

Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking

in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

EINDRAPPORT

Dr. T.A. Abma
Mr. dr. B.J.M. Frederiks
Drs. R.H. van Hooren
Prof. dr. G.A.M. Widdershoven
Prof. dr. F.C.B. van Wijmen
Prof. dr. L.M.G. Curfs



dichterbij
We dagen ieder mens uit!

de Plaatsse



© Gouverneur Kremers Centrum, 2006

ISBN 90-5681-243-2

NUR 860

Vormgeving en druk: Océ Business Services, Universiteit Maastricht

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Deze uitgave is te bestellen bij Onderzoeksinstituut Caphri, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200MD Maastricht, tel. 043-3882446; voor leden van de VGN is de publicatie te raadplegen op het ledennet van de VGN.

Inhoudsopgave

- 5 | **Voorwoord**

- 7 | **Hoofdstuk 1. *Het project vrijheidsbeperking***
 - 1.1 Aanleiding 7
 - 1.2 Het project 8
 - 1.3 Methode van onderzoek 8
 - 1.4 Opbouw van dit rapport en terminologie 11

- 13 | **Hoofdstuk 2. *Theoretisch kader***
 - 2.1 Het begrip vrijheidsbeperking 13
 - 2.2 Ethisch kader: zorgethiek 14
 - 2.3 Juridisch kader: naast zelfbeschikking ook zelfontplooiing 16

- 21 | **Hoofdstuk 3. *De kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking***

- 23 | **Hoofdstuk 4. *Deskundigheid***
 - 4.1 Kennis, houding en vaardigheden 23
 - 4.2 Omgaan met tegenstrijdige belangen en verplichtingen 29
 - 4.3 Reflectie 33

- 37 | **Hoofdstuk 5. *Communicatie over vrijheidsbeperking***
 - 5.1 Communicatie met betrokkenen 37
 - 5.2 Luisteren 40
 - 5.3 Duiden van en omgaan met verzet 43

- 47 | **Hoofdstuk 6. *Nadenken over doelen, beoogde effecten en middelen***
 - 6.1 Doelen en beoogde effecten 47
 - 6.2 Gradaties in interventies 51
 - 6.3 Alternatieven en afbouwen maatregelen 55

- 59 | **Hoofdstuk 7. *Zorg als proces: vrijheidsbeperking is niet eenmalig***
 - 7.1 Anticiperen 59
 - 7.2 Melden en registreren 62
 - 7.3 Evalueren 64

- 69 | **Hoofdstuk 8. *Randvoorwaarden***
 - 8.1 Adequate personele bezetting 69
 - 8.2 Deskundigheidsbevordering en scholing 70

8.3 Woonomgeving 71

8.4 Beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkingen 72

8.5 Ethische beschouwing 73

8.6 Juridische beschouwing 73

77 | **Hoofdstuk 9.** Conclusies en aanbevelingen

9.1 Een eye-opener 77

9.2 Conclusies 77

9.3 Aanbevelingen 78

80 | **Referenties**

84 | **Bijlage.** *Kwaliteitscriteria in schema*

Voorwoord

Vrijheidsbeperking is een belangrijk onderwerp in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen op mensen met verstandelijke beperkingen is in de zorgpraktijk geen uitzondering. Ook is de zorgvuldigheid bij de besluitvorming rond de toepassing van inperkende maatregelen vaak in het geding. Niet in de laatste plaats door het ontbreken van duidelijke gedragsrichtlijnen hoe te handelen in voorkomende situaties. Het stimuleren van een beleid gericht op het terugdringen van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en het treffen van maatregelen voor kwaliteitsbewaking van vrijheidsbeperking kan de kwaliteit van zorg belangrijk verbeteren.

Aangezien veel cliënten dagelijks met vrijheidsbeperking worden geconfronteerd is het van groot belang dat in de praktijk op een verantwoorde manier wordt omgegaan met de toepassing van vrijheidsbeperking. Derhalve is door de brancheorganisatie VGN en een vijftal organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking in samenwerking met de Universiteit Maastricht het initiatief genomen voor de ontwikkeling en uitvoering van het project *'Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking'*. Dit project ging van start op 1 januari 2004 met als einddatum 31 december 2005. Doel was de ontwikkeling van kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking gericht op de hele sector voor mensen met een verstandelijke beperking.

Het landelijk onderzoek werd financieel ondersteund vanuit VGN en de vijf deelnemende organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking, te weten de Koraalgroep (voorheen Sint Anna), Dichterbij (voorheen Vizier), Radar, de Plaatse en Philadelphia

Wij willen de mensen die bereid waren om aan het onderzoek mee te werken bedanken. Naast de cliëntbegeleiders en vertegenwoordigers die deelnamen aan de lokale platforms hebben cliëntbegeleiders en cliënten van genoemde organisaties ingestemd met het houden van interviews of deelname aan andere onderzoeksactiviteiten. Ook de leden van de klankbordgroep en begeleidingscommissie leverden een inhoudelijk belangrijke bijdrage aan het project.

Het liefst zouden we ieder van hen bij naam en toenaam noemen om hun inzet recht te doen. Het zal duidelijk zijn dat dat niet goed mogelijk is. Zonder de inzet en betrokkenheid van al deze mensen zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest. We zijn eenieder hiervoor zeer erkentelijk!

We hopen dat dit rapport bruikbaar is voor leidinggevenden en cliëntbegeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De kwaliteitscriteria zijn bedoeld als houvast bij de besluitvorming omtrent en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. De kwaliteitscriteria vormen eerder een heuristiek dan een protocol: zij bieden een handvat voor het

(vooraf en achteraf) doordenken van het handelen en niet een vast algoritme (als a dan b) met een gegarandeerde uitkomst.

De kwaliteitscriteria zijn ook bedoeld om aan te zetten tot een andere manier van denken en handelen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. In plaats van routineus te handelen dienen cliëntbegeleiders zich bij elke vrijheidsbeperking bewust een aantal vragen te stellen, collega's te raadplegen, uitleg te geven aan de desbetreffende cliënt en achteraf met de cliënt de toepassing te evalueren. Dit moet uiteindelijk ten goede komen aan de zorg en ook de rechtspositie van cliënten.

Het voorliggende rapport bevat naast de kwaliteitscriteria met bijbehorende vuistregels en actiepunten een uiteenzetting over het gehanteerde theoretisch kader en een verantwoording van de onderzoeksmethode. Een meer voor de praktijk toegankelijke en verkorte brochure voor cliëntbegeleiders is eveneens beschikbaar.

Maastricht, februari 2006

Hoofdstuk 1. *Het project vrijheidsbeperking*

1.1 Aanleiding

Maatregelen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking die gepaard gaan met dwang en drang perken de vrijheid van het individu in. Denk aan separatie en fixatie, maar bijvoorbeeld ook aan het naar de kamer sturen van een cliënt bij ruzie. Deze vrijheidsbeperkende maatregelen worden vaak door alle betrokkenen als ingrijpend ervaren. Tegelijkertijd realiseren cliëntbegeleiders zich niet altijd dat vrijheidsbeperking in het geding is, zeker niet als het gaat om ogenschijnlijk 'kleine' dingen. In de praktijk blijkt dat vrijheidsbeperking een structureel onderdeel is van de dagelijkse zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Dat betekent dat cliëntbegeleiders veelvuldig worden geconfronteerd met situaties waarin zij moeten overwegen of ingrijpen in de vrijheid al dan niet gerechtvaardigd is. Het is de vraag of zij daarbij altijd voldoende stilstaan bij de gevolgen die hun handelen heeft voor de cliënt.

Wettelijk is de bescherming van de rechtspositie van een (gedwongen opgenomen) cliënt vastgelegd in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Deze wet, die oorspronkelijk werd ontwikkeld voor de psychiatrie, is, zo zal nader worden duidelijk gemaakt, niet geschikt als kader voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

De Wet Bopz gaat ervan uit dat vrijheidsbeperkende maatregelen alleen in noodsituaties en (dus) bij hoge uitzondering voorkomen. In de praktijk blijkt dit niet zo te zijn. Ook is volgens de Wet Bopz is ingrijpen in de vrijheid alleen gerechtvaardigd indien sprake is van gevaar; alleen als een cliënt een gevaar vormt voor zichzelf, voor anderen of voor zijn of haar omgeving is ingrijpen toegestaan. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking blijkt niet het gevaarscriterium het belangrijkste motief voor ingrijpen, maar de zorg (ondersteuning) en bescherming van de cliënt al dan niet gemotiveerd vanuit pedagogische overwegingen (Frederiks, 2004).

Cliëntbegeleiders en andere hulpverleners kunnen voor hun handelen weinig steun vinden in de wet. In de dagelijkse praktijk bestaat daarom behoefte aan een kader dat cliëntbegeleiders handvatten biedt om in geval van vrijheidsbeperking toch zorgvuldig en verantwoord te kunnen handelen. Met het project 'Kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking' wordt beoogd meer duidelijkheid te verschaffen over de verantwoordelijkheid van cliëntbegeleiders en andere hulpverleners en tevens hun handelen meer transparant te maken als het gaat om het thema vrijheidsbeperking. De gedachte is dat kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking daarbij goede diensten kunnen bewijzen.

De ontwikkelde, en hier gepresenteerde, kwaliteitscriteria zijn niet bedoeld als vervanging van de huidige kaders en regelingen, maar als aanvulling daarop. De kwaliteitscriteria hebben duidelijk een andere insteek dan de bestaande wettelijke kaders en regelingen. Terwijl de juri-

dische regels betrekking hebben op de criteria voor het al dan niet *toestaan van vrijheidsbeperking*, gaan de kwaliteitscriteria over het – indien nodig – zorgvuldig en verantwoord *omgaan met vrijheidsbeperkingen*.

1.2 Het project

Een vijftal organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking hebben, samen met de brancheorganisatie VGN, de krachten gebundeld om te komen tot kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking in de sector, te weten de Koraalgroep, Dichterbij, Radar, de Plaatse en Philadelphia.

Het project heeft de volgende doelstellingen:

- a) de rechtspositie van cliënten in het kader van vrijheidsbeperking te waarborgen;
- b) de kwaliteit van vrijheidsbeperkende maatregelen te verbeteren;
- c) cliëntbegeleiders en andere hulpverleners meer bewust te maken van de gevolgen van vrijheidsbeperking voor de cliënt.

De kwaliteitscriteria moeten op draagvlak steunen in de sector.

In het licht van deze doelstellingen zijn binnen de vijf deelnemende organisaties platforms van cliëntbegeleiders en vertegenwoordigers geformeerd. Bij de samenstelling van de platforms is ernaar gestreefd deze een goede afspiegeling te laten vormen van de diverse woonvormen. De platforms hadden tot taak om knelpunten rondom de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in kaart te brengen en oplossingsrichtingen aan te dragen. Voorts is een centrale klankbordgroep geïnstalleerd die is samengesteld uit contactpersonen van de deelnemende organisaties. De klankbordgroep volgde de activiteiten van de lokale platforms en gaf commentaar op concepten van de onderzoekers. De begeleidingscommissie bestond uit vertegenwoordigers van de deelnemende organisaties; zij vervulde een regiefunctie ten aanzien van het project.

1.3 Methode van onderzoek

In het project is gewerkt vanuit een dialogisch perspectief. Concreet betekent dit dat de zorgpraktijk voor mensen met een verstandelijke beperking niet werd beoordeeld, maar dat de onderzoekers een dialoog zijn aangegaan met belanghebbenden in de zorgpraktijk, waaronder cliënten, hun vertegenwoordigers en cliëntbegeleiders. Zij waren niet louter informatieverstrekkers, maar gesprekspartners voor elkaar en voor de onderzoekers. Dat wil zeggen dat genoemde belanghebbende groepen onderling in gesprek gingen over issues die zij als betekenisvol beschouwden. Doel van de dialoog was het opbouwen van wederzijds begrip als voertuig voor verbetering van de praktijk van vrijheidsbeperking. Deze aanpak staat bekend als een responsieve onderzoeksbenadering (Abma en Widdershoven, 2002; 2005) en is binnen diverse sectoren van de gezondheidszorg toegepast waar onder de psychiatrie (Abma, 1998) en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (Widdershoven en Sohl, 1999).

Naast het organiseren van een dialoog met en tussen belanghebbenden hebben de onderzoekers empirische waarnemingen steeds in verband gebracht met juridische kaders en ethische theorieën. Zoals gebruikelijk in kwalitatief onderzoek liep de data-analyse gelijk op met de dataverzameling. Dat wil zeggen dat de onderzoekers tijdens het proces van dataverzameling analyses maakten, die vervolgens weer een sturende functie vervulden ten aanzien van de dataverzameling. De analyses hadden een inductief karakter. Er werd niet gewerkt met een vooropgezet theoretisch kader, maar omgekeerd vanuit de data gezocht naar theoretische inzichten die de bevindingen nader konden verdiepen en onderbouwen. In de analyses is – analoog aan de zgn. grounded theory benadering – het onderzoeksmateriaal inhoudelijk verwerkt en geordend naar terugkerende hoofdthema's en deze zijn weer onderverdeeld in subthema's. De hoofdthema's zijn vervolgens uitgewerkt tot de kwaliteitscriteria en onderbouwd met behulp van theoretische inzichten. De onderzoekers hebben zich open gesteld voor de zorgpraktijk om ervan te leren (Widdershoven, 2001). Naarmate de dialoog met betrokkenen in de zorgpraktijk vorderde, werd het de onderzoekers duidelijk welke inzichten steun boden aan de praktijk en welke aansloten op de ervaringen van betrokkenen en deze konden verdiepen (Widdershoven, 1988).

In een responsieve onderzoeksbenadering is het uitgangspunt dat mensen (dus ook onderzoekers) de werkelijkheid moeten duiden. Dit is een actief proces waarbij onderzoekers hun eigen achtergrond, training, biografie en opvattingen niet kunnen uitschakelen (Schwandt, 1999). Sterker nog, deze referentiekaders vormen een voorwaarde voor het interpreteren. Om te voorkomen dat onderzoekers hun eigen visies opleggen aan de werkelijkheid zijn interpretaties voorgelegd aan betrokkenen met de vraag of zij zich daarin herkenden. In de kwalitatieve methodologie staat dit bekend als de 'member check' (Meadows en Morse, 2001). De member check procedure is een manier om de validiteit van de data te bewaken; nagegaan wordt of de interpretaties van de onderzoekers geloofwaardig zijn in de ogen van de respondenten. Een andere bekende kwaliteitsprocedure die in acht is genomen betreft de triangulatie van methoden. Dat wil zeggen dat diverse kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn gebruikt. Deze methoden vullen elkaar aan. Zo is in de focusgroepen ter ondersteuning van de dialoog gebruik gemaakt van fragmenten uit de interviews. Op deze manier is 'triangulatie' toegepast om de kwaliteit van de interpretatie te verdiepen en te verbreden (Greene et al., 2005). Voorts hebben in een later stadium van het project verschillende onderzoekers hetzelfde materiaal geanalyseerd en de uitkomsten daarvan vergeleken (Meadows en Morse, 2001).

In het project is gebruik gemaakt van diverse dataverzamelingstechnieken. Hieronder volgt een overzicht van de verrichte onderzoeksactiviteiten.

Interviews

In elke deelnemende organisatie zijn, voorafgaand aan de platformbijeenkomsten, bij een aantal sleutelfiguren semi-gestructureerde interviews afgenomen om ervaringen met en oordelen over vrijheidsbeperking in kaart te brengen. Gesproken werd met cliëntbegeleiders, cliënten en hun vertegenwoordigers. Topics in de interviews met cliëntbegeleiders en vertegenwoordigers waren: vrijheidsbeperking, kwaliteit van zorg, ervaringen met vrijheidsbeperking, verantwoor-

delijkheden en deskundigheid, alternatieven en preventie en beleid in de organisatie. In de interviews met cliënten (doorgaans cliëntenraden) stond begripsverheldering van vrijheidsbeperking centraal. De gesprekken zijn opgenomen met een taperecorder en naderhand uitgewerkt in Atlas-ti, een computerprogramma voor kwalitatief onderzoek, en vervolgens geanalyseerd.

Literatuuronderzoek

Om theoretische inzichten in verband te kunnen brengen met ervaringen van betrokkenen is literatuuronderzoek verricht. Hierbij is enerzijds gebruik gemaakt van inzichten uit het recht, anderzijds zijn ethische theorieën bestudeerd. Een groot deel van de juridische literatuur was al eerder onderzocht in het kader van de evaluatie van de Wet Bopz (Arends, Blankman en Frederiks, 2002) en het voorstel alternatieve regeling Wet Bopz (Arends en Frederiks, 2003 en Frederiks, 2004).

Platformbijeenkomsten

Per organisatie zijn drie platformbijeenkomsten georganiseerd. Hierin stond steeds een andere vraag centraal: a) Wat is vrijheidsbeperking? b) Hoe is vrijheidsbeperking te rechtvaardigen? (aanvaardbare en niet-aanvaardbare redenen) en c) Op welke wijze wordt vrijheidsbeperking toegepast? (verantwoordelijkheden, deskundigheid, alternatieven, preventie en beleid). Om nader in te gaan op deze vragen kregen de platformleden opdrachten voorgelegd zoals het bespreken van casuïstiek en stellingen. De bijeenkomsten duurden gemiddeld twee uur. In de methodologische literatuur worden dergelijke bijeenkomsten aangeduid als focusgroups (Madriz, 2000). Ze hebben als voordeel dat mensen op elkaar reageren waardoor de rijkdom aan informatie toeneemt. Bovendien stimuleren focusgroups een onderling leerproces.

Gesprekken met lokale cliëntenraden

Om cliënten, naast de interviews die aan het begin van het project zijn afgenomen, ook op andere manieren bij het project te betrekken is in nauwe samenwerking met Sint Anna een video gemaakt voor cliënten. Daarin wordt een aantal sketches getoond over vrijheidsbeperking, die zijn uitgekozen door cliënten en worden gespeeld door twee acteurs. Aan de hand van de bespreking met de lokale cliëntenraden kon worden vastgesteld hoe zij over vrijheidsbeperking denken, wat zij ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking vinden en hoe het anders kan. De reacties van de cliënten zijn vervolgens ingebracht en besproken tijdens een bijeenkomst van de klankbordgroep.

Member checks

Er zijn verslagen gemaakt van de platformbijeenkomsten en elk verslag werd na de platformbijeenkomst voor commentaar naar de afzonderlijke leden teruggestuurd. Tevens is de eerste opzet van de kwaliteitscriteria voorgelegd aan de organisaties, de klankbordgroep en de begeleidingscommissie met de vraag of men zich hierin kon herkennen.

1.4 Opbouw van dit rapport en terminologie

De onderzoeksbevindingen worden gepresenteerd in dit rapport. Hoofdstuk 2 bevat een uiteenzetting van het begrip vrijheidsbeperking en gebruikte theoretische inzichten. In de daaropvolgende hoofdstukken worden de kwaliteitscriteria gepresenteerd. Per kwaliteitscriterium worden vuistregels en acties geformuleerd. Tevens wordt beschreven op welke wijze het desbetreffende kwaliteitscriterium is te onderbouwen vanuit praktijk, ethiek en recht. De kernpunten zijn overzichtelijk gebundeld in een schema. Het rapport wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen.

In dit rapport is gekozen voor de termen ondersteuningsplan, cliënt en cliëntbegeleider. De termen geven aan dat zorg primair een kwestie is van het ondersteunen en begeleiden van een cliënt die in staat wordt geacht om zelf mede richting te geven aan zijn of haar leven. In de praktijk wordt het ondersteuningsplan ook wel aangeduid met individueel zorgdossier of zorgplan. De term cliëntbegeleider verwijst naar allerlei soorten hulpverleners en begeleiders. Cliënten worden in de praktijk soms aangeduid als bewoners of mensen met een verstandelijke beperking of handicap.

De kwaliteitscriteria in dit rapport zijn bedoeld voor intramurale en andere settings waar mensen met een verstandelijke beperking wonen of verblijven. In dit rapport wordt daarom gesproken over organisatie.

Hoofdstuk 2. *Theoretisch kader*

In dit hoofdstuk volgt een korte toelichting op het begrip vrijheidsbeperking en de daarvoor relevante ethische en juridische kaders. Bij de onderbouwing van de kwaliteitscriteria worden deze de ethische en juridische kaders nader toegelicht en gerelateerd aan de praktijk.

2.1 Het begrip vrijheidsbeperking

De Wet Bopz legitimeert de toepassing van vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. In deze wet wordt geen definitie van vrijheidsbeperking gegeven. Uit de wet kan worden afgeleid dat dwangbehandeling, middelen of maatregelen, beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid en huisregels eronder worden begrepen.

Het begrip vrijheidsbeperking wordt in de praktijk verschillend uitgelegd. Er zijn zowel voorstanders van een brede definitie als van een smalle, beperkte definitie. Degenen die een brede definitie hanteren, vatten elke beperking van de bewegingsvrijheid op als vrijheidsbeperking. Dat betekent dat ook maatschappelijke regels (zoals rechts rijden) onder dit begrip vallen. Dat gaat aanzienlijk verder dan de wet. Degenen die een smalle definitie hanteren, richten zich, in aansluiting op de wet, vooral op beperkingen in de bewegingsvrijheid uit het oogpunt van gevaar, voortkomend uit de verstandelijke beperking.

Gezien de eerder genoemde beperkingen van de wet stellen wij voor het begrip vrijheidsbeperking ruimer op te vatten dan alleen in relatie tot gevaar vanwege een verstandelijke beperking. Met name pedagogische maatregelen, die niet op het afwenden van gevaar gericht zijn, maar op het bevorderen van de vermogens van de cliënt, kunnen een vrijheidsbeperkend karakter hebben, en verdienen daarom aandacht. Pedagogische maatregelen en organisatieregels zijn echter onderscheiden van maatschappelijke regels. Maatschappelijke regels kunnen de vrijheid inperken, maar worden door ons niet gerekend tot vrijheidsbeperkende maatregelen. Dat brengt ons tot het volgende overzicht:

Maatschappelijke regels gelden in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking op dezelfde wijze als daarbuiten. Het kan gaan om fatsoensnormen of wettelijke regels, zoals het dragen van autogordels. Op grond hiervan kan cliënten bepaald gedrag worden verboden en geboden. Op deze regels heeft dit rapport geen betrekking.

Organisatieregels zijn niet algemeen geldend, maar gelden voor alle cliënten die gebruik maken van de diensten van de organisatie. Als een cliënt in een instelling verblijft, horen daar bepaalde wijzen van gedrag en organisatie bij. De inperking gaat verder dan bij algemene maatschappelijke regels. Dit geldt in nog sterkere mate voor **huisregels**. Denk aan bezoektijden, gebruik van alcohol, schoonmaken. Organisatie- en huisregels betreffen de ordelijke gang van

zaken. Deze regels behoren in een document te worden vastgelegd en regelmatig te worden besproken en geëvalueerd.

De zorgvisie vormt het kader voor **pedagogische maatregelen**. Denk aan een orthopedagogische voorziening waar tijdens het eten geen televisie mag worden gekeken en alle cliënten vanuit het opvoedingsperspectief aan tafel moeten eten. Regelmatige reflectie op zorgvisie en pedagogische maatregelen is van belang.

Er zijn ook beperkingen die voor één cliënt gelden. Het betreft **individuele afspraken**, die in het ondersteuningsplan moeten worden vastgelegd. Ook hier zijn regelmatige bespreking en evaluatie vereist. De laatste categorie betreft **individuele noodmaatregelen**. Deze categorie is nog niet in het ondersteuningsplan opgenomen of kan daar vanwege het incidentele karakter niet in worden vermeld. Noodmaatregelen dienen achteraf te worden gemeld bij de Inspectie in een organisatie waar de Bopz geldig is en te worden geëvalueerd.

Vuistregel: *De kwaliteitsbewaking van deze regels is verschillend geregeld. Alleen ten aanzien van individuele noodmaatregelen geldt dat de wet voorschrijft dat deze moeten worden gemeld.*

Actie: *Maak een onderscheid tussen regels. Ken de juridische kaders. Signaleer als organisatie- en huisregels niet duidelijk zijn vastgelegd. Leg afspraken vast in het ondersteuningsplan en evalueer die regelmatig. Meld en registreer noodmaatregelen.*

2.2 Ethisch kader: zorgethiek

In de ethiek wordt vrijheidsbeperking in verband gebracht met autonomie. Hierbij kunnen twee opvattingen van autonomie worden onderscheiden, namelijk autonomie als zelfbeschikking en autonomie als zelfontplooiing (Widdershoven, 2000). De *principe-ethiek* gaat uit van autonomie als *zelfbeschikking*. Mensen moeten zoveel mogelijk zelf keuzes kunnen maken en niet door anderen in hun vrijheid worden beperkt. Ten aanzien van zorg betekent dit dat de betrokkene op basis van adequate informatie vrijwillig keuzes moet kunnen maken.

De *zorgethiek* gaat uit van autonomie als *zelfontplooiing*. De centrale kwestie is dan niet of mensen zelf kunnen beslissen, zonder beïnvloeding door anderen, maar of zij hun leven zodanig vorm kunnen geven dat dit ook als een goed leven gezien kan worden. Vanuit de *zorgethiek* worden autonomie en afhankelijkheid niet als tegengesteld aan elkaar gezien. De autonomie kan juist vergroot worden in een relatie van afhankelijkheid, vanuit *zorgethisch* perspectief (Mackenzie en Stoljar, 2000; Van Hooren en Widdershoven, 2004). Mensen met een beperking kunnen juist doordat zij afhankelijk en verbonden zijn met anderen en ondersteuning van anderen ontvangen min of meer autonoom zijn.

Centraal in de zorgethische benadering is het gegeven dat mensen geen individuele, onafhankelijke wezens zijn maar zorgzame en solidaire mensen die van nature van elkaar afhankelijk zijn. Uitgangspunt zijn de kwetsbaarheid van en interdependentie tussen mensen (Graste, 2000). Dit geldt ook voor mensen met een beperking (Reinders, 2000). In de wederzijdse afhankelijkheid kan men zich verder ontplooien. Vanuit de zorgethiek begrepen is de zorg voor een ander niet een uitzonderingssituatie, maar een fundamenteel kenmerk van ons menszijn, een intentionele betrokkenheid van de ene mens op de andere (Verkerk, 1997). Vaak is er te weinig aandacht voor de wijze waarop, *met* de beperkingen die mensen met een verstandelijke beperking hebben, gewerkt kan worden aan een *zinvol* bestaan. Dit vraagt om aandacht, oplettendheid en betrokkenheid ten opzichte van de cliënt (Reinders, 2000; Meininger, 2002a). Het vraagt ook om communicatie, want zin heeft een intersubjectief karakter (Widdershoven, 2000). Over betekenisgeving en interpersoonlijke betrokkenheid kan en moet gesproken worden, tussen cliëntbegeleiders onderling en tussen cliëntbegeleiders en cliënten.

