

Beleidsnotitie Wet Zorg en Dwang 2024, versie 2.0
"Meer preventie, minder interventie"



Wet zorg en dwang

Beperkte geldigheid:

De Wet Zorg en Dwang is een wet in beweging. Er worden nog steeds vele discussies over gevoerd op landelijk niveau. Het Robertshuis maakt zich sterk om in 2024 de WZD te implementeren. Het Robertshuis blijft de ontwikkelingen op landelijk niveau volgen en past het beleid aan wanneer hier reden voor is. Deze beleidsnotitie is geldig voor 1 jaar. Aan het einde van 2024 maken we opnieuw de balans op.

Inhoudsopgave

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
1.2 Waar geldt deze notitie?	7
2..... HOOFDROLSPELERS	8
3..... GOEDE ZORG	12
3.1 Wat is goede zorg?	12
3.2 Kaders voor het bieden van goede zorg.....	13
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 Wettelijke 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.....	18
6.3 Hoe weeg je of er sprake is van ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt?	18
7..... ONVRIJWILLIGE ZORG	19
7.1 Wat is onvrijwillige zorg?.....	19
7.2 De zorgvuldigheidseisen in het stappenplan	20
7.2.1 Samen overleggen.....	20
7.2.2 Laatste redmiddel.....	20
7.2.3 Proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid.....	20
7.2.4 Zoektocht naar 'kan het minder of anders' stopt nooit.....	21

7.3	<i>Bij welke vormen van zorg volg je altijd het stappenplan?</i>	21
7.4	<i>Zorg in een onvoorziene situatie (noodsituatie)</i>	22
7.5	<i>Hoe voer je onvrijwillige zorg uit?</i>	22
7.6	<i>Eén client, één plan?</i>	22
7.7	<i>Gegevensuitwisseling met andere zorgaanbieders</i>	22
7.8	<i>Hoe evalueer je onvrijwillige zorg?</i>	23
8	AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG	24
8.1	<i>Wat is ambulante onvrijwillige zorg?</i>	24
8.2	<i>Wel of geen ambulante onvrijwillige zorg?</i>	24
	<i>Stap 1 - beoordelen omstandigheden</i>	24
	<i>Stap 2 - beoordelen voorwaarden</i>	25
8.4	<i>Bij de client thuis</i>	26
8.4.1	<i>Wat zijn de specifieke uitdagingen?</i>	26
8.5	<i>Externe dagbesteding en gezinshuizen</i>	27
8.5.1	<i>Wat zijn de specifieke uitdagingen?</i>	27
9	WERKEN AAN AFBOUW	28
9.1	<i>Wat vraagt dit van jou als zorgverlener?</i>	28
9.2	<i>Stappen om tot afbouw te komen</i>	28
9.3	<i>Doe het niet alleen!</i>	29
10	ROBERTSHUISLOCATIES – WAAR	30
10.2	<i>Adres is geen eigendom van of wordt niet gehuurd door het Robertshuis</i>	30
11	SAMENLOOP MET ANDERE WETGEVING	30
11.1	<i>Jeugdwet</i>	30
12	EXTERNE CLIËNTVERTROUWENSPERSOON (CVP WZD)	31
12.1	<i>Wat doet de externe CVP WZD?</i>	31
13	EEN KLACHT OVER ONVRIJWILLIGE ZORG	32
13.1	<i>Klachtencommissie</i>	32
13.2	<i>Informatieplicht over klachten</i>	32
14	VASTLEGGEN VAN DE ONVRIJWILLIGE ZORG	33
14.1	<i>Waarom vastleggen?</i>	33
14.2	<i>Hoe vastleggen?</i>	33
14.3	<i>Wie registreert wat?</i>	33
14.4	<i>Wat leg je vast in het cliëntdossier?</i>	33
15	VERANTWOORDING AAN INSPECTIE	34
15.1	<i>Digitaal overzicht</i>	34
15.2	<i>Analyse</i>	34

16	OVERLEGSTRUCTUUR	35
16.1	Overleg tussen WZD-functionarissen en het bestuur		35
16.2	Overleg tussen WZD-functionaris en zorgverantwoordelijken		35
16.3	Overleg WZD-commissie.....		35

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 Stichting het Robertshuis al een aantal jaren hard mee bezig. De visie is dat we geen onvrijwillige zorg bieden, tenzij er aanleiding hiervoor is en alternatieven geen verbeteringen bewerkstellingen. Dit moet verweven worden in de cultuur, visie en werkwijze van Stichting het Robertshuis. Deze beleidsnotitie onderstreept dan ook het belang om deze cultuur en visie in de toekomst verder uit te kristalliseren.

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 waar hij/zij dit kan en vast te leggen hoe te handelen wanneer dit niet lukt.

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. Een belangrijk speerpunt tijdens deze gesprekken is om vooral op basis van vrijwilligheid en overeenstemming de zorg te organiseren rekening houdend met de (on)mogelijkheden van de cliënt en diens systeem.

