



Maria Dommer

Visie op Vrijheid en Veiligheid 2023-2024

Versie maart 2023

Vastgesteld met instemming Clientenraad

Inhoudsopgave

Inleiding

1 Visie

- 1.1 Wat is vrijheid?
- 1.2 Wat is veiligheid?
- 1.3 De balans tussen vrijheid en veiligheid
- 1.4 Wat is leefplezier?
- 1.5 Visie op dementie
- 1.6 Welbevinden in relatie tot vrijheid en veiligheid
- 1.7 Uitgangspunten van Maria Dommer in relatie tot vrijheid en veiligheid

2 Wettelijk kader

- 2.1 Geldende wetten
- 2.2 Interpretatie van de wet
- 2.3 Doelgroepen

3 Functionarissen, rollen en samenwerking

- 3.1 Functionarissen en rollen
- 3.2 De driehoek van eigenaarschap
- 3.3 Voorkomen van besluiteloosheid

4 Bewuste medewerkers

- 4.1 Visie geaccepteerd
- 4.2 Opleiding (theorie)
- 4.3 Borging in de praktijk

5 De thuissituatie

- 5.1 Verantwoording in de thuissituatie
- 5.2 Verantwoording in een geclusterde VPT setting



6 Uitvoering van beleid

- 6.1 De cliënt
- 6.2 Werken vanuit een visie
- 6.3 Dialoog
- 6.4 Communicatie over de visie/managen van verwachtingen
- 6.5 Ken je cliënt
- 6.6 Gedrag van een cliënt
- 6.7 Geaccepteerde risico's
- 6.8 Ethiek
- 6.9 Inzetten van een 'actie'
- 6.10 Observatie van een 'actie'
- 6.11 Wel of geen verzet
- 6.12 Onvrijwillige zorg
- 6.13 Zorgplan of zorgdossier
- 6.14 Klachten

7 Verantwoording

- 7.1 Vereiste verantwoording

8 Visie op Zorgtechnologie

9 Relevante documentatie

10 Aanvullende beleidsdocumentatie

Leeswijzer

In dit document wordt gesproken over de cliënt. Hier wordt bedoeld iemand die woonachtig is in Maria Dommer of een thuiswonende cliënt die zorg ontvangt vanuit de Wijkverpleging of gefinancierd vanuit het Volledige Pakket Thuis.



Inleiding

Dit document geeft weer hoe Maria Dommer invulling geeft aan het principe dat een cliënt recht heeft op wonen in vrijheid en veiligheid.

1. Visie

1.1 Wat is vrijheid?

Ieder mens heeft vrijheid. Vrijheid is een grondrecht. Dit is vastgelegd in de grondwet en in het Europees Verdrag voor de rechten van de Mens. Dit betekent dat cliënten 'in principe' de vrijheid hebben om te gaan en staan waar zij willen en dat zij daarin niet beperkt worden door anderen zoals professionals, vrijwilligers, mantelzorgers of omwonenden.

1.2 Wat is veiligheid?

Elke cliënt heeft vrijheid, maar veiligheid is een factor die invloed kan hebben op de vrijheid van een cliënt. Veiligheid betekent voor cliënten een omgeving die veilig en vertrouwd aanvoelt en een omgeving waarin zij zich samen met medecliënten en medewerkers veilig kunnen bewegen.

100% veiligheid bestaat niet. Er is geen garantie dat incidenten ten allen tijden kunnen worden voorkomen. Dit zijn risico's die tussen verwanten, behandelaars en professionals regelmatig worden besproken. Deze kunnen in goed overleg als **weloverwogen geaccepteerde risico's** worden afgesproken, regelmatig worden getoetst middels Multi Disciplinair Overleg (MDO) en vast worden gelegd in het zorgleefplan. Een MDO vindt minimaal één maal per jaar plaats, de planning van dit overleg is sinds 2023 voor iedere cliënt vastgelegd in het Elektronisch Cliënt Dossier (ECD). Indien de situatie daarom vraagt (bijvoorbeeld als er sprake is van verplichte evaluatie van het stappenplan onvrijwillige zorg), maar in ieder geval één maal per jaar, wordt een extra MDO, een zorgplanbespreking of gedragsvisite ingepland.

Ter voorkoming van ernstig nadeel voor een cliënt of vanuit het gedrag van de cliënt voor een ander kan het noodzakelijk zijn dat een cliënt beperkt wordt in haar of zijn vrijheid. Deze beperkingen worden regelmatig besproken, getoetst op afwegingen en getoetst op verzet. De afwegingen worden genoteerd in het zorgleefplan als de interventie meer comfort biedt voor de cliënt, of worden behandeld in het stappenplan wanneer er sprake is van verzet.

1.3 De balans tussen vrijheid en veiligheid, kwaliteit van leven

In het zoeken naar de beste balans tussen vrijheid en veiligheid is er één belangrijk gegeven: **100% veiligheid bestaat niet en ongelimiteerde vrijheid bestaat ook niet.**

Maximale vrijheid is het uitgangspunt, echter zullen regels om vrijheid uitvoerbaar te houden al snel een eerste beperking kunnen opwerpen.

Daar tegenover staat dat 100% veiligheid niet te garanderen is, wat niet wegneemt dat vanuit het oogpunt van zorgverantwoordelijkheid geprobeerd zal worden om het leven van een cliënt zo veilig mogelijk te laten verlopen.

Een balans tussen vrijheid en veiligheid wordt gevonden door:

- Vrijheid na te streven
- In overleg met elkaar de risico's die daarbij ontstaan te bespreken en te accepteren



- Vaststellen van de gewenste veiligheid
- Bespreken van de mogelijke beperkingen die kunnen ontstaan uit de het creëren van de veiligheid

Wanneer de situatie van een cliënt verandert, veranderen ook de behoeften aan vrijheden en de risico's mee. Dit impliceert dat het bespreken van de balans tussen vrijheid en veiligheid een herhalend proces is. De dialoog hierover is van groot belang en doet ook recht aan de mening, emoties en soms het rouwproces van cliënt en/of verwanten en begeleiding.

