

BELEID WET ZORG EN DWANG

Stichting Derkshoes Zorg en Dienstverlening



Eigenaar	Femke Wienen (manager bedrijfsvoering)
Auteur	Nienke de Krijger (kwaliteitsadviseur)
Status	Vastgesteld
Vastgesteld door MT op	24-12-2024
Datum evaluatie	24-12-2026
Versie	3

INHOUD

1	Inleiding	3
2	Visie.....	4
3	Preventief beleid.....	5
3.1	Kennis en kunde medewerkers.....	5
3.2	Multidisciplinaire benadering	5
3.3	Zorgtechnologie	5
3.4	Samenhang met ander beleid en relevante richtlijnen	5
4	Onvrijwillige zorg	6
4.1	Afwegingskader wel/geen onvrijwillige zorg (casuschecker)	6
4.2	Wzd Stappenplan	7
4.3	Onvoorziene (nood)situaties	8
5	Monitoring en verantwoording	9
5.1	Kernteam Wzd	9
5.2	Commissie Wzd	10
5.3	Klachten met betrekking op onvrijwillige zorg	10
5.4	Clientvertrouwenspersoon Wet zorg en Dwang.....	10
5.5	Beleidscyclus en verantwoording	11
	Bijlagen	12
	Bijlage 1 Casuschecker Wzd	12
	Bijlage 2 Stappenplan Wzd	13
	Bijlage 3 Uitleg registratie maatregelen in zorgleegplag	14
	Bijlage 4 Cliëntvertrouwenspersoon Wzd	16
	Bijlage 5 Definities	17

1 INLEIDING

De Wet Zorg en Dwang (Wzd) is op 1 januari 2020 in werking getreden. De Wzd geldt voor alle cliënten die zorg ontvangen, zowel intramuraal als in de thuiszorg. De wet heeft betrekking op cliënten met een psychogeriatrische aandoening, NAH, Korsakov en Huntington (Besluit zorg en dwang 1 mei 2020).

In deze Beleidsnotitie 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.

Onder onvrijwillige zorg wordt zorg verstaan waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet. 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 cliënt 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).

2 VISIE

Derkshoes gaat uit van een preventief beleid en vrijwillige zorg en ondersteuning. Toch is er soms sprake van noodzakelijke zorg waar een 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.

Uitgangspunt van Derkshoes op onvrijwillige zorg is “Nee, tenzij...”:

- Er ernstig nadeel voor de cliënt of diens omgeving is;
- Er bij het niet nemen van de maatregel ernstig nadeel bestaat/ kan bestaan voor de cliënt en/of diens omgeving;
- Vrijwillige zorg optimaal is ingezet, maar niet volledig voldoet.

Als preventieve en vrijwillige 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 cliënt moet de afweging worden gebaseerd op de mate van onwenselijkheid en het nadeel dat het oplevert. Deze afweging en toepassing van onvrijwillige zorg vindt altijd plaats in gezamenlijke besluitvorming met cliënt en/of diens vertegenwoordiger en volgens een zorgvuldige procedure, waarbij het welzijn, de veiligheid en eigenwaarde van de betreffende cliënt voorop staan. De onvrijwillige zorg voldoet aan de beginselen van geschiktheid/ doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit (minst ingrijpend). Deze afweging wordt vastgelegd in het zorgleefplan.

3 PREVENTIEF BELEID

3.1 KENNIS EN KUNDE MEDEWERKERS

Preventief beleid bestaat uit het adequaat inzetten van passende zorg en begeleiding, ook 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 hier invulling aan te kunnen geven. 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 deskundigheden en kwalificatieniveaus van de medewerkers in het zorgteam. Het team bestaat uit medewerkers met een opleiding op niveau 1 t/m 6. Daarnaast werkt Derkshoes met aandachtsvelders Wzd, waarmee beschikbaarheid van kennis en kunde op de werkvloer wordt geïntegreerd.

