

‘Vanuit de betekenis van de wet naar professioneel maatwerk voor de cliënt’

Rapportage onderzoek Wet zorg en dwang, art 2.2

Inhoud

1. Introductie	3
2. Vraagstelling onderzoek en focusgroepen	4
2.1 Interviews	4
2.2 Onderzoeksvraag.....	4
2.3 Focusgroepen	5
3. Resultaten.....	5
3.1 Casuïstiek.....	6
3.2 Bevindingen	7
4. Conclusies en aanbevelingen	11
5. Discussie	14
Bijlage 1 - De scope van artikel 2.2.....	15

1. Introductie

Het gesprek tussen VGN, IGJ en VWS in maart 2020 was aanleiding om in de Landelijke werkgroep Wzd art 2.2 aan de orde te stellen. VGN en ook Actiz stelden vragen bij de werkbaarheid, noodzaak en proportionaliteit van het stappenplan in alle gevallen waar art 2.2 in voorziet. Achtergrond is de aanname dat er in voorkomende gevallen sprake is van overbodige handelingen en administratieve last.

Tegelijk is art 2.2 er nu juist gekomen om het recht van wilsonbekwame cliënten te beschermen, omdat verzet bij hen soms moeilijk zichtbaar is en er nog weinig praktijkervaring is met toepassing van de wet. Redenen om uiterst zorgvuldig om te gaan met (onderdelen van) de nieuwe wet. Bijlage 1 bevat de scope van art 2.2.

Vilans heeft een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om de werking van art 2.2 te onderzoeken. Dit rapport is een verslag van dit onderzoek.

2. Vraagstelling onderzoek en focusgroepen

2.1 Interviews

Om de aannames en veronderstellingen van de diverse betrokkenen recht te doen, is als eerste stap gekozen voor interviews met betrokken veldpartijen¹, om zo tot een vraagstelling en werkwijze te komen waar breed draagvlak voor is.

Uit deze interviews kwam naar voren dat:

- Geen van de geïnterviewde veldpartijen vraagtekens zet bij de inzet van het stappenplan conform art 2.2 bij het gebruik van psychofarmaca buiten de richtlijn en bij insluiting. De discussie gaat over de derde categorie van art 2.2: de brede range van beperking van bewegingsvrijheid.
- De veldpartijen van mening zijn dat onderzoek met observaties uit de dagelijkse praktijk van art 2.2 zinvolle input kan opleveren voor de evaluatie van de wet.
- Cliëntorganisaties wijzen op het recht van cliënten om het eigen leven in te kunnen richten als zwaarwegend belang. Waarbij - juist omdat de toepassing van de wet nog nauwelijks op gang is gekomen - zij het van belang vinden om toepassingsvragen in de praktijk te toetsen.
- Werkgeversorganisaties dat belang erkennen, maar de uitvoering en de acceptatie daarvan door hun leden bemoeilijkt zien, door wat zij ervaren als overbodige handelingen. Naast de rechten van de cliënt zien zij een mate van professionele vrijheid om de afweging te maken over de inzet van het stappenplan, passend bij de zorglogica c.q. goede zorgverlening, als cruciaal voor de toepassing van art 2.2.

Hieruit komen drie aspecten naar voren, die onderling met elkaar samenhangen:

- Bescherming van rechten van de wilsonbekwame cliënt, waarbij verzet soms moeilijk zichtbaar is;
- Kwaliteit van het professioneel handelen;
- De noodzaak en proportionaliteit van het stappenplan, met name bij art 2.2, beperking bewegingsvrijheid.

Om de aannames en veronderstellingen te toetsen, hebben we ervoor gekozen om de praktijk van uitvoering van art 2.2 te onderzoeken, door middel van kwalitatief onderzoek.

2.2 Onderzoeksvraag

Op basis van de interviews zijn we tot de volgende onderzoeksvraag gekomen:

Wat is de noodzaak en proportionaliteit van de toepassing van het stappenplan bij beperking van de bewegingsvrijheid conform art 2.2, bij wilsonbekwame cliënten zonder verzet en met instemming van de wettelijk vertegenwoordiger?

Rekening houdend met:

1. De met de Wzd verworven rechtsbescherming van de wilsonbekwame cliënt, waarbij verzet soms moeilijk zichtbaar kan zijn;

¹ De volgende veldpartijen zijn geconsulteerd: Alzheimer Nederland, Kansplus, Iederin, LSR, NVO, Actiz, VGN, Thuiszorgnederland. Met LOC is het contact niet gelukt. IGJ is eenmalig geconsulteerd. Op verzoek van VGN is ook al met 3 zorgaanbieders gesproken: Pluryn, 's Herenloo en Philadelphia.

