

## Kwalitatieve analyse onvrijwillige zorg januari t/m december 2021

### Algemeen beeld

Vergeleken met de 1<sup>e</sup> helft van 2021 is een **toename te zien in het aantal geregistreerde maatregelen** onvrijwillige zorg en nood/onvoorzien in de 2<sup>e</sup> helft van 2021 – van 5 naar 38. In totaal hebben 8 locaties maatregelen geregistreerd. De maatregelen nood/onvoorzien worden in deze analyse ook meegenomen omdat op het moment van aanmaken nog niet duidelijk was of deze na 14 dagen verlengd zouden worden en zo ja, of er dan sprake zou zijn van onvrijwillige zorg of vrijwillig volgens stappenplan).

Het aantal maatregelen **onvrijwillige zorg is toegenomen**, van 3 naar 14 in de 2<sup>e</sup> helft van 2021 waarbij het niet mogen verlaten van de afdeling of locatie, of bepaalde ruimtes niet mogen betreden, of het gebruik van polsbandjes het meest worden ingezet. Allen met hetzelfde doel: het beperken van de bewegingsvrijheid.

De toename in geregistreerde maatregelen onvrijwillige zorg en nood/onvoorzien wil niet per se betekenen dat er ook daadwerkelijk sprake is van meer onvrijwillige zorg. Het kan ook gaan om een toename van de registratie. De inspectie heeft in haar bezoek aan locatie Lommerlust in april als verbeterpunt genoemd dat niet alle onvrijwillige zorg wordt herkend en als zodanig geregistreerd. Het uitgangspunt van de wet ‘nee, tenzij...’ is nog steeds leidend, maar als er toch sprake is van onvrijwillige zorg is het belangrijk dat dit goed wordt geregistreerd. Hier is in de tweede helft van het jaar aandacht aan besteed in de ondersteuningssessies voor Zorgverantwoordelijken en ook de casusbesprekingen zijn op een aantal locaties van start gegaan. Deze toename in geregistreerde maatregelen zou kunnen betekenen dat er sprake is van een langzaam groeiende bewustwording.

### Knelpunten in de registratie

Er is nog sprake van **overregistratie** omdat Zorgverantwoordelijken tot het voorjaar 2021 technisch nog zelf maatregelen konden accorderen. Om dit te voorkomen is het proces in de loop van 2021 aangepast zodat alleen de Wzd-functionarissen nog maatregelen kunnen accorderen. Ondertussen zijn de foutief aangemaakte maatregelen gearchiveerd of zijn de betreffende cliënten uit zorg. Het is daarom de verwachting dat we deze foutieve maatregelen niet meer terug te zien zijn in de cijfers over 2022.

Op 6 locaties zijn er nog afdelingen met dichte deuren (De Boogaert, De Cameren, St. Agnes, Waterrijck, Heemswijk en Meerstate). Hoewel er een toename te zien is in registratie bij bewoners die op een gesloten afdeling verblijven is dit beperkt tot een paar locaties. Niet alle zes locaties waar dit van toepassing is hebben maatregelen aangemaakt. **Hier is vermoedelijk nog sprake van veel onderregistratie.** De afweging op individuele bewonersniveau is nog onvoldoende vastgelegd als het gaat om het beperken van de bewegingsvrijheid d.m.v. gesloten deuren. Los van een correcte registratie is het open deur beleid het uitgangspunt. Dit wordt verder opgepakt in samenwerking met ICT en Vastgoed d.m.v. de uitrol van dwaaldetectie waarbij zorgvuldige registratie de basis vormt. Zie bijlage 2 voor meer informatie.

De cijfers voor deze periode worden weergegeven in Tabel 1 op blz. 2. Dit zijn de maatregelen onvrijwillige zorg en nood/onvoorzien. Deze cijfers zijn tot stand gekomen uit een **handmatige analyse**, waarbij overregistratie (maatregelen die niet geregistreerd hoeven te worden) eruit is gefilterd:



