

Afbouwen van onvrijwillige zorg kost tijd. Iedereen moet wennen aan de nieuwe situatie en zijn gedrag veranderen. Alleen door kritisch te blijven kijken naar de behoeften en wensen van de cliënt kunnen we inspelen op de nieuwe situatie en onvrijwillige zorg afbouwen.

9.1 Wat vraagt dit van jou als zorgverlener?

Het is belangrijk om het gedrag van de cliënt écht te leren begrijpen en op basis daarvan de juiste zorg en/of ondersteuning te bieden. Het helpt als je bij het leren begrijpen van het gedrag gebruik maakt van de onderstaande punten.

- Bewustwording - Inzicht hebben in het gedrag van de cliënt, maar ook het eigen gedrag van zorgverleners (zelfreflectie), de contextfactoren en het effect van de onvrijwillige zorg op de cliënt (bijvoorbeeld wat voor impact het heeft om 24 uur onder toezicht te staan).
- Persoonlijke aandacht - Cliënt centraal stellen en handelen vanuit het perspectief van de cliënt.
- Praten en luisteren - Cliënt ruimte geven voor eigen oplossingen. Praten met de cliënt en niet tegen de cliënt.
- Creativiteit - Cliënt individueel benaderen door flexibiliteit, lef hebben om af te wijken, probeerruimte nemen.
- Wederkerig respect - Cliënt te respecteren en inzicht te hebben in wie hij is.
- Onderbouwing - De maatregel kunnen rechtvaardigen en die rechtvaardiging goed onderbouwen.
- Herstel van relatie tussen zorgverlener en cliënt - Bespreekbaar maken, evalueren en weer communiceren.

9.2 Stappen om tot afbouw te komen

Een pasklare oplossing voor afbouw bestaat niet, maar het helpt om de volgende stappen te doorlopen.

1. *Het probleem beschrijven*

Wat is de toepassing en wat is de aanleiding van de toepassing? Wat zijn de gevolgen voor de cliënt en de zorgverleners van toepassing? Wanneer is de toepassing gestart? Is er een periode niet toegepast? Wat is er in het verleden gedaan om af te bouwen?

2. *Beeldvorming beschrijven*

Voorgeschiedenis en diagnostiek van de cliënt beschrijven.

Beeldvorming vaststellen van het multidisciplinair team: hoe ziet het team de cliënt? Wat vinden ze van de toepassing van de onvrijwillige zorg?

3. *Probleemanalyse*

Per vorm van onvrijwillige zorg bedenken hoe hij is ontstaan en waarom hij blijft bestaan.

4. *Interventie kiezen*

Er zijn veel methodes die gebruikt kunnen worden om onderliggende problematiek aan te pakken. Het is goed om per vakgebied te kijken wat een goed passende methode voor de

cliënt is. Vaak kunnen meerdere methodes tegelijk worden ingezet. Zij kunnen elkaar zelfs versterken.

- Medisch/psychiatrisch. Bijvoorbeeld het oplossen van terugkerende hoofdpijn als dat de oorzaak van het zelfverwondend gedrag van de cliënt is.
- Paramedisch. Bijvoorbeeld de ergotherapeut heeft het valgevaar van een cliënt, die in een bedbox lag, in kaart gebracht. De cliënt bleek geen verhoogde kans op letsel te hebben en daarmee kon zijn bedbox worden afgebouwd.
- Gedragswetenschappelijk. Bijvoorbeeld inzetten van EMDR-therapie bij een cliënt die vanuit angst agressief was. Door het wegnemen van de angst verdwijnt de agressie.
- Omgevingsinterventie. Video-interactiebegeleiding om zorgverleners te leren hoe ze het beste op het gedrag van een cliënt kunnen inspelen.

9.3 Doe het niet alleen!

Als je steeds met dezelfde mensen naar hetzelfde probleem kijkt, is het soms lastig om 'out of the box' te denken. Dan helpt het om iemand te betrekken die nieuwe kennis en andere ervaringen of een frisse blik heeft. In de Wzd staat daarom dat de zorgverantwoordelijke regelmatig een deskundige betreft die niet bij de zorg aan die cliënt betrokken is. Dat staat in hoofdstuk 5 beschreven. Hieronder nog wat tips over wie je kunt betrekken.

Consultatie bij het Wzd-bureau

Elke regio heeft een Wzd-bureau, dat kan meedenken over de afbouw van onvrijwillige zorg. Zie de portal voor de gegevens van het Wzd-bureau van jouw regio.

Consultatie door interne experts

- Een niet bij de zorg betrokken collega
- Het multidisciplinair expertiseteam onvrijwillige zorg. Dit is een groep deskundigen vanuit 's Heeren Loo die meedenkt met en ondersteunt bij de afbouw van onvrijwillige zorg en alle vragen die spelen op dit gebied.
Je kunt hen inschakelen via advisium.bedrijfsbureau@sheerenloo.nl
- Regionaal slaapteam, valpreventieteam, eet-en drinkteam
- Het intern consultatieteam
Je kunt hen inschakelen via advisium.bedrijfsbureau@sheerenloo.nl

Consultatie door externe experts

- Het CCE via www.cce.nl
- Een collega van een andere zorgaanbieder via het samenwerkingsverband
- Je kunt ook denken aan een inhoudelijk expert zoals iemand van een slaappoli, epilepsiecentrum of verslavingszorg

Voorbeeld Jacob

Terug naar het voorbeeld van Jacob. Of er nu afspraken zijn gemaakt over vrijwillige zorg of onvrijwillige zorg, het blijft zinvol om anderen te betrekken bij de zorg. In het geval van Jacob en zijn drankgebruik kun je bijvoorbeeld informatie inwinnen bij het expertiseteam verslaving van 's Heeren Loo of bij de Jellinekkliniek.