3.2 MULTIDISCIPLINAIRE BENADERING

Er is expertise en een multidisciplinaire benadering nodig om de inzet van de best passende zorg mogelijk te maken. Om de verschillende behandelexpertises te borgen heeft Derkshoes samenwerkingsafspraken gemaakt met zorgorganisaties en eerstelijnspraktijken in de regio.

3.3 ZORGTECHNOLOGIE

Binnen het Derkshoes wordt zorgtechnologie, waaronder domotica, e-health, sensortechniek of andere technische toepassingen ingezet ter ondersteuning van onze cliënten, diens naasten en medewerkers. Een goed afgewogen en integrale toepassing van zorgtechnologie draagt bij aan de kwaliteit van onze zorg- en dienstverlening en het optimaliseren van regie bij de cliënt of diens vertegenwoordiger. Bij de inzet van zorgtechnologie wordt altijd de afweging meegenomen in hoeverre een toepassing de Wzd raakt, waarbij dan ook geldt: “nee, tenzij”.

3.4 SAMENHANG MET ANDER BELEID EN RELEVANTE RICHTLIJNEN

Ten aanzien van begeleiding, ondersteuning en behandeling hanteert Derkshoes de Zorgstandaard Dementie en de organisatie is aangesloten bij het Netwerk Dementie Drenthe. Wanneer er sprake is van probleemgedrag bij cliënten die bij ons wonen hanteert Derkshoes de Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie. 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.

4 ONVRIJWILLIGE ZORG

Derkshoes streeft ernaar om zorg op basis van vrijwilligheid toe te passen en onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Daarom wordt er altijd gezocht naar alternatieven.

Bij alternatieven geldt dat er altijd per cliënt wordt beoordeeld welk alternatief passend is. Is er een vrijwillig alternatief mogelijk? De bundel “85 alternatieven voor vrijheid in de zorg” (Vilans) kan hiervoor ter inspiratie gebruikt worden. Als er een alternatief gevonden is die onder vrijwillige zorg valt, wordt dit als zodanig opgenomen als zorgafspraken in het zorgleefplan.

Indien alternatieve zorg niet toereikend is en er is sprake van (verwacht) ernstig nadeel, dan wordt overwogen om onvrijwillige zorg in te zetten.

Onder onvrijwillige zorg verstaat de Wzd zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger **niet instemt** en zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd maar waartegen de cliënt zich **verzet**. Verzet is kenbaar door verbale uitingen of door gedragingen van een cliënt die duidelijk maken dat hij iets niet wil.

De Wzd onderscheidt 9 soorten onvrijwillige zorg:

1. Medische handelingen en therapeutische maatregelen (zoals toedienen van gedragsmedicatie buiten de richtlijn;
2. Beperken van de bewegingsvrijheid (zoals een rolstoel op de rem, bedhekken omhoog doen of een rolstoelblad);
3. Insluiten;
4. Uitoefenen van toezicht op betrokkene (inclusief Domotica);
5. Onderzoek aan kleding of lichaam;
6. Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
7. Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
8. 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;
9. Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

4.1 AFWEGINGSKADER WEL/GEEN ONVRIJWILLIGE ZORG (CASUSCHECKER)

De zorgverantwoordelijke (niveau 3 of 4) heeft met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger een zorgleefplan opgesteld. Er kan op enig moment geconstateerd worden dat het zorgleefplan niet voldoet aan de zorgbehoefte en dat er een risico is op ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving.

De zorgverantwoordelijke van de cliënt bespreekt met een andere deskundige van een andere discipline die bij de directe zorg van de desbetreffende cliënt betrokken is, (bijv. regie/wijkverpleegkundige, gedragswetenschapper, fysiotherapeut en altijd de regiebehandelaar indien er sprake is van 1 van de 1^e drie categorieën onvrijwillige zorg) of er sprake is van ernstig nadeel.

