

# Multidisciplinair Expertise Team (MDET)

Een effectieve methode voor het afbouwen  
van onvrijwillige zorg in de verstandelijk  
gehandicaptensector





# Waarom een methode om onvrijwillige zorg af te bouwen?

Het verminderen van onvrijwillige zorg is een actueel thema in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Onvrijwillige zorg is zorg waarmee de cliënt niet instemt of waar de cliënt zich tegen verzet. Het mag alleen in worden gezet wanneer sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt en er geen andere, vrijwillige oplossingen zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Immers, cliënten hebben recht om zoveel mogelijk hun eigen leven in te richten en zelf keuzes te maken.

In januari 2020 ging de Wet Zorg en Dwang van kracht. Deze wet verplicht zorgorganisaties voortdurend te werken aan het verminderen van onvrijwillige zorg. Dit stelt zorgprofessionals voor een grote uitdaging: alle vormen van onvrijwillige zorg moeten, zoveel als mogelijk is, worden afgebouwd. De wet biedt hiervoor een stappenplan, maar in de praktijk blijken er veel vragen te bestaan. Deze vragen kunnen beantwoord worden door een Multi-Disciplinair Expertise Team, bestaande uit zorgprofessionals die affiniteit, kennis en ervaring hebben met het afbouwen van vrijheidsbeperkingen en onvrijwillige zorg. Uit onderzoek blijkt dat de inzet van een Multidisciplinair Expertise Team (MDET) in organisaties kan bijdragen aan een versnelde en hoger percentage van afbouw van onvrijwillige zorg (Schippers, 2019).



# Wat is de methode MDET?

MDET is een methode waarbij een expertise team samengesteld uit professionals van de eigen organisatie met zorgteams werkt aan het herkennen en verminderen van onvrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg is breed gedefinieerd en daardoor zeer divers: het betreft alle vormen van zorg waar de cliënt niet mee instemt en raakt aan meerdere aspecten van de zorgorganisatie (cliënt niveau, teamniveau, organisatieniveau). Aanleidingen voor het toepassen van onvrijwillige zorg zijn eveneens vaak divers. De kracht van de methode ligt in het multidisciplinaire karakter van het expertise team, omdat zij beschikken over wetenschappelijke en praktische kennis vanuit verschillende disciplines. De samenwerking van het expertiseteam met de zorgteams van de woningen en het voortdurend zoeken naar consensus over het stap-voor-stap afbouwen van onvrijwillige zorg maakt de methode succesvol.

De werkwijze van MDET sluit aan bij het stappenplan volgens de Wet Zorg en Dwang, het vervangt echter het stappenplan niet. Het stappenplan van de WZD moet altijd gevolgd worden bij onvrijwillige zorg. Multidisciplinaire overleggen die in het kader van de methode MDET plaatsvinden kunnen gezien worden als overleg met 'deskundige van een andere discipline' of als overleg met 'deskundige die niet bij de zorg betrokken is', zoals vereist is bij verschillende stappen uit het stappenplan.

MDET is een methode die kijkt naar de oorzaken, toepassing en mogelijkheden tot afbouw van onvrijwillige zorg. Zowel op het niveau van de cliënt als op teamniveau kan het MDET interventies voorstellen, die in overleg met het zorgteam worden beschreven in een consultatieplan. De methode kent 6 verschillende fasen die doorlopen worden.

# Wat levert de methode MDET op voor een organisatie?

- Werken met een evidence-based methode voor de afbouw van onvrijwillige zorg
- Kennisontwikkeling binnen de organisatie door te werken met een eigen multidisciplinair team
- Meer en snellere afbouw van onvrijwillige zorg. Dit kan leiden tot kwaliteitsverbetering van de zorg voor cliënten met een verstandelijke beperking.
- Een groter bewustzijn van de (onbewuste) toepassing van onvrijwillige zorg door zorgverleners.
- In de toepassing van MDET wordt nadruk gelegd op de registratie van onvrijwillige zorg. Indien zorgprofessionals zich bewust worden van het belang hiervan zou dat mogelijk kunnen leiden tot een verbeterde registratie van onvrijwillige zorg.
- Ondersteuning voor de implementatie van de Wet Zorg en Dwang (WZD)
- Bevordering van de samenwerking tussen verschillende disciplines en lagen in de organisatie