Voorbeeld: Het is voor een cliënt niet meer verantwoord om zonder begeleiding naar buiten te gaan. De cliënt heeft geen inzicht meer in het verkeer, dit kan leiden tot het beperken van de vrijheid van deze cliënt. Wanneer de cliënt zich verzet tegen het niet meer zelfstandig naar buiten kunnen, moet het stappenplan onvrijwillige zorg gevolgd worden.

1.4 Welbevinden van een cliënt

Bij iemand die ouder wordt neemt de vraag naar ondersteuning toe. Bij veel cliënten is een proces gaande van toenemende psychogeriatrische problematiek.

Tijdens dit proces van ouderdom staat het welbevinden van de cliënt centraal en zal de geboden ondersteuning altijd gezien worden vanuit het perspectief van het welbevinden van de cliënt. Binnen Maria Dommer is de visie op dementie en de omgang met dementie hierbij bepalend.

1.5 Visie op wonen met dementie bij MD; "Het gewone leven maar dan samen"

Maria Dommer vindt dat ouderen met dementie een onderdeel blijven van de maatschappij, ook als ze kwetsbaar en afhankelijk zijn geworden. Het "gewone leven" staat centraal binnen Maria Dommer. Het eigen ritme van de cliënt, diens gewoontes, spullen en hobby's zijn voor ons leidend. We doen het samen, waarbij de cliënt de regie heeft en het vanzelfsprekend is dat verwanten in de zorg participeren. We bieden een prettige omgeving, waar de cliënt vrij is om te zijn wie hij/zij is en zich veilig voelt. De achtergrond en wensen van de cliënt zijn leidend voor de manier waarop wij ondersteuning bieden.

1.6 Welbevinden in relatie tot vrijheid en veiligheid

Het is belangrijk om het principe dat iedereen vrijheid heeft, niet slechts als ultiem doel na te streven. Soms kan het inperken van vrijheden leiden tot meer geluk wanneer een persoon zich hier niet tegen verzet.

Binnen Maria Dommer zal continu de afweging worden gemaakt tussen het welbevinden van een cliënt en de **mogelijke** vrijheidsbeperking **die eventueel** nodig is. De wilsbekwaamheid en het mogelijke verzet tegen een beperking, zijn elementen die bepalen of een veiligheidsmaatregel gezien moet worden als onvrijwillige zorg of niet.

Om verwachtingen van professionals, cliënten en verwanten duidelijk te managen zijn er enkele uitgangspunten genoemd in relatie tot het thema Vrijheid en Veiligheid.

Deze uitgangspunten zijn:

- Elke cliënt heeft vrijheid;
- 100% veiligheid bestaat niet;
- Voor het merendeel van de cliënten ligt er een relatie tussen vrijheid en veiligheid;



- Cliënten wordt een maximale vrijheid geboden tegen weloverwogen en geaccepteerde risico's, dit alles natuurlijk binnen de relevante wet- en regelgeving. Een zorgvuldige bepaling van weloverwogen, geaccepteerde risico's is van groot belang en hierbij moet de alternatievenbundel van Vilans worden gebruikt.

Hierbij spelen verschillende partijen een rol:

- Cliënt (in zoverre deze hierover zelf wilsbekwaam ter zake is. Indien de cliënt niet wilsbekwaam ter zake is, is dit de vertegenwoordiger);
- Zorgprofessionals (inclusief behandelaars, SOG's, casemanagers en Wzdfunctionarissen);
- Het proces van het vinden van de juiste veiligheid zonder dat een cliënt zich hier tegen verzet, wordt gezien als een onophoudelijk proces, omdat de cliënt kan veranderen;
- Idealiter komen deze partijen voor iedere cliënt samen om met behulp van een gedegen dialoog tot een eensluidende conclusie te komen over de veiligheid van een cliënt en de weloverwogen risico's behorende bij de vrijheid. Deze dialoog is niet eenmalig, maar wordt gevoerd op ieder moment dat veranderingen hiertoe aanleiding geven en minimaal tweemaal per jaar bij het MDO/zorgplanbespreking/gedragsvisite;
- Soms kan het moeilijk zijn om voor alle partijen tot een acceptabele conclusie/beleid te komen voor een cliënt. De Cliëntvertrouwenspersoon (deze is onafhankelijk van Maria Dommer) wordt dan betrokken bij de casus. Als er daarna nog steeds geen consensus is over het te voeren beleid én de situatie onhoudbaar is voor andere cliënten en/of medewerkers, dan kan dit in zeer hoge uitzondering er toe leiden dat Maria Dommer geen zorg meer kan bieden aan de cliënt.
- Beleid wordt via de informatiemap met (nieuwe) cliënten en vertegenwoordigers gedeeld, zodat deze een weloverwogen besluit kunnen nemen over het verhuizen van de cliënt of het accepteren van de wijze waarop de zorg wordt geboden.

2. Het wettelijk kader

2.1 Geldende wetten

Organisaties die een vorm van zorg bieden aan personen met een psychogeriatrische grondslag of met een verstandelijke beperking, hebben - wanneer het gaat om onvrijwillige zorg - te maken met de volgende wettelijke kaders:

- Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst;
- Wet verplichte GGZ (WvGGZ);
- Wet Zorg en Dwang;

Dit beleidsdocument richt zich op het vertalen van de Wet Zorg en Dwang naar de praktijk.

De Wet Zorg en Dwang (Wzd) is ingegaan per 1 januari 2020 in de plaats van de wet BOPZ. De Wzd gaat over hoe om te gaan met het recht op vrijheid en eigen regie en onvrijwillige zorg. Het 'nee, tenzij' is het uitgangspunt, wat inhoudt dat er geen onvrijwillige zorg wordt geboden, tenzij dit echt nodig is voor de individuele cliënt. De wet beschermt de cliënt door betrokken personen met elkaar een proces van afweging te laten doorlopen, wanneer het noodzakelijk is om een maatregel te nemen die mogelijk door de cliënt als onvrijwillige zorg kan worden ervaren.



2.2 Interpretatie van de wet

De wet richt zich op het voorkomen van onvrijwillige zorg, met als uitgangspunt 'nee, tenzij'. Maria Dommer interpreteert dit als volgt:

Een cliënt heeft vrijheid. Vrijheid gaat gepaard met risico's die geaccepteerd zijn.

