

Beleidsnotitie Wet Zorg en Dwang 2019-2022.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer

Ilonka Ribbers VGG'er, Adriaan de Kinkelder SO en WZD functionaris

versie 2021.11

Inhoudsopgave	Pagina
Inleiding	5
 Hoofdstuk 1	
1.1 Visie op zorg voor bewoners	7
1.2.1 Visie op bewegingsvrijheid	7
1.2.2 Werkwijze groepswoningen	7
1.2.3 Bewegingsvrijheid bepalen, veiligheid en risico's	8
1.2.4 Het leven van alledag	8
1.2.5 De bewoner heeft een stem en laat die horen.	9
1.2.6 Medewerkers.	9
1.2.7 Vrijwilligers	9
1.2.8 Mantelzorgers en familie	9
1.2.9 Behandeling	10
1.2.10 Zorgtechnologie groepswonen	10
1.2.11 Uitvoering en evaluatie	11
 Hoofdstuk 2	
2.1 Cliënt/bewoner	12
2.2 Vertegenwoordiger van cliënt	12
2.3 Zorgaanbieder	13
2.4 Wzd functionaris	13
2.5 Zorgverantwoordelijke	14
2.6 Deskundige	14
2.7 Cliëntvertrouwenspersoon	15
2.8 Klachtencommissie	15
 Hoofdstuk 3	
3.1 Onvrijwillige zorg	16
3.2 Wilsonbekwame cliënt	16
3.3 Ernstig nadeel	17
3.4 Stappenplan	17
3.5 Aanpassingen zorgplan	19

Hoofdstuk 4	
4.1	Komen wonen binnen groepswonen 20
4.1.1	Verlof 20
4.1.2	Ontslag 20
4.2	Informatie over rechten van de cliënt 21
4.3	Informatie over de positie van de vertegenwoordiger 21
4.4	Informatie over de cvp 21
4.5	Verplichtingen zorgaanbieder ten opzichte van cvp 21
Hoofdstuk 5	
5.1	Klachtenregeling 22
5.2	Klachtenfunctionaris 22
5.3	Waar kan een klacht over ingediend worden 22
5.4	Wie kan een klacht indienen 23
5.5	De uitspraak van de klachtencommissie 23
5.6	De rechter 24
Hoofdstuk 6	
6.1	Opname in het register 24
6.2	Registratie onvrijwillige zorg 25
6.3	Meldingen 25
Bijlage 1 Scholing	27
Bijlage 2 Schema type maatregel	30
Bijlage 3 Stappenplan	34
Bijlage 3 Stappenplan	36
Bijlage 4. Bijlage	37

Inleiding.

Vanaf Januari 2020 werd de BOPZ Wet vervangen voor de Wet zorg en dwang (Wzd). Dit houdt in dat er binnen Zorgorganisatie Het Hoge Veer voor alle medewerkers die betrokken zijn bij de zorgverlening andere regels gelden voor het leveren van (onvrijwillige)¹ zorg aan cliënten met een psychogeriatrische² aandoening. De grootste verandering voor de organisatie is dat de Wet niet alleen van toepassing is op een Wzd aangemerkte accommodatie maar voor meerdere cliënten categorieën en er wordt niet meer over vrijheidsbeperking en middelen en maatregelen gesproken maar over onvrijwillige zorg.

Wat verstaat de Wzd onder zorg?

Onder ' zorg' verstaat de Wzd: de zorg van een zorgaanbieder jegens een cliënt die kan bestaan uit bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, bescherming, beveiliging en onvrijwillige zorg.

Wat verstaan de Wzd onder onvrijwillige zorg?

Onder onvrijwillige zorg verstaat de Wzd zorg waarmee de bewoner of zijn vertegenwoordiger niet instemt en zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd en waartegen de bewoner zich verzet.

De visie die de Zorgorganisatie heeft op bewoners die onder de Wzd vallen wordt beschreven in hoofdstuk 1.

Binnen de wet zorg en dwang zijn er nieuwe functies en begrippen deze worden in hoofdstuk 2 nader omschreven. Binnen Zorgorganisatie Het Hoge Veer worden na overleg met de behandelend arts ook cliënten met een (Voorwaardelijke of rechterlijke) Machtiging (VM of RM) opgenomen. Cliënten met acute problematiek waarvoor een Inbewaringstelling (IBS), worden in beginsel niet opgenomen.

De Wzd heeft als uitgangspunt het nee tenzij principe dit betekent dat zorg maar tegen de cliënt zich verzet een uiterste redmiddel is. Voordat dit ingezet wordt wordt er eerst goed gezocht naar alternatieven, waarmee cliënt en zijn vertegenwoordiger wel in kunnen stellen.

Wanneer onvrijwillige zorg toch nodig is om nadeel voor cliënt af te wenden dan wordt deze zorg opgenomen in het stappenplan.

een belangrijk onderdeel bij de implementatie van de wet zorg en drang is scholing.

In Bijlage 1 staat een overzicht van de scholingen in het kader van de Wet Zorg en Dwang.

¹ dwz zorg waartegen verzet door client (en) of vertegenwoordiger.

² Alle cliënten met een dementie of gelijkgestelde psychogeriatrische aandoeningen die zorg krijgen vallen onder de WZD. Ook wanneer het alleen vrijwillige zorg betreft

Hoofdstuk 1.

In dit hoofdstuk wordt de visie van de organisatie beschreven; hoe werkt de organisatie aan zoveel mogelijke bewegingsvrijheid voor bewoners.

1.1 Visie op zorg voor bewoners met cognitieve beperkingen.

De visie op onvrijwillige zorg en zeker op fixatie is **nee, tenzij** er geen ander alternatief is en ernstig nadeel niet voorkomen kan worden. Zorgorganisatie heeft het waarborgzegel Fixatievrije instellingen met 3 sterren. Hierin zijn kaders aangegeven voor beleid op bewegingsvrijheid, gebruik psychofarmaca en valpreventie waaraan de organisatie dient te voldoen om dit waarborgzegel te krijgen. Het zegel is geldig tot 2022. 1 maal per drie jaar wordt er een audit uitgevoerd door een andere zorgorganisatie.

1.2.1 Visie op bewegingsvrijheid

Bewegen is belangrijk voor een mens. Niet alleen voor de lichamelijke functies, maar ook voor het psychisch functioneren. Bewegen houdt een mens fit, maar draagt ook bij aan het gevoel van welbevinden. Beperkt worden in de bewegingsvrijheid kan dus negatieve gevolgen hebben voor het lichamelijk en psychisch functioneren.

Als het gaat om bewegingsvrijheid hanteren wij de term '**ja, tenzij**'. Bewoners krijgen in principe maximale bewegingsvrijheid, tenzij dit niet verantwoord is. Dit betekent, zoals gezegd, dat het gebied waar de vier woongroepen zich bevinden niet gesloten is en dat bewoners zich daarbinnen en buiten vrij kunnen bewegen, tenzij er een dwingende reden is om de bewegingsvrijheid te beperken.

1.2.2 Werkwijze groepswoningen

De vier groepswoningen bevinden zich in elkaars nabijheid op de begane grond. Het is geen gesloten gedeelte; geen van de algemene deuren zit op slot. Bezoekers, medewerkers en bewoners kunnen zonder sleutel, druppel of toegangscode in en uit lopen. De bewoners van het groepswonen dragen een sensor deze kan op verschillende manieren worden bevestigd. De sensor registreert precies waar de individuele bewoners zich bevindt.

Op plaatsen, die niet veilig zijn voor betreffende bewoner, gaan de deuren automatisch op slot. Andere deuren blijven open, waardoor de bewoners veel meer bewegingsvrijheid kunnen hebben dan in een gesloten setting. Zo nodig kan de bewegingsvrijheid, door middel van bewegingszones, op deze manier voor iedere bewoner individueel worden bepaald. Indien dit gebeurt is er sprake van bewegingsbeperking en dus wordt dan het stappenplan conform artikel 2.2 van de wet zorg en dwang gevolgd.

Mocht een bewoner om veiligheidsredenen het gebouw niet verlaten, toch onverhoopt het gebouw verlaten, dan is er nog geen reden tot paniek. De medewerkers krijgen hiervan een melding op hun smartphone of tablet. En kunnen dan actie ondernemen.

Met de deur van de eigen studio gaat het precies andersom. Deze blijft gesloten voor iedereen, behalve voor de bewoner van de betreffende studio.

1.2.3 Bewegingsvrijheid bepalen, veiligheid en risico's

De mate van bewegingsvrijheid wordt per individuele bewoner bepaald en altijd multidisciplinair besproken en vastgesteld samen met bewoner en (of) diens vertegenwoordiger.

Iedere betrokken medewerker, vrijwilliger, mantelzorger, familielid of bewoner kan de mate van bewegingsvrijheid bespreekbaar maken. Vervolgens wordt de mate van bewegingsvrijheid multidisciplinaire besproken, geëvalueerd, zonodig herzien en vastlegt in het zorgleefplan van de bewoner.

Het geven van maximale bewegingsvrijheid is mogelijk doordat er wel overwogen multidisciplinaire afwegingen gemaakt worden en innovatieve (beproeft) zorgtechnologie wordt toegepast om de veiligheid van de bewoner en anderen te optimaliseren. Deze ondersteunende zorgtechnologie zorgt voor een elegante ondersteuning van de bewoners zodanig dat discussie en frustratie vermeden wordt.

Wonen op de woongroepen op Hoge Veer Bastion kent ook risico's. Risico's horen ook bij het leven. Risico's komen ook in gesloten settings voor, bijvoorbeeld gezondheidsrisico's door te weinig bewegen. Met behulp van de zorgtechnologie en onze persoonsgerichte multidisciplinaire werkwijze, trachten we de risico's tot een aanvaardbaar minimum te beperken. Het kan ook voorkomen dat, in belang van het welzijn van een bewoner, met alle betrokkenen besloten wordt om een bepaald risico te nemen. Dit kan alleen na zorgvuldige afweging en met instemming van alle betrokkenen.