Vrijwillige zorg

We bieden de zorg, behandeling en/of ondersteuning die de cliënt nodig heeft om zo goed mogelijk te kunnen functioneren in de maatschappij en verbetering van kwaliteit van leven. Een van de belangrijke dingen om kwaliteit van leven te bepalen, is het zelf kunnen maken van keuzes. Het uitgangspunt blijft dat we de cliënt écht leren begrijpen en op basis daarvan goede zorg, behandeling en ondersteuning 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/haar of een ander persoon. Als er geen alternatieven mogelijk zijn, kan als laatste redmiddel zorg nodig zijn waar de cliënt zich tegen verzet. Dit is onvrijwillige zorg.

Dit is een zwaarwegend redmiddel, wat het Robertshuis uiterst serieus neemt en de cliënt en diens systeem hierbij passend ondersteunt en begeleid conform WZD.

We blijven de Wet- en regelgeving die van toepassing is op de WZD op de voet volgen en waar nodig wordt onze beleidsnotitie hierop aangepast.

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 het Robertshuis 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 beperking, **of**
- cliënt heeft een indicatiebesluit WLZ van het CIZ met grondslag verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) **of**
- cliënt heeft een verklaring van een ter zake kundige professional waaruit blijkt dat hij in verband met een verstandelijke beperking is aangewezen op bepaalde vormen van zorg waaronder onvrijwillige zorg. Dit geldt voor alle cliënten ouder dan twaalf vanuit de Jeugdwet.

We volgen de ontwikkelingen omtrent de criteria ten aanzien van de grondslag ASS voor de WZD.

1.2 Waar geldt deze notitie?

De WZD is geldig binnen alle leefomgevingen waar de cliënt zich bevindt.

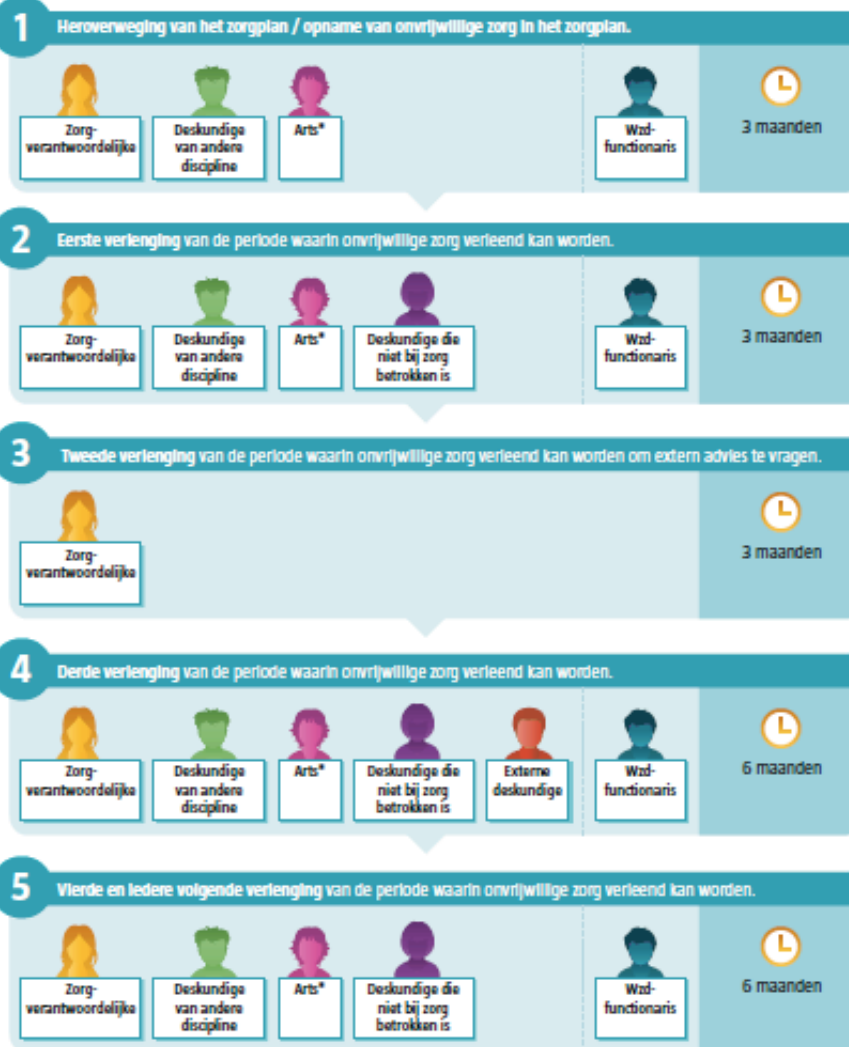
2 Hoofdrolspelers

In de Wet Zorg en Dwang heeft een groot aantal spelers een rol. In dit hoofdstuk lichten we deze rollen toe. Hieronder vindt u hier een grafische weergave van.

Stappenplan Wzd

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners

 Maximale periode toepassing onvrijwillige zorg



* De arts wordt bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of isolatie.

Cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger(s)

De cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger(s) zijn natuurlijk de belangrijkste hoofdrolspeler(s) in de WZD. Zij zijn betrokken bij de besluitvorming over onvrijwillige zorg en we handelen daarnaar.

Zorgverantwoordelijke – gedragswetenschapper of behandelcoördinator

De gedragswetenschapper heeft het Robertshuis 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 begeleider, de belangrijkste functie in de uitvoering van de WZD. Hij is verantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren en evalueren van het zorgplan, in overleg met cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger(s). De begeleider ondersteunt de zorgverantwoordelijke bij de uitvoering in zowel behandelingen op locaties van het Robertshuis als andere leefomgevingen.

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 aanwijzen⁽²⁾. 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. Dit vindt plaats in de driemaandelijkse overleggen met alle externe partijen. Het Robertshuis hanteert het principe dat de zorgaanbieder die de meeste zorg levert aangewezen wordt als de zorgverantwoordelijke.

Er zijn verschillende situaties mogelijk:

- *De cliënt ontvangt alleen zorg, behandeling en/of ondersteuning van het Robertshuis*
De zorgverantwoordelijke van het Robertshuis is verantwoordelijk voor het hele zorgplan van de cliënt. Binnen het Robertshuis is dit altijd de betrokken gedragswetenschapper van de cliënt.
- *De cliënt woont zelfstandig, in een woongroep of bij ouders/verzorgers en ontvangt zorg van verschillende zorgaanbieders*
Als er sprake is van het toepassen van onvrijwillige zorg door een zorgverlener van het Robertshuis, is de betrokken gedragswetenschapper van de cliënt de zorgverantwoordelijke. Deze is alleen verantwoordelijk voor het zorgplan en de eventuele bijlage waarin het stappenplan van onvrijwillige zorg wordt opgenomen. De zorgverantwoordelijke bekijkt of, en zo ja, welke afstemming met andere aanbieders nodig of wenselijk is. Wanneer overleg nodig is, gebeurt dit middels driemaandelijkse evaluatiegesprekken waarbij alle betrokken partijen aansluiten. Deze afstemming kan alleen plaatsvinden op basis van vrije en uitdrukkelijke toestemming van de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger(s). Afstemming is geen vereiste voor het toepassen van onvrijwillige zorg.

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

Begeleider

De begeleider van het Robertshuis voert namens de zorgverantwoordelijke een aantal WZD-taken uit. De begeleider is voorafgaand van de behandeling op de hoogte van de WZD-maatregelen die in het zorgplan staan en is aanwezig bij de driemaandelijke cliëntbesprekingen. De zorgverantwoordelijke, aldus de gedragswetenschapper van de cliënt, is altijd aanwezig bij deze cliëntbesprekingen. Indien onvrijwillige zorg moet worden toegepast, overlegt de begeleider, bij voorkeur voor het toepassen van de onvrijwillige zorg, met de zorgverantwoordelijke. De begeleider registreert de onvrijwillige zorg in het kindvolgsysteem (KVS), en volgt, indien nodig, de calamiteitenprocedure van het Robertshuis.

De begeleider 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 begeleider zijn, maar ook de behandelcoördinator, fysiotherapeut, logopedist of verpleegkundige.

Niet bij de zorg betrokken deskundige

Indien het niet lukt 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 voorwaarden die aan deze deskundige zijn 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 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.

Onafhankelijke deskundige

Voor de start van het bieden van de onvrijwillige zorg moet een betrokken arts beslissen of er medische contra-indicaties zijn voor het bieden van de onvrijwillige zorg bij het Robertshuis, dit gaat over vrijheidsbepalende maatregelen. Dit wordt door gedragswetenschapper aan ouder(s) doorgegeven. Dit wordt geëvalueerd middels het WZD-stappenplan.

Indien het niet lukt om de onvrijwillige zorg af te bouwen in stap 2, dan vraagt de zorgverantwoordelijke een onafhankelijke deskundige van buiten het Robertshuis om advies.

Dit mag zijn een BIG-geregistreerde:

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

externe deskundige kan advies geven vanuit zijn expertise over alternatieven voor of het afbouwen van onvrijwillige zorg. Indien er al een AVG-arts of psychiater bij de cliënt betrokken is, gaat hier de voorkeur naar uit en zal deze betrokken worden als onafhankelijke deskundige.

WZD-functionaris

Binnen het Robertshuis zijn er twee gedragswetenschappers aangewezen als WZD-functionaris. Dit is een GZ-psycholoog (BIG-geregistreerd) en een orthopedagoog-generalist (BIG-geregistreerd). De WZD-functionaris is eindverantwoordelijk op het gebied van de toepassing van onvrijwillige zorg. Zij ziet toe op de toepassing van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan. Dit doet zij door de dossiers waarin onvrijwillige zorg is opgenomen te toetsen en de zorgverantwoordelijke daarover te adviseren. De WZD-functionaris heeft een aantal specifieke taken, deze zijn vastgelegd in de aanvulling op de functiebeschrijving.

