

ORO en de Wet zorg en dwang

De gevolgen van de invoering van de Wet zorg en dwang voor het
beleid en de protocollen van ORO

Naam: Marisa Portegies
Studentnummer: 2046080
Opleiding: HBO Rechten aan de Juridische Hogeschool
Organisatie: Stichting ORO
Stagedocent: Geertje van Schaaijk
Stagebegeleider: Corine Spaans
Afstudeerperiode: Februari - mei 2014

Helmond, 2014

26-05-2014

*Marisa Portegies, Studente HBO Rechten
Stagiaire Stichting ORO*

ORO en de Wet zorg en Dwang

De gevolgen van de invoering van de Wet zorg en dwang voor het
beleid en de protocollen van ORO

Naam: Marisa Portegies
Studentnummer: 2046080
Opleiding: HBO Rechten aan de Juridische Hogeschool
Organisatie: Stichting ORO
Stagedocent: Geertje van Schaaijk
Stagebegeleider: Corine Spaans

Helmond, 2014

Voorwoord

Ten afronding van mijn opleiding aan de Juridische Hogeschool heb ik van begin februari tot begin mei mijn afstudeerstage gelopen bij Stichting ORO in Helmond. ORO is een zorgaanbieder die zich in het gebied de Peel bezig houdt met de zorg- en dienstverlening aan cliënten met een verstandelijke beperking.

Voor ORO heb ik onderzoek gedaan naar de gevolgen die de invoering van de Wet zorg en dwang voor de organisatie zal hebben. Deze wet zal grote gevolgen hebben op de manier waarop ORO uitvoering geeft aan de zorg- en dienstverlening die zij aan haar cliënten biedt. Alle activiteiten die ORO in het kader van de zorg- en dienstverlening uitvoert kunnen binnen de reikwijdte van de Wet zorg en dwang vallen. ORO voelde de behoefte tot onderzoek naar gebieden waarop verbetering nodig is in het beleid en de protocollen om te voldoen aan de eisen die de Wet zorg en dwang hieraan zal stellen.

Hierbij wil ik graag iedereen bedanken die me heeft geholpen bij het tot stand komen van dit rapport en ieder die zijn steentje heeft bijgedragen om mijn tijd bij ORO zo prettig en vlekkeloos mogelijk te laten verlopen. Ik ben in het bijzonder mijn stagebegeleider Corine Spaans dankbaar voor haar steun. Tijdens ons wekelijkse overleg heb ik haar allerlei soorten vragen kunnen stellen en heeft zij me hier antwoord op kunnen geven, of me doorgewezen naar mensen die het antwoord wel wisten.

Daarnaast zou dit rapport niet op deze manier niet tot stand zijn gekomen zonder de begeleiding van mijn stagedocente Geertje van Schaaijk. Op de momenten dat ik alles met betrekking tot de Wet zorg en dwang in mijn onderzoek wilde betrekken, heeft zij er voor gezorgd dat ik een duidelijke richting aan bleef houden in mijn onderzoek. Op dergelijke momenten stond ik niet overal vierkant achter, maar nu ben ik haar er dankbaar voor.

Verder wil ik alle aardige collega's op het Centraal Bureau bedanken die er voor hebben gezorgd dat ik mijn tijd daar met plezier heb doorgebracht. Een speciaal woord van dank gaat uit naar Huub Beijers en mijn kamergenote Karin Mikkers.

Marisa Portegies

Helmond, mei 2014

Inhoud

Samenvatting	8
Lijst van afkortingen	9
Hoofdstuk 1: Inleiding	9
1.1 Probleembeschrijving	9
1.2 Doelstelling	10
1.3 Centrale vraag	10
1.4 Deelvragen	10
1.5 Opbouw van het rapport en beperkingen	11
Hoofdstuk 2: Het beleid en de protocollen met betrekking tot onvrijwillige zorg binnen ORO ...	12
2.1 Het cliëntendossier van ORO	12
2.1.1 De verantwoordelijke voor het persoonlijk plan	12
2.1.2 De inhoud van het persoonlijk plan	13
2.1.3 Uitvoering van het beleid in de praktijk	14
2.1.4 Het evalueren van het persoonlijk plan	14
2.1.5 Uitvoering van het beleid in de praktijk	15
2.2 Het gebruik van domotica en huisregels	15
2.2.1 Het gebruik van domotica binnen ORO	15
2.2.2 De huisregels binnen ORO	16
2.2.3 Uitvoering van het beleid in de praktijk	16
2.2.4 Andere vrijheidsbeperkende afspraken	17
2.3 Conclusie	17
Hoofdstuk 3: De onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang	18
3.1 De belangrijke begrippen in de Wet zorg en dwang	18
3.1.1 Het begrip “zorg” in de Wet zorg en dwang	18
3.1.2 Het begrip “accommodatie” in de Wet zorg en dwang	18
3.1.3 Het begrip “cliënt” in de Wet zorg en dwang	19
3.1.4 Dubbelproblematiek in de Wet zorg en dwang	19
3.1.5 De verantwoordelijken voor de zorg in de Wet zorg en dwang	20
3.2 De werking van de Wet zorg en dwang samen met andere wetgeving	20
3.2.1 Overgangsbepalingen van de Wet BOPZ naar de Wet zorg en dwang	21
3.2.2 De verhouding tussen de WGBO en de Wet zorg en dwang	21
3.3 Het toepassen van onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang	22

3.3.1 Het begrip “onvrijwillige zorg” in de Wet zorg en dwang.....	22
3.3.2 Het begrip “ernstig nadeel” in de Wet zorg en dwang.....	23
3.3.3 Het begrip “zorgplan” in de Wet zorg en dwang.....	23
3.3.4 Het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan.....	24
3.3.5 Het verlenen van onvrijwillige zorg onder de Wet zorg en dwang	24
3.5 De wettelijke voorwaarden voor het gebruik van vrijheidsbeperking	25
3.5.1 Een situatie van ernstig nadeel	25
3.5.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan bij een voorspelbare situatie	26
3.5.3 Het evalueren van het zorgplan in een multidisciplinair overleg.....	27
3.5.4 Het opleggen van huisregels	28
3.6 Conclusie	28
Hoofdstuk 4: De eisen die de Inspectie voor de gezondheidszorg stelt aan het gebruik van vrijheidsbeperking.....	29
4.1 De toetsingscriteria voor het gebruik van vrijheidsbeperking	29
4.1.1 De gehanteerde thema’s bij de inspectiebezoeken	29
4.1.2 Voorwaarden voor het gebruik van domotica	30
4.2 Algemene verbeteringsgebieden.....	30
4.3 Bevoegdheden IGZ onder Wet zorg en dwang.....	31
4.3.1 De toezichthoudende bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg	31
4.3.2 De registers onder de Wet zorg en dwang	32
4.4 Conclusie	32
Hoofdstuk 5: Een vergelijking tussen het beleid en de protocollen van ORO en de eisen uit de Wet zorg en dwang	34
5.1 Het gebruik van het zorgplan door ORO en De Wet zorg en dwang	34
5.1.1 Vrijheidsbeperking.....	34
5.1.2 Het gebruik van de registers door ORO en de Wet zorg en dwang	35
5.1.3 Het multidisciplinair overleg over de inhoud van het zorgplan	35
5.1.4 Evalueren zorgplan	36
5.1.5 Zorgverlener en zorgverantwoordelijke	37
5.2 Het gebruik van domotica door ORO en de Wet zorg en dwang	37
5.3 Het gebruik van huisregels door ORO en de Wet zorg en dwang	38
5.4 Het gebruik van overige vrijheidsbeperkende afspraken door ORO.....	39
5.5 Conclusie	39
Hoofdstuk 6: Conclusies en aanbevelingen	40
Literatuurlijst.....	45
Overige bronnen	45

A. Interne stukken	45
B. Geraadpleegde Kamerstukken	46
C. Elektronische bronnen	47
Bijlagen	48

Samenvatting

Wanneer de Eerste Kamer de Wet zorg en dwang accepteert, wordt er een geheel nieuw wettelijk kader toegepast op het verlenen van onvrijwillige zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening.

ORO is een zorgaanbieder in het gebied de Peel die zorg- en dienstverlening biedt aan cliënten met een verstandelijke beperking. De activiteiten die zij pleegt in het kader van de zorg- en dienstverlening zullen onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang vallen indien de cliënt deze zorg- en dienstverlening onvrijwillig ondergaat.

In dit rapport wordt de vraag beantwoord op welke gebieden veranderingen nodig zijn, in het kader van de Wet zorg en dwang, binnen het beleid en de protocollen van ORO ten aanzien van het leveren van onvrijwillige zorg aan haar cliënten met een verstandelijke beperking. Dit met als doel aan de Commissie Vrijheidsbevordering een rapport aan te bieden waarin uiteengezet wordt wat de effecten van de invoering van de Wet zorg en dwang zullen zijn voor het beleid en de protocollen van ORO ten aanzien van het leveren van onvrijwillige zorg aan haar cliënten binnen de zorg- en dienstverlening. Dit zodat de commissie advies kan geven aan de Raad van Bestuur over de aanpassingen die nodig zijn om te voldoen aan de eisen die de Wet zorg en dwang aan het beleid en de protocollen stelt.

Dit onderzoek is verricht door in rechtsbronnen en het interne beleid en protocollen van ORO te zoeken naar bepalingen met betrekking tot het gebruik van het zorgplan, domotica en huisregels. Nadat de bronnen zijn gezocht en de belangrijkste punten zijn beschreven, is er een vergelijking gemaakt tussen het beleid en de protocollen van ORO en de eisen die de Wet zorg en dwang en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hieraan stelt. Naar aanleiding hiervan zijn er conclusies getrokken en aanbevelingen geschreven.

Uit het onderzoek is gebleken dat het beleid en de protocollen van ORO op verschillende gebieden niet overeen komen met hetgeen de Wet zorg en dwang op deze gebieden voorschrijft. Met betrekking het zorgplan hanteert ORO andere termen en brengt deze onder in meerdere documenten, terwijl de Wet zorg en dwang deze in één document schaaft. Wat betreft de zorgverantwoordelijke in de Wet zorg en Dwang, spreekt ORO over een zorgcoördinator. Zolang ORO er zorg voor draagt dat aan iedere cliënt een zorgcoördinator wordt toegeschreven, hoeft op dit gebied geen tot minieme wijzigingen plaats te vinden.

Daarnaast is gebleken dat het beleid en de protocollen van ORO op verschillende punten aangevuld moeten worden. Dit heeft betrekking op de gebieden domotica, huisregels en andere vrijheidsbeperkende afspraken; ORO heeft hier vrijwel geen regelingen over getroffen in het beleid. Daarbij ontbreekt het de zorgverlening aan bewustzijn over het vrijheidsbeperkende karakter van domotica, huisregels en andere afspraken. De zorgverleners moeten bewust worden gemaakt het vrijheidsbeperkende karakter van dagelijkse handelingen en buiten de traditionele vormen van vrijheidsbeperking. Het vormen van beleid is een stap in de goede richting, maar cursussen zouden hen in de praktijk handvaten kunnen bieden.

Wat betreft het wilsonbekwaam verklaren van cliënten moet er geheel nieuw beleid gevormd worden; binnen het huidige beleid is niets geregeld en de Wet zorg en dwang is op dit gebied strikt en dwingend in zijn voorschriften.

Het registreren van accommodaties is een onderwerp waar stichting ORO zelf een keuze in moet maken in hoeverre ze het aantal woonvoorzieningen waar onvrijwillige zorg verleend mag worden wil uitbreiden.

Lijst van afkortingen

Onderstaande tabel geeft de afkortingen weer die in dit rapport worden gehanteerd en de voluit geschreven officiële aanduiding.

Art.	Artikel
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk wetboek
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
e.a.	En anderen
e.v.	En verder
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidsdienst
MDO	Multidisciplinair overleg
p.	Pagina
Par.	paragraaf
VG	Verstandelijk gehandicapten
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet BOPZ	Wet bijzondere opnemings psychiatrische instellingen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WZD	Wet zorg en dwang = Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten

Hoofdstuk 1: Inleiding

Stichting ORO is een organisatie die zich richt op de ondersteuning, begeleiding, huisvesting en dagbesteding van meer dan 1600 cliënten. Sommige cliënten genieten enkel dagbesteding die georganiseerd wordt door ORO, waar anderen op alle momenten van de dag begeleiding en toezicht nodig hebben in een woonvoorziening. ORO heeft ongeveer zestig woonvoorzieningen waar cliënten in meer of mindere mate zelfstandig kunnen wonen. Om cliënten met een zware zorgvraag te kunnen huisvesten zijn er vijf woonvoorzieningen waar intensieve zorg- en dienstverlening geboden wordt. De cliënten die hier gehuisvest worden hebben een dubbelproblematiek; naast een verstandelijke beperking lijden ze aan een aanvullende stoornis of ziekte zoals een psychische stoornis, psychogeriatrische ziekte of lichamelijke beperking. Een woonvoorziening wordt vaak door verschillende cliënten gedeeld door de ruimte op te delen in verschillende appartementen of woon- en slaapkamers. Om de zorg- en dienstverlening aan de cliënten te realiseren werken er binnen ORO ongeveer 1250 medewerkers en 700 vrijwilligers.

1.1 Probleembeschrijving

Als organisatie die zowel zorg als diensten verleent aan haar cliënten, wordt de wijze waarop hier uitvoer aan moet worden gegeven vastgelegd in een persoonlijk plan voor iedere cliënt, waar hij of zijn vertegenwoordiger zijn akkoord aan moet geven. Wanneer deze zorgverlening plaatsvindt zonder de toestemming van de cliënt of vertegenwoordiger, wordt dit geclassificeerd als onvrijwillige zorg. Er is tevens sprake van onvrijwillige zorg wanneer een cliënt ernstig nadeel bij zichzelf of een ander veroorzaakt of dreigt te veroorzaken en de zorgverlening ingrijpt zonder dat deze ingreep in het persoonlijk plan van de cliënt beschreven is. Wanneer de Wet BOPZ voor een deel wordt vervangen door de Wet zorg en dwang, zal de laatste in beide gevallen van onvrijwillige zorg van toepassing zijn en regels stellen die rechtsbescherming bieden aan de cliënt. Daarnaast biedt de Wet zorg en dwang ook de mogelijkheid aan de zorgaanbieder om een inbreuk te maken op de rechten van de cliënt door het bieden van onvrijwillige zorg juist mogelijk te maken.

De Wet zorg en dwang classificeert het bieden van zorg die niet is opgenomen in het zorgplan, waar geen toestemming voor is gegeven, waar de cliënt zich tegen verzet of in het geval van een noodsituatie als onvrijwillig. Hierbij gaat het om het toedienen van voeding, vocht of medicatie, het toedienen van psychofarmaca, het gebruik van maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken, het gebruik van domotica en het beperken van de vrijheid van de cliënt om zijn eigen leven in te richten. In het geval van het toedienen van voeding, vocht of medicatie, het gebruik van domotica en het beperken van de vrijheid van de cliënt zijn eigen leven in te richten, kunnen met de cliënt of vertegenwoordiger afspraken worden gemaakt waardoor het als vrijwillig geldt en de Wet zorg en dwang hier geen toepassing op heeft. Indien er geen vrijwillig alternatief is en er binnen een voorspelbare situatie door de cliënt ernstig nadeel wordt veroorzaakt voor zichzelf of een ander, mag in het zorgplan worden opgenomen dat wanneer deze situatie zich voordoet, psychofarmaca mag worden toegediend of gebruik worden gemaakt van maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken. Om te waarborgen dat alle vrijwillige alternatieven zijn overwogen, moet de zorgverantwoordelijke een stappenplan doorlopen voor hij mag overgaan op het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan.

De Wet zorg en dwang zal van grote betekenis voor ORO zijn, omdat bijna al haar activiteiten binnen de zorg- en dienstverlening onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang zullen vallen indien de cliënt zich verzet tegen de activiteit. Zo zal het bieden van begeleiding en ondersteuning onder verzet onder de reikwijdte van de wet vallen, evenals het gebruik van huisregels en een vaste dagstructuur of dagbesteding. Deze vormen van dienstverlening kunnen gezien worden als regels die de vrijheid van de cliënt om zijn eigen leven in te richten beperken.

Door de grote rol die de Wet zorg en dwang kan spelen in de organisatie, wil ORO laten controleren of haar beleid en protocollen waar de wet toepassing op zal vinden, voldoen aan de eisen die de wet

daaraan zal stellen en verbeterpunten aan te wijzen op de punten waar dit niet het geval is. Er zal onderzoek gedaan worden naar het beleid en de protocollen binnen ORO met betrekking tot dagbesteding, huisvesting, het gebruik van domotica en het persoonlijk plan, waarin beschreven wordt welke zorg- en dienstverlening ORO biedt aan haar cliënt.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is eind mei een rapport aan te bieden aan de Commissie Vrijheidsbevordering van ORO, waarin uiteengezet wordt wat de effecten van de invoering van de Wet zorg en dwang zullen zijn voor het beleid en de protocollen van ORO ten aanzien van het leveren van onvrijwillige zorg aan haar cliënten binnen de zorg- en dienstverlening. Dit zodat de commissie advies kan geven aan de Raad van Bestuur over de aanpassingen die nodig zijn om te voldoen aan de eisen die de Wet zorg en dwang aan het beleid en de protocollen stelt.

1.3 Centrale vraag

Op welke gebieden zijn veranderingen nodig in het kader van de Wet zorg en dwang binnen het beleid en de protocollen van ORO ten aanzien van het leveren van onvrijwillige zorg aan haar cliënten met een verstandelijke beperking?

1.4 Deelvragen

1. Welke protocollen en welk beleid hebben betrekking op vrijheidsbeperkende afspraken binnen de zorg- en dienstverlening van ORO en wat bepalen zij?
 - a. Wat wordt er geregeld binnen het beleid en de protocollen met betrekking tot het cliëntendossier, het persoonlijk plan en het behandel- of zorgplan?
 - b. Wat wordt er geregeld binnen het beleid en de protocollen met betrekking tot het gebruik van huisregels, dagbesteding en de inzet van domotica?
2. Wat zal de procedure zijn onder de Wet zorg en dwang voor het verlenen van onvrijwillige zorg en het maken van vrijheidsbeperkende afspraken bij de zorg- en dienstverlening?
 - a. Welke begrippen zijn van belang binnen de Wet zorg en dwang waarbij nadruk wordt gelegd op de begrippen zorg, accommodatie, zorgverantwoordelijke en cliënt?
 - b. Onder welke voorwaarden mag onder de Wet zorg en dwang, onvrijwillige zorg worden toegepast, met nadruk op het vaststellen van het zorgplan en de huisregels?
 - c. Aan de hand van welke wettelijke criteria kan de praktijk (beleid, protocollen etc.) m.b.t. het toepassen van onvrijwillige zorg bij de zorg- en dienstverlening getoetst worden?
3. Welke eisen stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan het gebruik van het zorgplan, domotica en huisregels in het kader van de Wet zorg en dwang?
4. Op welke punten wijkt het huidige beleid en de huidige protocollen op het gebied van zorg- en dienstverlening binnen ORO af van de eisen die de Wet zorg en dwang en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hieraan stelt?
5. Wat moet ORO invoeren of veranderen in haar beleid en protocollen om de rechten en plichten die de Wet zorg en dwang tot stand zal brengen te kunnen waarborgen bij de zorg- en dienstverlening?
 - a. Wat is niet meer toegestaan onder de Wet zorg en dwang?
 - b. Wat is niet aanwezig wat nodig is in het kader van de Wet zorg en dwang?