10 Opname en verblijf – waar

's Heeren Loo verleent zorg en ondersteuning op vele adressen in het land. De Wet zorg en dwang maakt onderscheid tussen adressen waar zorg wordt verleend en die *wel* en die *niet* in bezit zijn van of gehuurd worden door 's Heeren Loo. Een aantal adressen (accommodaties) waar onvrijwillige zorg wordt toegepast, moet worden geregistreerd in een openbaar locatieregister. In dit hoofdstuk leggen we uit hoe dit zit.

10.1 Adres is eigendom van of wordt gehuurd door 's Heeren Loo

De Wzd maakt zoals gezegd onderscheid tussen verschillende adressen waar 's Heeren Loo zorg en ondersteuning biedt. Als dit adres in bezit is van of gehuurd wordt door 's Heeren Loo heet dit in de Wzd een accommodatie. Dus ook een dagbestedingslocatie of polikliniek of logeerlocatie die in bezit zijn van of gehuurd worden door 's Heeren Loo zijn accommodaties. Deze accommodaties registreren we in het Wzd-locatieregister.

10.2 Adres is geen eigendom van of wordt niet gehuurd door 's Heeren Loo

Adressen van cliënten (of hun familie), de meeste gezinshuizen en zorgboerderijen en dagbestedingslocaties die niet in bezit van 's Heeren Loo zijn kunnen niet worden geregistreerd als accommodatie. Wordt er onvrijwillige zorg toegepast op zo'n adres dan spreken we van ambulante onvrijwillige zorg.

We maken een uitzondering voor gezinshuizen die in bezit zijn of gehuurd worden door 's Heeren Loo; ook al is het gezinshuis wel van 's Heeren Loo dan beschouwen we dit niet als accommodatie (zie H 8).

10.3 Registratie in het locatieregister

Het ministerie van VWS heeft een openbaar locatieregister opgericht, waarin zorgaanbieders locaties registreren waar onvrijwillige zorg wordt toegepast. Dit zijn zowel de accommodaties als de locatie waar of van waaruit ambulante onvrijwillige zorg wordt toegepast. Iedereen kan daarin zien waar binnen 's Heeren Loo en binnen alle zorginstellingen onvrijwillige zorg wordt toegepast. Het registreren van een locatie of accommodatie gebeurt op basis van KvK-vestigingsnummers.

In het locatieregister moet per accommodatie worden aangegeven of deze geschikt is voor het bieden van zorg en ondersteuning aan cliënten met een RM of een IBS.

Huisadressen van cliënten en alle andere adressen waar zorg wordt verleend, maar die niet in bezit zijn van of gehuurd worden door 's Heeren Loo, worden niet geregistreerd in het openbare locatieregister. Deze hebben immers geen vestigingsnummer. Wel registreren we (waarschijnlijk maar in ieder geval pas in een later stadium¹¹) de vestigingsnummers van de locaties van waaruit we zorg en ondersteuning verlenen op deze adressen. Deze registreren we als locatie.

Of een adres geregistreerd staat als accommodatie kun je nakijken in het landelijke locatieregister Wzd: <https://locatieregister.dwangindezorg.nl/>

¹¹ Er is op landelijk niveau discussie over wat er in het locatieregister geregistreerd moet worden. 's Heeren Loo registreert totdat daar helderheid over is alleen de accommodaties in het register.

11 Opname en verblijf - hoe

In de vorige hoofdstukken hebben we beschreven waar we cliënten kunnen opnemen, wat vrijwillige en onvrijwillige zorg is en wat het verschil is tussen verzet, niet instemmen en instemmen.

De cliënt kan zich ook tegen het verblijf bij 's Heeren Loo verzetten, of daar niet mee instemmen. Hoewel verblijf en zorg in de praktijk zeer verbonden zijn, kan het bijvoorbeeld zijn dat de cliënt zich niet tegen de zorg verzet, maar wel tegen het verblijf, of juist andersom. Er zijn verschillende titels op basis waarvan een cliënt bij 's Heeren Loo kan verblijven.

11.1 Vrijwillige opname en verblijf

Een cliënt kan vrijwillig bij 's Heeren Loo wonen. Hij kiest er dan bewust voor om opgenomen te worden of bij ons te verblijven. De cliënt moet wel kunnen aangeven dat hij dit wil.

11.2 Opname en verblijf bij geen bereidheid/ geen bezwaar (artikel 21)

Iemand ergens (gesloten) opnemen of ergens laten verblijven is op zichzelf heel ingrijpend. Daarom geeft de cliënt bij voorkeur zelf aan of hij dit wil of niet.

Als een cliënt van 12 jaar¹² of ouder zelf niet in staat is om aan te geven of hij bij 's Heeren Loo opgenomen wil worden of wil verblijven, kan dat alleen als we daarvoor een besluit hebben. Dit besluit geeft de cliënt bescherming: iemand anders (het CIZ) gaat kijken of cliënt moet worden opgenomen op een accommodatie. En of dit echt noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Dit besluit heet een 'besluit tot opname en verblijf' en noemen we ook wel 'geen bereidheid, geen bezwaar'. Het besluit is maximaal vijf jaar geldig.