Onvrijwillige zorg kan verleend worden als dat noodzakelijk is om 'ernstig nadeel' te voorkomen. Er is sprake van ernstig nadeel, wanneer:

- zorgvrager zichzelf of anderen in levensgevaar brengt of zichzelf of anderen ernstig lichamelijk letsel toebrengt;
- zorgvrager zichzelf of anderen ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade toebrengt;
- zorgvrager zichzelf ernstig verwaarloost of een andere situatie van maatschappelijke teloorgang;
- de ontwikkeling van de zorgvrager (of van iemand in zijn omgeving) verstoord raakt;
- de veiligheid van de zorgvrager bedreigd wordt al dan niet onder invloed van een ander;
- de zorgvrager met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Zie jij als zorgverantwoordelijke in de dagelijkse praktijk een onveilige situatie ontstaan? Doorloop dan onze *casus-checker WZD* (bijlage 1.) om te beoordelen of in de situatie van jouw bewoner sprake is van vrijwillige zorg of van onvrijwillige zorg en weet of het Wzd-stappenplan gevolgd dient te worden.

Is er geen sprake van onvrijwillige zorg, hoeft het stappenplan niet gevolgd te worden maar worden de gemaakte afspraken, door de zorgverantwoordelijke, wel als maatregel (zonder verzet) opgenomen in het zorgleefplan.

Indien er sprake is van onvrijwillige zorg zal het stappenplan doorlopen moeten worden. Alle gemaakte afspraken worden door de zorgverantwoordelijke als maatregel opgenomen in het zorgleefplan en op de voorgeschreven momenten geëvalueerd. Wanneer onvrijwillige zorg wordt toegepast, dan wordt dit als maatregel (met verzet) opgenomen in het zorgleefplan. Voor uitleg over de registratie van maatregelen in het zorgleefplan zie bijlage 3.

4.2 WZD STAPPENPLAN

De inzet van onvrijwillige zorg, als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, wordt in het zorgleefplan opgenomen. De besluitvormingsprocedure die hierbij gevolgd moet worden, wordt het stappenplan Wzd (zie bijlage 2.) genoemd. Het stappenplan helpt om een zorgvuldige, deskundige en multidisciplinaire afweging te maken voor de inzet van onvrijwillige zorg. Als het niet lukt om een vrijwillig alternatief te vinden voor de onvrijwillige zorg, wordt er steeds meer deskundigheid ingeschakeld om mee te denken. Door middel van regelmatige evaluaties in het stappenplan moet het onnodig toepassen van onvrijwillige zorg teruggedrongen worden.

De zorgverantwoordelijke coördineert het stappenplan en stelt per casus een multidisciplinair kernteam samen en zorgt ervoor dat de stappen tijdig zijn doorlopen met de betrokkenen, uiteraard in afstemming met de cliënt, de vertegenwoordiger van de cliënt en het multidisciplinaire team rond de cliënt.

Het Wzd-stappenplan is **altijd** van toepassing op de eerste drie vormen van onvrijwillige zorg bij wilsonbekwame cliënten. Ook als de vertegenwoordiger instemt en cliënt zich niet verzet.

Met behulp van het Wzd-stappenplan wordt de casus maandelijks in het multidisciplinair kernteam geanalyseerd, alternatieven worden bekeken en (onafhankelijke) deskundigheid wordt ingeschakeld om mee te denken. Het kernteam bestaat uit de zorgverantwoordelijke, deskundige van andere discipline (maar wel betrokken bij desbetreffende cliënt) en de regiebehandelaar en afhankelijk van de stap de door Wzd per stap voorgeschreven disciplines en deskundigen (zie bijlage 2.)

