

Beleid SVRZ inzake uitvoering van de Wet zorg en dwang

In deze beleidsnotitie is beschreven hoe de Wet zorg en dwang (Wzd) bij SVRZ wordt uitgevoerd.

1. Dwang in de zorg

Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven en eigen keuzes te maken: zelf beslissen hoe je je dag doorbrengt en waar je woont. Dit geldt ook voor cliënten van SVRZ.

Soms kunnen mensen (bijvoorbeeld bij dementie) echter niet goed meer inschatten wat goed of nadelig voor hen is, zo ook ten aanzien van een behandeling of verpleging en verzorging. Naasten en zorgverleners kunnen hen natuurlijk bij het maken van die keuzes adviseren; bijvoorbeeld over de gevolgen voor de veiligheid en kwaliteit van leven, maar in principe heeft iedereen het recht zelf te beslissen. Als iemand een behandeling of zorg echt niet wil, dan leveren wij die niet.

Tenzij die keuze – als gevolg van de aandoening (dementie) - tot ernstig nadeel leidt voor de cliënt zelf of voor anderen in de omgeving. In dat geval kan dwang soms de enige uitweg bieden om dit ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen. Als zorgverleners moeten we daar zeer terughoudend in zijn en uiterst zorgvuldig mee omgaan. Het is een laatste redmiddel, als het echt niet anders kan. Het uitgangspunt ten aanzien van het inzetten van onvrijwillige zorg is dan ook immer: 'Nee, tenzij'.

2. Wat regelt de Wet zorg en dwang?

De Wet zorg en dwang geldt vanaf 1 januari 2020 en regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) die onvrijwillige zorg krijgen. De bedoeling van de Wzd is dat onvrijwillige zorg zo veel mogelijk wordt voorkomen; met deze wet wil de overheid cliënten beschermen tegen de nadelen van onvrijwillige zorg. De Wzd vervangt (samen met de Wvggz¹) de huidige Wet Bopz en geldt voor instellingen, zorg thuis, kleinschalige woonvormen en dagbesteding. De Wzd regelt onder welke voorwaarden en aan welke zorgvuldigheidseisen moet zijn voldaan om iemand gedwongen op te nemen en/of iemand (los van of diegene vrijwillig of gedwongen is opgenomen) onvrijwillige zorg te verlenen.

Zo moet onvrijwillige zorg zo kort mogelijk duren en op de minst ingrijpende manier plaatsvinden. De zorgverantwoordelijke moet aan de hand van een stappenplan eerst de situatie van een cliënt bekijken, de noodzaak van dwang benoemen en nagaan of er ook nog andere oplossingen zijn. Dit doet de zorgverantwoordelijke in overleg met de cliënt en diens naasten en met de steun van collega's en deskundigen. Zo komen ze tot een besluit over het toepassen van onvrijwillige zorg. Samen kijken ze op vastgestelde momenten of de maatregel nog nodig is. Mocht de cliënt of diens vertegenwoordiger het er niet mee eens zijn, dan heeft diegene recht op advies en bijstand door een cliëntenvertrouwenspersoon.

3. Kernbegrippen in de Wzd

Psychogeriatrische aandoening

Psychogeriatrische aandoeningen gaan gepaard met beperkingen van de geestelijke vermogens (psycho) op hogere leeftijd (geriatrie). Doorgaans gaat het hierbij om (toenemende) cognitieve beperkingen op basis van (vormen van) dementie. Cognitie is het proces van kennisverwerving door waarneming en het verwerken van de daarmee

¹ De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) regelt de rechten van mensen die te maken hebben met verplichte zorg vanwege een psychische aandoening.

opgedane informatie door het denken.

'Wilsonbekwaam ter zake'

Mensen nemen in beginsel zelf een beslissing over de zorg die een zorgverlener aan hen voorstelt. Als iemand de gevolgen van zijn beslissing kan overzien, is deze wilsbekwaam. Daarvoor is het nodig dat diegene de informatie over de zorg of behandeling begrijpt en er goed over na kan denken en overziet wat de gevolgen (kunnen) zijn van een besluit. Is dat niet (meer) het geval, dan is diegene wilsonbekwaam.