Let op! Als een client met een artikel 21 het meest gebaat is bij opname in een locatie die niet is geregistreerd als accommodatie (zoals een gezinshuis of zorgboerderij) dan maakt de persoonlijk begeleider hiervan bij opname een notitie in het dossier.

11.3 Gedwongen opname en (voortzetting tot) verblijf met rechterlijke machtiging (RM)

Als de cliënt niet instemt met opname en/of verblijf bij 's Heeren Loo, of zich daartegen verzet, dan kan opname of het verblijf alleen met een machtiging van de rechter.¹³ Iemand ergens opnemen of ergens laten verblijven, terwijl hij dat niet wil, is zo ingrijpend, dat dit alleen maar mag als het noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen en alleen de rechter mag daarover beslissen. Het CIZ dient het verzoek bij de rechter in.

Een rechterlijke machtiging is ook nodig als de vertegenwoordiger(s) zich tegen opname en/of verblijf bij 's Heeren Loo verzet(ten), of als de gezaghebbende ouder(s) zich tegen opname en/of verblijf bij 's Heeren Loo verzet(ten).

Zoals gezegd mag alleen de rechter beslissen dat iemand ergens gedwongen wordt opgenomen of ergens gedwongen verblijft. De rechter toetst of de opname en/of het verblijf echt noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Het ernstige nadeel moet het gevolg zijn van de verstandelijke beperking van de cliënt. Een onafhankelijke psychiater of een niet bij de zorg betrokken AVG geeft dit aan in een medische verklaring. De rechter toetst ook of de gedwongen opname en/of het verblijf proportioneel, subsidiair en doelmatig is.

[Is een cliënt opgenomen met een RM, dan is het afsluiten van de toegang naar buiten geen onvrijwillige zorg en hoeft dus het stappenplan niet te worden doorlopen.](#)

¹² Is de cliënt jonger dan 12 jaar, dan beslist de gezaghebbende ouders of de voogd over de opname

¹³ Dit geldt voor cliënten van 12 jaar of ouder. Is de cliënt jonger dan 12 jaar, dan beslist de gezaghebbende ouders of de voogd over de opname

11.4 Geen verzet tegen opname en verblijf, toch een rechterlijke machtiging

In de Wzd is het mogelijk om bij een vrijwillig opgenomen cliënt onvrijwillige zorg toe te passen. Daar is geen rechterlijke machtiging voor nodig.

Maar in sommige gevallen is het toch nodig een RM aan te vragen, ook al verzet de cliënt zich niet tegen opname en verblijf bij 's Heeren Loo. Dat is het geval als een cliënt zich op zodanige wijze verzet tegen *verschillende onderdelen van de zorgverlening* dat het leveren van cliëntgerichte zorg feitelijk niet mogelijk is. Als de cliënt zegt: 'onder deze voorwaarden wil ik hier niet meer blijven'. Dan kun je niet meer spreken van een vrijwillig verblijf, en is onvrijwillige opname noodzakelijk.

Of hier sprake van is, bepaal je multidisciplinair. Je kunt afweging maken door de volgende vragen te beantwoorden:

- Tegen welke vormen van zorg verzet de cliënt zich? Is er sprake van een stapeling?
- Hoe ingrijpend zijn de vormen van onvrijwillige zorg voor de cliënt?
- Wat is de beleving van de cliënt hierbij?
- Hoe vaak wordt de onvrijwillige zorg toegepast?
- In welke categorieën vallen de vormen van zorg waartegen de cliënt zich verzet? Verschillende categorieën of allemaal hetzelfde?

11.5 Gedwongen opname en verblijf in spoedsituaties (inbewaringstelling)

De procedure van een rechterlijke machtiging duurt gemiddeld zes weken. Soms kan die periode niet worden afgewacht, omdat cliënt eerder opgenomen moet worden. Er is dan direct gedwongen opname of gedwongen verblijf nodig om het ernstig nadeel op te heffen of te voorkomen.

De burgemeester kan in zo'n geval beslissen dat de cliënt gedwongen moet worden opgenomen dan wel gedwongen moet verblijven. De burgemeester maakt in dat geval dezelfde afweging als de rechter. De burgemeester toetst of de opname of het verblijf noodzakelijk is om het ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen. Daarnaast toetst de burgemeester of gedwongen opname of verblijf proportioneel, subsidiair en doelmatig is. Dit doet de burgemeester op grond van een medische verklaring die door een onafhankelijke psychiater of AVG is afgegeven. Het moet dan gaan om een redelijk vermoeden van een verstandelijke beperking die leidt tot ernstig nadeel.

De burgemeester kan dan beslissen dat de cliënt gedwongen wordt opgenomen of gedwongen moet verblijven op een geregistreerde accommodatie bijvoorbeeld bij 's Heeren Loo. De beslissing van de burgemeester heet een inbewaringstelling (IBS). Deze kan maximaal drie dagen duren.¹⁴ De inbewaringstelling kan eenmaal worden verlengd door de rechter. De verlenging van de IBS wordt aangevraagd via het CIZ. De verlenging duurt maximaal zes weken, in die tijd kan een rechterlijke machtiging worden aangevraagd indien dat noodzakelijk wordt geacht.