Deze deelvragen worden beantwoord door het doen van literatuuronderzoek, waarbij juridische bronnen, rapporten van de IGZ maar ook het interne beleid en protocollen van ORO worden gebruikt.

1.5 Opbouw van het rapport en beperkingen

Dit inleidende hoofdstuk zal gevolgd worden door een hoofdstuk waarin het beleid en de protocollen van ORO aan bod zullen komen. Er zal met name ingegaan worden op het zorgplan waarmee gewerkt wordt. Het gebruik van domotica en huisregels. In hoofdstuk drie zal de Wet zorg en dwang aan bod komen; hier ligt de nadruk vooral op de onderwerpen die ook in hoofdstuk twee behandeld worden, namelijk het gebruik van het zorgplan, domotica en huisregels. Dit zal voorafgegaan worden van een beschrijving van enkele begrippen die een prominente rol spelen in de Wet zorg en dwang. In hoofdstuk vier zal worden besproken welke regels de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft opgesteld ten opzichte van het toepassen van onvrijwillige zorg, waarbij de nadruk zal liggen op het gebruik van het zorgplan en domotica. In hoofdstuk vijf zal het beleid en de protocollen van ORO getoetst worden aan de eisen die de Wet zorg en dwang en de IGZ stellen aan het toepassen van onvrijwillige zorg. Hier zal weer met name de nadruk liggen op het gebruik van het zorgplan, domotica, huisregels en andere vrijheidsbeperkende afspraken. Ten slotte zal er een hoofdstuk volgen waarin aan de hand van de voorgaande hoofdstukken conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gegeven op welke gebieden binnen het beleid en de protocollen van ORO wijzigingen nodig zijn in het kader van de Wet zorg en dwang.

Op het moment van dit schrijven dient de Wet BOPZ als wettelijk kader voor het verlenen van onvrijwillige zorg bij cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen in een instelling. De Wet zorg en dwang zal deze wet gaan vervangen voor de doelgroep van cliënten met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. De aanhalingstitel van de Wet zorg en dwang luidt daarom ook 'Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten'.¹ Voor de leesbaarheid zal de formulering Wet zorg en dwang of WZD worden aangehouden. De wettekst waarnaar in dit rapport verwezen wordt, is de wettekst zoals die onder Kamerstukken I 2013/14, 31 996, nr. A bij de Eerste Kamer is ingediend. De Wet zorg en dwang is op 19 september 2013 door de Tweede Kamer aangenomen, maar de Eerste Kamer wil de wet behandelen in samenhang met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, welke nog in behandeling is bij de Tweede Kamer.²

In dit rapport wordt gesproken over cliënten, zorgverantwoordelijken, zorgcoördinatoren en zorgverleners die zowel van het mannelijk of vrouwelijk geslacht kunnen zijn. Voor de leesbaarheid van dit rapport, zullen zij allen eenvoudig met "hij" worden aangeduid.

¹ Art. 80 WZD.

² <http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/31996_wet_zorg_en_dwang> geraadpleegd op 05-03-2014.

Hoofdstuk 2: Het beleid en de protocollen met betrekking tot onvrijwillige zorg binnen ORO

ORO is een organisatie die zorg- en dienstverlening biedt aan meer dan 1600 cliënten met een verstandelijke beperking in meer dan zestig woonvoorzieningen in het gebied de Peel. Om aan deze zorg- en dienstverlening op eenduidige wijze vorm te kunnen geven, zijn er meerdere beleidstukken en protocollen opgesteld om er voor te zorgen dat de ongeveer 1250 medewerkers en 700 vrijwilligers op zodanige wijze uitvoering geven aan hun werkzaamheden, dat ORO hier als organisatie achter kan staan.

Binnenkort zal de Wet zorg en dwang ingevoerd worden. Bijna alle activiteiten die ORO binnen de zorg- en dienstverlening aan haar cliënten verleend, kunnen onder de reikwijdte van deze wet vallen indien de cliënt zich ertegen verzet. Dit zijn de activiteiten op de gebieden dagbesteding, huisvesting, ondersteuning en begeleiding. Om deze activiteiten op een vrijwillige basis te kunnen ondernemen moet de cliënt hiermee instemmen. Het akkoord van de cliënt met de zorg die hem wordt verleend wordt vaak vertegenwoordigd door het tekenen van een persoonlijk plan waarin de zorg- en dienstverlening die ORO aan hem verleend, wordt beschreven.

Om verder in dit rapport uit te kunnen leggen op welke gebieden veranderingen binnen ORO nodig zijn om aan de eisen van de Wet zorg en dwang te voldoen, zullen in dit hoofdstuk het beleid en de protocollen op verschillende gebieden binnen de zorg- en dienstverlening uitgelicht worden. Er is voor gebieden gekozen waar de Wet zorg en dwang toepassing op zal hebben, zoals het gebruik van een vaste dagstructuur en huisregels en het gebruik van domotica, maar ook de protocollen met betrekking tot het cliëntendossier en het persoonlijk plan van de cliënt waar ORO mee werkt.

2.1 Het cliëntendossier van ORO

Iedere cliënt waar ORO zorg- en dienstverlening aan verleend, heeft een cliëntendossier. Dit dossier bevat het werk- of behandelplan van de cliënt, zijn persoonlijk plan maar ook onderzoeksgegevens, rapportages en administratieve lasten met betrekking tot de cliënt. Het persoonlijk plan is het onderdeel van het cliëntendossier dat het dichtst bij de cliënt staat, doordat het in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger moet worden opgesteld.³ Voor enkele cliënten van ORO wordt geen persoonlijk plan opgesteld, enkel een werk- of behandelplan. Deze cliënten nemen alleen diensten af van de Psychologische Pedagogische Dienst, Paramedische Dienst, of Medische Dienst van ORO. Indien de cliënt daarnaast hulp krijgt van de Werklijn van ORO bij het vinden van werk, wordt er voor hem aanvullende een Trajectplan opgesteld.⁴

2.1.1 De verantwoordelijke voor het persoonlijk plan

Voor het opstellen van het persoonlijk plan is binnen ORO de zorgcoördinator verantwoordelijk. Deze medewerker zorgt ervoor dat alle benodigde informatie voor het tot stand brengen van het persoonlijk plan verzameld wordt. Daarnaast draagt hij er de verantwoordelijkheid voor dat het persoonlijk plan tijdig geëvalueerd wordt.

Indien een cliënt verschillende diensten van ORO afneemt, wordt er gebruik gemaakt van een hiërarchie van zorgcoördinatoren om te bepalen wie eindverantwoordelijk is voor het persoonlijk plan van de cliënt. Zo staat de zorgcoördinator van wonen hoger dan de zorgcoördinator van dagbesteding. Hierdoor zal de zorgcoördinator van wonen de eindverantwoordelijkheid voor het persoonlijk plan dragen, maar kan de zorgcoördinator van dagbesteding een bijdrage leveren aan het persoonlijk plan, indien de cliënt beide diensten afneemt.⁵

Daarnaast is het mogelijk dat een cliënt een dienst afneemt van ORO, maar ook van een andere zorgaanbieder. In dit geval wordt er door de zorgcoördinatoren van ORO en de andere zorgaanbieder

³ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 7, Bijlage B: Format persoonlijk plan.

⁴ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p 10.

⁵ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 9.

informatie uitgewisseld, maar wordt er voor de cliënt binnen ORO een eigen persoonlijk plan opgesteld.⁶

2.1.2 De inhoud van het persoonlijk plan

Het persoonlijk plan is opgebouwd in drie delen, waarbij het deel evalueren en waarderen niet meegeteld wordt. De cliënt wordt in beeld gebracht door in het eerste deel een beschrijving te geven van zijn voorgeschiedenis, als tweede het persoonsbeeld en als derde het perspectief. In de drie delen wordt gebruik gemaakt van negen domeinen.⁷ Indien een van de negen domeinen binnen een deel van het persoonlijk plan niet van toepassing is op de cliënt, dan mag dit volledig verwijderd worden. Dit ligt anders bij de bijlagen bij het persoonlijk plan, waarbij vaak iets aangevinkt moet worden met behoud van de andere opties.⁸

In het eerste deel van het persoonlijk plan worden de negen domeinen ondersteund door daarnaast de diagnose van de cliënt uit te werken. Daarnaast komt in dit onderdeel het verleden van de cliënt aan bod – de ziektes waar hij aan heeft geleden – maar ook wat zijn beperking en symptomen zijn. In het tweede deel – het persoonsbeeld – wordt beschreven op welke wijze de cliënt hulp nodig heeft binnen de negen domeinen en wat het risico is als hij deze hulp niet krijgt. In het derde deel van het persoonlijk plan komt het perspectief aan bod. Hier wordt beschreven welke zorg- en dienstverlening ORO biedt om in te spelen op de hulpvraag die geformuleerd is in het persoonsbeeld en op die manier het beschreven risico weg te nemen.⁹

2.1.2.1 De bijlagen bij het persoonlijk plan

Het persoonlijk plan kan verschillende bijlagen en protocollen bevatten. Een aantal hiervan moeten periodiek geëvalueerd worden. Dit moment valt tegelijk met de bespreking of evaluatie van het persoonlijk plan zelf. De bijlagen bij het persoonlijk plan kunnen betreffen:

- De netwerkkaart, welke verplicht opgenomen moet worden. Hierop wordt weergegeven met wie de cliënt contact heeft en welke activiteiten hij met deze persoon onderneemt;
- Bijlage beweging; hierin wordt geschetst op welke wijze de cliënt ondersteuning nodig heeft, door welke dienst dit wordt verleend, de manier en frequentie waarop dit plaatsvindt;
- Bijlage medicatieproces; hierin wordt opgenomen wie verantwoordelijk is voor verschillende delen van het medicatieproces: het voorschrijven, bewaren en innemen van de medicijnen;
- Bijlage domotica; hierin wordt aangetekend welke vormen van domotica bij de cliënt gebruikt worden en op welke manier de toezichthouder contact kan maken met de cliënt;
- Bijlage risicovolle handelingen; hierop wordt aangetekend welke voorbehouden en niet-voorbehouden handelingen bij een cliënt gepleegd worden;
- Bijlage Conduitestaat; Hierop wordt bij verschillende activiteiten weergegeven in hoeverre de cliënt deze zelfstandig of onder begeleiding kan ondernemen. De activiteiten die genoemd worden variëren van deelneming aan het verkeer, tot de mate waarin de cliënt zelfstandig om kan gaan met keukenapparatuur en schoonmaakmiddelen;
- Bijlage bijzonder zorgplan t.b.v. toeslag meerzorg, bij een zware zorgvraag;
- Bijlage bijzonder zorgplan in het kader van ZZP5, bij een zware zorgvraag;
- Bijlage BOPZ behandelplan (eerste); Hierop wordt beschreven welke BOPZ maatregel wordt ingezet bij de cliënt, om welke reden en voor welke duur;
- Bijlage BOPZ behandelplan (volgende); Dit behandelplan wordt opgesteld nadat de ingezette maatregel is geëvalueerd in een multidisciplinair overleg. Hierop moeten dezelfde gegevens vermeld worden als bij het eerste BOPZ behandelplan.

⁶ Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014.

⁷ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 6.

⁸ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p.13 e.v., Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014.

⁹ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p.14 e.v., Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014.

Van de genoemde bijlagen moeten de netwerkkaart, het medicatieproces en volgend BOPZ behandelplan jaarlijks geëvalueerd worden. De andere bijlagen moeten geëvalueerd worden indien er een verandering in de indicatie van de cliënt plaatsvindt of een andere wijziging plaatsvindt.

2.1.2.2 Het behandelplan in het kader van de Wet BOPZ

In het persoonlijk plan wordt de hulpvraag van de cliënt beschreven en de zorg- en dienstverlening die ORO biedt om deze vraag te vervullen. Indien zorgverlening noodzakelijk is, maar de cliënt hier niet mee instemt, is een BOPZ behandelplan nodig als basis om de zorgverlening onvrijwillig uit te voeren. Het behandelplan dient als wettelijke basis voor het toepassen van een dwangbehandeling of het inzetten van middelen en maatregelen om gevaar voor de cliënt of anderen weg te nemen. In het BOPZ behandelplan moet beschreven worden wat de situatie is die inzet van dwang mogelijk maakt en welke vorm van dwang wordt ingezet om dit gevaar weg te nemen. Daarnaast moet vermeld worden gedurende welke termijn dwang wordt ingezet en wanneer de inzet van de dwangbehandeling geëvalueerd wordt.¹⁰

Indien dwang wordt ingezet bij de ondersteuning van een cliënt wordt er voor hem een dossier vrijheidsbeperking aangemaakt. Hierin moet beschreven worden wat de beginsituatie was en wat de huidige situatie is. Verder moeten evaluatiemomenten aangegeven worden en vermeld wanneer en op welke wijze overleg plaats heeft gevonden met de – wettelijke – vertegenwoordiger van de wilsonbekwame cliënt of de cliënt zelf. Er moet verder een toekomstperspectief geschreven worden wat gericht is op afbouw of beëindiging van de dwangbehandeling. Hierin moet onder meer vermeld worden welke vrijwillige, of minder ingrijpende vrijheidsbeperkende alternatieven worden overwogen om de dwangbehandeling te vervangen.¹¹

2.1.3 Uitvoering van het beleid in de praktijk

Uit een intern auditverslag is gebleken dat het voor de medewerkers niet altijd duidelijk is welke afspraken op welke plaats in het persoonlijk plan terug moeten komen. Het persoonlijk plan wordt binnen een digitaal systeem bijgehouden. Deze zal binnen een jaar vervangen worden, waardoor het persoonlijk plan er ook anders uit zal gaan zien en het – hopelijk – eenvoudiger wordt voor de zorgverleners om mee te werken.¹²

Er kunnen binnen ORO (vrijheidsbeperkende) afspraken worden gemaakt binnen het persoonlijk plan van de cliënt en de bijlagen hierbij, maar ook binnen een aanvullend zorgplan of signaleringsplan. Het zorgplan wordt opgesteld indien de cliënt naast de zorg- en dienstverlening ook geneeskundige zorg nodig heeft. Een signaleringsplan wordt opgesteld indien een cliënt problematisch gedrag vertoont waarop ingespeeld moet worden door de medewerker. In het signaleringsplan – wat opgesteld wordt in overleg met een gedragsdeskundige – wordt beschreven bij welk gedrag van de cliënt, welke actie van de medewerker moet volgen. Deze acties kunnen in zekere mate de vrijheid van de cliënt beperken. Het auditverslag toont echter aan dat het problematisch gedrag van een cliënt waar volgens het signaleringsplan een vrijheidsbeperkende handeling op moet volgen, zelden of niet meer voorkomt.¹³

2.1.4 Het evalueren van het persoonlijk plan

Het persoonlijk plan dat voor – en met – een cliënt opgesteld wordt, moet periodiek geëvalueerd en vernieuwd worden. De cliënten van ORO hebben zeer diverse zorgvragen, waardoor er verschillen bestaan in de termijn waarna het persoonlijk plan van een cliënt vernieuwd moet worden. Een cliënt die de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt of een zware zorgvraag heeft, moet ieder jaar een nieuw persoonlijk plan krijgen. Voor de overige categorieën cliënten moet iedere twee jaar het

¹⁰ Bijlage G: BOPZ eerste behandelplan, Bijlage H: BOPZ volgende behandelplan.

¹¹ Bijlage I: Format opbouw dossier vrijheidsbeperking.

¹² Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014.

¹³ Bijlage E: Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO, p. 5.

persoonlijk plan vernieuwd worden. In het tussenliggende jaar wordt zijn persoonlijk plan geëvalueerd. Voorafgaand aan de vernieuwing van het persoonlijk plan, vindt er een bespreking plaats waarin besproken kan worden op welke gebieden het plan niet aan de zorgvraag van de cliënt voldoet.¹⁴

Tijdens de bespreking van het persoonlijk plan mogen de cliënt en zijn vertegenwoordiger aanwezig zijn. Daarnaast zijn de zorgcoördinator van de cliënt en eventuele aanspreekpunten en externen die een bijdrage aan het persoonlijk plan hebben geleverd bij de bespreking aanwezig. Indien deze externen of aanspreekpunten enkel bij het opstellen van een deel van het persoonlijk plan – of het opstellen van een bijlage betrokken zijn geweest – hoeft deze persoon enkel bij het deel van de bespreking aanwezig te zijn waarbij dit deel van het persoonlijk plan besproken wordt.¹⁵

2.1.5 Uitvoering van het beleid in de praktijk

Uit een intern auditverslag is gebleken dat vooral op de acties die als doel zijn opgenomen in het persoonlijk plan, op de voorgeschreven wijze geëvalueerd wordt. Dit zijn concrete punten waar aandacht aan besteed wordt in de zorg- en dienstverlening, maar ook in de evaluatie. De punten die niet als doel zijn opgenomen, worden minder zorgvuldig geëvalueerd. Hierdoor ontstaat het gevaar dat beslissingen statisch opgenomen worden in het persoonlijk plan. De beslissing is ooit genomen, maar wordt niet geëvalueerd waardoor het nut en de noodzaak ervan mogelijk na verloop van tijd vervallen zijn.¹⁶

2.2 Het gebruik van domotica en huisregels

De traditionele vormen van vrijheidsbeperking worden lichamelijk dicht bij de cliënt toegepast. Redelijk nieuwe vormen van vrijheidsbeperking zoals domotica, maar ook het gebruik van huisregels staan lichamelijk ver van de cliënt, maar maken een grote inbreuk op de vrijheid van de cliënt om zijn leven in te richten en zijn recht op privacy. Onder domotica worden elektronische hulpmiddelen begrepen, waarmee op afstand toezicht wordt gehouden op de cliënt. In het werkveld heerste er lange tijd onduidelijkheid of het gebruik van domotica als vrijheidsbeperkend moet worden geclassificeerd, maar in de Wet zorg en dwang wordt er stelling voor genomen dat domotica vrijheidsbeperkend is, tenzij de cliënt met het gebruik ervan heeft ingestemd en hij er weet van heeft dat er gebruik van wordt gemaakt.¹⁷

Huisregels organiseren de leefwijze binnen een accommodatie. De regels mogen in principe de vrijheid van de bewoner niet beperken, maar de mate waarin zij de leefwijze regelen binnen de accommodatie kan wel als beperkend gevoeld worden. Huisregels mogen daarom enkel algemene bepalingen bevatten die voor eenieder binnen de accommodatie gelden. In deze paragraaf zal nader in worden gegaan op het gebruik van domotica en huisregels binnen ORO.

2.2.1 Het gebruik van domotica binnen ORO

Binnen ORO wordt er gebruik gemaakt van elektronische hulpmiddelen om op afstand toezicht te houden op de cliënten. Er kan binnen ORO gekozen worden voor het inzetten van verschillende hulpmiddelen die onder het begrip domotica geschaard worden. Op de bijlage bij het persoonlijk plan wordt aangetekend welke middelen worden ingezet bij de specifieke cliënt. Dit kan een enkele vorm van domotica betreffen, of een combinatie van verschillende hulpmiddelen. Er moet daarnaast aangegeven worden of er contact gemaakt mag worden met de cliënt vanuit de toezichthoudende afdeling en op welke manier dit moet gebeuren. Verder moet er aangegeven worden met wie de toezichthoudende afdeling contact op moet nemen indien geconstateerd wordt dat de cliënt hulp

¹⁴ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 18.

