Analyse onvrijwillige zorg 2022

1. Inleiding

1.1 Algemeen

Van zorgaanbieders wordt vanuit de Wet Zorg en dwang (Wzd) verwacht dat zij elk half jaar een analyse maken op de inzet van onvrijwillige zorg (OVZ). Dit betreft de categorieën waarbij de cliënt *verzet* vertoont danwel *toestemming* van de wettelijk vertegenwoordiger ontbreekt.

Onderstaande analyse betreft het gehele jaar 2022, waarbij een uitsplitsing is gemaakt per half jaar: Q1/Q2 van 1 januari-30 juni 2022 en Q3/Q4 van 1 juli-31 december 2022.

1.2 Beschrijving totstandkoming

De opbouw van dit document is conform art. 7 Regeling zorg en dwang (zie bijlage 1), waarin de eisen aan de inhoud van de analyse zijn vastgelegd. Dit betreft onder andere een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen (art. 7 lid 2 sub d Regeling zorg en dwang).

Uitgangspunt bij het verzamelen van de data voor de analyse uit de Ysis-applicatie is de locatie waar de onvrijwillige zorg is gestart. Deze keuze is gemaakt vanwege het feit dat alleen op deze manier cliënten kunnen worden geïncludeerd die gedurende de analyseperiode zijn overleden. Cliënten met startlocatie 'Dienst Behandeling' zijn cliënten die via de eerstelijn bij Archipel zijn gekomen.

De analyse is geïnitieerd door de beleidsmedewerker met het thema Wzd in de portefeuille en is tot stand gekomen in samenspraak met de Specialisten Ouderengeneeskunde (SO's). Per locatie heeft de verantwoordelijk SO input gegeven op de locatiecijfers. Vervolgens is de concept-analyse afgestemd met de leden van de Commissie Zorg en Dwang en de Wzd-functionarissen. Na afronding is de analyse aangeboden aan de Raad van Bestuur.

Conform wettelijk voorschrift is de Centrale Cliëntenraad (CCR) geraadpleegd voor een reactie alvorens de analyse is ingediend bij de IGJ.

2. Data onvrijwillige zorg

2.1 Unieke cliënten

Tabel 1: het aantal unieke cliënten op wie de vorm van onvrijwillige zorg in de tweede helft van 2022 is toegepast per (start)locatie (art. 7 lid 1 sub a Regeling zorg en dwang).

Locatie	Unieke cliënten Q1/Q2-2022	Unieke cliënten Q3/Q4-2022
Akkers	2	1
Berkenstaete	2	3
Dienst Behandeling	2	2
Dommelhoef	3	4
Eerdbrand	7	6
Fleuriade	4	5
Kanidas	4	4
Landrijt	42	46
Lindehof	1	0
Nazareth	7	11
Passaat	8	11
Totaal	**82**	**93**

2.2 Mutaties t.o.v. voorgaande periode

Tabel 2: stijgingen of dalingen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages (art. 7 lid 1 sub b Regeling zorg en dwang).

Locatie	Aantal ingezette OVZ Q1/Q2-2022	Aantal ingezette OVZ Q3/Q4-2022	Verschil absoluut	Verschil relatief
Akkers	2	1	-1	-50%
Berkenstaete	2	4	+2	+100%
Dienst Beh.	2	2	0	-
Dommelhoef	3	4	+1	+33%
Eerdbrand	8	7	-1	-13%
Fleuriade	4	5	+1	+25%
Kanidas	5	5	0	-
Landrijt	54	59	+5	+9%
Lindehof	1	0	-1	-100%
Nazareth	8	11	+3	+38%
Passaat	11	13	+2	+18%
Totaal	**100**	**111**	**+11**	**+11%**

2.3 Verhouding analysegroep t.o.v. totaal aantal cliënten

Tabel 3: de verhouding van het aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen t.o.v. het aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages (art. 7 lid 1 sub c Regeling zorg en dwang).