Vanuit zorgethisch perspectief gaat het bij autonomie niet om het maken van eigen keuzes, onafhankelijk van anderen, maar om het vinden van een goede manier van leven in betrokkenheid op anderen en gesteund door anderen. Invloed van anderen wordt derhalve niet bij voorbaat als negatief gezien ten aanzien van autonomie. Soms zijn ingrepen nodig, juist om de autonomie te vergroten. Vrijheidsbeperking kan een bijdrage leveren aan zelfontplooiing. Wanneer men een cliënt ervan weerhoudt teveel hooi op de vork te nemen, kan dit betrokkene helpen om zijn leven meer bevredigend in te richten. Vrijheidsbeperking is dus niet bij voorbaat negatief. Dat wil niet zeggen dat elke vorm van vrijheidsbeperking zonder meer gerechtvaardigd is. Steeds moet immers de vraag gesteld worden of het ingrijpen daadwerkelijk bijdraagt aan de vergroting van de autonomie van de cliënt en gezien de situatie passend is.

Voorts geldt dat vrijheidsbeperkingen, vanuit de ethiek bezien, altijd dienen voort te komen vanuit zorg voor de ander. Als het nodig is om vrijheidsbeperkende interventies toe te passen, dan is dit alleen gerechtvaardigd binnen het algemene kader van het proces van zorg.

Binnen de zorgethiek wordt zorg opgevat als 'een activiteit van de soort die alles insluit wat mensen doen om onze 'wereld' in stand te houden, te continueren en te repareren, zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven.' (Tronto, 1993, p.103) Zorg is, met andere woorden, een praktijk. Dat wil zeggen, zorg omvat het open staan en luisteren naar de ander om vast te stellen wat hij of zij nodig heeft om goed te kunnen leven en tot ontplooiing te komen, maar eveneens het daadwerkelijk verrichten van acties en handelingen om individuele wensen en behoeften zo goed mogelijk te vervullen. Een zorgpraktijk vergt voortdurend onderhoud en stopt niet bij eenmalige vaststelling van wensen en behoeften. Immers, de mens voor wie wordt gezorgd verandert en daarmee diens behoeften. Wat iemand precies aan zorg nodig heeft, is alleen goed vast te stellen in samenspraak met of door zorgvuldige observatie van die ander. In dat opzicht is zorg intersubjectief. Zorg is, met andere woorden, een gezamenlijk werken aan het leefbaar houden van de wereld.

Binnen de zorgethiek onderscheidt men vier fasen van zorg (Tronto, 1993, p.105 e.v.). De eerste fase is het zich zorgen maken om iemand of iets (*caring about*). In deze fase wordt een persoon of zaak herkend als zorgbehoefstig. De tweede fase is het zorg op zich nemen (*taking care of*). Daarbij is sprake van een concreet initiatief: er wordt opgetreden om de zorgbehoefte te beantwoorden. De derde fase betreft de daadwerkelijke uitvoering van de zorg: het verlenen van zorg (*care-giving*). De vierde fase is het ontvangen van zorg (*care-receiving*). Het zorgproces is niet compleet indien een van deze fasen ontbreekt. De fasen zijn alleen analytisch te onderscheiden: in de praktijk lopen ze in elkaar over.

Op basis van deze vier fasen (of aspecten) van zorg onderscheidt de zorgethiek vier morele componenten. Hierbij kan ook gesproken worden van deugden – goede eigenschappen - die inherent zijn aan het zorgproces. De eerste deugd is aandacht (*attentiveness*). Zorg vereist dat men aandacht heeft voor de behoefte van de ander. De tweede deugd is verantwoordelijkheid (*responsibility*). Men kan alleen zorgen als men zich verantwoordelijk maakt voor het verbeteren van de toestand van degene die zorg behoeft. De derde deugd is competentie (*competence*). Zonder specifieke deskundigheid op het terrein waar zorg verleend moet worden, kan men geen zorg bieden. De vierde deugd is responsiviteit (*responsiveness*). Degene die zorg ontvangt moet ontvankelijk zijn voor die zorg.

Kortom, zorg is te begrijpen als een proces van antwoord geven op de vraag van de ander. Dit impliceert dat men de zorgvraag onderkent (aandacht), zich aangesproken voelt (verantwoordelijkheid), met de vraag weet om te gaan (competentie) en in het antwoord geven beseft dat het niet om éénrichting verkeer gaat, maar om een gezamenlijke onderneming (responsiviteit van de ander). Zorg is gebaseerd op een wederzijdse betrokkenheid, een erkenning dat het zonder de inbreng van de ander niet kan. Daarom kan zorg nooit van geheel van één kant komen. Zelfs als de ander volkomen hulpeloos is, dan nog is er sprake van een gesprek, juist omdat de hulpverlener aangesproken wordt door (de hulpeloosheid van) de ander. Hierin schuilt de fundamentele wederkerigheid van de zorgrelatie (Widdershoven, 2000, p.141-142).

2.3 Juridisch kader: naast zelfbeschikking ook zelfontplooiing

Bestaande juridische systemen en regels zijn ontoereikend om mensen met een verstandelijke beperking te beschermen en cliëntbegeleiders voldoende houvast te bieden om goede zorg te verlenen. Indien en voor zover aan de menselijke zelfbeschikking een prominente, zo niet absolute betekenis wordt toegekend, moet worden erkend dat dit uitgangspunt vele mensen met een verstandelijke beperking niet veel verder helpt. De wetgever heeft daar wel op gereageerd door het arsenaal van wettelijke vertegenwoordigingsfiguren uit te breiden (mentorschap naast curatele en bewind), maar lang niet iedereen heeft een wettelijk vertegenwoordiger en op de vertegenwoordiging in de praktijk is, met respect voor degenen die zich in deze rol het lot van wilsonbekwamen aantrekken, van alles aan te merken.

Voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking in zijn algemeenheid bestaat geen passende wettelijke regeling. Gewerkt moet worden met de wetgeving betreffende de *geneskundige behandeling*, die zoveel mogelijk analoog moet worden toegepast in deze sector (Van Wijmen, 2006). Kern van deze regeling is een wilsbekwame cliënt die op basis van deugdelijke informatie toestemming geeft. De regeling van vertegenwoordiging van wilsonbekwamen wordt uitgebreid met de mogelijkheid om zonder tussenkomst van de rechter naaste familie in te schakelen. Dan is er nog de regeling voor de gedwongen opname in psychiatrische ziekenhuizen, waarvan de essentie is dat deze opname gerechtvaardigd moet worden doordat iemand door een geestesstoornis een ernstig gevaar veroorzaakt voor zichzelf, een ander of de samenleving. Deze Wet Bopz, zo blijkt uit de jongste evaluatie (Arends, Blankman en Frederiks, 2002), biedt juist voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking niet het juiste wettelijk kader. Alleen onder strikte condities zou voor onvrijwillig in instellingen verblijvende cliënten vrijheidsbeperking wellicht gelegitimeerd kunnen worden geacht.

De Wet Bopz kent twee uitgangspunten: a) het respecteren van het *zelfbeschikkingsrecht* en b) *bescherming* bieden aan cliënten. De wetgever tracht deze uitgangspunten te realiseren door vrijheidsbeperkingen waaronder dwangbehandeling, de toepassing van middelen of maatregelen en ook beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid en huisregels aan strenge voorwaarden te onderwerpen. Hierdoor wordt ook gewaarborgd dat het zelfbeschikkingsrecht van cliënten niet verder wordt beperkt dan noodzakelijk is. Bescherming is onder meer gelegen in de tussenkomst van de rechter en toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Beide uitgangspunten zijn evenwel niet voldoende. Het recht dient ook mogelijkheden te creëren om mensen met een verstandelijke beperking de gelegenheid te bieden hun capaciteiten, zoveel als mogelijk is, te benutten en tot ontplooiing te brengen. De Wet Bopz biedt hiertoe onvoldoende aanknopingspunten en dat leidt ertoe dat cliëntbegeleiders niet altijd de ondersteuning mogen bieden die zij op dat moment noodzakelijk achten (Frederiks, 2004; Arends, Blankman en Frederiks, 2002). Daarom wordt zelfontplooiing als alternatief kader naar voren geschoven. In een notitie van VWS wordt erkend dat het huidige wettelijke kader niet volstaat en onvoldoende werkt. Toch wordt ook hier nog sterk de nadruk gelegd op het zelfbeschikkingsrecht (Kamerstuk II 2004/05, 25 763, nr. 6).

Langzamerhand is iedereen, ook de wetgever, ervan overtuigd dat mensen met een verstandelijke beperking (en psychogeriatrische patiënten) een geëigende wettelijke regeling verdienen, met name waar het gaat over vrijheidsbeperking (Van Wijmen, 2006). De tweede evaluatie van deze wet (2002) mondde uit in de conclusie van de begeleidingscommissie dat de aansluiting van de uitvoeringspraktijk met het wettelijk regime in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg sterk te wensen overliet. Bepleit werd beperking van de toepasselijkheid van de Wet Bopz tot patiënten die bezwaar maken tegen de opname en het verblijf. Voor cliënten uit de zogenaamde geen-bereidheid-geen-bezwaargroep behoort, aldus de begeleidingscommissie, een andere rechtspositieregeling te worden ontwikkeld.

In 2003 kwam de Algemene Rekenkamer met een kritisch rapport over de toepasselijkheid van de Wet Bopz voor dementerenden. Zij beval de minister van VWS aan 'om de uitvoerbaarheid van de Wet Bopz op voortvarende wijze te verbeteren. Dit kan door begrippen te verhelderen en de eisen die aan instellingen voor ouderenzorg gesteld worden als zij een Bopz-aanmerking willen aanvragen, meer aan te laten sluiten op de ontwikkelingen in de praktijk. Tevens beveelt zij aan de mogelijkheid én wenselijkheid te onderzoeken om één wettelijk kader tot stand te brengen dat beter aansluit bij de specifieke kenmerken van deze sector. Daarbij is het belangrijk dat er rekening gehouden wordt met de beoogde rechtsbescherming voor dementerende ouderen.' De vraag is of het verstandig is een specifieke regeling te maken voor de ouderenzorg. Logischer lijkt om één afzonderlijke regeling te maken voor de psychiatrie en één voor die sectoren waarin residentiële zorg wordt verleend.

Dat lijkt ook de opvatting te zijn van de Gezondheidsraad die in een advies uit 2004 over verkommerden en verloederden bepleit om de hele Wet Bopz op de schop te nemen. De raad is, adviserend over de psychiatrie, positief over de uitbreiding van het wettelijk arsenaal aan mogelijkheden om met behulp van de voorwaardelijke machtiging drang toe te passen om een ambulante behandeling te ondergaan, maar sluit af met de aanbeveling om 'op termijn' de Wet Bopz in haar geheel aan te passen. 'Het is dan de vraag of de scheiding van dwangopname en dwangbehandeling wel gehandhaafd kan blijven. De feitelijke en morele onderbouwing van dwangopname is in veel gevallen immers dat behandeling noodzakelijk is. In plaats daarvan zou een nieuwe wet wellicht een continuüm van mogelijkheden voor klinische en ambulante behandeling kunnen regelen, van bemoeizorg en overreding via drang naar dwang.'

Op 11 augustus 2004 is het kabinetsstandpunt over de tweede evaluatie en de rapporten van de Rekenkamer en de Gezondheidsraad aan de Tweede Kamer gezonden. De huidige mogelijkheden van de wet moeten, aldus het kabinet, beter worden benut en daarnaast moeten de mogelijkheden tot dwangbehandeling worden verruimd. Over het *hoe* wordt advies ingewonnen. Later komt de vraag aan de orde of er nog reden is voor verdere wijziging van de Wet Bopz of voor een ander, specifiek op behandeling gericht wettelijk kader. Verder kondigt het kabinet een nieuwe wettelijke regeling aan voor de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Dat moet zo worden geïnterpreteerd dat de Wet Bopz op dit punt zal worden aangepast. Vrijheidsbeperking staat in die nieuwe regeling centraal.

Staatssecretaris Ross-van Dorp heeft medio 2005 de contouren van een nieuwe wettelijke regeling voor vrijheidsbeperking voor mensen met dementie en verstandelijk gehandicapten aan de Tweede Kamer voorgelegd. Eind 2005 zou een wetsvoorstel naar de Raad van State worden gestuurd. In deze voorstellen wordt vrijheidsbeperking, toe te passen door een hulpverlener ongeacht de locatie mogelijk als

- het ter voorkoming van een *onverantwoorde situatie* noodzakelijk is om in te grijpen;
 - er geen redelijk alternatief is met een minder ingrijpend karakter;
 - de vrijheidsbeneming/beperking doelmatig is en in verhouding staat tot het beoogde doel.
- Gevaar of ernstig nadeel blijven het uitgangspunt en de vrijheidsbeperking moet in het on-

dersteuningsplan zijn geregeld. Anders geldt de dwangtoepassing in noodsituaties zoals die in artikel 39 Wet Bopz is geregeld.

Concluderend kan worden gesteld dat de regelgeving betreffende mensen met een verstandelijke beperking, met name waar het vrijheidsbeperking betreft, in beweging is. Zoals steeds kiest de wetgever een restrictieve benadering. Vrijheidsbeperking mag niet, tenzij...., vrijheidsbeperking mag alleen maar als.... De onderhavige richtlijn gaat van een heel ander perspectief uit: op welke wijze kan vrijheidsbeperking zorgvuldig en verantwoord plaatsvinden. Daarom mag verwacht worden dat deze richtlijn een meerwaarde heeft ten opzichte van wettelijke regelingen, die uiteraard als (minimum) uitgangspunt zullen gelden voor deze richtlijn.

Hoofdstuk 3. *De kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking*

In het project zijn vijf kwaliteitscriteria ontwikkeld, te weten:

- a) deskundigheid; b) communicatie; c) nadenken over doelen, beoogde effecten en middelen;
- d) zorg als proces; en e) randvoorwaarden.

De kwaliteitscriteria hangen nauw met elkaar samen. Deskundigheid is te zien als een aspect dat telkens terugkeert en aan de basis ligt van de andere criteria. Deskundigheid heeft te maken met kennis, houding en vaardigheden. Een cliëntbegeleider moet zijn deskundigheid bijhouden. Deskundigheid vergt onderhoud en dat onderhoud moet goed geregeld worden door randvoorwaarden in de vorm van scholing en deskundigheidsbevordering. Aldus hangen het criterium deskundigheid en het criterium dat betrekking heeft op het scheppen van randvoorwaarden voor goede zorg samen. Deskundigheid heeft ook betrekking op de andere drie criteria. Cliëntbegeleiders moeten over de vaardigheden en attitude beschikken om te kunnen communiceren over vrijheidsbeperking met betrokkenen. Cliëntbegeleiders moeten verder methodisch werken in die zin dat zij nadenken over de doelen, beoogde effecten en middelen. Tot slot moet een cliëntbegeleider over de deskundigheid beschikken om te kunnen anticiperen op incidenten, zorgvuldig incidenten te melden en te registeren en situaties van vrijheidsbeperking te evalueren.

Het criterium communicatie over vrijheidsbeperking omvat het communiceren met betrokkenen, luisteren en omgaan met verzet. Communicatie als criterium hangt nauw samen met het criterium over zorg als proces. In het kwaliteitscriterium over zorg als proces is gesteld dat goede zorg vereist dat na een incident achteraf met de cliënt wordt nabesproken om onder meer na te gaan hoe een dergelijk incident in de toekomst voorkomen kan worden. Communicatie keert ook terug bij het criterium nadenken over doelen, beoogde effecten en middelen. Overleg met het team en andere hulpverleners vormt een belangrijke voorwaarde voor het op de juiste wijze beslissen over vrijheidsbeperkende maatregelen. Cliëntbegeleiders moeten niet alleen andere teamleden en hulpverleners consulteren, zij zouden ook moeten overleggen en luisteren naar de wensen van de cliënt en diens vertegenwoordigers. Bijvoorbeeld als het gaat om de vraag of er minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn.

Doordat de kwaliteitscriteria samenhangen, is er soms enige overlapping tussen de criteria. Verder geldt dat de samenhang tussen de criteria impliceert dat een goede implementatie van de criteria zich nooit mag beperken tot de toepassing van een ervan. Hierop wordt teruggekomen in de conclusies en aanbevelingen terug.

In de hiernavolgende hoofdstukken worden de kwaliteitscriteria toegelicht. Elk hoofdstuk start met een korte omschrijving van het desbetreffende kwaliteitscriterium. Vervolgens wordt het kwaliteitscriterium nader toegelicht. De tekst is daarbij onderverdeeld in een aantal subthema's. De subthema's worden steeds onderbouwd vanuit praktijk, ethiek en recht. Hoe wordt

het onderwerp verwoord door betrokkenen in de praktijk (praktijkvisie), hoe kan het ethisch en juridisch worden gesitueerd en verdiept? In de presentatie van de praktijkvisie worden citaten weergegeven. Deze zijn cursief gedrukt en ten behoeve van de leesbaarheid enigszins geredigeerd; spreektaal is omgezet in schrijftaal. Ook zijn de citaten soms wat ingekort doordat tussenzinnen zijn weggelaten. Wel is getracht om zo dicht mogelijk bij de uitdrukkingen van de respondent te blijven.

Bij elk van de kwaliteitscriteria worden vuistregels en acties geformuleerd. Deze vatten kort samen wat de centrale punten zijn en geven een leidraad voor het handelen van cliëntbegeleiders.

Hoofdstuk 4. Deskundigheid

Een goede cliëntbegeleider is deskundig als het gaat om vrijheidsbeperking. Hij heeft kennis van zaken, stelt zich respectvol, flexibel en tactvol op en beschikt over bepaalde vaardigheden. Tot die vaardigheden behoort ook het weloverwogen omgaan met tegenstrijdige belangen en verplichtingen. Een deskundige cliëntbegeleider staat bewust stil bij het eigen handelen en treedt daarover in discussie met collega's.

Het eerste kwaliteitscriterium betreft deskundigheid. Dit criterium vormt de basis voor de andere kwaliteitscriteria; veel aspecten die hier worden aangestipt komen verderop meer uitvoerig terug. Deskundigheid heeft betrekking op kennis, houding en vaardigheden (4.1). Deskundigheid behelst verder het kunnen omgaan met tegenstrijdige belangen en verplichtingen (4.2). Ten slotte omvat deskundigheid het reflecteren op het eigen handelen en op het bieden van zorg als zodanig (4.3). Aspecten van het kwaliteitscriterium deskundigheid worden hieronder per paragraaf nader toegelicht en onderbouwd vanuit praktijk, ethiek en recht.

4.1 Kennis, houding en vaardigheden

Het eerste aspect van deskundigheid betreft de kennis, houding en vaardigheden van cliëntbegeleiders.

4.1.1 Praktijkvisie

Cliëntbegeleiders in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking moeten kennis hebben van het begrip vrijheidsbeperking en de daarbij behorende begrippen wilsonbekwaamheid en verzet en de betekenis van deze begrippen. Kennis van de Wet Bopz, de Wgbo, de Wet Big en de Kwaliteitswet zorginstellingen is daarom noodzakelijk. Naast kennis van wettelijke kaders, moeten cliëntbegeleiders ook deskundigheid bezitten ten aanzien van de effectiviteit van hun handelen. Wat werkt wel en wat niet?

Kennis betreft meer dan alleen wetenschappelijke inzichten. Cliëntbegeleiders moeten ook inzicht hebben in het gedrag van hun cliënten om hen te kunnen begrijpen en verzet te kunnen duiden. Deze kennis kunnen zij slechts vergaren door een intensief contact en relatie met de cliënt op te bouwen. Door aanwezig te zijn en aandachtig te observeren, te luisteren en in gesprek te gaan met de cliënt en vertegenwoordiger kunnen zij de betekenis van het gedrag van cliënten achterhalen. Een gedragsdeskundige verwoordt dit als volgt:

Dat je je verdiept in de werkelijke behoeftes van een persoon, in zijn voorgeschiedenis, in de trauma's die plaatsvonden en dat je van daaruit gaat kijken of er groei mogelijk is. Je moet de persoon goed willen kennen en je moet je willen verdiepen.

Het verkrijgen van inzicht in de behoeften is niet alleen een kwestie van het bedenken van wat de cliënt nodig heeft. Werkelijke kennis van de behoeften ontstaat pas in het doen. En wanneer cliëntbegeleiders moeite hebben om het gedrag van cliënten te interpreteren, moeten zij anderen raadplegen. Het volgende citaat, van een gedragsdeskundige, ondersteunt dit:

Je legt het beeld wat je hebt van zo'n cliënt uit aan de begeleiders, je geeft aan wat bij het beeld hoort, maar dan ben je er nog niet. Dan moet je het proces volgen. Ik kan wel bedenken hoe ik met de cliënt moet omgaan, maar de praktijk kan anders zijn. Dat bespreek je dan in het team.

Deskundigheid omvat naast kennis een bepaalde houding. De houding van cliëntbegeleiders dient respectvol, flexibel en tactvol te zijn. Een dergelijke houding kan preventief werken ten aanzien van vrijheidsbeperkingen. Omgekeerd kan een 'harde,' weinig flexibele opstelling averechts werken en gedrag uitlokken dat vervolgens vraagt om ingrepen in de vrijheid, zo blijkt uit een citaat van een lid van de klankbordgroep:

Het handelen van de cliëntbegeleider heeft heel veel invloed op hoe de cliënt reageert. Bijvoorbeeld als de cliëntbegeleider geïrriteerd is of slecht geslapen heeft, kan hij bot overkomen. De cliënt reageert daar weer op.

Ook tijdens de uitoefening van vrijheidsbeperkingen doet de houding ertoe. Het maakt uit of de cliëntbegeleider handelt vanuit een zorg voor en gevoel van verbondenheid met de cliënt dan wel vanuit het onder controle willen houden van een situatie, zo illustreert het onderstaande citaat van een cliëntbegeleider:

Het is heel wat anders of ik de deur op slot doe uit gemakzucht – zo van dan hoef ik er niet twintig keer achteraan - of dat ik zeg ik wil er twintig keer achteraan. Dat vind ik een wezenlijk verschil.

Vuistregel: Deskundigheid omvat kennis, houding en vaardigheden.

Actie: Houd je deskundigheid op peil. Ken de achtergronden en het gedrag van cliënten. Schakel anderen in als je het niet weet.

4.1.2 Ethische beschouwing

In de zorgethiek is goede zorg te zien als een antwoord op de zorgvraag van een cliënt. Kennis en inzichten in de zorgvraag van een cliënt moeten in het handelen opgebouwd worden. Ook vanuit de praktijk geeft men aan dat het doen belangrijk is: door het verlenen van zorg leert men wat de cliënt nodig heeft en of de geboden zorg inderdaad als antwoord op de zorgbehoefte wordt ervaren. Zorgverlening is daarmee een *gezamenlijk proces* van het zoeken naar wegen om de situatie leefbaar te maken en te houden in het besef dat antwoorden altijd voorlopig zijn

en dat het definitieve antwoord niet bestaat. Dit proces kan alleen tot een bevredigend einde worden gebracht door de inzet van alle betrokkenen en de bereidheid om open te staan voor elkaanders inbreng (Widdershoven, 2000, p. 141). Dat zorg nooit van geheel van één kant kan komen, wordt ook benadrukt vanuit de praktijk.

Een professionele vaardigheid die relevant is als het gaat om het vaststellen van zorgbehoeften, betreft de vaardigheid van *'hermeneutische competentie'* (Reinders, 1996). Dit is de vaardigheid om de betekenis van het gedrag van de ander te begrijpen. De opgave daarbij is de ander (lees cliënt) te begrijpen zonder dat deze wordt herleid tot wie men zelf is. Dit impliceert dat het begrijpen van de ander, alleen mogelijk is wanneer men zichzelf kent. Daarom is zelfreflectie van belang. Zelfreflectie geeft inzicht in de eigen identiteit en eigenheid, en voorkomt dat een ander daartoe wordt gereduceerd. De fundamentele houding bij de vaardigheid van hermeneutische competentie is *'imaginatieve anticipatie'*, het zich kunnen inleven in de ander (Meininger, 1998). Dat lukt beter wanneer cliëntbegeleiders hun eigen kwetsbare en afhankelijke kanten kennen.

Bij het interpreteren van wat nodig is aan zorg gaat het niet zozeer om wat de ander nodig heeft, maar om de vraag wie de ander is (Meininger, 2002a). *'Wie'* iemand is, is alleen te begrijpen in termen van wie hij of zij *voor jou* is en *voor mij* en voor zijn ouders en familieleden en voor zijn vrienden en vriendinnen. Dat alles is samengebond in de naam waarmee de ander aangeroept wordt. Dat wil zeggen: het begrijpen van de ander en het verstaan van mijzelf zijn ten nauwste met elkaar verweven. Als ik omschrijf wie de ander is, zeg ik tegelijkertijd wie ik voor hem ben of zou willen zijn. Ik zeg dus iets over mijn identiteit en mijn diepste overtuigingen en strevingen. Dit vraagt om een zienswijze en bejegening van de ander waarbij deze niet gereduceerd wordt tot een diagnostisch of therapeutisch object. De ander is een dialogpartner.

Om goede zorg te kunnen geven dient die zorg afgestemd te worden op de behoeften en verwachtingen van de individuele cliënt. Om die specifieke behoeften vast te stellen is het van belang de ander als individu te kennen. Het gaat daarbij, zoals gezegd, niet zozeer om de vraag *wat* de ander aan zorg nodig heeft, maar om te onderkennen *wie* die ander is. Cliëntbegeleiders moeten een beeld krijgen van de identiteit van de cliënt. Deze identiteit komt tot uitdrukking in het levensverhaal. Een levensverhaal is een verslag van iemands' leven, verteld in zijn eigen woorden (Plummer, 2001). Dit is geen afstandelijk verslag maar een poging om het leven te duiden (Ricoeur, 1983). Levenservaringen worden in het verhaal zinvol geordend en geven zo weer richting aan het leven (Widdershoven, 2000, p. 54). Het levensverhaal is altijd gekleurd door de persoonlijke beleving en wat iemand zich herinnert en wil herinneren. Goede zorg impliceert dat cliëntbegeleiders bekend zijn met het levensverhaal van de cliënt. Het levensverhaal vertelt hoe cliënten in de wereld staan. Zo kunnen cliëntbegeleiders cliënten ondersteunen bij het verder ontwikkelen van praktische wijzen van omgaan met de wereld.