Waar het ons om gaat is dat de bewoners, **omwille van het welzijn**, hun leven en zelfzorg zoveel als mogelijk kunnen blijven voortzetten of herstellen en daar hoort vrijheid van bewegen ook bij.

1.2.4 Het leven van alledag

Het levensverhaal vormt het aanknopingspunt voor het wonen, de zorg en het welzijn. Door het levensverhaal te kennen als medewerker, kun je zorg en welzijn afstemmen op de individuele bewoner (persoonsgerichte zorg). Er wordt alles aan gedaan om de eigen leefwijze, activiteiten, gewoonten en rituelen voort te zetten.

Het leven van alledag vormt de basis voor het ritme en de activiteiten op het groepswonen. Zo worden de dagelijks terugkerende dingen, zoveel mogelijk gebruikt als activiteit. Bijvoorbeeld maaltijden voorbereiden, koken, wassen, strijken, krant lezen, muziek luisteren, enz.

Door te gaan leven op een woongroep bestaat het risico dat je vertrouwde activiteiten en sociale contacten achter je laat. Daarom wordt er, als het wenselijk en haalbaar is, zoveel mogelijk aan gedaan om contacten met familie, verenigingsleven en vrienden te onderhouden. Al heeft iemand een Wlz indicatie, dan maakt je nog steeds deel uit van de omgeving en de maatschappij.

Betekenisvolle activiteiten en sociale contacten zijn van belang bij het in stand houden van het zelfrespect en de eigen identiteit van de bewoners. Iemand met dementie kan dit vaak niet meer zelf organiseren. Hierin nemen wij initiatief, waarbij de inzet van vrijwilligers belangrijk is. Maar hier is ook een belangrijke rol voor de familie, mantelzorg en andere naasten weggelegd.

1.2.5 De bewoner heeft een stem en laat die horen

Om ervoor te zorgen dat de bewoners zoveel mogelijk eigen regie behouden over hun leven, is de dialoog met de bewoner cruciaal. Ook al is de bewoner dementerend, dat betekent niet dat zij niet meer kan aangeven wat zij wenst, ervaart en voelt. De bewoner heeft zo een eigen rol in het zorgproces. Hoe was de bewoner gewend te leven? Welke zorg en ondersteuning vindt de bewoner belangrijk? Hoe kan de familie bijdragen aan de kwaliteit van leven en waartoe zijn zij bereid? Daarnaast worden er steeds keuzemogelijkheden geboden aan bewoners. Keuzevrijheid maakt een groot verschil. Het levensverhaal dient hierbij als basis. Bij in zorg name wordt aan familie gevraagd een levensverhaal te maken dit wordt verwerkt in het zorgdossier. In het jaar 2020 gaan we in het zorgdossier het cliënt verhaal implementeren bij de bewoners. Dit wordt door bewoner of vertegenwoordiger ingevuld en door hun geactiveerd om inzichtelijk te worden in het ECD. .

1.2.6 Medewerkers

De medewerkers en de leidinggevende die werkzaam zijn binnen locatie Hoge Veer Bastion hebben passie voor zorg voor bewoners met dementie en het benutten van technische toepassingen . De medewerkers zijn in staat zelfstandig te werken, vernieuwend, zien kansen en zijn in staat risico's in te schatten. Alle medewerkers zijn voor de start getraind in het omgaan met de nieuwe zorgtechnologie en staan achter de nieuw gestelde visie. Zij zijn in staat de bewoners het gevoel van thuis te geven en zijn onderdeel van het dagelijks leven.

1.2.7 Vrijwilligers

Vrijwilligers maken onderdeel uit van het team, waardoor ze ook genoemd worden. Ze nemen een essentiële positie in. De vrijwilligers hebben onderdelen van de scholingen gevolgd waardoor ze goed geoutilleerd zijn voor hun werkzaamheden: ondersteuning in het dagelijks leven van de woningen, zoals boodschappen doen, koken, opruimen. Daarnaast helpen zij bij de dagelijkse behoeftes van de bewoners, zoals mee naar buiten gaan, ergens koffie drinken. Zij realiseren samen met de medewerkers en mantelzorgers het activiteitenprogramma.

1.2.8 Mantelzorgers en familie

Mantelzorgers kunnen niet gezien worden als medewerkers, maar staan hier wel benoemd omdat ze een heel belangrijke partij zijn in het proces van wonen, zorg en welzijn. Vanaf het eerste moment dat een bewoner in het Bastion komt wonen wordt hen gevraagd welke taken en activiteiten zij kunnen en willen blijven uitvoeren. Op deze manier worden zij betrokken bij de zorg- en dienstverlening. Zorg ontvangen van HHV houdt niet in dat de naaste van de bewoner de zorg overdragen aan de zorgverleners. Professionals nemen niet meer taken over dan nodig is en stimuleren juist de zelfredzaamheid en het in stand houden van het sociale netwerk van de bewoner. Daarnaast heeft de vertegenwoordiger een cruciale stem in het bepalen van de mate van vrijheid van elke bewoner. In de zorgverleningsovereenkomst staat dat wij binnen de organisatie geen gebruik maken van fixatie. Ook tijdens de intake gesprekken wordt duidelijk aangegeven dat bewegingsvrijheid belangrijk is en terughoudendheid in het gebruik van psychofarmaca.

Familieleden zijn zich er bij de opname van bewust dat in de groepen wonen betekent: wonen in vrijheid, maar ook het accepteren van bijbehorende risico's. In het zorgdossier wordt opgenomen de mate van vrijheid en de risico's die daarbij horen. Familie begrijpen en accepteren deze.

1.2.9 Behandeling

De behandeling wordt geleverd door een vaste specialist ouderenzorg (SO) en een vaste Verpleegkundig specialist. De arts is werkzaam vanuit de VOF Gericare; vanuit deze VOF wordt ook de 24 uur bereikbaarheid van de artsen gegarandeerd. De arts is goed opgeleid en is altijd volgens de laatste ontwikkelingen bijgeschoold. Naast de specialist ouderenzorg wordt er vanuit organisatie Mijzo de fysiotherapie, ergotherapie, psycholoog geleverd en kunnen diëtiste en logopedisten benaderd worden. De behandeling gebeurt aan huis, in zit/slaapkamer van de bewoner.

Behandeling wordt vooral ingezet op initiatief van de zorgmedewerkers. Bewoners en familie kunnen de behandelaren benaderen, vragen stellen en behandelaren inventariseren pro actief het welbevinden en functioneren van de bewoners. Omdat er met 1 vaste arts wordt gewerkt is er betrokkenheid en is de arts voor medewerkers laagdrempelig benaderbaar.

Onvrijwillige zorg, en ook psychofarmaca (buiten de richtlijn, art 2.2 WZD) en bewegingsbeperking (ook zonder verzet) worden pas ingezet als alle alternatieven zijn afgewogen of uitgetoetst. Onvrijwillige zorg (zorg waar tegen verzet art 2.1 WZD) de zware vormen van zorg zonder verzet (art 2.2 WZD) worden ingezet volgens het stappenplan van de Wet zorg en dwang (Wzd). Hierin is vastgelegd welke deskundigheid betrokken dient te worden binnen welke tijd en hoelang de onvrijwillige zorg geleverd mag worden. Verder wordt het gebruik van psychofarmaca door de projectgroep polyfarmacie gemonitord en besproken in de desbetreffende teams. Daarnaast is er iedere drie maanden een ZAP overleg, dit is een overleg tussen de SO arts, psycholoog, zorgcoördinator en Vg'er over onbegrepen gedrag en eventuele inzet of afbouw van psychofarmaca.

1.2.10 Zorgtechnologie groepswonen

Technologie maakt het leven makkelijker, daarom wordt domotica breed ingezet binnen Het Hoge Veer Bastion. Domotica wordt ingezet voor de volgende doeleinden: comfort, veiligheid, activering, behandeling, sociaal contact en efficiëntie.

De uitgangspunten voor het gebruik van Domotica zijn:

- Veiligheid van bewoners moet ten allen tijde gewaarborgd zijn, binnen aanvaardbare risico's (op basis van risico's analyses) zoals deze per bewoner multidisciplinaire zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier;
- Het streven naar maximale (Bewegings) vrijheid voor bewoners waarbij zij de woning kunnen verlaten en zelfstandig zonder correctie weer veilig terug kunnen keren op hun zit/slaapkamer, rekening houdend met individuele mogelijkheden zoals vastgelegd in het zorgdossier;
- Begeleiding van de bewoners zodanig dat discussie en frustratie vermeden worden;
- Voorkomen van irritatie van bewoners door zowel techniek als het handelen van medewerkers en vrijwilligers;
- De verantwoordelijkheid over de bewoner voor de uitvoering van de afspraken m.b.t. verantwoorde maximale vrijheid ligt bij de zorgprofessionals;
- Uitvoerende taken met betrekking tot verantwoorde maximale bewegingsvrijheid ligt buiten het

- gebouw bij de professionals ondersteund door techniek;
- Zorgprofessionals moeten evenredig worden belast met taken met betrekking tot verantwoorde maximale bewegingsvrijheid;
- Elke bewoner heeft een hals of polsbandje. Als bewoner in een zone komt zoals b.v. buiten de organisatie gaat er een alarm op de telefoon van de medewerker. Deze kan dan actie ondernemen om bewoner verder begeleiding te bieden. Dit is een bewuste keuze van de bewoner/diens familie wanneer men op het groepswonen komt wonen;
- Toezichthoudende domotica wordt niet per definitie geregistreerd als onvrijwillige zorg in het zorgdossier. Een toezichthoudende domotica toepassing is pas onvrijwillige zorg als zij zodanig ingezet wordt en/of de actie volgend op een melding de vrijheid van een bewoner beperkt. Dit wordt uiteraard multidisciplinair besproken, geëvalueerd en geregistreerd.