Een juiste actie gericht op veiligheid kan worden genomen om verschillende redenen. De actie bevordert het welbevinden van de cliënt, de actie voorkomt ernstig nadeel voor de cliënt (of medecliënten of anderen zoals ook begeleiding), de actie heeft in positieve zin effect op de cliënt en de medecliënten.

Wanneer de actie leidt tot verzet van de cliënt, treedt de Wet Zorg en Dwang in werking en zal het stappenplan worden gehanteerd en zal gezocht worden naar alternatieven. Wanneer deze er niet zijn, wordt de actie als onvrijwillige zorg genoteerd en beschreven in het zorgleefplan en wordt deze volgens het stappenplan geëvalueerd.

Naast het verzet zijn enkele acties per definitie een vorm van onvrijwillige zorg:

- Toedienen onder dwang van vocht of voeding.
- Onder dwang medicatie toedienen die het gedrag of de bewegingsvrijheid beïnvloedt én niet volgens de professionele richtlijnen wordt voorgeschreven.
- Beperking van de bewegingsvrijheid door fixatie;
- Insluiting;
- Wanneer er sprake is van een van deze vier situaties, wordt het stappenplan gehanteerd, ook al is er geen verzet.

Voorbeeld

Een kast op slot is niet op voorhand onvrijwillige zorg. Pas wanneer de cliënt aan de kastdeur gaat trekken (verzet toont), pas dan ontstaat er een vorm van vrijheidsbeperking.

2.3 Doelgroepen

De wet Zorg en Dwang richt zich op personen met een PG of VG grondslag of gelijkgestelde aandoeningen (o.a. Korsakov, Huntington en Niet Aangeboren Hersenletsel). Dit houdt in dat niet alle type cliënten van verpleeghuislocaties onder de Wzd vallen.

Andere doelgroepen

Ouderen met somatische of psychiatrische aandoeningen (gerontopsychiatrie):

Wanneer deze aandoeningen leiden tot gedragsproblematiek, regieverlies of een zorgbehoefte die vergelijkbaar is met die van dementie zal na multidisciplinair besluit, bij de wens om onvrijwillige zorg toe te passen, het wettelijke kader van de Wzd van toepassing zijn. Dit zijn dan gelijkgestelde aandoeningen, die door een bevoegd deskundige zo benoemd kunnen worden.

Wanneer de zorgbehoefte niet vergelijkbaar is met die van dementie vallen de genoemde doelgroepen onder de volgende wettelijke kaders:

Dagbegeleiding	WGBO
Somatiek	WGBO



Somatiek met psychiatrische grondslag

WvGGZ



3. Functionarissen, rollen en samenwerking

3.1 Functionarissen en rollen

Verantwoordelijkheden van functionarissen

In het beleidsdocument vrijheid en veiligheid zijn conform de wet verschillende functionarissen en rollen benoemd. In onderstaande tabel wordt beschreven hoe hier invulling aan wordt gegeven.

De cliënt	Deze staat centraal. Zijn of haar vrijheid en waarden vormen het uitgangspunt. De wils(on)bekwaamheid van de cliënt zal meelopen bij de afwegingen die worden gemaakt. Wanneer het mogelijk is, zal de cliënt betrokken worden in het proces van afwegingen.
De verwanten of (wettelijk) vertegenwoordiger	Dit zijn de verwanten van de cliënt, al of niet formeel vertegenwoordiger. Bij een wilsbekwame cliënt vertegenwoordigt de cliënt zichzelf. Wanneer er een (wettelijk) vertegenwoordiger is aangewezen is deze vertegenwoordiger de gesprekspartner van de zorg, wanneer de cliënt wilsonbekwaam ter zake is.
De zorgverantwoordelijke	De zorgverantwoordelijke (minimaal niveau 3 IG intramuraal, verpleegkundige niv. 4, of wijkverpleegkundige niveau 5 en 6) is een professional die dagelijks in contact staat met de cliënt. De zorgverantwoordelijke beheert het zorgleefplan, is regisseur van het zorgprocesen eerste contactpersoon voor de verwanten en andere professionals. Vertegenwoordigers en cliënten worden bij aanvang van het zorgproces geïnformeerd over wie de zorgverantwoordelijke is.
De Wzd-functionaris of functionaris Vrijheid en Veiligheid	Verlening van het toepassen van de onvrijwillige zorg gebeurt Multi Disciplinair, de arts is hier in ieder geval bij betrokken. Toetsing gebeurt door de Wzd functionaris op onder meer doelmatigheid, proportionaliteit en op het mogelijk subsidiair zijn van de maatregel.
De Cliëntvertrouwenspersoon	Dit is een onafhankelijke persoon die, indien er geen overeenstemming is in het organiseren van de onvrijwillige zorg, een second opinion kan geven. Dit is een externe Cliëntvertrouwenspersoon.
De intern deskundige	In het doorlopend blijven zoeken naar alternatieve vormen om de onvrijwillige zorg terug te dringen, wordt gebruik gemaakt van een intern deskundige. Dit is een deskundige die niet zelf direct betrokken is bij de zorgverlening aan de betreffende cliënt. Bij Maria Dommer zijn dit de kwaliteitsfunctionaris en de kwaliteitsverpleegkundigen.



De commissie Vrijheid en Veiligheid	De opvolger van de BOPZ commissie is de commissie Vrijheid en veiligheid (V&V) Deze commissie heeft de volgende taken: <ul style="list-style-type: none">• Breed inzicht hebben op de geboden onvrijwillige zorg. Dit is belegd in de portefeuille van de zorgmanager en de teamleiders.• Stimuleren van de dialoog over vrijheid en veiligheid op locatieniveau• Analyseren van de halfjaarlijkse rapporten over onvrijwillige zorg t.b.v. de IGJ.
De huisarts	Voor de cliënten, waarbij de eigen huisarts hoofdbehandelaar is, zal bij onvrijwillige zorg, dit getoetst worden door de Wzd functionaris van Maria Dommer, Afhankelijk van de keuze die de huisarts maakt, organiseert Maria Dommer onder regie van de zorgverantwoordelijke de andere noodzakelijke WZD gerelateerde functies.