Locatie	Totaal aantal cliënten op locatie Q1/Q2-2022	Aantal unieke cliënten met OVZ Q1/Q2-2022	Relatief Q1/Q2-2022	Totaal aantal cliënten op locatie Q3/Q4-2022	Aantal unieke cliënten met OVZ Q3/Q4-2022	Relatief Q3/Q4-2022
Akkers	81	2	2,5%	75	1	1,3%
Berkenstaete	111	2	1,8%	125	3	2,4%
Dienst Beh.	-	2	-	-	2	-
Dommelhoef	86	3	3,5%	98	4	4,1%
Eerdbrand	176	7	4,0%	177	6	3,4%
Fleuriade	78	4	5,1%	75	5	6,7%
Kanidas	71	4	5,6%	67	4	6,0%
Landrijt	264	42	15,9%	234	46	19,7%
Lindehof	10	1	10,0%	8	0	-
Nazareth	85	7	8,2%	91	11	12,1%
Passaat	133	8	6,0%	148	11	7,4%
Totaal	**1095**	**82**	**7,5%**	**1098**	**93**	**8,5%**

2.4 Verhouding vormen van onvrijwillige zorg

Tabel 4: per vorm van onvrijwillige zorg: de verhouding van het aantal cliënten dat die vorm van onvrijwillige zorg heeft ontvangen t.o.v. het totaal aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage (per locatie) (art. 7 lid 1 sub 6 Regeling zorg en dwang).

Locatie	Vorm van OVZ	Q1/Q2-2022 absoluut	Q1/Q2-2022 relatief	Q3/Q4-2022 absoluut	Q3/Q4-2022 relatief
Akkers	Beperken van bewegingsvrijheid	1	50%	1	100%
	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	1	50%	0	-
Berkenstaete	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	1	50%	2	50%
	Beperken van bewegingsvrijheid	1	50%	1	25%
	Insluiten	0	-	1	25%
Dienst Beh.	Beperken van bewegingsvrijheid	2	100%	2	100%
Dommelhoef	Beperken van bewegingsvrijheid	3	100%	3	75%
	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	0	-	1	25%
Eerdbrand	Beperken van bewegingsvrijheid	4	50%	6	86%
	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	3	38%	1	14%
	Uitoefenen van toezicht op de cliënt	1	13%	0	0%
Fleuriade	Beperken van bewegingsvrijheid	2	50%	4	80%
	Uitoefenen van toezicht op de cliënt	0	-	1	20%
	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	2	50%	0	-
Kanidas	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	4	80%	4	80%
	Aanbrengen van beperkingen	1	20%	1	20%
Landrijt	Beperken van bewegingsvrijheid	20	37%	31	53%
	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	22	41%	16	27%
	Aanbrengen van beperkingen	4	7%	6	10%
	Insluiten	4	7%	2	3%
	Onderzoek op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen	2	4%	2	3%
	Uitoefenen van toezicht op de cliënt	1	2%	1	2%
	Controle op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen	1	2%	1	2%
Lindehof	Beperken van bewegingsvrijheid	1	100%	0	-
Nazareth	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	4	50%	5	45%
	Beperken van bewegingsvrijheid	3	38%	4	36%
	Uitoefenen van toezicht op de cliënt	1	13%	1	9%
	Aanbrengen van beperkingen	0	-	1	9%
Passaat	Beperken van bewegingsvrijheid	5	45%	6	46%
	Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	6	55%	5	38%
	Insluiten	0	-	1	8%
	Uitoefenen van toezicht op de cliënt	0	-	1	8%
Totaal		**100**		**111**	

Tabel 5: per vorm van onvrijwillige zorg: de verhouding van het aantal cliënten dat die vorm van onvrijwillige zorg heeft ontvangen t.o.v. het totaal aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage (Archipel breed) (art. 7 lid 1 sub 6 Regeling zorg en dwang).

Vorm van OVZ	Q1/Q2-2022 absoluut	Q1/Q2-2022 relatief	Q3/Q4-2022 absoluut	Q3/Q4-2022 relatief
Beperken van bewegingsvrijheid	42	42%	58	52%
Het toedienen van vocht, voeding en medicatie	43	43%	34	31%
Aanbrengen van beperkingen	5	5%	8	7%
Uitoefenen van toezicht op de cliënt	3	3%	4	4%
Insluiten	4	4%	4	4%
Onderzoek op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen	2	2%	2	2%
Controle op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen	1	1%	1	1%
Totaal	**100**	**100%**	**111**	**100%**

3. Analyse

3.1 Duiding van verschillen t.o.v. voorgaande periode

Gevraagd wordt naar een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg t.o.v. een voorgaande analyse (Q3/Q4 versus Q1/Q2), alsmede of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in art. 19 Wzd (art. 7 lid 2 sub a Regeling zorg en dwang).