In de kleinschalige zit/slaapkamers wordt gebruik gemaakt van een combinatie van diverse innovatieve toepassingen. Door deze toepassingen krijgen bewoners met dementie hun vrijheid terug. De leefruimte wordt letterlijk vergroot, bewoners kunnen naar buiten en de binnentuin inlopen. De techniek begeleidt hen op een elegante manier zonder dat ze het zelf in de gaten hebben. Hierdoor wordt onrust en frustratie voorkomen. De toepassingen worden individueel afgesteld, afhankelijk van de mogelijkheden en benodigde veiligheid van elke bewoner. Het zorgproces is volledig afgestemd op het gebruik van techniek.

Per bewoner wordt een inschatting gemaakt welke Bewegings Zone elke individuele bewoner wordt toegekend op basis van de mogelijkheden en wensen van de bewoner en vertegenwoordiger en de benodigde veiligheid. Deze afweging wordt altijd multidisciplinair gemaakt. Ook de leerbaarheid van een bewoner wordt hierin meegenomen en kan betekenen dat een bewoner na verloop van tijd meer vrijheid krijgt. Zorgorganisatie Het Hoge Veer is zich bewust dat meer vrijheden ook risico's met zich mee kunnen brengen. Indien de familie/mantelzorger ervoor kiest om hun familielid met dementie op Het Hoge Veer Bastion op de woongroepen te laten wonen, worden zij geïnformeerd door de zorgcoördinator over de visie maximale vrijheid. Bij de medische intake zal de specialist ouderenzorg zowel de risico's als de meerwaarden van de vrijheid worden besproken. De specialist ouderenzorg is eindverantwoordelijk en zal multidisciplinair voortdurend de risico's en meerwaarden blijven benoemen. Bij het multidisciplinaire overleg wordt altijd de wettelijk vertegenwoordiger uitgenodigd.

NB. Als er meerdere bewoners tegelijk bij een deur staan. Dan zal het systeem voorrang geven aan de bewoner met de laagste zelfredzaamheid niveau.

1.2.11 Uitvoering en evaluatie

Alle medewerkers en vrijwilligers zijn getraind in het gebruik van de zorgtechnologie en er zijn superusers aangewezen. Superusers weten net wat meer van de techniek en begeleiden hun (nieuwe) collega's wanneer dat nodig is.

Daarnaast zijn de werkprocessen aangepast door het gebruik van de nieuwe zorgtechnologie. Alle processen zijn beschreven en verwerkt in protocollen, die digitaal beschikbaar zijn. Alle medewerkers zijn vooraf getraind in de uitvoering van deze protocollen.

Er vinden periodieke controles plaats om de functionaliteit te garanderen. Ook de toegekende bewegings zone van vrijheid per bewoner wordt continu geëvalueerd en indien nodig of mogelijk bijgesteld.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer staat voor vrijheid van haar bewoners. Dit wordt gerealiseerd door de combinatie van diverse technische toepassingen. Deze technische toepassingen worden voortdurend geëvalueerd en doorontwikkeld om bewoners zoveel als mogelijk te laten profiteren van de mogelijkheden voor nu en in de toekomst.

Hoofdstuk 2.

Binnen de Wzd worden een aantal nieuwe functies geïntroduceerd en worden bestaande functies opnieuw gedefinieerd. In dit hoofdstuk worden nieuwe functies en bestaande functies nader omschreven.

2.1 Cliënt/bewoner

De Wzd is van toepassing op de volgende groepen cliënten :

- Cliënten met een indicatie voor langdurige zorg met als grondslag een psychogeriatrische³ aandoening en een verstandelijke beperking.
- Cliënten ten aanzien van wie een ter zake kundige arts heeft verklaard dat zij, in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, zijn aangewezen op zorg. Het kan hier b.v. gaan over cliënten die ondersteuning op grond van de WMO ontvangen.
- Cliënten met een ziekte of aandoening die in een uitvoeringsbesluit wordt gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Op basis van een uitvoeringsbesluit is er de mogelijkheid om cliënten zonder psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking onder de Wzd onder te brengen. Deze mogelijkheid bestaat ten aanzien van cliënten met ziekten en aandoeningen die gedragsproblemen of regieverlies veroorzaken waardoor ernstig nadeel kan ontstaan.

2.2 Vertegenwoordiger van cliënt.

De Wzd onderscheidt vier groepen mogelijke vertegenwoordigers van cliënten:

1. Wettelijke vertegenwoordigers.

Gaat het om een minderjarige cliënt dan is degene die het gezag voert de wettelijke vertegenwoordiger. In de regel zijn dit beide ouders, of een ouder en voogd.

Van een meerderjarige cliënt is de wettelijke vertegenwoordiger de curator en de mentor.

2. Degene die door de cliënt schriftelijk is gemachtigd.

Zo'n machtiging wordt doorgaans als volmacht aangeduid, ook in een levenstestament kan zo'n machtiging zijn opgenomen

3. De echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt.

4. Een ouder van een meerderjarige cliënt of een kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt.

³ Meestal betreft het in het hoge veer een dementie met een WLZ ZZP 5 indicatie, maar ook voor gelijkgestelde psychogeriatrische aandoeningen en ook zonder WLZ indicatie geldt dat wanneer er zorg nodig is de Wet zorg en dwang van toepassing is.

De familiekring waaruit de vertegenwoordiging afkomstig kan zijn in deze groep is ruimer als momenteel op basis van de Wgbo het geval is.

Er is een volgorde in de vertegenwoordiging. De Vertegenwoordiging gaat op volgorde van nummering. Is er echter geen vertegenwoordiging en is de cliënt niet in staat zelf te beslissen over zorgverlening, dan is de zorgaanbieder verplicht de rechter te vragen een mentor te benoemen voor de cliënt. (zie reparatiewet WZD aangenomen 28 sept 2021)

Bij elke opname wordt vastgelegd wie optreedt als wettelijk vertegenwoordiger in het dossier wordt dit genoteerd als de 1^e contactpersoon (aanvankelijk was het verplicht dit vast te leggen , maar met aannname vd WZD reparatie wet op 6 nov 2021 is deze plicht vervallen)

2.3 Zorgaanbieder

De Wzd definieert een zorgaanbieder als een natuurlijke persoon of rechtspersoon die respectievelijk beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg als bedoeld in het vierde lid of opname en verblijf in een accommodatie verleent (artikel 1, lid 1, onderdeel f Wzd). De Wzd is van toepassing op zorgaanbieders die als aanbieder van onvrijwillige zorg zijn geregistreerd.

Locatie bastion is geregistreerd als WZD locatie. De groepswoningen zijn WZD accommodaties (voorheen BOPZ afdeling). Rivierzicht is geen WZD accommodatie maar wel een WZD locatie.

2.4 WZD functionaris

De BOPZ arts is vervallen daarvoor in de plaats komt de een Wzd - functionaris. Deze functie is niet meer voorbehouden aan een arts. Ook een GZ psycholoog kan deze functie vervullen. Wel dient er bij beoordeling van stappenplannen waarin zogenaamde zware vormen (art 2.2 WZD) en bij medicatie met verzet (art .2.1) zijn opgenomen een WZD-functionaris die arts is, geraadpleegd te worden.

De Wzd- functionaris kan maar hoeft niet in dienst te zijn van de zorgorganisatie.

De rol van de Wzd- functionaris

- ziet toe op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg;
- stimuleert de mogelijke afbouw van onvrijwillige zorg;
- houdt toezicht op de algemene gang van zaken rondom het verlenen van onvrijwillige zorgen de toepassing van de WZD
- draagt zorg voor de ½ jaarlijks rapportage van de paste toegepaste onvrijwillige zorg met verzet tussen (artikel 2.1 wet zorg en dwang). En spreekt af met de raad van bestuur hoe melding en analyse hiervan richting de IGJ vorm krijgt.
- Heeft minimaal twee keer per jaar overleg met raad van bestuur

Details ten aanzien van de werkwijze van de wet zorg en dwang functionaris staat beschreven in het profiel wet zorg en dwang functionaris. Een samenvatting hiervan is opgenomen in de aanstellingsbrief zie de bijlage 4

Zorgorganisatie Het Hoge Veer kiest voor twee SO als Wzd functionaris:

- 1e Wzd functionaris is ook behandelend SO arts van de groepswoningen. Deze SO neemt tevens zitting in de wet zorg en dwang commissie.
- 2e Wzd Functionaris is een van de SO van Gericare deze heeft geen behandelrelatie met de cliënten en kan dan ook de stappenplannen van de behandelend arts beoordelen.

2.5 Zorgverantwoordelijke

De Zorgverantwoordelijke draagt zorg voor het opstellen, het vaststellen, het uitvoeren, het periodiek aanpassen van het zorgplan. Het voeren van overleg met de cliënt en zijn vertegenwoordiger voorafgaand daarover en het inrichten van het dossier. De zorgverantwoordelijke heeft de rol van medebeslisser. Zijn bevoegdheid om besluiten te nemen is echter beperkt doordat hij anderen dient te raadplegen en goedkeuring van anderen nodig heeft. De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor

- de opstelling van een zorgplan waar de cliënt mee instemt;
- de aanpassing van het zorgplan volgens het stappenplan als de opgenomen vrijwillige zorg niet volstaat om ernstig nadeel te voorkomen;
- het geven van toestemming na overleg en toestemming van een arts, als er een situatie ontstaat waarin onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt toegepast;
- schriftelijke toestemming geven voor onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie;
- nauw overleg voeren met de verschillende deskundigen, waaronder de 1e Wzd arts;
- de afbouw van onvrijwillige zorg, zo nodig met advies van een externe deskundige.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer kiest voor de zorgcoördinator als zorgverantwoordelijke, echter gezien de complexiteit van de wet zorg en dwang is het belangrijk dat de zorgcoördinator hierbij ondersteund wordt door de specialist ouderen geneeskunde of de verpleegkundig specialist die als hoofdbehandelaar optreedt. Feitelijk gebeurt dit dus eigenlijk altijd dual.