3.2 Driehoek van eigenaarschap

Het overleg over acties die het welbevinden kunnen bevorderen of als vrijheid beperkende maatregel kunnen worden gezien (vindt volgens stappenplan minimaal één keer per kwartaal plaats), vindt plaats in de driehoek:

Vertegenwoordiger (waar mogelijk altijd de cliënt zelf) - Zorgprofessionals - Behandelaar

In deze driehoek wordt gezamenlijk het gesprek gevoerd over de balans tussen vrijheid en veiligheid, de geaccepteerde risico's, de acties ter voorkoming van erger leed voor de cliënt en het stappenplan. Zo mogelijk is de cliënt deelgenoot van deze driehoek.

Zolang er geen verzet is van de cliënt tegen de in te zetten acties, kan het overleg in de driehoek blijven plaatsvinden. Wanneer er verzet ontstaat, treedt het stappenplan in werking en wordt het overleg bijgewoond met de in het stappenplan genoemde professionals.

In de driehoek ligt het eigenaarschap en gedeelde verantwoordelijkheid van de weloverwogen geaccepteerde risico's. De driehoek besluit gezamenlijk welke risico's geaccepteerd worden en welke niet. De besluiten die in de driehoek zijn genomen zijn voor iedere cliënt terug te vinden in het zorgleefplan, opgenomen in het stappenplan onvrijwillige zorg.

In het organiseren van de juiste veiligheid voor elke cliënt, kunnen in het driehoeksoverleg meerdere van bovenstaande functionarissen een rol hebben.

Daar waar de huisarts hoofdbehandelaar is, is er ook sprake van een driehoek. De rol van de behandelaar zal anders ingevuld zijn. Naast de huisarts kunnen hier ook de Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH) of casemanager dementie een rol vervullen.

In de thuissituatie kan de wijkverpleegkundige niet verantwoordelijk zijn voor mogelijke onvrijwillige zorg die door mantelzorgers of anderen wordt geboden. De wijkverpleegkundige zal zich inspannen om door

middel van voorlichting onvrijwillige zorg geboden door anderen zoveel mogelijk te ontdekken en/of te voorkomen.

De driehoek vertaald naar de verschillende omgevingen:

- Maria Dommer PG met behandeling (intramuraal, behandelaar SOG)
- Maria Dommer PG /SOM zonder behandeling (intramuraal, behandelaar huisarts)
- Maria Dommer PG/SOM met behandeling (intramuraal, behandelaar huisarts of SOG)
- Maria Dommer VPT (in huur, koopwoning en appartementen, behandelaar huisarts)
- Dagbegeleiding - De Kleine Marie (extramuraal /WMO, behandelaar huisarts)
- Thuiszorg (Wijkverpleegkundigen Zvw en MPT) Stichtse Vecht (behandelaar huisarts)

3.3 Voorkomen van besluiteloosheid

Wanneer de, bij de besluitvorming van de in te zetten onvrijwillige zorg, betrokken partijen er niet uitkomen en er is sprake van verzet bij de cliënt zal zelfs na betrokkenheid van een SOG of externe deskundige, de Wzd functionaris een besluit nemen. Wanneer dit niet naar tevredenheid is van verwanten dan kunnen deze zich wenden tot de Cliëntvertrouwenspersoon onvrijwillige zorg of de klachtencommissie onvrijwillige zorg.

4. Bewuste medewerkers

Bij het organiseren van de juiste balans tussen vrijheid en veiligheid gaat het om een bewustwordingsproces bij professionals. Het kan soms om een kanteling vragen van het werken in een beheerste omgeving naar het werken in een omgeving waarin cliënten (meer) vrijheden hebben.

4.1 Visie geaccepteerd

Deze kanteling wordt bewerkstelligd door te beginnen met het Maria Dommer-breed accepteren van de visie. Met betrokkenheid van de lijn is de visie opgetekend en besproken. Zo is dit brondocument in de Stuurgroep Kwaliteit met onder andere teamleiders besproken. De acceptatie van de visie is zo ontstaan. In dit proces dienen alle functionarissen achter het beleid te gaan staan dat zij ontwikkelen. Dit is relevant voor het draagvlak. Wanneer op uitvoerend niveau geen steun voor het beleid wordt ervaren vanuit leidinggevendenden, zal er niet gewerkt gaan worden vanuit het principe dat een cliënt vrijheid heeft. Dit vanwege de risico's die professionals lopen. De 'niet-in- mijn-dienst' houding, voortkomend uit de verantwoordelijkheid, zal dan de boventoon gaan voeren. De zorgmedewerkers willen dan tijdens hun dienst te allen tijde voorkomen dat zich voor een cliënt een onveilige situatie met nadelige gevolgen voordoet. Daarbij zouden zij bijvoorbeeld cliënten in hun bewegingsvrijheid kunnen beperken.

4.2 Opleiding (theorie)

Naast het optekenen van de gedragen visie is opleiding van belang. Niet alleen de wet en het opstellen van het stappenplan is geleerd, maar ook de vertaling van de visie naar de praktijk.

Naast de e-learning module over de Wzd hebben professionals de volgende kennis opgedaan:

- Kennis over dementie;
- Vertaling van de visie naar de praktijk
- Hoe kan onvrede of weerstand worden herkend?
- Het proces van dementie in relatie tot onvrede/verzet



- Welke argumenten kunnen een rol spelen in de dialoog over vrijheid en veiligheid?(ethiek)
- Hoe kan het thema besproken worden met vertegenwoordigers, collega's en SOG/huisarts?
- Wat wordt genoteerd in het zorgleefplan?
- Observatie: waar let je op? Wat leg je vast?
- Werken met casussen uit de praktijk/casuïstiekbespreking binnen teamverband (dit vormt een vast agendapunt en kan worden ondersteund door de Wzd wijzer
- De rol van technologie als middel om vrijheid veilig en verantwoord te organiseren

4.3 Borging in de praktijk

- Casuïstiekbespreking binnen (multidisciplinair) teamverband;
- Teamoverleg over ethiek;
- Dialoog met vertegenwoordigers over vrijheid en veiligheid, door middel van informatiebijeenkomsten;
- Bespreken van casuïstiek en dilemma's in de Commissie Vrijheid en Veiligheid;
- Scholing Vrijheid en Veiligheid;
- Scholing persoonsgerichte zorg;
- Het met elkaar delen van waarnemingen van effecten van vrijheid op gedrag en mobiliteit.

