

Brondocument visie op Vrijheid en Veiligheid

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Visie
 - 2.1. Wat is vrijheid?
 - 2.2. Wat is veiligheid?
 - 2.3. De balans tussen vrijheid en veiligheid
 - 2.4. Wat is leefplezier?
 - 2.5. Leefplezier in relatie tot vrijheid en veiligheid
 - 2.6. Uitgangspunten van organisatie in relatie tot vrijheid en veiligheid
 - 2.7. Onvrijwillige zorg
3. Wettelijk kader
 - 3.1. Geldende wetten
 - 3.2. Overbrugging
 - 3.3. Interpretatie van de wet
 - 3.4. Doelgroepen
4. Het organiseren van vrijheid, veiligheid en omgang met onvrijwillige zorg
5. Functies, rollen en samenwerking
 - 5.1.1. De bewoner
 - 5.1.2. Verwanten
 - 5.1.3. Zorgverantwoordelijke
 - 5.1.4. De WZD functionaris
 - 5.1.5. De Clientvertrouwenspersoon (CVP)
 - 5.1.6. De externe deskundige / onafhankelijke deskundige
 - 5.1.7. Behandelaars
 - 5.1.8. Commissie Vrijheid en Veiligheid
 - 5.1.9. Huisarts
 - 5.1.10. Samenwerkingsverbanden
 - 5.2. De driehoek van eigenaarschap
 - 5.3. Voorkomen van besluiteloosheid
 - 5.4. De driehoek van eigenaarschap in verschillende situaties

6. Bewuste medewerkers
 - 6.1. Visie geaccepteerd
 - 6.2. Opleiding (theorie)
 - 6.3. Borging in de praktijk

7. De woonsituatie, thuis, geclusterd of in een verpleeghuis
 - 7.1. Verschillen in relatie tot vrijheid en veiligheid
 - 7.2. Accommodaties
 - 7.3. Huisregels

8. Uitvoering van beleid
 - 8.1. Pijl als leidraad en doorlopend proces
 - 8.2. Werken vanuit een visie
 - 8.3. Dialoog
 - 8.4. Communicatie over de visie / verwachtingen
 - 8.5. Ken je bewoner
 - 8.6. Gedrag van een bewoner
 - 8.7. Geaccepteerde risico's
 - 8.8. Ethiek
 - 8.9. Inzetten van een actie
 - 8.10. Observatie van een actie
 - 8.11. Wilsbekwaam / Wilsonbekwaam
 - 8.12. Wel of geen verzet
 - 8.13. Onvrijwillige zorg
 - 8.13.1. Stappenplan
 - 8.14. Zorgleefplan of Zorgdossier
 - 8.15. Klachten

9. Verantwoording
 - 9.1. Kernelementen
 - 9.2. Vereiste verantwoording
 - 9.3. Lijst van toetsingspunten

10. Techniek en creativiteit in relatie tot vrijheid en veiligheid
 - 10.1. techniek, nee tenzij
 - 10.2. middel geen doel, middels m tijdelijk gedrag te observeren
 - 10.3. Creativiteit



11. Relevantie documentatie
 12. Aanvullende beleidsdocumenten
 13. Praktijkvoorbeelden en tips
-

Leeswijzer

In dit document wordt gesproken over de bewoner. Hier wordt bedoeld iemand die woonachtig is thuis, in een geclusterde setting of in een verpleeghuis locatie, groot- of kleinschalig.



1. Inleiding

1.1 *Waarom dit document?*

Per 1 januari 2020 is er een wet die gaat over onvrijwillige zorg in de thuissituatie, in geclusterde woonvormen en in het verpleeghuis. Met deze nieuwe wet is het van belang dat organisaties een visie op vrijheid en veiligheid hebben, waarin uiteindelijk de omgang met onvrijwillige zorg ook wordt beschreven, maar vooral de vrijheid en veiligheid van een bewoner centraal staat. In deze context is het belangrijk dat een organisatie werkt vanuit vrijwillige zorg en zo veel mogelijk onvrijwillige zorg voorkomt.

Dit document geeft weer hoe de organisatie invulling geeft aan het principe dat een bewoner vrijheid heeft en veiligheid op georganiseerd dient te worden en hoe de rekening wordt gehouden met de eisen die vanuit de wet zorg en dwang worden gesteld bij het omgaan met onvrijwillige zorg.

Het is daarmee een tweeledig document dat ingaat op de geest en de letter van de wet:

- Wat is de visie op vrijheid en veiligheid en hoe wordt daar in de praktijk invulling aan gegeven
- Hoe wordt de WZD geïmplementeerd in de organisatie

2. Visie op vrijheid en veiligheid en omgang met onvrijwillige zorg

2.1 Wat is vrijheid?

Ieder mens heeft vrijheid. Vrijheid is een grondrecht.

Dit betekent dat inwoners / bewoners van een verpleeghuis, in een geclusterde omgeving, thuis of in een ziekenhuis 'in principe' de vrijheid hebben om te gaan en staan waar zij willen en dat zij daarin niet beperkt worden door anderen zoals professionals, vrijwilligers, mantelzorgers of omwonenden.

2.2 Wat is veiligheid?

Elke bewoner heeft vrijheid, maar veiligheid is een factor die invloed kan hebben op de vrijheid van een bewoner. Veiligheid betekent voor bewoners een omgeving waarin zij zich veilig kunnen bewegen, voor hun medebewoners of omwonenden een omgeving waarin iedereen veilig kan verblijven en voor medewerkers een veilige werkomgeving.

100% veiligheid bestaat niet. Er is geen garantie dat ongelukken te allen tijde kunnen worden voorkomen. Dit zijn risico's die tussen verwanten, behandelaars en professionals regelmatig worden besproken. Deze kunnen in goed overleg als weloverwogen geaccepteerde risico's worden afgesproken, regelmatig worden getoetst en vast worden gelegd in het zorgleefplan.

Ter voorkoming van ernstig nadeel bij een bewoner thuis, in een geclusterde woonomgeving met of zonder behandeling, in een verpleeghuis of ziekenhuis kan het voorkomen dat een bewoner beperkt wordt in haar of zijn vrijheid. Ook de inperkingen worden regelmatig besproken, getoetst op verzet en genoteerd in het zorgleefplan als comfortmaatregel of vrijheidsbeperkende maatregel.

2.3 De balans tussen vrijheid en veiligheid

In het zoeken naar de beste balans tussen vrijheid en veiligheid is er één belangrijk gegeven: *100% veiligheid bestaat niet en ongelimiteerde vrijheid bestaat ook niet.*

Maximale vrijheid is het uitgangspunt, echter zullen regels om vrijheid uitvoerbaar te houden al snel een eerste beperking kunnen opwerpen.

Daar tegenover staat dat 100% veiligheid niet te garanderen is, wat niet wegneemt dat vanuit het oogpunt van zorgverantwoordelijkheid geprobeerd zal worden om het leven van een bewoner zo veilig mogelijk te laten verlopen.

Een balans tussen vrijheid en veiligheid wordt gevonden door:

- Vrijheid na te streven

- In overleg met elkaar de risico's die daarbij ontstaan te bespreken en te accepteren

- Vaststellen van de gewenste veiligheid

- Bespreken van de mogelijke beperkingen die kunnen ontstaan uit de het creëren van de veiligheid

Wanneer de situatie van een bewoner verandert, veranderen ook de behoefte aan vrijheid en de risico's mee. Dit impliceert dat het bespreken van de balans tussen vrijheid en veiligheid een herhalend proces is. De dialoog hierover is van groot belang voor de bewoner en doet ook recht aan de mening, emoties en soms het rouwproces van verwanten.

Voorbeeld: Een geclusterde setting is omgeven door zeer oneffen straten. De gemeente gaat hier wel wat aan doen, maar pas over enkele jaren. Een bewoner die niet erg sterk ter been is en frequent valt, kan beperkt worden in haar of zijn vrijheid, doordat deze niet de straat op mag. Het begeven op straat zal leiden tot meer valincidenten. Het beperken van de vrijheid van de bewoner is ter voorkoming van erger leed.