Locatie	Maatregel	Onvrijwillige zorg	Nood/onvoorzien	TOTAAL	Onvrijwillige zorg	Nood/onvoorzien	TOTAAL	TOTAAL 2021
<b>De Boogaert</b>	[Bepaalde ruimtes niet mogen betreden]			0	1		1	1
	[Client vasthouden of tegen houden]			0	2		2	2
	[Kastdeuren op slot]			0	1		1	1
	[Locatie /afdeling niet of onder voorwaarden mogen verlaten]			0	1	1	2	2
<b>Elsanta</b>	Leefstijlmonitoring	1		1			0	1
	Toediening medicatie/verborgen medicatie	1		1			0	1
<b>Heemswijk</b>	[Bedhekken omhoog]			0		1	1	1
	[Bedhekken]		1	1			0	1
	[Client vasthouden of tegen houden]			0	1		1	1
	[Extra laag bed]			0		3	3	3
	[Kantelstoel]			0		1	1	1
	[Kastdeuren op slot]			0	1		1	1
	[Polsbandje OUD]			0		2	2	2
	[Polsbandje]			0	2	9	11	11
	[Psychofarmaca (als VBM)]			0		1	1	1
[Toediening medicatie/Verborgen medicatie]			0	2	2	2	2	
<b>Huis ter Wijck</b>	Sigaretten in beheer van team			0	2		2	2
<b>Meerstate</b>	Tentbed			0		1	1	1
	Locatie/afdeling niet of onder voorwaarden verlaten	1		1			0	1
<b>De Santmark</b>	Romper/hansop			0		1	1	1
<b>St. Agnes</b>	Extra laag bed			0		1	1	1
<b>Waterrijck</b>	Kastdeuren op slot			0		1	1	1
	Psychofarmaca (als VBM)		1	1			0	1
	Locatie/afdeling niet of onder voorwaarden mogen verlaten			0	1	2	3	3
<b>TOTAAL</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>24</b>	<b>38</b>	<b>43</b>

Tabel 1

Viva! Zorggroep, Kwalitatieve analyse onvrijwillige zorg 2021

## Dashboard Wzd in ontwikkeling

De cijfers zijn moeilijk te vergelijken met 2020 i.v.m. het overgangsjaar van BOPZ middelen en maatregelen naar maatregelen onvrijwillige zorg. De cijfers in de 2<sup>e</sup> helft van 2021 zijn vergelijkbaar met de 2<sup>e</sup> helft van 2020, echter gaat het om kleine aantallen en daardoor zijn voorlopig trends niet te interpreteren. Het geringe aantal geregistreerde maatregelen onvrijwillige zorg in de 1<sup>e</sup> helft van 2021 zou het gevolg kunnen zijn van onderregistratie. Om inzicht in de cijfers te verbeteren is eind 2021 het besluit genomen om een **Dashboard Wzd** te ontwikkelen, als add-on bij het te ontwikkelen Kwaliteitsdashboard, waarin o.a. **trendanalyses** gemaakt kunnen worden. De verwachting is dat deze dashboard in de loop van 2022 beschikbaar komt.

## Inspectiebezoek Waterrijck en De Cameren, oktober 2021

In oktober 2021 heeft de inspectie een bezoek gebracht aan twee locaties: Waterrijck en De Cameren. De inspectie concludeert dat er verbeterlagen te maken zijn op twee onderwerpen: de implementatie van de Wet zorg en dwang en medicatieveiligheid. M.b.t. de Wet zorg en dwang concludeert de inspectie als volgt:

*“De inspectie dat veiligheidsrisico’s van cliënten nog onvoldoende zijn afgewogen tegen de ervaren kwaliteit van leven en de eigen regie. Ondanks het vastgestelde Wzd-beleid van ViVa! Zorggroep waarborgt ViVa! nog niet altijd de navolgbare afweging van de (proportionele) noodzaak voor toepassing van onvrijwillige zorgmaatregelen (of de bij wet hieraan gelijkgestelde zorgmaatregelen) voor cliënten met een dementie. Bij haar thematisch onderzoek (voorjaar 2021) bij een andere locatie van ViVa! concludeerde de inspectie al dat meer zorg nodig is voor betere implementatie van het Wzd-beleid. Bij de implementatie is het nodig om het Wzd-beleid passend te maken aan de lokale setting van de verschillende zorglocaties van ViVa! Zorggroep. De ruime toepassing van ongevraagd cameratoezicht (specifiek op locatie ViVa! Waterrijck) en/of het afsluiten van eigen zit/slaapkamers of anderszins (specifiek op locatie ViVa! De Cameren) vragen om een heldere visie van de zorgaanbieder die past bij de geldende wettelijke kaders. Uiteraard moet ViVa! haar raden voor inspraak, samspraak en tegenspraak hierbij betrekken. Daarnaast kan ook de cliëntenvertrouwenspersoon eventueel om advies gevraagd worden met het oog op individuele cliëntenbelangen.”*

Aan de hand van bovenstaande heeft de het Platform Vrijheid en Veiligheid, waar het Wzd als onderwerp is ondergebracht, besloten een Plan van Aanpak te schrijven ‘Van Wet naar mindset’ om de bewustwording te vergroten van alle medewerkers en een versnelling aan te brengen in de mindset die tot stand gebracht moet worden. Dit zal uitgerold worden in 2022.