¹⁵ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 18, Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014.

¹⁶ Bijlage E: Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO, p. 5.

¹⁷ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 12.

nodig heeft.¹⁸ Behalve de bijlage bij het persoonlijk plan is er geen officieel beleid binnen ORO over het toepassen van domotica. Binnen de stichting ORO werkt een persoon die het gebruik van domotica aanstuurt en documenten heeft geschreven die enkel beperkt toegankelijk zijn.

2.2.2 De huisregels binnen ORO

Binnen ORO zijn er geen algemeen geldende huisregels. Voor iedere voorziening worden eigen huisregels opgesteld die afgestemd zijn op die doelgroep die op de locatie aanwezig is. In het bewonersdossier van de cliënt, moet ten allen tijde de meest recente versie van de huisregels zijn opgenomen. In de huisregels mogen geen regels opgenomen worden die te maken hebben met de verstandelijke beperking van de leefgroep. De huisregels mogen enkel de ordelijke gang van zaken in de voorziening regelen. Indien een cliënt zich niet aan de huisregels houdt, mag hier een sanctie aan verbonden worden, maar deze mag geen straffend karakter hebben, enkel een herstellend karakter. Onder het begrip huisregels worden alle regels verstaan die een vaste dagstructuur of verplichtingen creëren, beperkingen betreffen, regels treffen over bezoek, het ontvangen en verzenden van post en het hebben van telefoongesprekken. Ieder jaar worden de huisregels binnen de voorziening geëvalueerd en aan de Commissie Vrijheidsbevordering toegestuurd. De commissie houdt er toezicht op dat er geen huisregels op worden genomen die onnodig de vrijheid van de cliënten beperken.¹⁹

2.2.3 Uitvoering van het beleid in de praktijk

Over het gebruik van domotica lijkt binnen ORO weinig geregeld te zijn met betrekking tot het mogelijk vrijheidsbeperkende karakter ervan. Binnen de Commissie Vrijheidsbevordering wordt het gebruik van domotica gezien als een vorm die kan gelden als onvrijwillige zorg. Daarnaast zijn er de woonvoorzieningen die over veel kennis beschikken wat betreft dwang en onvrijwillige zorg en domotica beschouwen als een middel dat de vrijheid van de cliënt kan beperken en als onvrijwillige zorg kan gelden. Het gevaar ligt er echter in, dat als deze kennis enkel op deelgebieden bekend is, de technieken onverantwoord toe worden gepast binnen andere woonvoorzieningen waar deze kennis niet aanwezig is.

De cliënten van ORO variëren veel in leeftijd en ontwikkelingsniveau waardoor hierop aangepaste regels per leefgroep nodig zijn. Zo zijn er woonvoorzieningen waar de huisregels weinig specifieke regels opleggen en voornamelijk gerefereerd wordt naar het persoonlijk plan waar individuele afspraken in gemaakt kunnen worden. Daarnaast zijn er woonvoorzieningen die meer gedetailleerde samenlevingsregels opnemen in de huisregels. Dit kan variëren van het draaien van (luide) muziek, naar het hebben van huisdieren tot waar binnen het gebouw of op het terrein gerookt mag worden.²⁰ Daarnaast zijn er woongroepen waar de huisregels een vaste dag- en weekstructuur regelen door etenstijden vast te leggen, maar ook aan te geven tussen welke tijden bezoek en telefoongesprekken plaats kunnen vinden.²¹

De huisregels worden – zoals het beleid voorschrijft – door het team en de bewoners van de voorziening vastgesteld. Er zijn echter woonvoorzieningen waar de hierop volgende evaluatie op een dergelijke wijze plaats vindt, dat deze niet overeen komt met het beleid. Zo is niet altijd aan de huisregels aan te zien wanneer deze voor het laats zijn geëvalueerd, of is de meest recente versie niet opgenomen in het bewonersdossier van de cliënt.²² Verder schrijft het beleid voor dat de huisregels na evaluatie binnen de voorziening aan de Commissie Vrijheidsbevordering toegestuurd moeten worden.²³ Dit vindt niet consequent plaats. De praktijk leert dat de commissie zelf de

¹⁸ Bijlage F: Bijlage persoonlijk plan: Domotica.

¹⁹ Bijlage C: Stichting ORO en de Wet BOPZ, p. 7 en 13.

²⁰ Bijlage J t/m M: Voorbeelden huisregels verschillende locaties.

²¹ Bijlage C: Stichting ORO en de Wet BOPZ, p. 13, Bijlage J t/m M: Voorbeelden huisregels verschillende locaties.

²² Bijlage E: Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO, p. 4 e.v..

²³ Bijlage C: Stichting ORO en de Wet BOPZ, p. 13.

aanvraag de deur uit moet doen om de huisregels toegestuurd te krijgen. Dit vindt niet jaarlijks of periodiek plaats, enkel wanneer er aanleiding voor is. De laatste keer wanneer dit werd gedaan was in 2011. In de zomer of het najaar van 2014 zal de commissie bij de voorzieningen de huisregels opvragen en evalueren.

2.2.4 Andere vrijheidsbeperkende afspraken

De huisregels regelen de dagelijkse gang van zaken binnen de voorziening. Voor cliënten kan daarnaast specifiek en persoonlijk een vaste dagstructuur afgesproken worden. Het persoonlijk plan is de basis voor het opstellen van de dagstructuur. Hierin is in grote lijnen uiteengezet waar de cliënt hulp mee nodig heeft. De dagstructuur wordt naar aanleiding hiervan per cliënt nader uitgewerkt. Deze dagstructuur kan erg gedetailleerd vast worden gelegd, of enkel in grote lijnen. Zo kan een dagstructuur eruit bestaan dat enkel etenstijden en tijden waarop dagbesteding of werk uitgevoerd moeten worden zijn opgenomen, of momenten waarop medicijnen ingenomen moeten worden. Maar voor andere doelgroepen wordt op een gedetailleerde wijze de activiteiten die de cliënt die dag moet uitvoeren, uitgestippeld.²⁴

2.3 Conclusie

ORO beschikt in voldoende mate over beleid en protocollen met betrekking tot het tot stand komen en gebruiken van het persoonlijk plan. Het ontbreekt de zorgverlening aan het nakomen van dit beleid, met name waar het aankomt op evaluatie. Dit heeft tot op heden nog niet tot gevaarlijke situaties geleid, wat niet betekent dat dit gevaar niet in de toekomst aanwezig is.

Over het gebruik van domotica is nog erg weinig bekend buiten specifieke medewerkers en doelgroepen. De deskundigheid en het beleid zijn bij een beperkt aantal medewerkers bekend. Het gebruik van domotica speelt echter een grote rol in de zorg- en dienstverlening van ORO aan haar cliënten. Verspreiding van kennis over de redenen waarom in specifieke situaties voor domotica gekozen kan worden – en waarom niet – kan van toegevoegde waarde zijn. Evenals de risico's die vastzitten aan het gebruik van domotica.

Op papier staat veel in het beleid wat betreft de huisregels, maar de nakoming hiervan schiet tekort. Door de medewerkers wordt het beleid niet consequent nageleefd en de Commissie Vrijheidsbevordering die toezicht moet houden op het gebruik van huisregels is hier evenmin consequent in. Ondanks het feit dat als sanctie voor het niet-nakomen van de huisregels enkel een herstellende sanctie opgelegd mag worden, kan de manier waarop wordt omgegaan met huisregels een risico vormen voor ORO.

De vrijheidsbeperkende afspraken die binnen ORO worden gemaakt zoals de vaste dagstructuur en dagbesteding zijn afspraken die in grote mate de mogelijkheid van de cliënt om zelf zijn leven in te kunnen vullen beperken. De afspraken hierover worden vaak op een zodanige wijze gemaakt dat het onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor de precieze invulling van de dagstructuur en op welke wijze het wordt vastgelegd en geëvalueerd.

²⁴ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 8, Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014, Bijlage N: Rondleiding Rijtven d.d. 12-03-2014.

Hoofdstuk 3: De onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang

Op het moment van dit schrijven dient de Wet BOPZ als wettelijk kader voor het verlenen van onvrijwillige zorg bij cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen in een instelling. De Wet zorg en dwang zal deze wet gaan vervangen voor de doelgroep van cliënten met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.

In dit hoofdstuk zal de inhoud van de Wet zorg en dwang besproken worden. Er zal ten eerste een algemene uitleg van een aantal belangrijke begrippen gegeven worden. Daarna zal er ingegaan worden op de verhouding van de Wet zorg en dwang ten opzichte van andere wetgeving, het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en de beslissing tot feitelijke toepassing van onvrijwillige zorg. Ten slotte zal een overzicht van de wettelijke eisen voor het toepassen van onvrijwillige zorg gegeven worden.

3.1 De belangrijke begrippen in de Wet zorg en dwang

Voor een goed begrip van de Wet zorg en dwang zullen ten eerste een aantal belangrijke, terugkerende begrippen uitgelegd moeten worden. In deze paragraaf zal daarom ingegaan worden op het begrip zorg, de accommodatie, de cliënt en de verschillende partijen en personen die betrokken zijn bij het verlenen van de zorg.

3.1.1 Het begrip “zorg” in de Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang geeft zelf geen uitgebreide definitie wat ze verstaat onder het begrip zorg. Er wordt voldaan met een verwijzing naar het zorgbegrip uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), dat alle zorg die als zodanig wordt geclassificeerd door of krachtens de AWBZ, onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang valt. De definitie van zorg is zodanig vormgegeven, zodat de wet ook van toepassing is op particulier ingekochte zorg die vergelijkbaar is met AWBZ zorg. Uitgezonderd hiervan wordt de AWBZ zorg die wordt verleend in instellingen die onder het begrip instelling van de Wet BOPZ vallen, waardoor psychiatrische instellingen uitgesloten worden van de werkingssfeer van de Wet zorg en dwang.²⁵

3.1.2 Het begrip “accommodatie” in de Wet zorg en dwang

Het begrip accommodatie wordt door de Wet zorg en dwang uitgelegd als iedere bouwkundige voorzieningen die bestemd is voor de huisvesting van een cliënt die valt binnen de doelgroep met een zorgvraag tot AWBZ zorg waarin de zorgaanbieder voorziet. Door de vormgeving van dit begrip vallen de traditionele grote woonvoorzieningen, maar ook kleinschalige woonvormen onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang.²⁶

Indien de zorgaanbieder de mogelijkheid wil hebben binnen een accommodatie onvrijwillige zorg te verlenen, of cliënten onvrijwillig op te nemen, dan moet hij deze accommodatie registreren in een register dat wordt opgericht op grond van de Wet zorg en dwang. Om opgenomen te kunnen worden in het register moet de zorgaanbieder aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een opgave sturen waarin een aanduiding wordt gegeven van de naam – of andere aanduiding – en het adres van de accommodatie, de naam en rechtsvorm van de zorgaanbieder en de vormen van zorg die er verleend worden. De zorgaanbieder moet dus iedere accommodatie die hij onder zich heeft, op zichzelf in het register opnemen indien hij er onvrijwillige zorg wil verlenen, of cliënten onvrijwillig op wil kunnen nemen.²⁷ Voor de accommodaties die onder de Wet BOPZ onder dwang zorg mochten verlenen aan de doelgroep van de cliënten van de Wet zorg en dwang is er een overgangsregeling

²⁵ Art. 1 lid 4 WZD jo. Art. 2 Besluit zorgaanspraken AWBZ, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 13 en 44 e.v., Frederiks e.a. 2010, par. 3.1.

²⁶ Art. 1 lid 1 onder b WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 6, 15 en 41, Frederiks e.a. 2010, par. 3.1 en 4.2., Frederiks & Blankman 2013, par. 2.2.

²⁷ Art. 20 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 59.

getroffen. De accommodaties met een BOPZ- aanmerking die zorg verlenen aan cliënten die nu onder de Wet zorg en dwang vallen, worden automatisch opgenomen in het register van accommodaties waar onvrijwillige zorg mag worden toegepast.²⁸

3.1.3 Het begrip “cliënt” in de Wet zorg en dwang

Het begrip cliënt is in zekere zin – net zoals het begrip zorg – afgeleid van de AWBZ. Een cliënt wordt onder de Wet zorg en dwang enkel als zodanig aangemerkt, indien hij een zorgindicatie heeft van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit indicatiebesluit bevat een verklaring van een deskundig arts waarin hij heeft vastgesteld dat de persoon een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening heeft. De persoon die gebruik maakt van particulier ingekochte AWBZ zorg heeft geen indicatiebesluit van het CIZ. Hij kan alsnog als cliënt aangemerkt worden indien hij een schriftelijke verklaring van een kundige arts over kan leggen dat hij een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening heeft.²⁹

3.1.3.1 De wilsbekwaamheid van de cliënt in de Wet zorg en dwang

Het uitgangspunt is dat de cliënt de beslissingen neemt over de zorg die hem verleend wordt. De cliënt is enkel wilsonbekwaam indien een deskundige, niet bij de behandeling betrokken arts vaststelt dat de cliënt niet tot een redelijke waardering van zijn belangen kan komen over een beslissing die hem betreft. De constatering dat de cliënt onbekwaam is, de beslissing waarover hij onbekwaam is en het moment waarop dit is vastgesteld moeten door de zorgverantwoordelijke schriftelijk vastgelegd worden.³⁰ Tegen de beslissing tot het wilsonbekwaam verklaren van de cliënt kan een klacht ingediend worden bij de klachtencommissie.³¹

Indien de cliënt wilsonbekwaam wordt verklaard moet een vertegenwoordiger aangewezen worden. In de eerste plaats is dit de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt; indien deze niet aangewezen is, is tot vertegenwoordiging bevoegd – op volgorde in afwezigheid van de voorgaande – de door de cliënt schriftelijk gemachtigde, de echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel van de cliënt, zijn ouders, kinderen, broer of zus. De Wet zorg en dwang sluit uit dat als vertegenwoordiger aangewezen kan worden zijn zorgaanbieder, zorgverantwoordelijke of een zorgverlener die aan hem zorg verleend.³²

3.1.4 Dubbelproblematiek in de Wet zorg en dwang

De aandoeningen waar de cliënten die onder de Wet zorg en dwang vallen, beperken zich niet altijd tot enkel een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Er zijn cliënten bij wie tot het ziektebeeld ook een psychische stoornis of andere aandoening hoort. Deze cliënten hebben hierdoor een dubbelproblematiek. Door het samenspel van verschillende aandoeningen speelt de vraag binnen welk wettelijk kader deze cliënten vallen, omdat op hen naast de Wet zorg en dwang, ook de Wet BOPZ van toepassing kan zijn.

Het uitgangspunt bij cliënten met een dubbelproblematiek is dat zij woning en zorg verkrijgen vanuit een instantie die gespecialiseerd is in de behandeling van zijn overheersende zorgvraag. Afhankelijk van de zorgaanbieder en accommodatie waarin de cliënt zorg verkrijgt, valt hij binnen het wettelijk kader van de Wet BOPZ of de Wet zorg en dwang. Indien de cliënt zich verzet tegen de opname in een woonvoorziening, moet er een rechterlijke machtiging voor zijn opname aangevraagd worden. De organen die op basis van de Wet BOPZ en de Wet zorg en dwang bevoegd zijn tot aanvraag van

²⁸ Art. 20 lid 2 WZD, *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 3, p. 60.

²⁹ Art. 1 lid 1 onder c WZD, *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 3, p. 13 en 42 *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 4, p. 6, Frederiks & Blankman 2013, par. 3.2.

³⁰ Art. 3 WZD, Frederiks & Blankman 2013, par. 5.1.

³¹ Art. 53 lid 1 onder a WZD.

³² Art. 1 lid 1 onder e jo. art. 3 lid 4 WZD, *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 3, p. 42, *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 4, par. 6, Frederiks & Blankman 2013, par. 5.1.

de rechterlijke machtiging, kunnen onderling zaken overdragen indien een van beide van mening is dat aan de zorgvraag van de cliënt beter tegemoet kan worden gekomen in een voorziening onder de reikwijdte van de andere wet.³³

Gedurende het gedwongen verblijf in een voorziening kan de overheersende zorgvraag van de cliënt met een dubbelproblematiek veranderen. Indien de cliënt verblijf had in een accommodatie onder de Wet zorg en dwang, maar zijn overheersende zorgvraag verandert naar een psychische stoornis, dan kan deze cliënt overgedragen worden aan een BOPZ-instelling nadat een rechterlijke machtiging op grond van deze wet is aangevraagd. De rechterlijke machtiging voor opname in een accommodatie onder de Wet zorg en dwang vervalt dan op het moment dat de cliënt wordt opgenomen in een BOPZ-instelling.³⁴

3.1.5 De verantwoordelijken voor de zorg in de Wet zorg en dwang

Uit professioneel opzicht zijn er verschillende partijen verantwoordelijk voor de zorg die verleend wordt aan de cliënt. De Wet zorg en dwang wijst ten eerste de zorgaanbieder aan, die handelt uit bedrijfsmatig of beroepsmatig opzicht in de zorgverlening aan de cliënt. Uit deze definitie blijkt dat de mantelzorger hier niet onder gerekend wordt. Ten tweede wordt in de Wet zorg en dwang aan de persoon met de titel zorgverantwoordelijke veel verplichtingen toegewezen met betrekking tot het toepassen van onvrijwillige zorg. De zorgaanbieder moet een categorie medewerkers aanwijzen die de functie zorgverantwoordelijke op zich kunnen nemen. Aan de bekwaamheid van deze medewerkers worden geen eisen gesteld, naast het enkele voorschrift dat hij over de vereiste kennis en ervaring beschikt om zijn rol uit te kunnen voeren. De zorgaanbieder moet voor iedere cliënt een medewerker aanwijzen die de functie zorgverantwoordelijke uitvoert voor die cliënt.

Ten slotte is de term zorgverlener van belang bij de zorgverlening onder de Wet zorg en dwang. Een zorgverlener kan daarnaast de titel zorgverantwoordelijke dragen voor een of meer cliënten. De zorgverlener werkt onder verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en is betrokken bij het uitvoeren van het zorgplan. Door de zorgaanbieder moet vastgelegd worden welke categorieën medewerkers bevoegd zijn beslissingen te nemen over het toepassen van onvrijwillige zorg en het feitelijk toepassen ervan. Er is een zekere deskundigheid nodig om verantwoord onvrijwillige zorg uit te kunnen voeren, ondanks dat het verlenen van onvrijwillige zorg niet aangewezen is als een voorbehouden handeling in de Wet BIG. Er zijn wel vormen van onvrijwillige zorg – zoals het zetten van injecties – die zelfstandig als voorbehouden handeling zijn aangewezen.³⁵

3.2 De werking van de Wet zorg en dwang samen met andere wetgeving

De Wet zorg en dwang vindt toepassing op een veld waar overlap is in wettelijke kaders. Zo bepaalt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) evenals de Wet zorg en dwang het een en ander over vertegenwoordiging en dwang in de zorg. Daarnaast zal de Wet zorg en dwang op het gebied van het verlenen van onvrijwillige zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische stoornis bij de invoering de Wet BOPZ vervangen voor deze doelgroep. Deze overgang zal echter tijd kosten en tot de praktijk volledig aangepast aan het nieuwe wettelijk kader, zal er overlap zijn tussen deze wetten. Daarom zal in deze paragraaf aandacht besteed worden aan de manier waarop er maatregelen zijn getroffen om het mogelijk te maken dat de Wet zorg en dwang naast de Wet BOPZ en WGBO kan bestaan.