# Hoe wordt een Multidisciplinair Expertise Team samengesteld?

Op het moment dat een organisatie kiest om de methode MDET te implementeren stelt de organisatie zelf een Multi-Disciplinair Expertise Team samen. De samenstelling kan per organisatie verschillen, afhankelijk van de expertise die voorhanden is. Voorbeelden van functies die vertegenwoordigd kunnen zijn in het MDET:

- orthopedagogen
- psychologen
- gedragstherapeuten
- artsen
- fysiotherapeuten
- ergotherapeuten
- video feedback trainers
- managers
- ervaringsdeskundige cliënten
- wettelijke cliënt vertegenwoordigers
- coördinator

Kleine organisaties die misschien niet alle expertise zelf in huis hebben en daardoor een smallere kennis basis hebben om uit te putten, kunnen gebruik maken van de leerwerkgemeenschap MDET om expertise uit te wisselen. Hierin werken zorgprofessionals van verschillende zorgorganisaties samen aan de implementatie en het uitvoeren van de methode MDET.

Het expertiseteam kan worden geconsulteerd wanneer een medewerker, cliënt of wettelijk vertegenwoordiger vragen heeft over het gebruik en afbouwen van onvrijwillige zorg. Afhankelijk van de consultatievragen bekijkt de coördinator welke expertise nodig is. Experts met de benodigde kennis zullen samen met het zorgteam van de woning een consultatietraject doorlopen. Ze hebben als doel het gebruik

van onvrijwillige zorg op een verantwoorde en duurzame wijze te verminderen.

Op basis van brede en actuele wetenschappelijke en praktische kennis beschikt het MDET over een toolkit met gestandaardiseerde interventies, zoals ergotherapeutische interventies, functionele gedragsanalyse, stress-gehechtheidsinterventies en leertheoretische interventies. Het toepassen van deze interventies en nieuwe wetenschappelijke kennis zorgen voor continue ontwikkeling in elk MDET, en geven experts de mogelijkheid om interventies toe te passen die buiten hun eigen denk- en handelingswijze liggen. Het expertiseteam wisselt ervaringen hiermee uit middels intervisie of volgt een scholing om een handelingswijze eigen te maken.



# MDET: drie hoofd- componenten van de methode

- **Bewustwording en registratie:**

Het verminderen van onvrijwillige zorg begint met bewustwording. Je moet weten welke vormen van onvrijwillige zorg je toepast voordat je ze kan afbouwen. Het is gebleken dat zorgverleners, cliënten en/of vertegenwoordigers zich niet altijd realiseren dat zorg onvrijwillig kan zijn. Ooit was het inzetten van een bepaalde vorm van onvrijwillige zorg wellicht een goede oplossing, maar is dat nu nog zo? Of wellicht wordt de onvrijwillige zorg al geruime tijd, wellicht routinematig toegepast? Cliënten zijn soms niet op de hoogte van de mogelijkheid om niet in te stemmen met zorg of zich er actief tegen te verzetten. Het zorgteam brengt het registratiesysteem op orde. Het MDET helpt om voor elke cliënt de verschillende vormen van onvrijwillige zorg in kaart te brengen zodat deze opgenomen kunnen worden in het registratiesysteem. Uitgangspunt voor het herkennen van onvrijwillige zorg is de definitie van de Wet Zorg en Dwang en de bijbehorende categorisering (<https://www.dwangidezorg.nl/wzd>). Ook kan het MDET uitleg geven over hoe de registratie kan bijdragen aan het verminderen van onvrijwillige zorg.

