

Handreiking Wet zorg en dwang voor cliënten ambulant

ONVRIJWILLIGE ZORG: NEE, TENZIJ...

ZAANSTREEK-WATERLAND

JUNI 2024



Handreiking Wet zorg en dwang voor cliënten ambulant

In dit voorliggende document is de werkwijze beschreven voor de uitvoering van de Wet zorg en dwang ambulant voor de ketenpartners in de Zaanstreek¹-Waterland.

Met de gemaakte afspraken willen de ketenpartners de Wet zorg en dwang voor de thuiswonende cliënten met een psychogeriatrische of gelijkgestelde aandoening op een verantwoorde manier uitvoeren die aansluit bij de praktijk.

In het eerste deel van de handreiking zal de achtergrondinformatie van de wet beschreven worden en in het tweede deel de ketensamenwerking rondom het proces van inzet onvrijwillige zorg.

¹ Evean, Huisartsenzorg Zaanstreek Waterland, Stichting Wonen Zorg Purmerend, De Zorgcirkel, Zorggroep Zaanstreek

DEEL 1

Achtergrondinformatie

1. ESSENTIE VAN DE WET

De Wet zorg en dwang (Wzd) beschermt mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie), of verstandelijke beperking of gelijkgestelde aandoening (mensen met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, niet aangeboren hersenletsel) tegen onnodige onvrijwillige zorg.

Onvrijwillige zorg is zorg waar een cliënt of - in het geval van een wilsonbekwame cliënt, die zijn instemming niet (meer) kan geven- zijn vertegenwoordiger niet mee instemt of waar een cliënt zich tegen verzet. Onvrijwillige zorg mag volgens de Wet zorg en dwang in principe niet worden toegepast, tenzij er sprake is van 'ernstig nadeel'.

Het uitgangspunt van de wet is: Nee, tenzij...

Wzd is onderdeel van persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking

1

Voorkomen
onvrijwillige zorg

Zoeken naar alternatieven

2

Onvrijwillige zorg
als het niet anders kan

Alleen bij ernstig nadeel

Onvrijwillige zorg wordt niet toegepast, tenzij er zorgvuldig is afgewogen dat er sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt, anderen of zijn omgeving, en er geen alternatieven zijn die het nadeel kunnen wegnemen. Alleen wanneer er voor het bestrijden van een ernstig nadeel geen alternatieven zijn, mag gekozen worden voor onvrijwillige zorg ('ultimum remedium') maar dan in de best passende vorm en zo kort mogelijk.

VISIE

Onvrijwillige zorg wordt alleen toegepast als er ernstig nadeel is, en alleen in het geval dat er geen minder ingrijpende alternatieven mogelijk zijn en dit een redelijke inzet is. In de afweging van de inzet van onvrijwillige zorg staat de persoonsgerichte zorg voorop en wordt zo veel als mogelijk de wens van de cliënt gerespecteerd. De cliënt en zijn systeem worden betrokken bij de multidisciplinaire inschatting van het risico en de veiligheid in relatie tot vrijheid van de cliënt. Op deze manier willen we ervoor zorgen dat de cliënt zo lang als mogelijk op een in redelijkheid veilige, verantwoorde en comfortabele manier thuis kan blijven wonen met zoveel vrijheid als mogelijk.



Bij de Wzd staat de zelfregie van de cliënt centraal, ook voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. De balans tussen vrijheid en veiligheid wordt steeds afgewogen.

RISICOBEREIDHEID

Er kan besloten worden om risico's te nemen als alternatief voor onvrijwillige zorg. Het besluit bepaalde risico's bij een cliënt te accepteren wordt bewust genomen. De mate van risicoacceptatie zal voor iedere individuele cliënt verschillend zijn. De betrokkenen bij het besluit tot inzet onvrijwillige zorg brengen de risico's in kaart, wegen af welke risico's acceptabel zijn en evalueren de risico's bij de cliënt. Te allen tijde worden de cliënt en diens vertegenwoordiger (bij voorkeur) voorafgaand aan de toepassing of zo snel mogelijk na het toepassen van onvrijwillige zorg betrokken bij dit besluit.

DOELGROEP

De Wzd geldt voor cliënten die een indicatie hebben voor langdurige zorg met als grondslag verstandelijke beperking /psychogeriatrische aandoening of een gelijkgestelde aandoening². Er moet een Wlz-indicatie van het CIZ aanwezig zijn met een PG-zorgindicatie en de (onvrijwillige) zorg wordt vanuit een Wzd-geregistreerde locatie gegeven. Of er moet een verklaring zijn van een ter zake kundig arts voor cliënten die vallen onder de Zvw, WMO, waarin is opgenomen dat de cliënt onder de Wzd valt. Zie <https://www.vgn.nl/documenten/actiz-vgn-concept-handreiking-reikwijdteverklaring-wzd>

De Wzd is cliëntvolgend, dit betekent dat de wet ook geldt buiten instellingen, in de thuissituatie en op andere plekken waar mensen zorg ontvangen zoals dagbestedingslocaties op het moment dat een organisatie ervoor kiest de Wzd uit te voeren.