³³ Art. 28 jo. Art. 65 onder C WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 67, Frederiks e.a. 2010 par. 4.5.

³⁴ Art. 65 onder A lid 2 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 76, Frederiks e.a. 2010 par. 4.5.

³⁵ Art. 1 lid 1 onder f, g en h jo. Art. 7 WZD, Art. 36 lid 5 Wet BIG, *Kamerstukken II*, 2004/05, 28 950, nr. 5, p. 3, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 15, 42 e.v. en 50 e.v..

3.2.1 Overgangsbepalingen van de Wet BOPZ naar de Wet zorg en dwang

Door de invoering van een nieuw wettelijk kader in de vorm van de Wet zorg en dwang moeten er zaken naar deze wet worden overgeheveld vanuit de Wet BOPZ. Om aan deze overgang van rechten en plichten vorm te geven, zijn er overgangsbepalingen opgenomen in de Wet zorg en dwang. Zo bevat de Wet zorg en dwang een bepaling die de Wet BOPZ zodanig wijzigt dat de instellingen en cliënten die onder de Wet zorg en dwang vallen, niet meer onder de Wet BOPZ vallen.³⁶ Verder bepaald de Wet zorg en dwang dat een persoon die onvrijwillig verblijf heeft in een BOPZ-instelling niet onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang valt. In het geval dat de cliënt een machtiging op grond van de Wet BOPZ had, vervalt deze op het moment dat er een machtiging op grond van de Wet zorg en dwang wordt afgegeven en de cliënt verblijf heeft in een accommodatie.³⁷ Indien een cliënt al verblijf had in een accommodatie die gericht is op de zorg van cliënten met een verstandelijk beperking of psychogeriatrische aandoening, dan worden de machtigingstitels verleend onder de Wet BOPZ gelijkgesteld met de machtigingstitels onder de Wet zorg en dwang. Verlenging van deze titels worden ook gelijk gesteld met de titels van de Wet zorg en dwang.³⁸ Na invoering van de Wet zorg en dwang moet uiterlijk na zes maanden de behandeling binnen de accommodaties die onder de reikwijdte van de wet vallen, voldoen aan de eisen die de Wet zorg en dwang eraan zal stellen. Indien dit niet binnen zes maanden lukt, blijft de Wet BOPZ binnen deze accommodaties van toepassing tot de werkwijze voldoet aan de Wet zorg en dwang. Klachten die voor de invoering van de Wet zorg en dwang zijn ingediend bij de klachtencommissie van de zorgaanbieder, moeten worden behandeld met toepassing van de regels van de Wet BOPZ. Later ingediende klachten worden behandeld met toepassing van de Wet zorg en dwang.³⁹

3.2.2 De verhouding tussen de WGBO en de Wet zorg en dwang

De mogelijkheid bestaat dat een cliënt in een accommodatie naast de AWBZ zorg een geneeskundige behandeling ondergaat. In dit geval kan er sprake zijn van samenloop tussen de Wet zorg en dwang en de WGBO. Wanneer dit zich voordoet, is het uitgangspunt dat de zorg die de zorgaanbieder verleend onder het wettelijk kader van de Wet zorg en dwang valt. De WGBO werkt in dit geval als een 'lex generalis' en de Wet zorg en dwang als een 'lex specialis'. Dit houdt in dat de WGBO de algemene regelingen bepaald, maar waar de Wet zorg en dwang afwijkt van de WGBO, hebben de regels van de Wet zorg en dwang voorrang.⁴⁰

In de gevallen wanneer een cliënt onder de reikwijdte van de Wet zorg en dwang daarnaast een medische behandeling ondergaat, zijn een aantal artikelen van de WGBO niet van toepassing verklaard, zodat er geen sprake kan zijn van overlappende bepalingen. De artikelen die buiten werking zijn verklaard, hebben betrekking op de toestemming van de minderjarige of wilsonbekwame patiënt voor het uitvoeren van een medische behandeling en het uitvoeren van een medische behandeling onder dwang. Enkel de bepalingen van de Wet zorg en dwang op deze gebieden zijn dan van toepassing.⁴¹ Om het toch mogelijk te maken voor de zorgverlener in het kader van de WGBO om onvrijwillige zorg te verlenen, kan de zorgaanbieder categorieën medewerkers aanwijzen die bekwaam en toegestaan zijn onvrijwillige zorg te verlenen. In het kader van de WGBO moet de zorgaanbieder een zorgplan opstellen wat aanvullend bij het bestaande zorgplan kan werken ten aanzien van het gebruik van onvrijwillige zorg.⁴² Verder in dit hoofdstuk zal uitgebreid ingegaan worden op het zorgplan en het toepassen van onvrijwillige zorg.

³⁶ Art. 65 WZD.

³⁷ Art. 1 lid 8 WZD.

³⁸ Art. 77 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p.78.

³⁹ Art. 76 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p.78.

⁴⁰ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p.32 en 45, Frederiks e.a. 2010 par. 4.5.

⁴¹ Art. 7:450 BW jo. Art. 7:465 BW en Art. 7:466 BW jo. Art. 1 lid 5 WZD, Frederiks e.a. 2010, par. 4.5.

⁴² Art. 14 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 57.

3.3 Het toepassen van onvrijwillige zorg in de Wet zorg en dwang

De Wet zorg en dwang creëert rechtsbescherming voor de cliënt, door het toepassen van onvrijwillige zorg met waarborgen te omhullen. Tegelijkertijd maakt de wet het mogelijk dat een inbreuk wordt gemaakt op de rechten van de cliënt, door de zorgaanbieder toe te staan onvrijwillige zorg te verlenen. In deze paragraaf zal besproken worden welke handelingen geclassificeerd kunnen worden als onvrijwillige zorg, hoe huisregels hier een rol in spelen en wat wordt verstaan onder het criterium van ernstig nadeel, wat toepassing van onvrijwillige zorg mogelijk maakt.

3.3.1 Het begrip “onvrijwillige zorg” in de Wet zorg en dwang

Het begrip onvrijwillige zorg wordt in de Wet zorg en dwang uitgelegd als het zonder toestemming, of onder verzet toepassen van een vijftal vormen van vrijheidsbeperking. In de wet worden deze vijf vormen onderscheiden in:

- A. Het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening;
- B. Medicatie die wordt toegediend vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking en die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van een cliënt;
- C. Maatregelen die tijdelijk een beperking meebrengen van de fysieke bewegingsvrijheid van cliënten;
- D. Toezichtsmaatregelen die worden gebruikt om het doen en laten van de cliënt te controleren en
- E. Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.⁴³

De handelingen die onder punt A moeten worden begrepen spreken voor zich; deze zullen niet verder toegelicht worden. Onder punt B moet worden begrepen, de psychofarmaca die het gedrag van de cliënt beïnvloedt door hem bijvoorbeeld rustig te maken maar die ook versuffend kunnen werken. Onder punt C moeten worden begrepen alle vormen van separatie en fixatie, zoals de cliënt vastmaken aan zijn stoel of een bed, maar ook opsluiten in een ruimte. Onder punt D moeten alle vormen van domotica worden begrepen. Dit zijn technische hulpmiddelen om toezicht te houden op de cliënt. Ten slotte worden onder punt E alle beperkingen begrepen in de keuzevrijheid van de cliënt die vaak een deel uitmaken van de reguliere zorgverlening aan hem.⁴⁴

Onvrijwillige zorg wordt vrijwillig verleend, indien de cliënt deze vrijwillig ondergaat of hier mee in heeft gestemd, of zich er niet tegen verzet. De wetgever heeft hierop de uitzondering gemaakt dat de zorgverlening onder punt B en C in alle gevallen als onvrijwillige zorg worden geclassificeerd. Dit ook in het geval dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger er bewust mee in heeft gestemd en de cliënt zich niet tegen de onvrijwillige zorg verzet. Voor deze constructie is gekozen omdat de onvrijwillige zorg onder punt B en C ernstig ingrijpen betreffen in de lichamelijke integriteit van de cliënt. Indien er overwogen wordt deze vormen van onvrijwillige zorg te verlenen, moet het volledige stappenplan doorlopen worden, waardoor de beslissing met extra waarborgen omhuld wordt. Verder is er geen rangorde tot stand gebracht in de mate waarin verschillende vormen van onvrijwillige zorg een inbreuk maken in de vrijheid van de cliënt. Hierdoor moet voor het toepassen van iedere vorm van onvrijwillige zorg in beginsel aan dezelfde eisen worden voldaan.⁴⁵

3.3.1.1 Huisregels in de Wet zorg en dwang

Het gebruik van huisregels wordt toegestaan onder de Wet zorg en dwang. Deze kunnen de cliënt in een zekere mate beperken, maar er is bewust voor gekozen deze regels niet te laten vallen onder het begrip onvrijwillige zorg. Huisregels zijn nodig om de gang van zaken in een accommodatie te sturen en moeten een algemeen karakter hebben. Door het vrijheidsbeperkende karakter van de regels, bepaalt de Wet zorg en dwang dat de huisregels de cliënten niet verder mogen beperken dan nodig

⁴³ Art. 2 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 5 en 46 e.v..

⁴⁴ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 46 e.v., Frederiks e.a. 2010, par. 3.2.

⁴⁵ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 6 en 46 e.v., Widdershove 2010, par. 4, Frederiks & Blankman 2013, par. 2.3.

is voor een ordelijke gang van zaken. De huisregels moeten zo snel mogelijk na opname in de accommodatie aan de cliënt en diens vertegenwoordiger ter beschikking worden gesteld en de zorgverantwoordelijke moet de huisregels mondeling toelichten.⁴⁶

3.3.2 Het begrip “ernstig nadeel” in de Wet zorg en dwang

Ernstig nadeel vormt in de Wet zorg en dwang de rechtsgrond om onvrijwillige zorg toe te passen. In de wet zelf staan verschillende voorbeelden opgenomen waarin een aantal situaties worden genoemd waarin er sprake zou kunnen zijn van ernstig nadeel. Deze opsomming is niet limitatief, waardoor niet wordt uitgesloten dat ook in andere situaties sprake zou kunnen zijn van ernstig nadeel. Het criteria moet er voor zorgen dat er ingegrepen wordt in een situatie wanneer ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving dreigt of aanwezig is indien er niet ingegrepen wordt.⁴⁷

3.3.3 Het begrip “zorgplan” in de Wet zorg en dwang

Wanneer met de zorg aan de cliënt wordt begonnen, moet er voor en met hem of zijn vertegenwoordiger een zorgplan worden opgesteld. De zorgaanbieder moet zich inspannen om een zorgplan op te stellen waar de cliënt of zijn vertegenwoordiger mee kan – en wil – instemmen en wat aan hun wensen voldoet. Het zorgplan moet zo kort mogelijk – uiterlijk zes weken – na aanvang van de zorg vastgesteld worden.⁴⁸

3.3.3.1 Het opstellen van een zorgplan

De zorgverlening aan de cliënt vindt enkel plaats op basis van zijn zorgplan. Indien het zorgplan nog niet is vastgesteld, wordt enkel de zorg verleend waar de cliënt of zijn vertegenwoordiger mee in heeft gestemd – of waarvan wordt verwacht dat hij ermee in zou stemmen – en de cliënt er geen verzet tegen vertoont. Indien er zorgverlening plaats vindt zonder dat hier een zorgplan aan ten grondslag ligt, mag in principe geen vorm van onvrijwillige zorg worden toegepast. Hierop geldt de uitzondering dat dit wel toegestaan is wanneer er sprake is van een noodsituatie.⁴⁹

3.3.3.2 Het (her)evalueren van het zorgplan

De evaluatie van een zorgplan mag zo vaak als nodig wordt bevonden plaatsvinden, maar moet in ieder geval vier weken na het begin van de zorgverlening plaatsvinden. Daarna moet hoe dan ook iedere zes maanden een evaluatie van het zorgplan plaatsvinden. De cliënt of zijn vertegenwoordiger mag bij de evaluatie aanwezig zijn en de datum van de laatste evaluatie moet in het zorgplan worden aangetekend.⁵⁰

Tijdens de uitvoering van het zorgplan kan door de zorgverantwoordelijke of de vertegenwoordiger van de cliënt geconstateerd worden dat het plan niet tegemoet komt aan de zorgvraag van de cliënt. Indien hierdoor een situatie van ernstig nadeel kan ontstaan, onderzoekt de zorgverantwoordelijke in een multidisciplinair overleg (MDO) of er alternatieven zijn die wel aan de zorgvraag van de cliënt tegemoet komen. Bij het zoeken van alternatieven geldt het uitgangspunt dat deze vrijwillig verleend kan worden en zo min mogelijk de vrijheid van de cliënt beperkt. Indien er geen alternatief is gevonden binnen de vrijwillige zorg, moet er een volgend overleg volgen.⁵¹

De cliënt of zijn vertegenwoordiger krijgt de mogelijkheid om bij het overleg aanwezig te zijn. Indien de cliënt verblijf heeft in een thuissituatie of geen verblijf heeft in een geregistreeerde accommodatie, dan moet tijdens het overleg tevens besproken worden of de thuissituatie geschikt is voor de zorg

⁴⁶ Art. 45 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 13 en 72.

⁴⁷ Art. 1 lid 2 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 20 e.v..

⁴⁸ Art. 5 WZD.

⁴⁹ Art. 6 jo. Art. 13 WZD.

⁵⁰ Art. 8 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 51.

⁵¹ Art. 9 lid 1 en lid 2 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 51.

die aan de cliënt verleend moet worden. Het zorgplan wordt aangepast naar aanleiding van het overleg.⁵²

3.3.4 Het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan

Onvrijwillige zorg kan enkel op basis van twee gronden overwogen worden. Deze vinden beiden enkel plaats naar aanleiding van een MDO waarin vrijwillige alternatieven zijn overwogen. Wanneer er geen toepasselijk vrijwillig alternatief is of blijkt dat het vrijwillige alternatief niet voldoet aan de zorgvraag van de cliënt, mag onvrijwillige zorg overwogen worden.⁵³

De zorgverantwoordelijke kan onvrijwillige zorg als uiterst redmiddel opnemen in het zorgplan van de cliënt indien het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn aandoening of stoornis leidt tot een situatie waarin ernstig nadeel aanwezig is of dreigt, de onvrijwillige zorg evenredig is aan het doel, het de minst zware oplossing is om het doel te bereiken en het te beogen doel ook daadwerkelijk bereikt kan worden door onvrijwillige zorg in te zetten. Verder moet er op een verantwoorde wijze toezicht mogelijk zijn te houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg.⁵⁴

Om tot deze opname in het zorgplan over te kunnen gaan, moet de zorgverantwoordelijke een MDO voeren over de te verlenen zorg. De cliënt of vertegenwoordiger mag aanwezig zijn bij het overleg. De benodigde informatie moet door de zorgverantwoordelijke gedeeld worden met de deskundigen die deelnemen aan het overleg. Tijdens het overleg tussen de deskundigen moeten grotendeels dezelfde stappen doorlopen worden als bij het zoeken naar alternatieven voor het afwenden van ernstig nadeel. Er moeten wel extra overwegingen worden gemaakt waarbij rekening wordt gehouden met het welzijn van de cliënt. Na het overleg wordt het zorgplan door de zorgverantwoordelijke aangepast.⁵⁵

Indien de onvrijwillige zorg niet binnen drie maanden volledig afgebouwd kan worden, moet er weer een MDO gehouden worden, ditmaal met een deskundige die niet bij de zorg betrokken is. Indien de onvrijwillige zorg niet binnen drie maanden na dat overleg afgebouwd kan worden, of de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt met onvrijwillige zorg in het zorgplan, moet het MDO gevoerd worden met een externe deskundige. Na het overleg met de externe deskundige wordt het zorgplan aangepast en wordt aangegeven op welke wijze rekening is gehouden met de adviezen van de externe deskundige. Indien tijdens evaluatie van het zorgplan – minstens iedere zes maanden – blijkt dat het toepassen van onvrijwillige zorg nog nodig is, dan is het telkens toegestaan deze periode met maximaal zes maanden te verlengen.⁵⁶

De cliënt of vertegenwoordiger kan tijdens ieder stadium van het uitvoeren van het zorgplan zijn toestemming hiervoor intrekken, of zich tegen uitvoering verzetten. Het zorgplan mag onder deze omstandigheden niet uitgevoerd worden. Het kan onder deze – maar ook andere – omstandigheden nodig zijn dat het zorgplan wordt aangepast. Dit is ook het geval indien de zorgvraag van de cliënt verandert. Het zorgplan moet dan op een dergelijke manier worden aangepast dat er instemming over bereikt kan worden tussen alle betrokken partijen. Voor het veranderen van dit zorgplan moeten weer alle hierboven genoemde stappen behandeld worden.⁵⁷

3.3.5 Het verlenen van onvrijwillige zorg onder de Wet zorg en dwang

Het opnemen van de mogelijkheid tot het verlenen van onvrijwillige zorg in het zorgplan, betekent niet dat dit in alle situaties uitgevoerd mag worden. Onvrijwillige zorg mag enkel verleend worden

⁵² Art. 9 lid 4, 5 en 7 WZD.

⁵³ Art. 10 lid 1 WZD.

⁵⁴ Art. 10 lid 2 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 53, Frederiks e.a. 2010 par. 3.5.

⁵⁵ Art. 10 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 23, *Kamerstukken II* 2011/12, 31 996, nr. 29, p. 20, Frederiks & Blankman 2013, par. 4.1.

⁵⁶ Art. 10 jo. Art. 11 WZD, *Kamerstukken II* 2011/12, 31 996, nr. 33 p. 4 e.v., Frederiks & Blankman 2013 par. 4.1 e.v..