WZD-commissie

Binnen het Robertshuis hebben we een WZD-commissie ingericht waarin zitting hebben de WZD-functionarissen, de zorgverantwoordelijken en managers zorg als afgevaardigde van de zorgaanbieder. De WZD-commissie is het centrale punt waar alles rondom de WZD samenkomt. De commissie kan onder andere een rol spelen in de organisatie van het proces om te komen tot het advies van de onafhankelijke deskundige en in het formuleren van de analyse voor de IGJ.

Arts

De externe (huis)arts of psychiater is vanuit de medische kant verantwoordelijk voor goede zorg aan cliënt, denkt mee over de afbouw van 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 en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de medische onvrijwillige zorg. Indien er beperking in bewegingsvrijheid, insluiting of medische handelingen overwogen wordt, dan moet een arts daarmee instemmen (stap 1).

Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur draagt zorg voor huidig 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

3.1 Wat is goede zorg?

De missie van het Robertshuis is: "Autisme de wereld in". Het behelst het geheel van activiteiten die ertoe leiden dat de zorg rondom het kind centraal staat en op een professioneel verantwoorde wijze uitgevoerd wordt. Ieder kind, jeugdige of (jong-)volwassene heeft het recht om zich binnen zijn/haar eigen mogelijkheden zo optimaal mogelijk te ontwikkelen. Het individu moet binnen zijn ontwikkeling niet enkel vanuit zijn ontwikkelingsproblematiek bekeken worden. Wij kijken naar de totaliteit van het menszijn met zijn/haar nauwe omgeving, waaronder de opvoedsituatie en/of andere belangrijke factoren, die ertoe bijdragen dat een kind, jeugdige of volwassene een evenwichtig bestaan kan opbouwen. Iedereen is uniek, ook al is er sprake van eenzelfde diagnose, dan nog is het uiteindelijke toestandsbeeld en de symptomen bij eenieder anders. Het gaat hierbij om zorg op maat. Ook heeft het kind, de jeugdige of de (jong-)volwassene in het verleden vaak ervaringen opgedaan die grotendeels bepalen hoe hij/zij nu in zijn/haar leven staat. Dit kan niet 'los' gezien worden van het huidige functioneren en zal met respect een plek krijgen binnen de geboden zorg. Iedereen heeft andere urgenties. In het Robertshuis houden we hier rekening mee bij het opstellen van het behandelplan en het activiteitenprogramma. Oftewel: Totaliteit, Uniciteit, Historiciteit, Urgentie en Continuïteit.

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

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/of 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 zorgplan*
Elke cliënt heeft een zorgplan. Daarin staan doelen die gebaseerd zijn op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Ze worden in overleg met de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) 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.
- *Aansluiten bij de ondersteuningsbehoeften van de cliënt*
We kijken goed naar wat een cliënt zelf kan en waarbij hij ondersteuning nodig heeft.
- *Het werken met risico-inventarisatie, taxatie, signaleringsplan en vertaling naar een behandeladvies.*
Samen met de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) stellen we vast welke risico's bestaan en wat de gevolgen van de risico's zijn. Dit leggen we vast in een behandeladvies, het signaleringsplan en de afspraken in het zorgplan van de cliënt.

3.3 Goede zorg kan vrijwillig én onvrijwillig zijn

Het bieden van goede zorg betekent zoveel mogelijk op zoek gaan naar vrijwillige zorg.

Dit zal centraal 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. Het uitgangspunt blijft dat de zorg die we bieden altijd goede zorg moet zijn.

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 de zorg, behandeling en/of ondersteuning basis van de zorgvraag van de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) wordt geboden. De cliënt en/of zijn vertegenwoordiger(s) hebben een beeld bij welke zorg de cliënt graag wil. De zorgverleners bekijken of zij deze zorg kunnen bieden. Deze zorg moet cliëntgericht, veilig en effectief zijn. 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. Dit komt aan bod in hoofdstuk 5 en 7.

4.2 De cliënt kan zelf beslissen (wilsbekwaam ter zake)

Het Robertshuis 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, behandeling en/of ondersteuning die wij bieden. De cliënt beslist zelf over zijn zorg, behandeling en/of ondersteuning. Samen met de zorgverleners stelt de cliënt het zorgplan 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. Daarom moet de cliënt altijd volledig en afgestemd op zijn niveau worden geïnformeerd over de zorg, zodat hij hier zelf over kan beslissen.

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 maken.

Binnen het Robertshuis wordt dit contextueel bekeken. Het kan zijn dat een kind wilsbekwaam is over het kiezen van zijn dagplanning, maar wilsonbekwaam over zijn sensorische balans en de gevolgen van een eventuele disbalans.

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 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. De toets kan in samenspraak met een gedragswetenschapper, onafhankelijke deskundige/arts en andere betrokken hulpverleners worden uitgevoerd. De uitkomsten hiervan worden besproken met de wettelijke vertegenwoordiger(s) 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.