5. De thuissituatie

Cliënten van Maria Dommer die thuiszorg ontvangen vallen onder dezelfde uitgangspunten als die worden gehanteerd bij cliënten wonend in het verpleeghuis. Met dien verstande dat de samenwerking met externen niet op voorhand bepaald is en dus voorafgaand aan het toepassen van onvrijwillige zorg goed uitgewerkt dient te zijn.

Dit houdt in dat er goede samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met huisartsen, de SO en de wijkverpleegkundigen. Tevens zijn alle betrokkenen op hoogte van de visie op vrijheid en veiligheid en steunen zij deze. Er zijn afspraken gemaakt over welke professional de rol van Wzd functionaris en van zorgverantwoordelijke (en daarmee dossierbeheer) op zich neemt.

Bij een zorgvraag in de thuissituatie is de directe omgeving van een cliënt in beeld gebracht. Dit houdt in dat er contact is geweest met vrijwilligers, burens of anderen die een rol hebben in het leven van de cliënt, met als doel om eventuele onvrijwillige zorg te constateren en omgeving te informeren over (onbewuste) onvrijwillige zorg.

5.1 Verantwoording in de thuissituatie

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de algehele zorg die plaatsvindt. Onvrijwillige zorg valt ook onder deze eindverantwoordelijkheid, echter onder de volgende condities:

- De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het ADL plan en heeft de regie op het proces. *(Hieronder valt ook het signaleren, registreren en eventueel terugdringen van onvrijwillige zorg);*
- De zorgverantwoordelijke is in de thuissituatie een wijkverpleegkundige niveau 5 of 6;
- De zorgverantwoordelijke wordt actief ondersteund door een casemanager dementie of POH ouderenzorg die actief is in de wijk;
- In de driehoek Wijkverpleegkundige - casemanager - cliënt (en/of vertegenwoordiger) komt met regelmaat de interventies die plaatsvinden aan de orde;
- Wanneer interventies leiden tot verzet, wordt het stappenplan gehanteerd;

- Minimaal 2 keer per jaar vindt er een 'wijk-mdo' plaats tussen de huisarts, wijkverpleegkundige, casemanager dementie en cliënt (en/of vertegenwoordiger);

In de thuissituatie vinden extra inspanningen plaats voor het toezicht op onvrijwillige zorg.

Deze zijn:

- Besproken is op welke wijze toezicht wordt gehouden op het toepassen van de onvrijwillige zorg;
- In het ADL plan wordt beschreven hoe het toezicht op de cliënt wordt geregeld;
- Een deskundige zorgverlener moet bereikbaar zijn voor hulp naar aanleiding van de onvrijwillige zorg;
- In een noodsituatie of wanneer er nog geen ADL plan, wordt uitsluitend onvrijwillige zorg verleend als de zorgverantwoordelijke heeft aangegeven hoe het toezicht is geregeld en hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn.

Wanneer in de thuissituatie de huisarts niet in staat is om bij een collega arts de rol van Wzd functionaris te beleggen, dient de huisarts deze taak te beleggen bij een externe Wzd functionaris of bij de Wzd functionaris van/via Maria Dommer.

5.2 Verantwoording in een geclusterde VPT setting

Voor de geclusterde setting met behandeling wordt de SOG van ZBFO ingezet. Periodiek (minimaal twee keer per jaar) vindt er casuïstiek overleg plaats tussen een SOG en de huisarts.

In een geclusterde setting zonder behandeling is de verantwoording identiek aan de verantwoording in de (ambulante) thuissituatie, waar de huisarts de hoofdbehandelaar is en geïnformeerd is over de interventies en onderliggende afwegingen.

6. Uitvoering van beleid

Het beleid van Maria Dommer richt zich op het bewust en juist omgaan met het principe dat een cliënt vrijheid heeft en er soms een actie moet worden ingezet om de cliënt met de juiste veiligheid te laten genieten van die vrijheid. Medewerkers zijn bewust van het gegeven dat een cliënt vrijheid heeft en zijn in staat om op individueel niveau de juiste afweging te maken tussen geluk, vrijheid en veiligheid.

6.1 De cliënt

De cliënt die in aanraking komt met Maria Dommer, heeft een bepaalde rechtspositie en is op voorhand wilsbekwaam.

Om dit goed te waarborgen binnen Maria Dommer, worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

Uitgangspunten rechtspositie

- Elke inwoner van Nederland van 12 jaar en ouder is wilsbekwaam;
- Het vaststellen van wilsbekwaam ter zake dient bij elke interventie opnieuw overwogen te worden

Wanneer is iemand wilsbekwaam?

- Cliënt kan de informatie over zijn zorg en/of behandeling niet begrijpen en/of afwegen;
- Cliënt begrijpt niet wat de gevolgen van zijn besluit zijn;
- Cliënt kan/wil geen besluit nemen.



Rollen bij een wilsonbekwaam ter zake persoon

Curator	Wettelijk aangesteld, gaat over zorg, geld en goederen
Mentor	Wettelijk aangesteld, gaat over zorg
Bewindvoerder	Wettelijk aangesteld, gaat over geld en goederen
Vertegenwoordiger	Aangewezen door wilsbekwaam persoon zelf. Of de eerste in lijn: partner, kind of ouder

Om op te letten

- Een cliënt met een art.21 indicatie is nog steeds wilsbekwaam;
- Een cliënt met een curator kan zeer weinig zelf beslissen, maar is op voorhand nog steeds wilsbekwaam;
- Een cliënt met een mentor is nog steeds wilsbekwaam;
- Een cliënt met een vertegenwoordiger is nog steeds wilsbekwaam.