⁵⁷ Art. 11 lid 1 onder a jo. Art. 12 WZD, Frederiks & Blankman 2013, par. 4.1.

indien de zorgverlener constateert dat de in het zorgplan omschreven situatie van ernstig nadeel zich daadwerkelijk voordoet, de onvrijwillige zorg evenredig is aan het doel, het de minst ingrijpende oplossing is om het doel te bereiken en het ook in staat is het gewenste doel te bereiken. Verantwoord toezicht op de uitvoering van de onvrijwillige zorg moet mogelijk zijn.⁵⁸

Voordat uitvoering wordt gegeven aan de onvrijwillige zorg, moet de zorgverlener de cliënt en zijn vertegenwoordiger hiervan op de hoogte stellen, tenzij dit kennelijk ernstige bezwaren voor de cliënt op zou leveren, of er sprake is van een urgente situatie waarin snel gehandeld moet worden. In dit geval moet de zorgverlener zo spoedig mogelijk na het verlenen van de onvrijwillige zorg, of nadat er hiermee een begin is gemaakt, de cliënt en zijn vertegenwoordiger hierover op de hoogte stellen. De zorgverlener moet tevens de zorgverantwoordelijke en arts met wie inzet van medicatie of fixeermiddelen is besproken op de hoogte stellen van het verlenen van de onvrijwillige zorg. Indien overleg van tevoren niet mogelijk is, stelt de zorgverlener hen zo spoedig mogelijk na het verlenen van de onvrijwillige zorg op de hoogte, of nadat er een begin hiermee is gemaakt.⁵⁹

3.3.5.1 Het verlenen van onverwachte onvrijwillige zorg onder de Wet zorg en dwang

Het kan voorkomen dat er zich een situatie voordoet die niet voorspelt had kunnen worden, of dat het zorgplan nog niet is vastgesteld. Iedere zorg die op dat moment verleend wordt, is onvrijwillig. Dit is enkel toegestaan onder dezelfde voorwaarden waar aan moet worden voldaan bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan.⁶⁰

De onvrijwillige zorg mag enkel verleend worden na een schriftelijke beslissing hiertoe door de zorgverantwoordelijke waarin zij bepaald voor welke termijn deze onvrijwillige zorg toegepast mag worden. Deze mag niet langer zijn dan nodig en maximaal twee weken duren. Indien de onvrijwillige zorg het toedienen van voeding, vocht of medicatie, psychofarmaca, of maatregelen die de fysieke bewegingsvrijheid beperken betreft, moet er overleg plaatsvinden met een bij de zorg betrokken arts. De zorgverlener informeert – indien mogelijk – vooraf de cliënt en zijn vertegenwoordiger over het verlenen van de zorg, behalve als het informeren van de cliënt kennelijk ernstig nadeel voor hem op zou kunnen leveren.⁶¹

3.5 De wettelijke voorwaarden voor het gebruik van vrijheidsbeperking

In het bovenstaande is de procedure rond het toepassen van onvrijwillige zorg onder de Wet zorg en dwang geschetst. Hieronder zal in worden gegaan op de specifieke eisen die gesteld worden aan het toepassen van onvrijwillige zorg en het opleggen van huisregels.

3.5.1 Een situatie van ernstig nadeel

Om onvrijwillige zorg toe te mogen passen, moet er zich een situatie voordoen waarin de cliënt ernstig nadeel voor zichzelf of anderen veroorzaakt, of dreigt te veroorzaken. Onder ernstig nadeel wordt in ieder geval verstaan dat zich een situatie voordoet of dreigt voor te doen waarin:

- De cliënt zich maatschappelijk te gronde richt;
- De cliënt zichzelf in ernstige mate verwaarloost;
- De cliënt ernstig lichamelijk letsel oploopt of zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt;
- De cliënt met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- De cliënt een ander ernstig lichamelijk letsel toebrengt;
- De cliënt de psychische gezondheid van een ander bedreigt;
- De cliënt de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt of

⁵⁸ Art. 13 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 55 e.v..

⁵⁹ Art. 13 lid 2 jo. Art. 13 lid 3 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 55 e.v..

⁶⁰ Art. 15 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 57 e.v..

⁶¹ Art. 15 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 57 e.v..

- De cliënt ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.⁶²

Deze opsomming is zodanig opgenomen in de Wet zorg en dwang, maar is niet limitatief. Ook onder andere omstandigheden kan er sprake zijn van ernstig nadeel of kan ernstig nadeel ontstaan.⁶³

3.5.2 Onvrijwillige zorg in het zorgplan bij een voorspelbare situatie

De overwegingen die de zorgverantwoordelijke moet maken wanneer hij overweegt onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen zijn:

- Het gedrag van de cliënt leidt als gevolg van zijn beperking tot ernstig nadeel;
- De onvrijwillige zorg is noodzakelijk om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- De onvrijwillige zorg is geschikt en evenredig om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden en
- Er is geen minder ingrijpende mogelijkheid om het ernstig nadeel af te wenden.⁶⁴

Het besluit tot opname van de onvrijwillige zorg in het zorgplan vindt enkel plaats na overleg in een MDO waarin besproken is:

- Aan de hand van risico- inventarisatie wat het ernstig nadeel voor de cliënt is;
- Wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt is waardoor het ernstig nadeel ontstaat;
- Welke rol de interactie tussen de cliënt en de omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel;
- Op welke manier vrijwillige zorg gebruikt kan worden om het gebruik van onvrijwillige zorg tot een minimum te beperken;
- Wat de nadelige gevolgen van onvrijwillige zorg zijn en of dit opweegt tegen het bestaan van het ernstig nadeel en
- Voor welke termijn de onvrijwillige zorg opgenomen wordt in het zorgplan, wat maximaal drie maanden bedraagt maar zo kort mogelijk is.⁶⁵

Daarnaast moet overwogen worden of de woonvorm wel geschikt is voor de zorgvraag van de cliënt, de mogelijkheid bestaat dat in een andere woonvorm geen of minder onvrijwillige zorg nodig is. Binnen de woonvorm moet er toezicht op de toepassing van de onvrijwillige zorg gehouden kunnen worden en de accommodatie moet ingeschreven zijn in het register. Verder moet in het MDO overleg gepleegd worden over de mogelijke nadelige gevolgen die de onvrijwillige zorg kan hebben op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn deelname aan het maatschappelijk leven. Wanneer er sprake is van een van de hierboven genoemde risico's, moeten aanvullende zorgvuldigheidseisen vastgesteld worden om die nadelige effecten weg te nemen of te verminderen. Wanneer overwogen wordt voeding, vocht, medicatie, psychofarmaca of vrijheidsbeperkende middelen toe te passen, moet bij het MDO een arts aanwezig zijn. Indien andere vormen van onvrijwillige zorg overwogen worden, moet een andere later door de minister aan te wijzen deskundige bij het MDO aanwezig zijn.⁶⁶

Naar aanleiding van het overleg vermeld de zorgverantwoordelijke in het zorgplan:

- Een specifieke situatie waarvan het ernstig nadeel voorkomen kan worden door onvrijwillige zorg toe te passen en welke specifieke maatregel dit betreft;
- Welke zorgverlener of categorie zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van onvrijwillige zorg;
- De duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg, wanneer dit van toepassing is;

⁶² Art. 1 lid 2 WZD.

⁶³ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 20 e.v..

⁶⁴ Art. 10 lid 2 WZD.

⁶⁵ Art. 10 lid 4 WZD.

⁶⁶ Art. 10 WZD.

- Gedurende welke termijn de onvrijwillige zorg toegepast mag worden met een maximum van drie maanden;
- De wijze waarop binnen de termijn het gebruik van onvrijwillige zorg wordt afgebouwd;
- De wijze waarop de cliënt en vertegenwoordiger betrokken zijn geweest bij het tot stand komen van het zorgplan met onvrijwillige zorg en
- De continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze geborgd wordt.⁶⁷

3.5.2.1 Het verlenen van de onvrijwillige zorg in zorgplan

De zorgverlener mag overgaan tot verlenen van in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg indien:

- Hij constateert dat het omschreven ernstig nadeel zich voordoet;
- Verlenen van onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- Toepassing van de onvrijwillige zorg is geschikt en evenredig om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- Er is geen minder ingrijpende mogelijkheid om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden en
- Er kan op verantwoorde wijze toezicht worden gehouden op de toepassing van de onvrijwillige zorg.⁶⁸

3.5.2.2 Het toepassen van onvrijwillige zorg in een onvoorzienbare situatie

Onvrijwillige zorg mag enkel verleend worden in een *niet* voorzienbare situatie – die daarom niet is opgenomen in het zorgplan – indien:

- Het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn verstandelijke beperking leidt tot ernstig nadeel;
- De onvrijwillige zorg is noodzakelijk om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- De onvrijwillige zorg is geschikt en evenredig om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- Er is geen minder ingrijpende mogelijkheid om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden en
- Er op verantwoorde wijze toezicht kan worden gehouden op de toepassing van de onvrijwillige zorg.⁶⁹

3.5.3 Het evalueren van het zorgplan in een multidisciplinair overleg

Er moet een nieuw MDO plaatsvinden en de genoemde stappen moeten nogmaals doorlopen worden met een niet bij de zorg betrokken deskundige, indien de onvrijwillige zorg niet binnen de aangegeven termijn – die maximaal drie maanden mag bedragen – kan worden afgebouwd. Een externe deskundige moet bij het MDO ingeschakeld worden wanneer de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt met het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of na het overleg met een niet bij de zorg betrokken deskundige de onvrijwillige zorg niet afgebouwd kan worden. De zorgverantwoordelijke moet naar aanleiding van het MDO een nieuw zorgplan opstellen waarin hij aangeeft op welke wijze uitvoering is gegeven aan het advies van de externe deskundige. De duur waarvoor onvrijwillige zorg toegepast mag worden is uiterlijk zes maanden. Het zorgplan en de totstandkoming moeten voldoen aan de hiervoor uitgelegde voorwaarden.⁷⁰ Wanneer het zorgplan periodiek geëvalueerd moet worden, moeten hierbij personen van dezelfde deskundigheid aanwezig zijn als bij het MDO waarin besloten is tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Wanneer een externe deskundige betrokken is geweest bij het tot stand komen van het zorgplan,

⁶⁷ Art. 10 lid 8 WZD.

⁶⁸ Art. 13 lid 1 WZD.

⁶⁹ Art. 15 lid 1 WZD.

⁷⁰ Art. 10 jo. Art 11 WZD.

moeten alle afwegingen tot overgaan van opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan doorlopen worden bij de periodieke evaluatie.⁷¹

3.5.4 Het opleggen van huisregels

Huisregels worden in het kader van de Wet zorg en dwang opgesteld om de samenleving binnen de accommodatie te ordenen. De huisregels hebben een algemeen karakter, waar de regels in het zorgplan juist individueel bepaald zijn. Huisregels beperken in zekere mate de bewoner in zijn vrijheid, wat de reden is dat de Wet zorg en dwang bepaalt dat de huisregels geen andere regels bevatten dan die regels die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in de accommodatie. De huisregels moeten de cliënt zo spoedig mogelijk na opname in de accommodatie ter hand gesteld worden en de cliënt en zijn vertegenwoordiger moeten hier een mondelinge toelichting op krijgen van de zorgverantwoordelijke. In de Wet zorg en dwang zelf is niets geregeld over de totstandkoming van de huisregels; deze worden binnen de accommodatie vastgesteld in overeenstemming met de cliëntenraad.⁷²

3.6 Conclusie

Indien de cliënt met een verstandelijke beperking is opgenomen in een accommodatie die geregistreerd is in het register onder de Wet zorg en dwang, mag aan hem onvrijwillige zorg verleend worden.

De onvrijwillige zorg mag enkel toegepast worden indien er sprake is van een situatie waarin ernstig nadeel voor de cliënt of voor anderen aanwezig is of dreigt. De vorm van onvrijwillige zorg die gebruikt wordt, moet aan een aantal eisen voldoen. De onvrijwillige zorg moet proportioneel zijn aan het doel; de maatregel en het ernstig nadeel wat het voorkomt moeten in een redelijke verhouding tot elkaar staan. De onvrijwillige zorg moet subsidiair zijn, het moet de lichtst mogelijke ingreep in de vrijheid van de cliënt zijn. Ten slotte moet de onvrijwillige zorg doelmatig zijn voor het te bereiken doel; de maatregel moet geschikt zijn om het doel te bereiken en mag niet langer dan noodzakelijk toegepast worden.

⁷¹ Art. 8 lid 1 WZD.

⁷² Art. 45 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 13 en 72, <<https://www.dwangindezorg.nl/vraag-en-antwoord/inspraak-huisregels/vg-prof-inspraak-clienten/?searchterm=huisregel>>, geraadpleegd op 09-04-2014.

Hoofdstuk 4: De eisen die de Inspectie voor de gezondheidszorg stelt aan het gebruik van vrijheidsbeperking

De Wet zorg en dwang is al in 2008 aangekondigd. In navolging daarvan is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) begonnen met het houden van toezicht op het gebruik van vrijheidsbeperking binnen accommodaties waar zorg verleend wordt aan cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische ziekte. De IGZ heeft zich als voornemen genomen de onrustband volledig uit te bannen – noodsituaties daargelaten – en andere vrijheidsbeperkende afspraken te verminderen op een zorgvuldige manier. Hiervoor heeft ze vorm gegeven aan zorgvuldigheidscriteria aan de hand waarvan wordt getoetst of de zorgaanbieder zorgvuldig omgaat met het gebruik en verminderen van vrijheidsbeperking. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op deze criteria en zal vermeld worden op welke gebieden de IGZ veel omissies constateert en welke toezichthoudende bevoegdheden haar worden toebedeeld in het kader van de Wet zorg en dwang.

4.1 De toetsingscriteria voor het gebruik van vrijheidsbeperking

Om op een effectieve wijze toezicht te kunnen houden op het gebruik van vrijheidsbeperking binnen de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, heeft de IGZ toetsingscriteria opgesteld waaraan het gebruik van vrijheidsbeperking moet voldoen en wat ze tijdens het toezicht houden verstaat onder vrijheidsbeperking. Tijdens het toezicht houden, houdt de inspectie de meest ruime definitie van onvrijwillige zorg aan, namelijk dat 'elke beperking van de vrijheid' als onvrijwillige zorg wordt gezien. Hieronder vallen alle maatregelen die fysiek en/of verbaal de vrijheid van de cliënt beperken. Als voorbeelden van maatregelen die in ieder geval beperkend werken, worden door de IGZ genoemd:

- Het toepassen van een dwangbehandeling;
- Het toepassen van middelen of maatregelen;
- Het beperken van de bewegingsvrijheid, telefoneren, ontvangen van post en ontvangen van bezoek;
- Het opleggen van organisatieregels en huisregels;
- Pedagogische maatregelen;
- Individuele afspraken die opgenomen zijn in het ondersteuningsplan van de cliënt en
- Alle overige beperkingen die de vrijheid van een cliënt beperken.⁷³

In de volgende paragrafen zal in worden gegaan op de toetsingscriteria die de IGZ aanhoudt bij het toezicht houden op het gebruik van onvrijwillige zorg of vrijheidsbeperking.

4.1.1 De gehanteerde thema's bij de inspectiebezoeken

Aan de hand van verschillende richtlijnen en kwaliteitscriteria, heeft de IGZ een zestal thema's vastgesteld waarop zij toetst tijdens haar inspectie. Dit zijn de volgende thema's:

- **Zorg als proces:** De wijze waarop besluitvorming en evaluatie plaatsvindt en de toekomst van de cliënt. Zorg is niet statisch; wat ooit is besloten hoeft niet altijd de beste oplossing meer te zijn voor het probleem.
- **Communicatie:** Communiceren over vrijheidsbeperking, in het team met – externe – deskundigen, maar ook luisteren naar de cliënt en zijn vertegenwoordiger en het observeren en juist interpreteren van verzet van een cliënt.
- **Verantwoording:** Vrijheidsbeperking is een laatste redmiddel, waardoor het moet voldoen aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid voordat besloten wordt tot inzet ervan en het gebruik van de vrijheidsbeperking wordt gecodeerd in het zorgplan van de cliënt.

⁷³ Inspectie voor de gezondheidszorg 2007, p. 3 e.v..

- **Deskundigheid:** De deskundigheid van de medewerkers is de basis van de andere thema's. Wanneer er een gebrek is aan deskundigheid kan er niet bewust omgegaan worden met het beperken van en communiceren over vrijheidsbeperking.
- **Preventief beleid:** Het gebruik van vrijheidsbeperking is in veel gevallen te voorkomen. Bij het uitgangspunt van het zien van vrijheidsbeperking als een laatste redmiddel hoort ook het voorkomen van de noodzaak dat toepassing ervan nodig is.
- **Randvoorwaarden:** Om goede zorg te kunnen garanderen moet de personele bezetting op orde zijn en moet het personeel goed geschoold en deskundig zijn. De omgeving van de cliënt moet gericht zijn op het terugdringen van vrijheidsbeperking en een eenduidige visie op vrijheidsbeperking moet aanwezig zijn binnen de organisatie.⁷⁴

4.1.2 Voorwaarden voor het gebruik van domotica

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft geconstateerd dat er in de langdurige zorg veel gebruik wordt gemaakt van domotica. Dit wordt vaak gezien als een goed alternatief op de traditionele vrijheidsbeperking, maar er zitten ook risico's aan vast waar de zorgaanbieder nog niet voldoende rekening mee houdt.

Zo zou eigenlijk voordat er besloten wordt tot het overgaan tot het gebruik van domotica een risicoanalyse gemaakt moeten worden. Deze moet in ieder geval betrekking hebben op de volgende onderwerpen:

- Technische specificaties en faalkansen: De technologie moet betrouwbaar zijn;
- Testen: De cliënt moet veilige verantwoorde zorg verkrijgen, vooraf testen van de (nieuwe) domotica is hiervoor noodzakelijk;
- Training en opleiding: Het geven van instructies aan de cliënt zijn bij zelfs de meest eenvoudige vormen van domotica nodig;
- Procedures: De werkprocessen moeten aangepast worden op het gebruik van domotica;
- Communicatie met cliënt (of zijn vertegenwoordiger) en de medewerker: Voor een succesvolle implementatie van de domotica is het noodzakelijk dat de cliënt en de medewerkers bij het gebruik ervan worden betrokken en gebruikerseisen kunnen stellen.⁷⁵

Daarnaast wil de IGZ dat er per cliënt wordt aangegeven welk voordeel voor de cliënt gehaald kan worden uit het gebruik van domotica. Deze reden zou ook periodiek geëvalueerd moeten worden. Daarnaast moet geëvalueerd worden hoe de cliënt het gebruik van domotica ervaart.

4.2 Algemene verbeteringsgebieden

Vanaf 2008 heeft de IGZ toezicht gehouden op de voorgenoemde criteria, of de toepassing en afbouw van vrijheidsbeperking bij de doelgroep op een zorgvuldige wijze plaatsvindt. Gedurende deze jaren zijn er verbeterpunten aangewezen, maar ook veel verbeteringen geconstateerd. Zo constateerde de IGZ in haar onderzoek in 2008 dat bij de zorgaanbieders verbetering nodig was op het gebied van deskundigheid van de medewerkers, de accommodatie en het preventiebeleid. Om verbetering op deze gebieden te realiseren werd de zorgaanbieders aanbevolen in 2009 beleid ontwikkeld te hebben met betrekking tot het zorgvuldig afbouwen van vrijheidsbeperking en het gebruik van minder ingrijpende alternatieven.⁷⁶

Tijdens het vervolgonderzoek van 2010 werd er op de punten waar in 2008 verbetering nodig was, daadwerkelijk verbetering geconstateerd. Verder hadden veel zorgaanbieders de aanbeveling om beleid op te stellen opgevolgd, wat neerkwam op een totaal van 82% van de bezochte zorgaanbieders.⁷⁷

⁷⁴ Inspectie voor de gezondheidszorg 2007, p. 20 e.v., Inspectie voor de gezondheidszorg 2008, p. 12.

⁷⁵ Inspectie voor de gezondheidszorg 2009, p. 12.

⁷⁶ Inspectie voor de gezondheidszorg 2008, p. 15 e.v..

⁷⁷ Inspectie voor de gezondheidszorg 2010, p. 13 e.v..

