



Beleidsplan Wet Zorg en Dwang

Stichting Derkshoes
Zorg en Dienstverlening

Inhoud

1.	Inleiding	2
2.	Visie van Derkshoes.....	3
3.	Preventief beleid	4
3.1	Vrijheid, woon- en leefomstandigheden en beperken van gevaar	4
3.2	E-health	5
3.3	Communicatie, informatie en samenhang in de zorg	5
3.4	Voldoende en bekwaam personeel	5
4.	Onvrijwillige zorg.....	6
4.1	Afwegingskader	6
4.2	Onvoorziene situaties/noodsituaties.....	7
4.3	Ambulante onvrijwillige zorg	7
4.4	Reikwijdte WZD	7
5.	Stappenplan.....	8
6.	Vastlegging in dossier	10
6.1	Zorgleefplan WLZ	10
6.2	Zorgleefplan ZVW	10
6.3	Vastlegging afschriften	10
6.4	Verstrekken van gegevens aan inspectie.....	10
7.	Toezicht en verantwoording	12
7.1	Monitoring psychofarmaca	12
7.2	WZD-werkgroep	12
7.3	Verantwoording WZD aan RvT.....	12
8.	Taken en verantwoordelijkheden	13
8.1	Regieverpleegkundige (RV) / Wijkverpleegkundige (WV).....	13
8.2	WZD-arts	13
8.3	Externe deskundige	13
8.4	Vertrouwenspersoon bewoners.....	13
8.5	Klachtenfunctionaris, klachtencommissie.....	13
8.6	WZD-werkgroep	14
8.7	Overzicht Rolverdeling Stappenplan (zie ook bijlage 2: Stappenplan)	14
	Bijlage 1: Definities	16
	Bijlage 2: Stappenplan.....	19
	Bijlage 3: Toelichting stappenplan	20

1. Inleiding

De Wet Zorg en Dwang (WZD) is op 1 januari 2020 in werking getreden en volgt de Wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen) op. In deze beleidsnotitie wordt aangegeven wat de WZD betekent voor alle betrokkenen. Hoe deze worden geïnformeerd en hoe de uitvoering wordt geborgd.

Het beleid van Derkshoes is er op gericht om mensen “zo prettig en zelfstandig mogelijk te laten wonen in een omgeving waar cliënten zich veilig en vertrouwd voelen, met de juiste service en zorg binnen handbereik”. Derkshoes wil haar bewoners¹ ondersteunen om hun leven te kunnen voortzetten zoals ze dat voorheen gewend waren met de aandacht voor behoud van vrijheid, eigen regie en eigenwaarde. Dit geldt met name ook voor de psychogeriatrische bewoners. Vrijheid is het grootste recht van elke burger in Nederland. Dit staat beschreven in de grondwet. “Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen en iedereen heeft het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (art. 11), recht op bescherming tegen ongewenst binnentreden van de woning (art. 12) en de privacy van communicatie (art. 13)”. Vrijheid betekent dus dat iedereen mag omgaan met wie hij wil, gaan en staan waar hij wil en leven zoals hij zelf kiest, zolang hij daarmee de vrijheid van een ander niet schendt. Het vrijheidsprincipe houdt in dat ieder mens recht heeft op de beschikking over zijn eigen leven, lijf, vrijheid en eigendom.

Derkshoes geeft voorrang aan preventief beleid. Daarmee wordt onvrijwillige zorg, waar vrijheid in bepaalde mate wordt beperkt, tot een minimum beperkt en alleen ingezet als er sprake is van ernstig nadeel voor de bewoner, anderen en/of de omgeving. Het inzetten van onvrijwillige zorg is altijd het laatste redmiddel. Dit is ook het uitgangspunt van de WZD voor de inzet van onvrijwillige zorg: “Nee, tenzij...”

In het Beleidsplan Wet Zorg en Dwang is vastgelegd hoe Derkshoes omgaat met het zorgvuldig toepassen van onvrijwillige zorg en de afbouw daarvan, hoe Derkshoes intern toezicht toepast bij de uitvoering van onvrijwillige zorg en de verantwoordelijkheden van alle betrokken medewerkers bij de uitvoering van de WZD.

2. Visie van Derkshoes

De missie van Derkshoes wordt ontleend aan het doel van de stichting. Met de missie duiden we waar Derkshoes voor staat en waar we ons alle dagen voor inzetten:

Stichting Derkshoes Zorg en Dienstverlening is een lokale en kleinschalige zorgorganisatie. We richten ons op ouderen en andere kwetsbare inwoners van de Gemeente Midden-Drenthe. Met een samenhangend aanbod van veilig wonen, kwalitatief hoogwaardige zorg en cliëntgerichte ondersteuning dragen we bij aan het welzijn van onze cliënten, in de voor hen vertrouwde omgeving.

Daarbij zijn we voor onze medewerkers en vrijwilligers een aantrekkelijke werkplek die bijdraagt aan het realiseren van persoonlijke ambities, aan werkplezier en zekerheid.

Stichting Derkshoes Zorg en Dienstverlening wil met deze missie kwetsbare mensen in staat helpen in de eigen vertrouwde omgeving te kunnen blijven wonen en zoveel mogelijk te leven zoals men dat wil of bij hen past, ondanks (toenemende) afhankelijkheid of beperkingen.

In onze visie op zorg staat de cliënt met zijn/haar eigen gewoonten en wensen centraal. Het behoud van regie en het uitgaan van mogelijkheden van de cliënt is daarbij belangrijk voor de mate waarin we slagen aan te sluiten bij de individuele cliënt. We hebben oog voor de kwetsbaarheid en de eigenwaarde van mensen en dragen zorg voor veiligheid waar dit past.

We gaan daarbij uit van vrijwillige zorg en ondersteuning, zoals samen overeengekomen. Maar soms is er sprake van noodzakelijke zorg waarbij duidelijke instemming van de cliënt ontbreekt. Of zorg waartegen de cliënt zich verzet. In dat geval spreken we van onvrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg past niet bij onze visie op het behoud van regie en autonomie. Daarom is “Nee, tenzij...” het uitgangspunt bij de inzet van onvrijwillige zorg aan cliënten van Derkshoes. We passen noodzakelijke onvrijwillige zorg alleen toe in situaties waarin er geen alternatieven gevonden zijn voor de cliënt en waarbij de onvrijwillige zorg voldoet aan de beginselen van geschiktheid/ doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit (minst ingrijpend).