VERZET

Wilsonbekwame cliënten kunnen zelf geen weloverwogen beslissingen nemen over de zorg. Maar doorgaans kunnen zij wel duidelijk maken wat zij vinden van de zorg die zij krijgen. Een cliënt kan met woorden of gedrag duidelijk maken dat hij iets niet wil. Dan is er sprake van verzet. Ieder verzet moet serieus genomen worden en is voor een zorgverlener aanleiding om te beoordelen of de zorg aangepast kan worden.

Als een wilsonbekwame cliënt zich duidelijk en herhaaldelijk verzet tegen een bepaalde vorm van zorg dan heeft dat juridische consequenties. De zorg mag dan alleen voorgezet worden op basis van de besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige zorg. Ook als de vertegenwoordiger met de zorg heeft ingestemd. Dit geldt voor alle vormen van zorg.

² Mensen met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, niet aangeboren hersenletsel, zie ook noot 3

2. WILS(ON)BEKWAAMHEID EN VERTEGENWOORDIGING

De Wzd heeft als doel de cliënt zoveel mogelijk zelf de regie over zijn eigen leven te geven. Een cliënt die de regie over zijn of haar leven voert, moet beslissingen nemen, alternatieven overwegen, risico's inschatten en uiteindelijk keuzes kunnen maken.

Op een bepaald moment kan het voorkomen dat iemand de informatie voor een beslissing niet meer begrijpt en daardoor de gevolgen voor die beslissing niet kan overzien. Iemand wordt dan ter zake 'wilsonbekwaam' genoemd. Een deskundige mag de wils(on)bekwaamheid beoordelen. Dit kan een arts of psycholoog zijn of een andere functionaris met deskundigheid op het terrein van het kunnen beoordelen of de cliënt in kwestie de gevolgen van zijn of haar keuze voldoende kan overzien. Bij deze beoordeling worden de gangbare richtlijnen gebruikt. De zorgverantwoordelijke legt in het dossier vast voor welke onderwerpen de cliënt wilsonbekwaam is.

Indien een cliënt ter zake wilsonbekwaam is verklaard, dan zal een (wettelijke) vertegenwoordiger de belangen van de cliënt behartigen betreffende verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. De zorgverlener heeft de plicht om een (wettelijk) vertegenwoordiger bij de behandeling te betrekken en om toestemming te vragen. De Wzd beschrijft wie bij (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid van de cliënt als vertegenwoordiger mogen optreden:

1. De wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt. Dit is een curator of mentor, aangewezen door de rechter.
2. Een schriftelijk gemachtigde: een persoon die door de cliënt zelf schriftelijk is gemachtigd om hem te vertegenwoordigen.
3. De echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel.
4. Een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt.

Bij beslissingen over zorg en behandelingen kijkt de zorgverlener dus eerst of er een mentor of curator is, dan of er een schriftelijke gemachtigde is. Zo niet, dan kunnen de partner of de genoemde familieleden vertegenwoordiger zijn. Voor cliënten zonder vertegenwoordiger is de zorgaanbieder verplicht een mentor aan te vragen bij de rechter.

3. ALTERNATIEVEN, INZET ONVRIJWILLIGE ZORG EN STAPPENPLAN

Binnen de keten streven we ernaar om zorg op basis van vrijwilligheid toe te passen en onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen.

Daarom wordt er altijd multidisciplinair gezocht naar alternatieven.

Zie hiervoor de alternatievenbundel van Vilans,

<https://asset.cloudinary.com/vilans-eu/a0b1bfb22bc269abb5574dba5f90a0ea>

ONVRIJWILLIGE ZORG

De Wzd onderscheidt 9 soort onvrijwillige zorg:

1. Medische handelingen en therapeutische maatregelen;
2. Beperken van de bewegingsvrijheid;
3. Insluiten;
4. Uitoefenen van toezicht op betrokkene;
5. Onderzoek aan kleding of lichaam;
6. Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
7. Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
8. Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
9. Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Onvrijwillige zorg kan verleend worden als dat noodzakelijk is om 'ernstig nadeel' te voorkomen.