- **Multidisciplinaire interventie op teamniveau:**

Het is belangrijk dat het MDET samenwerkt met het zorgteam van de woning. Het is een gezamenlijk proces waarbij afstemming en consensus zoeken de kern vormen. Het MDET bezoekt de zorgteams om gezamenlijk vast te stellen welke vormen van onvrijwillige zorg worden toegepast en in welke stappen gewerkt gaat worden aan het afbouwen daarvan. Indien geen overeenstemming wordt bereikt dan kunnen nog aanvullende teaminterventies worden gedaan. Denk aan uitleg over de Wet Zorg en Dwang of verschillende werkvormen om vanuit het cliëntperspectief de zorg te beoordelen.

- **Multidisciplinaire interventie op cliëntniveau:**

Het MDET denkt mee met het team over individuele cliëntvragen en adviseert welke interventies passend zijn om de cliëntvraag te beantwoorden zonder onvrijwillige zorg. Interventies kunnen sterk uiteenlopen en zijn onder andere gebaseerd op de sociale leertheorie, de gehechtheidstheorie, videotraining, specialistische medische kennis en praktische ervaringen. De uitvoer van de interventie wordt door het MDET gevolgd en ondersteund.





# Hoe werkt de methode MDET in de praktijk?

De methode MDET kent een aantal fasen die elkaar logisch opvolgen. Deze fasen staan hieronder beschreven.

## **1. De voorbereidingsfase: Het informeren van bewoners en hun wettelijke vertegenwoordigers. Beschrijving van onvrijwillige zorg en beperkende maatregelen**

Het zorgteam vraagt bij het Multi-Disciplinair Expertise Team een consultatietraject aan. Informatie over MDET wordt gedeeld met bewoners en hun wettelijke vertegenwoordiger en er wordt toestemming gevraagd om het consultatietraject te starten. MDET-experts maken een inventarisatie van de vormen van onvrijwillige zorg die worden toegepast bij cliënten, en stellen hypothesen op over mogelijke oorzaken. Zij schrijven dit in het voorlopige consultatieplan. Bronnen die hiervoor worden gebruikt: het zorgplan van de cliënt, huidig ondersteuningsplan in de ECD, signaleringsplannen, risicomangementplan en andere relevante rapportages in de dossiers en de registratiemodule. Deze inventarisatie is voorwerk, en de eerste stap in het toewerken naar een consultatieplan.

## **2. De startfase: Overleg tussen de experts en het zorgteam om de urgentie van het verminderen van onvrijwillige zorg vast te stellen en consensus te bereiken**

In de kennismaking met het zorgteam verduidelijkt de MDET-expert de stappen van de methode. De MDET-expert en het zorgteam bespreken de toegepaste vormen van onvrijwillige zorg één voor één, zowel op woningniveau als op individueel cliënt niveau, gebruik makend van het voorlopige consultatieplan. Ook wordt gekeken of het team nog aanvullingen heeft. Er vindt een triage plaats: welke toepassing van onvrijwillige zorg is het meest risicovol voor de cliënt? Wat kan relatief eenvoudig en snel worden afgebouwd om succes te boeken? Het zorgteam en de expert

bespreken deze onderwerpen met als doel om tot consensus te komen over een stappenplan. Ook de cliënt zelf of zijn wettelijk vertegenwoordiger worden indien mogelijk hierbij betrokken. Wanneer consensus is bereikt, wordt gecontroleerd door het MDET of de vastgestelde onvrijwillige zorg correct geregistreerd is in de registratiemodule. Indien nodig wordt uitleg gegeven over correct registreren.