4.5 Geen overeenstemming over de wils(on)bekwaamheid?

Als de bij de zorg betrokken deskundige de wilsonbekwaamheid ter zake heeft beoordeeld en diens wettelijke vertegenwoordiger(s) van die cliënt is het met dat oordeel niet eens, dan beslist een niet bij de zorg betrokken deskundige over de wilsonbekwaamheid van de cliënt. Indien de cliënt of diens vertegenwoordiger het ook niet eens met de beslissing van de niet bij de zorg betrokken deskundige is, dan kan hij de Cliënt Vertrouwenspersoon WZD inschakelen en/of daarover een klacht indienen bij de klachtencommissie. Dit kan bij de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KOCZ). Zie de website van het Robertshuis voor deze procedure.

4.6 Wettelijke vertegenwoordiger

Ouders, verzorgers, voogden, curatoren, bewindslieden, mentoren of door de cliënt aangewezen gemachtigden, kunnen functioneren als wettelijke vertegenwoordiger. Pas als de cliënt niet zelf kan beslissen, beslist de wettelijke 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.

4.7 Evalueren van vrijwillige zorg

Alle zorg, behandeling en ondersteuning binnen het Robertshuis wordt maandelijks geëvalueerd met alle interne zorgverleners en driemaandelijks met alle betrokken partijen.

4.8 Huisregels

Met huisregels regel je de ordelijke gang van zaken op 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 en wie wanneer op de gezamenlijke computer mag. Deze afspraken maken begeleiders en cliënten en/of hun wettelijke vertegenwoordiger(s) samen. Als een cliënt zich niet aan de huisregels houdt, neem je de consequenties hiervan op in het plan van de cliënt. De huisregels zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek op de website van het Robertshuis.

5 Verzet (h)erkennen

Zoals in het vorige hoofdstuk genoemd is zorg vrijwillig als de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger(s) 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. 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.

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 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 de 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.

Binnen het Robertshuis staat zelfbeschikking hoog in het vaandel. De doelgroep van het Robertshuis is zeer kwetsbaar en wanneer een cliënt niet in staat is om kenbaar te maken wat hij/zij niet of wel wil, dan wordt dit ook meegenomen als doel in het zorgplan, zodat een cliënt dit (zo veel mogelijk) kan leren.

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?

Het begrip “ernstig nadeel” in de WZD is het aanzienlijk risico dat:

1. De cliënt zichzelf of anderen in levensgevaar brengt, ernstig lichamelijk letsel toebrengt, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade toebrengt, ernstig verwaarloost of ‘maatschappelijk ten onder gaat’, of als zijn eigen ontwikkeling ernstig verstoord is of hij andermans ontwikkeling ernstig verstoort;
2. de veiligheid van de cliënt bedreigd wordt, al dan niet onder invloed van een ander;
3. het gedrag van de cliënt zo hinderlijk is dat het agressie van anderen oproept;
4. de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Ernstig nadeel is één van de criteria voor het verlenen van onvrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg kan alleen opgelegd worden als deze zorg:

1. de enige manier is om het ernstige nadeel weg te nemen;
2. Proportioneel; in verhouding staan tot het op te lossen ernstig nadeel
3. Doelmatigheid; effectiviteit (resultaat oplevert)
4. Subsidiariteit; de minst ingrijpende maatregel

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. Echter moet deze dreiging zich wel in afzienbare tijd voordoen.

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 wettelijke vertegenwoordiger(s). 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. Dit zal in het zorgplan bij elke cliënt, indien van toepassing, worden omschreven bij de betreffende probleemstelling.

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?

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 of diens wettelijke vertegenwoordiger(s) 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 wettelijke vertegenwoordiger(s) niet instemt of waartegen de cliënt zich verzet. Onvrijwillige zorg kan bestaan uit (niet alle onderstaande punten zijn voorkomend bij het Robertshuis):

1. het toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische controles en handelingen en overige therapeutische maatregelen;
 - toedienen van vocht/voeding
 - gedragsmedicatie
 - 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
 - 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.

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.

Het stappenplan WZD (zie hoofdstuk 2) is verwerkt in onze methodische cyclus en is onderdeel van de procedure zorgcyclus, zoals vastgelegd in het kwaliteitshandboek. Hieronder leggen we de zorgvuldigheidseisen uit.

7.2.1 Samen overleggen

Omdat onvrijwillige zorg zo ingrijpend is, is het belangrijk om samen met de cliënt en diens wettelijke vertegenwoordiger(s) te overleggen welke onvrijwillige zorg nodig is, zodat de wensen van de cliënt zoveel mogelijk kunnen worden meegenomen. Zo heeft de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger(s) nog zoveel mogelijk eigen regie. Het is van belang om met de cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger(s) 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, tijdens de maandelijkse cliëntbesprekingen. Op die manier bekijken we het ernstig nadeel van verschillende kanten, overwegen we alle mogelijke alternatieven, 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 deskundige en eventueel een onafhankelijke 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.

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.

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 continue naar zorg op maat, bescherming, vrijheid, veiligheid en ontwikkeling.