De afweging en toepassing van onvrijwillige zorg vindt altijd plaats in gezamenlijke besluitvorming en volgens een zorgvuldige procedure. Maar waar sprake is van noodzakelijke onvrijwillige zorg zal des te meer voorop staan dat we daarbij oog houden voor het welzijn, de veiligheid en eigenwaarde van de betreffende cliënt.

3. Preventief beleid

Het beleid van Derkshoes richt zich primair op het voorkomen van de inzet van onvrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg die nodig is om ernstig nadeel voor de bewoner, anderen en/of diens omgeving te voorkomen. Preventief beleid leidt daarom tot vermindering van de toepassing van onvrijwillige zorg. Daarbij is de inzet van preventief beleid om maximale vrijheid én veiligheid op cliëntniveau te organiseren.

Preventief beleid bestaat uit het adequaat inzetten van passende zorg en begeleiding bij gedragsproblematiek die voortkomt uit cognitieve problemen. De eerste inzet is daarom het bouwen aan een team van zorgmedewerkers met voldoende kennis en expertise om te kunnen omgaan met gedragsproblematiek. Daarnaast is expertise en multidisciplinaire benadering nodig met betrokkenheid van behandelaren, zoals de psycholoog en specialist ouderengeneeskunde/huisarts. Alleen vanuit deze multidisciplinaire benadering is een brede inzet op de best passende zorg mogelijk.

De zorgmedewerkers van Derkshoes groeien in hun deskundigheid rondom psychogeriatrische zorg. Naast aandacht voor scholing en training is er ook aandacht voor een passende mix van deskundigheidsniveaus en kwalificatieniveaus van de medewerkers in het zorgteam. Het team bestaat uit medewerkers met een opleiding op niveau 2 t/m 6. Ook zetten we in op de inzet van anders opgeleide professionals, zoals op het gebied van Welzijn.

De Behandel dienst van Zorggroep Drenthe, waar Derkshoes gebruik van maakt, heeft een Psychosociale Vakgroep waarin psycholoog en maatschappelijk werk zijn ondergebracht. De Psychosociale Vakgroep werkt in afstemming en met instemming van de bewoner multidisciplinair met de andere zorgmedewerkers en behandelaren. De Specialist Ouderengeneeskunde (SO)/huisarts (HA) is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire samenwerking. Ten aanzien van begeleiding, ondersteuning en behandeling hanteert Derkshoes de Zorgstandaard Dementie en is aangesloten bij het Netwerk Dementie Drenthe. Voor probleemgedrag hanteert Derkshoes voor opgenomen bewoners de Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie, de herziene versie 2018 van Verenso.

3.1 Vrijheid, woon- en leefomstandigheden en beperken van gevaar

Ernstig nadeel voor een bewoner kan zich onder andere voordoen in de vorm van “dwalen”, waardoor iemand ongewild in een gevaarlijke of beangstigende situatie kan komen, of in de vorm van vallen, waardoor iemand ernstig letsel kan oplopen.

Derkshoes kent geen “gesloten” afdelingen. Door middel van domotica, en sensortechnologie en alarmeringsoplossingen wordt alleen in individuele gevallen de bewegingsvrijheid beperkt tot bijvoorbeeld de afdeling of het gebouw als ernstig nadeel niet op een andere manier voorkomen kan worden.

Derkshoes heeft beleid geformuleerd ten aanzien van vallen. Gebouwen en afdelingen zijn zo ingericht dat de kans op vallen zoveel mogelijk wordt beperkt. Een verhoogd valrisico op zich is geen “ernstig nadeel” in de zin van de WZD en dus geen reden voor inzetten van onvrijwillige zorg. Een verhoogd valrisico is immers een onderdeel van het verouderingsproces. Domotica kan in overleg worden ingezet ter voorkoming van gevaarlijke situaties die ernstig nadeel opleveren voor de bewoner of de medebewoners.

3.2 E-health

Binnen Stichting Derkshoes wordt e-health, waaronder zorgdomotica, sensortechniek of andere technische toepassingen, ingezet ter ondersteuning van onze cliënten, diens naasten en medewerkers. Door technologie op de juiste wijze in te zetten helpen technologische toepassingen ons in onze doelstelling om de best mogelijk zorg en ondersteuning te bieden aan onze cliënten in een veranderende context. Een goed afgewogen en integrale toepassing van e-health in onze dagelijkse praktijk draagt bij aan de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening en het optimaliseren van regie bij de cliënt of diens vertegenwoordiger: het draagt bij aan maximale vrijheid en welzijn van onze cliënten én het creëren van een veilige woon- leefomgeving, passend bij het individu.

3.3 Communicatie, informatie en samenhang in de zorg

Vanaf het moment van verhuizing naar een locatie van Derkshoes wordt direct zorg op maat en vraag geleverd aan de bewoner. Dit gebeurt op basis van informatie verkregen tijdens het opnamegesprek met de nieuwe bewoner en zijn familie of mantelzorger, de medische gegevens van bijvoorbeeld de huisarts en indien van toepassing de overdracht van de verzorging/verpleging van de thuiszorg of van de vorige instelling waar de bewoner verbleef. regelmatig vindt een gesprek plaats tussen de bewoner en de contactverzorgende over het welbevinden en de dagelijkse zorg. Dit gesprek en de wensen van de bewoner, alsmede de gemaakte afspraken worden vastgelegd in het ECD en verwerkt in het zorgleefplan van de bewoner, conform de wensen en afspraken uit zorgverleningsovereenkomst. Elke 6 maanden vindt een Multi Disciplinair Overleg plaats tussen de bewoner/mantelzorger, contactverzorgende, SO en overige betrokken leden van het multidisciplinaire team. Naast de maandelijkse gesprekken wordt hier ook de actuele gezondheidssituatie en het medisch beleid geëvalueerd. Goede samenwerking in de driehoek bewoner (en/of vertegenwoordiger), hoofdbehandelaar en contactverzorgende is een voorwaarde voor het verlenen van goede en passende zorg en behandeling.

3.4 Voldoende en bekwaam personeel

Derkshoes investeert in bekwame medewerkers die adequaat met mensen met dementie kunnen omgaan. Derkshoes organiseert voor haar medewerkers specifieke scholingen op gebied van WZD, belevingsgerichte zorg, welzijn maar ook voor omgaan met probleemgedrag of agressie in de zorg. Dit is belegd in het interne scholingsbeleid. Daarnaast werkt Derkshoes met aandachtsvelders WZD, waarmee beschikbaarheid van kennis en kunde op de werkvloer wordt geïntegreerd.