## **3. De planningsfase: Voltooien van het consultatieplan door het vaststellen van een behandelplan met daarin stappen voor afbouw onvrijwillige zorg**

De expert schrijft op basis van de bespreking in fase 2 het consultatieplan, met daarin opgenomen een behandelplan waarin aan de hand van SMART geformuleerde doelen beschreven staat hoe een hypothese over het ontstaan en voortbestaan van onvrijwillige zorg kan worden getoetst en hoe dit kan worden afgebouwd. Het prioriteren van de stappen voor afbouw in het behandelplan gebeurt door het afwegen van de risico's van onvrijwillige zorg en de voorkeuren van het zorgteam en cliënten of wettelijke vertegenwoordigers, zoals in fase 2 besproken. Multidisciplinaire behandelingsinterventies worden beschreven op cliëntniveau en op zorgteamniveau. De expert en het zorgteam overleggen regelmatig totdat er een haalbaar plan ligt.

## **4. Actiefase: het afbouwen van onvrijwillige zorg**

Het zorgteam begint met het implementeren van de stappen om onvrijwillige zorg af te bouwen. Meestal wordt dit aangestuurd door de coördinerend of persoonlijk begeleider en de gedragskundige van de woning. De MDET-expert is beschikbaar voor vragen of evaluaties. De stappen worden genoteerd in de registratiemodule zodat voortgang gevolgd kan worden. Indien het nodig is kan het consultatieplan nog worden aangepast, waarna het team verder gaat met het afbouwen van onvrijwillige zorg. Het is een cyclisch proces van plannen-doen-evalueren-aanpassen (plan-do-check-act). Deze fase kan zowel kortdurend zijn als enkele maanden in beslag nemen.

## **5. De afrondingsfase: afronden van het consultatietraject**

De MDET-expert, het zorgteam en de cliënt(vertegenwoordiger) bereiken consensus over het feit dat de hoogst haalbare reductie van onvrijwillige zorg is bereikt. De registratie van onvrijwillige zorg is in de module bijgewerkt en geeft een beeld van welke vormen

van onvrijwillige zorg worden toegepast. Er vindt een evaluatie plaats tussen de expert en het zorgteam over het consultatieproces. Het team blijft zelfstandig toezicht houden op de registratie en evaluatie van beperkende maatregelen. Er wordt een vervolgspraak gemaakt voor follow-up over enkele maanden.

#### **6. De follow-up fase**

Na een paar maanden bespreken de expert en het zorgteam samen de stand van zaken rondom onvrijwillige zorg, registratie, de voortgang van de afbouw en de samenwerking tussen disciplines. Als er vragen zijn die niet beantwoord kunnen worden bestaat de mogelijkheid om opnieuw gebruik te maken van de expertise van het MDET.

probeert om er overheen te klimmen, of op een andere (soms minder zichtbare) manier verzet toont, kan dit gezien worden als onvrijwillige zorg.

Het MDET probeert in overleg met het zorgteam te achterhalen wat de oorzaak is van de toepassing van onvrijwillige zorg, en waardoor deze blijft voortbestaan. Recente (wetenschappelijk) kennis is hiervoor de basis. Actuele literatuur geeft veel kennis over het effectief begeleiden en behandelen van mensen met een verstandelijke beperking. Medewerkers van het expertiseteam kunnen in overleg met het team van de woning meerdere interventies kiezen om bepaalde analyses te maken of een stappenplan te schrijven om onvrijwillige zorg af te bouwen. Door keuzes te maken voor interventies die ook een onderdeel zijn van het behandelmodel waar een woning mee werkt is het mogelijk om elkaar te versterken.

## Waarom is een analyse van onvrijwillige zorg in fase 1 en 2 van de methode zo belangrijk?

Elke vorm van toepassing van onvrijwillige zorg kent een achterliggende reden. De oorspronkelijke reden waarom de onvrijwillige zorg ooit ingezet is, kan anders zijn dan de reden waarom het nu nog in stand wordt gehouden. Zo kan een cliënt bijvoorbeeld ooit een bedhek gekregen hebben nadat hij een operatie had ondergaan, maar bleek het in de praktijk handig om het bedhek te behouden aangezien het dwaalgedrag 's nachts door de woning hierdoor afnam en cliënt een betere nachtrust kreeg. Wanneer de cliënt echter

## Waarom is het schrijven van een consultatieplan zo belangrijk?

Alle werkzaamheden van het MDET en zorgteam worden vastgelegd in het consultatieplan om transparant met elkaar kunnen samenwerken. Het consultatieplan wordt opgesteld door de expert van het MDET die verbonden wordt aan de woning voor het traject.