Vaak is het duidelijk dat iemand niet zelf kan beslissen en dus wilsonbekwaam is (coma, buiten bewustzijn). Ook bij vergevorderde dementie is er dikwijls geen twijfel mogelijk. Soms is de situatie echter minder duidelijk of is de cliënt de ene keer wel en de andere keer niet in staat voor zichzelf te beslissen. Dit is dan vaak afhankelijk van (de complexiteit van) het onderwerp/ de situatie waarover een besluit moet worden genomen. Vandaar dat we spreken van 'wilsonbekwaam ter zake'.

Óf een cliënt al dan niet wilsbekwaam is, wordt beoordeeld door een (onafhankelijk) arts.

Vertegenwoordiger

Als iemand wilsonbekwaam ter zake is, dan zal de arts aan de vertegenwoordiger van de cliënt vragen beslissingen te nemen. Van deze vertegenwoordiger wordt verwacht dat hij² dan handelt in het belang van de cliënt en zoveel mogelijk rekening houdt met de wensen van de cliënt.

Bij wilsonbekwaamheid wordt de cliënt vertegenwoordigd door:

- de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, of (als die ontbreekt):
- de persoon die door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats te treden, of (als die ontbreekt of niet optreedt):
- de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, of (als die ontbreekt of niet wenst op te treden):
- een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt.

Onvrijwillige zorg

Onvrijwillige zorg is zorg 'waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet'. Voor de vraag of een cliënt zich verzet, is niet relevant of hij wilsbekwaam is. Ook als de cliënt wilsonbekwaam is en zijn vertegenwoordiger daarom namens hem beslist, is van belang wat de cliënt vindt. Dit kan hij verbaal kenbaar maken, maar het kan ook blijken uit zijn gedrag. Blijkt dat een wilsonbekwame cliënt zich verzet tegen de zorgverlening, dan is sprake van onvrijwillige zorg, ook als de vertegenwoordiger met de zorgverlening heeft ingestemd.

In de Wzd worden negen vormen van onvrijwillige zorg genoemd: Medisch handelen/therapeutische maatregelen(bijvoorbeeld medicatie); beperking van de bewegingsvrijheid; insluiting; uitoefenen van toezicht; onderzoek aan lichaam of kleding; onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen; controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen; beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten; beperking van het recht op het ontvangen van bezoek.

Stappenplan (zie figuur 1)

De Wet zorg en dwang gaat uit van een getrappt zorgmodel dat erop gericht is om onvrijwillige zorg te voorkomen. Als het niet lukt om een vrijwillig alternatief te vinden, moet de zorgorganisatie een stappenplan doorlopen waarbij de situatie goed wordt geanalyseerd, alternatieven in een multidisciplinair team worden bekeken en (externe) deskundigheid wordt ingeschakeld om mee te denken.

² Daar waar hij staat, kan ook zij gelezen worden.

Bij iedere stap van besluitvorming wordt de cliënt en/of diens vertegenwoordiger betrokken.

Bij de stappen 1, 2, 4, 5 en alle volgende verlengingen dient de zorgverantwoordelijke het zorgplan steeds ter beoordeling voor te leggen aan een Wzd-functionaris.

Zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke is de spil bij het voorkómen van onvrijwillige zorg en de toepassing daarvan indien dit onontkoombaar is. De Wzd bepaalt dat de zorgaanbieder voor iedere cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijst. Diens taak beschrijft de Wzd als volgt: de zorgverantwoordelijke draagt zorg voor het opstellen, het vaststellen, het uitvoeren, het evalueren en zo nodig het periodiek aanpassen van een zorgplan en het voeren van overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger voorafgaand daarover en het inrichten van een dossier. De zorgverantwoordelijke heeft de rol van beslisser. Zijn bevoegdheid om besluiten te nemen is echter beperkt doordat hij anderen moeten raadplegen en goedkeuring van anderen nodig heeft.

Wzd-functionaris

De Wzd-functionaris beoordeelt of het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen. Is dit zijns inziens niet het geval, dan moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan wijzigen. Zo nodig bespreekt de Wzd-functionaris zijn bedenkingen met de zorgverantwoordelijke.