2.6 Deskundige

Een deskundige wordt omschreven als een niet bij de zorg betrokken deskundige. Deze heeft geen rol bij de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan, maar wel bij besluiten over de verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend. Van hen wordt de frisse blik van een buitenstaander verwacht, waardoor wellicht nieuwe inzichten ontstaan waardoor onvrijwillige zorg niet meer nodig is.

- overlegpartner van de zorgverantwoordelijke.
- Niet betrokken deskundige die niet bij de zorgverlening van de cliënt betrokken is, dient wanneer het stappenplan na drie maanden niet afgebouwd kan worden de situatie te beoordelen.

Deze functie wordt verricht door de de verpleegkundige geriatrie en gerontologie van de organisatie

Deskundige van andere discipline dit kan bv de arts zijn

De zorgverantwoordelijke dient op basis van multidisciplinair overleg en beslist over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan. De zorgverantwoordelijke moet dus overleggen met een deskundige van een andere discipline. De deskundige van de andere discipline heeft de rol van overlegpartner. De organisatie kiest ervoor om dit (in het algemeen door) de SO vol te laten verrichten. Nota bene SO en zorgcoördinator besluiten in het algemeen gezamenlijk tot de inzet van onvrijwillige zorg. (zie bij zorgverantwoordelijke).

Onafhankelijk deskundige⁴ is een deskundige die niet betrokken is bij de zorg / behandeling van de cliënt.

- de zorgverantwoordelijke moet advies inwinnen als het niet lukt om binnen zes maanden de onvrijwillige zorg af te bouwen.

Indien een onafhankelijk deskundige geraadpleegd moet worden wordt hiervoor een van de verpleegkundig specialist of artsen van de vof GeriCare benaderd.

2.7 Cliëntvertrouwenspersoon

Cliëntvertrouwenspersoon (CVP.) heeft aantoonbare ervaring met de specifieke zorgbehoeften van mensen met dementie en met het herkennen van hun problemen. De cliëntvertrouwenspersoon is onafhankelijk tov. de zorgaanbieder, de Wzd arts, de zorgverantwoordelijke en het CIZ. De cliëntvertrouwenspersoon kan niet dezelfde persoon zijn als de klachtenfunctionaris. De cliëntvertrouwenspersoon wordt door het zorgkantoor gecontracteerd. De cliëntvertrouwenspersoon komt van het LSR (medezeggenschapsraad). De cliëntenvertrouwenspersoon is Dhr Gijs van den Bosch
Telefoon: 06-15507561

E-mail: g.vandenbosch@hetls

Informatie ten aanzien van de CVP is te vinden op de website van het hoge veer.
(<https://hogeveer.nl/algemeen/#tab-id-17>)

Taken van de cliëntvertrouwenspersoon zijn oa:

- cliënt en vertegenwoordiger op verzoek te adviseren en bij te staan in aangelegenheden die samenhangen met onvrijwillige zorg.
- Signalerende taak. Als hij in zijn functie tekortkomingen signaleert in de organisatie of uitvoering van onvrijwillige zorg kan hij dit melden bij IGJ. Wel dient hij eerst de tekortkoming intern bij de zorgorganisatie te melden en als dit niet tot een oplossing leidt dan kan de cvp dit bij de IGJ melden.
- Voorlichting geven over zijn taak en werkwijze aan cliënten, vertegenwoordigers en aan medewerkers van de zorgaanbieder.

2.8 Klachtencommissie

Klachten op basis van de Wzd worden beoordeeld door een externe klachtencommissie.

Zorgorganisatie Het Hoge Veer is aangesloten bij de Regionale klachtencommissie

Zorginstellingen Midden en West Brabant.

Regionale Klachtencommissie Zorginstellingen Midden en West Brabant:

Helma Martens

Ambtelijk secretaris

06 20156328

⁴ Aanvankelijk moest dit een extern deskundige zijn. Echter met de reparatie wet aangenomen 28 september 2021, is geregeld dat dit een onafhankelijk dat wil zeggen gedurende het laatste jaar niet betrokken deskundige mag zijn. Overigens moet het wel een big geregistreerde medewerker betreffen.

Hoofdstuk 3.

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de verschillende terminologie die binnen de wet gebruikt inhoudt en wat het stappenplan inhoudt.

3.1 Onvrijwillige zorg

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.*

De Wzd onderscheidt negen categorieën onvrijwillige zorg:

- medische handelingen en therapeutische maatregelen waaronder gedwongen voeding, vocht, medicatie;
- beperken van de lichamelijke bewegingsvrijheid;
- insluiten;
- uitoefenen van toezicht op betrokkene (ook met domotica);
- onderzoek aan kleding of lichaam;
- onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen;
- controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
- beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten;
- beperken van bezoek.

Op al deze categorieën is het stappenplan van toepassing. (zie 3.4)

Het uitgangspunt van de Wzd is dat alleen onvrijwillige zorg wordt verleend wanneer het niet inzetten van deze zorg de cliënt (ernstig) nadeel berokkend. Daarbij wordt dit was ingezet als uiterste redmiddel nadat alternatieve zijn overwogen.

Volgens artikel 2.2 WZD is voor de volgende vormen van zorg bij wilsonbekwame cliënten het stappenplan altijd (ook zonder verzet) van toepassing.

- toediening van gedragsbeïnvloedende medicatie als daarbij niet gehandeld wordt via de professionele richtlijn (oa. die van Verenso);
- beperking van bewegingsvrijheid;
- insluiting⁵.

Nota bene strikt genomen betreft het hier geen onvrijwillige zorg maar kan gesproken worden van gelijkgestelde vormen van zorg waarvoor wel het stappenplan ingevuld dient te worden. Deze vormen van zorg hoeven overigens niet aan de IGJ gemeld worden in het halfjaarlijkse overzicht.

3.2 Wilsonbekwame cliënt.

Een cliënt is wilsbekwaam, tenzij anders is vastgesteld dat hij dat niet is. De Wzd bepaalt dat een daartoe deskundige, niet bij de zorg betrokken arts overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen beoordeelt of de cliënt wilsbekwaam is. Deze deskundige moet dit ook bespreken met de vertegenwoordiger van de cliënt. Worden de vertegenwoordiger en de deskundige het niet eens over de vraag of de cliënt wilsonbekwaam is, dan beoordeelt de bij de zorg betrokken arts of de cliënt wilsonbekwaam is.

⁵ Insluiting betreft het “opsluiten” van cliënt op eigen kamer of een specifieke ruimten. Echter in het hoge veer geldt dat insluiting (in principe) niet gedaan wordt.

3.3 Ernstig nadeel.

Onvrijwillige zorg kan alleen toegepast/ verleend worden als dat noodzakelijk is om “ernstig nadeel” te voorkomen. De Wzd omschrijft ernstig nadeel als ‘ het bestaan van of het ernstig risico op’ :

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

3.4. Stappenplan (bijlage 1 en 2)

De Wzd gaat ervanuit dat zorg wordt verleend op basis van het zorgplan

Constaateert de zorgverantwoordelijke dat de zorg niet voldoet aan de zorgbehoefte en dat er een risico bestaat op ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving; dan dient onderstaand stappenplan gevolgd te worden. Hierdoor wordt er een zorgvuldige multidisciplinaire afweging gemaakt bij de inzet van onvrijwillige zorg. In iedere stap van besluitvorming is de cliënt en/of diens vertegenwoordiger betrokken.

Het stappenplan begint met een heroverweging van het zorgplan met als doel een manier te vinden om ernstig nadeel met vrijwillige zorg te voorkomen.

Is er een ernstig nadeel geconcludeerd: onderzoek naar alternatieven.

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 ernstig nadeel?
- Zijn er alternatieven die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?

Indien er Alternatieven gevonden worden, dan vrijwillige zorg opnemen in zorgplan.

Geen alternatieven gevonden ga naar onderstaand stappenplan.

Stap 0. Heroverweging van het zorgplan/opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.

Heroverweging van het zorgplan, met als doel een manier te vinden om ernstig nadeel te voorkomen door vrijwillige zorg.

Stap 1. (maand 0) Als ernstig nadeel niet kan worden voorkomen met vrijwillige zorg dan moet onvrijwillige zorg worden overwogen. Multi Disciplinair Overleg (MDO 1)
Maximale periode toepassing onvrijwillige zorg: 3 maanden.

Bespreekpunten voor ieder overleg:

- Welk ernstig nadeel dreigt en hoe groot is het risico dat het ernstig nadeel zich voordoet?
- Waardoor wordt het gedrag veroorzaakt dat tot ernstig nadeel leidt?
- Welke rol speelt de interactie tussen cliënt en omgeving?
- Kan het ernstig nadeel worden voorkomen met zorg op vrijwillige basis?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) nadeel (proportionaliteit);
- Wat is de impact van onvrijwillige zorg op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn participatie? Met welke aanvullende zorgvuldigheidseisen verminderd of verdwijnt die impact.

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners:

- Zorgverantwoordelijke (zorgcoördinator)
- Deskundige van andere discipline (in het algemeen de arts of verpleegkundig specialist)
- Wzd functionaris ter beoordeling van zorgplan

Stap 2. (maand 3) Eerste verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden *Onderzoek de mogelijkheid van afbouw onvrijwillige zorg.* MDO 2. Maximale periode 3 maanden

Bespreekpunten:

Zijn hetzelfde als bij Stap 1

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners:

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van andere discipline (arts)
- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is (niet door de wet omschreven, bv de verpleegkundige VVG)
- Wzd functionaris ter beoordeling van zorgplan

Stap 3. (maand 6) Tweede verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden. MDO 3. Maximale periode 3 maanden.