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

- De WZD-commissie
- Intercollegiale consultatie
- Cliëntondersteuning
- Centrum voor Consultatie en Expertise
- Ruim 85 alternatieven voor meer vrijheid in de zorg.
(<https://www.vilans.nl/kennis/alternatievenbundel-voor-meer-vrijheid-in-de-zorg/> /
(<https://www.ideon.nl/casulistiekbundel-onvrijwillige-zorg-downloaden/>)

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. De wetgever vindt namelijk bepaalde vormen van zorg zo ingrijpend voor de cliënt, dat hij daaraan extra eisen stelt. 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. Bij enkele vormen van zorg bij cliënten ouder dan 12 jaar moet het stappenplan toch doorlopen worden. Hierbij wordt besluitvorming op basis van de leeftijd gevolgd.

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 van de 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 zorgplan 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. Hierbij wordt binnen het Robertshuis gebruik gemaakt van de calamiteitenprocedure.

Wanneer er een aanzienlijk en aantoonbaar risico op een noodsituatie dreigt, moet soms worden *voorkomen* dat deze ontstaat. De onvoorziene noodsituatie en toepassing van de onvrijwillige zorg wordt gerapporteerd in dagrapportage. De dagrapportage wordt gemaakt op basis van overleg, zo spoedig mogelijk na de onvoorziene noodsituatie, tussen begeleider, zorgverantwoordelijke en WZD-functionaris en cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger(s). Na twee weken volgt een MDO met de begeleider, zorgverantwoordelijke en WZD-functionaris waarin wordt geëvalueerd of de onvrijwillige zorg nogmaals is ingezet, of de onvrijwillige zorg wordt opgenomen in het zorgplan en het stappenplan WZD gevolgd zal worden. Wanneer wordt afgewogen dat de onvrijwillige zorg moet worden toegepast, zal er overleg plaatsvinden met de cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger. De cliënt en/of de wettelijke vertegenwoordigers tekenen dan voor de onvrijwillige zorg.

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?

Verder is het vooral belangrijk om de voorschriften en afspraken te volgen die over de toepassing zijn gemaakt. De zorgverantwoordelijke bepaalt hoe je bijvoorbeeld een kind meeneemt naar een rustige ruimte of in welke situaties je een kind aan de hand houdt. Dan is het belangrijk om te weten waar je rekening mee moet houden bij deze specifieke cliënt.

7.6 Eén client, één plan?

De WZD gaat uit van één client, éénzelfde toepassing van onvrijwillige zorg. Als in het zorgplan onvrijwillige zorg is opgenomen bij één zorgaanbieder, dan voeren in principe de andere betrokken zorgaanbieders de maatregelen op dezelfde manier 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 het Robertshuis, 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 Stichting het Robertshuis behandeling ontvangt. De behandeling is dan een andere overeenkomst (tussen cliënt en therapeut). De medewerker die thuis zorg biedt, is geen noodzakelijk betrokken zorgverlener bij de behandeling. Dan is toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger nodig voor het delen van informatie.

7.8 Hoe evalueer je onvrijwillige zorg?

Iedere maand vinden er cliëntbesprekingen plaats. Binnen drie maanden na de start van de onvrijwillige zorg vindt de eerste evaluatie van de onvrijwillige zorg plaats met externen, intern wordt dit iedere maand meegenomen. 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 reactie van de cliënt op het inzetten van de onvrijwillige zorg?
- 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 onafhankelijke deskundige (een zorgverlener van buiten het Robertshuis) 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 multidisciplinair overleg. De overleggen worden gepland volgens de normale plancyclus.

Evaluatiefrequentie	Uitvoeringstijd
Start MDO (met in ieder geval deskundigen van andere discipline)	3 maanden
Indien afbouw niet lukt: evaluatie met niet bij de zorg betrokken deskundige	3 maanden
Indien afbouw niet lukt: advies onafhankelijke deskundige inwinnen	3 maanden
Indien afbouw niet lukt: evaluatie met advies onafhankelijke deskundige	6 maanden
Indien afbouw niet lukt: evaluatie met niet bij de zorg betrokken deskundige	Elke 6 maanden

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 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 scholen, naschoolse opvang of sportverenigingen.

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. Dit zal worden verwerkt in het zorgplan en wordt ondertekend door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger(s). Hieronder gaan we daar nader op in.

Stap 1 - beoordelen omstandigheden

Voordat je kunt bepalen of toepassing van ambulante onvrijwillige zorg mogelijk is, 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 wordt vastgelegd in het zorgplan van de cliënt.

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 door een van de ouders of door een begeleider van het Robertshuis.

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

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. Indien sprake van risico's wordt dit vastgelegd in het zorgplan en de besproken interventie ondertekend door de cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger(s).

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 het Robertshuis hiervoor gebruikt is 'Safety First'.

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. Hierom wordt meerdere keren per jaar intervisie georganiseerd. Binnen het Robertshuis hebben we te maken met een zeer kwetsbare doelgroep. Het Robertshuis heeft dan ook extra maatregelen op dit onderdeel zoals open deuren beleid en tijdens thuisbegeleiding is er altijd een ouder/verzorger aanwezig en in de buurt.