4. Onvrijwillige zorg

Onder onvrijwillige zorg wordt verstaan: Zorg waartegen de bewoner of zijn vertegenwoordiger zich verzet (zie bijlage 1). De WZD beschermt mensen tegen onnodige onvrijwillige zorg. Het uitgangspunt van de WZD is: onvrijwillige zorg mag niet, behalve als er ernstig nadeel is en er geen andere oplossingen zijn om dat te bestrijden. Daarbij moet de gekozen oplossing in de praktijk voor de bewoner ook werken en in verhouding staan tot het te bestrijden nadeel (noodzakelijk, doelmatig en proportioneel). Alleen als er voor de bestrijding van een ernstig nadeel geen alternatieven zijn, mag gekozen worden voor onvrijwillige zorg (ultimum remedium), maar dan de lichtste vorm (minst ingrijpend) en zo kort mogelijk (niet langer dan redelijkerwijs noodzakelijk).

Uitgangspunt van Derkshoes is dat onvrijwillige zorg alleen wordt ingezet:

- bij ernstig nadeel voor de bewoner of diens omgeving;
- indien bij het niet nemen van de maatregel ernstig nadeel bestaat / kan bestaan voor de bewoner en/of diens omgeving;
- indien preventief beleid, zoals omschreven in dit plan, en vrijwillige zorg optimaal is ingezet.

Als preventieve zorg- en behandelingsmethoden niet toereikend zijn en onvrijwillige zorg moet worden ingezet, moet op verantwoorde wijze worden afgewogen welke maatregel het best aansluit op de ontstane gevaarlijke situatie. Per bewoner moet de afweging worden gebaseerd op de mate van onwenselijkheid en het nadeel dat het oplevert. Deze afweging wordt vastgelegd in het zorgleefplan.

4.1 Afwegingskader

Het bepalen of iemand onvrijwillige zorg nodig heeft, gebeurt volgens een afwegingskader om vast te stellen of er sprake is van ernstig nadeel, wat het probleem is, welke oorzaken er voor zijn, welke oplossingen daarvoor mogelijk zijn en hoe afbouw van onvrijwillige zorg gerealiseerd kan worden. Overwegingen die bij dit afwegingskader horen zijn onder andere:

- Is er sprake van ernstig nadeel: veiligheid van de bewoner, anderen, omgeving;
- Wat is het probleem: voor wie, hoe ernstig is het probleem;
- Wanneer doet het probleem zich voor, zijn er zaken die dit uitlokken of verergeren (pijn, verveling, gedrag van anderen);
- Mogelijke oplossingen: welke oplossing grijpt het minst in op de vrijheid en levenskwaliteit, wat zijn de nadelige effecten, hoe kunnen deze weggenomen worden;
- Afbouw: analyseer de huidige situatie, nagaan waarom de onvrijwillige zorg destijds is ingezet, waar komt het risico (bijvoorbeeld op vallen of agressie) vandaan, welke alternatieven zouden in de huidige situatie ingezet kunnen worden.

De bundel "85 alternatieven voor vrijheid in de zorg" van Vilans is opvraagbaar via het ECD. Hierdoor is het mogelijk gemaakt om het afwegingskader en het denken in alternatieven voor onvrijwillige zorg te integreren in de dagelijkse zorg voor bewoners met een psychogeriatrische stoornis. Wanneer onvrijwillige zorg wordt toegepast, dan wordt dit vermeld in 'de maatregel WZD', deze is onderdeel van het persoonlijk dossier van de bewoner.

4.2 Onvoorziene situaties/noodsituaties

In een situatie waar het zorgplan redelijkerwijs niet in heeft kunnen voorzien kan binnen het kader van de WZD alleen onvrijwillige zorg verleend worden indien er sprake is van ernstig nadeel en er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. De WZD-arts wordt over deze maatregel geïnformeerd. De maatregel kan nooit langer dan twee weken duren.

4.3 Ambulante onvrijwillige zorg

Volgens de WZD mag onvrijwillige zorg in de toekomst ook in de thuissituatie worden toegepast worden. De huisarts blijft eindverantwoordelijk voor het toepassen van onvrijwillige zorg. Een deskundige zorgverlener is bereikbaar voor hulp/vragen bij/voor het toepassen van de onvrijwillige zorg. De zorgverlener en huisarts stemmen af over toepassing van onvrijwillige zorg, vastlegging in dossier en opvolging en evaluatie.

4.4 Reikwijdte WZD

De WZD geldt voor alle bewoners die zowel vrijwillig als onvrijwillig zijn opgenomen en/of zorg ontvangen in de thuiszorg. De wet heeft betrekking op een cliënt met een psychogeriatrische aandoening, NAH, Korsakov en Huntington (Besluit zorg en dwang 1 mei 2020).

5. Stappenplan

Derkshoes werkt bij afweging en inzet van onvrijwillige zorg bij cliënten waarop de WZD van toepassing is met het stappenplan van Vilans. Het gebruik van het stappenplan is verplicht als:

- de zorg in het zorgplan niet voldoende is om ernstig nadeel te voorkomen of te beperken én
- de bewoner of de vertegenwoordiger zich verzet tegen onvrijwillige zorg in het zorgplan, óf
- als de zorgverantwoordelijke beperking van de bewegingsvrijheid overweegt, insluiten of medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid buiten de professionele richtlijnen.

Het stappenplan heeft als doel om de onvrijwillige zorg af te bouwen binnen een bepaalde termijn. Voor een nadere toelichting van het stappenplan zie bijlage 2.

Stap 1: MDO in eigen organisatie

Het zorg/behandelteam ziet geen mogelijkheid om binnen de mogelijkheden van de vrijwillige zorg ernstig nadeel te voorkomen..

De zorgverantwoordelijke overlegt met tenminste één deskundige over verdere mogelijkheden om ernstig nadeel te voorkomen. De bewoner en/of vertegenwoordiger worden uitgenodigd hierbij aanwezig te zijn. Derkshoes geeft dit overleg vorm in een MDO. Hierbij zijn aanwezig: De bewoner/vertegenwoordiger, de behandelend arts, de psycholoog, de contactverzorgende en eventueel andere betrokken of noodzakelijke disciplines. Onderwerpen ter bespreking:

- Hoe groot is het risico op ernstig nadeel
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag (medisch, psychische of omgeving)
- Beïnvloedt de omgeving het gedrag
- Zijn er alternatieven die voldoen aan de criteria voor vrijwillige zorg
- Zijn de reeds voorgeschreven psychofarmaca nog in de huidige dosering geïndiceerd?