[Is een cliënt opgenomen met een IBS, dan is het afsluiten van de toegang naar buiten geen onvrijwillige zorg en hoeft dus het stappenplan niet te worden doorlopen.](#)

11.6 Voorwaardelijke machtiging voor jongvolwassenen

Een voorwaardelijke rechterlijke machtiging is een machtiging om een jongvolwassenen gedwongen op te nemen, als diegene zich niet aan bepaalde voorwaarden houdt.

De rechter stelt de voorwaarden waaraan de jongvolwassenen zich moet houden om gedwongen opname te voorkomen. Vooraf moet de jongvolwassene hebben aangegeven dat hij zich aan de voorwaarden zal houden. Als de voorwaarden niet worden nageleefd of als de voorwaarden wel worden nageleefd maar er ontstaat desondanks toch ernstig nadeel, kan de zorgverantwoordelijke, in overleg met een externe deskundige, beslissen de cliënt op te nemen.

¹⁴ Artikel 29 lid 4 Wzd. Let ook op de verlenging van deze termijn indien een aanvraag voor voortzetting van de inbewaringstelling of voor een artikel 21 Wzd is gedaan.

De voorwaardelijke machtiging kan alleen worden afgegeven aan jongeren vanaf 18 en tot 23 jaar, nadat zij jeugdhulp (Jeugdwet) hebben ontvangen en moet daar direct op aansluiten. En kan vervolgens telkens met een jaar worden verlengd door de rechter. Op de dag dat de cliënt 23 jaar wordt vervalft de voorwaardelijke rechterlijke machtiging. De procedure om een voorwaardelijke rechterlijke machtiging aan te vragen moet op tijd worden gestart, om aansluitend op de jeugdhulp uitgevoerd te kunnen worden.

Bij de aanvraag van de voorwaardelijke machtiging worden de voorwaarden in het plan van de cliënt opgenomen en aan de rechter voorgelegd. Ook vertelt de zorgverantwoordelijke aan de rechter waarom hij denkt dat de cliënt zich aan de voorwaarden zal houden. Ten slotte wordt genoemd waar de jongere wordt opgenomen, als opname nodig blijkt.

De aanvraag van opname en verblijf bij geen bereidheid geen bezwaar en de verschillende gedwongen opnames staat uitgewerkt in de 'werkwijze opname en verblijf'. Deze werkwijze is te vinden op het intranet.

12 Samenloop met andere wetgeving

De Wzd regelt de rechten van cliënten met een verstandelijke beperking en cliënten met een psychogeriatrische aandoening, indien bij hen onvrijwillige zorg wordt toegepast of zij onvrijwillig worden opgenomen. Voor mensen met een psychiatrische stoornis regelt de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) dit. De Wvggz noemt dit verplichte zorg in plaats van onvrijwillige zorg. De Wet forensische zorg is er voor mensen in het justitieel kader, zoals TBS, PIJ enz. Tot slot is in de Jeugdwet een hoofdstuk over gedwongen zorg bij jeugdigen die met een machtiging gesloten jeugdzorg zijn opgenomen.

Al deze wetten regelen samen de onvrijwillige of verplichte zorg. Soms heeft een cliënt zorg nodig op grond van de ene wet en soms op grond van de andere wet. Hoe bepalen we welke wet moet worden gevolgd?

12.1 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) regelt verplichte zorg voor mensen met een psychische stoornis; thuis, in een polikliniek of in een instelling. Soms veroorzaakt de psychische aandoening dat iemand een gevaar (ernstig nadeel) voor zichzelf of anderen is. Verplichte zorg is een laatste redmiddel. Als verplichte zorg in de eigen omgeving echt niet kan, als het er niet veilig genoeg is voor de persoon zelf en zijn omgeving, of de persoon zelf niet wil, kan opname in een instelling een betere oplossing zijn. Alle vormen van verplichte zorg waaronder opname in een instelling kan alleen met een zorgmachtiging van een rechter, op basis van een door een onafhankelijke psychiater afgegeven medische verklaring. Ook is in spoedsituaties mogelijk om een cliënt door de burgemeester met een crisismaatregel te laten opnemen.

Het gebeurt regelmatig dat iemand met een verstandelijke beperking ook een psychiatrische aandoening heeft. 's Heeren Loo komt dan voor de vraag te staan welke wetgeving van toepassing is (samenloop). 's Heeren Loo hanteert de volgende uitgangspunten:

's Heeren Loo volgt één wettelijk regime per cliënt

Het is niet mogelijk dat 's Heeren Loo twee wettelijke regimes bij dezelfde cliënt toepast. 's Heeren Loo past óf de Wzd óf de Wvggz toe bij één cliënt. De Wzd-functionaris beslist onder welke wet de cliënt valt.

De zorgbehoefte van de cliënt staat centraal

Bij het kiezen van het wettelijk regime staat de actuele zorgbehoefte en de continuïteit van de zorg aan de cliënt centraal. De problematiek van de cliënt wordt op grond van de professionele standaard beoordeeld. Aan de hand daarvan wordt de beslissing genomen welk wettelijk regime het best passend is. De indicatie van de cliënt en de wet staan dus niet voorop.