3.1.1 Organisatieniveau

Tabel 1 (aantal unieke cliënten) laat zien dat in de tweede analyseperiode op organisatieniveau in absolute zin sprake is van een stijging van elf unieke cliënten waarbij OVZ is toegepast, namelijk van 82 naar 93 cliënten. Relatief gezien betekent dit een stijging van 13%. Tabel 2 (aantal toepassingen) laat in die periode een stijging van 100 naar 111 toepassingen zien, wat een toename van 11% betekent. In totaal betekent dit dat het aantal ingezette OVZ per cliënt gemiddeld genomen licht gedaald is, namelijk van 1,22 (100/82) naar 1,19 (111/93).

3.1.2 Locatieniveau

Op locatieniveau bekeken zijn de verschillen ten opzichte van de eerste analyseperiode echter op het merendeel van de locaties zo klein dat hiervoor weinig concrete oorzaken zijn aan te wijzen. Het toepassen van OVZ bij één enkele cliënt (absoluut) meer of minder kan dan namelijk al tot grote verschillen leiden wanneer procentueel (relatief) wordt gekeken.

Een uitzondering hierop is locatie Nazareth, waar een iets duidelijkere toename te zien is. In absolute zin is sprake van een stijging te zien van vier unieke cliënten en een toename van drie OVZ-toepassingen. Dit zijn aantallen die te klein zijn om veel waarde aan te hechten. Echter, kijkend naar tabel 3 waarin de verhouding van de analysegroep t.o.v. het totaal aantal cliënten is weergegeven, is een toename te zien van 8,2% naar 12,1% van de cliënten waarbij OVZ is toegepast. Door de voor deze locatie verantwoordelijke SO is als verklaring aangegeven dat in de tweede analyseperiode sprake was van meer complexe casuïstiek, waarbij onder andere een tentbed is ingezet en veel medicatie is gegeven.

Alleen bij locatie Landrijt is in de tweede helft van 2022 een significante toename van de toepassing van OVZ te zien; daar zijn de aantallen voldoende van omvang om conclusies aan te kunnen verbinden. Zowel bij het aantal unieke cliënten als bij het aantal OVZ-toepassingen is een gelijke toename te zien, namelijk met vier cliënten (+9,5%) en vijf toepassingen (+9,3%). Ook voor deze

locatie is in tabel 3 te zien dat relatief gezien bij méér cliënten OVZ is toegepast dan in de vorige periode: in Q1/Q2 was dit 15,9% (42 cliënten op de 264), in Q3/Q4 was dit bij 19,7% (46 cliënten op de 234). Volgens een van de verantwoordelijke SO's wordt dit veroorzaakt doordat in de tweede analyseperiode een aantal zeer complexe/heftige cliënten zijn opgenomen. Aangegeven wordt dat ook in die situaties wordt geprobeerd OVZ zo minimaal mogelijk in te zetten, alleen dat er bij deze cliënten vaak geen goed alternatief is.

3.1.3 Vormen van OVZ

Kijkend naar de vormen van OVZ die zijn toegepast op de locaties (tabel 4: verhouding vormen OVZ), moet opgemerkt worden dat ook hierbij t.o.v. de eerste analyseperiode de verschillen op het merendeel van de locaties absoluut gezien zo klein zijn dat het weinig zinvol is om deze per locatie te bekijken. Met locatie Landrijt als enige significante uitzondering, die een even grote stijging laat zien in de categorie 'beperken van bewegingsvrijheid' als een daling in de categorie 'het toedienen van vocht, voeding en medicatie'. Een nadere verklaring hiervan kan door de SO's niet gegeven worden.

Bovenstaande is ook de reden voor de verschuiving wanneer in tabel 5 op organisatieniveau gekeken wordt naar de verhouding van de verschillende categorieën van dwangzorg. Wel blijven de twee hierboven genoemde categorieën - net als in de eerste analyseperiode - veruit de meest toegepaste vormen van OVZ.