Het resultaat van dit MDO wordt vastgelegd in het ECD en in het zorgleefplan.

Stap 2: MDO in eigen organisatie waaraan de WZD arts is toegevoegd

Als het onvermijdelijk is om onvrijwillige zorg toe te passen na het overleg bij stap 1 dan wordt dit vastgelegd in het ECD (Maatregel). De afgesproken onvrijwillige zorg wordt maandelijks geëvalueerd in de gedragsvisite met contactverzorgende, arts en psycholoog, met het doel te streven naar afbouw van de maatregel.

Als na 3 maanden de afbouw van onvrijwillige zorg nog steeds leidt tot ernstig nadeel wordt een MDO georganiseerd waaraan de WZD arts uit de eigen organisatie is toegevoegd (dit is niet de arts uit het eigen team). Onderwerpen ter bespreking:

- Is de bewoner wilsbekwaam ten aanzien van inschatten van het risico op ernstig nadeel.
- Is er nieuwe of andere zorg (subsidiariteit) die voldoen aan de criteria voor vrijwillige zorg
- Staat de onvrijwillige zorg in verhouding tot een verwacht ernstig nadeel (proportionaliteit)
- Is de impact van de onvrijwillige zorg op lichamelijk en geestelijk welzijn aanvaardbaar
- Is de thuissituatie geschikt (bij thuiswonende bewoners)

Het resultaat van dit MDO wordt vastgelegd in het ECD en in het zorgleefplan. Als er geen mogelijkheid is voor vrijwillige zorg moet het volgende altijd worden vastgelegd:

- De situatie, vorm, duur en frequentie van de onvrijwillige zorg
- Wie is aangewezen om de onvrijwillige zorg toe te passen
- De termijn, maximaal 3 maanden, met een afbouwplan
- Nadelige effecten van de onvrijwillige zorg op lichamelijk of geestelijk welzijn van de bewoner of die leiden tot verstoring van het maatschappelijk leven
- Continuïteit in de begeleiding van de onvrijwillige zorg.

Stap 3: MDO met een extern deskundige voor advies

Dit MDO wordt belegd als na uitgebreid deskundigenoverleg (stap 2) het niet lukt om de onvrijwillige zorg af te bouwen binnen de termijn die is vastgelegd in het zorgleefplan of als er sprake is van dwangbehandeling. Onderwerpen ter bespreking:

- Zijn er nieuwe / andere alternatieven
- Zijn veranderingen in de omgeving mogelijk, inclusief interactie met zorgverleners of familie / mantelzorgers

Het resultaat van dit MDO wordt vastgelegd in het ECD en in het zorg/leefplan. De behandelend arts legt in het dossier vast hoe het advies van de extern deskundige wordt toegepast. Iedere 6 maanden is er een evaluatie met als doel te komen tot vrijwillige zorg.

Derkshoes zal samen met zorgaanbieders in de regio afspraken maken over inzet van een extern deskundigen binnen de regio.

6. Vastlegging in dossier

6.1 Zorgleefplan WLZ

De contactverzorgende stelt in overleg met de bewoner/vertegenwoordiger zo snel mogelijk doch uiterlijk binnen zes weken na aanvang van de zorg een zorgleefplan vast. Hierin worden de gemaakte afspraken vastgelegd. Binnen 24 uur wordt een voorlopig zorgleefplan gemaakt voor de directe zorgverlening. Het voorlopig zorgleefplan wordt door de regieverpleegkundige/wijkverpleegkundige geëvalueerd en vastgelegd. Daarna wordt het zorgleefplan elke zes maanden geëvalueerd met de bewoner/vertegenwoordiger en het multidisciplinaire team en worden eventuele wijzigingen aangebracht indien aan de orde. Als er sprake is van ernstig nadeel en vrijwillige zorg niet afdoende is, wordt onvrijwillige zorg ingezet volgens het afwegingskader en het stappenplan. De afweging, de ingezette onvrijwillige zorg met overwegingen, evaluaties, wijzigingen en het bewaken en toezicht houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg worden op de afgesproken plaatsen in het zorgdossier beschreven door de behandelend arts.

6.2 Zorgleefplan ZVW

De wijkverpleegkundige stelt in overleg met de bewoner/vertegenwoordiger zo snel mogelijk doch uiterlijk binnen zes weken na aanvang van de zorg een zorgleefplan vast. Hierin worden de gemaakte afspraken vastgelegd. Binnen 24 uur wordt een voorlopig zorgleefplan gemaakt voor de directe zorgverlening. Het voorlopig zorgleefplan wordt door de wijkverpleegkundige geëvalueerd en de benodigde zorg geïndiceerd. Daarna wordt het zorgleefplan elke zes maanden geëvalueerd met de bewoner/vertegenwoordiger en (indien nodig) het multidisciplinaire team en worden eventuele wijzigingen aangebracht indien aan de orde.

Als er sprake is van ernstig nadeel en vrijwillige zorg niet afdoende is, wordt onvrijwillige zorg ingezet volgens het afwegingskader en het stappenplan. De afweging, de ingezette onvrijwillige zorg met overwegingen, evaluaties, wijzigingen en het bewaken en toezicht houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg worden op de afgesproken plaatsen in het zorgdossier beschreven door de behandelend arts.

6.3 Vastlegging afschriften

De voorkomende afschriften worden in het cliëntdossier opgeslagen, zoals:

- een afschrift van het besluit tot opname en verblijf, artikel 21
- een afschrift van de rechterlijke machtiging, artikel 24
- een afschrift van de beschikking tot inbewaringstelling, artikel 29

6.4 Verstrekken van gegevens aan inspectie

Derkshoes dient eens per zes maanden bij de inspectie een digitaal overzicht in van de gegevens van de onvrijwillige zorg. De gegevens betreffen:

- de vorm van de aan de cliënt verleende onvrijwillige zorg vastgelegd door de SO/HA;
- de noodzaak voor de onvrijwillige zorg;

- een schriftelijke beslissing waarin is overgegaan tot onvrijwillige zorg al of niet met instemming van de vertegenwoordiger;
- het zorgleefplan of een schriftelijke beslissing van de onvrijwillige zorg bij noodsituaties;
- de begin- en einddatum van de onvrijwillige zorg;
- de duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg;
- de beslissingen op de aanvragen voor verlof of ontslag;
- de beoordelingen van de WZD-arts betreffende verzet, aanvragen/intrekken/voorwaarden van verlof, aanvragen en voorwaarden voor ontslag.