Verschillende wettelijke regimes onder één dak

Binnen 's Heeren Loo is het mogelijk dat verschillende cliënten onder verschillende wettelijke regimes vallen. Het is dus niet zo dat 's Heeren Loo slechts één wettelijk regime kan toepassen. Maar 's Heeren Loo hanteert het uitgangspunt dat op 1 locatie 1 wet geldt. Aangezien de meeste cliënten onder de Wzd vallen, zal dat de meest toegepaste wet zijn. Komt een cliënt met een GGZ-indicatie op een VG-locatie komen wonen, omdat hun actuele zorgbehoefte daar het beste bij past, zullen we deze cliënt met een verklaring van een ter zake kundige arts onder de Wzd brengen. In onze GGZ-poli's behandelt 's Heeren Loo cliënten bij wie de psychische stoornis voorliggend is. Voor deze cliënten geldt de rechtsbescherming van de Wvggz en zal verplichte zorg pas kunnen worden toegepast als de rechter hiervoor een zorgmachtiging heeft afgegeven. Dit geldt ook voor locaties met louter cliënten die vanaf 2021 onder de Wlz-GGZ bij 's Heeren Loo verblijven en zorg ontvangen. Een enkele cliënt met Wlz-GGZ brengen we onder de Wzd met een verklaring van de arts.

Geen vanzelfsprekende overplaatsing bij multiproblematiek.

Indien er bij de cliënt van 's Heeren Loo sprake is van multiproblematiek (samenloop verstandelijke beperking en psychische stoornis) dan zal 's Heeren Loo in eerste instantie proberen te voorkomen dat de cliënt moet worden overgeplaatst. Overplaatsing is namelijk

niet altijd in het belang van de cliënt. Zo kan een cliënt al gewend zijn aan een instelling en kan de problematiek verergeren bij overplaatsing. Als 's Heeren Loo de deskundigheid, bekwaamheid en bevoegdheid heeft om de multiproblematiek te behandelen is het niet nodig om een patiënt over te plaatsen (inhuren, samenwerking, consult). Indien de cliënt meer gebaat is bij opname en behandeling in de psychiatrie dan vragen we een zorgmachtiging aan¹⁵.

De rechterlijke machtiging op grond van de Wzd wordt dan geschorst. Andersom vervalt bij opname met een rechterlijke machtiging binnen de VG de zorgmachtiging op grond van de Wvvgz.

Crisismaatregel Wvvgz

Dit is een maatregel die door de burgemeester wordt genomen wanneer de situatie zo ernstig is dat de tijd ontbreekt om de procedure aanvraag zorgmachtiging te doorlopen. Direct ingrijpen is dan noodzakelijk.

Een onafhankelijk psychiater stelt een medische verklaring op over de actuele gezondheidstoestand van de betrokkene, het ernstig nadeel dat door de vermoedelijke psychische stoornis wordt veroorzaakt en niet anders kan worden afgewend dan door opname in een accommodatie Wvvgz.

12.2 Wet forensische zorg

Voor personen in het justitieel kader is er de Wet forensische zorg. Deze wet regelt voornamelijk de inkoop van forensische zorg, valt onder ministerie van Justitie en Veiligheid, en afstemming met de reclassering. Als de Forensische titel vervalt en de cliënt dient gedwongen te worden opgenomen, zal een RM op grond van de Wzd of zorgmachtiging op grond van de Wvvgz moeten worden aangevraagd. 's Heeren Loo is verantwoordelijk voor continuïteit van zorg aan cliënt na afloop van de forensische titel.

12.3 Jeugdwet

Kinderen moeten veilig en gezond kunnen opgroeien. Als opgroeien of opvoeden (even) niet goed gaat, kunnen zij en hun ouders of opvoeders jeugd- en opvoedhulp krijgen. De hulp kan geboden worden op school, de sportclub of op de kinderopvang. Thuis, in een pleeggezin, een gezinshuis, in een kleinschalige behandelgroep of in een gesloten instelling.

Gesloten jeugdhulp

Als een jongere zulke ernstige gedrags-, opgroei- of opvoedproblemen vertoont, dat zijn ontwikkeling naar volwassenheid belemmerd wordt dan kan plaatsing in een instelling voor gesloten jeugdhulp noodzakelijk zijn. Dat gebeurt als opname en verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jongere zich aan de zorg die hij nodig heeft, zal onttrekken of daaraan door anderen wordt onttrokken. Op grond van de Jeugdwet kan daarvoor een machtiging gesloten jeugdhulp worden aangevraagd.

Hoofdstuk 6¹⁶ van de Jeugdwet regelt de gedwongen zorg in de gesloten jeugdzorg. 's Heeren Loo voert gesloten jeugdzorg uit bij Groot Emaus.

Samenloop van Jeugdwet en Wet zorg en dwang

Als bij een jeugdige onvrijwillige zorg moet worden toegepast omdat er sprake is van ernstig nadeel, moet een ter zake kundige arts een verklaring afgeven dat deze jeugdige op grond van zijn verstandelijke beperking of soortgelijke problematiek zorg nodig heeft volgens de Wzd.

Wordt bij de jeugdige die op grond van een machtiging gesloten jeugdzorg is opgenomen in een gesloten jeugdhulpinstellingen een verstandelijke beperking voorliggend, dan dient die jeugdige onder de Wzd te vallen. In dat geval zal een rechterlijke machtiging voor opname op grond van de Wzd moeten worden aangevraagd.