De Wzd omschrijft ernstig nadeel als 'het bestaan van of het ernstig risico op':

- Levensgevaar voor de cliënt of iemand anders;
- Ernstig lichamelijk letsel voor de cliënt of iemand anders;
- Ernstige psychische, materiele, immateriële, of financiële schade voor de cliënt of iemand anders;
- Ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang van de cliënt of iemand anders;
- Ernstig verstoorde ontwikkeling van de cliënt of iemand anders;

- Bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- De situatie dat de cliënt met onbegrepen gedrag gevoelens van boosheid bij anderen oproept;
- De situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Het Stappenplan Onvrijwillige zorg dient ook gevolgd te worden bij een cliënt die ter zake wilsonbekwaam is en zich niet verzet en waarbij de vertegenwoordiger instemt met de zorg. Dit geldt bij:

- Gedragsbeïnvloedende medicatie buiten de professionele richtlijnen
- Beperken van de bewegingsvrijheid
- Insluiting

Een hulpmiddel bij het bepalen of er sprake is van onvrijwillige zorg is de casuschecker van Vilans, <https://www.vilans.nl/kennis/casus-checker-wet-zorg-en-dwang>.

4. RECHTSPOSITIE VAN DE CLIËNT

Cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen een beroep doen op een onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon Wet zorg en dwang. De cliëntenvertrouwenspersoon heeft de taak om cliënten of hun vertegenwoordigers advies en bijstand te verlenen als het gaat over het verlenen van onvrijwillige zorg, opname en verblijf in een accommodatie of het doorlopen van een klachtenprocedure. De cliëntvertrouwenspersonen die in de Zaanstreek- Waterland actief zijn, zijn van de organisatie **Zorgstem**. Voor contactpersonen vraag na binnen de eigen organisatie.

Een cliënt kan een Wzd-klacht indienen over de volgende situaties: het besluit om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen;

1. Besluiten over uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan of in onvoorziene situaties;
2. De beoordeling van de wilsbekwaamheid van een cliënt;
3. Beslissingen van de Wzd-functionaris

Een cliënt kan de (Wzd-)klacht indienen bij de eigen zorgorganisatie, waarna in het geval van een Wzd-klacht wordt doorverwezen naar de daarmee belaste externe klachtencommissie (veelal de KCOZ van Actiz/VGN). KCOZ, <https://www.kcoz.nl/home>

INFORMEREN

Zo spoedig mogelijk nadat onvrijwillige zorg overwogen wordt ontvangen de cliënt of (wettelijk) vertegenwoordiger informatie over de Wzd, de mogelijkheid van bijstand door een cliëntenvertrouwenspersoon, de klachtenregeling en huisregels van de dagbesteding. Deze informatie moet begrijpelijk zijn voor de cliënt en diens vertegenwoordiger. De informatie is opgenomen in diverse brochures:

- Brochure De Wet zorg en dwang uitgelegd door mensen met een verstandelijke beperking,
- Brochure De Wet zorg en dwang uitgelegd door mensen met een psychogeriatrische aandoening,
- Brochure De Wet zorg en dwang voor familie,
- Brochure De Wet zorg en dwang voor de vertegenwoordiger,
- Brochure De cliënt vertrouwenspersoon voor mensen met een verstandelijke beperking,
- Brochure De cliënt vertrouwenspersoon voor mensen met een psychogeriatrische aandoening,
- Brochure Opname en verblijf met een rechterlijke machtiging,
- Brochure Opname en Verblijf met een inbewaringstelling,
- Brochure Voorwaardelijke machtiging bij jongvolwassenen met een verstandelijke beperking

Deze brochures zijn te vinden op de website dwang in de zorg, <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/clienten/informatieproducten>

5. JURIDISCHE OPNAME STATUS

Wanneer het niet verantwoord is dat de cliënt thuis woont kan besloten worden dat een opname in een instelling nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt af te wenden. Als de cliënt niet instemt met een opname in een instelling moet hiervoor een juridische opname status worden aangevraagd.

De juridische status van de cliënt bepaalt welke onderdelen van de Wzd op de betrokkene van toepassing zijn. Binnen de locaties kunnen de volgende categorieën cliënten worden onderscheiden:

- Cliënten die blijk geven van de nodige bereidheid tot opname; dit zijn vrijwillig opgenomen cliënten;
- Cliënten die geen blijk geven van nodige bereidheid tot opname, maar zich ook niet verzetten tegen opname: opname, besloten door het CIZ voor maximaal vijf jaar, op basis van een besluit tot opname en verblijf (Wzd-art. 21);
- Cliënten die zich verzetten tegen opname: onvrijwillige opname op basis van een rechtelijke machtiging (RM) aangevraagd door het CIZ, of in crisissituaties op basis van een inbewaringstelling (IBS), deze procedure loopt via de burgemeester.

Cliënten met een besluit tot opname en verblijf: Wzd-artikel 21, een RM of IBS, kunnen alleen worden opgenomen in een geregistreerde accommodatie. Een geregistreerde accommodatie houdt in een bouwkundige voorziening met daarbij behorend terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend (artikel 1 lid 1 sub b) en opgenomen in het landelijk locatieregister Wzd.