Derkshoes dient bij dit overzicht een door het bestuur ondertekende analyse over de verplichte onvrijwillige zorg die door Derkshoes in die periode is verleend.

7. Toezicht en verantwoording

De Raad van Bestuur (de bestuurder) ziet toe dat er goede zorg geboden wordt zoals geformuleerd in de Governancecode Zorg 2017, waarin de behoeftes, wensen, ervaringen en belangen van de bewoner centraal staan en die richtinggevend zijn voor het bieden van goede zorg. De zorg- en dienstverlening komt tot stand in dialoog en in samenwerking tussen de zorgverlener en de bewoner/vertegenwoordiger. De zorgverleners handelen in overeenstemming met hun professionele verantwoordelijkheid.

Ten aanzien van de onvrijwillige zorg zorgt de bestuurder ervoor dat de onvrijwillige zorg op een verantwoorde manier plaatsvindt. Toezicht op de onvrijwillige zorg gebeurt in dialoog tussen enerzijds de bestuurder en anderzijds de WZD-arts en de kwaliteitsmedewerker.

Op de locatie waar bewoners collectief wonen, vindt het toezicht op de uitvoering van de WZD plaats door de kwaliteitskwaliteitsmedewerker middels eigen interne audits. Bij de interne audit worden de geregistreerde locaties bezocht en gecontroleerd op de inzet van onvrijwillige zorg, bijvoorbeeld alle vormen van tafelbladen, bedhekken, bewegingsmelders etc. Derkshoes doet dit minimaal twee keer per jaar voor al haar bewoners, als onderdeel van de tweejaarlijkse analyse en rapportage. De dossiers van de bewoners worden bekeken en de inzet van onvrijwillige zorg wordt per kwartaal bijgehouden. Deze kwartaalrapportage wordt ter beschikking gesteld aan de WZD werkgroep en de bestuurder.

7.1 Monitoring psychofarmaca

Per kwartaal wordt de inzet van de psychofarmaca gemonitord. Dit wordt bijgehouden door de WZD-arts in afstemming met de behandelend arts. De resultaten worden ter beschikking gesteld aan de WZD werkgroep en de bestuurder en besproken in de reguliere overleggen van de artsen en van de clustermanagers.

7.2 WZD-werkgroep

Derkshoes heeft een WZD werkgroep. De WZD werkgroep wordt gevormd door een clustermanager, 4 zorgmedewerkers (de aandachtsvelders) en een kwaliteitsmedewerker. Op indicatie kan de werkgroep worden uitgebreid zowel tijdelijk als structureel. De WZD werkgroep komt ieder kwartaal bij elkaar en rapporteert haar bevindingen aan het MT en bestuurder.

7.3 Verantwoording WZD aan RvT

De bestuurder rapporteert de bevindingen aan de RvT. Dit betreft ook de uitkomsten van de interne audits en de analyses op basis van de registratie van onvrijwillige zorg.

8. Taken en verantwoordelijkheden

Binnen Derkshoes zijn diverse mensen betrokken bij de WZD. Hieronder zijn de taken en verantwoordelijkheden uitgeschreven.

8.1 Regieverpleegkundige (RV) / Wijkverpleegkundige (WV)

De RV/WV is bij Derkshoes de zorgverantwoordelijke. Deze is verantwoordelijk voor het opstellen en coördineren van de zorgleefplannen. Taken van de RV/WV zijn o.a.:

- de opstelling van een zorgleefplan waar de bewoner/vertegenwoordiger mee instemt;
- de aanpassing van het zorgleefplan volgens het stappenplan als de opgenomen vrijwillige zorg niet volstaat en onvrijwillige zorg wordt ingezet om ernstig nadeel te voorkomen;
- het verkrijgen van toestemming als er een situatie ontstaat waarin onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt toegepast;
- het schriftelijk toestemming verkrijgen voor onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie;
- het nauw overleg voeren met de verschillende deskundigen, waaronder ook de WZD-functionaris;
- de afbouw van de onvrijwillige zorg, zo nodig met advies van een extern deskundige.

8.2 WZD-arts

Bij Derkshoes is de WZD-arts een SO van de behandeldienst van Zorggroep Drenthe.

De SO die fungeert als WZD arts is verantwoordelijk voor:

- de algemene gang van zaken voor wat betreft de onvrijwillige zorg binnen de instelling;
- ziet er op toe dat de minst ingrijpende onvrijwillige zorg wordt ingezet;
- stimuleert de afbouw van onvrijwillige zorg zo veel mogelijk.
- samen met de kwaliteitsadviseur rapporteert de WZD arts elk half jaar de registratie van onvrijwillige zorg aan de inspectie.

8.3 Externe deskundige

De externe deskundige is een SO van een collega zorgorganisatie: de WZD artsen fungeren buiten de eigen organisatie als externe deskundige voor de collega organisatie binnen een netwerk van samenwerkende organisaties in Noord en Midden Drenthe (Samenzorg Assen verband).

8.4 Vertrouwenspersoon bewoners

Derkshoes heeft voorzien in een vertrouwenspersoon voor ondersteuning van bewoners met betrekking op de onvrijwillige zorg via Quasir (gecontracteerde partij via Zorgkantoor Zilveren Kruis).

8.5 Klachtenfunctionaris, klachtencommissie

Voor klachten die betrekking hebben op onvrijwillige zorg (Wet zorg en dwang) kunnen klachten worden ingediend bij de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (de KCOZ). Dit is een onafhankelijke commissie.

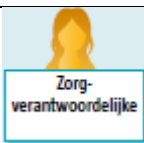
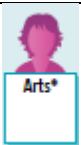
Klachten kunnen niet rechtstreeks worden ingediend bij de KCOZ, maar worden door de zorgorganisatie doorgestuurd naar het KCOZ. Informatie is te vinden op www.kcoz.nl.