¹⁵ Er komt een notitie Wvvgz waarin dit verder staat uitgelegd

¹⁶ Dit hoofdstuk zal worden gewijzigd om de jeugdigen meer rechtsbescherming te bieden.

13 Externe cliëntvertrouwenspersoon (CVP)

Elke cliënt heeft recht op bijstand van een cliëntvertrouwenspersoon (CVP). Deze CVP is extern en dus niet in dienst van 's Heeren Loo.

13.1 Wat doet de externe CVP¹⁷?

De cliëntenvertrouwenspersoon heeft tot taak de cliënt of de vertegenwoordiger van de cliënt op hun verzoek advies te geven over of bij te staan bij gebeurtenissen die samenhangen met:

- het verlenen van onvrijwillige zorg aan de cliënt,
- de opname en het verblijf in een accommodatie,
- het doorlopen van de klachtenprocedure

De cliëntenvertrouwenspersoon heeft ook als taak:

- advies en bijstand te verlenen aan cliënten die vrijwillig of onvrijwillig in een accommodatie verblijven.

De CVP is voor alle cliënten beschikbaar en makkelijk bereikbaar. De CVP heeft een geheimhoudingsplicht en geeft geen waardeoordeel. De CVP luistert naar de cliënt, informeert de cliënt over zijn verblijf en opname. De CVP brengt de cliënt daar waar gewenst, in contact met de voor de situatie passende (in-of externe) deskundige. De CVP staat naast de cliënt en is dus geen neutrale bemiddelaar. De CVP gaat alleen voor het belang van de cliënt, zoals de cliënt dit ziet. De CVP heeft kennis van de relevante wet- en regelgeving.

Ten slotte heeft de cliëntvertrouwenspersoon tot taak signalen over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van een cliënt, aan de inspectie te melden.¹⁸

13.2 Welke randvoorwaarden heeft de CVP nodig om zijn taak uit te voeren?

De zorgkantoren regelen dat er een CVP komt per regio. De cliëntenvertrouwenspersoon verricht zijn werkzaamheden onafhankelijk van 's Heeren Loo, de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke en het CIZ.

's Heeren Loo zorgt ervoor dat de CVP zijn werk goed kan doen. We informeren de cliënt of diens vertegenwoordiger over de CVP en wat hij voor de cliënt kan betekenen. Een overzicht van de CVP's per regio is te vinden op het intranet. Daar staat ook verdere informatie over de CVP.

¹⁷ Zie verder kwaliteitskader CVP Wzd

¹⁸ Dit is een meldrecht en geen meldplicht

14 Een klacht over onvrijwillige zorg

Als een cliënt niet tevreden is over de zorg en/of ondersteuning kan hij daarover met zijn zorgverlener(s) in gesprek. Ook de vertegenwoordiger of een nabestaande van een cliënt kan onvrede aan de zorgverlener(s) of andere zorgverlener(s) aangeven. De manager of de gedragswetenschapper kan aansluiten bij de gesprekken over een oplossing. In de klachtenregeling staat meer uitgelegd over de klachtroute. In dit hoofdstuk leggen we uit hoe het vervolg eruit ziet als de cliënt een klacht heeft over onvrijwillige zorg.

14.1 Klachtencommissie

Als de klacht gaat over onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld over de beslissing tot of de uitvoering van onvrijwillige zorg en de toepassing van onvrijwillige zorg in nood- of onvoorziene situaties kan de cliënt, of diens vertegenwoordiger zijn klacht rechtstreeks bij de klachtencommissie indienen. Dit geldt ook voor klachten over situaties die samenhangen met onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld beslissingen van de Wzd-functionaris, de registratie van de onvrijwillige zorg, het verlot of ontslag van gedwongen opgenomen cliënten en de vraag of iemand ter zake van een bepaalde beslissing wilsonbekwaam wordt beoordeeld.

Voor deze route is gekozen om de rechtspositie van de cliënt zo goed mogelijk te beschermen, omdat onvrijwillige zorg zo ingrijpend is. De uitspraak van de klachtencommissie is bindend. Dit betekent dat iedereen zich eraan moet houden. Als de klachtencommissie de beslissing van de zorgaanbieder vernietigt, moet het besluit dus opnieuw worden genomen. Dit kan hetzelfde besluit worden, of een ander besluit.

14.2 Klachtenfunctionaris

Wil de cliënt liever niet direct een klacht indienen bij de klachtencommissie, dan kan hij ervoor kiezen een klacht in te dienen bij de klachtenfunctionaris van de regio. Op de portal en op de website staat wie dat is.

14.3 Informatieplicht over klachten

Het is belangrijk dat elke cliënt weet dat hij het recht heeft om te klagen en waar hij met zijn klacht of onvrede terecht kan. We zorgen er dus voor dat de cliënt daarover goed geïnformeerd wordt. De cliënt of zijn vertegenwoordiger krijgt de klachtenregeling van ons en informatie over bij wie hij terecht kan met zijn klacht. Ook zorgen we ervoor dat we cliënten, die een klacht hebben, helpen bij het indienen van een klacht, als zij dat zelf niet goed kunnen.

Meer informatie over de klachtenregeling staat op het intranet.