De stappen zien er als volgt uit:

Stap	Acties en vragen	Max. periode toepassing
Stap 1	In het kernteam is geen geschikt vrijwillig alternatief gevonden. Er wordt overwogen om onvrijwillige zorg in te gaan zetten. Vragen die centraal staan: Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het ernstige nadeel? Wat is de impact op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en zijn participatie? Hoe is deze impact te verminderen? Is de (thuis)situatie geschikt?	Max. 3 mnd.
Stap 2	Inzet onvrijwillige zorg voor de 1 ^e keer verlengen?	Max. 3 mnd.
Stap 3	Inzet onvrijwillige zorg voor de 2 ^e keer verlengen?	Max. 3 mnd.
Stap 4	Inzet onvrijwillige zorg voor de 3 ^e keer verlengen?	Max. 6 mnd.
Stap 5	Vervolgverlengingen van inzet onvrijwillige zorg?	Max. 6 mnd.

4.3 ONVOORZIENE (NOOD)SITUATIES

In een situatie waar het zorgplan 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-functionaris wordt z.s.m. over deze maatregel geïnformeerd. De nood maatregel kan nooit langer dan twee weken duren.

5 MONITORING EN VERANTWOORDING

5.1 KERNTTEAM WZD

Per casus bestaat een multidisciplinair kernteam Wzd. Het kernteam bestaat uit de zorgverantwoordelijke, deskundige van andere discipline (maar wel betrokken bij desbetreffende cliënt) en de regiebehandelaar. En eventueel aanvullende disciplines conform het Wzd-stappenplan. Het multidisciplinair kernteam analyseert, bekijkt alternatieven en schakelen (onafhankelijke) deskundigheid in om mee te denken.

In onderstaande tabel wordt omschreven met welke functionarissen binnen het Derkshoes invulling (kunnen) geven aan het kernteam bij ingezette maatregelen.

Discipline/ Deskundigheid	Taken en verantwoordelijkheden	Binnen Derkshoes ingevuld door
Per casus: een kernteam		
Zorg- verantwoordelijke (Niveau 3 en 4)	Brengt casuïstiek in. Maakt met cliënt en vertegenwoordiger(s) zorgafspraken t.a.v. onvrijwillige zorg en noteert dit in het ZLP.	Zorgmedewerker verantwoordelijk voor het zorgplan
Medisch verantwoordelijke	Brengt medisch perspectief mee.	Regiebehandelaar (VS, SOG) Huisarts z.n.
Deskundige van andere disciplines, wel betrokken bij zorg desbetreffende cliënt	Kritische meedenker vanuit zorginhoud en organisatieperspectief.	Hbo-verpleegkundige, gedragswetenschapper fysiotherapeut, ...
Alle stappen worden beoordeeld door de:		
Wzd-functionaris	Beoordeelt het zorgleefplan: is de inzet geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen?	Wzd-functionaris (Icare)
Afhankelijk van te doorlopen stappen ook:		
Deskundige niet bij directe zorg cliënt betrokken	Frisse blik. Is een inhoudelijk meedenker, dus bv. een discipline of verzorgende van een ander zorgteam	Discipline of verzorgende van een ander zorgteam
Onafhankelijke deskundige (alleen stap 4)	De externe deskundige is onafhankelijke deskundige van een collega zorgorganisatie.	De externe deskundige wordt via Icare ingezet. Lijst met externe deskundigen is bekend bij Wzd functionaris
Overige behandelaren (Alleen zo nodig)	Afhankelijk van de casus kunnen overige behandelaren betrokken worden, maar uitgangspunt is dat zij al bijdragen vanuit betrokkenheid bij het MDO.	Divers.

5.2 COMMISSIE WZD

Binnen het Derkshoes is er een commissie Wzd. De commissie Wzd houdt zicht bezig met de volgende taken:

- Volgen van interne ontwikkelingen en signalen.
- Werken aan bewustwording en kennisdeling.
- Volgen van externe ontwikkelingen, bepalen wat de impact is voor de organisatie.
- Het organiseren van een jaarlijkse Wzd-audit.
- Ontwikkelen beleidsnotities en verantwoordingsdocumentatie.