Van opname is sprake zodra de cliënt zijn/haar voet over de drempel van de accommodatie zet. Voor de verdeling van rollen en verantwoordelijkheden binnen de keten bij een aanvraag RM en IBS zijn afspraken gemaakt met Parnassia. Voor achtergrond informatie zie de website van het CIZ, <https://www.ciz.nl/zorgprofessional/wet-zorg-en-dwang>

6. BEWUSTWORDING

Om goede en verantwoorde zorg aan onze cliënten te bieden op het gebied van onvrijwillige zorg is een aantal randvoorwaarden nodig:

- Kennis en kunde in het omgaan met dementie en daaruit voortvloeiende gedragsproblematiek (dan wel dit kunnen halen bij andere deskundigen);
- Bewustwording van de categorieën van onvrijwillige zorg;
- Kennis van alternatieven;
- Bewustwording vrijheid in relatie veiligheid;
- Dialoog tussen professionals rondom de cliënt tijdens een (digitaal) MDO (Multidisciplinair overleg) of telefonisch contact
- Dialoog met de cliënt en zijn/haar systeem;
- Rollen en verantwoordelijkheden zijn bekend;
- Leren aan de hand van casuïstiek uit de praktijk in fysieke bijeenkomsten of per nieuwsbrief
- Organiseren van vraagbaak functie voor professionals;
- Breed trainen van professionals rondom de cliënt in verband met de signaleringsfunctie.

DEEL 2:

Ketenafspraken samenwerking proces inzet onvrijwillige zorg

1. PROCESBESCHRIJVING

PREVENTIEFASE

Met preventieve maatregelen/initiatieven kun je positieve invloed uitoefenen op onbegrepen gedrag van een cliënt. Hierdoor is het mogelijk om escalatie van het gedrag te voorkomen, inzet onvrijwillige zorg te voorkomen en vooraf afspraken te maken in het geval van noodsituaties.

- Pas persoonsgerichte zorg toe om het de cliënt zo comfortabel mogelijk te maken.
- Ken je cliënt en zijn levensloop en betrek naasten van de cliënt bij het achterhalen van de oorzaak van gedrag. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de 8 kernelementen.
- Bespreek met naasten het uitgangspunt van vrijheid in relatie tot veiligheid.
- In het geval een naaste moeite heeft met de situatie, maak dit bespreekbaar en zoek samen naar oplossingen of alternatieven.
- Bekijk welk (risico op) ernstig nadeel je wilt verminderen en bespreek wat acceptabel is. Bespreek met de naasten van de cliënt welk bewust genomen risico ze willen nemen.
- Bespreek vooraf de risico's en mogelijkheden die er zijn als onbegrepen gedrag zich voordoet. Maatregelen (noodscenario) die vooraf vanuit een vertrouwensrelatie zijn door-
gesproken kunnen in nood door de cliënt en/of naasten gemakkelijker te accepteren zijn.
- Zoek naar interventies en benaderingswijzen op basis van de levensloop, gewoontes en interesses van de cliënt.
- Bespreek mogelijke alternatieven en waar mogelijk (te nemen) risico's.

SIGNALERINGSFASE

In deze fase signaleert de betrokken professional (verpleegkundige, verzorgende, casemanager, huisarts, POH, paramedicus, medewerker welzijn etc.) een “niet pluis” situatie.

Er wordt op dat moment multidisciplinair gekeken (MDO (digitaal) of telefonisch contact) naar de oorzaak van het gedrag en hoe dit te beïnvloeden om een ernstig nadeel te voorkomen of te beïnvloeden. In de dialoog tussen de professionals en cliënt en naasten wordt afgewogen wat passend is voor de cliënt.

De Wzd geldt voor cliënten die een indicatie hebben voor langdurige zorg met als grondslag verstandelijke beperking/psychogeriatrische aandoening of een gelijkgestelde aandoening³. Er moet een Wlz-indicatie van het CIZ aanwezig zijn. Of er moet een verklaring zijn van een ter zake kundig arts voor cliënten die vallen onder de Zvw, WMO, waarin is opgenomen dat de cliënt onder de Wzd valt.

Zie <https://www.vgn.nl/documenten/actiz-vgn-concept-handreiking-reikwijdteverklaring-wzd>

In de basis zijn wijkverpleegkundige, casemanager dementie en huisarts betrokken bij de besluitvorming. Indien er sprake is van een complexe situatie kan een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog, ergo-therapeut of andere deskundige worden ingeschakeld afhankelijk van de benodigde expertise. De specialist ouderengeneeskunde kan in een vroeg stadium al in consult worden gevraagd om vanuit zijn expertise mee te denken.