8.6 WZD-werkgroep

Derkshoes beschikt over een WZD-werkgroep. De WZD-werkgroep staat o.a. voor:

- Advisering van management, locaties en Wijkzorg over de gang van zaken ten aanzien van een verantwoorde uitvoering van de WZD en ten aanzien van de preventie en de toepassing van onvrijwillige zorg.
- Inbreng van complexe casuïstiek (anoniem) voor toetsing van de zorgvuldigheid van de afweging van inzet van de onvrijwillige zorg. De betrokkenen worden hier eventueel ongevraagd over geadviseerd.
- Vraagbaak voor bewoners/wettelijk vertegenwoordigers, familie en medewerkers.
- Scholing/training van medewerkers volgens het scholingsprogramma.
- Beleidsvoorbereidend en adviserend naar management.
- Het halfjaarlijks monitoren / analyseren van de ingezette onvrijwillige zorg. De bevindingen worden halfjaarlijks vastgelegd in een verslag, dat in ieder geval een overzicht van de onvrijwillige zorg in die periode bevat.

8.7 Overzicht Rolverdeling Stappenplan (zie ook bijlage 2: Stappenplan)

Functionaris	Rol	Bij Derkshoes ingevuld door
 Zorgverantwoordelijke	De Wzd beschrijft de taak van de zorgverantwoordelijke als volgt: 'De zorgverantwoordelijke draagt zorg voor het opstellen, het vaststellen, het uitvoeren, het evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan en het voeren van overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger voorafgaand daarover en het inrichten van een dossier voor de cliënt' (artikel 5, lid 2 Wzd).	Regie- of wijkverpleegkundige
 Deskundige van andere discipline	Het uitgangspunt van de Wzd is dat besluitvorming over onvrijwillige zorg multidisciplinair plaatsvindt. Daarom bepaalt de Wzd dat de zorgverantwoordelijke, als hij overweegt onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, dit moet bespreken met een deskundige van een andere discipline dan de zijne. Een deskundige van een andere discipline moet ook betrokken worden bij de evaluaties van een zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen.	Aandachtsvelder Wzd.
 Arts*	Indien de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is, en hij overweegt onvrijwillige zorg uit de categorieën medisch / therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting in het zorgplan op te nemen, dan heeft hij toestemming nodig van de bij de zorg betrokken arts (hierna: behandelend arts). De behandelend arts beoordeelt dan of het gedrag, dat aanleiding is om onvrijwillige zorg te overwegen, wellicht een medische oorzaak heeft. Is dit het geval, dan zal hij die medische oorzaak behandelen, waardoor verlening van onvrijwillige zorg wellicht niet nodig is.	Behandelend Arts (huisarts of SO)
 Deskundige die niet bij zorg betrokken is	Als de zorgverantwoordelijke overweegt de termijn te verlengen waarbinnen onvrijwillige zorg kan worden verleend, moet hij een deskundige inschakelen die niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken. Deze neemt deel aan het multidisciplinair overleg waarin het zorgplan wordt geëvalueerd. De Wzd stelt geen nadere eisen waaraan deze deskundige moet voldoen. Van hem wordt een frisse blik verwacht, die wellicht tot een oplossing kan leiden waardoor voortzetting van de onvrijwillige zorgverlening niet nodig is.	Kwaliteitsmedewerker (of aandachtsvelder Wzd van ander cluster)
 Externe deskundige	Wordt de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend voor de tweede keer verlengd, dan moet het advies van een externe deskundige worden gevraagd (artikel 11 Wzd). Het Besluit zorg en dwang regelt wie als externe deskundige kan optreden. In de gehandicaptenzorg zijn dat: een arts voor verstandelijk gehandicapten, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog, een orthopedagoog-generalist of een verpleegkundige. In de ouderenzorg zijn dat: een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog of een verpleegkundige.	Arts van collega zorgorganisatie

	Een externe deskundige mag niet in dienst zijn van de zorgaanbieder die de cliënt zorg verleent of daar gedetacheerd zijn en mag ook niet op andere wijze bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn (artikel 3.1 Bzd). Voor iedere externe deskundige geldt de eis dat hij aantoonbare ervaring heeft in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg bij cliënten uit de doelgroep waarvoor hij wordt ingeschakeld.	
	De Wzd-functionaris ziet toe op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw hiervan. De Wzd-functionaris beoordeelt onder meer zorgplannen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen. De Wzd-functionaris en de zorgaanbieder zijn verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg. Het is de taak van de zorgaanbieder om de kwaliteit van zorg te garanderen, ook als het onvrijwillige zorg betreft. De Wzd-functionaris toetst of onvrijwillige zorgverlening in individuele gevallen verantwoord is.	Arts van Zorggroep Drenthe

Bijlage 1: Definities

Bewoner vertrouwenspersoon:

De vertrouwenspersoon voor bewoners heeft tot taak de bewoner of de vertegenwoordiger advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de bewoner, met zijn opname en zijn verblijf in een accommodatie.

Effectiviteit/doelmatigheid:

De onvrijwillige zorg moet het beoogde doel bereiken en mag niet langer duren dan noodzakelijk.

Ernstig nadeel:

Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder “ernstig nadeel” verstaan, het bestaan van of het aanzienlijk risico op:

- a. levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de bewoner of een ander;
- b. bedreiging van de veiligheid van de bewoner al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- c. de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- d. de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Onvrijwillige zorg:

Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder “onvrijwillige zorg” verstaan zorg waartegen de bewoner of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid;
- c. insluiten;
- d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- e. onderzoek aan kleding of lichaam;
- f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- g. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- h. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Beperking in de bewegingsvrijheid en gedrag beïnvloedende medicatie vallen nooit onder vrijwillige zorg, ook niet als een bewoner instemt, tenzij de bewoner wilsbekwaam is. Alle toezichthoudende en beweging beperkende maatregelen vallen onder onvrijwillige zorg.

Als een arts gedrag beïnvloedende medicatie voorschrijft volgens de geldende professionele richtlijnen om een psychische stoornis te behandelen, is er niet automatisch sprake van onvrijwillige zorg.

Proportionaliteit:

De ingezette onvrijwillige zorg staat in redelijke verhouding tot het doel van de toepassing.

Subsidiariteit:

De minst ingrijpende onvrijwillige zorg wordt ingezet.

Ultimum remedium:

Ultimum remedium is een term uit het Latijn die betekent: het laatste redmiddel. Onvrijwillige zorg wordt pas ingezet als alle alternatieven om vrijwillige zorg te verlenen zijn uitgeput.