Met betrekking tot het gebruik van signaleringsplannen heeft de IGZ geconstateerd dat veel organisaties hier gebruik van maken naar aanleiding van een risicoanalyse, maar nog niet alle zorgaanbieders dit document opmaken, of dat dit niet voldoet aan de hiervoor in de praktijk geldende normen.⁷⁸

Tijdens het onderzoek dat de IGZ in 2012 verrichte naar de afbouw van vrijheidsbeperking binnen de sector, heeft ze geconcludeerd dat dit over het algemeen op een zorgvuldige wijze plaatsvindt. Bij het afbouwen – en zoeken naar alternatieven – wordt de dialoog met de cliënt en zijn vertegenwoordiger gezocht, waarbij door hen over het algemeen wordt aangegeven dat het alternatief beter is dan de vrijheidsbeperking. Binnen de VG sector concludeerde de inspectie dat in 38% van de vrijheidsbeperkende maatregelen die afgebouwd en gestopt werden, deze niet vervangen werden door een alternatief. Ook werd binnen deze sector goed voldaan aan het vereiste dat het staken van de vrijheidsbeperking niet gecompenseerd mocht worden met inzet van psychofarmaca. Er werd wel vastgesteld dat binnen de VG sector 47% van de cliënten vóór de afbouw van de vrijheidsbeperkende maatregel al gebruik maakten van psychofarmaca.⁷⁹

Het komen tot het besluit om vrijheidsbeperking toe te passen en de feitelijke uitvoering hiervan, werd door de inspecteurs vaak als onzorgvuldig of minder zorgvuldig beoordeeld, doordat er niet wordt voldaan aan enkele zorgvuldigheidseisen, doordat er geen gebruik wordt gemaakt van de expertise van een externe deskundige, er geen focus ligt op de afbouw van de vrijheidsbeperking en de verslaglegging niet op een juiste wijze plaatsvindt.⁸⁰ De meest voorkomende reden die aangevoerd werd om de vrijheidsbeperking toe te passen was binnen de VG sector het vertonen van heftige, soms levensbedreigende agressie naar anderen of zichzelf. Als maatregel hiertegen werd vaak de onrustband ingezet, maar ook separatie of afzondering. Andere redenen tot inzet van vrijheidsbeperking waren situaties waarin allerlei alternatieven, ook na consultatie met een externe deskundige, al geprobeerd waren om veiligheid voor de cliënt te bieden, maar deze geen baat hadden.⁸¹

4.3 Bevoegdheden IGZ onder Wet zorg en dwang

Om te waarborgen dat er niet onterecht of onjuist om wordt gegaan met onvrijwillige zorg bij de kwetsbare doelgroep waar de Wet zorg en dwang betrekking op heeft, heeft de wetgever een aantal toezichthoudende mogelijkheden voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) opgenomen in de Wet. Daarnaast moeten er registers bijgehouden worden zodat de IGZ weet waar ze haar onderzoek moet doen en kan zij boetes opleggen aan zorgaanbieders indien zij de bepalingen van de Wet zorg en dwang niet nakomen. Hieronder wordt ingegaan op een aantal hiervan.

4.3.1 De toezichthoudende bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Op het gebruik van onvrijwillige zorg bij de doelgroep waar de Wet zorg en dwang op gericht is, houdt de IGZ toezicht. Zij heeft hiervoor de bevoegdheid een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner. De inspecteur wordt in de mogelijkheid gesteld met de cliënten te spreken, wat op verzoek van de cliënt plaats kan vinden. Tevens is zij bevoegd tot inzage van dossiers voor zover dit nodig is voor haar toezichthoudende werkzaamheden. Op de inhoud van deze dossiers ligt voor de inspecteurs dezelfde geheimhoudingsplicht als degene die de beroepsbeoefenaren hierop hebben.⁸²

Indien een overtreding is vastgesteld kan hier een bestuurlijke boete van maximaal € 13.400,- voor opgelegd worden. Dit betreft handelingen waarbij niet de nodige zorgvuldigheidseisen zijn

⁷⁸ Inspectie voor de gezondheidszorg 2010, p. 24, Inspectie voor de gezondheidszorg 2011, p. 19.

⁷⁹ Inspectie voor de gezondheidszorg 2012, p. 7 en p. 17.

⁸⁰ Inspectie voor de gezondheidszorg 2012, p. 7.

⁸¹ Inspectie voor de gezondheidszorg 2012, p. 26 e.v..

⁸² Art. 60 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 75, Frederiks e.a. 2010, paragraaf 4.4.

doorlopen. Hier vallen veel omissies onder die plaats kunnen vinden, onder andere het niet ter hand stellen van de huisregels, of het verzuim deze mondeling toe te lichten. Indien de overtreding ernstig is, kan de overtreding aan het Openbaar Ministerie worden voorgelegd.⁸³

Met een geldboete van de tweede categorie (per 01-01-2014 €4.050,-) kan de persoon gestraft worden die – zonder dat hier een rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of indicatiebesluit aan ten grondslag ligt – een persoon zijn vrijheid ontnemt door hem op te nemen in een accommodatie terwijl hij hiertoe niet bereid is of verzet vertoont. Indien de persoon deze handeling *opzettelijk* pleegt, pleegt hij een misdrijf wat bestraft kan worden met een geldboete van de derde categorie (per 01-01-2014 €8.100,-) of een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaar.⁸⁴

Met een geldboete van de tweede categorie wordt de persoon bestraft die een zorgplan uitvoert waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet (meer) akkoord is, die onvrijwillige zorg opneemt in het zorgplan zonder dat aan de eisen hiervoor is voldaan, of de persoon die beslist over te gaan tot onvrijwillige zorg zonder dat aan de eisen hiervoor wordt voldaan. Het *opzettelijk* plegen van deze handeling is een misdrijf en strafbaar met een geldboete van de derde categorie of een gevangenisstraf van ten hoogste twee jaar.⁸⁵

4.3.2 De registers onder de Wet zorg en dwang

Zoals eerder in dit rapport genoemd, moet een accommodatie ingeschreven zijn in een register om cliënten gedwongen op te kunnen nemen of onvrijwillige zorg te verlenen. Dit register moet tot stand komen zodat de IGZ gericht haar werk kan doen. Aan de hand van dit register weet de IGZ op welke plekken onvrijwillige zorg verleend wordt, of cliënten onvrijwillig opgenomen kunnen worden.⁸⁶

Daarnaast moet de zorgaanbieder een register bijhouden van de onvrijwillige zorg die verleend wordt. In dit register moet worden beschreven welke vorm van onvrijwillige zorg verleend is, wie de zorgverantwoordelijke is, de noodzaak voor de onvrijwillige zorg en het zorgplan. Daarnaast moet er van de cliënt een verklaring van de cliënt melding gemaakt worden indien dit van toepassing is. Indien de cliënt onvrijwillig is opgenomen moet hier ook melding van gemaakt worden. Verder moet de begin- en einddatum van de onvrijwillige zorg vermeld worden en de duur en frequentie waarin het wordt toegepast. Het register moet bijgehouden worden om het de IGZ makkelijker te maken toezicht te houden. De IGZ heeft in haar rapporten al aangegeven dat ze verlegen zit om betrouwbare informatie waaraan af te leiden is in hoeverre het gebruik van vrijheidsbeperking daadwerkelijk is afgenomen. Daarom moet de zorgaanbieder eens in de zes maanden een overzicht van de onvrijwillig verleende zorg, de aard, duur en frequentie hiervan, vergezelt van een analyse hiervan door het bestuur, verstrekken aan de IGZ.⁸⁷

4.4 Conclusie

In aanloop op de invoering van de Wet zorg en dwang heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht gehouden op het gebruik van vrijheidsbeperking in de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Het is de verwachting dat de IGZ ook na invoering van de wet toezicht blijft houden op het verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking. Om dit te realiseren heeft de IGZ toetsingscriteria opgesteld aan de hand waarvan getoetst wordt in hoeverre de zorgaanbieder zorgvuldig omgaat met vrijheidsbeperking. Verder krijgt ze een aantal specifieke toezichthoudende bevoegdheden op grond van de Wet zorg en dwang. Door het registreren van het gebruik van onvrijwillige zorg in een centraal register wordt voldaan aan de wens die de IGZ al eerder in een rapport uitdrukte om een betrouwbaar – centraal – register te hebben

⁸³ Art. 61 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 33 e.v..

⁸⁴ Art. 62 lid 1 jo. Art. 63 lid 1 WZD jo. Art. 23 lid 4 Wetboek van Strafrecht.

⁸⁵ Art. 62 lid 2 jo. Art. 63 lid 2 WZD.

⁸⁶ Art. 20 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 59 e.v..

⁸⁷ Art. 17 jo. 18 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 59, Inspectie voor de gezondheidszorg 2010, p. 14, Inspectie voor de gezondheidszorg 2012, p. 15.

waarin het gebruik van onvrijwillige zorg of vrijheidsbeperking wordt aangetekend. Eerdere pogingen van de IGZ om dit in beeld te brengen waren onbetrouwbaar doordat de – medewerkers van de – zorgaanbieders verschillende opvattingen hanteerden over onvrijwillige zorg en vrijheidsbeperking.

Hoofdstuk 5: Een vergelijking tussen het beleid en de protocollen van ORO en de eisen uit de Wet zorg en dwang

In de voorgaande hoofdstukken is een beschrijving gegeven van de praktijk en het beleid van ORO, de eisen die de Wet zorg en dwang en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stellen aan het gebruik van onvrijwillige zorg. In dit hoofdstuk zullen de verzamelde gegevens met elkaar vergeleken worden en zal aangegeven worden op welke gebieden in het beleid en de protocollen van ORO met betrekking tot onvrijwillige zorg gaten zitten.

Bij deze vergelijking van de eisen die vanuit de wet en IGZ worden gesteld aan het gebruik van onvrijwillige zorg en het beleid en de protocollen van ORO, zal met name aandacht besteed worden aan het zorgplan, het gebruik van domotica, huisregels en andere vrijheidsbeperkende afspraken.

5.1 Het gebruik van het zorgplan door ORO en De Wet zorg en dwang

Om vast te leggen welke zorg door een zorgaanbieder aan een cliënt wordt verleend, wordt er een document opgemaakt waarin deze zorg beschreven en de instemming van de cliënt en zorgaanbieder met de afgesproken zorg geuit wordt.

De voorganger van de Wet zorg en dwang – de Wet BOPZ – houdt de term behandelplan aan wanneer gesproken wordt over het document waarin vastgelegd wordt welke zorg de cliënt ontvangt van de zorgaanbieder. Bij de verzorging van cliënten met een verstandelijke beperking kan er eigenlijk niet gesproken worden van de term “behandeling” omdat er geen herstel in de situatie of gezondheid van de cliënt mogelijk is. Om deze reden wordt er bij deze cliënten vaak gesproken van een zorgplan. Onder de Wet zorg en dwang zal aan deze term vastgehouden worden.⁸⁸

ORO heeft op de term “zorgplan” een andere visie. In dit document dat deel uitmaakt van het cliëntendossier van de cliënt, wordt de zorg beschreven die de cliënt geboden wordt ter uitvoering van een geneeskundige behandeling. De afspraken die volgens de Wet zorg en dwang opgenomen worden in het zorgplan, worden binnen ORO opgenomen in een document dat het persoonlijk plan wordt genoemd.⁸⁹

Het door ORO gebruiken van een andere term voor hetzelfde document, levert geen inbreuk op de Wet zorg en dwang op. Het kan echter wel voor verwarring zorgen door verschillende termen aan te houden en een andere betekenis toe te wijzen aan een door de wet gehanteerde term. Verandering op dit punt is echter niet noodzakelijk.

5.1.1 Vrijheidsbeperking

Het uitgangspunt van ORO is dat alle zorg vrijwillig verleend wordt. Er wordt door de Commissie Vrijheidsbevordering toezicht gehouden op de hoeveelheid en mate waarin onvrijwillige zorg binnen ORO wordt toegepast. Naar aanleiding van de intentieverklaring die in 2008 door de IGZ en andere belangenorganisaties is getekend om het gebruik van vrijheidsbeperking terug te dringen, is door deze Commissie actie ondernomen om in kaart te brengen met welke frequentie en met gebruik van welke vrijheidsbeperkende middelen binnen ORO de vrijheid van cliënten wordt beperkt. Naar aanleiding hiervan was het doel het gebruik van vrijheidsbeperking terug te dringen, wat in veel gevallen succesvol gerealiseerd is. Bij enkele cliënten met een zware zorgvraag wordt er met de afbouw of staking van een langdurig toegepaste vorm van vrijheidsbeperking gewacht tot de cliënt verhuisd is naar de nieuwbouwlocatie wat in 2014 voor deze cliënten gerealiseerd wordt. Voor deze cliënten is het eenvoudiger meerdere grote veranderingen in een keer te accepteren en de nieuwe woonvoorzieningen zijn meer adequaat toegespitst op de behoeften van de cliënten.⁹⁰

De IGZ heeft in een van haar onderzoeken aangekaart dat de accommodatie waarin zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, een grote rol speelt bij het

⁸⁸ Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 7, Engberts & Kalkman-Bogerd 2006, p. 67.

⁸⁹ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 7 e.v..

⁹⁰ Bijlage N: Rondleiding Rijtvén d.d. 12-03-2014.

terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperking in de zorg aan deze cliënten.⁹¹ Met de gespecialiseerde nieuwbouwlocaties speelt ORO hierop in. Naast het bewustzijn dat de accommodatie waar de cliënt in verblijft een rol kan spelen in het gebruik van vrijheidsbeperking, hoeft ORO op dit punt geen wijzigingen aan te brengen in haar beleid of protocollen.

5.1.2 Het gebruik van de registers door ORO en de Wet zorg en dwang

Wanneer de zorgaanbieder onder de Wet zorg en dwang onvrijwillige zorg wil verlenen in een accommodatie, moet hij er zorg voor dragen dat deze accommodatie ingeschreven wordt in het register. De Wet zorg en dwang draagt er zorg voor dat de accommodaties die zorg verlenen aan de doelgroep van de wet en onder de Wet BOPZ een BOPZ- aanmerking hadden, opgenomen worden in het register onder de Wet zorg en dwang. Het register wordt gebruikt om het toezicht houden door de IGZ te vereenvoudigen, door bij te houden op welke plekken onvrijwillige zorg verleend mag worden en cliënten onvrijwillig opgenomen mogen worden.⁹²

De vijf woonvoorzieningen van ORO die een BOPZ- aanmerking hebben, worden automatisch opgenomen in het register onder de Wet zorg en dwang. Verder staat het ORO vrij een onbeperkt aantal woonvoorzieningen in te schrijven in het register. Door rapporten van de IGZ waar uit blijkt dat er ook onvrijwillige zorg wordt verleend in accommodaties zonder BOPZ- aanmerking is het aan te raden dat ORO overweegt of er de noodzaak of wens is om meer woonvoorzieningen dan de huidige vijf in te schrijven in het register.⁹³

Naast het register voor de accommodaties, moet door de zorgaanbieder ook een register opgemaakt worden waarin de onvrijwillige zorg die zij verleent moet worden bijgehouden. Een overzicht hiervan moet periodiek – in ieder geval iedere zes maanden – verzonden worden aan de IGZ.⁹⁴

In een intern auditverslag is geschreven dat binnen woonvoorzieningen waar de medewerkers niet vaak geconfronteerd worden met onvrijwillige zorg, ze een andere definitie hiervan hanteren dan de medewerkers die geconfronteerd worden met onvrijwillige zorg. Om het gebruik van onvrijwillige zorg zorgvuldig en nauwkeurig bij te kunnen houden in het register dat door de Wet zorg en dwang tot stand zal komen, zal intern actie ondernomen moeten worden om hier op een eenvormige wijze mee om te gaan.⁹⁵

5.1.3 Het multidisciplinair overleg over de inhoud van het zorgplan

Het beleid van ORO schrijft voor dat het toepassen van vrijheidsbeperking in een MDO overwogen moet worden. Het beleid schrijft voor dat bij dit MDO de cliënt of zijn vertegenwoordiger, zijn behandelaars, persoonlijk begeleider en leidinggevende aanwezig moeten zijn, maar de disciplines die zij meebrengen in het gesprek worden niet beschreven. Dit beleid is nog geschreven met als uitgangspunt de voormalige functiebeschrijvingen. De hierboven genoemde persoonlijke begeleider is gelijk aan de zorgcoördinator.⁹⁶ Met betrekking tot het opstellen van een signaleringsplan heeft ORO de interne kwaliteitseis opgesteld dat hierbij altijd de deskundigheid van een gedragsdeskundige betrokken moet worden. Deze eis is echter niet in het beleid terug te vinden. Daarnaast wordt er binnen het protocol met betrekking tot het gebruik van fixatiemateriaal andere disciplines genoemd die bij het MDO betrokken moeten worden dan die binnen de algemene protocollen en beleid genoemd worden.⁹⁷

⁹¹ Inspectie voor de gezondheidszorg 2008, p. 37.

⁹² Art. 20 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 59.

⁹³ Inspectie voor de gezondheidszorg 2008, p. 5.

⁹⁴ Art. 17 jo. Art. 18 WZD.

⁹⁵ Bijlage E: Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO, p. 3 e.v..

⁹⁶ Bijlage R: ORO en haar visie op vrijheidsbeperking, p. 12, Bijlage E: Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO, p. 9.

⁹⁷ Bijlage P: Protocol Fixatiemateriaal.

Binnen de Wet zorg en dwang wordt een grote rol toegedeeld aan het multidisciplinair overleg (MDO). Indien de zorgverantwoordelijke overweegt onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, moet hij van tevoren een MDO organiseren waarin alternatieven op de onvrijwillige zorg worden overwogen. Dit MDO moet plaatsvinden met een of meer deskundigen van een andere discipline dan de zorgverantwoordelijke zelf. Het aantal deskundigen dat deel moet nemen aan het MDO is afhankelijk van het stadium waarin overwogen wordt onvrijwillige zorg toe te passen. Indien onvrijwillige zorg al opgenomen is in het zorgplan van de cliënt, moeten meerdere deskundigen betrokken worden bij het MDO dan bij het eerste overleg.⁹⁸

De zorgaanbieder is er vrij in een persoon als zorgverantwoordelijke aan te wijzen. Deskundigheid in een zeker vakgebied is geen vereiste van de Wet zorg en dwang. Indien de zorgverantwoordelijke overweegt gebruik te maken van het onvrijwillig toedienen van voeding, vocht of medicatie, psychofarmaca, of gebruik van maatregelen die de fysieke bewegingsvrijheid beperken moet zijn gesprekspartner een arts betreffen. Daarnaast is de mogelijkheid in de wet opgenomen een discipline aan te wijzen voor de andere vormen van onvrijwillige zorg die verplicht betrokken moet worden bij het MDO.⁹⁹

Op het gebied van het betrekken van verschillende disciplines in het MDO is er binnen de protocollen en het beleid van ORO meer duidelijkheid nodig. Hier hangt men nog verouderde termen aan en verschillen de bij het overleg betrokken disciplines. De Wet zorg en dwang noemt uitdrukkelijk als eis dat, voordat een aantal vormen van onvrijwillige zorg toegepast mogen worden, een arts betrokken moet worden in het MDO. Door het huidige beleid en de protocollen is dit echter niet gegarandeerd. Op dit gebied is verandering nodig door bij iedere vorm van onvrijwillige zorg uitdrukkelijk te beschrijven welke deskundige bij het MDO betrokken moet worden. ORO staat er vrij in aanvullende zorgvuldigheidsnormen tot stand te brengen door aanvullende eisen te stellen aan personen die aanwezig moeten zijn bij het MDO, zoals bij het verplicht betrekken van een gedragsdeskundige bij het tot stand brengen van een signaleringsplan. Om te verzekeren dat iedereen zich aan deze waarborg houdt, moet deze schriftelijk vastgelegd worden, wat nu niet het geval is.