2. Versterken van de kwaliteit van het professioneel handelen bij vrijwillige zorg betreffende art 2.2.

Afbakening hierbij:

- Het onderzoek beperkt zich tot art 2.2 en daarbinnen de zorgvorm ‘beperking bewegingsvrijheid’;
- Het onderzoek richt zich niet op problemen met uitvoering van de Wzd vanwege vraagstukken over bemensing of benodigd/vereist multidisciplinair en methodisch werken.

Het onderzoek richt zich vooral op:

- Wat is goed voor de cliënt, wat levert het toepassen van het stappenplan conform art 2.2. de cliënt op?
- Is het werkbaar voor de professional, wat levert het toepassen van het stappenplan conform art 2.2. op voor de kwaliteit van handelen van de professional en de multidisciplinaire samenwerking?

Het onderzoek is kwalitatief en beoogt onderbouwde inzichten te verzamelen als input voor een werkbare veldnorm.

2.3 Focusgroepen

Actiz en VGN hebben ieder drie zorgorganisaties aangedragen voor deelname aan het onderzoek: een grote, een middelgrote en een kleine zorgorganisatie. Het betroffen drie zorgaanbieders uit de Verstandelijk Gehandicaptensector (Raphaelstichting, Pluryn en Lunetzorg) en drie zorgaanbieders uit de VVT (De zorggroep Noord – en Midden Limburg, ActiVite en Woonzorggroep Samen).

Met elk van deze zorgaanbieders (in totaal zes) is een focusgroep gehouden. De focusgroepen vonden plaats in de periode december 2020 - april 2021 en duurden elk ongeveer anderhalf uur. Drie focusgroepen vonden plaats op locatie en drie focusgroepen zijn online gehouden, vanwege de Corona-maatregelen. Per focusgroep namen vier tot negen respondenten deel. In totaal hebben we 35 respondenten gesproken. Zie tabel 1 voor een overzicht van de rol/functies van de deelnemers aan de focusgroepen.

Tabel 1. Rol/functie deelnemers aan focusgroepen*

Rol/functie	Aantal
Wzd-functionaris	11
GZ-psycholoog	3
Beleidsmedewerker	1
Verpleegkundige/ Verzorgende IG/ PB-er	5
Teamleider/coördinator/ Manager	3
Projectleider	3
Naaste/ Cliëntvertegenwoordiger **	3
Gedragskundige	3
AVG/ SOG	4
Orthopedagoog	4
Medewerker kwaliteitsdienst	1
Bedrijfsjurist	1

* Sommige deelnemers hebben een dubbele rol/ functie.

** Een 4^e naaste/clientvertegenwoordiger kon op het laatste moment niet aanwezig zijn.

3. Resultaten

3.1 Casuïstiek

Voorafgaand aan de focusgroep leverde de zorgaanbieder casuïstiek aan, die tijdens de focusgroep werd besproken. De voorbeelden komen uit de dagdagelijkse praktijk van de zorgaanbieder. De aangeleverde casuïstiek heeft betrekking op bewegingsvrijheid beperkende zorgvormen, waartegen cliënten geen zichtbaar verzet tonen en waarmee naasten en wettelijk vertegenwoordigers instemmen.

Hieronder wordt beschreven om welke redenen in de besproken casuïstiek bewegingsvrijheid beperkende zorgvormen zijn ingezet en worden voorbeelden gegeven.

Bij drie van de zes focusgroepen was er een cliëntvertegenwoordiger aanwezig. Expliciet is het cliëntenperspectief in alle gesprekken een van de uitgangspunten geweest.

Waarborgen van de eigen veiligheid

Een aantal van de besproken zorgvormen worden ingezet om de eigen veiligheid van de cliënt te waarborgen. Enkele voorbeelden hiervan zijn een floorlevelbed of bedbox ter voorkoming van (letsel door) valincidenten. In het voorbeeld van het floorlevelbed zorgt de geringe hoogte van het bed ervoor dat de cliënt niet zelfstandig uit het bed kan opstaan, waardoor het een beperking in de bewegingsvrijheid creëert.