2.4. Wat is leefplezier?

Leefplezier of geluk betekent dat iemand het naar zijn/haar zin heeft, ook wanneer hij/zij afhankelijk wordt van anderen.

Voor ieder van ons is leefplezier misschien wel het allerbelangrijkste voor hoe de kwaliteit van ons leven wordt ervaren. Leefplezier staat voor: het naar je zin hebben, je prettig voelen. Leefplezier krijgt iemand door die dingen te doen die maken dat iemand zich goed voelt en lekker in zijn vel zit. Bronnen voor leefplezier zijn overal. Goede contacten, lekker eten en drinken, actief kunnen zijn, plezier in je hobby's, jezelf kunnen zijn en je gekend voelen, zelfstandig en zelfredzaam zijn of met plezier ergens verblijven of wonen.

Tegelijk is dat wat leefplezier geeft voor iedereen verschillend. Iedereen maakt hierin eigen keuzes, die bij de meeste mensen in elke levensfase veranderen. Wat als je jong bent voor je leefplezier heel belangrijk is, kan bij het ouder worden aan betekenis verliezen. Of juist andersom. Ook voorkeuren veranderen. Je ziet dat bijvoorbeeld bij mensen die van muziek houden. Hun favoriete genres of muzikanten veranderen in de loop van de jaren. Maar wat blijft is dat leefplezier je leven lang belangrijk is en dat je voortdurend zelf kiest wat er voor jou toe doet.

Bron: www.leefplezier.nl

2.5. Leefplezier in relatie tot vrijheid en veiligheid

Het is belangrijk om het principe dat iedereen vrijheid heeft, niet sec als ultiem doel na te streven. Soms kan het inperken van vrijheden leiden tot meer geluk. Zie voorbeeld 1.

Binnen de organisatie zal continu de afweging worden gemaakt tussen het leefplezier van een bewoner en de mogelijke vrijheidsbeperking die hiervoor nodig is. De wilsbekwaamheid en het mogelijke verzet tegen een beperking zijn elementen die bepalen of een veiligheidsmaatregel gezien moet worden als onvrijwillige zorg of niet.

Voorbeeld: Bewoners van een kleinschalig woonvorm voor mensen met dementie kunnen via het terras van de woning naar een prachtige binnentuin waarin veel te zien en te beleven is. Deze binnentuin heeft echter ook een enigszins verscholen, maar open verbinding met de omgeving. Om van deze binnentuin te kunnen genieten én ook in veiligheid zelfstandig te kunnen rondlopen, wordt van sommige bewoners gevraagd een zender mee te nemen. Deze geeft een melding af wanneer de bewoner de tuin verlaat, zodat de zorg hierop kan reageren door een eindje mee te wandelen of de bewoner terug te leiden. Indien een bewoner de zender zou weigeren - en er dus sprake is van verzet - zou de zorg de bewoner toegang tot de tuin kunnen weigeren, omdat men de veiligheid niet kan borgen. Dit is een overduidelijke vrijheidsbeperking. Een alternatief is om de zender aan de kleding van de bewoner vast te maken (ook vrijheidsbeperkend vanwege het verzet), die echter wel mogelijk maakt dat de bewoner de tuin in kan.

2.6 Uitgangspunten van organisatie in relatie tot vrijheid en veiligheid

Om verwachtingen van professionals, bewoners en verwanten duidelijk te managen zijn er enkele uitgangspunten genoemd in relatie tot het thema Vrijheid en Veiligheid. Deze zijn:

- Elke bewoner heeft vrijheid;
- 100% veiligheid bestaat niet;
- Voor het merendeel van de bewoners ligt er een relatie tussen vrijheid en veiligheid;
- Bewoners wordt een maximale vrijheid geboden tegen weloverwogen en geaccepteerde risico's, dit alles natuurlijk binnen de relevante wet- en regelgeving;
- Het proces van het vinden van de juiste veiligheid zonder dat een bewoner zich hiertoe verzet, wordt gezien als een onophoudelijk proces, omdat de bewoner kan veranderen;
- Het proces van afwegingen is terug te vinden in het zorgdossier;
- Een zorgvuldige bepaling van weloverwogen, geaccepteerde risico's is van groot belang. Hierbij spelen verschillende partijen een rol:
 - Bewoner (in zoverre deze hierover zelf iets kan zeggen/aangeven);
 - Zorgprofessionals (inclusief behandelaars, SO's, casemanagers en WZD functionarissen);
 - Verwanten;
- Idealiter komen deze partijen voor iedere bewoner samen om met behulp van een gedegen dialoog tot een eensluidende conclusie te komen over de veiligheid van een bewoner en de weloverwogen risico's behorende bij de vrijheid. Deze dialoog is niet eenmalig, maar wordt gevoerd op ieder moment dat veranderingen hiertoe aanleiding geven en minimaal twee maal per jaar;
- Indien het niet lukt om tot een voor alle partijen acceptabele conclusie/ beleid te komen voor een bewoner, ook na betrokkenheid van een ClientVertouwensPersoon, dan kan dit in het uiterste geval er toe leiden dat een bewoner zal moeten kiezen voor een ander concept van zorg bij een andere locatie of organisatie;



- Bij onvrijwillige zorg wordt het stappenplan gehanteerd en de alternatievenbundel geraadpleegd;
- Onvrijwillige zorg zal voortkomen uit weloverwogen acties die ethisch juist zijn en waar geen alternatieven acties voor zijn;
- Bij onvrijwillige zorg zal waar nodig een externe expert / onafhankelijke deskundige worden betrokken wanneer binnen 6 maanden er geen alternatief is gevonden voor de onvrijwillige zorg;
- Beleid en richtlijnen dienen er voor te zorgen dat de dialoog op alle locaties vanuit eenzelfde visie wordt gevoerd, maar een locatiegebonden uitkomst kan hebben;
- Beleid wordt op voorhand met (nieuwe) bewoners en verwanten gedeeld, zodat deze een weloverwogen besluit kunnen nemen over het inhuizen van hun verwant of het accepteren van de wijze waarop de extramurale zorg wordt geboden;

2.7 Omgaan met onvrijwillige zorg

Wanneer er in het vinden van de balans tussen vrijheid en veiligheid verzet wordt getoond door de bewoner, dan is er sprake van onvrijwillige zorg.

3. Het wettelijk kader

3.1. Geldende wetten

Organisaties die een vorm van zorg bieden aan personen met een psychogeriatrische grondslag of met een verstandelijke beperking hebben - wanneer het gaat om onvrijwillige zorg - te maken met de volgende wettelijke kaders:

- Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst;
- Wet verplichte GGZ;
- Wet Zorg en Dwang;

Dit beleidsdocument richt zich op wat nodig is om te werken vanuit het principe dat een bewoner vrijheid heeft in combinatie met wat strikt inhoudelijk nodig is voor de Wet Zorg en Dwang

De Wet Zorg en Dwang (WZD) gaat 1 januari 2020 in werking en zal in de plaats komen van de wet BOPZ. De WZD gaat over hoe om te gaan met onvrijwillige zorg. Het 'nee, tenzij' is het uitgangspunt, wat inhoudt dat er geen onvrijwillige zorg wordt geboden, tenzij dit echt nodig is voor de individuele bewoner of inwoner. De wet beschermt de bewoner door betrokken personen met elkaar een proces van afweging te laten doorlopen, wanneer het noodzakelijk is om een maatregel te nemen die mogelijk door de bewoner als onvrijwillige zorg kan worden ervaren.