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 zorgplan van de cliënt.

a. Betrokkenheid zorgverantwoordelijke

Als je ambulante onvrijwillige zorg toepast, moet er een zorgverantwoordelijke betrokken zijn. Bij het Robertshuis is dit een gedragswetenschapper.

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 het Robertshuis 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?

Bovenstaande afspraken worden vastgelegd in het zorgplan en ondertekend door de cliënt en/of de wettelijke vertegenwoordiger(s).

8.3 Ambulante onvrijwillige zorg of toch onvrijwillige zorg op accommodatie?

Net als de WZD heeft ook het Robertshuis 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. Het Robertshuis 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, zoals op school of een zorgboerderij, 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(s),
- 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

Het Robertshuis 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 ouders

Verwanten zijn vrij om zelf keuzes te maken in de zorg aan hun naaste.

Als ouders 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 (respitzorg, 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 doen.

Bij voorkeur geven wij geen advies aan de verwant, mantelzorger en/of het netwerk van de cliënt om handelingen uit te voeren die vallen onder onvrijwillige zorg.

Ook als we hierover wel adviseren, valt de uitvoering van het toepassen van onvrijwillige zorg door een verwant mantelzorger en/of netwerk van de cliënt niet onder de verantwoordelijkheid van Stichting het Robertshuis. Je bent als medewerker van Het Robertshuis 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?

8.5 Externe dagbesteding en gezinshuizen

Wordt er onvrijwillige zorg op een dagbestedingslocatie toegepast, die niet in eigendom is of gehuurd wordt door het Robertshuis, dan is dit *ambulante onvrijwillige zorg*. Dit gaat bijvoorbeeld om een dagbestedingsplek of BSO.

8.5.1 Wat zijn de specifieke uitdagingen?

Onvrijwillige zorg toepassen tijdens externe dagbesteding is ingewikkeld. Zorgverlener en client zijn niet geheel vrij als er derden (collega's, buurtbewoners, omstanders) in de buurt zijn. 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.

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.

De interventie wordt besproken in het multidisciplinair overleg en in cliëntbesprekingen.

Mogelijke veranderingen en afbouw wordt doorgevoerd in het zorgplan.

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. Hieronder nog wat tips over wie je kunt betrekken.

Consultatie bij het WZD-commissie

Het Robertshuis heeft een WZD-commissie, dat kan meedenken over de afbouw van onvrijwillige zorg.

Consultatie door interne experts

- Een niet bij de zorg betrokken collega
- Het multidisciplinair expertiseteam onvrijwillige zorg. Dit is een groep deskundigen vanuit het Robertshuis die meedenkt met en ondersteunt bij de afbouw van onvrijwillige zorg en alle vragen die spelen op dit gebied.

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 een urotherapeut van een poep- en plaspoli.

10 Robertshuislocaties – waar

Het Robertshuis biedt behandeling op meerdere locaties 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. Het Robertshuis huurt alle locaties. Deze locaties waar onvrijwillige zorg wordt toegepast, zijn geregistreerd in een openbaar locatieregister.

10.1 Adres wordt gehuurd door het Robertshuis

Als dit adres in bezit is van of gehuurd wordt door het Robertshuis heet dit in de WZD een locatie. Deze locaties registeren we in het WZD-locatieregister als Wzd-locatie.

10.2 Adres is geen eigendom van of wordt niet gehuurd door het Robertshuis

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

11 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. Bij het Robertshuis zijn er geen cliënten die vallen onder de Wvggz of de wet forensische zorg. Cliënten vallen onder de Jeugdwet of de Wet Langdurige Zorg (WLZ).

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.

11.1 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. Het Robertshuis kan dit in overleg met alle betrokken partijen adviseren. Het Robertshuis heeft geen gesloten instelling. Op grond van de Jeugdwet kan daarvoor een machtiging gesloten jeugdhulp worden aangevraagd.

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 professional een verklaring afgeven dat deze jeugdige (ouder dan 12 jaar) op grond van zijn verstandelijke beperking of soortgelijke problematiek zorg nodig heeft volgens de WZD.

12 Externe cliëntvertrouwenspersoon (CVP WZD)

Elke cliënt heeft recht op bijstand van een cliëntvertrouwenspersoon (CVP) WZD. Deze CVP is extern en dus niet in dienst van het Robertshuis. De CVP van het Robertshuis is voor de locaties in Zuid-Limburg "Adviespunt" en voor de locaties in het Gooi is dit "Zorgstem". Dit is terug te vinden op de website van het Robertshuis en kwaliteitshandboek.

12.1 Wat doet de externe CVP WZD?

De cliëntenvertrouwenspersoon WZD 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. Bij het Robertshuis worden de ouders/verzorgers op de hoogte gebracht van de CVP voorafgaand aan de start van de behandeling. Dit wordt halfjaarlijks gecheckt of ouders/verzorgers hier nog steeds van op de hoogte zijn. 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.