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

Welke interventies kunnen worden ingezet om het gedrag te beïnvloeden? Gestreefd wordt om de minst ingrijpende interventie in te zetten en hier overeenstemming over te bereiken met de cliënt en naasten.

³ Mensen met het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington, niet aangeboren hersenletsel, die dezelfde gedragsproblemen of regieverlies als bij PG/ verstandelijke beperking kan veroorzaken en tot ernstig nadeel kan leiden en hiervoor vergelijkbare zorg nodig hebben als bij PG. Dit op basis van een verklaring van een deskundige arts.

Doorloop de **casuschecker van Vilans** om te bepalen of er sprake is van onvrijwillige zorg conform de Wet zorg en dwang. <https://asset.cloudinary.com/vilans-eu/4c8eeb7e83d62e4af928e41f5226905c>

- Is de wet van toepassing op de cliënt? (Heeft de cliënt een Wlz indicatie of is er een verklaring van een deskundig arts aanwezig bij Zwv of WMO-cliënten?)
- Is er sprake van zorg behorend bij 1 van de 9 categorieën van onvrijwillige zorg in de Wzd?
- Stemt de cliënt of vertegenwoordiger in met de zorg of is er sprake van verzet van de cliënt?
- Is de cliënt wilsonbekwaam en is er sprake van 1 van de 3 uitzonderingscategorieën

GEEN ONVRIJWILLIGE ZORG

Er is geen sprake van onvrijwillige zorg. Er is een alternatief gevonden of de familie stemt in en er is geen verzet van de cliënt. Leg de interventie vast in het zorgplan en evalueer periodiek.

BESLUIT TOT ONVRIJWILLIGE ZORG IN DE THUISITUATIE

In situaties dat de conclusie is dat onvrijwillige zorg toch noodzakelijk is, is het uitgangspunt om deze zorg zo snel als mogelijk weer af te bouwen en te zoeken naar alternatieven.

Het Stappenplan Onvrijwillige zorg dient ook gevolgd te worden bij een cliënt ter zake wilsonbekwaam is en zich niet verzet en waarbij de vertegenwoordiger instemt met de zorg. Dit geldt bij:

1. Gedragsbeïnvloedende medicatie buiten de professionele richtlijnen;
2. Beperken van de bewegingsvrijheid;
3. Insluiten.

Wanneer wordt besloten dat onvrijwillige zorg (tijdelijk) moet worden ingezet, spreek dan af wie de rol van zorgverantwoordelijke op zich neemt. De zorgverantwoordelijke is werkzaam bij een organisatie die ingeschreven staat in het locatieregister voor organisaties in de Wzd.

Wijkverpleegkundige of casemanager kunnen zorgverantwoordelijk zijn. Als beiden betrokken zijn, is de wijkverpleegkundige de zorgverantwoordelijke.

Op het moment dat de huisarts de signaleerder is, dan schakelt deze de wijkverpleging of casemanager in om een weloverwogen afweging rondom de mogelijke inzet van onvrijwillige zorg te kunnen maken.

De zorgorganisatie die onvrijwillige zorg inzet en waar de zorgverantwoordelijke werkzaam is, is verantwoordelijk voor het registreren van de onvrijwillige zorg in het ECD (Elektronisch Cliënt Dossier) van de zorgorganisatie, het borgen van deze zorg en het multidisciplinair beoordelen van het Wzd-zorgplan om de 3 maanden. De zorgverantwoordelijke die dit zorgplan bijhoudt, informeert de huisarts en andere betrokkenen. De andere betrokkenen nemen deze informatie ook op in hun dossier.

De besluitvormingsprocedure die hierbij gevolgd moet worden, wordt het stappenplan (Wzd-Stappenplan Onvrijwillige zorg) genoemd. Het stappenplan helpt om een zorgvuldige, deskundige en multidisciplinaire afweging te maken voor de inzet van onvrijwillige zorg. Als het niet lukt om een vrijwillig alternatief te vinden voor de onvrijwillige zorg, wordt er steeds meer deskundigheid ingeschakeld om mee te denken. Door middel van regelmatige evaluaties in het stappenplan moet het onnodig toepassen van onvrijwillige zorg teruggedrongen worden.

Afwijken van het stappenplan is mogelijk indien redelijk beargumenteerd en vastgelegd in het dossier.

<https://www.vilans.nl/kennis/stappenplan-wet-zorg-en-dwang>

2. CRITERIA TER BESPREKING

Indien na het volgen van het stappenplan besloten is dat er onvrijwillige zorg ingezet moet worden bij een thuiswonende cliënt, dan moeten de volgende criteria besproken en vastgelegd te worden in het dossier. Dit zijn de 'Extra zorgvuldigheidseisen' die gelden vanuit de Regeling Ambulante Wzd.