## **Reactie Centrale Cliëntenraad (CCR)**

De CCR is op de hoogte gebracht van de kwalitatieve analyse van de onvrijwillige zorg. Daarnaast heeft de CCR gezien dat ViVa! Zorggroep veel aandacht heeft besteed aan dit onderwerp om de medewerkers goed te instrueren en op de hoogte te brengen van dit onderwerp, bijvoorbeeld ook tijdens de maand van de WZD. Hoewel de CCR onderkent dat het een belangrijk onderwerp is, maakt zij zich zorgen over de tijd die gemoeid is met deze registratielast.

## **Conclusie**

Om bewustwording te vergroten is het van belang de materie vaak te blijven herhalen en te bespreken met elkaar (de kunst zit hem in het herhalen) en duidelijk maken dat de uitgangspunten van de wet onderdeel zijn van persoonsgerichte zorg. Uiteindelijk is het einddoel dat we zorg geven die de cliënt wil en dat we daar continu alert op zijn. Het bespreken van de eigen ervaringen en dilemma’s in de praktijk vormen de basis voor het vergroten van de eigen kennis en de bewustwording. De uitrol van het Plan van Aanpak ‘Van Wet naar mindset’ draagt actief bij aan de borging van de Wzd op locatieniveau en adresseert de verbeterlag die gemaakt moet worden zoals aangemerkt door de inspectie. Dit zal geheel 2022 aandacht krijgen.

## Bijlage 1: Werken aan vrijheidsbevordering 2021

### Concernniveau

- Aan het einde van 2021 zijn in totaal 190 Zorgverantwoordelijken opgeleid (159 woonzorg, 31 wijkzorg), waarvan 131 de terugkomdag hebben bijgewoond. Van de 159 zorgverantwoordelijken in de woonzorg zijn 28 niet meer in dienst.
- Sinds juni worden er 1x per 6 weken Wzd bijeenkomsten georganiseerd voor Zorgverantwoordelijken van de woonzorg om kennis en ervaringen te delen, casussen te bespreken en vragen te stellen.

### Locatieniveau

Locaties hebben een vragenlijst ontvangen ten behoeve van de kwalitatieve analyse. Daarin zijn vragen gesteld die relevant zijn voor rapportage aan de IGJ, maar ook vragen die Viva! Zorggroep zelf relevant acht om de verdere implementatie van de Wzd op locatieniveau te borgen. Naast de locatie gebonden verbeteracties die hieruit voortvloeien zijn er ook concern brede verbeteracties nodig, deze worden genoemd onder het kopje 'verbeterpunten' hieronder.

#### *i. Welke acties nemen locaties om onvrijwillige zorg terug te dringen?*

Casusbesprekingen Wzd 1x per maand tijdens de gedragsvisite; Zorgverantwoordelijken op de locaties (HtW) hebben 1x per 6 weken overleg met elkaar om de bestaande maatregelen door te nemen, elkaar te adviseren en elkaar te helpen; de zorgverantwoordelijke bespreekt met minstens één andere collega hoe groot het risico op ernstig nadeel is; uitzoeken waar gedrag vandaan komt en eerst kijken naar alternatieven i.p.v. gelijk inzetten van onvrijwillige zorg; goede en duidelijke communicatie naar cliënt en familie; 1x per 2 maanden wordt uitdraai maatregelen gestuurd naar verpleegkundigen (HWK) ter bespreking; Wzd wordt besproken in maandgesprek met verpleegkundige en woonbegeleider van elk team; de Wzd wordt besproken in het kwaliteitsoverleg; scholing medewerkers en aanstellen zorgverantwoordelijken; multidisciplinaire bespreken van probleemgedrag; vast agendapunt tijdens werkoverleg; besproken tijdens MDO's; zorgverantwoordelijken nemen deel aan online ondersteuningssessies Wzd; bespreken tijdens dagstart.