De wet zorg en dwang vereist (beknopt) de volgende punten:

- Is er geen sprake van onvrijwillige zorg, tenzij dit is ter voorkoming van ernstig nadeel
- Onder ernstig nadeel wordt het volgende verstaan:
 - De cliënt brengt zichzelf of anderen in levensgevaar.
 - De cliënt brengt ernstig lichamelijk letsel toe.
 - De cliënt brengt ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade toe.
 - Verwaarlozing of 'maatschappelijk teloorgang van de cliënt of andere.
 - De veiligheid van de cliënt wordt bedreigd.
 - De cliënt roept met hinderlijk gedrag agressie van anderen op.
 - De algemene veiligheid van personen of goederen is in gevaar.
- Onvrijwillige zorg wordt altijd proportioneel, subsidiair en doelmatig toegepast
- Er is sprake van onvrijwillige zorg bij de volgende 9 handelingen
 1. Medische handelingen en overige therapeutische maatregelen
 2. Beperking van de bewegingsvrijheid
 3. Insluiting
 4. Uitoefenen van toezicht
 5. Onderzoek aan lichaam of kleding
 6. Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen

7. Controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen
 8. Beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten
 9. Beperking van het recht op het ontvangen van bezoek
- Bij onvrijwillige zorg wordt het stappenplan doorlopen
 - Bij beperking van iemands bewegingsvrijheid, bij insluiting of inzet van gedragsregulerende medicatie buiten de richtlijn zonder dat er verzet is, wordt ook het stappenplan doorlopen
 - Onvrijwillige zorg komt voort uit het zorgplan
 - De betrokken functionarissen die een rol hebben in de WZD zijn door de organisatie belegd
 - Bewoners en vertegenwoordigers worden geïnformeerd over wie de WZD functionaris is en waar men terecht kan voor een clientvertrouwenspersoon
 - Twee maal per jaar levert de organisatie een overzicht aan van toegepaste onvrijwillige zorg
 -

3.3. Interpretatie van de wet

De wet richt zich op het voorkomen van onvrijwillige zorg, met als uitgangspunt 'nee, tenzij'.

De organisatie interpreteert dit als volgt:

Een bewoner heeft vrijheid. Vrijheid gaat gepaard met risico's die geaccepteerd zijn.

Een actie gericht op veiligheid kan worden genomen om verschillende redenen. De actie bevordert het geluk van de bewoner, de actie voorkomt ernstig nadeel voor de bewoner (of medebewoners), de actie heeft in positieve zin effect op de bewoner en de medebewoners.

Wanneer de actie leidt tot verzet in de context van de wilsbekwaamheid of wilsonbekwaamheid van de bewoner, treedt de Wet Zorg en Dwang in werking en zal gezocht worden naar alternatieven.

Wanneer deze er niet zijn, wordt de actie als onvrijwillige zorg genoteerd en komt deze driemaandelijks aan de orde.

Leidt de actie tot een vorm van geluk of bevordering van het veilig bewegen en is er geen sprake van verzet, rekening houdend met de wilsbekwaamheid van de bewoner, dan is er geen sprake van onvrijwillige zorg. De actie wordt wel genoteerd in het zorgleefplan.

Uitzondering op deze uitgangspunten is fixatie, isolatie of medicatie buiten voorgeschreven richtlijn . Wanneer er sprake is van een van deze drie situaties wordt het stappenplan gehanteerd, ook al is er geen verzet.

3.4. Doelgroepen

De wet Zorg en Dwang richt zich op personen met een PG of VG grondslag.

Dit houdt in dat niet alle type bewoners van verpleeghuis locaties onder dit wettelijke regime vallen.

Wanneer er behoefte is aan een vorm van onvrijwillige zorg bij bewoners zonder PG of VG grondslag zal multidisciplinair bekeken worden of de grondslag PG of VG gewenst is of niet.

Wanneer dit niet het geval is zal onvrijwillige zorg onder het wettelijke regime van de WGBO vallen met SOG of huisarts als behandelaar.

Deze afweging geldt bijvoorbeeld voor bewoners van somatische afdelingen en voor bewoners van hospices.

Mogelijk komen nog de groepen Korsakov, NAH en GP onder de WZD te vallen. Tot dat moment wordt bij deze groepen per bewoner de afweging gemaakt of een PG of VG grondslag gewenst is, of dat de WVGZ van toepassing is of dat de WGBO van toepassing is.

4. Functionarissen, rollen en samenwerking

4.1 Functionarissen en rollen

Verantwoordelijkheden van functionarissen.

In het beleidsdocument vrijheid en veiligheid zijn conform de wet verschillende functionarissen en rollen benoemd. Deze paragraaf beschrijft hoe hier invulling aan wordt gegeven.

4.1 Functionarissen

De bewoner	Deze staat centraal. Zijn of haar vrijheid en waarden vormen het uitgangspunt. De wils(on)bekwaamheid van de bewoner zal meelopen bij de afwegingen die worden gemaakt. Waar het kan, zal de bewoner betrokken worden in het proces van afwegingen. De bewoner kan thuiswonend zijn, in een geclusterde omgeving wonen of in een verpleeghuis wonen.
De verwanten of wettelijk vertegenwoordiger	Dit zijn de verwanten van de bewoner, al of niet formeel vertegenwoordiger. Bij een wilsbekwame bewoner vertegenwoordigt de bewoner zichzelf en is er nauw contact met een eerste contactpersoon. Wanneer er een wettelijk vertegenwoordiger is aangewezen is persoon de gesprekspartner van de zorg.
De zorgverantwoordelijke	De zorgverantwoordelijke (minimaal niveau 3 IG) is een professional die dagelijks in contact staat met de bewoner. De zorgverantwoordelijke beheert

	<p>het zorgleefplan, is regisseur van het zorgproces en eerste contactpersoon voor de verwanten en andere professionals. Verwanten en bewoners worden bij aanvang van het zorgproces geïnformeerd over wie de zorgverantwoordelijke is. De taak van de zorgverantwoordelijke is belegd bij de EVV'er.</p>
<p>De Wzd-functionaris of functionaris Vrijheid en veiligheid</p>	<p>De juiste deskundige voor de inwoner/bewoner. Dat kan per bewoner een andere deskundige zijn. De (huis)arts, GZ-psycholoog of SOG is WZD-deskundige en beoordeelt het zorgplan op het proces van het totstandkomen van de onvrijwillige zorg. De WZD functionaris kan niet de zorgplannen beoordelen waar hij/zij de hoofdbehandelaar van is. Bij verlenging van het toepassen van de onvrijwillige beoordeelt de arts de onvrijwillige zorg. Toetsing gebeurt op doelmatigheid, proportionaliteit en op het mogelijk subsidiair zijn van de maatregel.</p>
<p>De Cliënt- vertrouwenspersoon</p>	<p>Dit is een onafhankelijke persoon die, indien er geen overeenstemming is in het organiseren van de onvrijwillige zorg, een second opinion kan geven. Deze persoon bevindt zich buiten de organisatie en wordt door het zorgkantoor aan de organisatie toegewezen</p>
<p>De externe deskundige / onafhankelijke deskundige</p>	<p>In het doorlopend blijven zoeken naar alternatieve vormen om de onvrijwillige zorg terug te dringen, wordt gebruik gemaakt van een extern of onafhankelijke deskundige van organisaties waar al mee wordt samengewerkt. De externe of onafhankelijke deskundige heeft ervaring in het terugdringen en voorkomen van onvrijwillige zorg.</p> <p>De externe of onafhankelijke deskundige kan voor de PG een SO, psychiater, verpleegkundige of GZ psycholoog zijn. Wanneer deze wordt betrokken zal in het dossier zichtbaar zijn welke deskundige is ingezet. De externe deskundigen worden van collega organisaties betrokken, de onafhankelijke deskundige kan van binnen de organisatie komen.</p>
<p>Behandelaars</p>	<p>Behandelaars zijn zorgprofessionals met een specifiek vakgebied, zoals psycholoog, psychiater, ergotherapeut, voedingsdeskundige.</p> <p>De specialist ouderengeneeskunde kan als behandelaar in de driehoek plaatsnemen en terugkoppeling geven aan de wzd functionaris.</p>
<p>De commissie Vrijheid en</p>	<p>De opvolger (niet vereist) van de BOPZ commissie is de commissie Vrijheid en veiligheid (V&V) Deze commissie heeft naast het organisatiebreed hebben van zicht op de geboden onvrijwillige zorg, de taak op zich genomen om te borgen</p>