A. Ambulante onvrijwillige zorg of opname?

Bepaal of het verantwoord/ veilig is of de cliënt met inzet van onvrijwillige zorg thuis blijft wonen. Belangrijk is om af te wegen of de ingezette onvrijwillige zorg in verhouding staat tot het thuis blijven wonen of dat de cliënt beter op zijn plek is in een andere woonvorm. Neem de belasting van de mantelzorger mee in je besluitvorming.

B. Toezicht

Bepaal of en welk toezicht nodig is bij het inzetten van onvrijwillige zorg. Breng de risico's in kaart. Toezicht kan worden geborgd door middel van extra inzet zorgmomenten, afspraken met mantelzorg en/of domotica.

C. Omgaan met fysiek verzet

Verzet kan zich uiten in bijvoorbeeld: Nee zeggen, afweren boos worden of onrust. Indien er sprake is van verzet moet gekeken worden naar de afweging of het nog verantwoord is voor de cliënt om thuis te blijven wonen en/of onvrijwillige zorg in te zetten. De veiligheid van de cliënt, mantelzorger en de zorgverlener staat voorop.

D. Aanwezigheid van meerdere zorgverleners

Aan de hand van een risico-inschatting wordt bepaald hoeveel zorgverleners er aanwezig moeten zijn bij het verantwoord inzetten van onvrijwillige zorg en welke ondersteuning mantelzorgers eventueel kunnen bieden.

E. Bereikbaarheid bij vragen rondom onvrijwillige zorg

Een deskundige zorgverlener moet bereikbaar zijn voor hulp naar aanleiding van de ingezette onvrijwillige zorg. Op het moment dat onvrijwillige zorg wordt ingezet, kunnen hulpvragen door de cliënt of mantelzorger of medewerkers gesteld worden volgens onderstaande tabel:

Vraagsteller	Antwoorder
Cliënt of mantelzorger	(Wijk)verpleegkundige
Verzorgende	(Wijk)verpleegkundige
Verpleegkundige cliënt gebonden	Huisarts/Wzd functionaris
Behandelaar overige betrokkenen	Projectleider of Wzd-functionaris van de (eigen) organisatie
Avond-nacht dienst	Huisartsenpost

3. NOODSITUATIE / ONVRIJWILLIGE ZORG BUITEN HET ZORGPLAN OM

Onvrijwillige zorg wordt alleen verleend als het opgenomen is in het zorgplan. In een situatie waarin het zorgplan niet heeft kunnen voorzien of in een noodsituatie waarin er nog geen zorgplan is vastgesteld kan onvrijwillige zorg worden toegepast voor maximaal twee weken. In een noodsituatie of wanneer er nog geen zorgplan is, wordt uitsluitend onvrijwillige zorg verleend als de zorgverantwoordelijke heeft besloten om onvrijwillige zorg in te zetten en heeft aangegeven hoe het toezicht is geregeld en hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn. De zorgverantwoordelijke stemt zo snel als mogelijk af met de huisarts, uiterlijk binnen 24 uur. Tevens wordt de noodmaatregel vastgelegd in het ECD en wordt de Wzd-functionaris geïnformeerd.

De zorgverantwoordelijke belegd een multidisciplinair overleg om op zoek te gaan naar alternatieven die minder ingrijpend zijn of waar instemming van de cliënt en vertegenwoordiger voor is. Is dit niet mogelijk dan wordt de onvrijwillige zorg uiterlijk binnen 2 weken vastgelegd in het zorgplan onvrijwillige zorg. Zie voor het toepassen van onvrijwillige zorg in noodsituaties de procedure 'Noodsituatie/onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om'.

In een noodsituatie kan de huisartsenpost gebeld worden door de zorgverantwoordelijke om te bepalen welke maatregel er genomen wordt. Huisartsenpost kan ook door naasten gebeld worden. Dienstdoende huisarts is verantwoordelijk voor de toets of er sprake is van onvrijwillige zorg.

Dienstdoende huisarts maakt aantekening in het dossier om de eigen huisarts te informeren over de maatregel. Eigen huisarts brengt in kaart of zorg of casemanager dementie betrokken zijn indien de maatregel valt onder onvrijwillige zorg. Is dit niet het geval dan worden zij ingeschakeld bij de cliënt.

Er wordt een multidisciplinair overleg gepland. De onvrijwillige zorg dient uiterlijk binnen 2 weken vastgelegd te worden in het zorgplan onvrijwillige zorg op het moment dat er geen alternatief is gevonden. De specialist ouderengeneeskunde kan worden ingeschakeld voor advisering ook buiten kantooruren door de huisartsenpost.