Daarnaast wordt er vanuit de commissie een Nedap-uitdraai gemaakt van de toegepaste vrijwillig/ onvrijwillige maatregelen, wat overzicht geeft van de drie mogelijke varianten:

1. Maatregel valt onder vrijwillige zorg.
2. Maatregel is in afgelopen weken ingezet in een onvoorziene (nood)situatie.
3. Maatregel valt onder onvrijwillige zorg, Wzd is van toepassing.

Alle ingezette maatregelen worden geanalyseerd. Bij ingezette maatregelen 'variant 2 en/of 3' worden voor het overleg de aanvullende disciplines uitgenodigd zoals het stappenplan dit voorschrijft (zie bijlage 2).

5.3 KLACHTEN MET BETREKKING OP ONVRIJWILLIGE ZORG

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 of door de cliëntvertrouwenspersoon Wzd doorgestuurd naar het KCOZ. Informatie is te vinden op www.kcoz.nl.

5.4 CLIENTVERTROUWENSPERSOON WET ZORG EN DWANG

De cliëntenvertrouwenspersoon Wzd kan cliënten en/ of vertegenwoordigers ondersteunen en informatie geven bij vragen die er ontstaan rondom onvrijwillige zorg. Daarnaast kan de cliëntenvertrouwenspersoon ondersteuning bieden bij problemen rond de opname of het verblijf in een zorginstelling en in het doorlopen van de klachtenprocedure.

Tevens kan de cliëntenvertrouwenspersoon ook signaleren of de rechten van cliënten in het geding zijn. Die signalen worden vervolgens neergelegd bij de zorginstelling. Wanneer de zorginstelling de signalen niet, onvoldoende of niet snel genoeg oppakt, kan de cliëntenvertrouwenspersoon de signalen ook doorgeven aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

De cliëntenvertrouwenspersoon WZD voor het Derkshoes wordt geleverd door *Stichting Quasir Cliëntenvertrouwenspersonen Wzd* (zie bijlage 4)

5.5 BELEIDSCYCLUS EN VERANTWOORDING

In onderstaande tabel wordt omschreven op welke momenten verantwoording afgelegd moet worden en welke interne en externe partijen hierbij betrokken moeten worden.

Wanneer	Wijze van verantwoording	Aan
Feb	Kwaliteitsadviseur levert een digitaal data-overzicht juli-december uit Nedap (XML-bestand) aan bij de IGJ.	IGJ
April	De commissie Wzd maakt een jaaranalyse van voorgaand kalenderjaar zoals omschreven in de Regeling zorg en dwang (Rzd).	MT, bestuurder
April-mei	Clëntenraad bespreekt de jaaranalyse Wzd en geeft een reactie.	Clëntenraad
Juni	Bestuurder neemt de jaaranalyse Wzd als onderdeel op in het jaarverslag van de organisatie. Het jaarverslag wordt met goedkeuring van de RvT openbaar gemaakt op de website. De URL naar het jaarverslag wordt door de kwaliteitsadviseur aangeleverd bij het Zorginstituut (via Desan). Analyse Wzd van voorgaand kalenderjaar + reactie cliëntenraad worden door de kwaliteitsadviseur aangeleverd bij de IGJ.	RvT, Zorgkantoor, Zorginstituut, openbaar op website IGJ
Juli-aug	Kwaliteitsadviseur levert een digitaal data-overzicht januari-juni uit Nedap (XML-bestand) aan bij de IGJ. De commissie Wzd maakt een halfjaaranalyse van januari-juni voor eigen administratie. Opnemen in MT-rapp Q2.	IGJ Commissie, MT, bestuurder
Okt	Wzd audit. Uitkomsten meenemen in jaaranalyse.	Commissie Wzd, MT en bestuurder
Nov	Wzd wordt als thema benoemd in het kwaliteitsjaarplan voor het komende jaar. Gemaakte analyses, data en bevindingen audit geven input. Het kwaliteitsjaarplan besproken in medezeggenschapsraden en binnen de RvT. Wordt daarna openbaar geplaatst op de website en aangeleverd bij het zorgkantoor.	Clëntenraad, ondernemingsraad, RvT, bestuurder, openbaar op website, zorgkantoor
Meer info	Rzd: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2019-60908.pdf Indicatoren basisveiligheid: https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader-indicatoren Kwaliteitsjaarplan: https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg---2021.pdf	