<p>Veiligheid (voorheen BOPZ commissie)</p>	<p>dat de dialoog over vrijheid en veiligheid op locatieniveau frequent gevoerd wordt met als doel bewustwording en kennisdeling. Ook kan de commissie de halfjaarlijkse rapportage opstellen en deze voorleggen aan de onafhankelijke WZD functionaris van de organisatie.</p>
<p>De Huisarts</p>	<p>Voor de bewoners, waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is, kan bij onvrijwillige zorg de huisarts worden betrokken als deskundige. Bij medisch gerelateerde onvrijwillige zorg is de huisarts per definitie betrokken als deskundige. Een huisarts kan geen WZD functionaris van zijn/haar eigen cliënten zijn. Een partner huisarts kan dit wel. Wanneer een praktijk geen WZD functionaris heeft, zal een beroep worden gedaan op de WZD functionarissen van de betrokken zorgorganisatie.</p>
<p>Samenwerkingsverbanden</p>	<p>De organisatie heeft samenwerkingsverbanden met verschillende zusterorganisaties uit de regio. Binnen deze samenwerkingsverbanden worden WZD functionarissen en externe experts ingezet en waar gewenst casuïstiek gedeeld met als doel om er van te leren.</p>
<p>De Clientenraad</p>	<p>Orgaan binnen de organisatie die de cliënt vertegenwoordigd. Geeft advies bij benoeming WZD functionarissen.</p>

4.2 De Driehoek van eigenaarschap

Het frequente overleg over acties die als comfortmaatregel of als vrijheidsbeperkende maatregel kunnen worden gezien, vindt plaats in de driehoek Verwanten (of inwoner/bewoner zelf) - Zorgprofessionals - WZD functionaris.

In deze driehoek wordt gezamenlijk het gesprek gevoerd over de balans tussen vrijheid en veiligheid, de geaccepteerde risico's, de acties ter voorkoming van erger leed voor de bewoner en het stappenplan. Waar het kan is de bewoner deelgenoot van deze driehoek.

In de driehoek ligt het eigenaarschap en gedeelde verantwoordelijkheid van de weloverwogen geaccepteerde risico's. De driehoek besluit gezamenlijk welke risico's geaccepteerd worden en welke niet.

De besluiten die in de driehoek zijn genomen zijn terug te vinden in het zorgdossier.

In het organiseren van de juiste veiligheid voor elke bewoner zal in het driehoeksoverleg meerdere van bovenstaande functionarissen een rol hebben.

4.3 Voorkomen van besluiteloosheid

Ter voorkoming van stagnatie zal de driehoek van overleg altijd een besluit nemen vanuit het belang van de bewoner. Wanneer de aanwezige partijen er niet uitkomen, zelfs na betrokkenheid van een CVP of externe of onafhankelijke deskundige, zal de WZD functionaris een besluit nemen. Wanneer dit niet naar tevredenheid zijn van verwanten dan kunnen deze zich wenden tot de klachtencommissie.

4.4 De driehoek van eigenaarschap in de verschillende situaties:

Per situatie kan de driehoek waarin rollen en verantwoordelijkheden zijn georganiseerd, er iets anders uitzien. Er zijn drie situaties waarbij de driehoek relevant is, de thuissituatie, de geclusterde woonomgeving en de verpleeghuis omgeving.

4.4.1 De thuissituatie

In de thuissituatie speelt de huisarts een wezenlijke rol. Als hoofdbehandelaar schakelt deze kennis en triage op om het proces van onvrijwillige zorg te observeren, eventueel terug te dringen, aan te passen en te registreren. Goede samenwerkingsafspraken maakt het mogelijk om in een diverse omgeving toch de verantwoording te kunnen organiseren.

De driehoeken van de thuissituatie:

In de thuissituatie kan de huisarts verschillende rollen op zich nemen. De huisarts kan de rol van WZD functionaris op zich nemen voor andere dan zijn eigen cliënten, of kiezen voor een andere rol.

4.4.2. De geclusterde woonomgeving

In de geclusterde woonomgeving wordt onderscheid gemaakt tussen geclusterd met behandeling en geclusterd zonder behandeling. Bij geclusterd zonder behandeling is de situatie identiek aan de thuissituatie, bij geclusterd met behandeling speelt de SO een grote rol zowel naar de uitvoering toe als naar de huisarts.

4.4.3 De verpleeghuisomgeving

In de verpleeghuisomgeving zoals kleinschalige locaties kan de SO de rol van behandelaar op zich nemen en andere SO's of artsen de rol van WZD functionaris.

5. Bewuste medewerkers

Bij het organiseren van de juiste balans tussen vrijheid en veiligheid gaat het om een bewustwordingsproces bij professionals. Het kan soms om een kanteling vragen van het werken in een beheerste omgeving naar het werken in een omgeving waarin bewoners (meer) vrijheden hebben.

5.1. Visie geaccepteerd

Deze kanteling wordt bewerkstelligd door te beginnen met het organisatiebreed accepteren van de visie. Met betrokkenheid van de lijn is de visie opgetekend en besproken. Zo is de acceptatie van de visie ontstaan. In dit proces dienen alle functionarissen achter het beleid te gaan staan dat zij ontwikkelen. Dit is relevant voor het draagvlak. Wanneer op uitvoerend niveau geen steun voor het beleid wordt ervaren vanuit leidinggevendenden, zal er niet gewerkt gaan worden vanuit het principe dat een inwoner / bewoner vrijheid heeft. Dit vanwege de risico's die professionals lopen. Het 'niet-in-mijn-dienst' voortkomend uit de verantwoordelijkheid zal dan de boventoon gaan voeren.

5.2. Opleiding (theorie)

Naast het optekenen van de gedragen visie is opleiding van belang. Niet alleen de wet en het stappen is geleerd, maar ook de vertaling van de visie naar de praktijk.

Naast de elearning module over de WZD hebben professionals de volgende kennis opgedaan

- Kennis over dementie
- Vertaling van de visie naar de praktijk
- Hoe kan onvrede of weerstand worden herkend?
- Het proces van dementie in relatie tot onvrede / verzet
- Welke argumenten kunnen een rol spelen in de dialoog over vrijheid en veiligheid? (ethiek)
- Hoe kan het thema besproken worden met familieleden, collega's en SO/huisarts?
- Wat wordt genoteerd in het zorgdossier?
- Observatie: waar let je op? Wat leg je vast?
- Werken met casussen uit de praktijk

- De rol van technologie als middel om vrijheid veilig en verantwoord te organiseren

5.3. Borging in de praktijk

- Casuïstiekbespreking binnen teamverband;
- Teamoverleg over ethiek;
- Dialoog met verwanten over vrijheid en veiligheid;
- Bespreken van dilemma's in de Commissie Vrijheid en Veiligheid of met aandachtsvelders;
- Delen waarnemingen van effecten van vrijheid op gedrag en mobiliteit;

6. De thuissituatie of geclusterde woonomgeving

In de thuissituatie en in een geclusterde woonomgeving zonder behandeling wordt uitgegaan van de dezelfde principes als in een verpleeghuis. Met dien verstande dat de samenwerking met externen niet op voorhand bepaald is en dus goed uitgewerkt dient te zijn. Er zijn goede samenwerkingsafspraken gemaakt met huisartsen, de SO en de wijkverpleegkundigen en alle betrokkenen delen de visie op vrijheid en veiligheid. Er zijn afspraken gemaakt over welke professional de rol WZD functionaris en van zorgverantwoordelijke (en daarmee dossierbeheer) op zich neemt.

Bij een zorgvraag in de thuissituatie is de directe omgeving van een bewoner in beeld gebracht. Dit houdt in dat er contact is geweest met vrijwilligers, burens of anderen die een rol hebben in het leven van de bewoner, met als doel om eventuele onvrijwillige zorg te constateren en omgeving te informeren over (onbewuste) onvrijwillige zorg.

6.1 Verantwoording in de thuissituatie

Ook de verantwoording in de thuissituatie ligt niet specifiek anders dan in een verpleeghuis.