3.1.4 Aanpassing beleidsplan

Kijkend naar het tweede gedeelte van de wettelijke opdracht, de vraag of dat de geconstateerde verschillen tussen de analyseperiodes in de toepassing van OVZ nopen tot aanpassing van het beleidsplan, kan deze negatief beantwoord worden. De verschillen op organisatieniveau bezien zijn verklaarbaar. Vanwege de kleine aantallen zijn vanuit locatieperspectief geen grote bijzonderheden te constateren, en de duiding op locatieniveau verklaart de toename van OVZ op organisatieniveau voldoende. Vanwege deze verklaarbaarheid is directe bijstelling van het beleid op basis van de cijfers op dit moment niet noodzakelijk.

3.2 Duiding van verschillen tussen locaties

Gevraagd wordt naar een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg tussen verschillende locaties van de zorgaanbieder (art. 7 lid 2 sub b Regeling zorg en dwang).

3.2.1 Locatie Landrijt

Uit tabel 3 blijkt dat op locatie Landrijt zowel in absolute als relatieve zin de meeste OVZ wordt toegepast: bij 19,7% van de cliënten is in Q3/Q4-2022 sprake van onvrijwillige zorg. De reden hiervoor kan gevonden worden in de doelgroep van deze locatie: Landrijt is een van de expertisecentra van Archipel waar cliënten met bijzondere zorgvragen wonen. Een van de verantwoordelijk SO's geeft aan dat op locatie Landrijt veel cliënten met gedrags- en/of psychiatrische problematiek zijn die vaak en in hoge mate onrustig kunnen zijn. Aangegeven wordt dat de inzet van dwangzorg dan noodzakelijk kan zijn vanwege het risico voor de cliënt zelf of diens omgeving. Dit betreft bijvoorbeeld het weigeren van medicatie: een deel van de ingezette OVZ betreft maatregelen om de cliënten de nodige medicatie te kunnen verstrekken, ook wanneer ze dit (in een minder goede periode) weigeren.

3.2.2 Overige stijgers/dalers

Verder zijn ook voor dit thema de locatiecijfers op zichzelf te klein om te kunnen spreken van significante verschillen: ook de overige grootste stijgingen uit tabel 3 (Fleuriade +1,6%, Nazareth +1,9% en Passaat +1,4%) en dalingen (Lindehof -10%) worden veroorzaakt door één of enkele cliënt(en) en zijn daardoor in het grote geheel niet relevant. Voor locatie Passaat wordt door de verantwoordelijk SO aangegeven dat de toename van OVZ in de tweede analyseperiode verklaarbaar is door een betere registratie door de artsen en de verpleegkundig specialisten. In het geval van de

Lindehof wordt als verklaring door de verantwoordelijk SO aangegeven dat de cliënt die in de eerste analyseperiode dwangzorg kreeg, gedurende de tweede analyseperiode is overleden.

3.3 Maatregelen ter vermindering OVZ

Gevraagd wordt naar welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van onvrijwillige zorg (art. 7 lid 2 sub c Regeling zorg en dwang).

Van vier Specialisten Ouderengeneeskunde is reactie ontvangen op de vraag welke acties zijn uitgevoerd om de toepassing van OVZ terug te dringen en welke resultaten hiervan te zien zijn.

Door de eerste SO is het volgende aangegeven voor diens drie locaties:

- Er is meer aandacht voor registratie: RM en stappenplan juist verwerken, en zodra de OVZ-toepassing bij een cliënt stopt deze ook administratief beëindigen.
- Inzet van OVZ en het vermijden van dwangzorg is een terugkerend onderwerp op de overleggen ZAP (zorg-arts-psycholoog) en MDV (multidisciplinaire visite). Met als doel zoveel mogelijk dwang te voorkómen. Hierin wordt zorgvuldig te werk gegaan en is dwang bij meerdere cliënten teruggedrongen of geheel vermeden kunnen worden door andere aanpassingen.
- Er is scholing geweest door psychologen.

Een tweede SO geeft aan dat op diens locatie alles in het werk wordt gesteld om dwang te voorkómen, maar dat niet inzichtelijk is hoe vaak dit gelukt is.

De derde SO geeft aan dat bij GP (gerontopsychiatrie) de OVZ elke zes weken geëvalueerd wordt en waar mogelijk dwangzorg wordt afgeschaald of gestopt.