Dus wilsonbekwaam ter zake:

1. Nooit op voorhand!
2. Bepaal of vertegenwoordiger en zorgverantwoordelijke het eens zijn over wilsonbekwaamheid ter zake;
3. Indien vertegenwoordiger en zorgverantwoordelijke het niet eens zijn over de wilsbekwaamheid ter zake zal de wilsbekwaamheid ter zake worden onderzocht en bepaald door een bekwame deskundige
4. In zorgleefplan terug te vinden;
5. Vertegenwoordiger wordt in overleg bepaald
6. Dit aanwijzen gebeurt in de volgende volgorde:
 - a. Een curator of mentor = benoemd door de rechter
 - b. Een schriftelijk gemachtigde = benoemd door de cliënt zelf (in een schriftelijke verklaring)
 - c. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt = niet benoemd, vrijwillig
 - d. Een ouder / kind / broer / zus = niet benoemd, vrijwillig

Wilsbekwaam en afspraken:

Afspraken worden gemaakt met cliënt, eventueel met hulp van eerste contactpersoon

Wilsonbekwaam ter zake en afspraken:

Afspraken voor het 'ter zake' worden gemaakt met vertegenwoordiger

6.2. Werken vanuit een visie

De opgestelde visie wordt gedragen door alle medewerkers van Maria Dommer, inclusief vrijwilligers. Elke medewerker is zich bewust van de visie en weet dat vanuit de visie de verantwoording op het gebied van vrijheid en veiligheid kan worden gedragen; iedereen heeft een rol in de verantwoording en iedereen onderschrijft deze visie.

6.3 Dialoog

Om het beleid binnen Maria Dommer geaccepteerd te krijgen, is de dialoog noodzakelijk. De vorm om beleid door de lijn heen geaccepteerd te krijgen is die van dialoog.

Met alle professionals in de lijn is, naast theoretische opleiding, de visie gedeeld en zijn dilemma's in relatie tot visie besproken.

6.4 *Communicatie over de visie en het managen van verwachtingen*

De visie wordt gedeeld met (toekomstige) cliënten. Hiermee worden verwachtingen gemanaged over vrijheid en veiligheid binnen Maria Dommer en hoe Maria Dommer om gaat met geaccepteerde en niet geaccepteerde risico's en onvrijwillige zorg.

Concreet:

- Informatieverstrekking naar vertegenwoordigers en toekomstige cliënten
- Wat verstaat Maria Dommer onder het concept van zorg? Wat zijn de verwachtingen, risico's, verantwoordelijkheden, enzovoort?;
- Wie is Maria Dommer, welke vormen van zorg worden geboden, welke rol kan de omgeving vervullen, contactinformatie.

Informatie over wat cliënten en verwanten van Maria Dommer mogen verwachten:

- Bekwame professionals, zowel in zorg als in faciliterende rollen,
- die de cliënten goed kennen;
- die kennis hebben van dementie;
- die weten waar de grenzen van het team liggen, en weten wanneer, waar en hoe zij hulp moeten vragen;
- die regelmatig in gesprek gaan met cliënten en verwanten om de vrijheid en veiligheid te bespreken;
- die zo goed mogelijk de afweging maken of een cliënt in staat is om zelfstandig buiten het terrein te verblijven of niet, rekening houdend met wet- en regelgeving;
- die weten dat de vrijheid van de cliënt voorop staat;
- die een juiste balans weten te vinden tussen het individuele belang, het groepsbelang en het maatschappelijke belang;
- die niet zomaar achter een cliënt aan gaan, wanneer deze het gebouw verlaat, maar acteert in lijn met de afspraken die in de driehoek zijn gemaakt;
- Dat ook op een zorglocatie met 24/7 zorg in de buurt, ongelukken kunnen gebeuren.

De informatie wordt via de zorgbemiddeling en via informatiemappen (internet/intranet) verspreid.

Om aan bovenstaande verwachtingen te voldoen worden (zorg)medewerkers van Maria Dommer voldoende geschoold (e-learning Wzd één maal per jaar verplicht). Vrijheid en veiligheid is tevens een vast agendapunt van de teamoverleggen, waar ook ruimte geboden wordt voor het bespreken van dilemma's en casuïstiek. Op deze manier vindt dan ook intervisie plaats.

6.5 *Ken je cliënt*

Het is belangrijk de cliënten zo goed mogelijk te kennen. Hoe beter de cliënten bekend zijn, hoe beter de veilige vrijheid voor hen georganiseerd kan worden.

Met het leren kennen van de cliënten wordt gestart via een huisbezoek of intakegesprek, voorafgaand aan starten van het bieden van zorg. Hoe we onze cliënten zo goed mogelijk leren kennen staat beschreven in de procedure inhuizing/ in zorg name cliënt. Alle hieruit voortkomende informatie wordt in het zorgleefplan van de cliënt vastgelegd.



6.6 Gedrag van een cliënt

Het leren kennen van een cliënt geeft ook inzicht in het gedrag van een cliënt. Het gedrag van een cliënt kan vragen om een actie.

De aanleiding voor een actie kan voortkomen uit het volgende gedrag:

- Gedrag dat zich uit in een bewegingsdrang;
- Gedrag in relatie tot de omgang;
- Gedrag in relatie tot medecliënten of burens.

Het gedrag van een cliënt met dementie of een verstandelijke handicap is niet altijd te herleiden of te begrijpen. De richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie van Verenso kan hierbij ondersteuning bieden.

Enkele vragen die gehanteerd kunnen worden om meer zicht te krijgen op het onbegrepen gedrag zijn:

- Is het gedrag storend voor de cliënt zelf of voor anderen?
- Komt het gedrag voort uit de nabijheid of het gedrag van professionals?
- Wanneer is er geen sprake van onbegrepen gedrag en waarom niet?
- Leveren beperkingen een vorm van onbegrepen gedrag op?

6.7 Geaccepteerde risico's

Het gedrag van een cliënt kan risico's met zich meebrengen. Deze risico's worden besproken in de driehoek cliënt/verwanten - zorgverantwoordelijke - behandelaar. Gezamenlijk gaan zij in gesprek over welke risico's er mogelijk zijn en welke risico's men voor de cliënt acceptabel vindt.

Centraal staan enkele vragen:

- Is het gedrag een probleem?
- Voor wie is het gedrag een probleem (persoon in kwestie of anderen)?
- Wat zijn de risico's die voortkomen uit het gedrag voor de persoon zelf?
- Welke risico's zijn te accepteren, welke niet?