Waarborgen veiligheid andere cliënten

Sommige zorgvormen worden ingezet voor één of meer cliënten, maar beperken ook de bewegingsvrijheid van andere cliënten. Een voorbeeld hiervan is het afsluiten van de voordeur van de zorginstelling, om te voorkomen dat één of meerdere cliënten weglopen, terwijl andere cliënten geen aanstalten maken om weg te lopen. Een ander voorbeeld is het afsluiten van de slaapkamerdeur van cliënten, om te voorkomen dat een dwalende cliënt hun kamer in gaat en bijvoorbeeld in bed of kledingkast komt.

Deelname aan activiteiten

Een doel kan ook zijn de deelname aan activiteiten mogelijk te maken of te stimuleren. Voorbeelden hiervan zijn een riem in de rolstoel die ervoor zorgt dat een cliënt tot rust komt en mee kan doen met groepsactiviteiten, of een blad aan de stoel van een cliënt tijdens de maaltijd waardoor het makkelijker is voor het zorgpersoneel om hem eten te geven. Een ander genoemd voorbeeld is het dichtdoen van de slaapkamerdeur om te voorkomen dat een cliënt overdag in bed gaat liggen slapen en 's nachts niet meer goed slaapt.

Beschermen waardigheid

Sommige van de besproken bewegingsvrijheid beperkende zorgvormen hebben tot doel de waardigheid van de cliënt te beschermen. Een voorbeeld hiervan is een scheurpak met een rits aan de achterkant. Dit scheurpak voorkomt dat de cliënt zijn kleding kapot scheurt en daardoor naaktloopt. Een ander voorbeeld is een hansop van pyjamastof die voorkomt dat de cliënt zijn incontinentiemateriaal stuk trekt en opeet. De discussie hierbij is of deze zorgvormen feitelijk de beweging beperken. Men kan staan en lopen, maar men kan niet bij de huid. Naar de mening van

enkele gespreksdeelnemers zouden deze voorbeelden bij verzet ook kunnen vallen onder een beperking van de vrijheid het eigen leven in te richten.

Wel verzet

In een enkele besproken casus is wel sprake van (incidenteel) verzet door de cliënt. In deze casus draagt de cliënt een beenorthese in de nacht, ter voorkoming van contractuurvorming. De beenorthese voorkomt ook dat de cliënt in haar voorkeurshouding kan gaan liggen en daarom verzet zij zich hiertegen. In deze casus is, vanwege het verzet, art 2.2 niet van toepassing.

3.2 Bevindingen

Uit de gesprekken komt een beeld naar voren van bevlogen zorgprofessionals die inspanning (willen) leveren om zorgvuldig te handelen. Zij zien de meerwaarde van de Wzd naar de bedoeling van de wet. Tegelijk ervaren zij in de praktische uitvoering ervan belemmeringen, en zoeken meer mogelijkheden tot maatwerk. Zowel de positieve effecten als de belemmeringen die zorgprofessionals ervaren lichten we hier uit.

Positieve effecten invoering Wzd/ artikel 2.2

Verbetering rechtspositie client

De zorgprofessionals zijn van mening dat de zorgvuldigheid van art 2.2 de rechtspositie van cliënten beter waarborgt, omdat de expliciete aandacht voor beperking van bewegingsvrijheid met het stappenplan meer gestructureerd is. Naasten/cliëntvertegenwoordigers hebben zich hier niet expliciet over uitgesproken. Zij geven wel aan goed betrokken te zijn bij de afstemming van de te verlenen zorg.

Meer bewustwording

De uitgangspunten van de Wzd en de multidisciplinaire insteek, creëren en vergroten bewustwording over de inperking van bewegingsvrijheid zonder verzet, volgens de zorgprofessionals. Ze geven aan dat het voorkomt dat men handelt uit gewoonte en het stimuleert om per cliënt individueel te kijken.

“De hele exercitie van het invullen van het stappenplan levert ook wat op, namelijk een kwaliteitsslag, het ontwikkelen van een visie en bewustwording. Men is er serieus mee bezig en leeft mee met de cliënt, ook als de situatie van de cliënt in de loop van de tijd verandert.”

Afbouw

Zorgprofessionals geven aan dat de uitgangspunten van de Wzd de afbouw van zorgvormen/middelen stimuleert. Doordat men de inzet van zorgvormen/middelen structureel evalueert, wordt onnodige inzet voorkomen, als de situatie van een cliënt verandert.

“Door de omzetting van Bopz naar Wzd zien we met name afname in het gebruik van psychofarmaca buiten de richtlijn.”