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 CASUSCHECKER WZD

Casus-checker

WANNEER IS ER NU SPRAKE VAN ONVRIJWILLIGE ZORG?

Zie jij in de dagelijkse praktijk een onveilige situatie ontstaan? Doorloop dan de casus-checker om te beoordelen of in de situatie van jouw bewoner sprake is van vrijwillige zorg of van onvrijwillige zorg.



1) Er is van het CIZ een PG- of VG indicatie ontvangen OF de verstandelijke beperking of PG-aandoening is vastgesteld door een arts.

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 UITLEG REGISTRATIE MAATREGELEN IN ZORGLEEGPLAG

Wat is er nieuw?

Maatregelen worden vanaf nu (okt '22) in de ZLP geregistreerd met het maatregel-formulier. Ze worden dus niet meer beschreven onder de domeinen. Ook zijn er geen aparte toestemmingsformulieren meer nodig van cliënt en/of familie. Het zorgplan wordt immers samen met hen opgesteld en zij tekenen dit voor akkoord. Dit volstaat.

Waarom dit formulier gebruiken en niet gewoon onder domeinen beschrijven?

- Op deze manier zijn de maatregelen in alle ZLP op dezelfde manier beschreven. Hierdoor krijgen wij als organisatie meer inzicht in toegepaste maatregelen.
- Zo kunnen we ook beter toetsen wanneer een het Wzd- stappenplan doorlopen moet worden.
- We kunnen ons beter verantwoorden naar externe partijen zoals de IGJ (Inspectie).

Over welke maatregelen gaat het?

Deze manier van registreren van maatregelen geldt voor alle cliënten en voor de maatregelen zoals opgenomen in onderstaand overzicht.

Maatregel	Voorbeeld
Beperking bewegingsvrijheid – fysieke fixatie	Vasthouden door medewerker.
Beperking bewegingsvrijheid – mechanische fixatie	Bedekken, niet wegklapbaar tafelblad, rolstoel op de rem.
Insluiten – eigen verblijfsruimte	Cliënt kan eigen woning niet zelf verlaten.
Toezicht - cameramonitoring	Domotica met camera in eigen verblijfsruimte.
Toezicht - overige domotica	Bewegingssensor, deursensor, bedscan
Toezicht - elektronische traceringsmiddelen	GPS, zorgriem
Medicatie	Psychofarmaca buiten de richtlijn, Medicatie verstopten in de maaltijd.
Medische controles en handelingen/therapeutische maatregelen.	Lichamelijk onderzoek tegen iemands wil.
Toedienen van vocht en voeding.	Vocht toedienen, terwijl iemand niet wil.
Beperking het eigen leven in te richten -overig	Sigaretten of drank in beheer van medewerkers, alleen bezoek op gezette tijden toestaan.

Wanneer is het Wzd-stappenplan van toepassing?

Voor de maatregelen in het geel moet altijd het Wzd-stappenplan doorlopen worden. Voor de overige maatregelen geldt het Wzd-stappenplan ook als de cliënt wilsonbekwaam is (door arts vastgesteld) en/of verzet toont.

Wie registreert de maatregel?

Je registreert dit als zorgmedewerker in het zorgleefplan en altijd in overleg met cliënt en/of familie. Vragen of twijfel ergens over? Neem contact op met iemand van de commissie Wzd.