Over de weloverwogen risico's dient geen misverstand te staan. In de driehoek dient volledige eensgezindheid hierover te zijn, een geaccepteerd risico kan namelijk plaatsvinden. De eensgezindheid in de driehoek biedt steun bij het emotioneel verwerken wanneer een geaccepteerd risico zich werkelijk voordoet.

Deze weloverwogen geaccepteerde risico's en de eensgezindheid hierover in de driehoek worden genoteerd in het zorgleefplan.

6.8 Ethiek

Bij het afwegen van weloverwogen geaccepteerde risico's komen ethische waarden kijken. Tevens is de volgorde van de waarden relevant. Welke waarde gaat boven de andere waarde.

Vanuit ethisch perspectief zal de eerdergenoemde driehoek de afweging moeten maken of het ethisch juist is om risico's te accepteren, rekening houdend met de waarden van de cliënt, de wils(on)bekwaamheid van de cliënt, de waarden van Maria Dommer en de waarden van vertegenwoordigers. Hierbij zijn de waarden van de cliënt wel doorslaggevend.



Voorbeeld:

De waarde van het buiten zijn, kan prevaleren boven de waarden van veiligheid (risico van vallen).

6.9 Inzetten van een 'actie'

Het kan voorkomen dat - vanuit het gedrag van de cliënt - professionals of vertegenwoordigers het gewenst vinden om een actie in te zetten, om in een situatie het gedrag van de cliënt te beïnvloeden en om een niet te accepteren risico zoveel mogelijk uit te sluiten.

Het bedenken van de actie en het inzetten van een actie is een weloverwogen proces dat uitsluitend in gezamenlijkheid met professionals en vertegenwoordigers kan plaatsvinden.

Om te komen tot een actie stelt de zorg samen met vertegenwoordigers de volgende vragen:

- Welke actie is nodig voor de niet te accepteren risico's?
- Wat is het effect van de actie op de waarden van de cliënt?
- Welke waarden spelen er nog meer bij de cliënt in relatie tot de actie (volgordelijkheidswaarden?)
- Wat is de wils(on)bekwaamheid van de cliënt en hoe verhoudt deze zich tot de actie?

Voorbeeld:

De waarden van veiligheid (risico van vallen, aanrijding), kan prevaleren boven de waarde van het buiten zijn. De cliënt kan bijvoorbeeld niet veilig de weg oversteken, waardoor voor de cliënt zelf maar ook andere weggebruikers een onveilige situatie ontstaat. In de driehoek kan worden besloten om tot onvrijwillige zorg over te gaan en de betreffende cliënt een sensor te geven (armband/halsketting) waardoor er een alarm afgaat indien deze door de voordeur loopt (actie). Het effect voor de cliënt is dan dat zij niet meer zelfstandig naar buiten kan gaan. Door in het zorgleefplan op te nemen dat een medewerker minimaal twee keer per week een wandeling met cliënt maakt, kan er nog wel aan de waarde worden voldaan dat cliënt buiten kan zijn.

6.10 Observatie van een 'actie'

Wanneer voor een ethisch juiste actie is gekozen om een cliënt mogelijk te beperken in zijn vrijheid, vindt er een periode van observatie plaats om de actie en het effect van de actie te observeren. De reden voor deze observatie is om het volgende inzichtelijk te maken:

- Is de actie een juiste actie?
- Draagt de actie bij aan het welbevinden van een cliënt?
- Is er verzet tegen de actie?

Deze observatie en evaluatie wordt geborgd door het stappenplan onvrijwillige zorg in het zorgleefplan.

Voorbeeld:

Door het dragen van een sensor kan cliënt niet meer ongemerkt naar buiten toe. De cliënt valt daardoor minder. De cliënt vindt het fijn om met de medewerker een wandeling buiten te maken, dit geeft hij/zij regelmatig aan bij de medewerker als zij buiten zijn. Als cliënt door een medewerker wordt weggeleid bij de voordeur, dan loopt zij rustig mee (geen verzet) naar de bijvoorbeeld de tuin. Daar kan de cliënt wel zelfstandig buiten zijn.



6.11 Wel of geen verzet

Een cliënt kan zich wel of niet verzetten tegen de ingezette actie. Bij verzet kan de cliënt het verzet op verschillende manieren uiten. Fysiek, met behulp van mimiek of met een bepaald gedrag zoals terugtrekken of overmatig aandacht vragen of pesten.

Professionals zijn in staat om de verschillende vormen van verzet te herkennen.

- Mimiek verzet: ontevreden blik, bedroefdheid
- Verbaal verzet: Nee roepen of andere woorden gebruiken
- Fysiek verzet: wegduwen, slaan

Wanneer de cliënt zich verzet tegen de actie is er sprake van onvrijwillige zorg. Het stappenplan wordt gehanteerd en het zoeken naar alternatieven wordt gestart.

Wanneer de cliënt vraagt om de actie of geen verzet toont tegen de actie en de actie ethisch als juist wordt beoordeeld door de driehoek vertegenwoordigers, behandelaar en zorgverantwoordelijke, dan zijn de stappen voltooid en dient het proces en de uitkomst (de actie) genoteerd te worden in het zorgleefplan.

6.12 Onvrijwillige zorg

Van onvrijwillige zorg is sprake wanneer een cliënt zich zichtbaar en herhaaldelijk verzet tegen een actie. Alle ethisch juiste acties waartoe geen verzet is, in welke vorm dan ook, worden niet gezien als onvrijwillige zorg.

Naast het verzet zijn enkele acties per definitie een vorm van onvrijwillige zorg. Deze zijn:

- Medicatie die het gedrag of de bewegingsvrijheid beïnvloedt en niet volgens de professionele richtlijnen wordt voorgeschreven. Dat betekent: als de medicatie wordt voorgeschreven om een cliënt rustig te houden;
- Het onder dwang toedienen van voeding en/of vocht;
- Beperking van de bewegingsvrijheid door fixatie;
- Insluiting.

Wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg komt het wettelijk kader van de Wet Zorg en Dwang in beeld. Bij onvrijwillige zorg wordt dit genoteerd in het zorgleefplan en wordt het stappenplan uit de Wzd in werking gezet.