#### *ii. Wat gaat goed?*

Huidige zorgverantwoordelijken kennen hun taak en verantwoordelijkheid; scholing medewerkers (Moribus); de Wzd is gekoppeld aan de gedragsvisites; als onvrijwillige zorg dreigt vindt er goede en structurele overleg met cliënt en familie; er is aandacht voor; er vindt goede overleg over de Wzd plaats; afspraken vastleggen in het dossier; het zoeken, aanreiken en uitproberen van alternatieven; het inzetten van onvrijwillige zorg is verminderd; zorgverantwoordelijke is goed op de hoogte van het stappenplan; de samenwerking en opletten van de zorg; zorgverantwoordelijken zoeken elkaar op.

#### *iii. Wat kan beter?*

Meer kennis uitdragen naar overige collega's d.m.v. thematische overleggen; dat medewerkers op de werkvloer zich meer bewust zijn van wat de Wzd inhoudt; meer kijken naar de individu; uitzoeken waar gedrag vandaan komt; overleggen met de psycholoog; duidelijkheid of cliënt wilsbekwaam er zake is of niet (laagdrempelig contact met SO hierover); toch nog medewerkers die om psychofarmaca vragen tijdens gedragsvisites i.p.v. eerst alternatieven

proberen (verpleegkundigen en artsen hebben hier een signalerende rol in); meer zorgverantwoordelijken laten scholen; meer bewustwording onder medewerkers en familie; beter evalueren van het zorgplan.

iv. *Worden cliënten voldoende betrokken bij het zoeken naar alternatieven of alsnog inzet onvrijwillige zorg?*

Ja, dit lukt bij de meeste locaties wanneer cliënt zelf voldoende wilsbekwaam ter zake zijn en de situatie goed kan inschatten en nog cognitief in staat is om te begrijpen waar het om gaat. Dit lukt niet wanneer cliënt verward is, wilsonbekwaam ter zake is en de situatie niet goed kan overzien.

v. *Worden families voldoende betrokken bij het zoeken naar alternatieven of alsnog inzet onvrijwillige zorg?*

Bij bijna alle locaties lukt dit: als het betrokken familie is; wanneer de zorgverantwoordelijke hen uitgenodigd of als de familie daar behoefte aan heeft; het lukt vrijwel altijd hen te betrekken bij het bespreken van alternatieven; eigenlijk altijd wel omdat de familie op de hoogte wordt gebracht van belangrijke veranderingen.

Dit lukt niet als het een acute situatie betreft of familie niet betrokken is; in het geval van verstoorde familierelaties; als familie hier geen behoefte aan heeft en de zorg het volledige vertrouwen geeft; soms is familie onwetend en angstig bv. bij het afbouwen van psychofarmaca, als hier sprake van is wordt er extra aandacht gegeven aan de begeleiding van de familie met zorgverantwoordelijke en zo nodig arts of psycholoog.

vi. *Zijn er dilemma's bij het herkennen van verzet?*

Ja, bij ongeveer de helft van de locaties. Niet elke medewerker snapt de definitie van verzet – het uitgangspunt van de Wzd 'nee, tenzij' wordt nog onvoldoende begrepen; medewerkers vinden dit lastig te herkennen, vooral bij dementie. Deze dilemma's worden opgelost door scholing of door vanuit perspectief van cliënt te redeneren.

vii. *Hoe loopt het organiseren van het stappenplan?*

Dit loopt goed op de meeste locaties, tijdens het MDO en overlegmomenten; de zorgverantwoordelijke heeft inzicht wanneer welke maatregel geëvalueerd moet worden. Een aantal locaties geeft aan dat dit beter kan, de borging en evalueren van maatregelen of dat hoewel het doorlopen van het stappenplan goed gaat, dat er te weinig deskundigheid in huis is.

viii. *Hoe verloopt de risicoanalyse m.b.t. het analyseren van ernstig nadeel?*

Niet alle locaties hebben hier ervaring mee en geven aan dat dit meer besproken mag worden. Daar waar ze er wel ervaring mee hebben loopt het goed als er een SO bij betrokken is, of het wordt eerst onderling besproken en zo nodig wordt een arts en/of psycholoog erbij betrokken.

ix. *Hoe verloopt het beoordelen van wilsonbekwaamheid ter zake?*

Locaties reageren hier wisselend op. Op sommige locaties gaat dit goed met betrokkenheid van SO en psycholoog, op andere locaties gaat dit moeizaam en zijn veel cliënt nog 'wilsbekwaam' volgens hun dossiers. Voor bewoners zonder behandeling geven huisartsen vaak aan dat zij dit moeilijk vinden om te beoordelen.