Een van de belangrijkste functies van levensverhalen is dat de begeleider de cliënt als persoon (beter) leert kennen. Door zorgvuldig met levensverhalen te werken kunnen tevens belangrijke

aspecten van zorgverlening aan het licht gebracht worden die in de dagelijkse omgang met een cliënt ongeweten worden verwaarloosd en vergeten. Het werken met levensverhalen heeft naast een informatieve functie ook een belangrijke sociaal-maatschappelijke functie. Levensverhalen geven een stem aan mensen met een beperking. Levensverhalen kunnen in maatschappelijk opzicht een emanciperende rol vervullen, onder meer door te dienen als ‘counterstories’, als verhalen die geleefd leven van en met mensen met een verstandelijke beperking schetsen als een leven dat zinvol is en de moeite loont (Meininger, 2003).

Het begrijpen van cliënten en hun levensverhalen vereist bepaalde perceptuele en discursieve vaardigheden (Walker, 1998; Verkerk, 2003). Perceptuele vaardigheden omvatten de kunst van het luisteren en waarnemen en het reageren op het waargenomene. Discursieve vaardigheden hebben betrekking op het kunnen articuleren en beschrijven van wat men ziet en het formuleren van antwoorden die passend zijn.

De ethiek geeft aan dat deskundigheid niet alleen te maken heeft met vaktechnische vaardigheden. Goed hulpverlenerschap omvat ook vertrouwen, verbondenheid, betrokkenheid en aandachtigheid. Volgens Baart (1997) staat in de relatie niet *interventie* maar *presentie* centraal. Zorg is op te vatten als een *morele houding* (Verkerk, 1997) en heeft dus ook te maken met emoties en gevoelens. Hier is het onderscheid tussen ‘zorgen voor’ (*taking care of*) en ‘geven om’ (*caring about*) relevant (Reinders, 2000). ‘Zorgen voor’ heeft vaak een instrumenteel karakter dat overeenkomt met het wegwerken van een probleem, een spanningsbron in de cliënt die zo effectief mogelijk geneutraliseerd moet worden. ‘Geven om’ daarentegen vormt de uitdrukking van een relatie waarin het gaat om het ‘deelhebben aan iemands bestaan voorbij het punt van zijn of haar zorgbehoeften.’ (ibid, p.92-93). Geven om impliceert een wezenlijke interesse in de ander als mens en het opbouwen van een vriendschappelijke relatie.

Het aandachtig en open en betrokken aangaan van zorgrelaties vereist – zoals elke vorm van professionaliteit – een zorgvuldige en precieze disciplineren van de emoties, meer nog: een disciplineren van de persoonlijke grondhouding van de hulpverlener (Meininger, 2002a).

In de praktijk wordt erkend dat mensen met een verstandelijke beperking en hun begeleiders in hun onderlinge relatie wederzijds van elkaar afhankelijk zijn. We roepen het citaat in herinnering dat aangeeft dat een botte opstelling contraproductief kan werken en omgekeerd dat een respectvolle bejegening vaak preventief werkt als het gaat om vrijheidsbeperkingen. Binnen de ethiek wordt dit besef van wederzijdse afhankelijkheden onderbouwd vanuit de gedachte dat cliëntbegeleiders met hun optreden een bepaald gedrag opwekken en dus de mogelijkheid hebben om gedragsproblemen op verschillende wijzen te benaderen (Reinders, 2000 p.120). Gezien de mogelijkheid om het gedrag te beïnvloeden door de eigen opstelling, is het van belang dat cliëntbegeleiders zich bewust zijn van hun eigen houding en de invloed ervan op het gedrag van de cliënt.

4.1.3 Juridische beschouwing

Kennis, houding en vaardigheden vallen alle onder de norm 'goed hulpverlenerschap.' Deze norm is terug te vinden in de Wgbo (artikel 7:453 BW). De strekking van goed hulpverlenerschap is 'dat de hulpverlener die zorg moet betrachten, die een redelijk bekwame vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht,' aldus een passage uit de memorie van toelichting (*Kamerstukken II* 1989/90, 21 561, nr. 3, p. 33.). Deze verplichting geldt ook voor cliëntbegeleiders die werkzaam zijn in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

De wetgever hanteert een brede definitie van goed hulpverlenerschap. In de memorie van toelichting wordt opgemerkt dat 'het goed hulpverlenerschap ruim geïnterpreteerd moet worden; alle normen met betrekking tot behoorlijke hulpverlening vallen er onder.' (*Kamerstukken II* 1990/91, 21 561, nr. 6, p. 60). De invulling ervan wordt overgelaten aan de praktijk, in dit geval de sector voor mensen met een verstandelijke beperking, en de rechtspraak. Goed hulpverlenerschap heeft twee betekenissen. Ten eerste dient de hulpverlener bij de uitoefening van zijn werkzaamheden rekening te houden met de rechten van de cliënt en andere maatschappelijke normen. Het gaat dan niet alleen om rechten die in de Wgbo zijn vastgelegd, maar ook om andere regelgeving zoals de Wet Bopz, de Wet big en de Kwaliteitswet zorginstellingen. Naast wetgeving zijn ook van belang de adviezen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, waaruit een gedragslijn voor cliëntbegeleiders is af te leiden. Ten tweede wordt onder goed hulpverlenerschap verstaan dat een hulpverlener verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen. Hij mag een verzoek van een cliënt en/of een vertegenwoordiger alleen naast zich neerleggen indien hij van mening is dat het bieden van een bepaalde vorm van ondersteuning in strijd is met de zorg van een goede hulpverlener.

De verantwoordelijkheid van cliëntbegeleiders, die ook aan de orde is bij vrijheidsbeperking, is nader uitgewerkt in de professionele standaard waaronder wordt verstaan 'het geheel van regels en normen waarmee een hulpverlener bij het uitoefenen van zijn werkzaamheden rekening behoort te houden' (Legemaate, 1998). Ook cliëntbegeleiders die in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking werkzaam zijn, hebben een eigen professionele standaard, die nader wordt vormgegeven door de beroepsgroep waartoe zij behoren. De professionele standaard van een arts voor mensen met een verstandelijke beperking (AVG) heeft doorgaans een medische insteek. Binnen de beroepsgroep van cliëntbegeleiders ligt het accent meer op het verrichten van niet-medische handelingen. De voornaamste taak van een cliëntbegeleider bestaat uit het ondersteunen van cliënten met een verstandelijke beperking. Deze kerntaak vormt het uitgangspunt voor de verdere invulling van zijn professionele standaard. Een gedeelte daarvan behoort tot de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, het andere gedeelte wordt ingevuld door juridische en maatschappelijke normen (waaronder de Wet Bopz en bijvoorbeeld de kwaliteitscriteria voor vrijheidsbeperking). Regels die afkomstig zijn van de eigen beroepsgroep worden als 'recht van binnen' aangeduid, terwijl 'recht van buiten' doelt op regels die van buiten de beroepsgroep zijn geformuleerd, bijvoorbeeld in wetgeving, door de Inspectie en door instellingsdirecties (Legemaate, 1994).

Een terugkerend dilemma voor cliëntbegeleiders is de reikwijdte van hun verantwoordelijkheden. Waar ligt de grens tussen enerzijds bescherming en anderzijds het vrij laten van cliënten? De professionele standaard van cliëntbegeleiders biedt de ruimte om dit dilemma uit te werken. Het bieden van goede zorg aan cliënten eist niet dat cliëntbegeleiders zich, uit respect voor het zelfbeschikkingsrecht van cliënten, terughoudend opstellen. Van cliëntbegeleiders wordt verwacht dat zij een actieve houding innemen om de mogelijkheden van cliënten te benutten en waar mogelijk ook te vergroten. Dit principe geldt ook als vrijheidsbeperking aan de orde is: vrijheidsbeperking dient de ontplooiing van cliënten niet in de weg te staan (Frederiks, 2004).

Een aspect van deskundigheid is ook of de cliëntbegeleider die een vrijheidsbeperkende maatregel toepast ook bekwaam en bevoegd is om vrijheidsbeperking toe te passen. In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big) is geregeld dat een ieder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg mag verrichten. Deze wet beoogt de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. Een aantal handelingen, de zogenaamde *voorbehouden handelingen*, wordt apart geregeld. Dit zijn handelingen die naar het oordeel van de wetgever een gevaar voor de gezondheid vormen als ze worden verricht door een ondeskundige. Zo is het toedienen van een injectie voorbehouden aan artsen, tandartsen en verloskundigen (artikel 36 lid 5 Wet Big).

Een vrijheidsbeperkende maatregel, bijvoorbeeld fixatie, is volgens de wetgever geen voorbehouden handeling. Dit blijft voorlopig een risicovolle handeling (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002). Het verdient echter aanbeveling om ook voor deze handelingen zorgvuldigheidseisen in acht te nemen. De praktijk laat zien dat in een aantal organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking eisen worden gesteld aan de bekwaamheid van een cliëntbegeleider om deze handelingen te mogen verrichten. Er zijn organisaties waar een cliëntbegeleider pas mag overgaan tot het fixeren of separeren van een cliënt nadat hij in het bezit is van een bekwaamheidsverklaring. Deze geeft aan dat hij zowel theoretisch als praktisch geschoold is om de handeling verantwoord te kunnen verrichten. Een cliëntbegeleider kan niet worden gedwongen om risicovolle handelingen te verrichten. Hij heeft de mogelijkheid om, ook op grond van zijn goed hulpverlenerschap (artikel 7:453 BW), het uitvoeren van bepaalde handelingen te weigeren.

Deskundig zijn is geconcretiseerd in kennis van de wet- en regelgeving. Dit moet na wat zojuist is opgemerkt over recht van binnen en recht van buiten ruim worden opgevat. In de eerste plaats is dit ook een boodschap aan de *opleidingen voor beroepen in de gezondheidszorg*, met name die beroepen die met vrijheidsbeperking te maken hebben. De onderhavige richtlijn kan daarbij goede diensten bewijzen. Om de kennis op peil te houden is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid voor de beroepsbeoefenaren zelf. Maar hier ligt ook een taak voor instellingen en beroepsorganisaties. Met name ook waar het gaat om houdingsaspecten en vaardigheden is 'onderhoud' gewenst: regelmatig dient te worden nagegaan of de kennis en vaardigheden nog up to date zijn en of de hulpverlener in dezen de juiste houding kiest. Vandaar dat onder dit criterium ook kritische reflectie is begrepen. Alleen en samen met anderen. Bij de acties treft men daarom ook het raadplegen van collega's en het bespreken van afwegingen aan. De ac-

tiepunten worden afgesloten met het afleggen van verantwoording en in dat licht terugkijken: het sluitstuk van professionaliteit.

4.2 Omgaan met tegenstrijdige belangen en verplichtingen

Een tweede aspect van het kwaliteitscriterium deskundigheid betreft het weloverwogen omgaan met tegenstrijdige belangen en verplichtingen.

4.2.1 *Praktijkvisie*

Cliëntbegeleiders hebben diverse verplichtingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Zij moeten bijvoorbeeld respect hebben voor de autonomie van een cliënt, maar zij moeten tevens de cliënt tegen gevaar beschermen, diens kwaliteit van leven garanderen en de mede cliënten beschermen. Deze verplichtingen kunnen met elkaar botsen. Goede zorg vereist dat cliëntbegeleiders zich hier van bewust zijn en kunnen omgaan met tegenstrijdige verplichtingen en belangen. Een cliëntbegeleider verwoordt dat als volgt:

Je bent toch de hele dag bezig om afwegingen te maken. Daar ben je je niet altijd bewust van, maar als je zo'n dag doorloopt, dan denk je de hele dag bij jezelf, zou ik nou even dit of dat met jou of zou ik beter wat anders kunnen doen. Zo ben je toch de hele tijd bezig te bepalen wat nou het beste is.

Om wat voor afwegingen het gaat laat het volgende citaat zien. Het is afkomstig van een lid van de klankbordgroep.

Als mensen op een gegeven moment zichzelf heel slecht verzorgen dan worden daar toch met de cliënt individuele afspraken gemaakt en dan kom je toch op een bepaald dilemma. Zo van als een cliënt, we spreken over een man van 65 of 70 die nog nooit onder de douche is geweest, die is van boerenafkomst en heeft nog nooit een douche gehad, wie zijn wij dan om te zeggen dat hij drie keer per week in bad moet of elke ochtend? Dat soort spanningsvelden, dan ontstaan er discussies over de vraag wat is nou de keuze van de cliënt, en waar ligt de grens? En dan krijg je grensoverschrijdend gedrag, want mensen wonen in een groep, waarin ze op een gegeven moment gaan stinken. Ja, hoever mag je gaan? En zover zijn discussies toch wel gevoerd bij ons.

Enerzijds moet een cliëntbegeleider dus respect hebben voor de autonomie van een cliënt (niet willen douchen in bovenstaand voorbeeld), anderzijds dient hij ook oog te hebben voor de vrijheid van anderen (overlast ervaren van een medecliënt die zich niet wil wassen). Het is aan de cliëntbegeleider om in individuele situaties steeds weer afwegingen te maken tussen meerdere belangen en verplichtingen. Die afwegingen zijn dikwijls ingewikkeld en dienen besproken te worden met de cliënt, diens vertegenwoordigers en het team van cliëntbegeleiders, aldus een lid van de klankbordgroep:

Een cliënt stapt op zijn brommer en omdat hij dronken was, hebben we hem tegengehouden. Dat soort zaken. En vervolgens, het hoofd schrijft op wat hij ermee gedaan heeft, en vervolgens staat het op de eerstvolgende agenda van het deskundigenteam. Dan is het spanningsveld laten we hem gaan of laten we hem niet gaan? En dat wordt dan meestal door de bekende driehoek van de relatie met de ouders over gesproken, de cliënt wordt natuurlijk als eerste aangesproken.

Van belang is ook dat geen cliënt en geen situatie hetzelfde is, elke keer moet opnieuw worden bekeken hoe gaan we om met deze cliënt in deze situatie? Individueel kijken, noemt men dat in de praktijk. Ook dat is deskundigheid.

Het ingrijpen in de vrijheid van de cliënt dient onderwerp van overleg te zijn met andere cliënt-begeleiders. De beslissing is 'intersubjectief'. Een lid van de klankbordgroep verwoordt het zo:

Daar heb je ook je beroepsverantwoordelijkheid in om dan soms dingen moet doen die de cliënt niet wil, maar die zijn belangrijk en de zeef die je daarbij zou kunnen gebruiken, noem ik dan de intersubjectieve beoordeling, dat ik dat niet alleen bepaal, maar dat we daar met meerdere mensen overleggen.

Kortom, cliëntbegeleiders handelen deskundig wanneer zij per situatie tegenstrijdige belangen en verplichtingen afwegen. De afwegingen moeten worden besproken met de cliënt en diens vertegenwoordigers en andere cliëntbegeleiders.

Vuistregel: Verplichtingen en belangen kunnen botsen.

Actie: Besef dat belangen en verplichtingen kunnen botsen. Bespreek vooraf afwegingen die je maakt.

4.2.2 *Ethische beschouwing*

In de narratieve ethiek wordt het belang van emoties benadrukt (Nussbaum, 1986). Emoties vormen een belichaming van de waarden die iemand belangrijk vindt. Ethisch handelen is gebaseerd op een natuurlijke, spontane oriëntatie op het goede. Zonder een dergelijk voorbewust streven om het goede te bereiken, is menselijk (samen)leven niet mogelijk. Dit menselijk streven naar het goede is niet blind, maar wordt geleid door emoties en een concreet inzicht in de situatie. Dankzij deze aanwezige gerichtheid op het goede kunnen mensen nadenken over ethische kwesties. Dit ethisch redeneren is altijd concreet. Het gaat steeds om de vraag wat te doen in de situatie waarin men zich op dat moment bevindt. Vanuit het zich betrekken en engageren in die situatie richt men zich op de verheldering van datgene wat men in de situatie als goed en nastrevenswaardig ervaart. Goed hulpverlenerschap vraagt dan ook om inzicht in de context; oog voor de unieke omstandigheden (tijd en plaats), en oog voor de uniciteit van de persoon van de cliënt.

Het is echter niet altijd eenvoudig te weten wat goed is. Dit heeft niet zozeer te maken met het feit dat het goede niet direct inzichtelijk is, maar is veeleer het gevolg van het feit dat men in de concrete situatie met tegengestelde eisen geconfronteerd kan worden. In het leven zijn mensen afhankelijk van geluk. Dat wil zeggen dat een mens niet alles zelf in de hand heeft en niet volledige controle en beheersing heeft over diens leven. Soms ontbreekt het geluk en wordt men getroffen door botte pech en het noodlot. Dan is het eenvoudigweg niet meer mogelijk zonder meer het goede te doen. Dergelijke situaties zijn 'tragisch' (Nussbaum, 1986). Er is sprake van een conflict tussen waarden die niet met elkaar zijn te verzoenen. Nussbaum (1986) geeft als voorbeeld uit een van de Griekse tragedies het offer dat Agamemnon moet brengen. Om Troje veilig te kunnen stellen moet Agamemnon zijn dochter offeren. Dit betekent dat hij gehoor moet geven aan twee tegenstrijdige waarden, namelijk verantwoordelijkheid dragen voor zijn leger en liefde tonen voor zijn dochter. Wat Agamemnon ook doet, hij zal onvermijdelijk zondigen tegen een van deze waarden. Agamemnon kiest ervoor om zijn dochter te offeren. Nussbaum betoogt dat dit hem niet kan worden kwalijk genomen. Wel kan hem verweten worden dat hij zich nauwelijks bewust lijkt te zijn van het feit dat hij een fundamentele waarde schendt doordat hij niet voor zijn dochter kiest. Agamemnons optreden is ethisch gezien problematisch. Niet omdat hij tussen twee kwaden kiest, maar omdat hij dit doet zonder enige wroeging of spijt. Daarmee ontkent hij het tragische karakter van zijn keuze.

Tragische situaties zoals die van Agamemnon zijn niet op te lossen door het maken van rationele afwegingen. Verplichtingen hebben eerst en vooral een emotionele zeggingskracht. Wanneer men in het geval van tegenstrijdige verplichtingen één van beide neutraliseert door te beredeneren dat de andere verplichting meer gewicht heeft, doet men onrecht aan het appèl dat van de verplichting uitgaat. Daarmee wordt, het tragische karakter van het menselijk leven geen recht gedaan (Nussbaum, 1986). Door te beweren dat de keuze voor een van de alternatieven op redelijke gronden de voorkeur verdient boven die voor het andere wordt het ethisch probleem niet open tegemoet getreden, maar wordt het ontkend. Vanuit een ethisch perspectief moet het spanningsvolle karakter van vrijheidsbeperkende maatregelen worden erkend. Het is daarom goed dat er in de praktijk wordt gesproken van dilemma's en spanningsvelden. Deze begrippen geven uitdrukking aan de ambivalenties en emotionele geladenheid van vrijheidsbeperkingen.

4.2.3 Juridische beschouwing

Aan de orde is hier het weloverwogen omgaan met tegenstrijdige belangen en verplichtingen als aspect van het kwaliteitscriterium deskundigheid. Vrijheidsbeperking brengt welhaast per definitie *dilemma's* met zich mee. Kennis van de wetten en regels geeft nog geen garantie dat een cliëntbegeleider in de praktijk van alledag goed kan omgaan met dergelijke tegenstrijdigheden. Van belang is dat per situatie en per cliënt een zorgvuldige afweging van belangen wordt gemaakt.

Met belangenafweging is het recht vertrouwd. Inbreuken op privacy en persoonlijke integriteit dienen te steunen op legitimatie in de wet in formele zin, dat wil zeggen wetten die na advies van de Raad van State de beide kamers der Staten-Generaal zijn gepasseerd en in het Staatsblad

zijn gepubliceerd. Bij deze rechtvaardiging van inbreuken heeft de wetgever al gezorgd voor een basis voor belangenafweging. De Wet Bopz laat dat zien. Om vrijheidsbeperking legitiem toe te passen moet de hulpverlener voldoen aan de voorwaarden die in de wet worden genoemd. Zo is dwangbehandeling gericht op verbetering en genezing van de stoornis waar een cliënt aan lijdt. De Wet Bopz verstaat onder een geestesstoornis ook een 'verstandelijke handicap'. Dwangbehandeling zorgt er niet voor dat de stoornis wordt weggenomen. Wel kan een omgeving worden gecreëerd, waarin de stoornis zich op een zodanig niveau stabiliseert, dat het gevaar wordt weggenomen. Daarnaast is het mogelijk om psychische problemen en gedragsproblemen van een cliënt te verminderen. De afweging die bij de toepassing van dwang wordt gemaakt is dus in feite of het belang van de cliënt ermee wordt gediend. De tegenstrijdigheid zit hem hierin dat veelal een haalbaar belang voor de cliënt niet goed zichtbaar is.

Vanzelfsprekend doet zich het belangenconflict ook voor als niet van een Bopz-situatie sprake is. Ook dan moet een cliëntbegeleider bij de toepassing van dwang rekening houden met de nodige zorgvuldigheidseisen. Voor *dwangbehandeling* is noodzakelijk dat daarin in het ondersteuningsplan is voorzien. Dan heeft afweging van belangen – onder welke omstandigheden mag vrijheid worden beperkt en wordt daarmee het belang van de cliënt gediend? – in feite reeds bij de opstelling van het plan plaatsgevonden. In de theoretische beschouwing is reeds aangegeven dat in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking het gevaarscriterium eigenlijk niet werkt. Het belang moet hier veeleer worden gezocht in de leefbaarheid van het bestaan van de cliënt en zijn mogelijkheden om zich met alle beperkingen te ontwikkelen en te ontplooien.

Van aperte tegenstrijdigheid is sprake als – in Bopz-termen - vrijheidsbeperking nodig is ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. Dwang heeft in dit kader geen enkele therapeutische intentie. Het doel van deze interventie is beveiligen. Het gaat nadrukkelijk om het opheffen van een noodsituatie die is ontstaan. Ook in de zorg voor mensen met een beperking doen zich onvoorzienbare omstandigheden voor. Op zo'n moment zal een voorziening moeten worden getroffen, die niet is vastgelegd in het zorgplan. Een noodsituatie is niet aanwezig als een cliënt alleen maar 'lastig' is in de zin van druk, chaotisch, eisend en dreigend in zijn uitlatingen. Bij cliënten zijn dergelijke situaties doorgaans te voorzien, zodat hiermee in het ondersteuningsplan rekening kan worden gehouden. Het moet nadrukkelijk gaan om situaties die niet te voorzien zijn en daardoor niet in het ondersteuningsplan staan omschreven. En dan dient het nóg om ernstige problemen te gaan die de cliënt veroorzaakt, problemen waarbij men met recht kan spreken van een *noodsituatie*.

In dergelijke gevallen gaat het echt om zware dilemma's. Tegenover de onontkoombare keuze om een vrijheidsbeperkende interventie toe te passen – in de hier aangeduide situaties gaat het dan om forse dwangtoepassing – moeten de mogelijkheden en belangen oprecht worden afgewogen. De vraag is of tijdelijke onderbezetting (in de nacht) wel een valide motief is om vrijheid te beperken. Dan zou de afweging van belangen in het voordeel van de cliënt moeten uitvallen.

De afweging van belangen bergt onmiskenbaar subjectieve elementen in zich. Daarom is hier collegiale raadpleging aan te bevelen. Indien mogelijk dient degene die voor de keuze staat of die voor de besluitvorming verantwoordelijk is de te nemen beslissing tevoren te bespreken in een collegiaal overleg waarin gewoonlijk de zaken betreffende de berokken cliënt worden besproken. Goed duidelijk moet zijn dat de collegae niet de verantwoordelijkheid voor het besluit overnemen of 'mee-delen'. Zij kunnen echter zeer behartenswaardige overwegingen inbrengen en waardevolle adviezen geven. Het voordeel van deze werkwijze is dat degene die voor de keuze of het besluit staat aldus gedwongen wordt om zijn keuze, zijn motieven, zijn beoogde belangenafweging expliciet te maken en onder woorden te brengen. Als de tijd voor dergelijk overleg ontbreekt doet de beslisser er goed aan om een competente collega te raadplegen.

Tot slot: degene die een afweging van belangen maakt of in het licht van tegenstrijdige verplichtingen genoodzaakt is keuzes te maken dient – als dat aan de orde is – zijn beslissing ook jegens de cliënt te kunnen motiveren. De afweging dient aannemelijk gemaakt te kunnen worden. Het expliciet maken en onder woorden brengen van motieven en beslissingen, hetzij individueel ten opzichte van de cliënt hetzij in collegiaal overleg, maakt het gemakkelijker de afweging en de uitkomst daarvan in het dossier de documenteren.

4.3 Reflectie

Een derde aspect van deskundigheid betreft reflectie op het eigen handelen en op de zorg als zodanig.

4.3.1 *Praktijkvisie*

Goed hulpverlenerschap impliceert ook dat cliëntbegeleiders vragen stellen bij wat ze doen, in het bijzonder bij de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Vooral van een persoonlijk begeleider mag verwacht worden dat deze kritisch is over de vrijheidsbeperkende maatregelen die worden toegepast bij een bepaalde cliënt. Zonder meer de afspraken volgen die zijn vastgelegd is niet adequaat. Het is vooral zaak om alert te zijn op onbewust toegepaste vormen van vrijheidsbeperking en vanzelfsprekendheden en gewoontes.

Veel interventies worden onbewust toegepast door cliëntbegeleiders. Het gaat veelal om dingen van alledag zoals het niet mogen smeren van boterhammen, het maken van eenzijdige afspraken over uitgaan of het (verbaal) beïnvloeden van cliënten. Het gaat vaak om weinig opvallende vormen van vrijheidsbeperking. Een persoonlijk begeleider:

Vrijheidsbeperking zit ook in kleine dingen. Ik leg af en toe bij een cliënt mijn been over zijn benen om te voorkomen dat hij tijdens het koffiedrinken voortdurend opstaat. De cliënt krijgt hierdoor meer rust. In feite is het wel een vrijheidsbeperkende maatregel. Wij benoemen het echter niet zo.

In de platforms, en ook in de klankbordgroep, wordt opgemerkt dat in de dagelijkse zorgverlening meer aandacht moet worden besteed aan de bewustwording van cliëntbegeleiders. Een gedragsdeskundige signaleert:

In teams weet men vaak niet meer waarom een cliënt met zijn deur op slot slaapt. Tijdens een overleg staat niet centraal waarom bepaalde dingen gebeuren. Deze bewustwording ontbreekt veelal.

Vuistregel: Vrijheidsbeperking betreft niet enkel bewuste interventies. Juist onbewust toegepaste maatregelen moeten kritisch bekeken worden.

Actie: Wees kritisch op onbewuste toegepaste (en vaak weinig opvallende) maatregelen.