De huisarts is eindverantwoordelijk voor de algehele zorg die plaatsvindt. Onvrijwillige zorg valt ook onder deze eindverantwoordelijkheid, echter onder de volgende condities:

- De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het zorgplan en heeft de regie op het proces. Hieronder valt ook het signaleren, registreren en eventueel terugdringen van onvrijwillige zorg.
- De zorgverantwoordelijke is in de thuissituatie een wijkverpleegkundige uit het thuiszorgteam van minimaal niveau 3.
- De zorgverantwoordelijke wordt actief ondersteund door een casemanager dementie of POH ouderenzorg die actief is in de wijk.
- In de driehoek Wijkverpleegkundige - casemanager - bewoner (en/of mantelzorger) komt met regelmaat, maar minimaal 4 keer per jaar de onvrijwillige zorg aan de orde.
- Minimaal 2 keer per jaar vindt er een 'wijk-mdo' plaats tussen de huisarts, wijkverpleegkundige, casemanager en bewoner (en/of mantelzorger).

Wanneer een huisarts er voor kiest om niet de rol van WZD functionaris op zich te nemen dient de huisarts deze taak te beleggen bij een externe WZD functionaris of bij de WZD functionaris van de betrokken zorgorganisatie.

6.2 Verantwoording in een geclusterde setting

Voor de geclusterde setting met behandeling wordt de SO van de organisatie ingezet. Periodiek (minimaal 2x per jaar) vindt er casuïstiek overleg plaats tussen een SO en de huisarts.

In een geclusterde setting zonder behandeling is de verantwoording identiek aan de verantwoording in de thuissituatie.

6.3 Waar begint verantwoording bij onvrijwillige zorg?

De verantwoording bij onvrijwillige zorg begint pas wanneer er een zorgovereenkomst ligt tussen een bewoner en een (thuis)zorgorganisatie en er sprake is van een PG of VG grondslag. Voor die tijd kan er sprake zijn van onvrijwillige zorg, maar kan het zijn dat deze niet gedetecteerd wordt, doordat er geen professional bij de bewoner thuis komt. Het feit dat er enige vorm van onvrijwillige zorg kan plaatsvinden, zonder dat dit wordt geconstateerd, wordt gezien als een geaccepteerd risico.

Het signaleren van onvrijwillige zorg kan door instanties en omwonenden gebeuren.

Pas wanneer er een relatie ligt met een zorgorganisatie kan het beheersen en terugdringen van onvrijwillige zorg (in formele zin) worden gestart.

Om zoveel mogelijk onvrijwillige zorg in de thuissituatie te voorkomen, spant de organisatie zich in om de kennis die zij in huis hebben, te delen met de omgeving. Jaarlijks vinden er enkele themabijeenkomsten plaats bij de thuiszorgorganisatie, welzijnsorganisaties, wijkcentra, alzheimer café en vrijwilligers netwerken.

7. Uitvoering van beleid

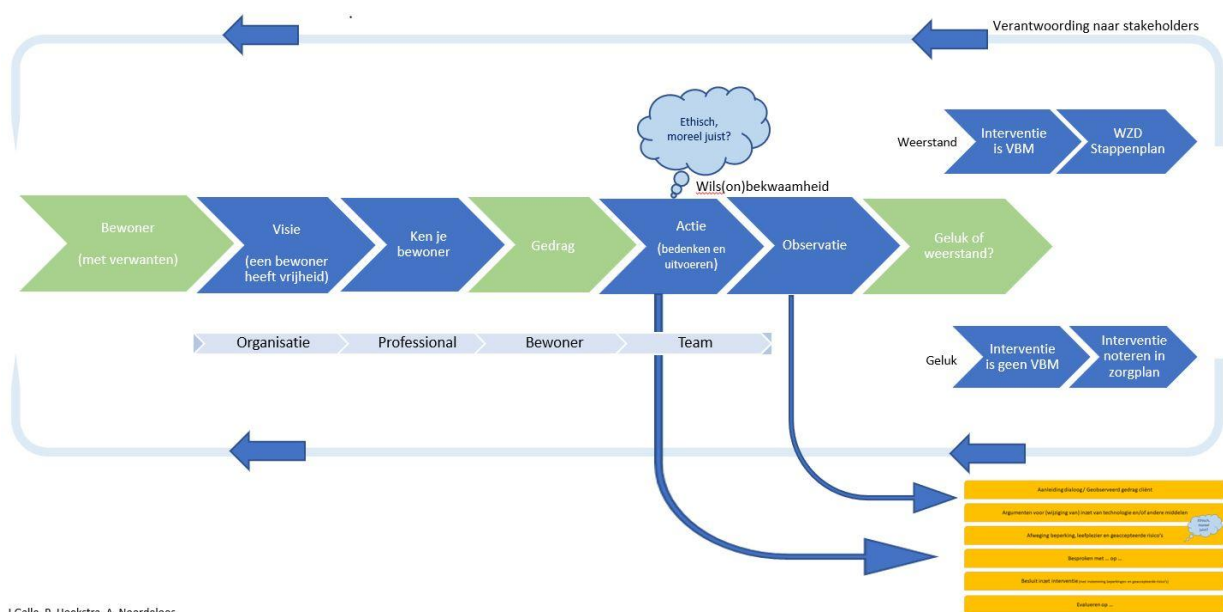
Het beleid van de organisatie richt zich op het bewust en juist omgaan met het principe dat een bewoner vrijheid heeft en er soms een actie moet worden ingezet om de bewoner met de juiste veiligheid te laten genieten van die vrijheid. Medewerkers zijn bewust van het gegeven dat een bewoner vrijheid heeft en zijn in staat om op individueel niveau de juiste afweging te maken tussen geluk, vrijheid en veiligheid. Medewerkers zijn in staat te interpreteren of een gewenste actie kan leiden tot onvrijwillige zorg.

7.1. Pijl als leidraad

De pijl die ontwikkeld is in het lerende netwerk vrijheid en veiligheid wordt bij het zorgproces toegepast. De pijl omschrijft stappen die noodzakelijk zijn om de juiste veiligheid voor elke bewoner te organiseren.

De pijl begint bij de inwoner / bewoner en zijn of haar verwanten en eindigt bij de verantwoording en houdt rekening met het wettelijke kader. Implementatie van wetgeving begint daarmee bij de

hoofdpersoon en zijn of haar leefwereld niet bij de wet zelf. Het organiseren van veiligheid op maat is een doorlopend proces van afwegingen, dialoog en acties, rekening houdend met het ziekteproces van een bewoner.



I.Galle, P. Hoekstra, A. Noordeloos

In de onderstaande paragrafen wordt de uitwerking van de pijl vertaald naar de praktijk en wordt aangegeven waarop getoetst kan worden

7.2. Werken vanuit een visie

De opgestelde visie wordt gedragen door alle medewerkers van de organisatie. Elke medewerker is zich bewust van de visie en weet dat vanuit de visie de verantwoordelijkheid op het gebied van vrijheid en veiligheid kan worden gedragen. Van woonbegeleider tot aan arts en bestuurder; allen hebben zij een rol in de verantwoordelijkheid en allen onderschrijven deze visie.

7.3 Dialoog

De vorm om beleid door de lijn heen geaccepteerd te krijgen is die van dialoog. Met alle professionals in de lijn is, naast theoretische opleiding, de visie gedeeld en zijn dilemma's in relatie tot visie besproken.

7.4. Communicatie over de visie en het managen van verwachtingen



De visie wordt gedeeld met (toekomstige) bewoners. Hiermee worden verwachtingen gemanaged over vrijheid en veiligheid binnen de organisatie en hoe de organisatie omgaat met geaccepteerde en niet geaccepteerde risico's en onvrijwillige zorg.