Stimuleert multidisciplinaire inzet

Volgens de zorgprofessionals stimuleert de Wzd multidisciplinaire afstemming.

Alternatieven

De Wzd stimuleert zorgprofessionals om over creatieve oplossingen/ minder ingrijpende alternatieven na te denken om beperking van de bewegingsvrijheid te voorkomen. Hulpmiddelen uit

onder andere de domotica bieden hierbij uitkomst; het geeft een spectrum aan mogelijkheden waardoor (experimenteren met) afbouw mogelijk is.

“Ieder wordt uitgedaagd met creatieve oplossingen te komen om beperking van de bewegingsvrijheid zonder verzet, maar ook onvrijwillige zorg te voorkomen. Dat proces levert winst op, bijvoorbeeld bij soms al sterk gehospitaliseerde cliënten.”

Bezwaren in de toepassing

Hoewel zorgprofessionals bereid zijn de overwegingen vast te leggen, omdat zij verantwoordelijk vinden, ervaren zij het soms als een administratieve last. Dat heeft verschillende redenen.

Onbegrip bij naasten

Zorgprofessionals stuiten soms op onbegrip bij naasten:

“Ook naasten snappen niet wat het nut is. Zij zeggen dan ‘waarom word ik daar weer over lastig gevallen, waarom moet ik er weer opnieuw energie in steken, alleen omdat de wet dat vraagt? We hebben al een goede afstemming rondom de zorg en waarom is dit extra overleg dan nodig?’”

Een medewerker geeft hierbij aan:

“Ik vind zelf ook dat ik mijn tijd beter aan de cliënt kan besteden. Waarom moet ik de inzet van middelen steeds verdedigen als de maatregel evident nodig is? Ik vind dat bevragen van naasten lastig, om het uit te leggen aan hen, want ik sta er zelf niet helemaal achter. Je moet dan ook iedere keer checken bij ouders of inzet van de zorgvorm oké is, en die vinden dat vaak onzinnig.”

Een moeder van een cliënt verwoordt het als volgt:

“Je ontkomt niet aan bepaalde maatregelen in verband met veiligheid en of gezondheid van het kind. We zijn in de driehoek ouder-kind-zorgverlener al goed in overleg. Wat ik me wel afvraag is of al die registratie die erbij komt kijken nodig is.”

Administratieve belemmeringen in het algemeen

Het ECD, zoals het ten tijde van dit onderzoek is ingericht, wordt door een aantal zorgorganisaties als een belemmering ervaren in het werken vanuit de Wzd. Dit is een algemeen punt, maar wordt dus ook ervaren in de toepassing van art 2.2:

“Het plaatje is vaak wel snel duidelijk, maar dan moet het nog in een wettelijk format geperst worden. Dáár gaat veel tijd in zitten, niet in de beoordeling zelf. Tekstueel vraagt het invullen veel, want het moet wel helder en begrijpelijk opgeschreven worden.”

“De taal is ingewikkeld, ook voor sommige specialisten ouderengeneeskunde. Termen als proportionaliteit en subsidiariteit roepen onnodig veel vragen op over interpretatie. Daardoor kost het invullen veel tijd en dat is zonde, omdat de uitkomst hetzelfde is. Die tijd gaat af van de zorg die je kunt besteden aan de cliënt.”

Voor de Wzd administratie in de breedte, inclusief art 2.2, ziet men het liefst samenhang met alle andere zorgadministratie:

“Het ECD en ons gebruik ervan maakt dat we de zorg en dwang administratie soms als aanhangsel, als apart onderdeel van het zorgdossier opzetten. Terwijl je alle zorghandelingen in één samenhangend zorgdossier van de cliënt wilt hebben.”

Organisatorische belemmeringen

Het stappenplan invullen brengt ook organisatorische belemmeringen met zich mee:

“Als je het echt wilt doen zoals voorgeschreven, dan moet je elke drie maanden met elkaar om de tafel. Nog los van Corona is dat agenda-technisch erg lastig. Dat heeft als effect dat er in plaats van MDO's bilaterale overleggen worden georganiseerd. Het inregelen van structurele MDO's is in de praktijk lastig.”

“Externe deskundigen zijn niet in de gewone, werkende vergadercyclus betrokken en het vereist daardoor extra inspanning om het overleg voor elkaar te krijgen. Dit soort praktische, organisatorische belemmeringen staan de evaluaties en het werken met het stappenplan in de weg.”