Ernstig nadeel

In de Wzd betekent 'ernstig nadeel' hetzelfde als 'gevaar' onder de Bopz, namelijk (het aanzienlijke risico) dat:

- de cliënt zichzelf of anderen in levensgevaar brengt, ernstig lichamelijk letsel toebrengt, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade toebrengt, ernstig verwaarloost of 'maatschappelijk ten onder gaat', of als zijn eigen ontwikkeling ernstig verstoord is of hij anderen's ontwikkeling ernstig verstoort;
- de veiligheid van de betrokkene bedreigd wordt, al dan niet onder invloed van een ander;
- het gedrag van de betrokkene zo hinderlijk is dat het agressie van anderen oproept;
- de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

4. Hoe sluit de visie van SVRZ aan op de Wet zorg en dwang?

SVRZ zorgt in Zeeland; dat is de kern van onze visie. We zorgen voor kwetsbare ouderen en samen met hen en hun naasten geven we invulling aan de voor hen belangrijke waarden in het leven. Dat gaat verder dan alleen maar zorg bieden. Wij vinden het belangrijk dat onze cliënten zich thuis voelen bij ons, gelukkig zijn en verbonden blijven met hun vertrouwde omgeving. Dat zij die dingen kunnen doen die voor hen altijd belangrijk zijn geweest: even naar de markt of een kopje koffiedrinken bij de dochter op het dorp.

In onze visietekening is dat ook tot uitdrukking gebracht: vrijheid is één van onze kernwaarden; de vrijheid om te kiezen en risico's te nemen.

Daarom maken wij met alle cliënten afspraken over hun individuele behoeften en over het aanvaarden van risico's. SVRZ hanteert als uitgangspunt voor goede zorg: goede afspraken, gemaakt in dialoog. En we houden ons aan die afspraken. Wij respecteren de vrijheid van onze cliënten en leggen hen niets op.



Vrijheid betekent zelf beslissen over kleine en grote onderwerpen en bewegen zonder belemmeringen. Dat staat bij ons hoog in het vaandel. Daarom zijn wij bij SVRZ zeer terughoudend met het toepassen van onvrijwillige zorg. We denken in mogelijkheden in plaats van obstakels en observeren voortdurend de stemming en de fysieke en cognitieve status van de cliënt. Wij passen onvrijwillige zorg uitsluitend toe wanneer het echt niet anders kan. En mocht het dan toch onvermijdelijk zijn, dan doen we dat zo kort mogelijk en op de minst ingrijpende manier.

5. Hoe kunnen we onvrijwillige zorg zo veel mogelijk voorkomen?

We zoeken altijd eerst naar alternatieven voor de onvrijwillige zorg. We maken bij SVRZ daarbij gebruik van de 'alternatievenbundel' van Vilans. Deze is voor alle medewerkers via intranet (JIP) beschikbaar. Op JIP staan ook enkele methodieken die gebruikt kunnen worden om tot de beste aanpak te komen waartegen de cliënt zich niet verzet, zoals 'ABC', 'OGOGOG' en het 'Zorgpad onbegrepen gedrag'. Ook beschikt SVRZ over een 'Expertise team onbegrepen gedrag'.

Wanneer het inzetten van onvrijwillige zorg onvermijdelijk lijkt, dient de zorgverantwoordelijke ingeschakeld te worden om het 'stappenplan' in gang te zetten.

6. Hoe heeft SVRZ de uitvoering van de wet georganiseerd?

Locaties

Alle locaties van SVRZ waar cliënten verblijven gelden als 'accommodatie' conform de definitie in de Wzd: een locatie waar betrokkenen gedwongen opgenomen kunnen worden of met een opname op grond van artikel 21 (opname en verblijf op grond van een besluit van het CIZ) kunnen verblijven. Alle locaties van SVRZ zijn als zodanig opgenomen in het openbare 'locatieregister Wzd'.