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van ander discipline (arts)
- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is
- Binnen 3 maanden Inschakelen onafhankelijk deskundige (verpleegkundige specialist of SO van GeriCare of GZ -psycholoog)
- Wzd functionaris ter beoordeling van zorgplan

Stap 4. (maand 9) Derde verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend. MDO 4. maximale periode 6 maanden.

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van ander discipline (arts)

- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is
- Deskundige, via eerder schriftelijk beoordeling en advies (verpleegkundige specialist of SO van GeriCare of GZ -psycholoog)
- Wzd functionaris ter beoordeling van zorgplan

Stap 5 Vierde en volgende verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden. MDO 5 Maximale periode 6 maanden.

Betrokken zorgverleners

- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige van andere discipline (arts)
- Deskundige die niet bij de zorg betrokken is
- Wzd functionaris ter beoordeling van zorgplan

3.5 Aanpassingen Zorgplan

De zorgverantwoordelijke past op basis van het MDO het zorgplan aan. Hij beschrijft daarin de volgende onderwerpen (artikel 10, lid 8 Wzd)

- Welk ernstig nadeel is voorzien en welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast om dit te voorkomen;
- Binnen zorgorganisatie Het Hoge Veer wordt onvrijwillige zorg die opgenomen is in het zorgplan uitgevoerd door zorgmedewerkers met kwalificatieniveau 3 of hoger;
- De duur en de frequentie;
- de termijn waarbinnen de onvrijwillige zorg mag worden toegepast Deze termijn is zo kort mogelijk en maximaal drie maanden;
- De wijze waarop de onvrijwillige zorg binnen dit termijn zal worden afgebouwd;
- Eventuele extra zorgvuldigheidseisen.

Hoofdstuk 4.

De Wzd beoogt de rechtspositie van de cliënt te versterken. Zorgaanbieders hebben de taak om cliënten en vertegenwoordiger hierover te informeren. Bij in zorg name heeft de bewoner en zijn vertegenwoordiger het huisreglement ontvangen. Op de website staat informatie over de wet zorg en dwang en over de cliëntenraad.

Opname / verlof ontslag

4.1 Komen wonen binnen een groepswoning van het Hoge Veer Bastion (een Wzd-accommodatie).

Voor het komen wonen bij groepswonen(Wzd accommodatie) zijn 3 opties. Per bewoner wordt bekeken welke optie voor de betreffende bewoner aan de orde is:

- 1) **Vrijwillig**; bewoner moet dan wilsbekwaam zijn t.a.v. opname.
Opname, bewoner heeft reguliere PG-indicatie, in ONS vastleggen onder 'juridische status', als vrijwillig..
- 2) **Een art. 21 indicatie** (dit is de opvolger van de art. 60 BOPZ); dit is aan de orde bij geen bereidheid en ook GEEN bezwaar (GbGb), dus als de bewoner wilsonbekwaam is t.a.v. de opname. Daarbij moet er ook noodzaak tot opname zijn.
Afgifte art. 21 is voor max. 5 jaar.
De indicatie vervalt wanneer:
 - de bewoner bereidheid aangeeft t.a.v. het verblijf
 - de geldigheid verloopt (op de einddatum)
 - de bewoner (ouder dan 12) of diens vertegenwoordiger verzet tegen de opname aangevenOpname kan dus alleen na een art. 21 beoordeling door het CIZ, in ONS wordt dit vastgelegd onder de 'juridische status'.
- 3) **RM (art. 25 Wzd)**; bewoner toont verzet tot opname.
Opname vindt plaats binnen 2 weken na afgeven RM.
Opname kan alleen plaatsvinden met een RM, in ONS vastleggen onder "juridische status".

4.1.1 Verlof (art. 47 Wzd)

De verlofregeling geldt alleen voor een bewoner met een RM of IBS. De Wzd-arts kan op verzoek van bewoner/vertegenwoordiger schriftelijk verlof verlenen, voor zover en voor zolang dit verantwoord is. De zorgaanbieder trekt, met instemming van de Wzd-arts, het verlof in als het niet langer verantwoord is dat de bewoner buiten de accommodatie verblijft.

Een bewoner met een art. 21 indicatie mag de organisatie altijd verlaten.

4.1.2 Ontslag (art. 48 Wzd)

Ontslag komt weinig of niet voor bij psychogeriatrische bewoners. Het zal in de praktijk alleen voorkomen als men voor een andere organisatie kiest of als het een crisisopname betrof. Hierover zijn in regionaal verband afspraken gemaakt. De behandelend arts moet bepalen of verblijf buiten de instelling verantwoord is. Tot slot is (bij een opname met RM of IBS) toestemming nodig van de Wzd-functionaris voor een voorgenomen ontslag.

Bewoners met een art. 21 indicatie kunnen in principe altijd met ontslag.

4.2. Informatie over rechten van de cliënt

De zorgaanbieder is verplicht om de cliënt en zijn vertegenwoordiger te informeren over hun rechten en plichten en over de mogelijkheid om een beroep te doen op de cliëntvertrouwenspersoon (cvp).

Binnen twee weken na de aanvang van de zorg van de cliënt moet de zorgaanbieder een schriftelijk overzicht verstrekken van de rechten die de Wzd de cliënt geeft (artikel 52 Wzd). In dit overzicht wordt ook opgenomen hoe de cliënt een klacht in kan dienen bij de externe klachtencommissie. De basis waarop de klachtencommissie haar werkzaamheden verricht wordt ook aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger overhandigd.

4.3. Informatie over de positie van de vertegenwoordiger

De zorgaanbieder informeert de vertegenwoordiger over diens rechten en bevoegdheden (art 3 lid 8 wzd). Hiermee wordt de positie van de vertegenwoordiger duidelijker. Het wordt dan ook duidelijker wanneer de bewoner zelf beslist en wanneer de vertegenwoordiger dit namens de bewoner doet.

4.3 Informatie over de cvp

Zo spoedig mogelijk nadat de zorgverlening is gestart dient er aan de cliënt en of zijn vertegenwoordiger gevraagd te worden of zij het op prijs stellen dat de persoonsgegevens aan de cvp doorgegeven worden, zodat deze contact op kan nemen met de cliënt en of zijn vertegenwoordiger om hen te informeren over wat hij voor hem kan doen (artikel 5 lid 3 Wzd).

4.4. Verplichtingen zorgaanbieder ten opzichte van cvp

De zorgaanbieder fungeert als gastheer voor de cvp. Hij biedt de gelegenheid om de cvp zijn werk kan doen. De cvp heeft vrije toegang tot de cliënten. Verder dient er medewerking verleend te worden aan de werkzaamheden van de cvp. Als de cvp bijvoorbeeld een gesprek wil organiseren, zal dit op een redelijk termijn moeten plaatsvinden.

De geheimhouding van de zorgmedewerkers geldt ook ten opzichte van de cvp. Er mag alleen informatie verstrekt worden als de cliënt en of zijn vertegenwoordiger daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven. Dat geldt ook voor inzage in het dossier van de cliënt dit dient schriftelijk aangetoond te worden.

Ook de cvp heeft geheimhoudingsplicht (art 59 Wzd). Hij kan dus geen informatie verstrekken over wat de cliënt of zijn vertegenwoordiger aan hem heeft verteld, tenzij de cliënt en of vertegenwoordiger daarvoor toestemming heeft gegeven.

Hoofdstuk 5

Hierin wordt beschreven hoe de klachtenprocedure is geregeld binnen de organisatie.

5.1 Klachtenregeling

De klachtenregeling van de Wzd verschilt in in een aantal opzichten van de BOPZ. De klachtencommissie wordt ingesteld op basis van de Wzd door organisaties van zorgaanbieders en cliënten. De onderwerpen waarover een klacht kan worden ingediend verschillen ook met de BOPZ. Een nieuw element is dat de klachtencommissie schadevergoeding kan toekennen aan de cliënt.

Als de klager het niet eens is met het oordeel van de klachtencommissie, dan kan de klacht ter beoordeling voorgelegd worden aan de rechter.

5.2 Klachtenfunctionaris

De klachtenfunctionaris had eerst als functienaam vertrouwenspersoon. Doordat dit teveel verwarring kan scheppen met de cvp gaat deze functienaam veranderen in klachtenfunctionaris. Een klachtenfunctionaris is er voor iedereen die een indicatie heeft voor langdurige zorg of zorg krijgt via de zorgverzekeringswet. Het grote verschil tussen een klachtenfunctionaris en een cvp is dat een klachtenfunctionaris onpartijdig is en naar de beste oplossing zoekt voor het probleem en de cvp partijdig is en de cliënt en of zijn vertegenwoordiger bijstaat dit kan eventueel ook bij een klachtenprocedure.

Op grond van de Wzd kan de klachtenfunctionaris en de cvp niet eenzelfde persoon kan zijn.

5.3 Waarover kan een klacht worden ingediend.

De Wzd noemt zeven onderwerpen waarover op basis van de Wzd een klacht kan worden ingediend. Alle andere klachten worden niet beoordeeld door de externe klachtencommissie, maar op basis van de klachtenregeling die op basis van de wet kwaliteit klachten en geschillen is opgesteld.