Kleine ingrepen/incidentele fixatie

Registratie van kleine ingrepen of incidentele fixatie, zoals het kort even vasthouden een hand om te voorkomen dat de tandenborstel wordt weggeduwd, ervaren zorgprofessionals als 'administratieve rompslomp'.

Afbouw

In sommige gevallen zien zorgprofessionals geen meerwaarde van het invullen van het stappenplan. Zij ervaren het als overbodig bij zorgvormen waartegen de cliënt zich niet verzet, die al geruime tijd worden ingezet, waar zorgvuldig over is nagedacht, waarvan de noodzaak evident is en waarbij afbouw niet mogelijk of wenselijk is.

Zorgprofessionals vinden het lastig dat door de Wzd moet worden gestreefd naar afbouw in situaties waarbij dat niet mogelijk is, omdat de cliënt niet (verder) leerbaar is. Het evalueren van een maatregel wordt dan als overbodig ervaren.

“Soms zit afbouw er gewoon niet in. Het is dan klip en klaar dat een cliënt niet leerbaar is. Wat is dan het nut van externe deskundigen betrekken en steeds opnieuw het stappenplan doorlopen?”

Er zijn heel veel maatregelen die al 30 jaar worden toegepast. Is het echt de moeite waard om deze allemaal iedere 12 weken te evalueren?”

'Ernstig voordeel'

Het komt ook voor dat de vrijheidsbeperkende zorgvorm juist voordeel oplevert:

“Ik heb een cliënt met een autismespectrumstoornis die al circa 20 jaar scheurpakken draagt met de rits aan de achterkant en een slotje erop. Het slotje hebben we af kunnen bouwen en hangt nu aan één flapje, waardoor het niet meer afsluit, maar het gewicht ervan nog wel voelbaar is voor de cliënt. Verdere afbouw hebben we geprobeerd, maar de cliënt wordt dan zelf boos, want het slotje hoort er aan en het kiezen uit twee pakken is onderdeel van zijn dagelijkse ritueel. De pakken zijn belangrijk voor hem en vormen mijns inziens zelfs een deel van zijn identiteit. Met afbouw ga je juist tegen de wens van de cliënt in.”

Zorgprofessionals vinden het in dergelijke gevallen lastig, zo niet onmogelijk om het ernstig nadeel te omschrijven. Het toepassen van de zorgvorm zorgt in deze situaties eigenlijk voor 'ernstig voordeel' voor een cliënt. Art 2.2 maakt dan dat men zich genooddaakt ziet zich 'te verdedigen' tegen iets waar de cliënt ontegenzeggelijk voordeel bij heeft. Onbegrip en irritatie is dan het effect.

Kinderen tot 12 jaar

Zijdelings is aan de orde gekomen dat bij kinderen beperkingen van de bewegingsvrijheid worden toegepast, die raken aan het creëren van een normale veilige leefomgeving zoals dat past bij kinderen van die leeftijd. Voorbeelden hiervan zijn een kinderstoel met een tuigje, aan de hand nemen bij een wandeling op straat en keukenkastjes op slot doen. Conform de Wzd wordt 'verzet' in de doelgroep tot 12 jaar niet gezien als verzet indien de ouders instemmen. Art 2.2 is juridisch echter wel van toepassing op alle leeftijden. Dit houdt geen rekening met het creëren van een normale veilige leefomgeving, passend bij kinderen van die leeftijd.

4. Conclusies en aanbevelingen

We hebben gesproken met betrokken naasten/cliëntvertegenwoordigers en gedreven zorgprofessionals, die gemotiveerd zijn om zeer zorgvuldig te handelen bij de inzet van bewegingsvrijheid beperkende zorgvormen. De zorgprofessionals ervaren de uitgangspunten van de Wzd en art 2.2 met het persoonsgericht kijken, de multidisciplinaire insteek en de stimulans om hierop te leren en te verbeteren als een kwaliteitsslag, die bewustwording over de inperking van bewegingsvrijheid zonder verzet creëert en vergroot. Het stimuleert zorgvuldig handelen en het nadenken over alternatieven, waardoor de rechtspositie van cliënten beter gewaarborgd is. Tegelijk ervaren zorgprofessionals en vertegenwoordigers regeldruk in toepassing van het stappenplan bij bewegingsvrijheid beperkende zorgvormen en gebrek aan regelruimte om tot maatwerk te komen.