Zorgdossier (ECD)

In het ECD worden bij onvrijwillige zorg de volgende gegevens vastgelegd:

- Opname status (juridische titel): Vrijwillig, artikel 21 Wzd (CIZ), RM, IBS.
- De hoofdbehandelaar (SO/ arts).
- Wie optreedt als vertegenwoordiger indien sprake is van wilsonbekwaamheid ter zake.
- Wie optreedt als zorgverantwoordelijke.
- Wie optreedt als (intern) deskundige van een andere discipline.
- Wie optreedt als (intern) deskundige die niet bij de zorg betrokken is.
- Wie is geconsulteerd als extern deskundige.
- Wie optreedt als Wzd-functionaris.
- Verslaglegging van overleg en besluitvorming ten aanzien van zorg- en behandelplan op basis van het stappenplan.

Invulling rollen Wzd (zie figuur 1)

In de WZD worden enkele nieuwe rollen geïntroduceerd, te weten de zorgverantwoordelijke, de Wzd-functionaris, de deskundige collega en de extern deskundige. Zij hebben een rol in het te volgen stappenplan rond de besluitvorming over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan van een cliënt.

De laatste drie genoemde personen mogen, zodra zij acteren in het stappenplan, niet direct bij de zorg van de betreffende cliënt betrokken zijn.

In de wet, uitvoeringsregelingen en handreikingen zijn kwalificaties gegeven waar de betreffende functionarissen aan moeten voldoen. Binnen die kaders is er ruimte voor eigen invulling per organisatie.

SVRZ heeft besloten de rollen als volgt in te vullen:

Zorgverantwoordelijke : Het duo van hoofdbehandelaar (**SO/ arts**) en regievoerend behandelaar (**VS/ PA/ psycholoog**).

Zij hebben gezamenlijk afspraken gemaakt en vastgelegd over taakherschikking. Het dient daarbij te allen tijde duidelijk te zijn voor de zorg, teamleider en cliënt/vertegenwoordiger wie op welk moment verantwoordelijk is voor wat.

- Deskundige (andere discipline) : Afhankelijk van wie regievoerend behandelaar is, een **VS, PA** of **psycholoog**. Liefst een (mede) behandelaar van de cliënt die derhalve al participeert in het MDO over deze cliënt.
- Deskundige (onafhankelijk) : Andere **SO, arts, VS, PA** of **psycholoog** die niet bij de zorg/ behandeling van cliënt betrokken is. Komt 'in consult' en schuift dan aan in het MDO waar betreffende cliënt besproken wordt. Doel is een frisse blik van een buitenstaander, waardoor wellicht nieuwe inzichten ontstaan op basis waarvan onvrijwillige zorg niet meer nodig is. De niet bij de zorg betrokken deskundige heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke.
- Extern deskundige : De ouderenzorgorganisaties in Zeeland hebben afspraken gemaakt over de onderlinge dienstverlening naar elkaar om hier invulling aan te kunnen geven. De extern deskundige hoeft niet fysiek bij de bespreking (MDO) aanwezig te zijn. Wel moet geregeld zijn dat de extern deskundige toegang krijgt tot het EPD.
- Wzd-functionaris : Per deelregio SVRZ een **SO/** (ter zake kundige) **arts +** (indien beschikbaar) een **GZ-psycholoog**, als zodanig benoemd door de bestuurder na advies van de CR over de voorgenomen benoeming. SVRZ streeft naar duo's van een SO/arts en een GZ-psycholoog per deelregio om te borgen dat zij niet betrokken worden bij eigen cliënten. Bovendien vormen deze duo's een sterke combinatie qua deskundigheidsgebied bij de analyse van de halfjaarlijkse overzichten ten behoeve van IGJ.