Concreet:

- Informatieverstrekking naar verwanten en toekomstige bewoners
 - concept van zorg, verwachtingen, risico's, verantwoordelijkheden
- Informatieverstrekking naar de omgeving
 - wie is de organisatie, welke vormen van zorg wordt er geboden, welke rol kan de omgeving vervullen, contactinformatie
- Informatie over wat bewoners en verwanten van de organisatie mogen verwachten:
 - Bekwame professionals, zowel in zorg als in faciliterende rollen;
 - Die de bewoners goed kennen;
 - Die kennis hebben van dementie;
 - Die weten waar de grenzen van het team liggen, en weten wanneer, waar en hoe zij hulp moeten vragen;
 - Die regelmatig in gesprek gaan met bewoners en verwanten om de vrijheid en veiligheid te bespreken;
 - Die zo goed mogelijk de afweging maken of een bewoner in staat is om zelfstandig buiten het terrein te verblijven of niet, rekening houdend met wet- en regelgeving;
 - Die een juiste balans weten te vinden tussen het individuele belang, het groepsbelang en het maatschappelijke belang.
 - Dat de vrijheid van de bewoner voorop staat
 - Die niet zomaar achter een bewoner aan gaan, wanneer deze het gebouw verlaat, maar acteert in lijn met de afspraken die in de driehoek zijn gemaakt
 - Dat ook op een zorglocatie met 24/7 zorg in de buurt, ongelukken kunnen gebeuren
 -

7.5. Ken je bewoner

Zowel in de thuissituatie als in een geclusterde setting of verpleeghuis is het belangrijk de bewoners zo goed mogelijk te kennen. Hoe beter de bewoners bekend zijn, hoe beter de veilige vrijheid voor hen georganiseerd kan worden.

Met het leren kennen van de bewoners wordt gestart via een huisbezoek of intakegesprek, voorafgaand aan starten van het bieden van zorg in de thuissituatie of in een geclusterde setting of verpleeghuis.

De informatie die voortkomt uit de gesprekken valt uiteen in twee soorten, zorggerelateerde informatie en leefgerelateerde informatie.

beperkingen
risico's
tegenmaatregelen

behoefte
gewoonten
leefplezier
waarden

Ken je bewoner

Met de zorggerelateerde informatie kan een eerste versie van het zorgdossier worden opgetekend. Wanneer een bewoner gewend is aan de zorg thuis of aan de nieuwe woonomgeving en de bewoner qua gedrag bij de professionals beter bekend is, zal opnieuw worden bekeken wat het gedrag van de bewoner is en of er acties gewenst zijn om de bewoner in veilige vrijheid zijn/haar leefstijl te kunnen continueren.

Potentiële risico's van een bewoner zullen indien nodig in beeld worden gebracht. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de anamnese / risicoanalyse, die ook bij het kennismakingsgesprek of intake is gebruikt, waarin zowel de mentale als fysieke gesteldheid van een bewoner inzichtelijk wordt gemaakt. Op basis van de anamnese / risicoanalyse wordt bepaald of een actie gewenst is ter voorkoming van ernstig letsel aan zichzelf of aan anderen.

Ook het toetsen door een onafhankelijk arts is onderdeel van de zorggerelateerde informatie

Naast het inventariseren van risico's wordt ook in beeld gebracht welke leefgerelateerde informatie kan worden opgenomen in een levensverhaal van de bewoner. Waarden die voor een bewoner belangrijk zijn, worden in beeld gebracht. Wat vindt (of vond) iemand altijd belangrijk? Welke waarden geven iemand een goed gevoel en/of geven leefplezier? Levenspatroon en gedrag worden in beeld gebracht. Eventuele maatregelen om veiligheid te borgen, mogen voor zover mogelijk deze waarden niet in de weg staan. Hierbij wordt altijd afgewogen of de beperking in vrijheid niet ernstiger of nadeliger is dan het beperken van het risico.

In de thuissituatie wordt ook de fysieke en sociale omgeving verkend van de bewoner. Zijn er grote risico's, welke rol hebben omwonenden of mantelzorgers in relatie tot de bewoner?

Voorbeeld: een bewoner is erg gesteld op zijn privacy. Nachtelijke controles of cameratoezicht zouden deze waarde kunnen aantasten. Een andere bewoner houdt van het gevoel van geborgenheid. Deze bewoner zou 's nachts gebaat kunnen zijn bij een open slaapkamerdeur, zodat hij hoort dat er regelmatig personeel in de buurt is of zou gebaat kunnen zijn met een spreek-luisterverbinding om contact te houden.

Voorbeeld: een bewoner die thuis woont gaat thuiszorg krijgen. De bewoner dwaalt af en toe, maar kent de omgeving vrij goed en verdwaalt niet. Een buurman houdt een oogje in het zeil en checkt af en toe of de bewoner na het dwalen weer thuiskomt. De bewoner dwaalt niet in de nacht. De zorgprofessionals dienen een beeld te krijgen over de risico's van het dwalen, de reden tot dwalen en de rol van de burens. In overleg met de huisarts zal worden besproken of en zo ja welke acties er op het gebied van veiligheid voor de bewoner, gewenst zijn.

Bewoners met een drang tot lopen zullen niet op voorhand beperkt worden, maar zullen worden geobserveerd om te leren waar de loopdrang vandaan komt en waar uiteindelijk iemand naar toe loopt. Wanneer dit geen onveilige situaties met zich meebrengt - rekening houdend met het feit dat geen enkele omgeving ooit 100% veilig kan zijn - wordt deze bewoner in de gelegenheid gesteld om te gaan wandelen. Brengt het wel onveilige situaties teweeg, dan kan verdere (psychologische) analyse wellicht oplossingen bieden. Mogelijk ligt achter de loopdrang een andere behoefte, waarin kan worden voorzien. Indien de loopdrang aanhoudt, kan ook gezocht worden naar het veilig maken van het lopen, in plaats van het inperken van de bewegingsvrijheid. Verwanten, behandelaars, familieleden, vrijwilligers en waar mogelijk de bewoners worden nauw betrokken bij dit proces zodat de visie van leven in vrijheid breed gedragen kan worden in een organisatie. Met hen worden afspraken gemaakt over de omgang met vrijheid en de mogelijke consequenties, rekening houdend met het proces van dementie dat gaande is bij de bewoner (terug te vinden in zorgdossier).



Het leren kennen van de bewoner kan gebeuren bij de volgende momenten:

- Kennismakingsgesprekken met wijkverpleegkundige / casemanager / huisarts



- Huisbezoek;
- Intake / verhuisgesprekken;
- (Extra) MDO;
- Aanvullend georganiseerde kennismakingsgesprekken ter verdieping
- Observatie vanaf inhuizing
- wandeling door de wijk

Enkele voorbeelden van bruikbare methodes en instrumenten die worden toegepast of ingezet kunnen worden om een bewoner goed te leren kennen zijn

- Moreel beraad
- Socratisch gesprek
- Leeg luisteren
- "Vertel eens"
- Positieve gezondheid
- Portaal Mijn Clientverhaal

Alle relevante zorggerelateerde en leefgerelateerde kennis over de bewoner wordt opgenomen in het zorgdossier.

7.6. Gedrag van een bewoner

Het leren kennen van een bewoner geeft ook inzicht in het gedrag van een bewoner. Zowel thuis als in een geclusterde woonomgeving of verpleeghuis kan het gedrag van een bewoner vragen om een actie.

De aanleiding voor een actie kan voortkomen uit het volgende gedrag:

- Gedrag dat zich uit in een bewegingsdrang
- Gedrag in relatie tot de omgang
- Gedrag in relatie tot medebewoners of burens

Het gedrag van een bewoner met dementie of een verstandelijke handicap is niet altijd te herleiden of te begrijpen. De richtlijn Onbegrepen gedrag van Verenso kan hierbij ondersteuning bieden. Enkele vragen die gehanteerd kunnen worden om meer zicht te krijgen op het onbegrepen gedrag zijn:

- Is het storend voor de bewoner zelf of voor anderen?
- Komt het gedrag voort uit de nabijheid of het gedrag van professionals
- Wanneer is er geen sprake van onbegrepen gedrag en waarom niet?
- Leveren beperkingen een vorm van onbegrepen gedrag op?

7.7. Geaccepteerde risico's

Het gedrag van een bewoner kan risico's met zich meebrengen. Deze risico's worden besproken in de driehoek verwanten - zorgverantwoordelijke - behandelaar of WZD functionaris. Gezamenlijk gaan zij in gesprek over welke risico's er mogelijk zijn en welke risico's men voor de bewoner acceptabel vindt.

Centraal staan enkele vragen:

- Is het gedrag een probleem?
- Voor wie is het gedrag een probleem (persoon in kwestie of anderen)?
- Wat zijn de risico's die voortkomen uit het gedrag voor de persoon zelf?
- Welke risico's zijn te accepteren, welke niet?