Reflectie op en stilstaan bij het eigen handelen is echter niet voldoende. Ook teams moeten met elkaar in gesprek komen over vrijheidsbeperkende maatregelen. Een lid van de klankbordgroep:

Zelfreflectie moet niet alleen door de individuele begeleiders gebeuren, maar moet ook op teamniveau plaatsvinden.

Een onderdeel van reflecteren is dus dat cliëntbegeleiders overleg plegen met collega's. Voorafgaand aan de toepassing van de maatregel, maar ook achteraf. Goed hulpverlenerschap betekent ook dat incidenten met collega's worden nabesproken liefst zo snel mogelijk nadat het incident zich voordeed. Ook meer langdurige toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen vragen om reflectie en discussie. Ook het werken met relatieve buitenstaanders, zoals stagiaires, kan de reflectie bevorderen. Een begeleider zegt:

Ik vind ook altijd als een stagiaire meewerkt, dat ik zelf me dan heel erg bewust wordt van mijn eigen handelen. Ik probeer een stagiaire duidelijk te maken dat zij zich moet inleven door na te gaan hoe zij zelf graag behandeld zou willen worden. Door dat soort opmerkingen ga je zelf ook weer extra opletten.

Vuistregel: Een onderdeel van reflecteren is dat je overleg pleegt met anderen.

Actie: Denk achteraf na over je handelen en bespreek incidenten met anderen zoals een gedragsdeskundige en/of arts.

4.3.2 *Ethische beschouwing*

Een goede cliëntbegeleider is een reflectieve cliëntbegeleider. Bij zelfreflectie gaat het om zelfinzicht in wat het werk met henzelf als cliëntbegeleiders doet. Zelfreflectie gaat ook om inzicht

in wat het werk voor de zorg op zich betekent. Wie zorgt, moet over zorg nadenken. Zorg als morele houding vraagt om een 'zorg om/voor zorg' (Maeckelberghe, 2004).

Zelfreflectie draagt bij aan het vermijden van een paternalistische houding ('ik weet wat goed is voor jou'). Reflecteren op het eigen handelen stimuleert het stellen van kritische vragen ten aanzien van vanzelfsprekendheden, gewoontes en routines. Het kritisch bevragen van het eigen handelen is van belang omdat beslissingen rond vrijheidsbeperkingen altijd negatieve consequenties hebben (zie: 4.2.2). Gevoelens van twijfel en schuld die horen bij de negatieve kant van een genomen beslissing moeten geuit worden (Widdershoven en Berghmans, 2005, p. 47-48). Vrijheidsbeperkingen mogen daarom nooit worden toegepast omdat het nu eenmaal moet, zonder verdere bedenkingen en twijfels. Dat is ook de reden waarom cliëntbegeleiders sceptisch moeten staan tegenover gewoontes, vanzelfsprekendheden en routinematige handelingen; in die gevallen is er immers geen sprake van twijfel. Reflectie stimuleert het stellen van kritische vragen en laat twijfels toe.

Reflectie betekent ook de zorg zien in een bredere context: erkennen dat zorg niet enkel door individuen, maar eveneens door structuren of maatschappelijke arrangementen wordt bepaald. Cliëntbegeleiders maken onderdeel uit van een systeem en nemen vaak onbedoeld gedrag over. Cliënten reageren ook de omgeving waarin zij leven en verblijven, en soms is het zorgsysteem met vrijheidsbeperkingen de oorzaak van bedreigend of zelfverwondend gedrag. Het gedrag waarvoor middels vrijheidsbeperkende maatregelen een oplossing wordt gezocht is in dat geval geïnduceerd door de vrijheidsbeperkingen die eigen zijn aan het zorgsysteem. De vrijheidsbeperkende interventie is dan 'meer van hetzelfde'. Ze lost in die situatie niets op en leidt daarentegen geregeld tot een vicieuze cirkel van geweld en tegengeweld. Door reflectie kan er ruimte ontstaan om een vrijheidsbeperking, behalve als bescherming tegen gevaar, soms op te vatten als een van de mogelijke antwoorden op de vraag wat goede zorg is en op de vraag hoe zorgverleners hun professionele verantwoordelijkheid gestalte kunnen geven (Meininger, 2002b).

Transparantie is onderdeel van reflectie. Transparantie betekent zicht verlenen op en het bespreken van het gedrag met andere collega's. Dit is niet eigen aan professionals die prijs stellen op hun professionele autonomie. Zij zijn geneigd om zich niet te bemoeien met collega's vanuit de gedachte dat zij zelf dan ook niet bekritiseerd kunnen worden. Voorts geldt dat kritiek van anderen (collega's en cliënten) vaak niet wordt omgezet in aanpassingen en verbeteringen. In de literatuur over professionele organisaties spreekt men in dit verband over de strategieën van defensieve vermijding en non-interventie (Moen en Abma, 1992; Abma, 2005). Echter in kritische samenspraak met elkaar en cliënten kunnen en moeten cliëntbegeleiders hun vaardigheden verder ontwikkelen, waaronder de hermeneutische competentie (Meininger, 2002a). Moreel beraad (zie criterium randvoorwaarden) is eveneens een belangrijke basis voor reflectie, deskundigheidsbevordering en scholing.

4.3.3 Juridische beschouwing

Een laatste element van deskundigheid is reflectie op het eigen handelen. In het voorgaande

aspect, goed kunnen omgaan met afweging van (tegenstrijdige) belangen en dito verplichtingen, zaten al duidelijke kenmerken van reflectie besloten: spiegelen met de cliënt, diens vertegenwoordiger, een collega of inbreng in collegiaal overleg.

Vanuit juridisch oogpunt betekent reflectie weloverwogen en kritisch handelen. Het is te beschouwen als een aspect van professionaliteit. 'Bezint eer ge begint' en stem reflectieve overwegingen ook af op die van anderen die direct bij de zorg en begeleiding zijn betrokken. Reflectie is een onderdeel van deskundigheid van de hulpverlener en van de cliëntbegeleider. Juist bij vrijheidsbeperking is reflectie een belangrijk aspect van het handelen. Het verplicht de begeleider om vooraf stil te staan bij de situatie die zich voordoet en na te denken over de noodzaak om vrijheidsbeperking toe te passen. Als men zoekt naar de juridische grondslag voor dit handelen komt men wederom uit bij het 'goed hulpverlenerschap'. Deze open norm leent zich er bij uitstek voor om van binnen uit het beroep en afgestemd op de zorgsetting te worden ingevuld en gepreciseerd. Bij de uitwerking van de verschillende criteria hierna zal dat eens te meer duidelijk worden. Voor alle ingrijpende handelingsmomenten zijn ogenblikken van reflectie in gebouwd. In die zin is reflectie ook een nadere concretisering van zorgvuldigheid en professionaliteit.

Een dimensie van reflectie is, zoals al aangegeven, ook afstemming op overwegingen van anderen. De eigen overwegingen krijgen meer reliëf als ze zijn gespiegeld met die van anderen, vooral diegenen die ook nauw bij de zorg en begeleiding zijn betrokken. 'Reflecteren' is letterlijk weerspiegelen: weerspiegelen op eigen kracht, aan de hand van eigen beschouwing en 'in reflectie op' overwegingen van anderen.

De functie van reflectie is om automatismen, vanzelfsprekendheden te voorkomen en zo zelf het handelen beter te kunnen motiveren en onderbouwen. Ook dat laatste is een juridische dimensie: het steeds deugdelijk kunnen verantwoorden wat men doet en waarom men het doet. Het goed benutten van reflectiemomenten betekent dat men dan het handelen beter zal kunnen motiveren. Dat pleit ervoor dat men reflectie als stap in het proces van deskundigheid ook vastlegt. Men moet in schriftelijke (dossier)aantekeningen kunnen (laten) zien hoe en wanneer reflectie heeft plaatsgevonden en wat daarvan de opbrengst is, zowel in termen van individuele overwegingen als van spiegeling met de overwegingen van anderen.

Hoofdstuk 5. *Communicatie over vrijheidsbeperking*

Communicatie over vrijheidsbeperking is belangrijk. Communicatie over vrijheidsbeperking betekent dat cliëntbegeleiders de cliënt actief in het overleg betrekken. Het gaat daarbij vooral om luisteren en interpreteren van wat de ander wil. Cliëntbegeleiders moeten specifieke aandacht schenken aan het begrijpen van verzet of instemming.

Dit kwaliteitscriterium gaat over de communicatie inzake vrijheidsbeperking. Een aspect hiervan vormt de communicatie met betrokkenen (5.1). Communicatie is niet eenvoudig. Het gaat niet alleen om praten, maar ook om luisteren en open staan voor wat de ander wil (5.2). Het duiden van verzet (of de afwezigheid ervan) kan cliëntbegeleiders voor lastige problemen plaatsen (5.3). De toepassing van het criterium communicatie in de praktijk vergt daarom specifieke aandacht voor deze kwestie.

5.1 Communicatie met betrokkenen

Communicatie met betrokkenen over vrijheidsbeperking is het eerste aspect van het kwaliteitscriterium dat hier wordt behandeld.

5.1.1 *Praktijkvisie*

Een probleem dat door veel mensen in het veld wordt gesignaleerd is gebrekkige communicatie over vrijheidsbeperking. Een gedragsdeskundige zegt:

Eigenlijk moeten we er naartoe, denk ik, dat we in ieder geval met elkaar de discussie aangaan. Waar zijn we, op cliëntniveau, mee bezig, en is dat nog wel de orde? Kan dat nog zo? Weten we nog waarom dingen zo zijn? En dat zouden we ook moeten laten merken.

Vaak wordt vrijheidsbeperking als gewoon beschouwd. Er wordt niet meer over gesproken. Een arts merkt op:

Waar ik wel eens moeite mee heb, is dat mensen als automatisme altijd in de Zweedse band liggen 's nachts. En dan kom je op groepen en dan vraag je van joh, gebeurt dat? 'Ja, dat doen we al jaren.' Uit een soort van automatisme.

Goede zorg rondom vrijheidsbeperking vereist dat men met elkaar bespreekt of bepaalde beperkingen wel nodig zijn. Zo'n gesprek zou zich niet moeten beperken tot de cliëntbegeleiders onderling. Ook de cliënt dient erin te worden betrokken. Een gedragsdeskundige levert kritiek op de gangbare wijze van besluitvorming over vrijheidsbeperking:

Wat mij ook op valt is dat onvoldoende in samenspraak met cliënten wordt beslist.

Een gesprek kan overigens tot de conclusie leiden dat een beperking vanuit het oogpunt van goede zorg en in het belang van de cliënt te rechtvaardigen valt, ondanks het ontbreken van harde juridische criteria. Zo merkt een arts op:

Op een gegeven moment was erover gesproken. We stelden vast eigenlijk kan dit helemaal niet en mag dit helemaal niet, maar hij vond het niet erg als zijn kamer 's avonds op slot ging. Toen hadden we afgesproken, we doen je kamer 's avonds op slot. Hij was licht verstandelijk gehandicapt, hij kon daar enigszins in toestemmen. Je kon redelijk met hem praten als je zei: we doen die kamerdeur 's nachts op slot, anders ga je lopen, dat vond hij goed, had ie geen problemen mee. En thuis ging het dus achteraf ook zo, dat zijn kamerdeur op slot zat.

Overleg kan ertoe leiden dat betrokkenen beter begrijpen waarom een maatregel wordt toegepast, en er daarom minder moeite mee hebben. Dat voorkomt vaak latere escalatie. Een arts zegt:

Mensen zijn heel huiverig om bijvoorbeeld de deur dicht te doen of een kast af te sluiten. Ik denk dat, als je dat met zo'n cliënt overlegt en hij de argumentatie daarvoor te horen krijgt, dan kan het best meevallen. Ik vind het een interessante vraag hoe je daar mee om zou moeten gaan.

Vuistregel: Goede zorg rondom vrijheidsbeperking vereist dat betrokkenen met elkaar bespreken waarom en of bepaalde beperkingen wel nodig zijn.

Actie: Maak vrijheidsbeperkende maatregelen bespreekbaar. Betrek de cliënt hier actief bij.

5.1.2 Ethische beschouwing

Binnen de hermeneutische ethiek staat de dialoog tussen zorgverlener en zorgontvanger centraal. Een dialoog wordt gezien als de confrontatie tussen verschillende perspectieven, zodanig dat er ruimte ontstaat voor de ontwikkeling van een nieuw, breder perspectief. Een goede dialoog vereist het luisteren naar en zich opstellen voor elkaar. In een dialoog wordt de uiting van de ander niet geduid als een verkeerd of ander perspectief, maar als een perspectief waarvan men wat kan leren. Het perspectief van de ander heeft betekenis voor het eigen perspectief zonder overigens de eigen visie meteen op te geven en de andere visie klakkeloos over te nemen. De hermeneutiek leert dat mensen altijd op situaties reageren vanuit bepaalde vooroordelen. Deze zijn niet negatief. In de confrontatie met de ander kan blijken dat deze vooroordelen niet juist zijn. Dat vereist echter wel dat men bereid is om open te staan voor wat de ander te zeggen heeft en om de eigen vooroordelen aan te passen als dat nodig is.

In een goede dialoog ontwikkelt zich een perspectief dat niet te herleiden valt tot de bestaande perspectieven van de partijen. Er doemt als het ware een nieuwe, ruimere horizon op door de versmelting van de bestaande perspectieven. Beide partijen veranderen (zowel hun standpunt als identiteit) in de interactie met elkaar. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Twee kinderen spelen met elkaar. Het meisje wil buurman en buurvrouw spelen. Het jongetje wil piraatje spelen. In plaats van eerst het ene spel en daarna het andere spel te spelen (de oplossing van het jongentje), stelt het meisje een nieuw spel voor, het piraatje-van-hiernaast spel. In dat laatste spel zijn beide oplossingen versmolten tot een nieuw spel. Zo kunnen ook cliëntbegeleiders en cliënten met elkaar communiceren door elkaars perspectieven te verdisconteren in nieuwe oplossingen.

In de zorgethiek wordt communicatie beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor goede zorg. Communicatie is daarbij meer dan informatie verstrekken. In de communicatieve ethiek staan overleg en onderhandeling tussen cliënt, familie en cliëntbegeleiders centraal (Moody, 1992). Overleg en onderhandeling impliceren het in samenspraak komen tot beslissingen. In dat geval is de cliëntbegeleider geen 'expert' die louter informatie verstrekt, maar een partner die probeert om de betrokkenen te motiveren om samen te werken op basis van overeenstemming. Uitgangspunt is dat niet objectief vaststaat wat in de gegeven situatie goed is en dat dit alleen ontdekt kan worden door verschillende gezichtspunten met elkaar te confronteren. Dit betekent dat de partijen in het onderhandelen verwickeld raken in een gezamenlijk leerproces.

De communicatieve ethiek past bij het door Emanuel en Emanuel (1992) beschreven *deliberatieve model* van de arts – patiënt relatie. Het *deliberatieve model* onderscheidt zich van het *paternalistische, informatieve en interpretatieve model* van de arts- patiënt relatie. In het *paternalistische model* treedt de arts op als leidsman die weet wat goed is voor de patiënt. De arts reikt oplossingen aan en besluit voor de patiënt. In plaats van een dialoog aan te gaan met de patiënt, zal de arts de situatie verklaren vanuit diens eigen professionele perspectief. In het *informatieve model* treedt de arts op als expert en informatieverstrekker. De patiënt is een consument die besluiten neemt op grond van informatie vertrekt door de arts. Het begrijpen en in dialoog treden met elkaar is ook in dit model niet relevant. In het derde, *interpretatieve model* treedt de arts op als adviseur. De arts zal de situatie voor de patiënt duiden en verhelderen vanuit de gedachte dat de patiënt moeite heeft om de waarden die in het geding zijn te herkennen. In het *deliberatieve model* wordt er vanuit gegaan dat de waarden van de patiënt niet altijd duidelijk zijn en vastliggen. De arts (lees cliëntbegeleider) werkt samen met de patiënt (lees cliënt) om diens doelen, aspiraties en karakter in kaart te brengen. Naast het verhelderen van waarden vindt een dialoog plaats over waarden waardoor deze kunnen verschuiven en veranderen. De arts treedt in dit model op als een leraar die de patiënt helpt bij het duiden van een situatie.

Samenvattend is communicatie over vrijheidsbeperking vanuit de ethiek een kwestie van dialoog: botsende vooroordelen motiveren partijen (cliënt, cliëntbegeleiders en familie) om elkaars

perspectieven te verkennen en in gezamenlijkheid ontwikkelt zich een nieuw, ruimer perspectief dat de bestaande overstijgt. Luisteren en zich openstellen zijn hierbij de centrale deugden.

5.1.3 Juridische beschouwing

Het recht gewaagt van individuele gezondheidszorg en van een hulpverlenings- of zorgrelatie. De basis daarvan is communicatie. De hierboven besproken aspecten van communicatie zijn met het recht te associëren of juridisch te onderbouwen (Van Wijmen, 1996). De juridische vertaling van de relatie in een contract onderstreept nog eens dat hier in juridische zin van communicatie sprake is. Het gaat om een wederkerige overeenkomst, hetgeen betekent dat partijen over en weer rechten en verplichtingen jegens elkaar hebben. De algemene eisen voor een geldig contract zijn dat over de inhoud en consequenties daarvan wilsbekwaam en in vrijheid (zonder morele dwang of drang, zonder misleiding) wordt gecommuniceerd.

In de Wgbo wordt deze algemene eis verbijzonderd in de vrij uitvoerig geregelde bepalingen betreffende informatie en toestemming. In de Wgbo (en ook de Wet Bopz) geldt het uitgangspunt dat in beginsel altijd toestemming moet worden gevraagd aan de cliënt, dan wel de vertegenwoordiger. Deze toestemming is gebaseerd op informatie over datgene waarover van de cliënt een beslissing wordt gevraagd. De informatie moet worden aangepast aan het niveau van de cliënt. Het gaat dan uiteraard niet alleen om het intellectuele, maar evenzeer om het sociaal-emotionele niveau van de cliënt. Dit vereist deskundigheid van cliëntbegeleiders.

Pas als een cliëntbegeleider van mening is dat een cliënt echt niet begrijpt waar hij over moet beslissen, komt de vertegenwoordiger in beeld. Ook dan nog moet de cliënt op grond van diverse regelingen (mentorschap, curatele, Wgbo en Wet Bopz) zoveel mogelijk bij de beslissing worden betrokken.

Communicatie vergt in de sfeer van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking het gebruik van aangepaste middelen. Tot de professionaliteit van de cliëntbegeleider hoort om afgestemd op het begripsniveau van een specifieke cliënt te communiceren. De gulden regel dat de hulpverlener zich ervan vergewist dat de patiënt zijn boodschap begrepen heeft is hier onverkort van toepassing.

5.2 Luisteren

Luisteren is een aspect van communicatie dat nadrukkelijk aandacht verdient, omdat het gedrag van cliënten niet altijd gemakkelijk is om te duiden.

5.2.1 Praktijkvisie

Bij communicatie als kwaliteitscriterium is niet alleen van belang dat er wordt gecommuniceerd, maar ook hoe dat gebeurt. Communicatie is niet eenvoudig. Het gaat niet alleen om spreken, maar ook en vooral om luisteren. De vraag is steeds: wat heeft de ander (een cliënt, een vertegenwoordiger, een collega) te zeggen? Een cliëntbegeleider beschrijft dit als volgt:

Begrijpen wat de cliënt precies bedoeld is altijd lastig. Maar ik probeer altijd te laten zien dat ik in ieder geval moeite doe om hem te begrijpen en ik zeg ook letterlijk: 'Vertel het maar.' En dat lukt lang niet altijd. Maar die ene keer dat het wel lukt, is een win-win-situatie. En met win-win bedoel ik voor hem en voor mij.

Vuistregel: Bij communicatie is luisteren van groot belang.

Actie: Luister actief naar de cliënt, vertegenwoordiger en collega.

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen niet altijd alles in woorden zeggen, maar 'spreken' wel vaak in hun gedrag. Goed luisteren omvat ook een ontvankelijke opstelling van de cliëntbegeleider (open staan) om die non-verbale signalen te kunnen zien. Dus observeren en zien wat de cliënt zegt met zijn gedrag is ook belangrijk.

Vuistregel: Luisteren betekent ook open staan: het zien wat de cliënt zegt met zijn gedrag.

Actie: Stel je open voor de cliënt. Observeer om te zien wat de cliënt zegt met zijn gedrag.

Communicatie moet afgestemd worden op de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt. Een leidinggevende merkt op:

Bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking is de situatie heel anders dan bij cliënten met een ernstige verstandelijke beperking. Bij een lichte verstandelijke beperking is de cliënt nog mondig en kan hij een grotere verantwoordelijkheid dragen. Dan snapt hij ook de uitleg achter de maatregel, het waarom.

Overigens gaat het hier niet alleen om intellectueel functioneren. Ook de sociaal-emotionele en specifieke beperkingen zoals autisme of depressie kunnen een rol spelen. Een arts merkt op:

Als je goed luistert naar wat de cliënt wil, ook al kan hij het niet zeggen, dan zit daar vaak nog een boodschap onder. Iemand met autisme kan vaak niet zeggen wat hij wil, dus je zult op zoek gaan met die persoon, wat kan wel, wat kan niet?

Vuistregel: Communicatie moet afgestemd worden op de beperkingen van de cliënt.

Actie: Stem de communicatie af op de verstandelijke en sociaal-emotionele, en op de specifieke beperkingen van de cliënt.

5.2.2 Ethische beschouwing

In de hermeneutisch-dialogische ethiek wordt veel waarde gehecht aan luisteren als onderdeel van het gesprek. Een dialoog vereist dat men open staat voor wat de ander te zeggen heeft. Men moet bereid zijn de eigen visie op zorg ter discussie te stellen. Alleen als men erkent dat de ander wellicht beter weet wat goed is, kan men ook een werkelijk gesprek aangaan. Luisteren wil overigens niet zeggen dat men zonder meer gehoorzaamt aan wat de ander zegt. Iemand die slaafs volgt, is niet horend, maar horig (Gadamer, 1960). Luisteren impliceert een kritische houding. Een cliëntbegeleider die alleen doet wat de cliënt vraagt, is er niet op uit echt te begrijpen wat de cliënt zegt.

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking beperkt een deliberatieve dialoog zich niet tot een rationeel verbale argumentatie, maar omvat deze ook *nonverbale* uitingen (gedrag) (Reinders, 2000; Van Hooren et al., 2002). Door nauwkeurige waarneming en met de noodzakelijke aandacht en open staan voor hun dikwijls 'ongecodeerde' signalen kan men ook mensen met ernstige beperkingen tot hun recht laten komen. Een respectvolle bejegening behoort in beginsel uit te gaan van hun wilsuitingen. Hierbij dient vermeden te worden dat men in stereotypen verstrikt raakt. De kans daarop kan groter worden naarmate men vertrouwder is met een cliënt en naarmate de band hechter is. In een stereotype beeldvorming is een persoon iemand die altijd zus of zo doet. In dat geval wordt de levende persoon niet meer onderscheiden van het beeld dat de omgeving van hem heeft. Om dit te voorkomen dient men open te staan voor de ander: zo betrokken zijn en zich tegelijkertijd zo gedistantieerd kunnen opstellen dat goed kijken en luisteren telkens opnieuw mogelijk is.

Vanuit ethisch perspectief betekent communicatie rekening houden met het gezichtspunt van de ander. Dat kan ook door het stilzwijgend tonen van aandacht en lichamelijk reageren op de manier waarop de ander zich gedraagt. Communicatie beoogt het gezichtspunt van de ander te verdisconteren en eventueel te veranderen. Dat kan door het aanbieden van andere handelingsmogelijkheden. Stimulering en overtuiging zijn niet louter verbale activiteiten. In de zorg is communicatie primair een kwestie van samen handelen en lichamelijk contact (Widdershoven, 2000, p.123).

5.2.3 Juridische beschouwing

Luisteren is uit juridisch oogpunt de basis voor communicatie. Luisteren is voor die communicatie heel belangrijk, omdat een goede luisterende houding een open staan symboliseert voor de signalen en boodschappen van de cliënt. Luisteren is dan ook de basis voor wederzijds vertrouwen.

Luisteren is de sleutel voor informatieverkrijging en informatieverstrekking, twee vitale onderdelen van het informed-consent proces. Zonder behoorlijk luisteren kan de cliëntbegeleider niet voldoen aan zijn verplichting om de cliënt tijdig en op begrijpelijke wijze te informeren over datgene wat hij in het kader van de behandeling wil gaan doen. Om adequate voorstellen te formuleren zal de cliëntbegeleider *eerst* moeten weten wat er aan de hand is. Hij zal daarbij, indien enigszins mogelijk, ruim baan geven aan de visie en de opvatting van de betrokkene.

Hij zal dus de neiging moeten onderdrukken om te volstaan met de rapportage van andere stafleden of van omstanders betreffende gedragingen van de cliënt.

Luisteren is niet alleen horen wat de cliënt te *zeggen* heeft. Luisteren heeft ook een *overdrachtelijke* betekenis, zou men kunnen zeggen. Luisteren betekent in dat opzicht ook *kijken* en *voelen* wat de cliënt aan boodschappen wil uitstralen. Luisteren is dus ook de *lichaamstaal* van de cliënt *verstaan*.

Luisteren is in de communicatie met de cliënt het initiatief nemen om de cliënt aan het woord te laten en hem in zekere zin ook het laatste woord geven. Informed consent resulteert immers in toestemming van de cliënt. Bij vrijheidsbeperking klinkt dit misschien wat wonderlijk: het wezen van vrijheidsbeperking is immers dat men *zonder instemming van de betrokkene* noodzaak is om een maatregel te nemen die de vrijheid van die cliënt beperkt. In de eerste plaats betekent vrijheidsbeperking niet altijd dat deze zonder instemming van de cliënt plaatsvindt; hij kan er ook onder specifieke omstandigheden het belang van inzien. In de tweede plaats betekent het gegeven dat vrijheidsbeperking veelal tegen de wil van de betrokkene plaatsvindt niet dat men niet moet proberen de gebruikelijke informed-consent procedure te doorlopen. Als de cliënt daardoor tot het inzicht komt dat het onontkoombaar is om de maatregel te ondergaan en hij instemt, kan dat het vrijheidsbeperkende karakter aan de maatregel ontnemen.

5.3 Duiden van en omgaan met verzet

Een derde aspect van het kwaliteitscriterium communicatie is het duiden en omgaan met verzet. De aandacht voor verzet (of de afwezigheid daarvan) is van belang omdat verzet vaak moeilijk is te duiden.