Het consultatieplan start met een inventarisatie van onvrijwillige zorg, gebaseerd op de informatie vanuit het elektronisch cliëntendossier van de zorginstelling, het registratiesysteem voor onvrijwillige zorg, en aanvullende informatie van het zorgteam.

Het consultatieplan wordt uitvoerig besproken met het zorgteam, waarna het steeds bijgesteld wordt

toddat er consensus bestaat over alle onderdelen in het consultatieplan. Voor alle maatregelen omtrent onvrijwillige zorg worden hypothetische oorzaken die het in stand houden geformuleerd. De behandelplannen waarin een stapsgewijze afbouw van onvrijwillige zorg beschreven staat, zijn gebaseerd op deze hypothesen. Het behandelplan volgt wetenschappelijk onderbouwde en praktisch verworven inzichten van experts, cliënten, familieleden, en het zorgteam.

## Randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie en toepassing van de methode MDET binnen de organisatie:

- De mogelijkheid hebben om een Multi-Disciplinair Expertise Team samen te stellen met kennis over onvrijwillige zorg, dat gefaciliteerd wordt om met zorgteams de methode te doorlopen
- De mogelijkheid hebben om het MDET op te leiden of bij te scholen waar nodig
- Een goed werkend registratiesysteem voor onvrijwillige zorg
- Begeleiders weten hoe ze met het registratiesysteem moeten werken of hebben de kans om hier een training over te volgen
- Beschikking hebben over een coördinator die de aanvragen voor MDET ontvangt en de experts aanstuurt en begeleidt bij hun werk

## Inzet van ervaringsdeskundigen in het MDET (optioneel)

Gebruik maken van ervaringsdeskundigen in het Multi-Disciplinair Expertise Team kan meerwaarde hebben voor de methode en de afbouw van onvrijwillige zorg. De bijdrage van een ervaringsdeskundige (ED) is gekoppeld aan een aantal voorwaarden:

1. De ED is niet bekend met de locatie, het zorgteam of bewoners waar het MDET-consultatietraject doorlopen wordt. Zo houdt de ED een objectieve adviserende rol.
2. De ED heeft net als andere MDET-experts een geheimhoudingsplicht.
3. De ED is volwaardig lid van het expertiseteam, heeft geen bijzondere positie, en volgt het zelfde opleidings- en intervisie-traject als de andere MDET-experts.
4. De ED wordt nooit alleen als expert ingezet bij een consultatie-traject maar vormt samen met een andere expert uit het expertiseteam een duo.
5. Het duo bereidt gesprekken/contacten met het zorgteam waar het MDET-consultatietraject plaatsvindt samen voor ('warming up') en bespreekt ze ook na ('cooling down'). De begeleider van de ervaringsdeskundigen kan hierin ondersteunend zijn.
6. De ED kan te allen tijde kiezen om niet bij een MDET-traject betrokken te worden. De MDET-coördinator is hiervan op de hoogte en is hier flexibel in.

In elke fase van MDET kan een ervaringsdeskundige worden ingezet. Belangrijk is om de expertrol die ervaringsdeskundigen kunnen en willen vervullen met hen te bespreken, aangezien per organisatie en per ED hierin andere overwegingen kunnen meespelen.



**Bron**

Schippers, B. (2019). *Reduction of coercive measures: a multidisciplinary approach in care for people with intellectual disabilities*. 's Heeren Loo (academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam)

**Gebruikerslicentie**

Dit werk kan onder licentie worden gebruikt volgens Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). Ga voor een kopie van deze licentie naar <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>.

**Meer weten?**

Kijk op <https://fgb.vu.nl/nl/onderzoek/academische-werkplaatsen/s-heeren-loo-vu>.