Vertegenwoordiger:

De wettelijk vertegenwoordiger van de bewoner, of, indien een zodanige persoon ontbreekt, is de persoon die daartoe door de bewoner schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats te treden. Indien deze gemachtigde ontbreekt of niet optreedt wordt de vertegenwoordiging in de familie van de bewoner gezocht in de volgorde:

1. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel, of, indien deze ontbreekt of niet wenst op te treden,
2. Een ouder,
3. Een kind,
4. Een broer of zus,
5. Een grootouder of kleinkind van de bewoner.

Als binnen de familie geen overeenstemming is over wie de vertegenwoordiger is of als de gewezen vertegenwoordiger niet handelt in het belang van de bewoner kan de rechter een vertegenwoordiger aanwijzen.

Verzet:

Indien de bewoner of de vertegenwoordiger niet instemt met de zorg en/of behandeling.

Wet zorg en dwang:

Onder de Wet zorg en dwang valt de zorg en behandeling die iemand krijgt vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap thuis, in een beschermende woonomgeving zoals een verpleeghuis, kleinschalige woonvorm of ziekenhuis.

Ook bepaalde ziekten en aandoeningen kunnen daaraan gelijkgesteld worden, indien:

- a) deze ziekten en aandoeningen dezelfde gedragsproblemen of regieverlies als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap kunnen veroorzaken;
- b) de benodigde zorg in verband met deze gedragsproblemen of regieverlies vergelijkbaar is met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap;
- c) deze gedragsproblemen kunnen of dit regieverlies kan leiden tot ernstig nadeel.

Wet zorg en dwang arts (WZD-arts):

Ter zake kundige arts, al dan niet in dienst van de zorgaanbieder, die door de zorgaanbieder is aangewezen om toe te zien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en

de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.

Wilsonbekwaamheid:

Wilsbekwaamheid heeft te maken met beslissingen over zorg en gezondheid. Iedereen is wilsbekwaam, tenzij een deskundige arts heeft vastgesteld dat iemand voor een bepaalde beslissing wilsonbekwaam is. Wilsonbekwaam betekent dat iemand de informatie over zijn zorg en/of behandeling niet kan begrijpen en afwegen, niet begrijpt wat de gevolgen van zijn besluit zijn en/of geen besluit kan nemen.

Een bewoner kan niet in één keer voor alle beslissingen 'wilsonbekwaam' worden verklaard. De arts moet per situatie beoordelen of de bewoner daarover een beslissing kan nemen.

Wilsonbekwaamheid is daarom altijd 'terzake': voor de situatie waarin hij wilsonbekwaam is verklaard. Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende zaken:

- Beslissingen over zorg en behandeling
- Beslissingen van zakelijke en financiële aard
- Beslissingen over algemene dagelijkse dingen (keuze voor eten en drinken, kleding, bezoek van activiteiten etc.)

Zorgverantwoordelijke:

Een minimaal mbo-opgeleide verzorgende niveau 3, die verantwoordelijk is voor het opstellen en coördineren van de zorgleefplannen.

Zorgverlener:

Een natuurlijk persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Bijlage 2: Stappenplan

Stappenplan Wzd

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners



Maximale periode
toepassing
onvrijwillige zorg

1

Heroverweging van het zorgplan / opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.



Zorg-
verantwoordelijke



Deskundige
van andere
discipline



Arts*



Wzd-
functionaris



3 maanden

2

Eerste verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.



Zorg-
verantwoordelijke



Deskundige
van andere
discipline



Arts*



Deskundige die
niet bij zorg
betrokken is



Wzd-
functionaris



3 maanden

3

Tweede verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden om extern advies te vragen.



Zorg-
verantwoordelijke



3 maanden

4

Derde verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.



Zorg-
verantwoordelijke



Deskundige
van andere
discipline



Arts*



Deskundige die
niet bij zorg
betrokken is



Externe
deskundige



Wzd-
functionaris



6 maanden

5

Vierde en iedere volgende verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.



Zorg-
verantwoordelijke



Deskundige
van andere
discipline



Arts*



Deskundige die
niet bij zorg
betrokken is



Wzd-
functionaris



6 maanden

Bijlage 3: Toelichting stappenplan

Vrijwillige zorg

Er is sprake van vrijwillige zorg wanneer:

- de bewoner en/of zijn vertegenwoordiger heeft ingestemd met de zorg en de nieuwe afspraken;
- de gemaakte afspraken voldoen aan de zorgbehoefte en de bewoner zich niet verzet;
- er geen risico op ernstig nadeel is;
- de bewoner de regie over het zorgleefplan heeft. De bewoner neemt zelf beslissingen over de zorg en ondersteuning, tenzij de bewoner wilsonbekwaam is. In dat geval neemt zijn vertegenwoordiger de beslissingen.
- Als de bewoner te maken heeft met meerdere zorgaanbieders is het belangrijk ook te overleggen met de zorgverantwoordelijken van de andere organisatie(s).

Onvrijwillige zorg (OVZ)

Er is sprake van onvrijwillige zorg wanneer:

- de bewoner en de zorgverantwoordelijke het niet eens zijn over de zorg in het zorgleefplan of de bewoner zich verzet tegen de zorg uit het zorgleefplan, en
- de zorgverantwoordelijke beoordeelt dat gedrag/situatie van de bewoner (mogelijk) leidt tot ernstig nadeel of
- de wilsonbekwame bewoner/vertegenwoordiger instemt met de maatregel die bewegingsvrijheid beperkt of instemt met gedragsbeïnvloedende medicatie of instemt met insluiting.

Stappen

Derkshoes gaat uit van het stappenplan zoals door het ministerie van VWS / Vilans is ontwikkeld. De onvrijwillige zorg moet effectief zijn en in verhouding staan tot het afwenden van het ernstig nadeel. De maatregel moet zo kort mogelijk toegepast worden en de nadelige effecten moeten zo veel mogelijk weggenomen worden. Als de bewoner of zijn vertegenwoordiger (als de bewoner ter zake wilsonbekwaam is) wel instemt, kunnen de maatregelen als zorg in het zorgplan opgenomen worden zonder het stappenplan te doorlopen. Verzet de bewoner of de vertegenwoordiger zich tijdens de uitvoering, dan moet alsnog het stappenplan doorlopen worden, voordat besloten kan worden om de zorg tegen de wil van de bewoner of vertegenwoordiger toe te mogen passen.