5.3.1 *Praktijkvisie*

Het is niet altijd eenvoudig om het gedrag van een cliënt te begrijpen. Dat geldt bij voorbeeld bij verzet. Een lid van de klankbordgroep zegt:

Vaak is de grond van het verzet - waarom een cliënt zich verzet - moeilijk in te schatten. Weigert de cliënt de pudding omdat de smaak niet goed is (dat hij liever een andere smaak wenst) of wordt de pudding geweigerd als reactie op iets vervelends dat die ochtend is voorgevallen

Ook instemming is niet altijd vanzelfsprekend. Wanneer is sprake van echte instemming? Een gedragsdeskundige zegt:

Instemming binnen onze zorg is een relatief begrip. Een groot gedeelte van onze cliënten heeft geleerd door de jaren heen dat verwerpen geen effect heeft. Je kunt er wel tegenin gaan, maar uiteindelijk gebeurt het toch.

Rondom verzet en instemming gaat het niet alleen om de vraag of iemand ‘ja’ of ‘nee’ zegt. Het is zaak om in interactie met de cliënt te onderzoeken wat deze wel en niet wil. Daarbij kan aanvankelijk verzet veranderen in medewerking (en omgekeerd). Een arts zegt:

Iemand wil niet naar dagbesteding en wij willen dat wel omdat je denkt dat het voor die persoon goed is. Dagbesteding biedt structuur, voorkomt vereenzaming, dus dan gaan wij tegen de wil van de cliënt in. Je gaat dan met de cliënt praten, je gaat samenwerken met betrokkenen op de woonvorm om iemand toch te bewegen tot dagbesteding.

Vuistregel: Rondom verzet en instemming gaat het niet alleen om de vraag of iemand ‘ja’ of ‘nee’ zegt.

Actie: Stel vragen aan de cliënt die instemt met interventie of verzet pleegt. Ken de uitingsvormen van verzet.

5.3.2 Ethische beschouwing

Vanuit de communicatieve ethiek is verzet niet per se negatief. Wanneer iemand niet instemt, kan dit aanleiding zijn tot reflectie op het aanbod. Verzet roept de vraag op of het voorstel dat men doet wel adequaat is en past bij de cliënt. Een positieve visie op verzet houdt in dat men dit niet te snel moet ‘overrulen’. Er zijn ook andere manieren van omgaan worden met verzet (Moody, 1992). Als een cliënt niet meewerkt, dient allereerst bezien te worden of de situatie kan worden aangepast aan de cliënt (belangenbehartiging). Vervolgens kan gekeken worden of er specifieke belemmeringen zijn bij de cliënt, die mogelijk weggenomen kunnen worden (empowerment). In de derde plaats kan de cliëntbegeleider proberen de cliënt te overreden. Ten slotte kan hij de beslissing overnemen. Steeds gaat het erom het gedrag te duiden en eventueel te veranderen. In de communicatieve ethiek is overigens betrekkelijk weinig aandacht voor het door betrokkenen geconstateerde verschijnsel van aangeleerde instemming. Op dit punt kan deze ethiek verder worden uitgewerkt, bij voorbeeld door belangenbehartiging en empowerment niet alleen in te zetten wanneer de cliënt zich verzet, maar ook bij (te sterke) meegaandheid.

De eerder onder 5.1.2 besproken modellen van de arts-patiënt relatie kunnen hier ook een licht op deze thematiek werpen. Vanuit het interpretatieve model kan de vraag gesteld worden wat de belangrijkste waarde is voor de cliënt. Wil hij iets bijvoorbeeld terecht of alleen uit gewenning of angst? Cliëntbegeleiders zouden de cliënt moeten bijstaan bij het verhelderen van de meest belangrijke waarden. Zij nemen zelf geen standpunt in. Vanuit het deliberatieve model kan men ook kritische vragen stellen als de cliënt bewust voor instemming kiest. Naast het verhelderen van achterliggende redenen voor instemming (is de cliënt het werkelijk eens met de interventie of is er sprake van gewenning of gemakzucht) vindt discussie en overleg plaats met de cliënt. Cliëntbegeleiders kunnen hun eigen standpunt hierbij naar voren brengen en bijvoorbeeld andere oplossingen aandragen en vergelijken met het perspectief van de cliënt.

5.3.3 Juridische beschouwing

Als het gaat om de complexiteit van de communicatie is verzet een belangrijk juridisch thema. Verzet wordt vastgesteld door de cliëntbegeleider (dit kan zijn een arts, maar in veel gevallen ook een persoonlijk begeleider), eventueel in overleg met collega's. Als deze het verzet negeert, is niet sprake van dwangbehandeling in juridische zin en lijkt het alsof er geen vrijheidsbeperking meer aan de orde is. Gezien de boven geformuleerde problemen rondom het interpreteren van verzet (en van instemming) is nadere reflectie op de wet en de toepassing ervan op zijn plaats. Een aanvullende eis kan zijn dat bij elke cliënt duidelijk in het ondersteuningsplan moet worden vastgelegd op welke wijze hij verzet aangeeft en communiceert met zijn omgeving.

Verzet kan de vorm aannemen van zich duidelijk verzetten tegen een voorgenomen maatregel. In de communicatie betekent dit dat de cliënt (verbaal) te kennen geeft een bepaalde maatregel niet te willen, af te wijzen, onprettig te vinden of wat dies meer zij. In die zin is de *aankondiging van een weigering* al een vorm van verzet. De cliënt kan daarbij allerlei stemmingen aan de dag leggen: hij kan in redelijke bewoordingen aangeven iets af te wijzen, maar hij kan dat ook in een heftigere vorm kenbaar maken. Weigering, een vorm van verzet, kan met andere woorden, in de vorm worden gegoten van een hoffelijke mededelingen dat men het met een bepaalde maatregel niet eens is, maar kan – als ander uiterste – ook in een zeer agressieve vorm worden gebracht. Aan het wezen van het verzet doet dat niet af.

Verzet is nog net zo valide als het als protest wordt aangetekend tegen de feitelijke *uitvoering* van een bepaalde handeling of maatregel. Dit is een gangbare vorm van verzet: de cliënt verzet zich tegen afzondering, fixatie, afsluiting van de afdeling, plaatsing in een stoel waar hij niet zelfstandig uit kan. Dat kan met woorden gepaard gaan, maar zich ook in louter fysieke vorm uiten.

De vraag is of als verzet moet worden aangemerkt dat de cliënt niet een paalde (beoogde) maatregel niet expliciet (met zoveel woorden) afwijst, maar met nadruk een alternatief ter sprake brengt. Met andere woorden tot uitdrukking brengt iets anders te willen. Het zal van de omstandigheden afhangen of dat als verzet moet worden geduid. Het is aan de cliëntbegeleider om dit te verifiëren.

De eerste reactie op verzet moet niet zijn te proberen het verzet te 'breken.' De cliëntbegeleider zal ervoor open moeten staan om het verzet serieus te nemen en na te gaan of hem dit op andere gedachten brengt: zijn er andere mogelijkheden, die beter passen in het wensenpatroon van de cliënt. In deze zin dient verzet als een positief signaal in de communicatie te worden beschouwd.

Hoofdstuk 6. *Nadenken over doelen, beoogde effecten en middelen*

Cliëntbegeleiders zijn terughoudend met vrijheidsbeperkingen en denken bewust na over de doelen en beoogde effecten van hun interventies. Dwang is pas toegestaan als drang en stimulering niet werken. Cliëntbegeleiders zoeken actief naar minder ingrijpende alternatieven en streven naar het geleidelijk afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Dit kwaliteitscriterium heeft betrekking op het weloverwogen toepassen van vrijheidsbeperkende middelen. Een aspect hiervan is het nadenken en formuleren van de doelen en beoogde effecten van vrijheidsbeperking (6.1). Een tweede aspect van het weloverwogen toepassen van middelen is het maken van een onderscheid tussen diverse vormen van interventies, waaronder stimulering, drang en dwang (6.2). Tot slot omvat dit criterium het zoeken naar alternatieven en afbouwen van middelen (6.3).

6.1 Doelen en beoogde effecten

Cliëntbegeleiders moeten terughoudend zijn als het vrijheidsbeperking betreft en moeten alvorens te handelen bewust nadenken over de doelen en beoogde effecten van de op te leggen vrijheidsbeperkingen.

6.1.1 *Praktijkvisie*

Vanuit de praktijk wordt aangegeven dat terughoudendheid moet worden betracht als het gaat om de vrijheidsbeperking van cliënten. Een leidinggevende geeft aan waarom voorzichtigheid is geboden:

Het is eigenlijk iets wat je niet wenst toe te passen, dus in die zin heeft het een negatieve lading.

Het inperken van de vrijheid van een cliënt is een zware ingreep en in principe onwenselijk. Immers, de cliënt wordt aangetast in diens vrijheid; er wordt hem of haar iets wezenlijks ontnomen, namelijk de ruimte om te leven naar eigen inzicht. Ofschoon vrijheidsbeperking altijd problematisch is, gebiedt de realiteit soms toch tot ingrijpen. In die situaties is de vrijheidsbeperking alleen gerechtvaardigd wanneer er geen minder ingrijpende alternatieven voorhanden zijn. Dezelfde leidinggevende daarover:

Je mag er dan vanuit gaan dat je je wel tweemaal bedenkt voordat je een dergelijke beperkende maatregel gaat toepassen en als het dan inderdaad niet anders kan dan.

Daar het ingrijpen in de vrijheid ingrijpend is dient men er weloverwogen mee om te gaan. Dat betekent eerst nadenken en nagaan of de doelen en beoogde effecten legitiem zijn en of er geen alternatieven voorhanden zijn en dan pas handelen. Een arts daarover:

Je moet niet in een prikkelarme ruimte opsluiten zonder dat je daar enig kader voor hebt en die stap wordt gemakkelijk gemaakt. Aan de andere kant wordt er wel heel bewust nagedacht van waarom doen we het en hoe lang doen we het.

Ingrijpen in de vrijheid is alleen gerechtvaardigd als het doel en effect dat wordt beoogd verdedigbaar zijn, zoals het afwenden van gevaar en bescherming van de cliënt. Een leidinggevende verwoordt dit als volgt:

Ik vind het altijd moeilijk om een vrijheidsbeperkende maatregel te ondersteunen, maar er zijn natuurlijk situaties waarin het gevaar dusdanig extreem aanwezig is dat je om de persoon zelf te beschermen, maar ook om de omgeving te beschermen soms daar inderdaad toch gebruik moet maken van die vrijheidsbeperkende maatregel.

Ingrijpen kan ook tot doel hebben om de gezondheid en het welzijn van de cliënt te bewaken. Een voorbeeld dat de laatstgenoemde leidinggevende aanhaalt in dat verband:

Het kan met bijvoorbeeld de hoeveelheid eten zijn, iemand die ongeremd is in willen eten. Dat kan zeer tegen de persoon zelf werken. In die zin zou je kunnen zeggen dat je je moet afvragen of het een positief effect op de kwaliteit van leven heeft. Ik vind vrijheidsbeperking heel zwaar wegen. Er moet nogal wat kwaliteit tegenover staan, wil het gelegitimeerd zijn om vrijheidsbeperking te hanteren.

Een gedragsdeskundige ondersteunt de opvatting dat het doel van vrijheidsbeperking niet alleen is gelegen in het afwenden van gevaar, maar dat de beperking kan dienen om de persoon meer greep te geven op diens leven.

Veel meer dan dat voorbeeld waarin je iemand een dieet geeft of hij dat nu snapt of niet wil, omdat je weet wat er gebeurt als je dat niet doet. En je weet dat iemand zelf die keuze niet kan maken, omdat hij niet kan overzien dat hij doodgaat. En bovendien weet je als gedragsdeskundige uit ervaring dat als je zo'n dieet volhoudt dat iemand kan opbloeien; dat door afname van het gewicht de persoonlijkheid tot bloei kan komen en allerlei vaardigheden tot ontwikkeling komen, dat niet alle energie alleen maar op dat eten gericht is. Je weet hoe geweldig positief dat kan zijn voor iemand.

Vuistregel: Er moeten goede redenen zijn voor vrijheidsbeperkende interventies.

Actie: Wees terughoudend met interventies. Pleeg overleg met collega's. Leg verantwoording af over de gepleegde interventie.

Geen goede redenen voor het ingrijpen in de vrijheid zijn het straffen van een cliënt of het handhaven van de orde op de afdeling. Een gedragsdeskundige heeft daarop kritiek:

Want dat gebeurt ook wel eens, dat mensen eigenlijk voor straf achter een deur moeten zitten, terwijl je denkt, heeft dat meerwaarde? Nee, absoluut niet.

Vuistregel: Wees je bewust van het doel van een interventie. Straf mag nooit een doel zijn.

Actie: Formuleer doelen en beoogde effecten van interventie.

6.1.2 Ethische beschouwing

Er zijn diverse soorten doelen als het gaat om vrijheidsbeperking. Ingrijpen komt vaak voort uit nood (er dreigt gevaar en er moet worden ingegrepen) of uit gewenning (een cliënt wordt bijvoorbeeld gefixeerd omdat deze anders dreigt te vallen). Het uiteindelijke doel moet echter, vanuit de ethiek geredeneerd, steeds zijn om de cliënt meer greep te geven op het eigen bestaan en de mogelijkheden voor ontplooiing verder te stimuleren.

Ingrepen die tot doel hebben om de cliënt meer greep te geven op diens leven worden binnen de ethiek gerelateerd aan *positieve vrijheid* (Berlin, 1969). *Positieve* vrijheid slaat op een vrijheid *tot*. Positieve vrijheid onderscheidt zich van *negatieve* vrijheid, het vrij zijn *van* iets of iemand; het kunnen maken van keuzes *zonder* inmenging van anderen. Positieve vrijheid daarentegen gaat uit van actieve zelfbepaling met behulp van anderen. De vraag die bij positieve vrijheid aan de orde is, is hoe iemand zijn eigen leven vorm geeft. Centraal staat daarbij niet het wegnemen van belemmeringen in de mogelijkheid tot kiezen, maar de kwaliteit van leven. Draagt de keuze bij tot het actief vormgeven aan het eigen leven? (Widdershoven, 2000). Vanuit het zorgethische perspectief van zelfontplooiing (positieve vrijheid) wordt de inbreng van cliëntbegeleiders dus niet gezien als een ingrijpen dat de vrijheid van de cliënt aantast maar als een ondersteuning in het gezamenlijk zoeken naar het creëren en handhaven van een goed leven (Van Hooren en Widdershoven, 2004). Het doel van zelfontplooiing sluit aan bij het in paragraaf 5.1.2 beschreven deliberatieve model.

De keuzen die mensen met een verstandelijke beperking nastreven kunnen nadelig voor henzelf of voor hun omgeving zijn (denk aan behoefte tot roken). In een deliberatief leerproces worden de waarden achter deze keuzes niet alleen verhelderd maar ook ter discussie gesteld met als doel de zelfontwikkeling te bevorderen. Als nadelige keuzes acutere nadelige gevolgen kunnen hebben, komt hiermee voor een cliëntbegeleider een ander doel in beeld, namelijk bescherming. Paternalistisch ingrijpen - beslissen op basis van wat je als begeleider zelf denkt dat het beste is voor de cliënt - is in zo'n situatie vanuit moreel oogpunt een meer gerechtvaardigde wijze van handelen (Van Hooren et al., 2002).

6.1.3 Juridische beschouwing

Een belangrijk element in de besluitvorming over vrijheidsbeperking is dat deze laatste doelgericht plaatsvindt en beantwoordt aan eisen van doelmatigheid. In de kern gaat het hier om de professionele kenmerken van het leveren van verantwoorde zorg en daarmee van kwaliteit van zorg. De noties van effectiviteit en efficiency liggen ook besloten in de regelingen van behandeling na gedwongen opname en van de geneeskundige behandeling onder een vrijwillig regime. Nauw verbonden met de begrippen doeltreffendheid en doelmatigheid zijn proportionaliteit en subsidiariteit. Hieronder wordt nader ingegaan op het eerste begrippenpaar, op proportionaliteit en subsidiariteit wordt ingegaan in paragraaf 6.2, waarin gradaties in interventies aan de orde komen.

Doeltreffendheid en doelmatigheid zijn expliciete elementen van de wettelijk geregeld *kwaliteit van zorg*. De Kwaliteitswet zorginstellingen en ook de Wet Big kennen de verplichting van instellingen resp. beroepsbeoefenaren om *verantwoorde zorg* te leveren. Dit is gedefinieerd als zorg, die in ieder geval van goed niveau is, die *doeltreffend*, *doelmatig* en patiëntgericht wordt verleend en die tegemoet komt/afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Doeltreffendheid verwijst in de geneeskunde naar *evidence based handelen*, doelmatigheid heeft te maken met de efficiency, het handelen moet ook redelijk betaalbaar zijn. Er moet, met andere woorden, een goede balans zijn tussen de werking van een behandeling en de aanvaardbaarheid van de kosten.

Doeltreffendheid en doelmatigheid dienen overwegingen te zijn bij het opstellen en heroverwegen van het ondersteuningsplan. Indien daarin vormen van vrijheidsbeperking worden opgenomen dient terdege te worden nagegaan of deze handelingen onder de gegeven omstandigheden hun doel zullen treffen en of het – in de sfeer van de doelmatigheid (en ook proportionaliteit en subsidiariteit) - gaat om de best denkbare maatregelen. Belangrijk is daarbij dat zulke maatregelen nimmer als sanctie op bepaald gedrag mogen worden ingezet. Het moet met andere woorden noodzakelijk zijn in het kader van zorg om tot de beperkingen over te gaan. Het belang van de cliënt staat daarbij voorop. Zijn zelfbeschikking en zelfontplooiing zijn graadmeters, evenals de uitgangspunten van goede zorg en bescherming. In concreto dienen vrijheidsbeperkende maatregelen te kunnen worden gerechtvaardigd door motieven van goede zorg en bescherming van de cliënt. De hier geformuleerde overwegingen spelen vanzelfsprekend ook bij beslissingen over de *uitvoering* van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals die in het ondersteuningsplan zijn opgenomen. Dan gelden eens te meer de uitgangspunt en criteria van effectiviteit, doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. In het ondersteuningsplan kan immers niet anders dan van hypothetische situaties zijn uitgegaan: 'Als zich bij de cliënt de volgende situatie voordoet, zal het onontkoombaar zijn om die en die vrijheidsbeperkende maatregel toe te passen.' Een dergelijke passage in het ondersteuningsplan betekent niet dat steeds als de bedoelde situatie aan de orde is slaafs de maatregel moet worden uitgevoerd. Dan zal opnieuw een belangenafweging moeten plaatsvinden en zal moeten komen vast te staan dat de maatregel beslist noodzakelijk is, dat zij in een aanvaardbare verhouding staat tot wat in de situatie geboden is en dat niet met een minder of niet vrijheidsbeperkende maatregel kan

worden volstaan. Zie over het kunnen omgaan met tegenstrijdige belangen en verplichtingen ook paragraaf 5.2.

In juridische termen zijn de hier gebruikte begrippen als volgt te omschrijven en te concretiseren.

Doeltreffendheid. De behandeling of de zorg, al dan niet inhoudende een vrijheidsbeperkende maatregel, dient gericht te zijn op het verwezenlijken van een welomschreven doel. De maatregel dient van dien aard te zijn dat het waarschijnlijk of nog liever zeker is dat het doel wordt bereikt. Zijn bijwerkingen of neveneffecten bekend, dan dienen die tot een minimum te worden beperkt. Dat wil zeggen dat expliciet alles in het werk moet worden gesteld om dergelijke bijwerkingen of neveneffecten te minimaliseren of te voorkómen.

Doelmatigheid staat voor een goede doel-middelen verhouding. De vrijheidsbeperkende maatregel moet zo efficiënt mogelijk worden genomen. In de zorg vormt de doelmatigheid de invulling van de economische of kostenkant. Dat kan hier ook aan de orde zijn, maar efficiency zal hier doorgaans geen financiële categorie zijn. Dan zal de betekenis dichtbij de proportionaliteit komen.

6.2 Gradaties in interventies

Wanneer vrijheidsbeperking toch noodzakelijk is dan moet volgens betrokkenen in de praktijk worden gezocht naar een maatregel die in verhouding staat tot het doel en beoogde effect.

Vuistregel: Middelen moeten in verhouding staan tot het doel en beoogde effect.

Actie: Wees je bewust van de middelen. Kies een middel dat in verhouding staat tot de situatie. Maak een risicoanalyse.

Er is een onderscheid te maken tussen de mate van beperking van interventies: stimulering, drang en dwang. Hieronder volgt een toelichting:

Stimulering is bedoeld om de mogelijkheden van cliënten te vergroten. Denk aan het motiveren van cliënten om in plaats van televisie te kijken samen een spel te gaan doen.

Drang. Het betreft het overreden van een cliënt. Anders dan bij stimulering wordt er druk op de cliënt uitgeoefend. De cliënt heeft nog enige vrijheid, maar het aantal keuzemogelijkheden wordt danig ingeperkt. Iemand een onaantrekkelijke keuze voorleggen, zoals 'Als je je pillen niet neemt, mag je niet naar buiten' is een voorbeeld van drang.

Dwang. Wanneer een cliënt geen andere keus heeft, is er sprake van dwang. Iemand iets opdragen, zoals 'Je mag niet naar buiten', is een voorbeeld van dwang. Ook in dat geval moet men – rekening houdend met het niveau van de cliënt - altijd vertellen wanneer, waarom en hoe een ingreep plaatsvindt.

Vuistregel: Er is een schaal van mogelijke interventies: Stimulering komt voor drang. Drang gaat voor dwang.

Actie: Probeer altijd eerst te stimuleren, pas in laatste instantie kan er sprake zijn van drang of dwang.

6.2.1 Praktijkvisie

In de praktijk geeft men de voorkeur aan maatregelen die in overleg en onderhandeling met de cliënt zijn gekozen. Overleg en onderhandeling bieden de cliënt enige zeggenschap en inbreng en zijn minder drastisch dan het nemen van besluiten voor de cliënt. Dat het mogelijk is om met de cliënt samen tot afspraken te komen over de vrijheidsbeperking, laat het onderstaande citaat van een gedragsdeskundige zien:

Met een cliënt heb ik de afspraak dat hij om half elf echt binnen moet zijn en dan niet meer in de kroeg is. Want als je die afspraak niet maakt, dan zit hij er tot elf uur en komt het bed niet uit 's morgens, neemt teveel alcohol. En dan heb je dus een heel stellige afspraak, om half elf ben je binnen. Dat geef je ook vorm door daarover eventueel met de zaak te praten waar hij dan is of door het vervoer zodanig te regelen dat hij om half elf wordt thuisgebracht. Dan denk je wel na, op zo'n moment, van ben je vrijheidgrijpend aan het beperken of is dat eigenlijk voor een cliënt. Ik denk daar wel over na, wanneer je zo'n afspraak maakt.

Het bovenstaande citaat geeft nog iets aan, namelijk dat een cliënt soms moet worden ondersteund om een afspraak te kunnen nakomen. In het voorbeeld oppert de gedragsdeskundige dat het nodig kan zijn om de caféhouder te spreken zodat de cliënt op tijd thuis is na een kroegbezoek in de avonduren.

Wanneer stimulering niet mogelijk blijkt, kan een hulpverlener proberen om een cliënt te overtuigen of te overreden om iets te doen of na te laten. Een cliëntbegeleider geeft aan hoe een cliënt gemotiveerd kan worden om iets te doen tegen diens wil:

Dat je op de een of andere manier, als dat mogelijk is, in overleg met de cliënt gaat, van misschien is het nu beter als je even naar je eigen appartement gaat.

Wanneer stimulering en drang niet werken, kan een cliëntbegeleider besluiten nemen voor de cliënt. Een leidinggevende geeft een voorbeeld van het overnemen van een beslissing:

Het ging over een cliënt die was verstandelijk gehandicapt en die grensoverschrijdend gedrag vertoonde naar een kind in de omgeving. Daar heb ik ingegrepen, want ik vond dat het niet kon.

In de praktijk geeft men de voorkeur aan maatregelen die de vrijheid van de cliënt zo groot als mogelijk laten. Overleg om samen tot afspraken te komen, de cliënt ondersteunen en overreding is beter dan besluiten en ingrijpen voor de cliënt.

6.2.2 Ethische beschouwing

Moody (1992) beschrijft hoe onderhandelingen in de praktijk vorm krijgen. Hij richt zich in eerste instantie op onderhandelingen tussen de hulpverleners en de patiënt. In het onderhandelingsproces kunnen cliëntbegeleiders op verschillende manieren interveniëren, waarbij in de communicatieve ethiek vier vormen van interventie zijn te onderscheiden. Deze worden hieronder op een rij gezet:

1. Belangenbehartiging – hierbij stelt de cliëntbegeleider zich op als advocaat van de cliënt en probeert hij diens belangen te verdedigen. Daarvoor moeten de belangen geïnterpreteerd worden.
2. Stimulering (empowerment) – hierbij gaat het erom te bewerkstelligen dat de cliënt op een andere manier naar zichzelf gaat kijken. Het omvat die interventies die erop gericht zijn de cliënt terug te voeren naar zijn eigen waarden, of in andere woorden, die gericht zijn op het verwijderen van tijdelijke belemmeringen voor een authentieke keuze.
3. Overreding – hierbij probeert de cliëntbegeleider de cliënt te bewegen mee te werken door redenen aan te geven. Deze dienen aan te sluiten op de wereld van de cliënt.
4. Beslissen voor de ander – in deze situatie heeft de cliënt geen actieve inbreng meer.

De vier interventies vormen een continuüm; in elk van de interventies is sprake van onderhandeling, maar de inbreng van de cliëntbegeleider is steeds crucialer. Toch is volgens Moody ook in het geval van beslissen voor de ander sprake van communicatie en onderhandelen, met de familie of tussen cliëntbegeleiders onderling.

Het gaat hier volgens Moody niet om strategische acties. Overreden is niet hetzelfde als manipulatie: 'Overreding is niet eenvoudigweg een 'techniek' om compliance te bewerkstelligen. Overreden veronderstelt een relatie, een tweezijdig proces van communicatie – spreken en luisteren – dat het hart vormt van de communicatieve ethiek' (Moody, 1992, p.152). Kortom, drang is beter dan dwang omdat het de cliënt nog enige keuzevrijheid en onderhandelingsruimte laat. Dit sluit aan bij het idee dat men moet zoeken naar de minst ingrijpende maatregel.

6.2.3 Juridische beschouwing

Gradaties in interventies zijn in de ethische vocabulaire belangenbehartiging, stimuleren, overreden en voor de ander beslissen. In dit vierspan zit een opklimmende mate van plaatsvervangende bemoeienis. Substitutie is volledig als de cliëntbegeleider volledig voor de cliënt beslist.