Informatievoorziening aan cliënt en vertegenwoordiger

SVRZ informeert de cliënt en diens vertegenwoordiger over de rechten van de cliënt. Hiervoor is ondermeer een folder beschikbaar alsmede informatie op de website. Aanvullend daarop wordt zo nodig mondelinge toelichting gegeven en worden eventuele vragen beantwoord tijdens de individuele gesprekken over het zorgplan. (zie: <https://www.svrz.nl/wet-zorg-en-dwang>)

Wzd-commissie

SVRZ heeft een Wzd-commissie (voorheen BOPZ-commissie) met als doel het ontwikkelen en waarborgen van de zorgvuldige toepassing van Wzd-beleid. De bestuurder heeft de samenstelling van de Wzd-commissie en de uitwerking van de opdracht van deze commissie separaat vastgesteld (<https://jip.svrz.nl/van-a-tot-svrz/c/commissies-en-projecten/commissies-svrz-algemeen/commissie-zorg-en-dwang>). De leden van de Wzd-commissie worden benoemd door de bestuurder. Een maal per jaar vindt er een overleg plaats van de bestuurder met de Wzd-commissie. In dit overleg wordt een door de Wzd-commissie opgestelde rapportage van de toepassing en de

bijzonderheden van het Wzd-beleid besproken.

Wzd-artsen

Binnen SVRZ zijn afspraken gemaakt welke functionarissen de positie bekleden van Wzd arts. Verder zijn er afspraken gemaakt over waarneming voor elkaar bij vakanties. De afspraken hierover zijn bekend bij leden Medische Dienst.

Rechtelijke machtiging (RM)

Soms is het nodig om iemand onvrijwillig op te nemen om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Gaat het om een crisissituatie die direct ingrijpen vereist? Dan gebeurt dat met een spoedmaatregel: de inbewaringstelling (IBS) (zie hierna). In alle andere gevallen is een rechterlijke machtiging (RM) nodig. Een aanvraag voor een RM om iemand onvrijwillig op te nemen wordt met ingang van de Wzd ingediend bij het CIZ.

Een RM kan worden verleend aan een cliënt die: nog thuis woont, al is opgenomen met een RM, al is opgenomen met een IBS of al is opgenomen met een besluit tot opname en verblijf door het CIZ (al vrijwillig is opgenomen en zich inmiddels verzet). Voor al deze vormen is de procedure hetzelfde.

Een RM kan worden aangevraagd door:

- de echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van de cliënt;
- de vertegenwoordiger van de cliënt;
- ouders, kinderen, kleinkinderen, broers en zussen van de cliënt, ouders en kinderen van de partner van de cliënt, partners van de kinderen van de cliënt, grootouders, kleinkinderen en broers en zussen van de partner van de cliënt;
- de zorgaanbieder die de cliënt op dat moment de zorg verleent;
- de Wzd-functionaris.

Ten behoeve van de aanvraag is een formulier beschikbaar op de website van het CIZ. Bij het verzoek aan de rechter dient het CIZ een medische verklaring van een onafhankelijke, ter zake kundige arts aan te leveren. Binnen de medische dienst van SVRZ zijn afspraken gemaakt hoe hierin te voorzien.

De rechterlijke machtiging heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden. Indien een cliënt al op grond van een RM in een accommodatie verblijft kan de rechter een verlenging van de machtiging verlenen.

Ook iemand die is opgenomen met een RM krijgt in beginsel alleen zorg waarmee hij heeft ingestemd. Die zorg wordt vastgelegd in het zorgplan dat zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen zes weken, in het bezit van de betrokken cliënt moet zijn. In afwachting van het zorgplan kan iemand alleen in noodsituaties, zorg tegen zijn wil krijgen en dan uitsluitend op grond van een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke. Ten aanzien van het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan geldt verder hetzelfde als voor iedere andere cliënt.

Inbewaringstelling (IBS)

Er komen situaties voor waarin een onvrijwillige opname zo urgent is dat er geen tijd is om de procedure van een RM af te wachten. In die situaties is het alleen mogelijk dat de cliënt wordt opgenomen met een beschikking tot inbewaringstelling (IBS) die door de burgemeester wordt afgegeven. Voor de IBS is een medische verklaring nodig van een ter zake deskundige arts. Is de betrokken cliënt al opgenomen, dan mag dit geen arts zijn die aan de accommodatie verbonden is.

De inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van ten hoogste drie dagen en moet binnen 24 uur in gang worden gezet. De burgemeester kan daarvoor opdracht geven aan de politie, die zich kan laten bijstaan door mensen met kennis van de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. De burgemeester stelt het CIZ en de Inspectie

voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onmiddellijk op de hoogte. De zorgaanbieder moet de betrokken cliënt binnen 24 uur na de afgifte van de beschikking opnemen.

In Zeeland hebben de ouderenzorgorganisaties met Emergis afgesproken dat wanneer er sprake is van een crisissituatie in de thuissituatie, ongeacht of de huisarts vermoedt dat pg-problematiek de (belangrijkste) oorzaak is, de huisarts een beroep kan doen op de crisisdienst van Emergis.

Indien de psychiater van de crisisdienst vaststelt of sterk vermoedt dat het onderliggende ziektebeeld op dat moment uitsluitend PG is, zal deze in dat geval persoonlijk contact opnemen met de Wzd-functionaris van de instelling van keuze van de cliënt of - buiten kantoor tijden - de dienstdoende SO in de deelregio. Samen kunnen zij zo de doorgeleiding goed afstemmen.

De noodzaak tot het aanvragen van een IBS voor een cliënt die al bij SVRZ verblijft, komt zelden voor. Immers, door goed anticiperen in de verpleeghuissetting (advanced care planning), zal tijdig een traject voor een RM via het CIZ worden opgestart.

In beide crisissituaties (thuis of opgenomen bij SVRZ) zal de psychiater dus de medische verklaring opstellen en vervolgens met behulp van een specifiek digitaal systeem de aanvraag tot IBS bij de burgemeester indienen. Na afgifte van de IBS is de (dienstdoende) SO/arts verantwoordelijk voor de acute opname van de cliënt.

De periode van drie dagen kan verlengd worden als het CIZ uiterlijk op de eerste werkdag na ontvangst van de stukken een verzoek tot verlenging indient bij de rechter. De machtiging voor een verlenging van de IBS heeft een geldigheidsduur van maximaal zes weken na dagtekening.

Ten aanzien van het zorgplan en het zo nodig inzetten van onvrijwillige zorg, geldt voor iemand die onvrijwillig is opgenomen met een IBS hetzelfde als voor iemand die is opgenomen met een RM (zie vorige paragraaf).

Onvrijwillige zorg extramuraal

Voor het zo nodig inzetten van onvrijwillige zorg in de thuissituatie is de huisarts als hoofdbehandelaar verantwoordelijk. Hij kan daarbij ondersteund worden door bijvoorbeeld een casemanager dementie of gebruik maken van de mogelijkheid van een 'Eerstelijns consult' door het Ambulant Geriatrisch Team (AGT) van SVRZ. Zo'n consult kan de huisarts of de casemanager aanvragen via verwijzers@svrz.nl

Dat geldt ook voor het aanvragen van een RM. De huisarts moet zelf het formulier op de website van het CIZ invullen, printen en opsturen naar het CIZ, maar wel kan de SO van het AGT zo nodig uitleg geven. Ook de medische verklaring die de huisarts moet meesturen naar het CIZ, wordt door de SO van het AGT - nadat deze de patiënt zelf heeft gezien - opgesteld en naar de huisarts gestuurd. Tegelijk met de medische verklaring ontvangt de huisarts of casemanager nog een instructie hoe de aanvraag met bijlagen in te sturen naar het CIZ.

Kwaliteitssysteem

SVRZ heeft processen ingericht om het opstellen en uitvoeren van zorgplannen te kunnen monitoren op kwaliteit. Hiervoor is o.a. het document zorgplansystematiek beschikbaar. Daarnaast worden zorgplannen/dossiers volgens een vaste werkwijze gescreend door kwaliteitsmedewerkers en worden er interne en externe audits uitgevoerd.

Monitoring en toezicht door IGJ

SVRZ levert halfjaarlijks informatie over de verlening van onvrijwillige zorg aan IGJ.

Scholing

SVRZ neemt scholing met betrekking tot de Wet zorg en dwang op in de scholingscatalogus/digitaal leerplein. Waarbij aandacht is voor scholing voor de verschillende functionarissen. Daar waar mogelijk wordt hierin opgetrokken met andere Zeeuwse ouderenzorgorganisaties.

