



Stappenplan Zorg en dwang



Op 1 januari 2020 gaat de Wet zorg en dwang in. Het centrale uitgangspunt van deze wet is een getrappt zorgmodel: als het niet lukt om een vrijwillig alternatief te vinden, moet de zorgorganisatie het **stappenplan Zorg en Dwang** doorlopen om de situatie goed te analyseren. Een multidisciplinair team bekijkt dan mogelijke alternatieven.

Het stappenplan helpt bij een zorgvuldige afweging bij het toepassen van onvrijwillige zorg.

Vooraf

Check of de Wet zorg en dwang van toepassing is. De Wet zorg en dwang (Wzd) is van toepassing op:

- Cliënten met een verstandelijke beperking;
- Cliënten met een gediagnosticeerde psychogeriatrisch aandoening (dementie);
- In april 2019 is nog niet besloten of de wet ook geldt voor cliënten met NAH of Korsakov of Huntington.

Hieronder staat een samenvatting van het stappenplan Zorg en Dwang. Download ook het volledige [stappenplan Zorg en Dwang](#).

Stap 1. Zorgplan voldoet niet, er is risico op ernstig nadeel – MDO 1

- Bij het eerste Multidisciplinaire overleg (MDO) bespreek je als zorgverantwoordelijke met je team, een deskundige (behandelend arts of gedragskundige) en de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger, wat er aan de hand is en hoe ernstig het 'nadeel' is. Voor wie is dit een probleem en wie ondervindt er nadeel van?
- Analyseer waar dit gedrag vandaan komt. Is er een lichamelijke oorzaak? Dan moet de arts nader onderzoek doen om dit uit te sluiten. Is er geen lichamelijke oorzaak, dan moeten andere oorzaken worden onderzocht: psycho-sociale oorzaken of omgevingsfactoren. Vaak is een gedragsdeskundige of een gespecialiseerd verpleegkundige/verpleegkundig specialist de juiste persoon dit nader te onderzoeken.
- Op basis van de resultaten uit deze onderzoeken, wordt gezocht naar vrijwillige zorg die passend is bij deze cliënt en zijn gedrag. Een evaluatiedatum wordt afgesproken.

De zorg die met de cliënt(vertegenwoordiger) is afgesproken wordt in het zorgplan opgenomen en de zorg wordt uitgevoerd. Deze zorg is in principe vrijwillig, de cliënt verzet zich niet. De zorg wordt op de afgesproken datum nabesproken. Er zijn nu twee scenario's mogelijk:

1. **De zorg voldoet**, de cliënt vertoont geen probleemgedrag meer, er dreigt geen ernstig nadeel. De resultaten uit de bespreking worden vastgelegd in het zorgplan en de zorg wordt verleend zoals afgesproken. Het probleem is opgelost met vrijwillige zorg. De evaluatie van de zorg gebeurt in de reguliere zorgplanbesprekingen
2. **De vrijwillige zorg voldoet niet**, de cliënt vertoont nog steeds onbegrepen gedrag, er dreigt nog steeds ernstig nadeel. Het lijkt nodig om onvrijwillige zorg toe te passen. Dat ga je over naar de volgende stap.

Stap 2. Probleem niet opgelost – MDO 2

Bij het tweede MDO wordt een nieuwe discipline bij het gesprek gevraagd. Was tijdens de eerste bespreking een arts aanwezig, dan wordt nu een gedragsdeskundige of verpleegkundig specialist/gespecialiseerde verpleegkundige erbij gevraagd. Zijn er nieuwe inzichten die nog mogelijkheid geven voor vrijwillige zorg? Zo nee, dan kan onvrijwillige zorg overwogen worden. Er is sprake van onvrijwillige zorg als de cliënt zich ertegen verzet. Daarbij zijn een aantal vragen relevant:

- Wat is de minst ingrijpende maatregel voor deze cliënt, die het beste past bij de situatie?
- Wat zijn de negatieve gevolgen van de onvrijwillige zorg? Staat dit in verhouding tot het ernstig nadeel?
- Zijn er minder ingrijpende alternatieve oplossingen?
- Is er voldoende met collega's en andere disciplines overlegd?
- Is de onvrijwillige zorg effectief?

Alternatieven zijn minder ingrijpende maatregelen waar de cliënt wél mee instemt. Het zoeken hiernaar vraagt creativiteit van zorgverleners. De [Alternatievenbundel onvrijwillige zorg](#) van Vilans geeft inspiratie en voorbeelden.