Voorbeeld

Het verschil tussen een cliëntvertrouwenspersoon (CVP) en een klachtenfunctionaris is dat de CVP partijdig is en naast de cliënt staat en de klachtenfunctionaris onpartijdig is en bemiddelt tussen cliënt en organisatie.

15 Vastleggen van de onvrijwillige zorg

In dit hoofdstuk gaan we in op de administratieve kant van het toepassen van onvrijwillige zorg; het vastleggen. Onvrijwillige zorg kan ingrijpend zijn voor zowel de cliënt als de zorgverlener. Het is daarom van belang om 'wat we doen' en 'hoe we het doen' goed vast te leggen. In de werkinstructie wordt stap voor stap uitgelegd hoe en wat je moet vastleggen, in dit hoofdstuk gaan we in op de belangrijkste punten.

15.1 Waarom vastleggen?

- je ziet wat je hebt gedaan en nog gaat doen, ongeacht wie er werkt;
- je kunt de vorderingen van afbouw of juist de stagnatie zien;
- je kunt verantwoorden (in- en extern) wat je doet en waarom;
- je voldoet daarmee aan de wetgeving.

15.2 Hoe vastleggen?

In het plan van de cliënt leg je alle onvrijwillige zorg vast. Je kunt onvrijwillige zorg, zorg in onvoorziene situaties, incidentele toepassingen en de evaluatie registreren. Zie verdere informatie en handleiding op de portal.

15.3 Wie registreert wat?

1. Het besluit tot toepassen van onvrijwillige zorg wordt in een MDO genomen waarbij in ieder geval de zorgverantwoordelijke aanwezig is (zie stappenplan Wzd).
2. De persoonlijk begeleider registreert aan de hand van de uitkomsten van het MDO de onvrijwillige zorg in het plan van de cliënt, 'fiatteert' (dat betekent dat de pb-er klaar is met invullen) en laat aan de zorgverantwoordelijke weten dat de maatregel is ingevuld.
3. De zorgverantwoordelijke betreft zonnodig een arts, controleert, wijzigt en/of vult aan en accordeert (dat betekent dat zij, als zorgverantwoordelijke, akkoord zijn met de maatregel). Of als het om een noodmaatregel gaat, akkoord zijn met de registratie.
4. De zorgverantwoordelijke informeert de Wzd-functionaris. Die geeft wel of niet akkoord op de maatregel.

15.4 Wat leg je vast in het cliëntdossier?

In de module onvrijwillige zorg beantwoordt de zorgverantwoordelijk de volgende vragen (zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor de inhoud, het registreren is een gedelegeerde taak aan de persoonlijk begeleider)

- Het ernstig nadeel op grond waarvan de onvrijwillige zorg wordt toegepast;
- Welke vorm van onvrijwillige zorg wordt toegepast;
- Welke zorgverlener bevoegd is tot het toepassen van de onvrijwillige zorg;
- Hoe de onvrijwillige zorg wordt uitgevoerd;
- (indien van toepassing) de duur of frequentie van de onvrijwillige zorg;
- De wijze waarop de zorg zal worden afgebouwd;
- (indien van toepassing) aanvullende zorgvuldigheidseisen;
- Aantekening over het informeren van de cliënt, zijn vertegenwoordiger en de Wzd-arts en als het informeren niet is gebeurd, de reden waarom;
- Waarom de cliënt (of diens vertegenwoordiger) zich verzet en waaruit dat verzet bestaat;
- De continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop dit geborgd wordt.
- De evaluaties van onvrijwillige zorg.
- De beslissing tot uitvoering van de onvrijwillige zorg in een nood- of onvoorziene situatie (bij voorkeur door de zorgverantwoordelijke) en de overwegingen van de noodzaak;

Voor zover daarvan sprake is wordt ook in het cliëntdossier opgenomen;

- De beslissing over of de cliënt ter zake als wilsonbekwaam wordt beoordeeld wordt vastgelegd in de vragenlijst Wilsonbekwaamheid en de conclusie wordt ook opgenomen onder afspraken – eigen regie;
- De notulen van de overleggen over onvrijwillige zorg worden vastgelegd in het MDO-verslag en in de evaluatie in de module onvrijwillige zorg;

Indien van toepassing, onder correspondentie juridisch/Wzd:

- De verklaring van de persoonlijk gemachtigde over zijn bereidheid cliënt te vertegenwoordigen;
- De verklaring van de familievertegenwoordiger/zorginhoudelijk vertegenwoordiger over zijn bereidheid cliënt te vertegenwoordigen (niet verplicht, als het maar goed genoteerd staat onder contactpersonen);
- De adviezen van de externe deskundige;
- Het besluit tot opname en verblijf bij geen bereidheid en geen bezwaar (artikel 21);
- Een afschrift van de rechterlijke machtiging;
- Een afschrift van de inbewaringstelling;
- Een afschrift van de voorwaardelijke machtiging;
- Aantekening van de gegevens die op grond van de Wzd aan of door het CIZ, de burgemeester of de Officier van Justitie zijn verstrekt.
- Correspondentie m.b.t. toestemming voor verlof en/of verslag
- Verklaring van de arts dat cliënt is aangewezen op zorg conform artikel 1 lid 3 Wet zorg en dwang
- Andere documenten die te maken hebben met of gaan over onvrijwillige zorg.