- x. *Doorlopen teams structureel de maatregelen die zijn aangemaakt in ONS?*  
De meeste locaties geven aan dat dit gebeurt. Daar waar dit nog niet gebeurt komt dit door een te kort aan uitleg en tijd en wisseling in personeel/management, waardoor hier niet voldoende aandacht aan is besteed.
- xi. *Wordt de uitvoering van ingezette maatregelen gemonitord?*  
De meeste locaties geven aan dat dit in principe gebeurt, maar soms beter kan. Monitoring vindt bv. plaats tijdens de overdracht, overlegmomenten, MDO's, wordt het besproken tijdens een overleg met de verpleegkundig specialist, psycholoog en zorgverantwoordelijke.
- xii. *Worden casussen structureel besproken tijdens het teamoverleg?*  
Bij ongeveer de helft van de locaties worden casussen structureel besproken.
- xiii. *Hoe is de bewustwording bij medewerkers op dit moment bij het herkennen van situaties waarin OVZ zich voor kan doen?*  
De meeste locaties geven aan dat dit onvoldoende is of beter kan, vooral bij locaties waar ze nog weinig ervaring hebben met het toepassen/registreren van onvrijwillige zorg. Ook is de bewustwording over het algemeen groter op een PG afdeling dan op somatiek. Niet alle vormen van onvrijwillige zorg worden herkend. Locaties zijn bezig met plannen om dit structureel te borgen in werkoverleggen en/of om meer voorlichting te geven aan alle medewerkers zodat de bewustwording niet alleen bij zorgverantwoordelijken aanwezig is.

## **Bijlage 2: Plan van aanpak: uitrol dwaaldetectie - open deur beleid**

Het principe 'open tenzij' is het uitgangspunt. De woonetages voor mensen met dementie van de zorglocaties: De Cameren en Waterrijck dienen als pilotlocaties en als uitgangspunt (blauwdruk) voor de verdere uitrol op de woonetages voor mensen met dementie van de overige locaties van ViVa!

Uitgangspunt is dat alle cliënten in alle openbare ruimtes mogen komen.

De focus ligt in dit plan om de locaties/woonetages voor mensen met dementie te laten voldoen aan de Wzd door middel van bouwkundige aanpassingen en waar mogelijk domotica. Naast beveiligen en beperken met behulp van domotica aanpassingen is er ook een deel zorginhoudelijk. Dit bestaat uit visie op Wzd; afspraken maken met cliënt/familie en vastleggen in het zorgplan. Alleen op basis van een zorgvuldige afweging op individueel bewonersniveau kan domotica toegepast worden.

De niet aanvaardbare risico's worden opgelost door deze te beveiligen: in wezen het realiseren van veilige omgeving en daarmee een vrije en veilige bewegingsruimte. Beveiligen bestaat dus vooral uit al dan niet bouwkundige maatregelen en beperken doen we met behulp van domotica.

### Werkwijze

De aanpak is gebaseerd op de route van de cliënt. Het gebouw is opgedeeld in secties, zodat de toegang per sectie individueel bepaald kan worden. Met andere woorden: heeft de cliënt wel of geen toegang tot (appartement), balkon, gang, gezamenlijke ruimten, trap/lift, restaurant, tuin, openbare ruimten (wijk of buurt). Per ruimten zijn de risico's in kaart gebracht.

### Uitgangspunten

Het beperken van de bewegingsruimte van een cliënt doen we uit het oogpunt van beheersbaarheid zo efficiënt mogelijk, bijvoorbeeld:

- Groepswoning met terras/balkon (grens: voordeur)
- Groepswoningen op dezelfde bouwlaag (grens: toegang tot trappen en liften)
- Gehele gebouw (betreft bewonersgebieden) + beveiligde/beschermd tuin (grens: toegang tot tuin/buitenruimte via hoofdentree).

### Locaties

De volgorde van uitrol is als volgt:

- #1 De Cameren
- #2 Waterrijck
- #3 De Boogaert
- #4 St. Agnes
- #5 Meerstate
- #6 Heemswijk