Dit stappenplan omvat het bedenken van alternatieven, overleg en het opschalen van expertise. In het stappenplan komt ook de rol van de Cliëntvertrouwenspersoon naar voren bij verschil van inzicht bij het toepassen van onvrijwillige zorg

6.13 Zorgleefplan of Zorgdossier

In het zorgleefplan is voor elke cliënt, op het gebied van vrijheid en veiligheid, het volgende terug te vinden:

- De uitkomsten van **intake** /anamnese /risicoanalyse over de mentale en fysieke gesteldheid van de cliënt in relatie tot de veiligheid van de cliënt;
- Een omschrijving van wat voor de cliënt belangrijke waarden zijn, waarmee rekening gehouden dient te worden als het gaat over leefplezier in relatie tot vrijheid en veiligheid (denk aan privacy, contact met anderen, geborgenheid, buiten zijn, avondmens zijn);



- Frequente afstemming en instemming tussen en met vertegenwoordigers, behandelaars en betrokkenprofessionals over de **risico's** die komen bij de vrijheid die de cliënt heeft;
- Frequente afstemming en instemming tussen en met vertegenwoordigers, behandelaars en betrokkenprofessionals over de eventuele **bependingen** die een cliënt heeft ter voorkoming van erger letsel;
- Dat professionals en behandelaars zich **bewust** zijn van het proces van de achteruitgang van lichamelijke en mentale gesteldheid bij de cliënt, waardoor vrijheid en veiligheid in de loop van tijd mogelijk anders kan worden ervaren door de cliënt;
- Eventueel een afschrift van de (terzake) wilsonbekwaamheid;
- De benoeming van de wettelijk vertegenwoordiger (bij wilsonbekwaam, RM of IBS).

6.14 Klachten

Wanneer na het doorlopen van de het stappenplan, het raadplegen van externe deskundigen en na betrokkenheid van de Cliëntvertrouwenspersoon er een verschil van mening is tussen de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger, zal de Wzd arts vanuit het belang van de cliënt en goede zorg, besluiten de onvrijwillige zorg in te zetten. De cliënt of wettelijk vertegenwoordiger kan zich dan wenden tot de externe onafhankelijke klachtencommissie waar Maria Dommer aan is verbonden.



7 Verantwoording

Het organiseren van de juiste veiligheid voor elke cliënt is een secuur proces. Elementen zoals geaccepteerde risico's, gezamenlijke verantwoording, het voorkomen van onvrijwillige zorg en het terugdringen ervan, hebben een afwegingsproces in zich dat uiterst zorgvuldig doorlopen dient te worden.

7.1 Vereiste verantwoording

De IGJ eist de volgende verantwoording over onvrijwillige zorg

- Tweemaal per jaar een digitaal overzicht van de geboden onvrijwillige zorg per locatie
- Jaarlijks een analyse op locatieniveau van de geboden onvrijwillige zorg. Deze analyse omvat gemaakte stappen ter verbetering tussen de voorgaande verantwoordingsperiode en de huidige verantwoordingsperiode. Deze analyse wordt voorgelegd aan de Cliëntenraad en eventueel aangevuld;
- Voor de analyse wordt gebruikt gemaakt van het digitale format, dat is verstrekt door het ministerie van VWS (al dan niet opgenomen in het ECD).

8 Visie op Zorgtechnologie

Technische, niet technische middelen en creatieve middelen kunnen worden ingezet om het gedrag van een cliënt te observeren of te beïnvloeden ter voorkoming van erger.

Het kan worden ingezet voor de volgende doelen:

- Het looppatroon van een cliënt te beïnvloeden;
- Het bieden van (meer) veiligheid;
- Het opdoen van gedragskennis van een cliënt;
- Het beperken van iemand loopruimte ter voorkoming van erger leed;
- Het afleiden of verleiden van cliënten om hun gedrag bij te sturen.

Bij de inzet van zorgtechnologie moet rekening gehouden worden met het volgende:

- Voor het inzetten van vrijheidsbeperkende technologie geldt 'Nee, tenzij';
- Mogelijke functionaliteiten van technologie (passieve/actieve alarmering, contactondersteuning, leefcirkels, etc.);
- Wat is welzijn/ leefplezier?
- Technologie als één van de mogelijke uitkomsten van klinisch redeneren, dus geen standaard oplossing/middel;
- Regels en kaders zoals Wzd en WGBO;
- Technologie als ingebrachte ondersteuning door de cliënt (smartphone, beeldbellen met kinderen, GPS, etc.);
- Privacy voor cliënt én professional;
- Procesafspraken; ondersteuning vanuit het management ('dekking').

Bij het inzetten van techniek of van een creatieve oplossing zal als eerste worden bekeken of de inzet ethisch juist is. Zorgprofessionals zullen hier een besluit over nemen.



Voorbeeld: het afschermen van een deur door deze te beplakken, kan voorkomen dat cliënten de ruimte verlaten. Echter het afschermen van een deur is ethisch gezien niet altijd een juiste oplossing. Er zijn altijd deuren om een ruimte te verlaten. Het camoufleren van een deur kan tot verwarring leiden. Interessant is om de deur niet te camoufleren en te onderzoeken of mensen daadwerkelijk de ruimte verlaten, waar ze naartoe gaan en waarom ze dit doen.

Het inzetten van technische of creatieve middelen is niet direct een vorm van onvrijwillige zorg. Pas wanneer ethisch is afgewogen dat de actie gewenst is en de cliënt zich verzet tegen de actie, is er sprake van onvrijwillige zorg.

9 Relevante documentatie

- Wet Zorg en Dwang
- WvGGZ
- Stappenplan
- Alternatievenbundel
- www.dwangindezorg.nl
- Beteroud.nl
- Zorgvoorbeter.nl
- Innovatienetwerkdementie.nl
- Kwaliteitsrichtlijn CVP De Rijnhoven
- Actiz handreiking
- Regeling Zorg en Dwang
- Richtlijn probleem gedrag Verenso (ivm medicatie binnen behandeling)
- VWS format verantwoording
- Richtlijn dubbelproblematiek (Wzd WvGGZ)