Bij overreding gaat het erom de cliënt met zachte drang tot een eigen beslissing te brengen. Stimuleren is een vorm van ruimte geven om zélf tot een beslissing te komen en belangenbehartiging is een vorm van ondersteunen, wat in 'empowerment' ook nog zichtbaar is. Zorgen dat er een juiste verhouding bestaat tussen de mogelijkheden van de cliënt om de eigen regie te hebben en te houden en de ondersteuning van buiten af.

In de wettelijke regeling van het mentorschap is dit beginsel met zoveel woorden vastgelegd. Artikel 454 BW luidt: 'De mentor is gehouden degene ten behoeve van wie het mentorschap is ingesteld zo veel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken. De mentor bevordert dat de betrokkene rechtshandelingen en andere handelingen zelf verricht, indien deze tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden geacht. Hij betracht de zorg van een goed mentor.'

Aan de hand van de juridische beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit kan worden uitgewerkt hoe de invulling van het kiezen van de juiste gradaties in interventies bij mensen met een verstandelijke beperking kan plaatsvinden. Hij komt een cliëntbegeleider tot een redelijke beoordeling of het rechtvaardig is om in te grijpen in het zelfbeschikkingsrecht van een cliënt en welke maatregel daarbij het beste kan worden toegepast. De gedachte achter deze beginselen is dat een beroep wordt gedaan op de creativiteit van een cliëntbegeleider. Het is lang niet altijd noodzakelijk om een cliënt af te zonderen of te fixeren. Een cliëntbegeleider kan ook gebruik maken van minder ingrijpende interventies. De keuze van de interventie wordt, mede afhankelijk van de ingrijpendheid ervan, gemaakt door een cliëntbegeleider dan wel een arts of gedragsdeskundige in overleg met collega's. Bij elke maatregel moeten de eerder genoemde criteria worden afgelopen en gemotiveerd naar alle betrokkenen: cliënt, vertegenwoordiger en collega's. Deze motivering wordt ook vastgelegd in het ondersteuningsplan van cliënt.

Een interventie dient niet alleen effectief te zijn maar ook *proportioneel*. Dit betekent dat de zwaarte van de interventie in redelijke verhouding moet staan tot de het beoogde doel. Het doel van een interventie kan zijn het verminderen van gevaar, maar net zo goed het verruimen van de ontplooiingsmogelijkheden van de cliënt. In geen van beide zijn echter gradaties aan te brengen. Dit geldt ook voor de middelen die worden ingezet om gevaar te verminderen resp. ontplooiingsmogelijkheden te vergroten. Een cliënt die in ernstige mate automutileert rechtvaardigt de toepassing van een zwaardere interventie dan een cliënt die af en toe zijn tanden niet wil poetsen. Fixatie lijkt niet de juiste maatregel als met ontplooiing wil stimuleren. Het bieden van een time-out (afzondering op de eigen kamer) zal naar alle waarschijnlijkheid de cliënt meer mogelijkheden bieden om tot inkeer te komen en aan zijn ontplooiing te gaan werken.

Proportionaliteit betekent dat een redelijke verhouding bestaat tussen de aard van de maatregel en het daarmee beoogde doel of effect. De maatregel dient goed van proportie te zijn. In deze proportionaliteit zit iets van de effectiviteit (doelbereiking ...) en van de efficiency (... met gebruikmaking van passende middelen). Men kan het ook zo zeggen: als proportionaliteit niet expliciet als eis wordt gesteld, zou aan deze eis impliciet toch worden voldaan via de andere criteria.

Daarnaast moet een interventie ook voldoen aan het *subsidiariteitsbeginsel*. Een cliëntbegeleider moet kiezen voor de minst ingrijpende interventie. Een cliënt, die andere cliënten dermate lastig valt dat hij een gevaar vormt voor die anderen, kan worden afgezonderd in een afzonderingsruimte. Er zijn echter ook andere mogelijkheden denkbaar, die minder ingrijpend zijn voor de cliënt zijn. Een oplossing kan zijn om bijvoorbeeld met de cliënt te gaan wandelen. Bij *subsidiariteit* gaat het om een in zwaarte uit te drukken vorm van proportionaliteit. Met de lichtst mogelijke maatregel moet worden volstaan. Een zwaardere vrijheidsbeperking moet indien mogelijk door een lichtere te worden vervangen. Ook dit criterium zou evenwel breder kunnen worden opgevat: in termen van adequaatheid. Te verdedigen valt ook hier weer dat de subsidiariteit bereikt wordt door een goede toepassing van de criteria doeltreffendheid en doelmatigheid.

Het kan evenwel geen kwaad de begrippen proportionaliteit en subsidiariteit afzonderlijk te blijven hanteren. Ze dwingen immers de cliëntbegeleider of andere hulpverlener om de bij deze verschillende aspecten behorende criteria expliciet te hanteren en dus ook duidelijk te kunnen maken in hoeverre bij de beslissing of toepassing van een bepaalde vrijheidsbeperking rekening is gehouden met de redelijke verhouding tussen de maatregel en de omstandigheid waarom zij is toegepast en daarbij ook aan te kunnen geven dat de lichtst denkbare maatregel is gekozen.

6.3 Alternatieven en afbouwen maatregelen

Uitgaande van dit kwaliteitscriterium is het van belang actief te zoeken naar minder ingrijpende alternatieven voor vrijheidsbeperking en te streven naar het geleidelijk afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

6.3.1 *Praktijkvisie*

Regelmatig moet worden gezocht naar alternatieven voor de toepassing van vrijheidsbeperking. Aangeleerd gedrag legitimeert niet per definitie het toepassen van vrijheidsbeperking en ook al zijn er goede redenen om bijvoorbeeld iemand vast te binden, dan nog moet men voortdurend zoeken naar alternatieven. Wat is aangeleerd is ook weer af te leren. Daarbij dient wel gelet te worden op de waarde van de oude maatregel. Wanneer een cliëntbegeleider twijfels heeft over de juistheid van de maatregel kan een second-opinion worden aangevraagd of andere collega's worden geraadpleegd.

Wanneer men besluit om een alternatieve maatregel toe te passen of om een bepaalde maatregel terug te dringen dan moet men zich ervan bewust zijn dat dit een langdurig en tijdsrovend zoek- en leerproces kan zijn. Een leidinggevende geeft aan dat extra begeleiding en ondersteuning nodig zijn om een passende, minder ingrijpende maatregel te vinden:

Dan zoek je naar wegen om de begeleiding op een dusdanige manier vorm te geven dat bijvoorbeeld die fixatie op bed afgebouwd kan worden, dat er momenten op de dag zijn

waarin de fixatie achterwege gelaten kan worden en dat de begeleiding of dat de omgeving zo veilig is dat die cliënt dat ook werkelijk aankan en dat kan ervaren.

Het afbouwen van een bepaalde maatregel impliceert een zoek- en leerproces waarin de cliënt ondersteund moet worden. Het terugdringen van een bepaalde langdurig toegepaste maatregel kan niet altijd van de ene op de andere dag, maar is veelal een geleidelijk en tijdrovend proces.

Verder geldt dat het zoeken naar alternatieven die minder beperkend zijn en meer mogelijkheden bieden voor zelfontplooiing niet alleen wordt belemmerd door de hospitalisatie van de cliënt of cliëntbegeleiders, ook vertegenwoordigers kunnen soms veranderingen tegenhouden. Het zoeken naar alternatieven vereist tijd, geduld en overleg en onderhandeling met de cliënt en diens vertegenwoordigers.

Vuistregel: Het zoeken naar de juiste middelen omvat het afbouwen van maatregelen en zoeken naar minder ingrijpende alternatieven.

Actie: Streef naar het afbouwen van maatregelen en blijf zoeken naar minder ingrijpende alternatieven.

6.3.2 Ethische beschouwing

Vanuit het perspectief van Moody (1992) is het van belang te onderkennen dat zowel de mate van beperking (het in paragraaf 6.2 besproken onderscheid tussen stimulering, drang en dwang), als de manieren van interveniëren (het in paragraaf 6.2.2 besproken continuüm van belangenbehartiging, stimulering, overreding en het beslissen voor de ander) continue aangepast kunnen en moeten worden aan de omstandigheden van de cliënt. De gekozen interventievorm en -graad dient door de cliëntbegeleider voortdurend afgewogen te worden tegen de veranderende situatie van zijn of haar cliënt. Dit bewustzijn door de cliëntbegeleider en inzicht in het beloop van de interventie (door middel van deskundigheid en aandacht voor de cliënt) verhoogt de kwaliteit van handelen. Minder ingrijpende vormen van interventies verdienen de voorkeur boven meer ingrijpende interventies. Hiertoe is het aldus Moody ook mogelijk om indien de omstandigheden juist zijn, terug te schakelen naar minder ingrijpende vormen en ook op minder ingrijpende wijze deze vormen van beperking uit te voeren. Dit voortdurende afwegingsproces is impliciet aan het zorgproces, waar in het vierde criterium verder op ingegaan wordt.

6.3.3 Juridische beschouwing

Het is van belang actief te zoeken naar minder ingrijpende alternatieven voor vrijheidsbeperking en te streven naar het geleidelijk afbouwen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het eerste beginsel is een directe uitdrukking van wat onder paragraaf 6.2.3 besproken is als *subsidiariteit*. Dat wordt hier niet herhaald. Het kiezen van de minst ingrijpende maatregel is altijd de opdracht voor de cliëntbegeleider of hulpverlener. In het kader van de voorbereiding

en opstelling dan wel evaluatie van het ondersteuningsplan kan hier in alle rust naar gekeken worden. Afgestemd op de mogelijkheden en op de typische gedragskenmerken van de cliënt kan worden aangegeven welke maatregelen onder bepaalde omstandigheden mogelijk zijn en kan in volgorde van afnemende ingrijpendheid expliciet worden gemaakt welke lichtere varianten in aanmerking komen. De begeleider of hulpverlener zal moeten kunnen onderbouwen waarom in een bepaald geval niet de lichtste variant is gekozen. Op hem rust de bewijslast om dat deugdelijk en overtuigend te kunnen motiveren.

Hetzelfde geldt voor het geleidelijk afbouwen. Reeds in het ondersteuningsplan kan hierover nagedacht zijn en kunnen concrete afbouwprogramma's zijn overwogen en vastgelegd. Dat betekent tevens dat de vinger aan de pols moet worden gehouden en dat een goed systeem van monitoring aanwezig moet zijn om te kunnen signaleren wanneer de dreiging of de druk afneemt. Zodra met de cliënt gecommuniceerd kan worden is het ook mogelijk om hem hierbij te betrekken. Signalen of voorstellen om het anders (minder) te doen kunnen dan ook van hem afkomstig zijn. Een actieve betrokkenheid van de cliënt kan onderdeel uitmaken van een rehabilitatie-programma en kan de cliënt zelfs stimuleren om uit de impasse te komen.

Hoofdstuk 7. Zorg als proces: vrijheidsbeperking is niet eenmalig

Vrijheidsbeperking dient in een breder tijdsperspectief te worden geplaatst. Voorafgaand aan de maatregel vindt overleg plaats. Maatregelen worden gemeld en geregistreerd. Naderhand wordt de toepassing geëvalueerd met het oog op de preventie van incidenten. Er valt ook veel te leren van positieve gebeurtenissen.

Dit kwaliteitscriterium heeft betrekking op het in de tijd plaatsen van vrijheidsbeperkende maatregelen vanuit de gedachte dat zorg een proces is. Aspecten hiervan vormen het anticiperen (7.1), melden en registreren (7.2) en evalueren (7.3).

7.1 Anticiperen

In plaats van te reageren op incidenten en een afwachtende houding aan te nemen, dwingt dit criterium cliëntbegeleiders tot het pro-actief zijn en anticiperen op mogelijke incidenten en crisissituaties.

7.1.1 Praktijkvisie

Vrijheidsbeperking is niet een eenmalige op zichzelf staande gebeurtenis, maar dient in een breder tijdsperspectief te worden geplaatst. Idealiter worden afspraken over vrijheidsbeperkingen in het ondersteuningsplan van de cliënt opgenomen. Een familielid (vertegenwoordiger) geeft aan dat situaties wel kunnen wijzigingen en dat vervolgens opnieuw in gezamenlijkheid naar afspraken gekeken moet worden:

Dan stel ik me voor, stel dat mijn broer van karakter zou veranderen, stel dat hij over twee jaar als hij 50 wordt gaat dementeren of zo. Dan krijg je een andere situatie. Dan moet je dat wel vastleggen, dan moet je het wel samen bespreken, gelet op de nieuwe situatie, moeten we dat en dat gaan doen. Ja, oké, maar nooit zonder dat dat besproken is.

Het in de tijd plaatsen van vrijheidsbeperkende afspraken betekent dus dat deze kunnen verjaren. Wat eens is afgesproken, hoeft niet voor altijd te gelden. Een cliëntbegeleider:

Het kan natuurlijk niet zo zijn dat je regeltjes opstelt en dat die over 25 jaar nog in zo'n plan staan. Het zou kunnen. Maar ik denk dat je dat heel beperkt moet laten, het laten voortbestaan van regels.

Maatregelen gelden slechts voor een beperkte, vooraf vastgestelde tijdsduur. Het in de tijd plaatsen van vrijheidsbeperkende afspraken betekent voorts dat als het doel van de maatregel

(het voorkomen van gevaar, ondersteuning, ontplooiing, bescherming van cliënt) weg is, de maatregel moet worden opgeheven.

Vuistregel: Maatregelen gelden voor een bepaalde, vooraf vastgelegde tijdsduur.

Actie: Leg vooraf de tijdsduur vast van maatregelen. Stel vooraf vast wanneer evaluatie van de maatregel plaatsvindt en zorg voor tijdige evaluatie.

Het in de tijd plaatsen van de zorg betekent dat cliëntbegeleiders tijdig nadenken en acties ondernemen om situaties die vragen om vrijheidsbeperkende maatregelen zoveel mogelijk te voorkomen. Anticiperen op eventuele incidenten omvat het vaststellen wat 'goed' werkt bij een cliënt (positieve gebeurtenissen). Gewezen wordt op het belang van het voorkomen van problematisch gedrag als gevolg van verveling, het ontbreken van zinvolle dagbesteding en -therapie of het niet eens zijn met de gang van zaken in de woning. Door naar *de persoonlijke behoeften* van de cliënt te kijken en de zorg daarop af te stemmen kunnen situaties van dwang worden vermeden.

Vuistregel: Het in de tijd plaatsen van zorg omvat het anticiperen op situaties die zich kunnen voordoen in de toekomst.

Actie: Anticipeer op toekomstige situaties door na te gaan wat positieve gebeurtenissen zijn en wat geleerd kan worden van vroegere incidenten.

7.1.2 *Ethische beschouwing*

Volgens de zorgethiek is zorg een proces. Het gaat niet om eenmalige handelingen, maar om het in stand houden van het leven – waar cliënten en cliëntbegeleiders samen deel aan hebben - via uitproberen enerzijds, en terugkoppeling anderzijds. Zorg is cyclisch. Daarbij hoort anticiperen op mogelijke ontwikkelingen. Het is zaak te zien waar risico's liggen en te proberen die zo mogelijk te voorkomen. Anticipatie vergt allereerst aandacht voor de concrete situatie. Dit komt duidelijk tot uitdrukking in fase 1 van het zorgproces, zich zorgen maken om. Deze eerste fase vergt volgens Tronto (1993) *aandachtigheid* van cliëntbegeleiders. Hiertoe moeten cliëntbegeleiders ook het verhaal van de cliënt kennen. Zij moeten weten hoe de cliënt reageert in bepaalde situaties (bijvoorbeeld wat positief werkt en wat negatief gedrag oproept) om te kunnen bedenken wat er gaat gebeuren in de toekomst en hoe met bepaald gedrag om te gaan.

Aangezien mensen met een verstandelijke beperking niet altijd even verbaal vaardig zijn om hun verhaal te vertellen, wordt dit vaak door anderen verteld en opgeschreven. Het opschrijven en bijhouden van deze levensverhalen is van groot belang omdat begeleiders in de professionele zorgsector niet langdurig betrokken blijven bij een en dezelfde cliënt. Het werken met levensverhalen is een interpretatieve activiteit die niet enkel het reconstrueren en vastleggen,

maar ook het lezen, hervertellen en bespreken omvat (Meininger, 2003). De in deze activiteiten opgedane ervaringen zijn van invloed op de houding en handelingen van alle betrokkenen.

Anticipatie vergt ook het nemen van verantwoordelijkheid (fase 2). Als men ziet dat iets dreigt mis te gaan, is het van belang om tijdig actie te ondernemen. Vanuit de zorgethiek is afwachten niet per definitie de meest geëigende reactie bij mogelijke spanning. De verantwoordelijkheid ligt overigens niet enkel bij de cliëntbegeleider. Ook de cliënt en de naasten hebben hun verantwoordelijkheid. Het is van belang dat de verdeling van verantwoordelijkheden goed wordt vastgelegd in deze driehoek. In het ondersteuningsplan dient tevoren te worden aangegeven wie in een bepaald geval welke actie moet ondernemen (dat kan de begeleider zijn, maar ook de cliënt of de familie). De partijen dragen ook gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het opstellen van dit plan.

7.1.3 Juridische beschouwing

Ook uit juridisch oogpunt is een voorschot nemen op ontwikkelingen relevant. In de Wgbo wordt dat tot uitdrukking gebracht in artikel 7:448, waarin tot uitdrukking wordt gebracht dat de patiënt *tijdig* moet worden geïnformeerd over voorgesteld onderzoek en voorgenomen behandeling. Het opstellen van een ondersteuningsplan kan ook worden gezien als anticiperen: men probeert vooraf inzicht te krijgen in de aard, omvang en intensiteit van de zorg die de cliënt behoeft. Daarbij wordt ook een voorschot genomen op eventueel noodzakelijke vrijheidsbeperking.

Al eerder zijn de beginselen proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit aan de orde gekomen. Deze drie uitgangspunten staan elke keer weer centraal als een cliëntbegeleider dan wel de arts of gedragsdeskundige een beslissing moet nemen over vrijheidsbeperking. Een goede hulpverlener neemt deze uitgangspunten zo vroeg mogelijk in zijn beslissing mee. Ook als hij nog geen daadwerkelijke beslissing hoeft te nemen. Zodra een cliënt signalen afgeeft dat hij niet lekker in zijn vel zit en anders reageert dan hij normaal gesproken doet heeft een hulpverlener de taak om op zijn hoede te zijn. Op dat moment kan hij aan de hand van de beginselen proportionaliteit en subsidiariteit al gaan kijken op welke manier hij kan gaan interveniëren in de vrijheid van een cliënt. Hoe eerder hij ingrijpt, hoe kleiner de kans zal zijn dat hij een ingrijpende maatregel als separatie of afzondering moet toepassen. In een beginstadium zal het gevaar nog niet dusdanig zijn dat deze maatregelen ook gerechtvaardigd zijn. Het effectiviteitscriterium helpt cliëntbegeleiders bij hun beslissing of de maatregelen die zij willen opleggen ook daadwerkelijk bijdragen aan het doel van hun handelen. Hoe eerder dit wordt opgemerkt, hoe eerder een cliëntbegeleider de afspraken die zijn gemaakt met de cliënt en/of vertegenwoordiger nog kan aanpassen. Al deze aspecten maken onderdeel uit van goed hulpverlenerschap, neergelegd in de Wgbo. Daarnaast is de strekking van de Wet Bopz dat vrijheidsbeperking pas mag worden toegepast als er geen alternatieven voor handen zijn; pas dan mag over worden gegaan op zeer ingrijpende maatregelen. Deze wijze van handelen kan ook wel worden genoemd 'de glijdende schaal'. Een cliëntbegeleider heeft eerst de taak en ook de verantwoordelijkheid om een cliënt zonder dwang en drang verder op weg te helpen.

Als echter blijkt dat een cliënt, ook vanuit het oogpunt van goede zorg, belemmerd wordt in zijn ontwikkeling mag over worden gegaan tot andere stappen. Deze onderbouwing laat ook zien dat alle kwaliteitscriteria met elkaar samenhangen. Communicatie, luisteren naar de cliënt komt hier ook om de hoek kijken. Hoe beter een cliëntbegeleider luistert naar een cliënt, hoe beter hij een cliënt informeert over de huidige situatie, hoe meer hij kan anticiperen op de hele situatie.

7.2 Melden en registreren

Niet alleen vooraf is overleg nodig, ook nadat een maatregel is toegepast is het melden van incidenten en evaluatie van de incidenten belang. Het melden en registreren vormt de basis voor de evaluatie van incidenten en maatregelen.

7.2.1 Praktijkvisie

Een leidinggevende signaleert dat tijdelijke maatregelen niet altijd worden gemeld en geregistreerd, ook omdat de wet dat niet voorschrijft:

Ja, en je hebt noodsituaties dan wordt er ook wel eens gebruik gemaakt van vrijheidsbeperking, maar dat heeft dan altijd maar een tijdelijk karakter en dat moet dan ook gemeld en geregistreerd worden. Ja, en die Bopz is er met name om die bijzondere gevallen waarin het tegen de wil van de cliënt in gebeurt om dan toch kaders aan te geven waarbinnen het dan mag en wat er allemaal moet gebeuren om het eigenlijk zo snel mogelijk achterwege te kunnen laten.

Ook het melden van langdurig toegepaste maatregelen wil nog wel eens tekortschieten, zo merkt een arts op:

En ik denk dat een aantal Bopz-zaken hier nog onvoldoende geregeld zijn, van oudsher, een aantal dingen zijn er gewoon ingeslopen. En dan denk ik, bij die chronische cliënten die gefixeerd liggen 's nachts, daar kreeg je eerder niet elk jaar een ondersteuningsplan van, daar krijg je niet elk jaar een melding van.

Ondanks de beperkingen wordt het melden en registreren in de praktijk van belang geacht. Een leidinggevende geeft aan waarom het melden en registreren zo belangrijk is:

Ja, in feite zijn we, moeten we er als professionele zorgverleners op gericht zijn om situaties te verbeteren. Dit soort situaties vraagt om zoveel verbetering dat ik er wel vanuit ga dat iedereen daar toch wel alert in is en ook wel melding van maakt van incidenten om vervolgens binnen het team en met een begeleidings- of behandelteam actie in te ondernemen.

Vuistregel: Het is van belang om incidenten intern te registreren en extern te melden. In beginsel van elke cliënt, ongeacht zijn juridische status.

Actie: Registreer incidenten van elke cliënt intern en meld deze extern.

7.2.2 *Ethische beschouwing*

Vanuit de ethiek bezien zijn het melden en registreren belangrijk als basis voor het evalueren van situaties. Alleen wanneer is vastgelegd hoe een cliënt reageerde in een bepaalde situatie kan nagegaan worden of de zorg aansluit bij diens verwachtingen. Het achteraf toetsen en evalueren kan een positieve bijdrage leveren aan reflectie, tussen professionals onderling of samen met de cliënt en de vertegenwoordiger.

7.2.3 *Juridische beschouwing*

In het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen mag van organisaties worden verwacht dat zij als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid over een intern registratiesysteem beschikken, waarin alle vormen van vrijheidsbeperking, zowel bij vrijwillig als bij onvrijwillig opgenomen cliënten, zijn vastgelegd. Gegevens uit dit systeem kunnen worden gebruikt om het beleid ten aanzien van vrijheidsbeperking zodig aan te passen. Ook kunnen opvallende aspecten uit het systeem per team worden besproken. Daarnaast kan ook de middelen of maatregelen commissie (Bopz-commissie) profijt hebben van een dergelijke registratiesysteem.

De taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is om toezicht te houden op de toepassingen van vrijheidsbeperking door middel van de meldingen die van instellingen binnenkomen. Daarbij is ze volledig afhankelijk van de inzet van instellingen: melden zij vrijheidsbeperking wel of niet?

Op grond van artikel 38 Wet Bopz moeten de aanvang en beëindiging van elke vorm van dwangbehandeling worden gemeld bij de Inspectie. Dit geldt vooralsnog alleen voor de groep onvrijwillig opgenomen cliënten (met een Bopz-indicatie, rechterlijke machtiging of inbewaaringstelling). De geneesheer-directeur (in veel gevallen een Bopz-arts) dient daarbij gebruik te maken van de meldingsformulieren die opgenomen zijn in de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratiemiddelen of maatregelen. (Artikel 1 en 2 Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz, 4 juni 2002, *Stcrt.* 109. I.w.tr. 1 september 2002, *Stb.* 2002, 363) Artikel 39 Bopz geeft in tegenstelling tot artikel 38 lid 7 Bopz niet aan wat de Inspectie moet doen met de meldingen over middelen of maatregelen. Een melding over dwangbehandeling dient in elk geval door de Inspectie na afloop van de behandeling getoetst te worden op een zorgvuldige toepassing.

Als het gaat om registreren is allereerst de overdracht van zorg van grote betekenis. Bepaalde gedragingen en incidenten zullen doorgaans de aanleiding vormen voor vrijheidsbeperking.

Zorgvuldige vastlegging van het gebeurde in een voor alle opvolgende hulpverleners toegankelijk systeem is daarom geboden. Het verdient aanbeveling daarbij een éénvormig format te hanteren, zodat telkens volgens dezelfde structuur dezelfde elementen en aspecten worden vastgelegd. Dat vormt dan tevens een goede basis voor overdracht. Ook deze dient stelselmatig plaats te vinden. De cliëntbegeleider die de dienst verlaat hoort in een mondelinge overdracht aan de opvolgende begeleider duidelijk te maken wat tijdens zijn dienst is voorgevallen. Natuurlijk mogen gedragingen en incidenten die aanleiding vormden voor enigerlei vrijheidsbeperkende maatregel daarbij niet ontbreken. Maar ook vóórboden van zulke gedragingen of incidenten dienen bij de overdracht te worden besproken.

Deze observaties en de vastlegging daarvan vormen het fundament van een registratie van incidenten per cliënt. Deze is belangrijk voor review en evaluatie van de zorg, met name waar het vrijheidsbeperking betreft. Daarbij dienen in multidisciplinair verband alle hulpverleners te worden betrokken die op een of andere manier met aspecten van de zorg voor de desbetreffende cliënt zijn belast.

Op grond van artikel 57 Bopz heeft de geneesheer-directeur ook de taak ervoor zorg te dragen dat elke toepassing van een middel of maatregel in een noodsituatie intern wordt geregistreerd. Daarbij dient de reden van de toepassing vermeld te worden. De inhoud van het register bestaat uit afschriften van formulieren die aan de Inspectie in het kader van een noodsituatie ex artikel 39 Bopz zijn gezonden (Artikel 3 Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz, 4 juni 2002, *Stcrt.* 109. I.w.tr. 1 september 2002 (*Stb.* 2002, 363). Daarnaast dient elke toepassing van dwangbehandeling en een middel of maatregel in het kader van artikel 39 Bopz bijgehouden te worden in het cliëntendossier (artikel 56 lid 1e, f Bopz).