Is de verwachting dat de noodsituatie niet te beïnvloeden is met de inzet van onvrijwillige zorg en is de situatie onveilig voor de cliënt of zijn omgeving, dan kan de crisisdienst worden ingeschakeld en kan de procedure IBS worden opgestart. (Zie afspraken met Parnassia)

BIJZONDERHEDEN:

De zorgaanbieder neemt de verantwoordelijkheid dat onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, ook al wordt deze uitgevoerd door naasten.

Past mantelzorg vrijheidsbeperking toe buiten het zorgplan, dan valt dit niet onder verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

4. ROLLEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

• **Zorgverantwoordelijke**

De zorgaanbieder moet voor iedere cliënt die onder de Wzd valt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. Zijn (of haar) taak is het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan. De zorgverantwoordelijk overlegt met de cliënt en zijn vertegenwoordiger over het zorgplan. Verder richt de zorgverantwoordelijke een dossier voor de cliënt in.

De zorgverantwoordelijke heeft de rol van beslisser. Voor die beslissingen moet hij echter wel anderen raadplegen en/of goedkeuring van anderen krijgen.

Deze functionaris is werkzaam bij de organisatie die geregistreerd is in het locatieregister voor zorgaanbieders in de Wzd.

De zorgverantwoordelijke kan een (wijk)verpleegkundige, casemanager dementie of bij de dagbesteding een verzorgende zijn.

<https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/profiel-zorgverantwoordelijke>

• **Een bij de zorg betrokken arts**

Als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is, kan hij bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan opnemen als een bij de zorg betrokken arts daarmee heeft ingestemd. Dit gaat om:

- Medisch of therapeutisch handelen
- Beperking van de bewegingsvrijheid
- Insluiting

Deze instemming moet ook gevraagd worden bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend.

De huisarts vervult deze rol.

• **Deskundige van een andere discipline**

Bij beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke overleggen met een deskundige van een andere discipline dan de zijne. Wie dat is laat de wet open.

De deskundige van een andere discipline heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke. Hij moet betrokken worden bij ieder besluit tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij ieder besluit tot verlenging van de termijn waarin die onvrijwillige zorg verleend kan worden.

Buiten de toepassingen waarbij een arts betrokken dient te zijn (medisch of therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting, wordt het volgende afgesproken:

Als de zorgverantwoordelijke een wijkverpleegkundige is kan de casemanager de rol van deskundige van een andere discipline op zich nemen of andersom. Ook andere disciplines als de psycholoog, Specialist Ouderengeneeskunde, POH-ouderen, ergotherapeut of andere (para-)medicus, psychiater of geriater. Deze betrokken deskundige dient wel ter zake deskundig te zijn.

- **Deskundige niet bij de zorg betrokken**

Deze deskundige heeft alleen een rol bij beslissingen over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend. Van hem wordt de frisse blik van een buitenstaander verwacht, die wellicht leidt tot nieuwe inzichten waardoor onvrijwillige zorg niet meer nodig is.

Deze deskundige heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke. De wet stelt als enige eis dat het om een deskundige gaat die niet bij de zorgverlening aan de cliënt is betrokken. Het mag dus iemand zijn met dezelfde functie als de zorgverantwoordelijke.

Een verpleegkundige uit een ander team of andere discipline kan deze rol op zich nemen.

- **Wzd functionaris**

De zorgverantwoordelijke moet een zorgplan waarin hij onvrijwillige zorg heeft opgenomen ter beoordeling voorleggen aan de Wzd-functionaris.

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

De Wzd-functionaris toetst het zorgplan niet alleen als de zorgverantwoordelijke opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan noodzakelijk vindt, maar ook bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.

De Wzd-functionaris moet deze rol onafhankelijk uitvoeren ten opzichte van de zorgorganisatie. Hij kan dus geen lid zijn van raad van bestuur van de organisatie waar hij als Wzd-functionaris werkzaam is. De Wzd-f is tevens verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.

Deze functie kan ingevuld worden door een Specialist ouderengeneeskunde of GZ-psycholoog. De Wzd-functionaris wordt vanuit de organisatie waar de zorgverantwoordelijke werkzaam is geleverd. In dit geval is inzage in de zorgdossiers conform de AVG (algemene verordening gegevensbescherming) geregeld.

<https://www.dwanginezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/profiel-wzd-functionaris>

- **Onafhankelijke deskundige**

Een onafhankelijke deskundige moet betrokken worden als het niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen zes maanden af te bouwen. Hij of zij heeft de rol van adviseur van de zorgverantwoordelijke. De onafhankelijke deskundige is een deskundige die niet bij de behandeling van de cliënt of de zorg aan de cliënt betrokken is.