De laatste SO geeft het volgende aan voor diens twee locaties:

- Bij de bewoners wordt altijd gepoogd om de opname en het verblijf op een zo min mogelijk ingrijpende manier te laten verlopen. Echter, vanwege hun problematiek is dwangzorg soms noodzakelijk.
- Er wordt altijd eerst geprobeerd om maatregelen/interventies vrijwillig te laten verlopen middels het omgangsplan. OVZ wordt alleen ingezet indien het echt niet anders mogelijk is.
- Er wordt kritisch gekeken of dwangzorg inzetten de enige optie is, andere disciplines worden gevraagd mee te kijken hoe dwangzorg kan worden voorkómen.
- Het instellen van OVZ wordt altijd in MDV's besproken, zodat alle betrokkenen op de hoogte zijn.
- Door multidisciplinair te kijken en maandelijks een OVZ-bespreking in te voeren kan voortaan sneller gekeken worden of OVZ-toepassingen kunnen worden afgebouwd (waarvoor tegelijkertijd op korte termijn de verwachting is dat dit tot een stijging zal leiden door de betere registratie).
- De lopende OVZ-toepassingen worden met regelmaat geëvalueerd.

Vanuit de commissie Zorg en dwang wordt - naar aanleiding van de data en de analyse daarvan - aangegeven dat toepassing van onvrijwillige zorg een uitzondering is. Binnen Archipel wordt de richtlijn probleemgedrag als leidraad gebruikt: eerst worden alle andere maatregelen bekeken en toegepast, alvorens weloverwogen wordt overgegaan tot inzet van OVZ. Waarbij wordt opgemerkt dat de daadwerkelijke inzet van OVZ vrijwel altijd gebeurt mét toestemming van de contactpersoon.

3.4 Overige bevindingen

3.4.1 Zorggericht

In het algemeen kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt ten aanzien van de uitvoering van de Wzd in de tweede helft van 2022:

a. Vanwege de uiterst negatieve ZonMW-evaluatie van de Wzd (najaar 2022) is er intern afwachtendheid rondom het aanpassen van (beleids)documenten en het bijstellen van de OVZ-uitvoering. Dit is niet bevorderlijk voor de interne doorontwikkeling van het thema.
b. De SO's ervaren een blijvend hoge administratieve last rondom het uitvoeren van de Wzd-taken. Een inventarisatie van en oriëntatie op mogelijke alternatieven heeft vooralsnog geen sluitende oplossing opgeleverd. Ook hier weer speelt een rol dat de aangekondigde wijzigingen in het stappenplan worden afgewacht (planning: najaar 2023).
c. Uit de reacties van de SO's blijkt een incongruentie in de beleving rondom de uitvoering van de Wzd op de locaties. Er zijn verschillende signalen ontvangen: voor sommige locaties wordt aangegeven dat het bewustzijn rondom OVZ best hoog is, voor andere locaties wordt aangegeven dat men er helemaal niet mee bezig is. Wel kan in het algemeen gezegd worden dat bij de behandelaren de kennis wel aanwezig is, maar dat in de zorgteams de kennis sterk varieert per locatie. Aangegeven wordt dat dit onder andere te maken heeft met het grote verloop in zorgverleners, ziekteverzuim en de inzet van flex-medewerkers. Met name bij de woonondersteuners zou nog winst te behalen zijn.

3.4.2 Analyseproces

Ten aanzien van het opstellen van deze analyse kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt:

d. De cijfers betreffende de eerste analyseperiode (Q1/Q2-2022) wijken af van de cijfers zoals eerder weergegeven in het - interne - document 'Analyse OVZ Q1-Q2 2022 definitief' (d.d. 31 oktober 2022). Dit omdat in februari 2023 helderheid is verkregen in de samenstelling van de cijfers uit Ysis en fabrikant Gerimedica een aanpassing in het dashboard (Ysis-inzicht) heeft gedaan. Hierdoor komen, na jaren onduidelijkheid, de data in het dashboard eindelijk overeen met de Ysis-rapportage op basis waarvan het xml-bestand gegenereerd wordt dat eveneens naar de IGJ ingestuurd dient te worden. Eveneens zal dit bevorderlijk werken ten aanzien van de doorlooptijd voor het opstellen van de analyse, die voortaan korter zal kunnen zijn.
e. Door (een gedeelte van) de Specialisten Ouderengeneeskunde wordt aangegeven dat geen meerwaarde wordt gezien in het uitvoeren van deze analyse: er wordt weinig waarde gehecht aan de kwantitatieve manier van kijken, de aantallen zijn te klein om er iets zinnigs over te kunnen zeggen en het kost te veel tijd om er naar te kijken. Resultaat hiervan is dat voor circa de helft van de locaties geen of onvoldoende input vanuit de verantwoordelijk SO is ontvangen.

