

Werkwijze bij ernstig agressief of groepsontwrichtend gedrag dat de zorg onhoudbaar maakt

1. Doel en reikwijdte

Dit protocol beschrijft hoe zorgaanbieder handelt bij cliënten met een Wlz-indicatie wanneer sprake is van ernstig agressief, bedreigend of groepsontwrichtend gedrag waardoor de veiligheid van medepatiënten, medewerkers of de cliënt zelf niet langer kan worden geborgd. Het doel is het waarborgen van veiligheid, het zorgvuldig invullen van de zorgplicht en het tijdig en transparant afstemmen met het zorgkantoor en ketenpartners. Het protocol is van toepassing op klinische afdelingen, woonvormen en beschermde woonsettings binnen zorgaanbieder.

2. Uitgangspunten

Zorgaanbieder biedt zorg aan mensen met complexe problematiek en heeft nadrukkelijk geen risicomijdend beleid. Tegelijk geldt dat zorg altijd **verantwoord en veilig** moet zijn. Een Wlz-indicatie geeft recht op langdurige zorg, maar betekent niet dat elk gedrag zonder grenzen kan worden geaccepteerd. De zorgrelatie is wederkerig: van cliënten mag worden verwacht dat zij zich, binnen hun mogelijkheden en wilsbekwaamheid, zodanig gedragen dat samenleven in een kwetsbare groep mogelijk blijft. Veiligheid van anderen en van medewerkers weegt zwaar.

3. Definities (werkbegrippen)

Ernstig agressief of groepsontwrichtend gedrag betreft gedrag dat leidt tot of een reëel risico vormt op lichamelijk letsel, ernstige dreiging of structurele ontwrichting van het behandel- of woonklimaat.

Onhoudbare zorgsituatie is een situatie waarin, ondanks opschaling van begeleiding, toezicht of expertise, de veiligheid niet langer verantwoord kan worden geborgd binnen de huidige setting.

4. Signalering en dossiervorming

Agressie, dreiging, ernstige escalaties en herhaald grensoverschrijdend gedrag worden **altijd vastgelegd** in het cliëntdossier en het interne incidentmeldsysteem, ook als ze “opgelost” lijken. Ook aangifte doen wordt gestimuleerd. Juist het patroon in de tijd is bepalend. Teams worden gestimuleerd laagdrempelig te melden; agressie hoort niet ‘bij het werk’. Tijdige dossiervorming is essentieel voor zorginhoudelijke afwegingen en voor afstemming met het zorgkantoor.

5. Gefaseerde werkwijze

Fase 1 – Vroege signalen en preventie

Bij toenemende spanning, herhaald grensoverschrijdend gedrag of incidenten bespreekt het team dit in MDO, wordt een duidelijke grens gesteld richting cliënt en wordt vastgelegd welke gedragsafspraken gelden. Waar passend kan een (schriftelijke) waarschuwing worden gegeven, conform het Voorschrift Zorgtoewijzing. Time-out-maatregelen, tijdelijke interne overplaatsing of opschaling van begeleiding kunnen worden ingezet, mits veilig.

Fase 2 – Escalatie en dreigende onhoudbaarheid

Als sprake is van oplopend risico op ernstig nadeel en de zorgsetting onder druk komt te staan, wordt dit expliciet benoemd als *dreigende onhoudbaarheid*. Het management en de

geneesheer-directeur/psychiater worden betrokken. In deze fase wordt het zorgkantoor **tijdig geïnformeerd via het berichtenverkeer (met een afschrift naar accountbeheer/verkoop)**, ook als er (nog) geen formele zorgbeëindiging of overplaatsing aan de orde is. Dit kan beknopt: een signaal dat de situatie kritisch is en dat zorg mogelijk niet langer houdbaar blijft.

Fase 3 – Acute onveiligheid

Bij acute dreiging (bijvoorbeeld ernstig geweld, wapenbezit of directe gevaarstelling) staat veiligheid voorop. Er wordt direct gehandeld: de-escalatie, beveiliging, politie en evt. acute dienst inschakelen waar nodig. In deze fase is het toegestaan dat de cliënt **direct de setting verlaat** als dat noodzakelijk is voor veiligheid. Zorg voor andere cliënten en de collega's is op dit moment zeer belangrijk. Dit is geen zorgbeëindiging, maar een veiligheidsinterventie. Daarna wordt zo spoedig mogelijk het zorgkantoor geïnformeerd door Verkoop en wordt de vervolgroute bepaald.

6. Zorgplicht bij (tijdelijke) beëindiging van verblijf

Als een cliënt niet langer in de huidige woon- of klinische setting kan blijven, blijft zorgaanbieder verantwoordelijk voor het **voortzetten van de zorgplicht**. Dit betekent:

- contact houden met de cliënt voor zorg en medicatie;
- ambulante opvolging waar mogelijk;
- actief zoeken naar een passende alternatieve plek (binnen of buiten de organisatie van zorgaanbieder);
- samenwerking met zorgkantoor, maatschappelijke opvang, levenslooppaanpak of forensisch kader indien passend.

De zorgplicht eindigt niet bij het verlaten van de locatie, maar wel kan de **vorm en plaats van zorg** tijdelijk wijzigen.

7. Rol van het zorgkantoor en ketenpartners

Het zorgkantoor toetst niet inhoudelijk het besluit om iemand uit een specifieke setting te halen, maar toetst of het proces zorgvuldig is en of de zorgplicht geborgd blijft. Vroegtijdige afstemming voorkomt ad-hoc escalatie en versnelt het zoeken naar oplossingen. Bij complexe of terugkerende casuïstiek wordt direct overleg gezocht met het zorgkantoor en eventueel andere ketenpartners (levenslooppaanpak, gemeente, politie, OM).

8. Communicatie en verantwoordelijkheden

Het behandelteam signaleert en meldt; het management weegt en besluit; directie wordt betrokken bij zwaarwegende of maatschappelijk gevoelige casussen. Communicatie richting cliënt en naasten is helder, begrenzend en respectvol: het gaat om veiligheid en passendheid, niet om straf. Medewerkers worden expliciet gesteund in besluiten waarbij veiligheid in het geding is.

9. Evaluatie en leren

Elke casus waarbij zorg (tijdelijk) onhoudbaar werd, wordt geëvalueerd: wat zagen we eerder, wat had anders gekund, en wat vraagt dit van het zorgaanbod in de regio? Deze evaluaties voeden interne scholing, afspraken met zorgkantoren en regionale tafels.