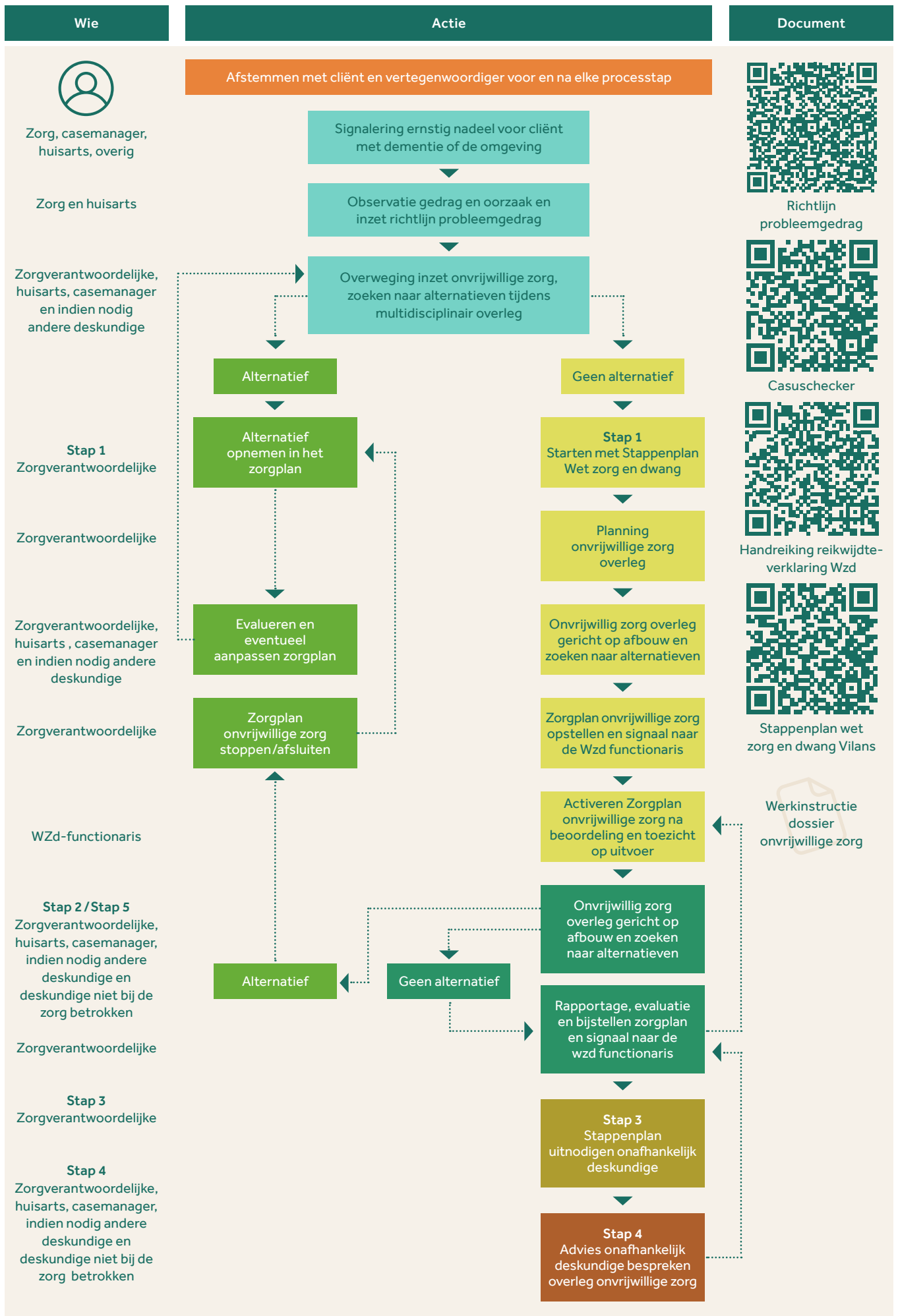
Deze functie kan ingevuld worden door een ter zake deskundige: specialist ouderen geneeskunde, GZ-psycholoog, Casemanager (mits verpleegkundige), verpleegkundige of psychiater. Hier zal een pool voor worden opgesteld.

De onafhankelijk deskundige wordt vanuit de organisatie waar de zorgverantwoordelijke werkzaam is geleverd. In dit geval is inzage in de zorgdossiers conform de AVG geregeld.

- **Rol van de cliënt of de vertegenwoordiger**

De zorgverantwoordelijke moet zich inspannen om instemming met het zorgplan te verkrijgen van de cliënt. Als de cliënt hierover zelf geen weloverwogen besluit kan nemen, is de instemming van diens vertegenwoordiger nodig.

De zorgverantwoordelijke moet de cliënt of zijn vertegenwoordiger in de gelegenheid stellen om deel te nemen aan de (multidisciplinaire bespreking of) het (uitgebreide) deskundigenoverleg dat plaatsvindt over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.



Afwijken van het stappenplan is mogelijk indien redelijk beargumenteerd en vastgelegd in het dossier.