4. Conclusie

Ondanks dat sprake is van een stijging van de toepassing van onvrijwillige zorg in de tweede helft van 2022, is gebleken dat hier niet lichtvaardig mee omgegaan wordt en de beslissingen hiertoe zorgvuldig en weloverwogen zijn genomen. Er is binnen Archipel geen sprake van vermijdbare dwangzorg; alle ingezette OVZ-toepassingen werden nodig geacht. Deze individuele oriëntatie - op cliëntniveau - geeft blijk van een cliëntgerichte aanpak, waarbij de eigen regie van de bewoner zoveel als mogelijk gerespecteerd en in stand gehouden wordt.

Een manco van deze manier van analyseren is dat gekeken wordt naar situaties waarin wél sprake was van OVZ en op basis van deze data niet helder kan worden gemaakt waar deze juist *vermeden* is kunnen worden. En juist in dat laatste zit de meerwaarde voor de cliënt, juist daar is de wetgeving voor bedoeld en die 'nee, tenzij…'-instelling is wat Archipel ook beoogt bij de uitvoering van de Wzd.

Gebleken is dat de negatieve uitkomsten van de wetsevaluatie van invloed zijn op de interne doorontwikkeling van dit thema. Aangezien er grote wijzigingen in het stappenplan (als groot administratief heikelpunt) verwacht worden, staan aanpassingen in beleid/werkwijze grotendeels in de pauzestand totdat hier duidelijkheid over is. Ten aanzien van deze afwachtende houding bestaat intern consensus, alleen is het niet bevorderlijk voor het inzetten van gewenste verbeteringen.

Verder kan geconstateerd worden dat de mate van bewustzijn en kennis rondom het Wzd-thema sterk varieert, waarbij vooral de zorgmedewerkers meer ondersteuning nodig blijken te hebben.

Opgemerkt wordt dat er weinig interesse is voor de uitvoering van de Wzd op organisatieniveau, met name op het gebied van het op deze manier retrospectief analyseren. De meerwaarde van het gezamenlijk bekijken en duiden van OVZ-data zou namelijk een goed hulpmiddel kunnen zijn voor zowel organisatie als behandelaren bij het leren en verbeteren op dit thema.

5. Verbetermaatregelen

5.1 Stand van zaken verbetermaatregelen eerste helft 2022

In de analyse over de eerste helft van het jaar 2022 zijn een aantal verbeteracties aangegeven, de actuele stand van zaken is als volgt (peildatum februari 2023):

1. Bespreekpunten in overleg Wzd-intern: mate van en eventueel verhogen van bewustwording rondom OVZ, eventuele discussiepunten wel/niet OVZ en toepassing relevante richtlijnen, mogelijkheden terugdringen administratieve last.
   Status. Deze thema's zijn eind 2022 en begin 2023 op initiatief van voorzitter Serge Roufs (SO) in dit gremium besproken, echter gezien de complexiteit van de onderwerpen zijn hier geen duidelijke antwoorden of besluiten uit voortgevloeid. De genoemde onderwerpen zijn om die reden tot onderdeel gemaakt van het jaarplan 2023 van de commissie Zorg en dwang.
2. Overleg met applicatiebeheerder Ysis teneinde helder te krijgen hoe de data rondom de OVZ is opgebouwd.
   Status. Met Gerimedica is begin 2023 wederom overlegd over de samenstelling van de cijfers die uit Ysis-rapportage (xml-bestand) en Ysis-inzicht dashboard verkregen worden. Inmiddels heeft Gerimedica aanpassingen doorgevoerd, wat heeft geleid tot congruente data voor beide platformen. Zie voor meer details ook §3.4.2 opmerking (d).
3. Aanpassen document 'Werkinstructie analyse OVZ'.
   Status. De werkinstructie van/voor team beleid is waar nodig aangepast en zal steeds worden aangepast indien nodig.
4. Proces voor aanleveren cijfers Kwaliteitsmagazine verwerken in werkinstructie analyse OVZ.
   Status. Vanwege de korte doorlooptijd voor het opstellen van het Kwaliteitsmagazine (derde week na einde Q1/Q3), is het niet mogelijk gebleken om de OVZ hierin mee te nemen. De data zijn op dat moment namelijk wel al aanwezig, echter de duiding (uitleg) ervan niet. Om die reden is de keuze gemaakt om – na een eenmalige proef met weergave van OVZ-cijfers van eerste helft 2022 - dit thema niet meer in het magazine op te nemen. Immers: alleen een weergave van de cijfers roept meer vragen op dan dat het duidelijkheid geeft. Mogelijkheden om het onderwerp in de toekomst weer mee te nemen zullen worden bekeken.