Over de weloverwogen risico's dient geen misverstand te staan. In de driehoek dient volledige eensgezindheid hierover te zijn, een geaccepteerd risico kan namelijk plaatsvinden. De eensgezindheid in de driehoek biedt steun bij het emotioneel verwerken een geaccepteerde risico zich werkelijk voordoet.

Deze weloverwogen geaccepteerde risico's en de eensgezindheid hierover in de driehoek worden genoteerd in het zorgdossier

7.8. Ethiek

Bij het afwegen van weloverwogen geaccepteerde risico's komen ethische waarden kijken. Tevens is de volgorde van de waarden relevant. Welke waarde gaat boven de andere waarde. Vanuit ethisch perspectief zal de eerder genoemde driehoek de afweging moeten maken of het ethisch juist is om risico's te accepteren, rekening houdend met de waarden van de bewoner, de wils(on)bekwaamheid van de bewoner, de waarden van de organisatie en de waarden van de verwanten. Hierbij zijn de waarden van de bewoner wel doorslaggevend.

Voorbeeld:

De waarde van het buiten zijn, kan prevaleren boven de waarden van privacy.

7.9. Inzetten van een 'actie'

Het kan voorkomen dat - vanuit het gedrag van bewoner - professionals of verwanten het gewenst vinden om een actie in te zetten, om in een situatie het gedrag van de bewoner te beïnvloeden en om een niet te accepteren risico zoveel mogelijk uit te sluiten.

Het bedenken van de actie en het inzetten van een actie is een weloverwogen proces dat uitsluitend in gezamenlijkheid met professionals en verwanten kan plaatsvinden.

Om te komen tot een actie stelt de zorg samen met verwanten de volgende vragen:

- Welke actie is nodig voor de niet te accepteren risico's?
- Wat is het effect van de actie op de waarden van de bewoner?
- Welke waarden spelen er nog meer bij de bewoner in relatie tot de actie (volgorde van waarden?)
- Wat is de wils(on)bekwaamheid van de bewoner en hoe verhoudt deze zich tot de actie?

7.10. Observatie van een actie

Wanneer voor een ethisch juiste actie is gekozen om een bewoner mogelijk te beperken in zijn vrijheid, vindt er een periode van observatie plaats om de actie en het effect van de actie te observeren. De reden voor deze observatie is om het volgende inzichtelijk te maken:

Is de actie een juiste actie?

Draagt de actie bij aan het geluk van de bewoner?

Is er verzet tegen de actie?

7.11. Wel of geen verzet

Een bewoner kan zich wel of niet verzetten tegen de ingezette actie. Bij verzet kan de bewoner het verzet op verschillende manieren uiten. Fysiek, met behulp van mimiek of met een bepaald gedrag zoals terugtrekken of overmatig aandacht vragen of pesten. Professionals zijn in staat om de verschillende vormen van verzet te herkennen.

- Mimiek verzet: ontevreden blik, droevigheid
- Verbaal verzet: Nee roepen of andere woorden gebruiken

- Fysiek verzet: wegduwen, slaan

Wanneer de bewoner zich verzet tegen de actie is er sprake van onvrijwillige zorg.

Stappenplan wordt gehanteerd en het zoeken naar alternatieven wordt gestart.

Wanneer de bewoner vraagt om de actie of geen verzet toont tegen de actie en de actie ethisch als juist wordt beoordeeld door de driehoek verwanten, behandelaar en zorgverantwoordelijke dan zijn de stappen voltooid en dient het proces en de uitkomst (de actie) genoteerd te worden in het zorgdossier.

Zorgprofessionals zijn in staat verzet te herkennen.

7.12. Onvrijwillige zorg

Van onvrijwillige zorg is sprake wanneer een bewoner zich zichtbaar en herhaaldelijk verzet tegen een actie. Alle ethisch juiste acties waartoe geen verzet is, in welke vorm dan ook, worden niet gezien als onvrijwillige zorg.

Naast het verzet zijn enkele acties per definitie een vorm van onvrijwillige zorg.

Deze zijn:

- medicatie die het gedrag of de bewegingsvrijheid beïnvloedt en niet volgens de professionele richtlijnen wordt voorgeschreven. Dat betekent: als de medicatie wordt voorgeschreven om een cliënt rustig te houden
- beperking van de bewegingsvrijheid door bijvoorbeeld fixatie of insluiting

Wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg komt het wettelijk kader van de Wet Zorg en Dwang in beeld. Bij onvrijwillige zorg wordt dit genoteerd in het zorgdossier en wordt het stappenplan uit de WZD in werking gezet.

Dit stappenplan omvat het bedenken van alternatieven, overleg en het opschalen van expertise.

7.13 Zorgleefplan of zorgdossier

In het zorgleefplan is voor elke bewoner, op het gebied van vrijheid en veiligheid het volgende terug te vinden:

- De uitkomsten van **intake** / anamnese / risicoanalyse over de mentale en fysieke gesteldheid van de bewoner in relatie tot de veiligheid van de bewoner;
- Een omschrijving van wat voor de bewoner belangrijke waarden zijn, waarmee rekening te houden is als het gaat over leefplezier in relatie tot vrijheid en veiligheid (denk aan privacy, contact met anderen, geborgenheid, buiten zijn, avondmens zijn)
- Frequente afstemming en instemming tussen en met verwanten, behandelaars en betrokken professionals over de **risico's** die komen bij de vrijheid die de bewoner heeft;



- Frequente afstemming en instemming tussen en met verwanten, behandelaars en betrokken professionals over de eventuele **beperkingen** die een bewoner heeft ter voorkoming van erger letsel;
- Dat professionals en behandelaars zich **bewust** zijn van het proces van de achteruitgang van lichamelijke en mentale gesteldheid bij de bewoner, waardoor vrijheid en veiligheid in de loop van tijd mogelijk anders kan worden ervaren door de bewoner.

8. Verantwoording

Het organiseren van de juiste veiligheid voor elke bewoner is een secuur proces. Elementen zoals geaccepteerde risico's, gezamenlijke verantwoording, het voorkomen van onvrijwillige zorg en het terugdringen ervan, hebben een afwegingsproces in zich dat uiterst zorgvuldig doorlopen dient te worden.

8.1. vereiste verantwoording

De IGJ eist de volgende verantwoording over onvrijwillige zorg

- *Twee maal per jaar een digitaal overzicht uploaden van de geboden onvrijwillige zorg per locatie*
- *Een analyse op locatieniveau van de geboden onvrijwillige zorg de gemaakt tussen de voorgaande verantwoordingsperiode en de huidige verantwoordingsperiode. Deze analyse wordt voorgelegd aan de cliëntenraad en intern gebruikt*
- *jaarlijks een analyse in de jaarlijkse kwaliteitsrapportage*

8.2 Lijst van toetsingspunten

Naast de formele verantwoording naar de IGJ wil de organisatie zijn eigen leercurve hebben georganiseerd op basis van de verantwoording.

Dit kan op basis van de pijl die in de praktijk wordt toegepast.

De toetsingspunten die voortkomen uit de pijl zijn de volgende:

- Is er een visie op vrijheid en veiligheid?
- Wordt deze visie gedeeld met (toekomstige) bewoners? Hoe?
- Wordt er voldoende inspanning getoond om de bewoner goed te leren kennen?
- Hoe wordt dit gedaan?
- Zijn medewerkers zich bewust van het beleid en kunnen zij daar verantwoording in nemen?
- Hoe gebeurt dit in de praktijk?
- Begrijpen medewerkers hun rol?
- Zijn verwanten voldoende betrokken bij het maken van de juiste afwegingen in relatie tot vrijheid en veiligheid? Hoe zijn de verwanten betrokken?
- Zijn er samenwerkingsafspraken met huisartsen gemaakt en andere externen?
- Hoe verloopt deze samenwerking?
- Voelen verwanten zich medeverantwoordelijk? Waar blijkt dit uit?
- Worden bij het overwegen van acties de waarden voor de bewoner daadwerkelijk centraal gesteld. Ethisch perspectief?
- Vinden de ethische en morele afwegingen plaats bij het overwegen van een actie? Heeft u een voorbeeld?
- Wordt de bewoner voldoende geobserveerd om eventueel verzet tegen actie te ontdekken?