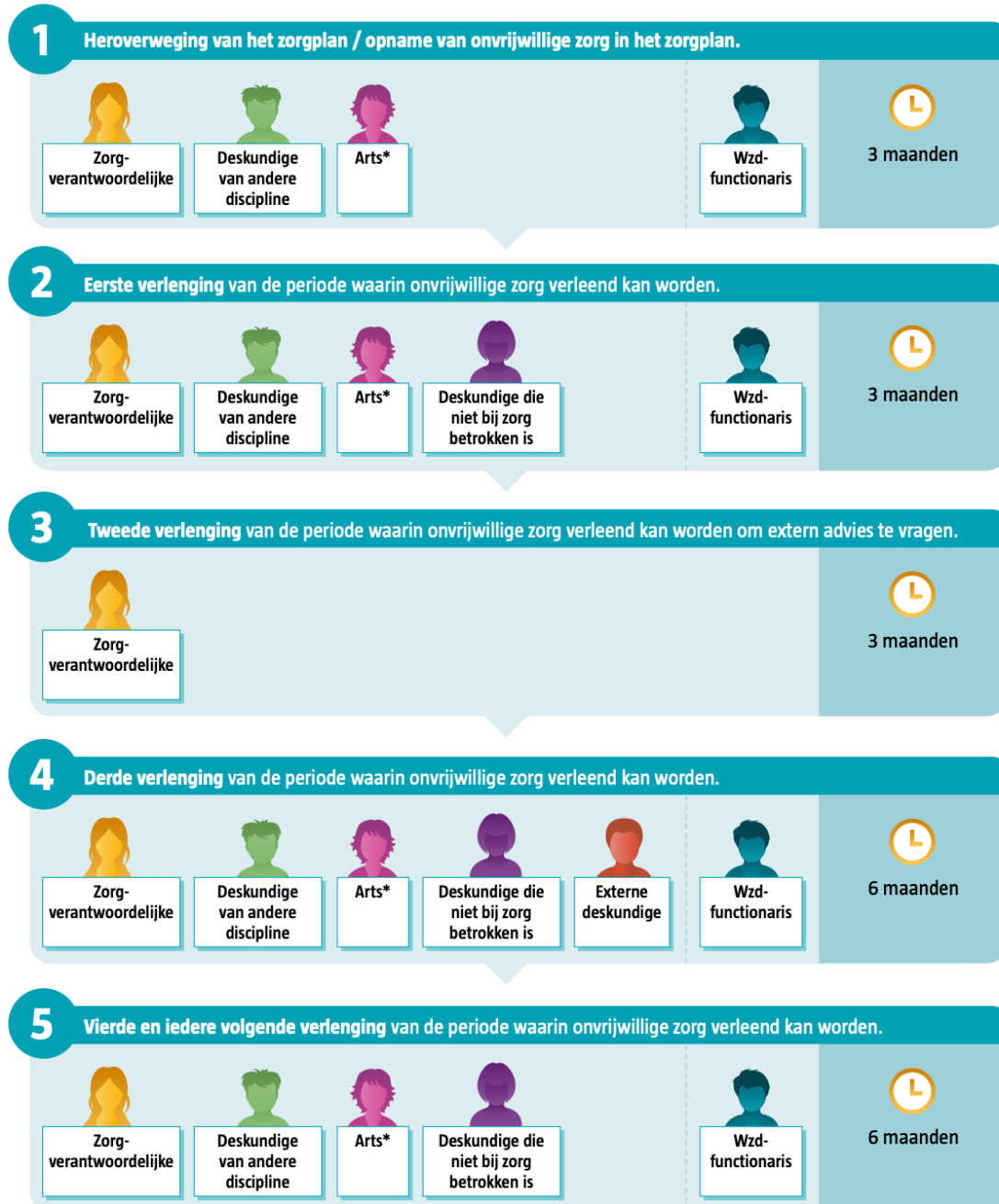
Figuur 1: Stappenplan Wzd en de diverse rollen.

Stappenplan Wzd

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners



Maximale periode
toepassing
onvrijwillige zorg



* 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.