Over de volgende onderwerpen kan een klacht bij de externe klachtencommissie worden ingediend:

- Oordeel over wilsbekwaamheid van cliënt.
 - Over het oordeel of de cliënt wilsbekwaam is kan een klacht worden ingediend. Dit geldt zowel als de wilsbekwaamheid op basis van de algemene regeling uit de Wzd is beoordeeld (artikel 3, lid 2 Wzd), als wanneer de wilsbekwaamheid is beoordeeld in het kader van behandeling van een verzoek om een besluit tot opname en verblijf van het CIZ te laten vervallen (artikel 22, lid 9 Wzd).
- Beslissingen over opname onvrijwillige zorg in het zorgplan of verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden toegepast.
 - Over een besluit van de zorgverantwoordelijke om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen of de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend te verlengen, kan een klacht worden ingediend. Om een klacht in te dienen hoeft de cliënt of vertegenwoordiger niet te wachten tot de onvrijwillige zorg wordt verleend.

- Besluiten over uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan.
 - Dit betreft de beslissing om zorg te verlenen die op vrijwillige basis in het zorgplan is opgenomen, maar waartegen die cliënt of vertegenwoordiger zich verzet (artikel 12 Wzd) en de beslissing om zorg te verlenen die op onvrijwillige basis in het zorgplan is opgenomen (artikel 13 Wzd)
- Besluiten van onvrijwillige zorg in onvoorziene omstandigheden
 - Dit betreft de volgende beslissingen van de zorgverantwoordelijke:
 - verlenging van onvrijwillige zorg in de periode voordat het zorgplan is opgesteld (artikel 15, lid 1 Wzd);
 - verlenging van onvrijwillige zorg in situaties waarin het zorgplan redelijkerwijs niet kon voorzien (artikel 15, lid 1 Wzd);
 - toepassing van controlemaatregelen ter voorkoming van noodsituaties (artikel 15, lid 5 Wzd)
- Naleving van de verplichting om het dossier bij te houden voor zover dat betrekking heeft op onvrijwillige zorg.
 - In dit geval gaat het niet om een besluit, maar over het niet nakomen van een verplichting, namelijk de verplichting op het dossier bij te houden, voor zover dat betrekking heeft op onvrijwillige zorg.
- Besluiten over verlof en ontslag.
 - Over besluiten met betrekking tot verlof en ontslag kan een klacht worden ingediend. Het betreft besluiten tot toekenning of weigering van verlof of ontslag in te trekken.
- Naleving van verplichtingen van de Wzd functionaris en besluiten van de Wzd functionaris.
 - De Wzd geeft de Wzd functionaris niet expliciet bepaalde verplichtingen. De praktijk zal duidelijk worden wat een klacht van niet naleving van verplichtingen door de Wzd functionaris precies inhouden.

5.4 Wie kan een klacht indienen?

Een klacht kan worden ingediend door de cliënt zelf, zijn vertegenwoordiger of zijn nabestaanden.

5.5 De uitspraak van de klachtencommissie.

De klachtencommissie neemt een schriftelijke en gemotiveerde beslissing binnen 14 dagen na ontvangst van de klacht. Heeft de klacht betrekking op een onderwerp dat geen gevolg meer heeft voor de cliënt, kan de klachtencommissie meer tijd nemen om de klacht te beoordelen. In dat geval vindt de uitspraak binnen vier weken plaats.

De klachtencommissie kan de beslissing waarop de klacht betrekking heeft schorsen. Als de klachtencommissie hiertoe overgaat, zal de schorsing betrekking hebben op de periode tot de uitspraak over de klacht. Een geschorste beslissing kan niet worden uitgevoerd.

Als de klachtencommissie de klacht gegrond verklaart, kan zij de beslissing waarop de klacht betrekking heeft geheel of gedeeltelijk vernietigen. Die beslissing kan niet meer uitgevoerd worden. De klachtencommissie kan bepalen dat binnen een bepaald termijn een nieuwe beslissing genomen moet worden.

De klachtencommissie kan bepalen dat de zorgaanbieder de cliënt een schadevergoeding moet betalen. De hoogte daarvan wordt naar billijkheid vastgesteld. De klachtencommissie kan dit doen

op verzoek van de cliënt, maar ook ambtshalve, dus zonder verzoek daartoe te hebben ontvangen. De Wzd bepaalt dat klachtencommissie, voordat zij een schadevergoeding toekent, daarover de zorgaanbieder hoort.

5.6 De rechter

Als de klachtencommissie een beslissing heeft genomen, kan de klacht vervolgens ter beoordeling worden voorgelegd aan de rechter. Op basis van de Wzd kan de klager maar ook de zorgaanbieder of degene op wie de klacht betrekking heeft de klacht ter beoordeling voorleggen aan de rechter.

Dit moet gebeuren binnen zes weken na de dag waarop de beslissing van de klachtencommissie aan de klager is medegedeeld. Als de klachtencommissie zich niet aan gestelde termijn van twee of vier weken houdt om een beslissing te nemen, kan de klacht aan de rechter worden voorgelegd. Van de uitspraak van de rechter over een klacht is beroep in cassatie mogelijk. Dat houdt in dat het oordeel gevraagd wordt aan de Hoge Raad.

Hoofdstuk 6

Hierin wordt beschreven hoe de organisatie aan de eisen van toezichthouders voldoet.

6.1. Opname in het register.

Omdat de locatie over een BOPZ aanmerking beschikt wordt de locatie automatisch geregistreerd als aanbieder van onvrijwillige zorg. Voor de Wzd geldt dat de organisatie een Wzd functionaris aangewezen heeft, een beleidsplan over onvrijwillige zorgverlening heeft vastgesteld en bij een klachtencommissie is aangesloten..

6.2. Registratie onvrijwillige zorg.

De zorgaanbieder zorgt ten behoeve van het toezicht door de inspectie voor het digitaal beschikbaar zijn van in ieder geval de volgende gegevens:

- a) de vorm van de aan de cliënt verleende onvrijwillige zorg;
- b) de zorgverantwoordelijke;
- c) de noodzaak voor de onvrijwillige zorg;
- d) een schriftelijke beslissing als bedoeld in artikel 3, tweede lid
- e) het zorgplan of een schriftelijke beslissing die legitimeert tot de vorm van onvrijwillige zorg;
- f) het besluit tot opname en verblijf, de rechterlijke machtiging, of de beschikking tot inbewaringstelling, die legitimeert tot onvrijwillige opname;
- g) de begindatum en de einddatum van de onvrijwillige zorg;
- h) de duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg;
- i) de beslissingen van de zorgaanbieder op de aanvragen voor verlof of ontslag;
- j) de beoordelingen van de Wzd-arts.

De zorgaanbieder verstrekt ten minste eens per zes maanden aan de inspectie een digitaal overzicht (middel een .XML bestand met op grond van de reparatiewet ook persoonsgegevens van de cliënten.) van de gegevens met betrekking tot de verleende onvrijwillige zorg (echter alleen voor zover toepassing volgens art 2.1 WZD, dus bij verzet).

Ook dient de zorgverlener de halfjaarlijkse analyses aan de IGL te verstrekken. Om het belang van de betrokkenheid van de raad van bestuur hierbij te accentueren, dient de raad van bestuur de analyses te ondertekenen.

6.3 Meldingen

Vanuit de Wzd geldt een meldplicht dat bij gegronde vermoeden dat de uitvoering van de onvrijwillige zorg ernstig tekortschiet er melding hiervan aan de IGJ wordt gedaan. Niet alleen de zorgaanbieder heeft een meldplicht, maar ook de Wzd functionaris, de zorgverantwoordelijke en de overige zorgverleners.

Ernstig tekortschietende onvrijwillige zorg dient intern gemeld te worden bij de zorgorganisatie zodat de organisatie aan hun verplichting van melden kan voldoen.

Indien de cliëntvertrouwenspersoon van mening is dat de zorgaanbieder niet adequaat reageert op gesignaleerde tekortkomingen bij de uitvoering van onvrijwillige zorg kan hij/ zij dit melden bij de IGJ.

Gebruikte bronnen:

Ministerie van VWS

Handreiking Wzd voor zorgaanbieders van ActiZ en VGN

www.zorgvoorbeter.nl

Bijlage 1 Scholing betreffende Wzd

Training Wet zorg en dwang; wet regelt wanneer onvrijwillige zorg geleverd mag worden aan cliënten met of zonder WLZ indicatie die een verstandelijke beperking hebben en/of indicatie met grondslag PG. uitgangspunt is: Nietenzij	Kennisbevordering van de medewerkers over wet zorg en dwang en wanneer onvrijwillige zorg en onder welke voorwaarden verleent mag worden	Coördinator	Alle zorgmedewerkers krijgen ieder jaar een elearning over de Wet zorg en dwang.	WZD commissie bepalen jaarlijks welke elearning gevolgd dient te worden	1 jaar
		Wzd commissie	Daarnaast worden onderstaande trainingen gegeven: • Verdieping voor medewerkers groepswonen: Gaat in op inhoud wet zorg en dwang dmv bewonersbesprekingen en intervisie.	Wzd functionaris en V'gger kijken welke verantwoordelijkheden waar liggen en werken dit uit in een scholing voor de zorgcoördinatoren en in de verdieping voor medewerkers groepswonen.	1 jaar
		V'GGer en wzd functionaris	Zorgcoördinatoren leren door middel van elearningen en workshops: • Verantwoordelijkheden van en zorgverantwoordelijke kennen. • Stappenplan uitvoeren en weten wanneer welke disciplines in te schakelen • Zorgplan aanpassen		
DCM training	Medewerkers groepswonen weten om te gaan met psychogeriatrische cliënten zijn hierin geschoold dmv DCM training. Wordt	V'GGer	V'GGer borgt de DCM training binnen het groepswonen door middel van bewonersbesprekingen volgens de DCM methode, Hieraan gekoppeld zitten de intervisie trainingen. Dit alles wordt	V'GGer • is verantwoordelijk voor de opzet van de trainingen. • Is samen met psycholoog verantwoordelijk voor inhoud intervisie trainingen	3 jaar

	structureel herhaald. Ieder jaar worden alle nieuwe medewerkers van de groepswoningen DCM training		begeleid door de psycholoog. 2 dagdelen. Inhoud: • Wat is DCM • Hoe gebruiken we DCM binnen de organisatie • Cliënt in kaart brengen via de DCM methode.	Coördinator voor het aanleveren van een lijst met nieuwe medewerkers. V'gger voor de planning en inhoud van de training	
--	--	--	--	---	--