Het registreren van vrijheidsbeperking in een register en in dossiers van cliënten kan behalve dat dit wettelijke verplichting is ook worden beschouwd als onderdeel van goed hulpverlenerschap. De wettelijke verplichtingen hebben alleen betrekking op onvrijwillig opgenomen cliënten. Het doel van deze kwaliteitscriteria is echter, om breder te kijken dan de Wet Bopz. Dit betekent dat ook vrijheidsbeperking bij vrijwillig opgenomen cliënten inzichtelijk moet worden gemaakt. Pas dan kan door middel van evaluatie en teambesprekingen de situatie rondom een cliënt worden besproken. Het registreren van vrijheidsbeperking, los van de juridische status van een cliënt en de locatie waar hij verblijft, zorgt er ook voor dat elke cliënt op dezelfde wijze wordt beschermd.

7.3 Evalueren

Het melden en registreren vormt de basis voor de evaluatie van kortdurende incidenten en langdurige toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

7.3.1 Praktijkvisie

Clïentbegeleiders moeten incidenten naar aanleiding waarvan de vrijheid is beperkt achteraf bespreken. Een arts:

En cliënten met acting out-gedrag of waarbij de situatie escaleert – het kan dan gaan om verbale agressie of een mep – dat wordt wel geëvalueerd. Dat is ook erg belangrijk.

Vuistregel: Door vrijheidsbeperkende maatregelen systematisch te evalueren, worden ad hoc interventies zoveel mogelijk voorkomen.

Actie: Ga na hoe je incidenten kunt voorkomen.

Evaluatie van een incident dient met de cliënt plaats te vinden om nogmaals uit te leggen waarom er is ingegrepen en om te vernemen hoe de cliënt het incident heeft ervaren (zie ook criterium communicatie over vrijheidsbeperking). Een arts geeft aan dat de evaluatie van het incident niet alleen informatie doorgeeft en oplevert, de evaluatie dient ook om de cliënt emotioneel te ondersteunen en de werkrelatie te herstellen:

Ik herinner me nu een voorbeeld van een cliënt die met dingen ging gooien en schelden en dat escaleerde verschrikkelijk en de lijn was altijd als ze uitgeraasd waren, kom even zitten, praten, tot rust komen, een glaasje water drinken, praten over hoe komt het nou, proberen om inzicht te krijgen in hoe werkt het. En het dan weer goed maken met de begeleider. Proberen te praten over hoe gaan we verder. Steungesprekken voeren.

Vuistregel: Evaluatie van een incident levert niet alleen informatie op, maar dient ook om de cliënt emotioneel te ondersteunen en de relatie te herstellen.

Actie: Leg na het incident uit aan cliënt of vertegenwoordiger en het team waarom is ingegrepen. Vraag achteraf hoe de cliënt het incident heeft ervaren.

Bij de evaluatie van de maatregel moet een risicoanalyse gemaakt worden om goed te kunnen in schatten of er werkelijk sprake is van gevaar (in meest brede zin dus: aangezien breder dan gevaar kijken) en hoe groot de (gezondheids)risico's zijn. Er dient bijvoorbeeld in geval van epilepsie een duidelijke medische indicatie te zijn. Dan dient een afweging te worden gemaakt tussen bijvoorbeeld veiligheid en vrijheid. Deze afwegingen moeten expliciet worden gemaakt.

Een ander aspect dat meegewogen moet worden in de evaluatie van de reeds toegepaste maatregel en het zoeken naar alternatieven is hoe groot de ervaren beperkingen zijn. Dit impliceert dat cliënten maatregelen uiteenlopend ervaren. Wat voor de ene cliënt een grote beperking is, hoeft dat voor de andere cliënt niet te zijn. Een arts:

Dan moet je nog steeds kijken, is dat echt een beperking voor die persoon of niet en kan je met een training iets doen, omdat iemand het als beperking beschouwt? Dan moet je gaan kijken, denk ik, of je oplossingen kan vinden waardoor iemand er minder last van heeft. Als iemand er helemaal geen last van heeft, moet je kijken vinden we het zelf aanvaardbaar of niet. Ik heb er zelf bijvoorbeeld moeite mee als iemand altijd in een Zweedse band ligt te slapen. Dan heeft die persoon er niet zoveel moeite mee, maar heb ik er moeite mee. Dan denk ik de Zweedse band heeft ook risico's, ook gezondheidsrisico's. Dan moeten we vanuit die optiek gaan kijken hoe we dat kunnen veranderen of moeten we dat toch bij deze cliënt gaan accepteren?

Eerder gaven we al bij het kwaliteitscriterium over doelen, beoogde effecten en middelen aan dat er regelmatig gekeken moet worden of er geen alternatieven zijn voor langdurig toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen. Bij het zoeken naar alternatieven is het van belang om samen met de cliënt naar de toekomst te kijken en de winst van het afschaffen van een maatregel laten zien.

Vuistregel: Je kunt leren van incidenten en positieve gebeurtenissen mits je de reacties van cliënten beschrijft, en incidenten meldt en registreert.

Actie: Ga na wat je kunt leren van incidenten en positieve gebeurtenissen.

7.3.2 Ethische beschouwing

Evaluatie is een wezenlijk onderdeel van zorg als proces (zie hoofdstuk 2.2). Cruciaal voor zorg is het kijken of de zorg goed gewerkt heeft, dat wil zeggen of de zorg het beoogde effect heeft. Evaluatie hoort bij de laatste fase van het proces van zorg, zorg ontvangen. De deugd van responsiviteit is hierbij van belang. Cliëntbegeleiders moeten nagaan of de zorg voldoet aan de verwachtingen van de ontvanger. Wanneer de cliënt niet open staat voor de zorg, zal de zorg aangepast moeten worden om het beoogde effect te bewerkstelligen. Cliëntbegeleiders moeten dan zoeken naar alternatieven en andere mogelijkheden. De deugd van responsiviteit slaat niet enkel op de zorgontvanger, maar ook op de zorgverlener. Deze moet open staan voor het feit dat de zorg mogelijk niet het gewenste effect heeft, en bereid zijn tot aanpassing.

Net als in de andere fasen van zorg, is ook in de vierde fase (zorg ontvangen) sprake van wederzijdsheid. Evaluatie dient door alle partijen gezamenlijk te geschieden. Elk van de participanten moet bereid zijn de zorg kritisch te bezien en zo nodig bij te stellen. Evaluatie vereist dat alle perspectieven aan bod komen. Alleen cliënt tevredenheid onderzoeken zonder op professionele kwaliteit te letten is eenzijdig, maar dat geldt ook voor het omgekeerde.

Evalueren is ook een manier om een incident te verwerken. Vaak wordt als een probleem voorbij is opgelucht adem gehaald. Er is een neiging om het gebeurde snel te vergeten. Dat betekent echter dat men niet of nauwelijks erkent dat er iets is misgegaan. Door daadwerkelijk stil te

staan bij een ernstig voorval, kan men iets leren voor de toekomst, en het gebeuren symbolisch afsluiten. In lijn met de narratieve ethiek kan gezegd worden dat het vertellen van verhalen over belangrijke gebeurtenissen in het leven (zoals dwang) kan helpen deze in een zinvol patroon te brengen. Dat wil overigens niet zeggen dat die gebeurtenissen daardoor goedgepraat worden. Juist de erkenning dat er sprake was van acties die enerzijds nodig waren, maar anderzijds ook emotioneel belastend, doet recht aan de tragische aspecten van toepassing van dwang (zie 4.2).

7.3.3 Juridische beschouwing

Evaluatie is ook vanuit een juridisch gezichtspunt een must. Evaluatie maakt een vanzelfsprekend onderdeel uit van elk handelen: men dient na te gaan of deze handeling aan haar doel beantwoordt, effectief en efficiënt is en of de cliënt vindt dat hem op juiste wijze tegemoet is gekomen. In de Kwaliteitswet zorginstellingen is de noodzaak om te evalueren expliciet vastgelegd en wel in artikel 4. Een systematische bewaking, beheersing en verbetering van kwaliteit vergt:

- a) het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van zorg;
- b) het aan de hand van deze gegevens op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 3 leidt tot een verantwoorde zorgverlening;
- c) het op basis van de uitkomst van deze toetsing zonedig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.

Regelmatige meting van de kwaliteit is nodig om te bepalen of verbetering noodzakelijk is.

In de Wet Bopz zijn geen expliciete bepalingen opgenomen over het evalueren van maatregelen. Toch is ook dat wenselijk en noodzakelijk. Een goed voorbeeld is de toepassing van dwangbehandeling. Deze maatregel moet bij aanvang en bij beëindiging ervan worden gemeld bij de Inspectie. Wat er in de tussenliggende periode gebeurt, behoort tot de verantwoordelijkheid van de organisatie en de cliëntbegeleiders die daar werkzaam zijn. Ook het al eerder genoemde juridisch kader eist dat elke maatregel regelmatig wordt geëvalueerd. De Kwaliteitswet gaat, zoals hiervóór is gesteld, uit van 'verantwoorde zorg'. Hieronder wordt verstaan dat de zorg, waartoe ook vrijheidsbeperking behoort, van een goed niveau is die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt (artikel 2 Kwaliteitswet zorginstellingen). Om voortdurend aan deze norm te kunnen voldoen, ook in het kader van vrijheidsbeperkende maatregelen, is een vereiste dat het zorgplan regelmatig wordt geëvalueerd. Alleen dan kan de zorg nog effectief zijn en bijdragen aan de ontplooiing van een cliënt. Naast verantwoorde zorg en de eisen die de Kwaliteitswet stelt als het gaat om het inrichten van een kwaliteitssysteem, is ook het begrip goed hulpverlenerschap van belang. Een goede cliëntbegeleider kijkt voortdurend kritisch naar zijn eigen handelen en stelt aan zichzelf en ook aan zijn teamleden voortdurend een aantal vragen: welke vrijheidsbeperkende maatregelen pas ik bij deze cliënt toe? Wat beoog ik met deze maatregelen te bereiken? Wat zijn de gevolgen van deze maatregelen voor een cliënt? Wat wordt bereikt met deze maatregelen? Welke alternatieven zijn denkbaar?

De Wet Bopz bevat wel bepalingen die betrekking hebben op het *registeren* van toepassingen van vrijheidsbeperking. In paragraaf 7.2.3 is reeds uiteengezet dat elk middel en elke maatregel in een noodsituatie intern moet worden geregistreerd. Daarbij dient de reden van de toepassing vermeld te worden. De inhoud van het register bestaat uit afschriften van formulieren die aan de Inspectie in het kader van een noodsituatie ex artikel 39 Wet Bopz zijn gezonden; artikel 3 Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz, 4 juni 2002, *Stcrt.* 109. I.w.tr. 1 september 2002 (*Stb.* 2002, 363). Daarnaast dient elke toepassing van dwangbehandeling en een middel of maatregel in het kader van artikel 39 Wet Bopz bijgehouden te worden in het patiëntendossier (artikel 56 lid 1e, f Wet Bopz). Het melden en registeren van vrijheidsbeperkingen in een register en in dossiers van cliënten kunnen naast het voldoen aan wettelijke verplichtingen ook worden beschouwd als onderdelen van goed hulpverlenerschap.

Hoofdstuk 8. Randvoorwaarden

Vrijheidsbeperking is ook afhankelijk van goede randvoorwaarden. Het management van de organisatie is daarvoor verantwoordelijk. De personele bezetting moet op orde zijn. Scholing en deskundigheidsbevordering dragen bij aan de kwaliteit van zorg. Een eenduidig beleid ten aanzien van vrijheidsbeperking is van belang. Tevens dient de woonomgeving adequaat te zijn. Cliëntbegeleiders hebben een signaalfunctie als de randvoorwaarden niet goed zijn.

Om goede zorg en goed hulpverlenerschap te kunnen garanderen moet ook rekening worden gehouden met een aantal randvoorwaarden. Daarop heeft dit criterium betrekking. Onderscheiden aspecten betreffen adequate personele bezetting (8.1), scholing en deskundigheidsbevordering (8.2), woonomgeving (8.3) en beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkende middelen (8.4). Bij dit kwaliteitscriterium is de praktijkvisie geïntegreerd in de beschrijving van de subthema's. De onderbouwing vanuit de ethiek en het recht is te vinden aan het slot (en niet per subparagraaf).

8.1 Adequate personele bezetting

De personele bezetting is een van meest cruciale condities als het gaat om het voorkomen en terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen dan wel om het zorgvuldig toepassen ervan. Allereerst moet er in kwantitatieve zin voldoende personeel zijn om cliënten goed te kunnen begeleiden. Wanneer de case load te hoog is, kan dat betekenen dat de cliëntbegeleider een cliënt niet de zorg kan geven die deze behoeft; dan wordt een vrijheidsbeperkende maatregel toegepast terwijl dit voorkomen had kunnen worden met voldoende personeel. Vaak zijn het bepaalde momenten waarop dit soort situaties zich voordoen, zoals 's nachts of wanneer andere cliënten naar bed worden gebracht. Een vertegenwoordiger schetst de situatie van haar dochter die zij moeilijk te accepteren vindt:

Ik heb een dochter, een ernstig verstandelijk gehandicapt meisje met autisme en ernstige epilepsie. Die epilepsie maakt dat zij toch veel vrijheid moet inleveren, omdat er onvoldoende personeel is om haar steeds in de gaten te houden. En dat betekent dat als ze de andere cliënten naar bed brengen, dat zij vastgezet wordt. Dat is heel moeilijk, vooral omdat je zelf toch heel lang thuis bezig bent geweest en deze dingen dus niet hebt hoeven doen.

Ook cliëntbegeleiders signaleren dat een personeelstekort kan leiden tot vrijheidsbeperkingen die in principe te voorkomen zijn. Voorts kan een te grote werkbelasting en -druk ertoe leiden dat cliëntbegeleiders gestresst zijn, wat vervolgens kan leiden tot botsingen met cliënten en crisissituaties. Een cliëntbegeleider:

En ook wel een beetje van hoe druk je het hebt. Want als je het heel druk hebt, ben je zelf geneigd om het snel te doen of beslissingen te nemen die uiteindelijk de vrijheid van een cliënt drastisch kunnen beperken.

Er dient voldoende personeel te zijn in kwantitatief opzicht, maar evenzo belangrijk is het dat het personeel voldoende deskundig is. Deskundig personeel kan preventief werken als het gaat om vrijheidsbeperking. Een gedragsdeskundige:

Als je het geluk hebt een voorziening te hebben met veel goede groepsleiders die de gave hebben om zich te verdiepen in de ziel van anderen, dat individu te kennen en van daaruit te vertrekken. Nou, dan kun je ontzettend veel voorkomen aan agressie en aan allerlei vraagstukken.

Zie voor hoe belangrijk het is dat het personeel deskundig is en hoe deskundigheidsbevordering gestalte kan krijgen ook paragraaf 8.5.

Bij een tekort aan menskracht biedt uitbreiding van de personele bezetting soms uitkomst, maar dit kent wel zijn begrenzings. Naast de kwaliteit is ook de stabiliteit van de personele bezetting van belang. Teveel personele wisselingen en verloop onder personeel kunnen leiden tot meer ingrepen in de vrijheid van cliënten, zeker wanneer het personeel niet goed wordt geïnformeerd over de groep. Een cliëntbegeleider daarover:

Ik heb echt een periode meegemaakt met een paar cliënten en dat was zeer hectisch en als je daar iemand op zet die van toeten nog blazen weet, dan escaleert de hele boel, dat voelen cliënten feilloos aan.

Invallers moeten goed worden geïnformeerd en nieuwkomers moeten goed worden ingewerkt. Tot slot, geven betrokkenen aan dat het helpt wanneer cliënten een eigen persoonlijke begeleider hebben waar zij met vragen en problemen terecht kunnen en die de cliënt goed kent.

Kortom, de personele bezetting moet in kwalitatieve en kwantitatieve zin op orde zijn wil goede zorg mogelijk zijn. Tijdelijke assistentie op bepaalde momenten zou uitkomst kunnen bieden wanneer personeel alleen werkt. Bepaalde vrijheidsbeperkingen zouden dan achterwege kunnen blijven omdat taken verdeeld kunnen worden. Verder, moeten teveel personele wisselingen waar mogelijk worden voorkomen.

8.2 Deskundigheidsbevordering en scholing

Scholing en deskundigheidsbevordering van het team en individuele teamleden zijn een voorwaarde voor goed hulpverlenerschap. Een cliëntbegeleider over het belang van vaardigheidstrainingen en scholing:

In mijn groep waar we heel veel cliënten met autisme hebben, moet je ook een heel stuk scholing doen om mensen vaardigheden bij te brengen en een bepaalde wijze van ondersteuning aanleren. Dat kan heel veel doen om het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen tegen te gaan. Met mensen die goed geschoold zijn en weten wat een cliënt vraagt, kun je al veel bereiken.

Naast specifieke trainingen en scholing op het terrein van vrijheidsbeperking (denk aan hanteren van agressie, maar ook interactie en onderhandeling met cliënten) is het van belang dat vrijheidsbeperking aan de orde wordt gesteld op teamvergaderingen en dat er casusbesprekingen plaatsvinden waarin cliëntbegeleiders elkaar feedback geven naar aanleiding van incidenten.

8.3 Woonomgeving

Een adequate woonomgeving voorkomt dat cliënten zich aan elkaar gaan ergeren, dat er rust is en de mogelijkheid om zich terug te trekken. Dit kan preventief werken ten aanzien van vrijheidsbeperking. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het hebben van eenpersoonskamers, activiteitenbegeleiding en sfeer op de afdeling. Een arts geeft aan dat omgekeerd de woonomgeving complicerend kan werken als het gaat om het voorkomen of terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen:

Alleen als zo'n cliënt af en toe ontspoot en je zit in een woning in een wijk waar de volgende woning zeven deuren verderop is en de volgende ondersteuning tien huizen verderop is, dan wordt het wat moeilijker, want mensen staan er alleen, die kunnen niet gelijk de burens inroepen. En zitten vervolgens nog wel een tijdje alleen met de cliënt en de andere drie of vier cliënten in huis waarbij iemand heel erg boos is, dus dat maakt het wel moeilijker.

In situaties waar cliënten in een woonwijk leven, kunnen cliëntbegeleiders een minder goed beroep doen op hun collegae. Met als gevolg dat zij minder risico's durven te nemen, zo vervolgt de arts:

Vaak gaat het niet om cliënten die regelmatig ontsporen, maar wie zo af en toe helemaal door het lint gaan. En dat is in zo'n woonwijk moeilijker dan hier. En het is ook een stukje emotioneel aspect van groepsleiders, dat ze zich heel alleen voelen.

De bouwkundige voorzieningen zijn ook niet altijd ideaal, aldus dezelfde arts:

Als je doorpraat over de locatie, praat je over een gewoon woonhuis en dan is het ook niet altijd even goed ingericht om, en dan heb je de trap en dan heb je twee verdiepingen en dan heb je, als iemand echt boos wordt. Wat gebeurt er dan? Dan moeten we de trap op. Dan is het fysiek soms moeilijker.

8.4 Beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkingen

Randvoorwaarden voor goede zorg rond vrijheidsbeperking hebben voorts betrekking op het vaststellen en vast leggen van een eenduidig beleid binnen de organisatie (maar dan gaat het ook over het vormen van een visie op vrijheidsbeperking). Afspraken en protocollen dienen hier van te zijn afgeleid. Eenduidigheid is nodig om ervoor te zorgen dat cliëntbegeleiders voldoende geïnformeerd zijn over hoe te handelen. Een cliëntbegeleider onderstreept het belang van eenduidige afspraken rond het toepassen van vrijheidsbeperking:

Als je met z'n 3-en iemand naar een separeer moet brengen, dat niet de ene de ene methode toepast en de ander de ander. Je moet het ook een beetje binnen een organisatie op gelijke wijze doen, he?

Eenduidigheid in de zorg rond vrijheidsbeperkende maatregelen kan verwarring voorkomen, zo zegt een vertegenwoordiger:

Maar dat is ook, die personeelsleden hebben natuurlijk ook allemaal verschillende karakters en die hebben niet altijd dezelfde benadering, dat is heel lastig.

Naast beleid dienen er concrete acties te worden genomen om situaties te verbeteren. Een lid klankbordgroep:

Je kunt de vraag stellen wat is ons agressiebeleid. Niet dat er niet over nagedacht is, er zijn wel ideeën over, maar het heeft niet geresulteerd in hele concrete zaken.

Tot slot, dienen de middelen toereikend te zijn om goede te zorg te kunnen verlenen. Een arts signaleert dat ouders soms zelf financieel moeten bijspringen, maar dat de draagkracht dit niet altijd toelaat:

En als iemand een Zweedse band moet, wordt het ook geregeld. En volgens mij moet op het budget, als iemand een bed moet hebben waarbij hij beschermd in ligt en niet gemakkelijk kan gaan wandelen, nou, dan moet het ook op budget. Alleen ik heb dus gemakkelijk praten. Dat geldt niet voor mensen op de groep zelf. Sommigen hebben rijke ouders die alles betalen en sommigen die hebben dat niet.

Vuistregel: Cliëntbegeleiders hoeven het beleid niet zelf vorm te geven. Ze dienen er wel kennis van te hebben, en waar beleid ontbreekt hier aandacht voor te vragen.

Actie: Signaleer of de randvoorwaarden adequaat zijn.

8.5 Ethische beschouwing

Zorgethiek wordt vaak gezien als iets voor individuele, goed bedoelende hulpverleners. De terminologie geeft daar ook aanleiding toe: zorgzaamheid wordt immers (terecht) geassocieerd met persoonlijke betrokkenheid en wordt daar dan snel (ten onrechte) toe gereduceerd. Zoals eerder aangegeven gaat het bij zorgethiek om deugden. Die zijn persoonlijk, maar overstijgen ook het individuele. Deugdzaamheid kan alleen tot stand komen door opvoeding en begeleiding. Een goede zorgverlener is voorts afhankelijk van de context waarin hij opereert. De zorgethiek is ook een ethiek voor organisaties. Vanuit het perspectief van de zorgethiek zijn organisaties te zien als verantwoordelijkheidspraktijken (Verkerk, 2000; Walker, 1998).

Reinders (2001) benadrukt dat de verantwoordelijkheid voor vrijheidsbeperking niet altijd bij de cliëntbegeleiders ligt. Deze kan ook haar oorsprong hebben in beperkingen die de organisatie stelt. Reinders noemt het voorbeeld van restrictief beleid door cliëntbegeleiders ten aanzien van uitingen van seksualiteit van cliënten. Deze begeleiders handelen als gevolg van beleidsbeslissingen van een instelling waarvoor die cliëntbegeleiders zelf geen blaam treft. Reinders stelt dan ook dat indien begeleiders in de zorg het perspectief van hun eigen professionele verantwoordelijkheid niet willen verspelen, ze zich niet moeten laten leiden door de doelen van de organisatie en de doelen van de overheid, maar door de doelen die inherent zijn aan hun eigen beroepsethiek. Positief geformuleerd betekent dit dat professionele ethiek en organisatie ethiek met elkaar in verband moeten worden gebracht en op elkaar moeten worden afgestemd.

Communicatie en reflectie bieden mogelijkheden om ethische vragen in de praktijk vorm te geven. Concreet kan gedacht worden aan moreel beraad (Manschot en Van Dartel, 2003; Widderhoven en Abma, 2003). Moreel beraad is een van de mogelijke ethische gesprekvormen om in organisaties ruimte te creëren voor ethische vragen en ethiek in de praktijk vorm te geven. Een regelmatig terugkerend moreel beraad biedt betrokkenen de mogelijkheid om hun normatieve verwachtingen en noties over wat hun praktijk tot een 'goede' of minder goede praktijk maakt te expliciteren en daarover met elkaar in gesprek te gaan. In een dialoog kunnen mensen zich in elkaar herkennen. Het delen van ervaringen kan zo resulteren in empowerment van mensen en groepen. Dialoog is een voorwaarde om de praktijk te dynamiseren; om te ontdekken door wat voor vanzelfsprekendheden men zich laat leiden, om daar vraagtekens bij te plaatsen, om gemotiveerd te raken om de praktijk te veranderen en om te zien wat voor verbetering vatbaar is. Moreel beraad kan zo bijdragen tot de institutionele vormgeving van een verantwoordelijkheidspraktijk (Verkerk, 2000; Walker, 1998).

8.6 Juridische beschouwing

In de randvoorwaardelijke sfeer dienen allerlei maatregelen te worden genomen. In de juridische toelichting van voorgaande criteria of onderdelen daarvan is reeds aangegeven dat de

Kwaliteitswet zorginstellingen het raamwerk vormt voor organisatie en beleid op het gebied van kwaliteit. Artikel 3 van deze wet schrijft voor dat de zorgaanbieder de organisatie van de zorg zodanig inricht en het beleid ten aanzien van de kwaliteit zodanig voert dat aannemelijk is dat verantwoorde zorg kan worden geleverd. De zorgaanbieder dient de condities te scheppen voor het leveren van verantwoorde zorg, in casu voor het zorgvuldig en verantwoord toepassen van vrijheidsbeperking. Deze randvoorwaarden moeten de cliëntbegeleiders uitnodigen om zorgvuldig te handelen en moeten cliënten of hun vertegenwoordigers de ruimte bieden om voor zover mogelijk, zelfbeschikking waar te maken en voor het overige te worden betrokken bij ingrijpende beslissingen.

De randvoorwaarden volgen de gehele cyclus van besluitvorming tot het evalueren van vrijheidsbeperkende maatregelen en hebben daarnaast betrekking op de organisatorische en beleidscontext waarbinnen zich de zorg, inclusief vrijheidsbeperking afspeelt. Achtereenvolgens gaat het om de hierna te noemen elementen.

Organisatie van de zorg en kwaliteitssysteem. Zoals al aangegeven bepaalt artikel 3 Kwaliteitswet zorginstellingen dat elke instelling een op kwaliteit gerichte organisatie moet hebben, waarbinnen (art. 4) systematisch kwaliteit wordt gemeten teneinde zo nodig verbeteringen te kunnen aanbrengen. De gehele organisatie en aanpak van vrijheidsbeperking dienen expliciet onderdeel te zijn van zo'n systeem.