Bij het besluit over de inzet van gedragsmedicatie, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting bij een wilsonbekwame cliënt, dient altijd een arts betrokken te zijn. Bij de overige vormen van onvrijwillige zorg volstaat een andere discipline dan die van de zorgverantwoordelijke. In het zorgplan wordt nu de onvrijwillige zorg opgenomen. Je noteert:

- Wat de onvrijwillige zorg inhoudt;
- Hoe vaak, wanneer, hoe lang, door wie;
- Voor welke periode dit wordt toegepast;
- Wanneer wordt geëvalueerd;
- Hoe de onvrijwillige zorg wordt afgebouwd;
- Een Wzd-arts beoordeelt het zorgplan en laat dit zo nodig aanpassen.

De intentie in deze stap is om de onvrijwillige zorg binnen 3 maanden af te bouwen.

Stap 3. Inroepen van extern advies – MDO 3

Lukt het niet om de onvrijwillige zorg binnen 3 maanden af te bouwen? Dan moet de organisatie een externe niet bij de zorg betrokken deskundige raadplegen, bijvoorbeeld een consulent van het CCE (Centrum voor consultatie en expertise) of een deskundige van een andere zorgorganisatie. Er wordt een uitgebreid deskundigenoverleg gepland. Als blijkt dat ook na het deskundigenoverleg onvrijwillige zorg noodzakelijk blijkt, kan dit in het zorgplan worden opgenomen en uitgevoerd.

Lukt het opnieuw niet om na maximaal 3 maanden de onvrijwillige zorg af te bouwen, dan kan deze periode na evaluatie eenmalig worden verlengd. Als het niet mogelijk blijkt om de onvrijwillige zorg af te bouwen, dan wordt het toepassen van de onvrijwillige zorg steeds 6 maanden verlengd. In het reguliere zorgplanoverleg wordt dit elke 6 maanden geëvalueerd. Onvrijwillige zorg wordt geregistreerd. Het overzicht wordt twee keer per jaar aan de IGJ gestuurd, voorzien van een analyse van een bestuurder en met een handtekening.

Kort samengevat

1. Bepaal of de Wet zorg en dwang van toepassing is op jouw cliënt
2. Constater en analyseer het ernstig nadeel: MDO 1
3. Aanpassen en uitvoeren van het zorgplan op basis van vrijwillige zorg
4. Probleem niet opgelost?: MDO 2
5. Vaststellen en toepassen en afbouwen van onvrijwillige zorg

6. Afbouwen niet gelukt? Inroepen van extern advies: MDO 3
7. Onvrijwillige zorg langer dan 6 maanden: blijven evalueren en zo nodig bijstellen in zorgplanbespreking tweemaal per jaar.

Bron: [Zorgvoorbeter.nl](https://www.zorgvoorbeter.nl)

Ondersteuning implementatie Wet zorg en dwang

Vanuit het programma [Waardigheid en trots op locatie](#) (WOL) is voor verpleeghuizen ondersteuning op maat mogelijk bij implementatie van de Wet zorg en dwang.

Dit kan ondersteuning zijn in de vorm van expertsessies, inzet van netwerken of het aanreiken van tools en instrumenten om de kwaliteit te verbeteren. Ook kan intensievere ondersteuning vanuit Waardigheid en trots op locatie noodzakelijk zijn. Dat kan bijvoorbeeld gaan om veranderkundige- en/of inhoudelijke ondersteuning, procesbegeleiding tijdens het traject, of anderszins. Ook dit pakket wordt op maat aangeboden. Parallel aan de ondersteuning wordt de scan van Waardigheid en trots op locatie uitgevoerd, op basis waarvan een definitieve ondersteuningsvraag, ook op eventuele andere aspecten wordt vastgesteld.

Twijfelt u of u ondersteuning bij de implementatie van de Wet zorg en dwang nodig hebt? Wij hebben een [checklist met tien aandachtspunten m.b.t. de Wet zorg en dwang](#) voor u opgesteld.

Heeft u nog vragen?

Lees meer over het programma [Waardigheid en trots op locatie](#) of neem contact op via info@waardigheidentrots.nl.

Meer weten

- Download ook het volledige [stappenplan Zorg en Dwang](#).
- Bekijk de [overzichtspagina Implementatie Wet zorg en dwang](#), met alle informatie, tools en praktijkverhalen ter ondersteuning van de implementatie van de Wet zorg en dwang in verpleeghuizen.
- Lees meer over de Wet zorg en dwang op [Dwangindezorg.nl](https://www.dwangindezorg.nl)

tags:

[Vrijheidsbeperking](#) (56)

thema:

Veilige zorg en ondersteuning (197)