Bijlage 4: Poster Afweging Alternatieven

Wet Zorg en Dwang

Zorgplan opstellen

voor cliënten met een verstandelijke beperking of dementie

De Wet zorg en dwang (WZD) stelt eisen aan het opstellen van een zorgplan voor alle cliënten met een verstandelijke beperking of dementie¹ die professionele zorg krijgen (thuis of in een zorginstelling). Onderstaand stappenplan waarborgt dat alle mogelijkheden voor vrijwillige zorg in beeld komen.

ZORGPLAN OPSTELLEN (artikel 7 WZD)

Het zorgplan

- Het zorgplan wordt z.s.m., maar uiterlijk binnen 6 weken na start van de zorg opgesteld.
- Het zorgplan houdt zoveel mogelijk rekening met de wensen en voorkeuren van de cliënt.
- Als dat niet mogelijk is, laat de zorgverantwoordelijke de cliënt² schriftelijk en onderbouwd weten waarom niet.
- De zorgverantwoordelijke bespreekt het zorgplan met de cliënt.

Rechten cliënt

- Begrijpelijke informatie over zorg.
- Periodieke evaluatie zorgplan.
- Advies en bijstand van een cliënten-vertrouwenspersoon.
- Zo nodig, bijstand van een tolk.
- Mogelijkheid om klacht in te dienen.

Evaluatie zorgplan

- 4 weken na inwerkingtreding.
- Daarna min. 1x per 6 maanden.
- Onvrijwillige zorg in zorgplan: evaluatie door (uitgebreid) deskundigenoverleg.

Ontstaat er (risico op) ernstig nadeel?

Constateert de zorgverantwoordelijke/vertegenwoordiger dat het zorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte en dat er een risico bestaat op ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving? Doorloop dan onderstaand stappenplan.

STAP 1: ONDERZOEK NAAR ALTERNATIEVEN (artikel 9 WZD)

De zorgverantwoordelijke bespreekt met minimaal 1 andere deskundige:

- Hoe groot is het risico op ernstig nadeel?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
- Zijn er alternatieven die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?
- Als de cliënt thuis woont: is de thuissituatie geschikt voor toepassing van de alternatieven?
- Cliënt heeft recht om bij het overleg te zijn.

Onvrijwillige zorg is zorg waartegen de cliënt zich verzet en kan bestaan uit:

- Toedienen vocht, voeding en medicatie, medische controles/handelingen vanwege de VB of dementie.
- Beperking van bewegingsvrijheid.
- Insluiting.
- Toezicht (inclusief domotica).
- Onderzoek aan kleding of lichaam.
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en op gevaarlijke voorwerpen.
- Controle op middelen die gedrag beïnvloeden.
- Beperking van vrijheid om eigen leven in te richten, waardoor de cliënt iets moet doen of laten (incl. gebruik communicatiemiddelen).
- Beperking op het ontvangen van bezoek.

Geen alternatieven gevonden?

Naar stap 2

Alternatieven gevonden?

Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan.

- Ontstaat toch risico op ernstig nadeel?
- Verzet de cliënt zich tegen de alternatieven?

Naar stap 2

STAP 2: ONVRIJWILLIGE ZORG IN ZORGPLAN (artikel 11 WZD)

De zorgverantwoordelijke bespreekt met deskundigen³:

- Zijn er nieuwe inzichten over de besprekingspunten uit stap 1?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Wat is de impact op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn participatie? Met welke aanvullende zorgvuldigheidseisen vermindert of verdwijnt die impact?
- Als de cliënt thuis woont: is de thuissituatie geschikt voor de maatregelen? Denk bijvoorbeeld aan toezicht.

Betrokkenen bij het overleg

- Zorgverantwoordelijke.
- Minimaal 1 andere deskundige van een andere discipline.
- Overweegt men beperking in bewegingsvrijheid, insluiting of medische handelingen, dan moet een arts toestemming geven.
- Cliënt heeft recht aanwezig te zijn.

Geen alternatieven gevonden?

Zorgverantwoordelijke zet in zorgplan:

- Situatie, vorm, duur en frequentie van onvrijwillige zorg.
- Wie de onvrijwillige zorg toepast.
- Termijn (max. 3 maanden).
- Afbouwplan.
- Aanvullende zorgvuldigheidseisen.
- Continuïteit in zorg voor de cliënt.
- Toezicht en kwaliteitsbewaking door zorgaanbieder en WZD-arts.

WZD-arts beoordeelt zorgplan en laat zo nodig aanpassingen doorvoeren.

Alternatieven gevonden?

Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan.

Blijkt vrijwillige zorg onvoldoende om ernstig nadeel te voorkomen?

Herhaling stap 2

Verzet cliënt zich (alsnog) tegen de uitvoering van het zorgplan?

Naar stap 3

Onvrijwillige zorg afbouwen

Lukt het niet onvrijwillige zorg af te bouwen in de afgesproken termijn?

- Overleg met deskundige³ die nog niet bij de zorg is betrokken.

Lukt het daarna nog niet om onvrijwillige zorg af te bouwen?

Naar stap 3

STAP 3: EXTERN ADVIES OVER (AFBOUW NAAR) VRIJWILLIGE ZORG (artikel 11 WZD)

Deskundigenoverleg met externe deskundige³

- Zijn er (nieuwe/andere) alternatieven?
- Kunnen veranderingen in de omgeving (inclusief interactie met zorgverleners) de situatie verbeteren?

Verlenging onvrijwillige zorg

In afwachting van het advies van een externe deskundige kan de termijn voor onvrijwillige zorg eenmalig met 3 maanden worden verlengd.

Geen alternatieven gevonden?

- In zorgplan opnemen hoe advies externe deskundige is toegepast.
- Zorgplan aanpassen zoals beschreven in stap 2.
- De termijn voor onvrijwillige zorg is nu telkens maximaal 6 maanden.

Alternatieven gevonden?

Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan.

Beoordeling en toezicht

WZD-arts beoordeelt zorgplan (zoals beschreven in stap 2). Zorgverantwoordelijke en WZD-arts houden toezicht op de uitvoering van onvrijwillige zorg.

1. De Wet zorg en dwang geldt voor cliënten met een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening die professionele zorg krijgen.

2. In dit schema moet voor 'cliënt' steeds worden gelezen: 'cliënt of zijn vertegenwoordiger indien de cliënt wilsonbekwaam is.'

3. In een Algemene maatregel van bestuur kunnen eisen worden gesteld aan de deskundige en externe deskundige.

NB: Dit stappenplan wordt nog verder uitgewerkt. Via onze website en de kennispleinen Zorg voor Beter en Gehandicaptensector delen we zodra beschikbaar de laatste versie.