Kwaliteitsbeleid waarin expliciet ruimte is voor zorgvuldige en verantwoorde toepassing van vrijheidsbeperking. In het verlengde hiervan voert de instelling een kwaliteitsbeleid waarvan regels en protocollen op het gebied van vrijheidsbeperking deel uitmaken. Dit beleid scheidt de mogelijkheid om dat wat in organisatorische zin voorzien is te dynamiseren. De deskundigheid van cliëntbegeleiders dient steeds opnieuw kritisch bekeken te worden en er dient een programma te zijn om deze deskundigheid up to date te houden. Regelmatig wordt bezien of de interne regelgeving bij de tijd is, of de regels worden nageleefd en of de toepassing wordt geëvalueerd en de cliëntbegeleiders individueel feedback krijgen. In jaarplannen wordt zichtbaar waar in dit beleid accenten liggen en in het jaarverslag wordt verantwoord hoe men met vrijheidsbeperking is omgegaan.

Protocollering van individuele ondersteuningsplannen. De instelling dient te beschikken over een protocol waarin het traject van opnemings en vastlegging betreffende vrijheidsbeperking in het ondersteuningsplan, stapsgewijs en duidelijk uitgewerkt is opgenomen. Wie is voor de zorg verantwoordelijk, wie zijn verder betrokken, welke rol krijgt de verstandelijk beperkte persoon en de vertegenwoordiger bij de ontwikkeling en evaluatie van het ondersteuningsplan, wie gaat na of aan het plan de hand wordt gehouden, wie regisseert noodzakelijke wijzigingen enzovoorts. Het accent ligt in dit protocol uiteraard op de vrijheidsbeperking.

Protocollering van de toepassing van vrijheidsbeperking, al dan niet ter uitvoering van het ondersteuningsplan. Hier gaat het om de feitelijke toepassing. Hiervóór bij de juridische uit-

werking van het criterium 2 (Nadenken over doelen en middelen) al onderscheid gemaakt tussen (beslissingen over) opneming en vastlegging van (procedures met betrekking tot) vrijheidsbeperkende maatregelen en de feitelijke toepassing van vrijheidsbeperking. Dat vergt een afzonderlijke situationele afweging. Het verdient aanbeveling dit traject ook in een apart protocol vast te leggen.

Vastlegging, overdracht en registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen per cliënt, al dan niet unitsgewijs en ook voor de cliëntenpopulatie. Bij het voorgaande criterium is het belang van verslaglegging en overdracht aangegeven en uitgewerkt. Primair gaat het hier om de individuele cliënt. De zorgvuldigheid eist dat gedragingen en interventies nauwkeurig worden bijgehouden om vrijheidsbeperking op maat te kunnen toepassen en alleen als het strikt noodzakelijk is. Om voor evaluatie en beleidsdoeleinden zich te krijgen op aard en omvang van de vrijheidsbeperking in totaliteit, dienen registraties te worden bijgehouden en evaluaties te worden georganiseerd. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling erop toe te zien dat dit gebeurt en op afdelings- dan wel instellingsniveau iets met de uitkomsten te doen.

Melding en evaluatie. Ook dit is eerder uitgewerkt en toegelicht. Om toezicht mogelijk te maken is melding verplicht en evaluatie vormt het sluitstuk van elk handelen, ook in het kader van vrijheidsbeperking.

Hoofdstuk 9. *Conclusies en aanbevelingen*

De conclusies van het project worden in dit slothoofdstuk nog eens op een rij gezet. Tevens worden enkele aanbevelingen gedaan om de resultaten vruchtbaar te maken voor de praktijk. Eerst wordt echter een ervaring beschreven opgedaan tijdens het project die laat zien wat er nog te doen staat op het gebied van kwaliteit van vrijheidsbeperking.

9.1 Een eye-opener

Om de ervaringen van cliënten met vrijheidsbeperkingen in kaart te brengen is in de loop van dit project een video gemaakt waarin een aantal situaties rond vrijheidsbeperking werd uitgebeeld. Deze video werd vervolgens aan cliënten vertoond. Een opvallend resultaat was dat bij de presentatie van de video veel cliënten de sketches 'heel normaal' vonden, met andere woorden diverse vormen van vrijheidsbeperking worden door cliënten als 'gewoon' en vanzelfsprekend beschouwd. Dit resultaat werd besproken in de klankbordgroep. De klankbordleden herkenden de reacties van cliënten. Zij gaven aan dat cliënten gewend zijn geraakt – gehospitaliseerd in jargon - aan vormen van vrijheidsbeperking. Dit maakt dat cliënten het moeilijk vinden om kritische vragen te stellen bij situaties van vrijheidsbeperking. Dit gegeven impliceert dat ervan uitgegaan moet worden dat veel cliënten niet bij machte zijn om zich uit te spreken, laat staan om zich te verzetten, in situaties van vrijheidsbeperking. Willen zij betrokken worden in de communicatie over vrijheidsbeperking (tweede kwaliteitscriterium) en ook bij de evaluatie van incidenten dan moeten zij eerst weer zeggenschap krijgen over hun eigen leven. Dat zal voor veel cliënten een leerproces zijn. Immers, zij weten niet anders dan dat er voor hen wordt gedacht en besloten. Er ligt in dat opzicht een grote opgave voor de sector om mensen met beperkingen te leren om mee te doen en te participeren. Dat geldt overigens ook voor cliëntbegeleiders, die net als hun cliënten kunnen lijden aan vormen van hospitalisering.

9.2 Conclusies

In de praktijk bleek er vrij veel verwarring over wat vrijheidsbeperking is. De uiteenzetting van diverse regels (maatschappelijke, organisaties en huisregels, individuele regels) en de bijbehorende vormen van rechtvaardiging werd in dit verband als verhelderend ervaren.

In het project zijn vijf kwaliteitscriteria ontwikkeld, te weten:

a) deskundigheid; b) communicatie; c) nadenken over doelen, beoogde effecten en middelen; d) zorg als proces; en e) randvoorwaarden. De criteria werden door betrokkenen in de praktijk erkend als relevant voor hun handelen en als verbetermogelijkheden voor de praktijk. De vuistregels en acties werden gezien als concrete hulpmiddelen voor het verhogen van de kwaliteit van omgaan met vrijheidsbeperking in de zorg.

De vijf kwaliteitscriteria hangen nauw met elkaar samen. De samenhang tussen de criteria impliceert dat een goede implementatie van de criteria zich nooit kan beperken tot de toepassing van een ervan. Tegelijkertijd mag worden verwacht dat als een organisatie serieus werk maakt van de implementatie van de kwaliteitscriteria door te starten met de invoering van een aansprekend criterium automatisch ook andere criteria worden meegenomen. Zo kan het criterium deskundigheid niet worden gerealiseerd zonder aandacht te schenken aan de daarvoor vereiste randvoorwaarden in termen van deskundigheidsbevordering en scholing. En een goede evaluatie (criterium zorg is proces) kan niet zonder communicatie met betrokkenen.

De ontwikkelde kwaliteitscriteria zijn tijdens het project onderbouwd vanuit de ethiek en recht. Vanuit de ethiek bleken vooral inzichten vanuit de zorgethiek (zorg als proces), hermeneutische ethiek (hermeneutische competentie, dialoog), communicatieve ethiek (deliberatie, moreel be raad) en narratieve ethiek (levensverhaal, tegenstrijdige verplichtingen) relevant. Relevante wettelijke kaders stoelen op zelfbeschikkingsrecht en het recht op bescherming. Gewezen is op het recht op zelfontplooiing, dat onvoldoende verankerd ligt in de huidige en toekomstige wetgeving. De beginselen van goed hulpverlenerschap, en de beginselen van effectiviteit, doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit vormen eveneens belangrijke juridische ankers in de discussie over vrijheidsbeperking. Bij de onderbouwing van de kwaliteitscriteria zijn de genoemde theoretische noties verder uitgewerkt. Er is voor gekozen om dit per subthema te doen, om de theoretische begrippen aan concrete kwesties uit de praktijk te koppelen. Een nadeel van deze werkwijze is dat dit hier en daar tot herhaling heeft geleid en dat de link tussen de concrete praktijksituatie en theorie niet altijd even direct te leggen viel.

9.3 Aanbevelingen

De kwaliteitscriteria zijn bedoeld om aan te zetten tot denken (bewustwording). Tegelijkertijd moeten de kwaliteitscriteria praktisch toepasbaar zijn. Ze kunnen verder uitgewerkt worden via stappenplannen, checklists en beslissingsmodellen. Daarbij dient evenwel gewaakt te worden voor een al te receptmatige en instrumentele benadering van het morele vraagstuk vanuit de gedachte dat er juist behoefte is aan reflectie op het handelen. Protocollen/stappenplan/beslissingsmodellen kunnen de reflectie blokkeren, omdat ze cliëntbegeleiders instructies geven hoe te handelen zonder vragen op te roepen. Om de cliëntbegeleiders toch handvatten te bieden is een parallel document ontwikkeld in een meer toegankelijke tekst. In deze brochure staan de vuistregels en acties centraal als praktische richtlijnen.

Individuele cliëntbegeleiders kunnen zich bij hun handelen laten leiden door de kwaliteitscriteria en daaraan verbonden vuistregels en acties. Teams kunnen de kwaliteitscriteria als leidraad gebruiken op vaste vergaderingen en/of casuïstiekbesprekingen. Men kan overwegen een aandachtfunctionaris aan te wijzen. Tevens kunnen evaluatieformulieren of protocollen worden ontwikkeld om incidenten systematisch na te bespreken. Nieuwe cliëntbegeleiders moeten op de hoogte worden gebracht van de kwaliteitscriteria. Het management van organisaties moet

zorgdragen voor adequate randvoorwaarden. De middelen en maatregelen commissies hebben een specifieke verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van vrijheidsbeperking.

Het management dient voorts expliciete aandacht te besteden aan de implementatie van de kwaliteitscriteria, omdat dwang en drang zijn ingebed in de structuur en cultuur van organisaties. De implementatie van de kwaliteitscriteria vergt vaak een cultuuromslag. Dit geldt vooral voor cliëntbegeleiders. Een cultuuromslag verloopt niet automatisch: vanzelfsprekendheden, vaste regels en routines zullen moeten worden opgegeven. Het is bekend dat rationele argumenten niet voldoende zijn voor dergelijke veranderingsprocessen. Cliëntbegeleiders zullen enthousiast moeten worden, maar ook het management en andere belanghebbenden moeten achter de implementatie van de criteria staan. Uit een vergelijkbaar project in de GGZ is gebleken dat de implementatie alleen dan succesvol kan verlopen indien er een breed gedragen gevoel van urgentie – dat het anders moet en kan – is (Abma, 2005; Abma et.al., 2005; Abma en Widdershoven, 2005a).

De branche organisatie VGN dient de kwaliteitscriteria onder de aandacht te brengen van haar leden en de criteria sector breed in te voeren. Om dit te bevorderen kunnen rapport en brochure worden gepresenteerd op een studiedag waarop de 'koplopers' uit het project prominent aanwezig zijn.

In het project hebben cliënten en vertegenwoordigers een actieve rol gehad. Er moet echter nog een specifieke brochure ontwikkeld worden voor cliënten en vertegenwoordigers. De communicatie moet daarbij afgestemd zijn op de doelgroepen. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat gewerkt wordt met beeldend materiaal (pictogrammen) voor cliënten die niet of moeilijk kunnen lezen. Hoe men cliënten op het beste kan informeren, is echter onderwerp voor gesprek met cliënten en hun ouders. Het strekt dan ook tot de aanbeveling om een brochure voor cliënten en voor ouders / familie in gezamenlijkheid te ontwikkelen met overkoepelende cliëntenorganisaties zoals de LFB-Onderling Sterk en Federatie voor Ouderverenigingen.

Overwogen kan worden om de implementatie van de kwaliteitscriteria projectmatig op te zetten en onderzoeksmatig te volgen, naar voorbeeld van het eerder genoemde psychiatrie project (Abma et.al., 2005). Een twaalftal organisaties implementeerde de criteria in lokale projecten met eigen doelstellingen en ambities. Tegelijkertijd ontmoetten betrokkenen elkaar in diverse landelijke verbanden om kennis en ervaringen uit te wisselen. Dit bood de mogelijkheid tot verdere verdieping en verbreding en faciliteerde het onderlinge leren tussen betrokkenen in organisaties. Geleerd kan worden van de spanningen die zich voordeden bij de implementatie aldaar, zoals instellingsbreed versus kleinschalig beginnen, top-down of bottom-up werken, kwantitatieve versus kwalitatieve doelen nastreven, daadkracht versus draagvlak en een oppervlakte versus een diepte-strategie voeren.

Referenties

- Abma, T.A. (1998) Storytelling as inquiry in a mental hospital. *Qualitative Health Research* 8(6): 821-838.
- Abma, T.A. (2005) Implementatieprocessen. (p. 55-66) In: Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M. en Lendemeijer, B. (red.) (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Abma, T.A. en Widdershoven, G.A.M. (2002) Responsieve evaluatie en haar betekenis voor de verplegingswetenschap: een bijdrage in de serie Methoden en Technieken. *Verpleegkunde* 17(4): 207-19.
- Abma, T.A. en Widdershoven, G.A.M. (2005) Sharing stories: Narrative and dialogue in responsive nursing evaluation. *Evaluation en The Health Professions* 28(1): 90-109.
- Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M. en Lendemeijer, B. (red.) (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Abma, T.A. en Widdershoven, G.A.M. (2005a) Dwang en drang in de psychiatrie. Cultuurverandering in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 60: 608-622.
- Abma, T.A., Frederiks, B.J.M., Hooren, R.H. van, Widdershoven G.A.M., Wijmen, van F.C.B. en Curfs, L.M.G. (2005) Kwaliteit van vrijheidsbeperking: communicatie als criterium. *Nederland Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten* 31(3): 147-160.
- Arends, L.A.P. en Frederiks, B.J.M. (2003) Hersenschimmen? Een beschouwing over de noodzaak van nieuwe wetgeving naar aanleiding van de tweede Wet Bopz-evaluatie interne rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 27(2): 80-92.
- Arends, L.A.P., Blankman, K. en Frederiks, B.J.M. (2002) *Evaluatie Wet Bopz. Deel 10-3. De interne rechtspositie in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector*. Den Haag: ZonMW.
- Baart, A. (1997) Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit. (p. 205-223) In: Verkerk, M. (red.) *Denken over zorg. Concepten en praktijken*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Begeleidingscommissie evaluatie Wet Bopz (2002) *Evaluatie Wet Bopz, Deelonderzoek 10-10: Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie*. Den Haag: ZonMw.
- Berlin, I. (1969) *Four Essays on Liberty*. Oxford: Oxford University Press.
- Emanuel, E.J. en Emanuel, L.L. (1992) Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 267: 2221-6.
- Frederiks, B.J.M. (2004) *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap. Van beperking naar ontplooiing* (dissertatie) Den Haag: SDU.
- Frederiks, B.J.M., Widdershoven, G.A.M., Wijmen, F.C.B. van en Curfs, L.M.G. (2005) Vrijheidsbeperking in de mensen met een verstandelijke beperking. *Zorg: een aanzet tot systematisering. Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking* 31: 18-34.
- Gadamer, H.-G. (1960) *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Graste, J. (2000) Een perspectief op zorgethiek. (p. 20-31) In: Graste, J. en Bauduin, D. (red.).

- Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg.* Assen: Van Gorcum.
- Greene, J.C., Kreider, H. en Mayer, E. (2005) Combining qualitative and quantitative methods in social inquiry. (p. 274-281) In: Somekh, B. and Lewin, C. (eds.). *Research methods in the social sciences.* London: Sage.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002) *Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg.* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Legemaate J. (1994) *Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening.* Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht.
- Legemaate, J. (1998) De zorg van een goed cliëntbegeleider, in relatie tot de professionele standaard. (p. 12) In: Legemaate, J. (red.). *De Wgbo: van tekst naar toepassing.* (Derde druk). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- MacKenzie, C. en Stoljar, N. (eds.) (2000) *Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self.* Oxford: Oxford University Press.
- Madriz, E. (2000) Focus groups in feminist research. (p. 835-850) In: Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (eds.) *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage.
- Maeckelberghe, E.L.M. (2004) Afhankelijkheidswerk: een pleidooi voor reflectieve zorgverleners in de verstandelijk gehandicaptenzorg. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen* 30(1): 44-57.
- Manschot, H. en Dartel, H. van (2003) (red.) *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk.* Amsterdam: Boom.
- Meadows, L.M and Morse, J.M. (2001) Constructing evidence within a qualitative project. (p. 187-201) In: Morse, J.M., Swanson, J.M. and Kuzel, A.J. (eds). *The nature of qualitative evidence.* Thousand Oaks: Sage.
- Megens, Y. en Lendemeijer, B. (2004) *Richtlijn vrijheidsbeperking in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.* Utrecht: UMCU.
- Meininger, H.P. (1998) Autonomie en professionele verantwoordelijkheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, 24: 220-236.
- Meininger, H.P. (2002a) Zorgen met zin. *Ethische beschouwingen over zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Meininger, H.P. (2002b) Vrijheidsbeperking als moreel probleem van zorgverleners: een zorgethisch perspectief. *Symposium 'Vrijheidsbeperkende interventies in de zorg'* Jaarbeurs Utrecht.
- Meininger, H.P. (2003) Werken met levensverhalen: Een narratief-ethische verkenning. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen* 29: 102-119.
- Moen, J. en Abma, T.A. (1992) Het ziekenhuis als een transactie netwerk van maatschappen. (p. 18-27) In: De Jong, P., Korsten, A.F.A. en Made, J.H. van der (red.). *Ziekenhuizen: besluitvorming en management.* Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Moody, H.R. (1992) *Ethics in an aging society.* Baltimore: John Hopkins University Press.
- Nussbaum, M.C. (1986) *The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Plummer, K. (2001) *Documents of life.* London: Sage.

- Reinders, J.S. (1996) *Wat niets kan worden, stelt niets voor. Mensen met een verstandelijke handicap in het licht van de hedendaagse gezondheidsethiek*. Amersfoort: Vereniging 's Heeren Loo.
- Reinders, J.S. (2000) *Ethiek in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Amsterdam: Boom.
- Reinders, H. (2001) Vrijheidsbeperking: vanuit welk perspectief? Kanttekeningen vanuit de filosofie. <http://www.zetweb.nl>
- Ricoeur, P. (1983) *Temps et récit, I*. Paris: Editions du Seuil.
- Schwandt, T.S. (1999) On understanding understanding. *Qualitative Inquiry* 5(4): 451-464.
- Tronto, J. (1993) *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Van Hooren, R.H., Widdershoven, G.A.M., Borne, H.W. van den, Curfs, L.M.G. (2002) Autonomy and intellectual disability: the case of prevention of obesity in Prader-Willi syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research* 46: 560-568.
- Van Hooren, R.H. en Widdershoven, G.A.M. (2004) Ethiek en zorg voor mensen met een verstandelijke handicap: De spanning tussen het streven naar autonomie en goede zorg. In: Biemond, E. Jacobse, H., Leeuwen, W.A.L. van, Maaskant, M.A. en Mannen, H. (red.). *Vademecum Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Wijmen, F.C.B. (1996) *Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg*. Deventer: Kluwer.
- Van Wijmen, F.C.B. (2006) *Een kleine mooie ritselende revolutie. Over de effectiviteit van 35 jaar patiëntenrechten in Nederland*. (Afscheidsrede Universiteit Maastricht). Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Verkerk, M. (1997) Zorg of contract: een andere ethiek. (p. 53-73) In: Manschot, H. en Verkerk, M. (red.). *Ethiek van de zorg*. Amsterdam: Boom.
- Verkerk, M. (2000) De organisatie als praktijk van verantwoordelijkheid. (p.112-125) In: Graste, J. en Bauduin, D. (red.). *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
- Verkerk, M. (2003) Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden. (p. 177-190) In: Manschot, H. en Dartel, H. van (red.). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Walker, M. (1998) *Moral understandings*. New York: Routledge.
- Widdershoven, G.A.M. (1988) Inleiding. (p. 9-16) In: De Boer, Th. (et.al.). *Hermeneutiek, Filosofische grondslagen van mens- en cultuurwetenschappen*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Widdershoven, G. (2000) *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheids-ethiek*. Amsterdam: Boom.
- Widdershoven, G.A.M. (2001) Dialogue in evaluation: A hermeneutic perspective. *Evaluation* 7(2): 253-263.
- Widdershoven G.A.M. en Sohl, C. (1999) Interpretation, action and communication: Four stories about a supported employment program. (p. 109-130) In: Abma, T.A. (eds.). *Telling tales. On narrative and evaluation. Advances in Program Evaluation*. Volume 6. Connecticut: JAI Press.
- Widdershoven, G.A.M. en Abma, T.A. (2003) Moreel beraad als dialoog. Dialogische ethiek en responsieve evaluatie als grondslagen voor moreel beraad. (p. 191-202) In: Manschot, H. en

Dartel, H. van (red.). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Widdershoven, G.A.M. en R. Berghmans (2005) Dwang en drang vanuit ethisch perspectief. (p. 45-55) In: Abma, T.A., Widdershoven, G.A.M. en Lendemeijer, B. (red.) (2005) *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.

Eerdere publicaties over dit project

Abma, T.A., Frederiks, B.J.M., Hooren, R.H. van, Widdershoven G.A.M., Wijmen, van F.C.B. en Curfs, L.M.G. (2005) Kwaliteit van vrijheidsbeperking: communicatie als criterium. *Nederland Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten* 31(3): 147-160.

Frederiks, B.J.M., Widdershoven, G.A.M., Wijmen, F.C.B. van en Curfs, L.M.G. (2005) Vrijheidsbeperking in de mensen met een verstandelijke beperking. Zorg: een aanzet tot systematisering. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking* 31: 18-34.

Bijlage. *Kwaliteitscriteria in schema*

	Wat is kwaliteit?	Vuistregels
Criterium 1 Deskundigheid	Deskundig zijn	<ul style="list-style-type: none"> • Deskundigheid omvat kennis, houding en vaardigheden • Verplichtingen en belangen kunnen tegenstrijdig zijn • Belang van reflectie
Criterium 2 Communicatie	Communiceren over vrijheidsbeperking	<ul style="list-style-type: none"> • Belang van luisteren • Belang van open staan voor de cliënt • Communicatie afstemmen op niveau (cognitief en sociaal- emotioneel) en specifieke beperkingen • Rondom instemming en verzet geldt niet alleen ja/nee
Criterium 3 Doelen, effect, middelen	Nadenken over doelen, beoogde effecten en middelen	<ul style="list-style-type: none"> • Er moeten goede redenen zijn voor een interventie • Middelen moeten in verhouding tot doelen staan • Maatregelen gelden voor bepaalde tijd • Er is een schaal van interventies: <ol style="list-style-type: none"> 1. stimuleren 2. drang 3. dwang
Criterium 4 Zorg als proces	Het in de tijd plaatsen van de interventies	<ul style="list-style-type: none"> • Maatregelen gelden voor bepaalde duur • Anticiperen op incidenten werkt preventief • Evaluatie levert informatie, herstelt werkrelatie • Van incidenten valt te leren • Afbouwen is een zoekproces
Criterium 5 Randvoorwaarden	Signaleren of er is voldaan aan adequate randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> • Goede zorg vereist goede randvoorwaarden: <ol style="list-style-type: none"> 1. personeel 2. scholing 3. woonomgeving 4. middelen en beleid

Acties	Ethische aspecten	Juridische aspecten
<ul style="list-style-type: none"> • Ken de wet • Ken de cliënten • Houdt deskundigheid op peil • Ken de grenzen van je deskundigheid • Raadpleeg andere collega's, arts en gedragsdeskundige • Bespreek afwegingen • Leg verantwoording af, kijk terug 	<ul style="list-style-type: none"> • Hermeneutische competentie: ken levensverhaal cliënt • Zorg als morele houding: 'geven om' • Tragische situaties: erken dilemma's en uit emoties 	<ul style="list-style-type: none"> • Goed hulpverlenerschap: volgt wetten en normen • Bekwaamheid en bevoegdheid • Weging van doeltreffendheid, doelmatigheid
<ul style="list-style-type: none"> • Luister naar en observeer de cliënt • Sta open voor de cliënt • Stem communicatie af op niveau en problematiek • Stel vragen aan de cliënt die ja/akkoord is • Ken uitingsvormen van verzet • Ga na waarom de cliënt zich verzet 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialoog: confrontatie perspectieven • Interpretatie: welke waarden zijn belangrijk? • Deliberatie: overleg en discussie over waarden 	<ul style="list-style-type: none"> • Contract • Leg in ondersteuningsplan uiting verzet vast
<ul style="list-style-type: none"> • Wees terughoudend met interventies • Formuleer doelen en beoogde effecten • Maak risico analyse • Kies middel dat in verhouding staat tot doel • Kies minst ingrijpende middel • Blijf zoeken naar alternatieven • Ga na of een middel werkt. Zoek anders een alternatief 	<ul style="list-style-type: none"> • Positieve vrijheid: zorg draagt bij aan zelfontplooiing • Zorg is onderhandelen: overreding is cruciaal 	<ul style="list-style-type: none"> • Doeltreffendheid • Doelmatigheid • Subsidiariteit • Proportionaliteit
<ul style="list-style-type: none"> • Leg tijdstip evaluatie maatregelen vast • Anticipeer op toekomstige situaties • Meld en registreer incidenten • Evalueer en leer van incidenten en positieve gebeurtenissen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg is proces • Fase van zorgen om: aandachtigheid en oog voor concrete situatie • Fase van ontvangen: is zorg zoals bedoeld? 	<ul style="list-style-type: none"> • Overdracht • Zorgvuldige vastlegging
<ul style="list-style-type: none"> • Signaleer of aan randvoorwaarden is voldaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg als verantwoordelijkheids-praktijk • Moreel Beraad 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitsbeleid • Interne protocollen • Systemen van vastlegging, overdracht en registratie

Over de auteurs

Dr. T.A. Abma, PhD, MSc, Ba, is senior onderzoeker bij de sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, cluster Zorgwetenschappen, Universiteit Maastricht.

Mr. dr. B.J.M. Frederiks, PhD, MSc, LLM, is universitair docent gezondheidsrecht aan de VUMC, afdeling sociale geneeskunde en consultant bij Berenschot.

Drs. R.H. van Hooren, MA, is onderzoeker bij de sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Cluster Zorgwetenschappen, Universiteit Maastricht.

Prof. dr. G.A.M. Widdershoven, PhD, Mphil, is hoogleraar Ethiek van de gezondheidszorg aan de Universiteit Maastricht.

Prof. mr. F.B.C. van Wijmen, PhD, LLM, is hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Universiteit Maastricht.

Prof. dr. L.M.G. Curfs, PhD, MSc, is bijzonder hoogleraar Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en directeur van het Gouverneur Kremers Centrum, Universiteit Maastricht.