16 Verantwoording aan inspectie

In de regeling Wzd staat welke gegevens we op welke momenten moeten aanleveren aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Elk half jaar verstrekt de Raad van Bestuur aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een overzicht met de door 's Heeren Loo toegepaste vormen van onvrijwillige zorg. Daarnaast analyseert de RvB jaarlijks de cijfers in het kwaliteitsrapport.

16.1 Digitaal overzicht

Het overzicht bestaat uit de gegevens per cliënt die in de regeling Wzd zijn opgenomen. We leveren het digitale overzicht elk half jaar aan aan de IGJ.

16.2 Analyse

De analyse van onvrijwillige zorg vindt per kwartaal regio plaats. De Wzd-functionarissen, ondersteund door de beleidsmedewerker leveren input voor de analyse in samenwerking met de zorgverantwoordelijken van de regio. Zij leggen dit voor aan de regiodirecteur en manager Advisium, die de analyse vaststellen.

In de analyse neemt de regio in ieder geval in het voorgeschreven format op, uitgesplitst per vorm van onvrijwillige zorg:

- het aantal unieke cliënten op wie de vorm van onvrijwillige zorg is toegepast;
- stijgingen of dalingen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages;
- de verhouding van het aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages;
- per vorm van onvrijwillige zorg: de verhouding van het aantal cliënten dat die vorm van onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het totaal aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage.

In de analyse vermeldt de regio in ieder geval:

- een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van een voorgaande analyse;
- of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van dit beleidsplan;
- indien van toepassing, een duiding van relevante verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg tussen verschillende locaties in de regio;
- welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van onvrijwillige zorg;
- een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen.

Vervolgens stuurt de regiodirecteur de analyse aan afdeling Zorgbeleid. Die bundelt de informatie op 's Heeren Loo-niveau en legt het vast in het jaarlijkse kwaliteitsrapport.

17 Overlegstructuur

17.1 Overleg tussen Wzd-functionaris en regiodirectie

De Wzd-functionarissen en de Raad van Bestuur zijn beide verantwoordelijk voor een goede uitvoering van onvrijwillige zorg en de afbouw daarvan. Omdat 's Heeren Loo in regio's is verdeeld en de Wzd-functionarissen regionaal zijn aangesteld ligt het voor de hand dat zij met de regiodirectie en manager Advisium in overleg gaan over de onvrijwillige zorg in de regio. Aangezien twee maal per jaar de onvrijwillige zorg geanalyseerd moet worden, is minimaal 2 maal per jaar een overleg noodzakelijk.

De Wzd-functionarissen zijn de visiedragers van 's Heeren Loo van onvrijwillige zorg. Regiodirecteur en manager Advisium zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden voor een kwalitatieve uitvoering. Samen zijn zij verantwoordelijk voor alles wat met onvrijwillige zorg te maken heeft binnen de regio.

17.2 Overleg tussen Wzd-functionaris en zorgverantwoordelijke

De Wzd-functionarissen en zorgverantwoordelijken geven samen vorm en uitvoering aan het Wzd-beleid. Zij weten hoe de uitvoering verloopt, wat noodzakelijk is voor een goede uitvoering en hoe de zorgverleners in de regio uitvoering geven aan de visie Nee, tenzij... Er wordt ook een nauwe samenwerking tussen zorgverantwoordelijken en Wzd-functionarissen voorzien. Zij hebben afstemming over de vorm van onvrijwillige zorg en de afbouw per cliënt. In elke regio vindt daarom cyclisch overleg plaats tussen deze functionarissen.

17.3 Overleg tussen Wzd-functionarissen van 's Heeren Loo

Landelijk Wzd-functionarissen-overleg over beleid en voor intervisie. Ondersteund door senior beleidsmedewerker Zorgbeleid. Voorgezeten door manager Advisium.

17.4 Overleg Wzd-bureaus

Dit is een maandelijks 's Heeren Loo-breed overleg. Hierin zit van elke Wzd-bureau een vertegenwoordiger. Zij wisselen kennis uit, ontwikkelen beleid en protocollen.

17.5 Stuurgroep Wzd

De stuurgroep volgt de implementatie en bereidt de besluitvorming voor voor de RvB. Deze stuurgroep moet nog worden ingesteld.

Datum	Versie	Auteur	Omschrijving wijziging
8 augustus 2018	0.1	Werkgroep visie, beleid en stappenplan Wet zorg en dwang	Eerste concept
18 maart 2019	0.2	Eline ten Have Danielle Immers	Tweede concept
19 juli 2019	0.3	Monica de Visser	Aanvulling ambulante onvrijwillige zorg
30 juli 2019	0.4	Monica de Visser	Samenloop
11 nov 2019	0.5	Yvonne Okel en Danielle Immers	Aanpassingen na werkgroep beleid en stappenplan en na vaststelling regeling Wzd
12 dec 2019	1.0	Yvonne Okel en Danielle Immers	Opmerkingen en aanvullingen van meelezers verwerkt.
17 dec 2019	1.0		Voorgenomen besluit RvB. Ter advisering voorgelegd aan CCR en COR (eind jan. wordt advies verwacht)
4 mei 2020	1.0		Positief advies CCR – vaststelling beleidsnotitie
Januari 2021	1.1	Kernteam Wzd	Aanpassingen na wetswijzigingen en evaluatie van de beleidsnotitie
Maart 2021	1.2	Kernteam Wzd	Aanpassingen na lezing door regiodirecteuren en managers Advisium