- Hoe is dit terug te vinden?
- Zijn medewerkers in staat om verzet te herkennen?
- Is er voldoende kennis over wanneer een actie gezien kan worden als onvrijwillige zorg?
- Is er kennis over de Wet Zorg en Dwang?
- Heeft het proces van de zoektocht naar het terugdringen van onvrijwillige zorg plaatsgevonden?
- Is uit het zorgdossier het proces van afwegingen op te maken?
- Blijkt uit alles dat het organiseren van veiligheid een cyclisch proces is, dat nooit ophoudt?
- Worden met regelmaat dilemma's besproken tussen professionals onderling? Hoe?
- Is het beleid van vrijheid en veiligheid onderdeel van de opleiding?
- Kunnen er enkele cursussen gedeeld worden waaruit het proces van afwegingen en dialoog blijkt?
- Worden bewoners getoetst op hun wilsbekwaamheid? Hoe?
- Kunnen er enkele actuele voorbeelden van worden gegeven van interventies (creatief, technisch, anders) die zijn ingezet en of deze als comfortmaatregel of als vrijheidsbeperkende maatregel met verzet zijn ervaren?
- Bij hoeveel bewoners is sprake van onvrijwillige zorg?
- Hoe verhoudt dit aantal zich tot de vorige rapportageperiode?

9. Techniek en creativiteit in relatie tot vrijheid en veiligheid

Technische, niet technische middelen en creatieve middelen kunnen worden ingezet om het gedrag van een bewoner te observeren of te beïnvloeden ter voorkoming van erger.

Het kan worden ingezet voor de volgende doelen:

- Het looppatroon van een bewoner te beïnvloeden;
- Het bieden van (meer) veiligheid;
- Het opdoen van gedragkennis van een bewoner;
- Het beperken van iemand loopruimte ter voorkoming van erger leed;
- Het afleiden of verleiden van bewoners om hun gedrag bij te sturen.

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- GPS technologie
- Deursensoren
- Wandelpaden
- Vijvers
- Tuinbegroeiing
- Leefstijlmonitoring
- Bedsensoren
- Bedhek
- Tentbed

Om kader te geven aan het inzetten en innoveren van zorgtechnologie, is een visie op zorgtechnologie een goede leidraad. Het is een verlengstuk van de zorgvisie van de organisatie en maakt de vertaalslag hiervan naar de inzet van technologie. Het geeft professionals, maar ook andere betrokkenen, zoals familie, houvast in de dagelijkse praktijk.

Een visie op zorgtechnologie kan o.a. de volgende thema's omvatten:

- voor het inzetten van technologie geldt 'Nee, tenzij'.
- mogelijke functionaliteiten van technologie (passieve/actieve alarmering, contact ondersteuning, leefcirkels, etc.)
- wat is welzijn/leefplezier?
- technologie als één van de mogelijke uitkomsten van klinisch redeneren, dus geen standaard oplossing/middel
- regels en kaders zoals WZD en WGBO
- technologie als ingebrachte ondersteuning door de cliënt (smartphone, beeldbellen met kinderen, GPS, etc.)
- privacy voor bewoner én professional
- procesafspraken; ondersteuning vanuit het management ('dekking')

Bij het inzetten van techniek of van een creatieve oplossing zal als eerste worden bekeken of de inzet ethisch juist is. Zorgprofessionals zullen hier een besluit over nemen.

Voorbeeld: het afschermen van een deur door deze te beplakken, kan voorkomen dat bewoners de ruimte verlaten. Echter het afschermen van een deur is ethisch gezien niet een juiste oplossing. Er zijn altijd deuren om een ruimte te verlaten. Het camoufleren van een deur kan tot verwarring leiden. Interessant is om de deur niet te camoufleren en te onderzoeken of mensen de ruimte verlaten, waar ze naartoe gaan en waarom ze dit doen.

Het inzetten van technische of creatieve middelen is niet direct een vorm van onvrijwillige zorg. Pas wanneer ethisch is afgewogen dat de actie gewenst is en de bewoner zich verzet tegen de actie, is er sprake van onvrijwillige zorg.

10. Relevante documentatie

- Wet WZD
- WvGGZ
- Stappenplan
- Alternatievenbundel
- www.dwangindezorg.nl
- Beteroud.nl
- Zorgvoorbeter.nl
- Innovatienetwerkdementie.nl
- kwaliteitsrichtlijn CVP
- Actiz handreiking
- Regeling Zorg en Dwang
- richtlijn probleemgedrag Verenso (ivm medicatie binnen behandeling)

11. Aanvullende (beleids)documentatie:

- Aanvullend beleid voor nieuwe locaties (concept o.b.v. evaluatie)
- Intakeproces
- Werkwijze en verantwoordelijkheden bij inzet van GPS (concept)
- SMS alert
- Proces ophalen bewoner bij inzet van een GPS (concept)
- Huisregels
- De buurt onderdeel laten worden van een sociale veiligheidsschil

12. Praktijkvoorbeelden

Voorbeeld bedhek:

Bewoner heeft deze al in de thuissituatie en wenst deze in de verpleegomgeving te behouden

Voorbeeld bedsensor en deurverklikker

Signalerende sensoren kunnen een veilig en vertrouwd gevoel bij bewoners creëren. Wanneer er geen weerstand tegen is worden sensoren niet gezien als vrijheidsbeperkend

Voorbeeld gps

Het meegeven van een GPS is niet vrijheidsbeperkend maar een actie om de beweeg- en leefomgeving van de bewoner te vergroten. Tenzij er weerstand tegen de GPS is.

Voorbeeld stoel met band

Mijnheer Pietersen beweegt zich voort in een rolstoel. Regelmatig valt hij hier uit. Er wordt in overleg met familieleden en behandelaars besloten gebruik te maken van een band, waardoor hij tijdens het rijden niet meer uit de stoel valt. De band vindt men proportioneel juist om mijnheer tijdens het rijden meer comfort te bieden. Na observatie blijkt dat mijnheer geen weerstand biedt tegen de band en nu zonder uit de rolstoel te vallen langer kan rondrijden. Mijnheer ervaart dit als prettig.

De band wordt niet gezien als VBM, maar als vrijheid bevorderende actie, ook wel eens comfort-maatregel genoemd. Het gebruik van de band wordt opgenomen in het zorgdossier. Periodiek, wanneer gewenst, maar minimaal 2x per jaar, wordt de band besproken.

Voorbeeld rondlopen in de wijk met kans op verongelukken

Voorbeeld huisregels

Er worden huisregels gehanteerd om het samen leven in een groep zo prettig mogelijk te laten verlopen. Tevens worden in de huisregels enkele regels opgenomen die bijdragen aan de veiligheid voor de bewoners. Dit zijn veelal regels die ook in het dagelijks leven worden gehanteerd.

De huisregels zijn onderdeel van de welkomstmap en worden bij kennismakingsgesprekken besproken met de (mogelijke) nieuwe bewoners en haar of zijn verwanten. Wanneer de huisregels als te beperkend worden ervaren zijn de mogelijke bewoners en haar of zijn verwanten vrij om te kiezen voor een andere locatie of organisatie. De huisregels worden gezien als onderdeel van het concept van zorg dat wordt geboden.



Een huisregel die de veiligheid bevordert en hier specifiek genoemd dient te worden is de volgende:

Locaties met een concept van geclusterd wonen maken gebruik van een toegangspoort of voordeur. Op deze locaties is de toegangspoort tot het terrein na zonsondergang gesloten en minimaal van 22.00 uur tot 07:00 uur gesloten. Dit ter voorkoming van ongewenste gasten in de nachtelijke uren. De beperking die hieruit voort kan komen voor de bewoners wordt door de organisatie niet gezien als vrijheidsbeperkende maatregel.

Een andere huisregel die als beperkend kan worden ervaren is het rookbeleid. Binnen locaties is het niet toegestaan om te roken.