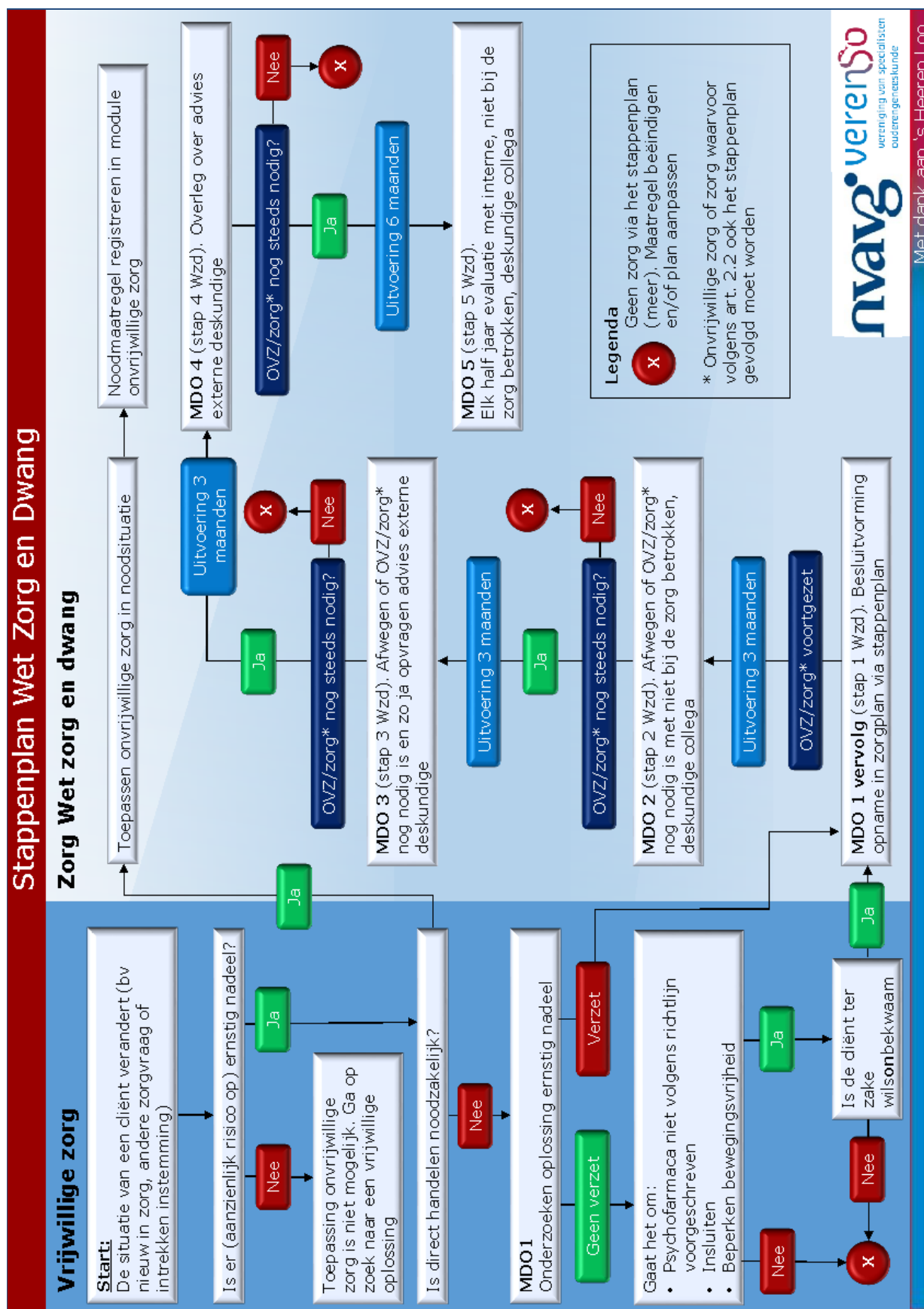
bijlage 2 Schema gericare over type maatregel

VBM- SCORE	TYPE MAATREGEL	<u>VRIJWILLIGE ZORG (VZ)</u> (WGB0)	<u>ONVRIJWILLIGE ZORG (OVZ)</u> Wet Zorg en Dwang (WET BOPZ VBM) Algemeen Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD Indien geen verzet dan indien wel bew. beperking. beperking altijd stappenplan ook zonder verzet, volgens art 2.2 WZD
0	Bedbeugel (papagaai)	Ingezet als optrekhelp om gemakkelijker uit bed te komen	
0	Heupbeschermer	Beschermend effect	Let op: indien deze beperkend is voor de cliënt bv. bij toiletbezoek dan niet inzetten.
0	Valmat	Beschermend effect	(bij verzet hiertegen is het OVZ, art 2.1)
1	Ballendeken	Ingezet met de intentie van comfort (dementiedekbed tot maximaal 4 kg)	De cliënt kan de deken niet zelf verwijderen; een deken gevuld met plastic ballen van 7 kg – inzet van deze kritisch overwegen. (beperkend tav. bewegingsvrijheid, dan wel stappenplan)
1	Belmat	Ingezet als ondersteunende Domotica tbv: ter begeleiding, comfort of veiligheid en de cliënt niet in zijn bewegingsvrijheid beperkt	Ingezet met de interventie van beperken van de bewegingsvrijheid ; ingezet ter controle van bewegingen en waarbij na melding een interventie volgt om de cliënt tegen diens wil op de eigen plaats te houden (dan wel stappenplan)
1	Bewegingsmelder Optische sensoren Opsta alarmering in stoel	Ingezet als ondersteunende Domotica ter begeleiding, ter comfort of veiligheid en de cliënt niet in zijn bewegingsvrijheid beperkt	Ingezet met de interventie van beperken van de bewegingsvrijheid ; ingezet ter controle (van bewegingen) en waarbij na melding een interventie volgt om de cliënt tegen diens wil op de eigen plaats te houden. (En bij elk verzet van cliënt / vertegenwoordiger tegen de inzet ook OVZ, art2.1 WZD)

1	Extra laag bed	Indien het de bewegingsvrijheid van de cliënt niet beperkt (afhankelijk v. d. ingestelde hoogte en lengte en mobiliteit van de cliënt)	Ingezet om te voorkomen (of vertragen) dat de cliënt zelfstandig opstaat uit bed. (dus beperking bewegingsvrijheid, dus stappenplan)
1	Verlaten kamer melding	Ingezet als ondersteunende Domotica : ter begeleiding, ter comfort of veiligheid en de cliënt niet in zijn bewegingsvrijheid beperkt.	Ingezet met de interventie van beperken van de bewegingsvrijheid ; ingezet ter controle van bewegingen en aanwezigheid waarbij na melding een interventie volgt om de cliënt tegen diens wil op de eigen plaats te houden. (dan OVZ, art 2.1)
2	Akoestische bewaking	Ingezet als ondersteunende technologie, om een zorgvraag te detecteren en hierover te communiceren.	Ingezet om de tegen diens wil bewegingsvrijheid te beperken bij detectie van geluid. Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD
2	Ballenstoel	Ingezet voor het creëren van een goede prettige zithouding, waarbij de cliënt zelf kan opstaan.	Ingezet ter belemmering van het opstaan tegen diens wil (bijv. bij valrisico, loopdrang enz.). Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD
2	Elektronische sigaret	Ingezet op vraag of met toestemming van de cliënt.	Ingezet als vervanging van tabak en tegen de zin van de cliënt. dan verzet dus OVZ (art 2.1 WZD.)
2	GPS	Ondersteunende technologie : ingezet voor vrijheid verruiming en waarbij na melding gemonitord wordt of de veiligheid in het geding is. Passende begeleiding wordt dan ingezet, maar niet met het doel de bewegingsvrijheid in te perken.	Wanneer de cliënt zich er tegen verzet of waarbij na melding een interventie op bewegingsvrijheid - tegen de wil van de cliënt - wordt ingezet. Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD (GPS bij verzet lijkt niet zinvol)
2	Timer, bijv. op kookplaat of tv	Ondersteunende technologie als deze wordt ingezet met toestemming van de cliënt.	wanneer de cliënt zich er tegen verzet
3	Armspalk	Ingezet voor lokale behandeling van de arm, zonder primair doel	Ingezet tegen diens wil om de bewegingsvrijheid van de arm

		om de bewegingsvrijheid te beperken.	te beperken (bijv. bij een infuus). Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD
3	Camera	Indien gekoppeld aan een bewegingssensor, met het doel passende begeleiding te bieden dan is er sprake van ondersteunende Domotica (bijv. de slimme optische scan SOS) beelden bij voorkeur 'geblurd'	Bij verzet / geen toestemming cliënt of -vertegenwoordiger en met name in alle gevallen waarbij beelden <u>continue</u> bekeken / opgenomen (vastgelegd) worden. Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD (NB Dit is een zeer privacy gevoelige maatregel. Geadviseerd wordt deze niet of zeer terughoudend en dan alleen tijdelijk en met diagnostisch doel (bijv. bij epilepsie) in te zetten
3	Dwaaldetectie Leef- of loop cirkels	Ingezet als ondersteunende Domotica voor vrijheid verruiming en waarbij na melding gemonitord wordt of de veiligheid in het geding is. Passende begeleiding wordt dan ingezet, maar niet met als doel de bewegingsvrijheid in te perken.	Onvrijwillige zorg: wanneer de cliënt zich er tegen verzet en waarbij na melding een interventie op bewegingsvrijheid wordt ingezet. Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD
	Dichte deur van Locatie of afdeling	Nvt.	In principe bew. beperking dus stappenplan volgen, volgens art 2.2 WZD En Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD
3	Krabhandschoenen	Ingezet met toestemming van de cliënt (cliënt is wilsbekwaam)	Ingezet tegen de wil van de cliënt (bijv. door gebruikt slot)
3	Rolkussen / bedwig	Ingezet om een betere lighouding te krijgen	Ingezet tegen de wil van de cliënt om te voorkomen dat de cliënt uit bed gaat (beperking bewegingsvrijheid)
4	Bedbox/ tentbed (bedhekken)	Alleen wanneer de cliënt <u>volledig</u> immobiel is, en de maatregel alleen is bedoeld om een val uit bed te voorkomen, dan is er sprake van een veiligheidsmaatregel.	In bijna alle situaties is dit OVZ. (uitzondering zie links) Bij <u>verzet</u> altijd OVZ art 2.1 WZD Indien geen verzet dan vaak wel bew beperking. beperking