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

De CVP is altijd welkom op de locaties en maakt een jaarverslag.

13 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 wettelijke vertegenwoordiger(s) 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 eruitziet als de cliënt een klacht heeft over onvrijwillige zorg.

13.1 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 wettelijke vertegenwoordiger(s) 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 verlof of ontslag van gedwongen opgenomen cliënten en de vraag of iemand ter zake van een bepaalde beslissing wilsonbekwaam wordt beoordeeld. Bij het Robertshuis is hiervoor KCOZ bereikbaar (zie website).

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.

13.2 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 de website van het Robertshuis.

14 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.

14.1 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.

14.2 Hoe vastleggen?

In het zorgplan van de cliënt wordt alle onvrijwillige zorg vastgelegd. Hierin wordt de onvrijwillige zorg per probleem, doelstelling en interventie vastgelegd wat maandelijks wordt geëvalueerd.

14.3 Wie registreert wat?

1. Het besluit tot toepassen van onvrijwillige zorg wordt in een cliëntbespreking genomen waarbij in ieder geval de zorgverantwoordelijke en alle interne betrokkenen aanwezig zijn.
2. De zorgverantwoordelijke registreert aan de hand van de uitkomsten van de cliëntbespreking de onvrijwillige zorg in het plan van de cliënt.
3. De zorgverantwoordelijke betreft indien nodig een arts of onafhankelijke deskundige, controleert, wijzigt en/of vult aan. 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. Het besluit van de WZD-functionaris wordt vastgelegd in het dossier.

14.4 Wat leg je vast in het cliëntdossier?

Indien bij een interventie onvrijwillige zorg moet worden toegepast, beantwoordt de zorgverantwoordelijke 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 wettelijke vertegenwoordiger(s) en de WZD-arts en als het informeren niet is gebeurd, de reden waarom;
- Waarom de cliënt (of diens wettelijke vertegenwoordiger(s)) 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 notulen van de overleggen over onvrijwillige zorg worden vastgelegd in de maandelijkse verslagen in het KVS bij de cliënt.

Indien van toepassing, in het KVS onder documenten:

- De verklaring van de persoonlijk gemachtigde over zijn bereidheid cliënt te vertegenwoordigen; (kopje ouders/verzorgers)
- De adviezen van de externe deskundige;(kopje externen)
- Verklaring van de arts dat cliënt is aangewezen op zorg conform artikel 1 lid 3 Wet zorg en dwang (kopje externen)
- Andere documenten die te maken hebben met of gaan over onvrijwillige zorg (kopje zorgplan)

15 Verantwoording aan inspectie

In de regeling WZD staat welke gegevens op welke momenten aangeleverd moeten worden 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 het Robertshuis toegepaste vormen van onvrijwillige zorg. Daarnaast analyseert de RvB jaarlijks de cijfers in het kwaliteitsrapport.

15.1 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 de IGJ.

15.2 Analyse

De analyse van onvrijwillige zorg vindt halfjaarlijks plaats. De WZD-commissie, ondersteund door de externe beleidsmedewerker, leveren de analyse aan.

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

- Welke gedwongen zorg u verleende en welke verschillen u ziet vergeleken met de vorige analyse
- Een duiding van de verleende (ambulante) onvrijwillige zorg en de verschillen met de voorgaande analyse.
- Welke maatregelen u heeft genomen om gedwongen zorg te voorkomen. En welke maatregelen u had kunnen nemen om gedwongen zorg te voorkomen
- Wat uw leer- en ontwikkelpunten zijn, de implementatie daarvan en of en hoe het beleidsplan hierop is aangepast
- De reactie van de cliëntenraad op de analyse.

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.

Jaarlijks wordt de analyse opgenomen in het kwaliteitsrapport van het Robertshuis.

16 Overlegstructuur

16.1 Overleg tussen WZD-functionarissen en het bestuur

De WZD-functionarissen en de Raad van Bestuur zijn beide verantwoordelijk voor een goede uitvoering van onvrijwillige zorg en de afbouw daarvan.

Omdat het Robertshuis in regio's is verdeeld en de WZD-functionarissen regionaal zijn aangesteld ligt het voor de hand dat zij met de bestuurder en de zorgverantwoordelijken in overleg gaan over de onvrijwillige zorg in de regio.

De Wzd-functionarissen en de zorgverantwoordelijken zijn samen de visiedragers van het Robertshuis van onvrijwillige zorg. Bestuurder en zorgverantwoordelijken zijn verantwoordelijk voor de randvoorwaarden voor een kwalitatieve uitvoering. Samen zijn zij verantwoordelijk voor alles wat met onvrijwillige zorg te maken heeft binnen het Robertshuis.

16.2 Overleg tussen WZD-functionaris en zorgverantwoordelijken

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. 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.

16.3 Overleg WZD-commissie

Dit is een driemaandelijks het Robertshuis-breed overleg. Alle leden van de commissie nemen hieraan deel. Zij wisselen kennis uit, ontwikkelen beleid en protocollen.