5.2 Verbetermaatregelen tweede helft 2022

Naar aanleiding van deze analyse worden de volgende verbetermaatregelen getroffen:

Nr.	Actie	Wie	Wanneer
1.	Volgen van landelijke ontwikkelingen rondom aanpassingen van de Wzd/het stappenplan.	Serge & Wilke	Continu
2.	N.a.v. actiepunt 1: waar nodig doorvoeren van aanpassingen op Archidoc.	Wilke & Serge	Q4-2023
3.	Plan van aanpak opstellen voor vergroten kennis en bewustzijn rondom het thema onvrijwillige zorg, m.n. bij de zorgteams.	Cie. zorg & dwang	Q2-2023
4.	Bespreken hoe het vormgeven van de OVZ-analyse verbeterd kan worden.	Serge met SO's	Q2-2023

Bijlage 1: Informatie over de inhoud van de analyse

Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten
Geldend van 01-01-2020 t/m heden

Artikel 7

1. In de analyse, bedoeld in artikel 18, eerste lid, van de wet neemt de zorgaanbieder in ieder geval op, uitgesplitst per vorm van onvrijwillige zorg zoals weergegeven in het format, bedoeld in artikel 5:

a. het aantal unieke cliënten op wie de vorm van onvrijwillige zorg is toegepast;
b. stijgingen of dalingen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages;
c. de verhouding van het aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages; en
d. per vorm van onvrijwillige zorg: de verhouding van het aantal cliënten dat die vorm van onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het totaal aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage.

2. In de analyse, bedoeld in het eerste lid, vermeldt de zorgaanbieder in ieder geval:

a. een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van een voorgaande analyse, alsmede of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet;
b. indien van toepassing, een duiding van relevante verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg tussen verschillende locaties van de zorgaanbieder;
c. welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van onvrijwillige zorg; en
d. een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen.

3. De zorgaanbieder stelt de door hem op grond van artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen ingestelde en ter zake betrokken cliëntenraad gedurende vier weken in gelegenheid om een reactie uit te brengen over de analyse, bedoeld in het eerste lid, en voegt deze toe aan de analyse. Indien de cliëntenraad geen reactie heeft gegeven, vermeldt de zorgaanbieder in de analyse wanneer hij de cliëntenraad hiertoe in de gelegenheid heeft gesteld.

Bijlage 2: Reactie Centrale Cliëntenraad op de analyse OVZ Q3/Q4-2022

Wij hebben de door de Archipel Zorggroep opgestelde 'Analyse OVZ 2022' ontvangen en besproken. Uit navraag en overleg hebben wij begrepen dat de opbouw van de aangeboden analyse conform art. 7 Regeling zorg en dwang is, waarin de eisen aan de inhoud van de analyse zijn vastgelegd. De rapportage is opgesteld conform wettelijke verplichting. Het betreft een kwantitatieve rapportage en hier kan niet van worden afgeweken.

Desondanks willen wij opmerken en benadrukken dat het voor ons onduidelijk is wat de toegevoegde waarde is om op deze wijze de administratieve organisatie in te richten en in te vullen. Wij bevelen aan om in de toekomst dit soort administratieve last achterwegen te laten (in ieder geval te vereenvoudigen). Wij geven er de voorkeur aan om met management, beleidsmedewerkers, behandelaren en cliëntmedezeggenschap het goede gesprek aan te gaan. Dus veel minder cijfermatige overzichten en meer het gesprek over de inhoud van conclusies en aanbevelingen en welke acties op basis hiervan noodzakelijk zijn (lerende organisatie). Dit alles om bij te dragen aan het welbevinden van onze bewoners en cliënten als het gaat over zorg, wonen en welzijn.