Op de vraag aan de zorgprofessional of art 2.2 eigenlijk niet beter geschrapt zou moeten worden is telkens unaniem de reactie dat er op dit moment met art 2.2 te veel ballast is, maar dat de intentie van art 2.2 met specifieke aandacht voor de rechtspositie van de cliënt, belangrijk is om te behouden.

Concreet zien we hierbij de volgende bevindingen zoals beschreven in hoofdstuk 3:

Positieve effecten invoering Wzd artikel 2.2

- verbetering rechtspositie cliënt;
- meer bewustwording;
- het stimuleren van afbouw;
- het stimuleren van het multidisciplinaire kijken;
- het denken in alternatieven.

Bezwaren in gebruik

- onbegrip bij naasten;
- administratieve belemmeringen;
- organisatorische belemmeringen;
- kleine ingrepen/incidentele fixatie;
- de onmogelijkheden van afbouw; en geen meerwaarde bij zorgsituaties waar al langdurig en zorgvuldige naar gekeken is;
- irritatie en onbegrip bij 'ernstig nadeel', terwijl voordeel juist evident is.

A. Praktische aanbevelingen

Direct afgeleid uit de bezwaren komen we tot een aantal aanbevelingen. Deels richting wetsevaluatie, deels voor de praktijk van de zorgaanbieders en deels richting landelijk beleid:

Wetsevaluatie:

- Vereenvoudiging van toepassing van het stappenplan in voorkomende gevallen: zie onder B. Ingrediënten voor een veldnorm. Denk hierbij aan het komen tot kerndisciplines die minimaal betrokken moeten zijn, bijvoorbeeld de cliënt/naasten, zorgverantwoordelijke, Wzd-functionaris en behandelend arts of gedragskundige. Denk hierbij ook aan het aanbrengen van ijkmomenten in het zorgproces. Naast de betrokken personen gaat het dan

om een zodanige keuze van de evaluatiemomenten/termijnen dat er ruimte ontstaat voor cliëntgericht en professioneel maatwerk.

- Het ruimte geven voor de doelgroep kinderen tot 12 jaar voor het creëren van een normale leefomgeving, passend bij kinderen van die leeftijd. Ook in het geval van beperking van de bewegingsvrijheid.
- In de framing van de Wzd speelt de term onvrijwillige zorg een grote rol. Iedereen snapt dat bij verzet het logisch is de zorgvuldigheid te betrachten die de wet voorschrijft. Hoe anders ligt dat wanneer de wet art 2.2 dicteert tot gebruik van het stappenplan als er sprake is van 'ernstig voordeel', zoals eerder beschreven. Voor het draagvlak van de Wzd is reframing, dus de mogelijkheid om persoonsgericht én professioneel maatwerk te creëren op het stappenplan zoals hierboven genoemd, op dit punt van wezenlijk belang.

Praktijk van zorgaanbieders:

- Als het uitgangspunt van zorgaanbieders is om, ook zonder verzet, de bewegingsvrijheid van de cliënt te vergroten is het gesprek in de driehoek cliënt – naasten/vertegenwoordiger – zorgprofessional hiervoor de basis. Het is duidelijk dat alle drie de partijen ieder een eigen zeggingskracht hebben, waar het goede gesprek over zorg en dwang, vrijheid en veiligheid van essentieel belang is.
- De regeldruk voor mantelzorgers c.q. irritatie van hun kant verminderen door ze niet 'lastig te vallen' met toestemmingsvragen waar al jaren overeenstemming over is. Wel blijft het hierbij vanzelfsprekend van belang om in het reguliere proces, zorg en begeleiding te blijven evalueren in de driehoek. Halfjaarlijks en tussentijds bij gewijzigde omstandigheden of nieuwe inzichten.
- Organisatorische verbeteringen. Gesprekspartners ervaren praktische obstakels bij het organiseren van multidisciplinair overleg. Helder is dat de ene zorgaanbieder hier handiger en beter in is dan de andere. Het loont dan om de goede voorbeelden te verzamelen en etaleren via de websites van Actiz/VGN en Vilans.
- Een zelfde aanpak met goede voorbeelden etaleren is wenselijk voor wat betreft het gebruik van digitale middelen om afstemming te vergemakkelijken.

Landelijk beleid:

We willen de landelijke werkgroep IWzd de overweging meegeven of zij in het gebruiken van eenvoudig taalgebruik en samenhang van onvrijwillige zorg met het zorgplan een rol kunnen en willen spelen. Daarnaast is er vanzelfsprekend het directe contact tussen de zorgaanbieders met de betreffende softwareleverancier. Een van de betrokken zorgaanbieders gaf aan hier goede ervaringen mee te hebben.