Gaat het om een maatregel waarvoor het Wzd-stappenplan doorlopen moet worden? Dan vult de arts met de commissie Wzd het formulier in. Dit moet dan namelijk uitgebreider en met vaste evaluatiemomenten.

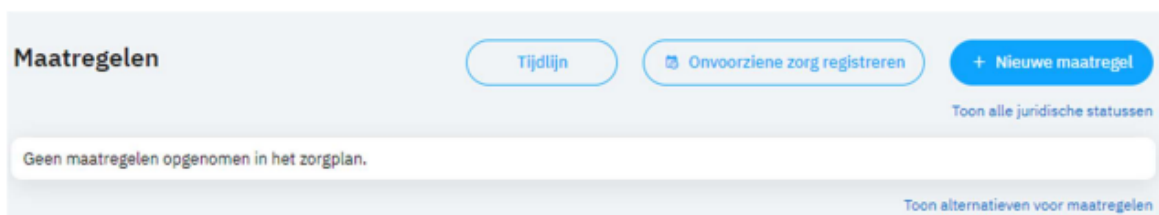
Een maatregel registreren – stap voor stap

Stap 1: Wat registreren?

- Zijn er maatregelen te registreren ja/nee? Check dit met behulp van bovenstaand overzicht.

Stap 2: Formulier openen

- Open tabblad zorgplan. Onder het zorgplan vind je het formulier om maatregelen te registreren.
- Klik op + Nieuwe maatregel. Het formulier klapt dan open. Alles wat rood omcirkeld is moet ingevuld worden.



Tip: als je rechtsonder klikt op 'toon alternatieven voor maatregelen', kom je op een site van Vilans waar je interessante info vindt, bijvoorbeeld de alternatievenbundel.

Stap 3: Situatie

- In de meeste gevallen kies je voor 'opnemen in zorgplan'. Een situatie is 'onvoorzien of nood' als een maatregel in de avond/nacht of het weekend toegepast wordt, waarbij er niet overlegd kon worden met de arts (doe dit wel zo snel mogelijk).

Stap 4: Instemming/Akkoord

- Een cliënt is altijd wilsbekwaam, tenzij een arts wilsonbekwaamheid heeft vastgesteld en dit is vastgelegd in het ZLP. Een diagnose dementie of een ZZP5 indicatie betekend dus niet automatisch dat iemand wilsonbekwaam is. Het kan wel dilemma's oproepen. Bespreek ze met een aandachtsvelder Wzd!

Stap 5: Beschrijving

- Geef hier aan welk ernstig nadeel optreedt als de maatregel niet wordt toegepast. Bijv. "Als de bedekken niet omhoog gedaan worden dan....."
- Geef aan wat de oorzaak is.
- Bepaal de volgende evaluatiedatum. Bijv. de datum waarop het ZLP vernieuwd moet worden.

Stap 6: Maatregelen

- Kies de maatregel uit het pull-down menu.
- Geef aan of de cliënt akkoord gaat en of de cliënt zich verzet.
- Vul in of de maatregel structureel toegepast wordt of alleen indien nodig.

BIJLAGE 4 CLIËNTVERTROUWENSPERSOON WZD



**Cynthia
Oldenhuizing**

Clientenvertrouwenspersoon
Wzd

Onafhankelijk, Vakbekwaam, Integer, Inzichtgevend, Verbindend
06-82550578 | cynthiaoldenhuizing@stemgever.nl | www.stemgever.nl



stemgever

cliëntenvertrouwenspersoon
onvrijwillige zorg

BIJLAGE 5 DEFINITIES

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 cliënt of een ander;
- b. bedreiging van de veiligheid van de cliënt 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.

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.

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 cliënt kan niet in één keer voor alle beslissingen ‘wilsonbekwaam’ worden verklaard. De arts moet per situatie beoordelen of de cliënt 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.)