5.1.4 Evalueren zorgplan

Het persoonlijk plan binnen ORO moet periodiek geëvalueerd worden. Binnen de handleiding bij het persoonlijk plan is aangegeven binnen welke termijn het persoonlijk plan voor verschillende categorieën cliënten geëvalueerd moet worden. Daarnaast staat vaak op het plan waarmee gewerkt wordt na welke termijn evaluatie nodig is.¹⁰⁰

De Wet zorg en dwang schrijft termijnen voor waarna een zorgplan met onvrijwillige zorg geëvalueerd moet worden in multidisciplinaire samenstelling. Deze termijnen zijn echter erg afhankelijk van de situatie, omdat evaluatie nodig is naar aanleiding van de duur waarvoor afgesproken is dat de onvrijwillige zorg uitgevoerd mag worden. Deze termijn moet altijd zo kort mogelijk zijn. De evaluatie moet in ieder geval zes maanden na het opstellen van het oorspronkelijke zorgplan plaatsvinden.¹⁰¹

Het huidige BOPZ behandelplan waarin het gebruik van onvrijwillige (dwang) zorg wordt aangetekend, geeft verschillende termijnen aan waarna evaluatie plaats moet vinden. Deze zijn zeven dagen na startdatum, een maand, drie maanden, zes maanden en negen maanden na startdatum. Na een jaar moet er een nieuw BOPZ behandelplan tot stand komen.¹⁰² De termijnen van

⁹⁸ Art. 10 jo. Art. 11 WZD, *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 3, p. 23, *Kamerstukken II 2011/12*, 31 996, nr. 29, p. 20, Frederiks & Blankman 2013, par. 4.1 e.v..

⁹⁹ Art. 10 WZD, *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 3, p. 23, *Kamerstukken II 2011/12*, 31 996, nr. 29, p. 20, Frederiks & Blankman 2013, par. 4.1.

¹⁰⁰ Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan, p. 18, Bijlage B: Format persoonlijk plan, Bijlage G: Bijlage Persoonlijk plan: BOPZ eerste behandelplan.

¹⁰¹ Art. 8 lid 1 jo. Art 10 jo. Art. 11 WZD, *Kamerstukken II 2008/09*, 31 996, nr. 3, p. 51, *Kamerstukken II 2011/12*, 31 996, nr. 33 p. 4 e.v., Frederiks & Blankman 2013 par. 4.1 e.v..

¹⁰² Bijlage G: Bijlage Persoonlijk plan: BOPZ eerste behandelplan.

de Wet zorg en dwang verschillen hier enigszins van. Bij een normaal zorgplan moet de evaluatie plaats vinden vier weken na de start van de zorgverlening door de zorgaanbieder en daarna iedere zes maanden.¹⁰³ Wanneer het een zorgplan met onvrijwillige zorg betreft moet evaluatie plaatsvinden na drie maanden (in een MDO met een deskundige die niet bij de zorg betrokken is) drie maanden hierna (met een externe deskundige); dit laatste zorgplan moet iedere zes maanden geëvalueerd worden met een niet bij de zorg betrokken deskundige.¹⁰⁴ Het staat de zorgverantwoordelijke echter vrij een evaluatie zo vaak als nodig in te plannen.

Indien ORO onder werking van de Wet zorg en dwang met een vernieuwde versie van het BOPZ behandelplan wil werken, zijn er op een aantal punten – met name met betrekking tot de vermelde termijnen – veranderingen nodig.

5.1.5 Zorgverlener en zorgverantwoordelijke

De term zorgcoördinator komt niet voor in de Wet zorg en dwang. Voor een persoon met dezelfde verantwoordelijkheden wordt binnen ORO de term zorgverantwoordelijke aangehouden. Dat ORO hier een andere term voor aanhoudt, zorgt niet voor een inbreuk op de Wet zorg en dwang. Het is wel een wettelijke eis dat de zorgaanbieder aan iedere cliënt een persoon toewijst die over hem verantwoordelijkheden draagt zoals de zorgverantwoordelijke in de wet en de zorgcoördinator binnen ORO. Zolang door ORO aan iedere cliënt een zorgcoördinator wordt aangewezen, voldoet zij aan deze eis van de wet. Binnen ORO heeft iedere cliënt een zorgcoördinator, waardoor op dit punt geen aanvulling nodig is in het beleid of de protocollen van.¹⁰⁵

De zorgverlener die de feitelijke uitvoering van de onvrijwillige zorg op zich neemt, wordt net zo min als de zorgverantwoordelijke aan banden gelegd waar het aankomt op deskundigheid en bekwaamheid. Het staat de zorgaanbieder vrij om een medewerker of categorie medewerkers aan te wijzen die bevoegd zijn in het verlenen van onvrijwillige zorg. Vanuit de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) vindt er evenmin controle plaats, doordat het verlenen van onvrijwillige zorg op zich niet vrijheidsbeperkend is. Enkele vormen van onvrijwillige zorg vormen echter wel voorbehouden handelingen waardoor ze niet door iedere medewerker verricht mogen worden.¹⁰⁶ Het is de plicht van de zorgaanbieder om aan te wijzen wie bevoegd zijn tot het toepassen van onvrijwillige zorg. Daarnaast moet de zorgverantwoordelijke in het zorgplan waar onvrijwillige zorg in opgenomen is, vastleggen welke medewerker of categorie medewerkers bevoegd is tot het toepassen van de onvrijwillige zorg.¹⁰⁷

Binnen ORO wordt er binnen het beleid niet veel aandacht besteed aan de bekwaamheid van de zorgverlener. In een enkel protocol wordt vermeld dat de medewerker zich bekwaam acht in de handeling. Verder wordt in het beleid geen aandacht besteed aan de zorgverlener.¹⁰⁸ Door ORO, maar ook door de zorgverantwoordelijke zal onder de werking van de Wet zorg en dwang meer aandacht nodig zijn voor de persoon die feitelijke uitvoering geeft aan de onvrijwillige zorg.

5.2 Het gebruik van domotica door ORO en de Wet zorg en dwang

Binnen ORO is er beleid gemaakt met betrekking tot het gebruik van domotica. Met uitzondering van de bijlage bij het persoonlijk plan, zijn de documenten met betrekking tot domotica enkel in te zien door een beperkt aantal medewerkers van ORO. Binnen ORO wordt er redelijk veelvuldig gebruik gemaakt van domotica in de zorg- en dienstverlening aan haar cliënten. Het aantekenen van het feitelijk gebruik van domotica vindt plaats op de bijlage bij het persoonlijk plan van de cliënt.¹⁰⁹

¹⁰³ Art. 8 lid 1 WZD.

¹⁰⁴ Art. 10 jo. Art. 11 WZD.

¹⁰⁵ Art. 1 onder g jo. 7 lid 1 WZD.

¹⁰⁶ Art. 1 lid 1 onder h jo. Art. 7 WZD, Art. 36 lid 5 Wet BIG, *Kamerstukken II*, 2004/05, 28 950, nr. 5, p. 3, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 15, 42 e.v. en 50 e.v..

¹⁰⁷ Art. 1 lid 1 onder h jo. Art. 10 WZD.

¹⁰⁸ Bijlage O: Protocol Onrustband, Bijlage P: Protocol fixatiemateriaal, Bijlage Q: Protocol afzonderen.

¹⁰⁹ Bijlage F: Bijlage persoonlijk plan: Domotica.

De wetgever heeft geen specifieke regels opgesteld met betrekking tot het gebruik van domotica, buiten het feit dat het binnen de reikwijdte van de Wet zorg en dwang valt. Indien het gebruik van domotica in overeenstemming met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger gebeurt en de cliënt zich er niet tegen verzet, vindt het gebruik van domotica vrijwillig plaats.¹¹⁰

De IGZ heeft ook geconstateerd dat het gebruik van domotica veelvuldig plaatsvindt bij cliënten met een verstandelijke beperking. Het wordt door de IGZ in principe gezien als een goed alternatief op het gebruik van vrijheidsbeperking die dicht bij de cliënt staat. De IGZ stelt als eis bij het gebruik van domotica dat voor iedere cliënt het gebruik van domotica verantwoord en geëvalueerd moet worden. Er werd door haar echter ook geconstateerd dat in één op de vijf accommodaties het gebruik van uitluistersystemen niet opgenomen wordt in het zorgdossier van de cliënt. Hieruit blijkt dat bij veel medewerkers het bewustzijn nog niet aanwezig is dat het gebruik van domotica vrijheidsbeperkend van aard is.¹¹¹

Binnen ORO is er verandering nodig met betrekking tot het gebruik van domotica in de zorg- en dienstverlening. Doordat het beleid met betrekking tot domotica bij een beperkt aantal medewerkers bekend is, dreigt het gevaar dat ook binnen ORO domotica niet wordt gezien als een vrijheidsbeperkende maatregel waarvan het gebruik niet aangetekend wordt.

5.3 Het gebruik van huisregels door ORO en de Wet zorg en dwang

Het beleid van ORO is dat huisregels per woonvoorziening met de cliëntenraad van de voorziening en het zorgteam worden afgesproken en geëvalueerd. Uit een intern auditverslag is echter gebleken dat het evalueren niet altijd volgens de regels gebeurt en de vernieuwde versie niet altijd – als zodanig – in het bewonersdossier van de cliënt opgenomen wordt.¹¹²

Daarnaast bepaald het beleid dat de Commissie Vrijheidsbevordering de geëvalueerde huisregels toegezonden krijgt voordat deze officieel vastgesteld worden.¹¹³ In de praktijk is gebleken dat het initiatief voor het opvragen van de huisregels bij de Commissie vandaan moet komen. De laatste keer dat zij het initiatief heeft genomen van alle voorzieningen de huisregels op te vragen, was in 2011.¹¹⁴ In de loop van 2014 zal de commissie weer van alle voorzieningen van ORO de huisregels opvragen en toetsen aan de kwaliteitseisen van de Wet zorg en dwang en de IGZ.

De Wet zorg en dwang bevat weinig bepalende regels over de huisregels. De huisregels worden vooral in strekking beperkt: ze mogen niet meer bevatten dan nodig en enkel regels met betrekking tot het regelen van een geordende samenleving.¹¹⁵ Hierdoor is er binnen de woonvoorzieningen veel vrijheid in het invullen van de huisregels.

Binnen ORO wordt er van deze vrijheid door enkele woonvoorzieningen gebruik gemaakt door redelijk uitgebreid regels op te stellen met betrekking tot het samenleven binnen de voorziening. Zo bepalen sommige huisregels uitdrukkelijk wanneer er gegeten wordt. Andere huisregels bepalen etenstijden, maar bieden ook de ruimte af te wijken hiervan wanneer de wens hiertoe door de bewoner aangegeven wordt. Verder zijn er huisregels die binnen een smalle marge werken door regels op te stellen die terugslag vinden op de beperking van de cliënten. Dit door uitdrukkelijk aan te geven wanneer – en hoe lang – telefoongesprekken plaats kunnen vinden binnen de voorziening. Bij de huisregels van deze voorziening was aangegeven dat ze een erg regelend karakter hadden op dit gebied door de korte duur van het concentratievermogen van de cliënten. Deze huisregels waren afkomstig van de controle uit 2011 en de voorziening is nu opgeheven.¹¹⁶

¹¹⁰ Art. 2 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 5 en 46 e.v..

¹¹¹ Inspectie voor de gezondheidszorg 2008, p. 9, Inspectie voor de gezondheidszorg 2009, p. 31, Inspectie voor de gezondheidszorg 2012, p. 23.

¹¹² Bijlage E: Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO, p. 4 e.v..

¹¹³ Bijlage C: Stichting ORO en de Wet BOPZ, p. 7 en p. 13.

¹¹⁴ Bijlage J t/m M: Voorbeelden huisregels verschillende locaties.

¹¹⁵ *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 12.

¹¹⁶ Bijlage J t/m M: Voorbeelden huisregels verschillende locaties.

5.4 Het gebruik van overige vrijheidsbeperkende afspraken door ORO

Binnen ORO worden naast de hierboven behandelde vormen van vrijheidsbeperking, ook andere beperkingen in de vrijheid van de cliënt om zijn eigen leven in te richten gehanteerd. Dit in de vorm van een vaste dagstructuur of dagbesteding. De vaste dagstructuur kan zo ver gaan als iedere handeling van de cliënt - in grote lijnen of gedetailleerd - aan het begin van de dag vast te stellen. Deze vaste dagstructuur vindt zijn basis in het persoonlijk plan van de cliënt, maar de nadere uitwerking ervan is hier niet in vastgelegd.¹¹⁷

Vanuit de wet en de IGZ worden er geen aanvullende regels gesteld aan het bieden van een vaste dagstructuur of dagbesteding. Zolang de vaste dagstructuur of dagbesteding zijn basis vindt in het persoonlijk plan en de cliënt zich niet tegen de activiteiten verzet, worden ze vrijwillig uitgevoerd. Wanneer de cliënt zich tegen de vaste dagstructuur of dagbesteding verzet, maar hij deze wel uit moet voeren, dan geldt dit als een vorm van onvrijwillige zorg.¹¹⁸

Binnen ORO wordt het hanteren van een vaste dagstructuur of dagbesteding nog niet erkend als een vorm van zorg- en dienstverlening die als onvrijwillige zorg geclassificeerd kan worden wanneer het onvrijwillig uitgevoerd wordt door de cliënt. Binnen het beleid of de protocollen is er evenmin aandacht voor het vrijheidsbeperkende karakter van de vaste dagstructuur en dagbesteding. Het bieden van de vaste dagbesteding of dagstructuur vindt enkel zijn basis in het persoonlijk plan van de cliënt, maar dit garandeert niet dat de vaste dagbesteding of dagstructuur periodiek geëvalueerd wordt, zeker niet wanneer de activiteiten in vage termen worden omschreven.

5.5 Conclusie

Op veel gebieden voert ORO een beleid wat overeen komt met de eisen die de Wet zorg en dwang hieraan stelt. Er zijn echter gebieden waar het beleid en de protocollen over zwijgen. Een intern auditverslag heeft geconcludeerd dat de medewerkers van ORO vaak intuïtief juist handelen, maar niet om de juiste redenen. Hier ligt een gevaar in omdat de eisen uit de wet en vanuit de organisatie tot stand zijn gekomen om waarborgen te creëren en te garanderen dat onvrijwillige zorg op een verantwoorde wijze wordt toegepast. In de praktijk moet er meer aandacht liggen op het feit dat enkel op een juiste, verantwoorde wijze zorg verleend kan worden wanneer genomen beslissingen geen constante factor vormen in het leven van de cliënt. De reden waarom een beslissing ooit genomen is, kan verdwijnen waardoor de verleende- vrijheidsbeperkende - zorg hierdoor zonder grondslag verleend zou kunnen worden.

Binnen ORO wordt met betrekking tot het beslissen of onvrijwillige zorg ingezet moet worden, veel in multidisciplinaire samenstelling overleg gepleegd. De wet maakt enkel bij verschillende beslissingen duidelijk welke disciplines hierbij betrokken moeten worden. Binnen ORO is er niet in alle beleidsstukken overeenkomst in de disciplines die betrokken moeten worden bij het MDO.

Op het gebied van domotica moet het beleid beter bekend worden gemaakt bij de medewerkers. Zoals bij meerdere vormen van vrijheidsbeperking die niet onder de traditionele vormen vallen, is bij de medewerkers mogelijk nog te weinig bewustzijn over het vrijheidsbeperkende karakter van domotica, huisregels en andere afspraken zoals het gebruik van een vaste dagstructuur of dagbesteding. Door het bekend maken van beleid op deze gebieden wordt dit mogelijk meer onder de aandacht gebracht van de medewerkers.

¹¹⁷ Bijlage B: Format persoonlijk plan, Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014

¹¹⁸ Art. 2 lid 1 WZD, *Kamerstukken II* 2008/09, 31 996, nr. 3, p. 5 en 46 e.v..

Hoofdstuk 6: Conclusies en aanbevelingen

Op welke gebieden zijn veranderingen nodig, in het kader van de Wet zorg en dwang, binnen het beleid en de protocollen van ORO ten aanzien van het leveren van onvrijwillige zorg aan haar cliënten met een verstandelijke beperking?

Inleiding

Naar aanleiding van de voorafgaande hoofdstukken wordt hier behandeld op welke gebieden er veranderingen nodig zijn in het beleid en de protocollen van ORO om te voldoen aan de eisen die voornamelijk de Wet zorg en dwang, maar ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg hier aan stelt. Opeenvolgend zal aan bod komen: De zorgcoördinator binnen ORO, de zorgverlener, het multidisciplinair overleg, het wilsonbekwaam verklaren van de cliënt, het signaleringsplan, het gebruik van domotica, de huisregels, de vaste dagstructuur en dagbesteding, het registreren van accommodaties en het register van onvrijwillige zorg.

Over deze onderdelen zal een conclusie worden gegeven naar aanleiding van het onderzoek naar het beleid en de protocollen van ORO na deze vergelijken te hebben met de eisen van de Wet zorg en dwang en de IGZ op deze onderwerpen. Naar aanleiding van de conclusie zal er – indien dit nodig is – een advies worden gegeven voor een wijziging die ORO door moet voeren om te voldoen aan de eisen die aan haar worden gesteld in het kader van de Wet zorg en dwang.

De zorgcoördinator binnen ORO

De Wet zorg en dwang legt aan de zorgaanbieder – in dit geval ORO – de plicht op om aan iedere cliënt een zorgverantwoordelijke aan te wijzen. De zorgaanbieder moet een bekwame categorie medewerkers aanwijzen die de functie van zorgverantwoordelijke kunnen vervullen.

De taken van de zorgcoördinator binnen ORO komen overeen met de taken die de Wet zorg en dwang opdraagt aan de zorgverantwoordelijke. ORO hoeft hierdoor geen wijziging aan te brengen in haar beleid met betrekking tot het aanstellen van een zorgcoördinator. Onder het huidige beleid wordt aan iedere cliënt een zorgcoördinator toegewezen en dit moet ook in de toekomst blijven gebeuren. ORO moet er voor zorgen dat de zorgcoördinator die ze toewijst bekwaam is om zijn taak uit te voeren door te beschikken over de nodige ervaring. Waaruit deze ervaring bestaat wordt door de Wet zorg en dwang niet voorgeschreven. Om te kunnen waarborgen dat de zorgcoördinatoren over de benodigde bekwaamheid beschikken om hun taak verantwoord uit te voeren, kan ORO ervarings- en/of opleidingseisen stellen aan haar huidige en toekomstige zorgcoördinatoren.

De zorgverlener binnen ORO

De Wet zorg en dwang schrijft voor dat enkel bekwame zorgverleners onvrijwillige zorg mogen verlenen aan de cliënt. Het toepassen van onvrijwillige zorg op zich is geen voorbehouden handeling die valt onder de Wet BIG. Hierdoor valt het onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om er zorg voor te dragen dat de zorgverleners in staat zijn op een verantwoorde wijze onvrijwillige zorg te verlenen.