B. Ingrediënten voor een veld-norm in het werken met art 2.2

Gericht op beleid van de zorgaanbieder komen we tot een drietal aanbevelingen voor zorgaanbieders, die als uitgangspunt kunnen dienen voor het werken met art 2.2.

1. Vereenvoudiging

Centraal in de bevindingen staat de wens van professionals — ook genoemd door clientvertegenwoordigers — om te komen tot vereenvoudiging én ruimte voor persoonsgericht en professioneel maatwerk. Een vereenvoudiging die zowel recht doet aan de waarborgen voor de cliënt, als dat het zinvol professioneel handelen ondersteunt. Dit betekent onder meer dat het

volledig uitvoeren van alle stappen in het stappenplan of met alle betrokkenen en gestelde evaluatietermijnen in een aantal situaties geen meerwaarde heeft voor de cliënt.

Concreet: dat bij art 2.2, onderdeel beperking bewegingsvrijheid direct betrokkenen – zorgprofessionals en naaste/cliëntvertegenwoordiger - kunnen overwegen om minimaal stap 1 en de reguliere halfjaarlijkse evaluatie van het stappenplan te volgen. Naar cliëntgerichte wens en professioneel inzicht is de toepassing van stap 2 t/m 5 natuurlijk ook toe te passen. In het kader van de zorgvuldigheid is het in voorkomende gevallen gewenst te benoemen waarom niet het gehele stappenplan wordt gevolgd. Daarnaast is er de algemene toetsing van de Wzd-functionaris en de doorlopende reguliere halfjaarlijkse evaluatie in het MDO, met evaluatie en zo nodig bijstellen van alle zorgafspraken.

2. Bij de art 2.2 zorgvormen moet er altijd een waarborg zijn dat, op basis van de genoemde punten bij punt 1:

- Evaluatie plaatsvindt omdat de cliëntsituatie kan veranderen;
- Evaluatie plaatsvindt omdat professionele inzichten en behandelingen kunnen veranderen;
- De evaluatie in samenhang, vanuit het totaal van een cliënt, plaatsvindt met het totale zorgplan of begeleidingsplan;
- De Wzd-functionaris vormen van zorgverlening op basis van art 2.2 toetst op individuele basis;
- Hierbij aangesloten kan worden bij de bestaande halfjaarlijkse evaluatie van het zorgplan/begeleidingsplan;
- De zorgorganisatie samen met de cliëntenraad jaarlijks reflecteert op de huisregels in relatie tot de collectieve beperking van de vrijheid;
- De zorgorganisatie jaarlijks op afdelingsniveau toetst en reflecteert op collectieve beperking van de vrijheid, vanuit het uitgangspunt om collectieve beperking zoveel mogelijk te vermijden. Hierbij kunnen inrichting vanuit vastgoed en domotica en bespreking van dilemma's nuttige aangrijpingspunten zijn. Van belang is dat de organisatie een open en reflectieve blik creëert en frisse blik blijft houden op de vrijheid van cliënten in de dagelijkse zorg.

3. Dat zorgorganisaties, met instemming van de Cliëntenraad, in beleid dienen vast te leggen:

- Hoe zij bovenstaande zaken in praktijk vormgeven én borgen voor de individuele cliënt, op afdelings- én op organisatieniveau.

5. Discussie

Opmerkingen bij het onderzoek: over wat het wel en niet is.

Er zijn zes focusgroepen gehouden bij twee grote, twee middelgrote en twee kleine zorgaanbieders uit de Verstandelijk Gehandicaptensector en de VVT. De zorgorganisaties zijn aangedragen door Actiz en VGN. Per focusgroep namen vier tot negen respondenten deel en in totaal hebben we 35 respondenten gesproken. De respondenten hebben uitgebreid gesproken over hun ervaringen met het toepassen van artikel 2.2 in de praktijk. Dit heeft veel specifieke en gedetailleerde informatie opgeleverd. Het is goed voorstelbaar dat de respondenten meer dan gemiddeld in de sector betrokken zijn bij dit onderwerp. Dit is ten dele het gevolg van de keuze om zorgaanbieders aan te laten dragen door Actiz en VGN en niet (bijvoorbeeld) een random selectie uit het totaal aantal zorgaanbieders te maken.