		NB de cliënt is volledig immobiel en wordt dus nergens in beperkt (dit is een 'goed' alternatief voor bv. een band in bed of hoge bedhekken)	dus stappenplan volgens art 2.2 WZD Tenzij de patiënt volledig immobiel is er is dan feitelijk geen sprake van bewegingsbeperking
--	--	--	--



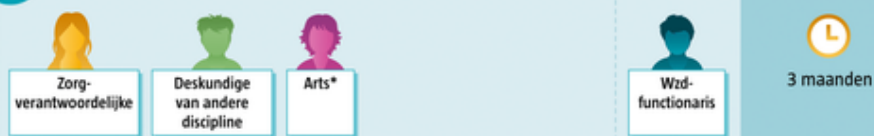
Stappenplan Wzd

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners



Maximale periode
toepassing
onvrijwillige zorg

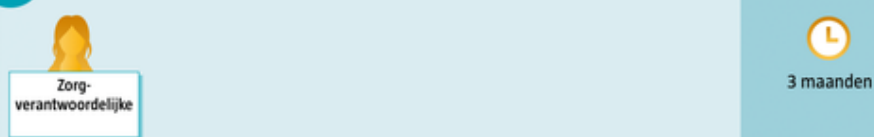
1 Heroverweging van het zorgplan / opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.



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



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



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



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



* De arts wordt bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiten.

BIJLAGE

Samenvatting van kerntaken, randvoorwaarden ten aanzien van de werkzaamheden van de WZD-functionaris en de invulling hiervan bij eerdergenoemde organisatie. Op detail worden zaken nader uitgewerkt in de – nog te schrijven – Beleidsnota Wet Zorg en Dwang (Wzd).

De WZD functionaris(sen) kunnen hun werk alleen goed doen, als aan onderstaande randvoorwaarden wordt voldaan.

1/ toezichthoudende taak ten aanzien van onvrijwillige zorg (OVZ)

De Wzd-functionaris³ heeft primair een toezichthoudende⁴ taak: hij ziet toe *'op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan'*, hij doet dit aan de hand van de zorgplannen waarin OVZ opgenomen is.

De Wet zorg en dwang geeft niet aan hoe de Wzd-functionaris te werk moet gaan bij de beoordeling van een zorgplan. Dit geeft hem de ruimte om in te schatten wat in een concrete situatie nodig is om het zorgplan goed te kunnen beoordelen. Van de Wzd-functionaris wordt sensitief toezichthouderschap verwacht.

Om de Wzd-functionaris in staat te stellen zo nodig actie te ondernemen, bepaalt de Wet zorg en dwang dat hij over het opname van OVZ en een aantal andere zaken geïnformeerd moet worden.

2/ taken aangaande opname en ontslag

Naast zijn toezichthoudende taak kan de Wzd-functionaris (naast de behandelend arts) een rol hebben bij de aanvraag van een rechterlijke machtiging⁵ en bij het geven van verlof en ontslag. De (her-)aanvraag van een besluit tot opname en verblijf (volgens art 21) wordt in overleg met de behandelend arts gedaan.

3/ meldplicht inzet van onvrijwillige zorg bij IGJ

Als de Wzd-functionaris het 'gegronde vermoeden' heeft dat de uitvoering van onvrijwillige zorg ernstig tekortschiet, dan moet hij dit melden bij de IGJ (artikel 60a, lid 1 Wzd). Ook de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke en de zorgverlener zijn hiertoe (zelfstandig) verplicht. Periodiek, dat wil zeggen tweemaal per jaar, wordt (in overleg met de RVB) een door de RVB ondertekend overzicht betreffende de inzet van alle onvrijwillige zorg naar de IGJ gestuurd.

4/ Waarneming

De bovengenoemde organisatie is van mening dat het voor adequate uitvoering van de taken van de Wzd-functionaris niet noodzakelijk is dat 24/7 een Wzd-functionaris beschikbaar is (de behandelend / dienstdoende artsen nemen zaken waar). Wel zal in waarneming voorzien moeten worden voor het geval een WZD-functionaris langere tijd (meer dan 5 werkdagen aaneengesloten) afwezig is. Een waarnemend WZD-functionaris moet aan dezelfde eisen voldoen als een WZD-functionaris.

5/ Randvoorwaarden

³ De WZD-F kan dit niet doen voor zijn eigen plannen, hiervoor is dus een onafhankelijk, niet bij de zorg betrokken, 2^e WZD-F nodig

⁴ Nb. De WZD-F kan geen toezichthouder zijn op zorgplannen die hij zelf heeft opgesteld.

⁵ De WZD-functionaris die (vast) betrokken is bij de organisatie kan geen medische verklaring afgeven. Dit moet door een onafhankelijk arts worden gedaan. De WZD-F kan wel gevraagd worden de instellingsverklaring op te stellen

- Voldoende tijd⁶ t.b.v. de werkzaamheden, deskundigheidsbevordering en intervisie.
- Voldoende personen om de rol van WZD-functionaris vervullen. (Dit onder andere in verband met de vakantiewaarneming, maar ook omdat de WZD-functionaris zijn eigen zorgplannen met daarin OVZ niet mag toetsen).
- Inbedding in- en ondersteuning van de organisatie, nb. de WZD functionaris is niet verantwoordelijk voor het zelf schrijven van het WZD beleid, de protocollen, de handleidingen. Hiervoor dient ondersteuning aanwezig te zijn.
- Toegang tot de dossiers.
- De WZD-F is onafhankelijk tov de instelling.
- De WZD-F heeft 2 / jaar overleg met de RVB en heeft rechtstreeks "toegang" tot de RVB voor overleg.

6/ Relatie RvB

De raad van bestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening, inclusief de onvrijwillige zorgverlening.

Hieruit vloeit voort dat de RVB onder andere:

- Een beleidsplan opstelt c.q. doet opstellen en vaststelt ten aanzien van OVZ en het daarbij horende toezicht.
- Zorg draagt (laat dragen) voor de halfjaarlijkse verantwoording aan de IGJ.
- (Minimaal) 2 maal per jaar met de WZD-functionaris overlegt, ten aanzien van onder andere de onderstaande aspecten:
 - o de punten in dit schrijven/ deze bijlage
 - o de taakomschrijving van de WZD-F
 - o de half jaarlijkse rapportage aan IGJ
 - o het toezicht op het WZD beleid

7/ Zorglocaties waar zorg wordt geboden zonder behandeling

De WZD-F van de WZD aangemerkte accommodaties, is tevens ook WZD-F voor de afdelingen zonder behandeling⁷. Overigens zijn er voor het toepassen van OVZ op deze afdelingen wel aanvullende zorgvuldigheidseisen.⁸ Bovengenoemde organisatie is van mening dat er daarom zeer terughoudend met het toepassen van onvrijwillige zorg OVZ op deze afdelingen omgegaan moet worden. Verder is de financiering (van de WZD-F) hier een aandachtspunt.

⁶ Tijdsinvestering is deels afhankelijk van het aantal cliënten (ivm beoordelen OVZ) en het % OVZ; uitgaande van aanname van inzet van 10 % OVZ komt dit uit op circa 10-20 uur / jaar op 100 cliënten. Deels vaste tijds, ten behoeve van deelname in de commissie, scholing, de halfjaarlijkse rapp. IGJ, het overleg met RvB, en advies ten aanzien van WZD beleid (dit schat ik op 20-40 uur per jaar). Dit zijn voorlopige globale schattingen, de praktijk zal dit nader uit moeten wijzen.

⁷ GeriCare adviseert om voor deze afdelingen zonder behandeling een WZD "erkenning" aan te vragen. (Zo ook voor de somatische afdelingen, dit omdat daar bij cliënten met PG problematiek ook OVZ kan voorkomen). Concreet kan ervoor gekozen worden de afdelingen als WZD locatie te registreren of als WZD accommodatie. Registratie als WZD accommodatie, alleen als er cliënten "onvrijwillig" (dit betreft ook art. 21 opnames) opgenomen worden. Zie verder: "Notitie de betekenis van locatie en accommodatie, binnen de WZD, VWS okt. 2019"

⁸ Aanvullende voorwaarde OVZ buiten de accommodatie, zie besluit WZD, samenvattend:

Naast eisen die gelden voor WZD accommodaties, moet nader worden uitgewerkt en aandacht worden besteed aan (onder andere) de volgende onderwerpen:

- Afweging belang cliëntopname (naar wzd accommodatie) versus geen opname en dus ambulante OVZ
- Toezicht
- Omgaan fysiek verzet
- Aanwezigheid van meerdere zorgverleners
- Bereikbaarheid bij hulpvragen
- Voorkoming grensoverschrijdend gedrag van de zorgverlener