Binnen ORO wordt er enkel een bekwaamheidstoets afgelegd met betrekking tot het verrichten van voorbehouden handelingen. Met betrekking tot de bekwaamheid van de zorgverlener in het verlenen van onvrijwillige zorg, wordt er in de huidige protocollen eenmalig vermeld dat de zorgverlener zichzelf bekwaam moet achten. In het kader van de Wet zorg en dwang is het aan te raden de bekwaamheid van de zorgverleners op eenzelfde wijze te toetsen wanneer zij enige vorm van onvrijwillige zorg toe moeten kunnen passen. Daarnaast moet door ORO als zorgaanbieder een categorie zorgverleners aangewezen worden die onvrijwillige zorg mogen verlenen. De zorgcoördinatoren kunnen aan de hand hiervan in een individueel persoonlijk plan bepalen welke medewerkers met welke bekwaamheid de bevoegdheid hebben onvrijwillige zorg toe te passen bij de cliënt.

Het multidisciplinair overleg binnen ORO

Binnen ORO is er verandering nodig met betrekking tot het Multidisciplinair Overleg (MDO) dat verplicht gehouden moet worden voordat onvrijwillige zorg opgenomen mag worden in het persoonlijk plan van de cliënt. Binnen verschillende beleidsstukken van ORO, worden verschillende disciplines aangewezen als vereiste gesprekspartner, waardoor eenduidigheid hierin ontbreekt.

De Wet zorg en dwang schrijft voor dat de zorgcoördinator en de deskundige waarmee hij het MDO voert om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan van de cliënt van verschillende disciplines afkomstig zijn. In door de wet voorgeschreven gevallen moet de deskundigheid van een arts betrokken worden bij het MDO. Voor de andere vormen van onvrijwillige zorg kunnen na de inwerkingtreding van de wet regels worden opgesteld over de disciplines die bij het MDO betrokken moeten worden. Naast deze deskundigen hebben de cliënt en zijn vertegenwoordiger het recht aanwezig te zijn bij het MDO.

Binnen ORO wordt de deskundigheid van een arts uitdrukkelijk gewaarborgd door zijn zitting in de Commissie Vrijheidsbevordering en – in het kader van de uitvoering van de Wet BOPZ – het vereiste dat hij betrokken wordt bij de overweging tot het inzetten van fixatiemateriaal. Zijn aanwezigheid is in het huidige beleid niet gegarandeerd met betrekking tot de inzet van de andere vormen van onvrijwillige zorg waar de Wet zorg en dwang zijn aanwezigheid vereist, namelijk het onvrijwillig toedienen van voeding, vocht of medicatie of psychofarmaca.

Het is daarom aan te bevelen dat ORO binnen haar beleid op grond van de Wet zorg en dwang uitdrukkelijk vermeldt welke disciplines betrokken moeten worden bij het nemen van beslissingen met betrekking tot het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Een wijze om hier vorm aan te geven is door een algemeen beleidstuk te schrijven. Daarnaast kan op het document waarop de onvrijwillige zorg wordt aangetekend een onderdeel worden toegevoegd waarop aangegeven kan worden wie bij het overleg aanwezig waren. Dit om duidelijkheid te scheppen over de disciplines die betrokken zijn geweest bij het MDO.

Het wilsonbekwaam verklaren van de cliënt

Er is binnen ORO verandering nodig met betrekking tot de wijze waarop omgegaan wordt met de verklaring van wilsonbekwaamheid bij de cliënten. Binnen het huidige beleid zijn er geen regels getroffen over dit onderwerp.

De Wet zorg en dwang schrijft voor dat enkel een niet bij de zorg betrokken arts de beslissing kan nemen om een cliënt wilsonbekwaam te verklaren met betrekking tot een specifieke beslissing. Deze beslissing moet door de zorgverantwoordelijke van de cliënt schriftelijk vastgelegd worden.

Het is daarom een aanbeveling dat ORO beleid maakt en implementeert waarin bepaald wordt dat de beslissing tot het wilsonbekwaam verklaren van de cliënt schriftelijk bijgehouden moet worden. Een mogelijk document waarin dit bijgehouden kan worden is het persoonlijk plan van de cliënt, of het digitale systeem waarin het persoonlijk plan is opgenomen.

Het signaleringsplan binnen ORO

Er is binnen ORO verandering nodig met betrekking tot het signaleringsplan dat gebruikt wordt in de zorg aan haar cliënten met een zware zorgvraag. In dit plan wordt het gedrag van de cliënt beschreven en de reactie die hierop vanuit de verzorging moet volgen. Deze acties kunnen in verschillende gradaties vrijheidsbeperkend zijn. Aan het signaleringsplan is in het huidige beleid geen aandacht besteed.

De Wet zorg en dwang bevat geen regels betreffende het signaleringsplan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) noemt het signaleringsplan een goede manier om gebruik te maken van risicotaxaties en een manier om vrijheidsbeperking terug te dringen.

Het is aan te bevelen dat ORO de positie van het signaleringsplan binnen de zorg vastlegt. Binnen het huidige beleid wordt het signaleringsplan niet vermeld, wat het mogelijk maakt dat het signaleringsplan niet periodiek geëvalueerd hoeft te worden. Uit een intern auditverslag blijkt dat er signaleringsplannen waren aangetroffen met gedragsbeschrijvingen van de cliënten die de cliënt

nooit meer vertoond. Hierdoor blijven – vrijheidsbeperkende – afspraken opgenomen in dit plan, terwijl de reden hiervoor niet meer aanwezig is.

Indien ORO er voor kiest gebruik te blijven maken van het signaleringsplan, is het aan te raden over het signaleringsplan beleid te schrijven waarin over de inhoud, het tot stand komen, maar vooral het evalueren ervan regels worden opgesteld. Indien er regels zijn, kan er ook intern toezicht op worden gehouden dat deze regels in de praktijk nageleefd worden.

Het gebruik van domotica binnen ORO

Binnen ORO is er verandering nodig met betrekking tot de wijze waarop gebruik wordt gemaakt van domotica. Er zijn visiestukken geschreven over het gebruik van domotica, maar deze zijn niet voor alle medewerkers toegankelijk. Hierdoor bestaat het risico dat er bij de zorgverleners te weinig kennis aanwezig is over het gebruik van domotica en de risico's bij het gebruik ervan.

De Wet zorg en dwang bepaalt dat het gebruik van domotica als onvrijwillige zorg aangemerkt kan worden, wanneer de cliënt zich tegen inzet ervan verzet of er geen weet van heeft. De IGZ ziet het gebruik van domotica als een alternatief voor meer extreme vormen van vrijheidsbeperking, maar constateert dat het gebruik ervan niet altijd vastgelegd wordt.

Het is aan te bevelen dat er bij de medewerkers van ORO meer bewustheid gecreëerd wordt over het vrijheidsbeperkende karakter van domotica en de risico's die verbonden zijn aan het gebruik ervan. Dit door het gebruik van domotica altijd aan te tekenen op het persoonlijk plan van de cliënt. Indien het gebruik van domotica als doel is opgenomen in het persoonlijk plan, wordt gewaarborgd dat het gebruik van domotica periodiek geëvalueerd wordt. Op dit moment wordt nog gewerkt met de bijlage domotica, waar het gebruik van domotica op wordt aangetekend. In deze bijlage wordt echter niets vermeld over risico's en het vrijheidsbeperkende karakter van domotica.

De huisregels binnen ORO

Binnen ORO is er verandering nodig met betrekking tot de manier waarop omgegaan wordt met huisregels binnen de voorzieningen. De evaluatie van de huisregels vindt niet periodiek en consequent plaats. Daarnaast is vaak niet bekend welke versie – en of dit de meeste recente versie is – van de huisregels opgenomen is in het bewonersdossier van de cliënt. Daarnaast vindt ook de toetsing door de Commissie Vrijheidsbevordering niet periodiek plaats.

De Wet zorg en dwang schrijft niet veel regels voor met betrekking tot de huisregels, enkel algemene regels met betrekking tot de inhoud van de huisregels en het verstekken ervan aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger. De zorgaanbieder kan op grond van de Wet zorg en dwang bestraft worden wanneer de huisregels niet schriftelijk ter hand gesteld worden aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger en aan hen een mondeling toelichting op de huisregels gegeven wordt.

Binnen ORO is er beleid opgesteld met betrekking tot de huisregels – dit beleid wordt echter niet nageleefd. Hieruit blijkt dat het geen nut heeft meer beleid te schrijven, wat net zomin nageleefd zal worden. Een manier om met dit probleem om te gaan is door het evalueren van de huisregels als een doel op te nemen in het persoonlijk plan.

De vaste dagstructuur en dagbesteding binnen ORO

Er is binnen ORO verandering nodig met betrekking tot de manier waarop omgegaan wordt met de overige vormen van onvrijwillige zorg. Dit zijn de regels die op enige wijze de vrijheid van de cliënt om zijn leven in te richten beperken. Voorbeelden binnen ORO zijn het werken met een vaste dagstructuur en dagbesteding. Het persoonlijk plan werkt als basis voor de dagelijkse uitwerking hiervan.

De Wet zorg en dwang bevat geen specifieke regels met betrekking tot het hanteren van een vaste dagstructuur of dagbesteding. Wanneer afspraken die de vrijheid van de cliënt om zijn leven in te richten in overeenstemming met de cliënt opgesteld worden, vallen deze afspraken onder vrijwillige zorg. Het opleggen van regels die de vrijheid van de cliënt om zijn eigen leven in te richten moeten echter zo veel mogelijk beperkt worden.

Binnen ORO wordt niet overal op dezelfde manier over vrijheidsbeperking gedacht. Het is mogelijk dat het hanteren van een vaste dagstructuur of dagbesteding daarom door de zorgverleners niet herkend wordt als vrijheidsbeperking en daardoor onnodig vaak wordt toegepast. Er is om die reden bewustwording bij de zorgverleners nodig dat het hanteren van een vaste dagstructuur of dagbesteding de cliënt in zijn vrijheid beperkt. Het herkennen van verschillende vormen van onvrijwillige zorg door de zorgverleners kan gestimuleerd worden door het laten plaatsvinden van cursussen, of door een persoon op te leiden tot aandachtsfunctionaris op het gebied van onvrijwillige zorg.

Het registreren van accommodaties

Het is nodig dat binnen ORO nagedacht wordt over het uitbreiden van de woonvoorzieningen waarin onvrijwillige zorg toegepast mag worden, vergeleken met de woonvoorziening waar dit feitelijk al gebeurt.

De Wet zorg en dwang schrijft voor dat accommodaties in het register – dat nog opgericht moet worden – moeten staan waarin alle accommodaties worden ingeschreven waar onvrijwillige zorg verleend mag worden. De instellingen die een BOPZ- aanmerking hebben zullen automatisch worden opgenomen in het register onder de Wet zorg en dwang. Vijf woonvoorzieningen van ORO vallen onder deze regeling.

Door de IGZ is geconstateerd dat er ook binnen voorzieningen die deze BOPZ- aanmerking niet hebben, onvrijwillige zorg wordt verleend. Indien dit ook plaatsvindt binnen ORO, is het nodig dat zij overweegt of zij naast deze vijf woonvoorzieningen, ook andere woonvoorzieningen wil inschrijven in het register. Indien er niet voor gekozen wordt het aantal accommodaties uit te breiden waar onvrijwillige zorg verleend mag worden, moeten cliënten naar een van deze accommodaties verhuizen indien overwogen wordt onvrijwillige zorg in te zetten. Het uitbreiden van de accommodaties zorg er voor dat er mogelijk door de IGZ meer gecontroleerd wordt op deze accommodaties en ORO als zorgaanbieder.

Het register voor onvrijwillige zorg

Er is verandering nodig met betrekking tot de wijze waarop onvrijwillige zorg binnen ORO als zodanig herkend wordt. Uit een intern auditverslag blijkt dat binnen de voorzieningen waar de zorgverleners regelmatig te maken krijgen met onvrijwillige zorg of dwang, zij dit vaker als zodanig herkennen dan de zorgverleners binnen voorzieningen die minder vaak, tot bijna nooit te maken krijgen met onvrijwillige zorg.

De Wet zorg en dwang wil een cultuurverandering teweeg brengen over het denken over vrijheidsbeperking en het gebruik van onvrijwillige zorg. Om deze cultuurverandering mogelijk te maken en het mogelijk te maken dat er toezicht gehouden kan worden door de IGZ op het gebruik van onvrijwillige zorg, moet door de zorgaanbieder het gebruik van onvrijwillige zorg geregistreerd worden. Een overzicht hiervan moet minstens iedere zes maanden aan de IGZ toegestuurd worden.

ORO zal er voor moeten zorgen dat er binnen de organisatie eenvormig – en in overeenstemming met de Wet zorg en dwang – gedacht wordt over onvrijwillige zorg. Dit kan bereikt worden door veel aandacht te schenken aan de vormen van zorg- en dienstverlening die ORO aan haar cliënten biedt, die onder het begrip onvrijwillige zorg kunnen vallen. Daarnaast kunnen cursussen aangeboden worden en kan er voor gekozen worden een persoon binnen de organisatie op te leiden tot aandachtsfunctionaris op het gebied van onvrijwillige zorg. Er kan ook voor gekozen worden de zorgcoördinatoren cursussen aan te bieden en zeer deskundig te maken op het gebied van onvrijwillige zorg. Zij kunnen dan naar de zorgverleners een aansturende en raadgevende functie vervullen op het gebied van onvrijwillige zorg.

Conclusie

Op verschillende gebieden verschilt het beleid van ORO met de regels die de Wet zorg en dwang op dezelfde gebieden voorschrijft. Op de gebieden over het zorgplan, de zorgverlener en de zorgverantwoordelijke hoeven desondanks geen tot minimale wijzigingen plaats te vinden.

Op andere gebieden zijn er veel aanvullingen nodig. Dit zijn het gebruik van domotica, het signaleringsplan, vrijheidsbeperkende afspraken en het registreren van onvrijwillige zorg. Op deze gebieden is er geen of weinig beleid geschreven en ontbreekt het bij de zorgverlening aan bewustzijn over het vrijheidsbeperkende karakter van deze maatregelen. De zorgverleners moeten bewust worden gemaakt het vrijheidsbeperkende karakter van dagelijkse handelingen en buiten de traditionele vormen van vrijheidsbeperking. Het vormen van beleid is een stap in de goede richting, maar cursussen zouden hen in de praktijk handvaten kunnen bieden.

Wat betreft het wilsonbekwaam verklaren van cliënten moet er geheel nieuw beleid gevormd worden; binnen het huidige beleid is niets geregeld en de Wet zorg en dwang is op dit gebied strikt en dwingend in zijn voorschriften.

Het registreren van accommodaties is een onderwerp waar stichting ORO zelf een keuze in moet maken in hoeverre ze het aantal woonvoorzieningen waar onvrijwillige zorg verleend mag worden wil uitbreiden.

Literatuurlijst

Engberts & Kalkman-Bogerd 2006

D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Gezondheidsrecht*, Houten: Bohn Stafleu Loghum 2006.

Frederiks e.a. 2010

B.J.M. Frederiks e.a., 'Het Wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering voor de rechtspositie van mensen met een verstandelijke beperking en dementie?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2-2010, p. 76- 86.

Frederiks & Blankman 2013

B.J.M. Frederiks & K. Blankman, 'Wetsvoorstel Zorg en dwang: impact van de recente wijzigingen voor het veld en de cliënt', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2013 (37) 4, p. 346-361.

Inspectie voor de gezondheidszorg 2007

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Toetsingskader onderzoek 'Zorg voor Vrijheid' in de Verstandelijke Gehandicaptenzorg en Verpleeghuis- en Verzorgingshuiszorg: Terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen en bevorderen van good practices*, Utrecht: IGZ 2007.

Inspectie voor de gezondheidszorg 2008

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Rapport Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet*, Den Haag: IGZ 2008.

Inspectie voor de gezondheidszorg 2009

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Toepassing van domotica in de zorg moet zorgvuldiger*, Den Haag: IGZ 2009.

Inspectie voor de gezondheidszorg 2010

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Rapport Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in langdurige zorg volop gaande: Duidelijke ambities voor 2011 nodig*, Den Haag: IGZ 2010.

Inspectie voor de gezondheidszorg 2012

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Rapport Extra inspanning noodzakelijk voor terugdringen vrijheidsbeperking in langdurige zorg: Meer inzet externe deskundigen en betere focus op afbouw*, Utrecht: IGZ 2012.

Widdershove 2010

T.P. Widdershove, 'Zorg en dwang: één stap voorwaarts, twee terug Opmerkingen bij het wetsvoorstel zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten', *NJB* 2010/492.

Overige bronnen

A. Interne stukken

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: beweging

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: bijzonder zorgplan t.b.v. toeslag meerzorg

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: BOPZ eerste behandelplan

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: BOPZ volgende behandelplan

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: conduitestaat

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: De netwerkaart

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: domotica

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: medicatieproces

Bijlage bij het Persoonlijk Plan: risicovolle handelingen

Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO

Format opbouw dossier vrijheidsbeperking.

Format persoonlijk plan

Handleiding persoonlijk plan: het opstellen en uitvoeren van een persoonlijk plan

Huisregels Woonvoorziening BD uit 2011

Huisregels Woonvoorziening SH uit 2011

Huisregels Woonvoorziening TS uit 2011

Huisregels Woonvoorziening WBB uit 2011

ORO en haar visie op vrijheidsbeperking

Protocol Onrustband

Protocol Fixatiemateriaal

Protocol afzonderen

Stichting ORO en de Wet BOPZ

Werkplan 2012 Commissie Middelen en Maatregelen.

B. Geraadpleegde Kamerstukken

Kamerstukken II, 2004/05, 28 950, nr. 5. (Introductiebrief Wet zorg en dwang)

Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3. (Memorie van Toelichting)

Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 4. (Advies Raad van State en nader rapport)

Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 29 (Nota 4^e wijziging)

Kamerstukken II 2011/12, 31 996, nr. 33. (Nota 5^e wijziging)

Kamerstukken I 2013/14, 31 996, nr. A. (Conceptwettekst bij Eerste Kamer)

C. Elektronische bronnen

<https://www.dwangindezorg.nl/vraag-en-antwoord/inspraak-huisregels/vg-prof-inspraak-clienten/?searchterm=huisregel> (geraadpleegd op 09-04-2014, www.dwangindezorg.nl zoek op huisregel, kopje “Wie mogen meebeslissen over huisregels”)

http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/31996_wet_zorg_en_dwang (geraadpleegd op 05-03-2014, www.eerstekamer.nl zoek op wet zorg en dwang, dan een paar keer doorklikken naar wetsvoorstellen, nummer 31 996)

Bijlagen

Bijlage A: Handleiding persoonlijk plan

Bijlage B: Format persoonlijk plan

Bijlage C: Stichting ORO en de Wet BOPZ

Bijlage D: Interview d.d. 24-03-2014

Bijlage E: Een audit naar vrijheidsbeperking binnen ORO

Bijlage F: Bijlage Persoonlijk plan: Domotica

Bijlage G: Bijlage Persoonlijk plan: BOPZ eerste behandelplan

Bijlage H: Bijlage Persoonlijk plan: BOPZ volgende behandelplan

Bijlage I: Format opbouw dossier vrijheidsbeperking

Bijlage J: Voorbeelden huisregels verschillende locaties

Bijlage K: Voorbeelden huisregels verschillende locaties

Bijlage L: Voorbeelden huisregels verschillende locaties

Bijlage M: Voorbeelden huisregels verschillende locaties

Bijlage N: Rondleiding Rijtven d.d. 12-03-2014

Bijlage O: Protocol Onrustband

Bijlage P: Protocol fixatiemateriaal

Bijlage Q: Protocol afzonderen

Bijlage R: ORO en haar visie op vrijheidsbeperking