Voor de rapportage zijn citaten geselecteerd die de ervaringen van de respondenten kenmerken. De selectie is een interpretatie van de onderzoekers en kent daardoor enige subjectiviteit. De beschreven ervaringen en percepties van de respondenten zijn representatief voor de deelnemende focusgroepen aan het onderzoek. Of ze dat ook zijn voor de gehele VVT en VG sector is op basis van de reikwijdte van dit onderzoek niet vast te stellen.

De door focusgroepen aangedragen casuïstieken hebben betrekking op de intramurale setting. Het is aannemelijk dat hier juist de zwaardere cliënten zich bevinden en je dus vaker situaties aantreft die hier bij de bezwaren genoemd worden. Bijvoorbeeld een situatie waarin al 30 jaar dezelfde maatregel wordt toegepast. In de extramurale setting zijn de bezwaren mogelijk een stuk minder groot en duidelijk.

Met nadruk zijn deelnemende zorgaanbieders gevraagd cliëntvertegenwoordiging aan de focusgroep deel te laten nemen. Bij vier van de zes focusgroepen was er cliëntvertegenwoordiging, waarvan één cliëntvertegenwoordiger op het laatste moment van deelname afzag. Vanuit de onderzoekers is in de gesprekken het cliëntperspectief prominent meegenomen.

Implicaties

Dit onderzoek geeft een eerste indruk van effecten van de invoering van de Wzd/ artikel 2.2 en de ervaringen, meerwaarde en bezwaren in de toepassing ervan. Aanvullend onderzoek kan inzicht geven in:

- Hoe vaak komen de situaties zoals beschreven in dit onderzoek voor? Bijvoorbeeld door middel van dossieronderzoek.
- Zijn de genoemde bevindingen ook representatief voor cliënten en medewerkers in de extramurale setting?
- Wat is het cliënten- en naastenperspectief op de invoering van de Wzd/ art 2.2 en de bezwaren in de toepassing ervan?
- Verdiepend gesprek met zorgaanbieders over de observatie dat het Wzd stappenplan en rapportage soms bijna als los onderdeel van het zorgdossier gebruikt wordt en hoe dat voor hen meer geïntegreerd zou kunnen worden

Verder kan een handreiking worden gemaakt met betrekking tot het organiseren van mdo's, met tips en goede voorbeelden, inclusief benutten van digitale middelen.

Bijlage 1 - De scope van artikel 2.2

Stappenplan bij wilsonbekwame cliënten (bron www.dwangindezorg.nl)

Het stappenplan is van toepassing als een cliënt of vertegenwoordiger zich verzet tegen de zorg. Bij wilsonbekwaam ter zake cliënten is dat anders. Bij hen is het stappenplan soms ook verplicht als de vertegenwoordiger en de cliënt zich niet verzetten tegen het opnemen in het zorgplan van:

- a. Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen,
- b. Een maatregel die tot het gevolg heeft dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, of
- c. De mogelijkheid tot insluiting.

Argumenten hiervoor zijn (bron artikel-gewijze toelichting van de Wzd):

- Deze maatregelen worden als zo ingrijpend beschouwd dat zij, ook als de cliënt zich er niet tegen verzet en zelfs als de vertegenwoordiger er – in het geval van wilsonbekwaamheid – mee instemt, niet zomaar in het zorgplan kunnen worden opgenomen, maar dat hiervoor het stappenplan moet worden gevolgd.
- Dit is bedoeld om de rechtsbescherming van wilsonbekwame cliënten te versterken. Juist wilsonbekwame cliënten verzetten zich vaak niet tegen vrijheidsbeperkingen, of worden in hun verzet niet serieus genomen.
- Soms ontstaat bij langdurig gebruik van bijvoorbeeld maatregelen die de bewegingsvrijheid beperken een vorm van gewenning, die ertoe kan leiden dat een cliënt er zelf om vraagt.
- Ook gebeurt het nogal eens dat vertegenwoordigers onder druk staan om akkoord te gaan met dit soort vrijheidsbeperkingen of er zelf om vragen.

Het tweede lid van artikel 2 bereikt nu dat ondanks instemming van de vertegenwoordiger of het ontbreken van (zichtbaar) verzet, toch multidisciplinair moet worden besproken of er geen minder ingrijpend alternatief beschikbaar is. Met toepassen van het stappenplan wordt benadrukt dat het gebruik ervan nooit 'normaal' kan worden.