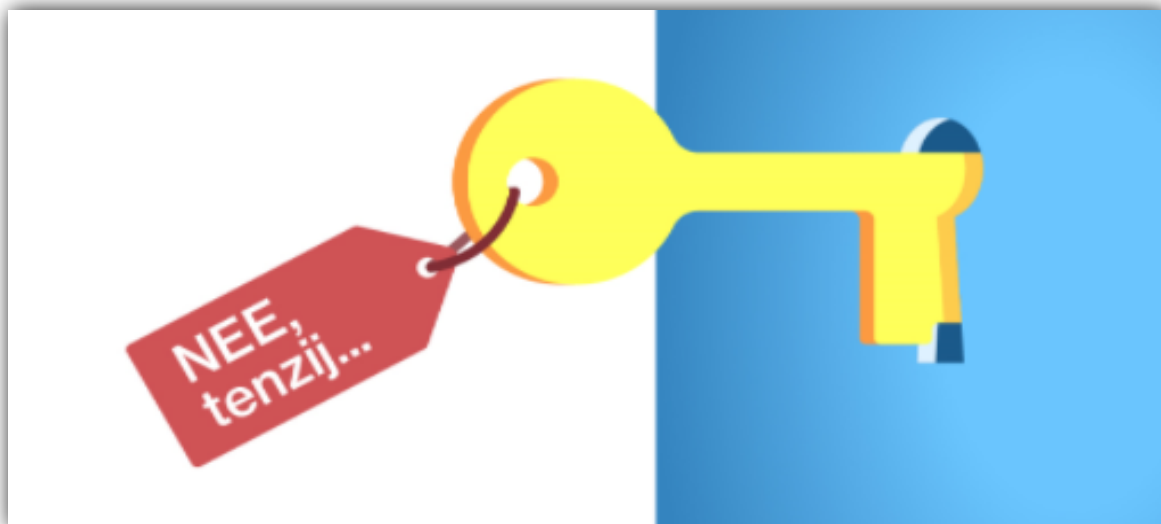


Bevindingen & Advies Praktijktuin Wzd voor cliënten in de eerstelijns Regio Noord-Limburg

December 2022



Colofon

- Projectnaam: Praktijktuin Wzd voor cliënten in de eerstelijns Regio Noord-Limburg
- Opdrachtgever: Stuurgroep Ketenzorg Noord-Limburg
- Opdrachtnemer Praktijktuin: Lisette Dickhoff-Evers
- Projectgroep:
 - Jolanda Janssen (Projectleider Praktijktuin ambulante Wzd regio Noord-Limburg)
 - Lisette Dickhoff-Evers (voorzitter Praktijktuin ambulante Wzd regio Noord-Limburg / Ketenregisseur Hulp bij Dementie Noord-Limburg)
 - Rose-Marie Prevoo (Wzd functionaris en kaderarts eerstelijns De Zorggroep)
 - Cristhel Janssen (Verpleegkundig Specialist huisartsenpraktijk Nieuw Huys Horst aan de Maas)
 - Miranda Fleuren (Wzd deskundige/verpleegkundige en Projectleider Wzd De Zorggroep)
 - Renee van den Kroonenberg (Wzd deskundige/verpleegkundige en voormalig wijkverpleegkundige De Zorggroep)

Vooraf

Doel van de landelijke regiegroep Extramuraal Wet zorg en dwang (Wzd) was om de implementatie van de Wzd voor cliënten in de 1^e lijn een stevige impuls te geven. Daarom zijn eind 2021 6 praktijktuinen van start gegaan in Nederland met als einddatum 31 december 2022. Inmiddels zijn we een jaar verder en lopen de Praktijktuinen op het eind.

In de 'Invitational conference' op 24 november jl. zijn de bevindingen van de 6 Praktijktuinen gedeeld. Mede op basis van de bevindingen heeft de landelijke regiegroep een vervolg agenda gemaakt voor de ambulante Wzd: Verbreden, verdiepen en verder, zie bijlage A 'Agenda voor de ambulante Wzd'.

In de volgende paragrafen staan de opdracht en bevindingen van de Praktijktuin ambulante Wzd regio Noord-Limburg centraal, inclusief een advies voor het vervolg.

Ons vertrekpunt was 'Niemand weet precies hoe extramuraal met de Wzd om te gaan, terwijl de praktijk laat zien dat er binnen de 1^e lijn onvrijwillige zorg verleend wordt'. Onderzoek (AWO) bevestigt dat er veel onvrijwillige zorg bij thuis wonende mensen met dementie voorkomt.

Met een Brainstormgroep en een Adviesgroep, beiden bestaande uit een vertegenwoordiging van een groot aantal organisaties, zijn we in gesprek gegaan over de Wzd. Vervolgens zijn in subgroepen de onderwerpen 'Voorkomen van onvrijwillige zorg' en 'Multidisciplinaire samenwerking & rollen' uitgediept, waarbij de uitkomsten zijn voorgelegd aan de Adviesgroep.

Voor de deelnemende organisaties en medewerkers, zie bijlage B.

De bevindingen uit de Praktijktuin laten zien dat we nog stappen te zetten hebben om de ambulante Wzd te verankeren in onze zorgverlening aan cliënten in de regio's Noord- en Midden-Limburg. Centraal hierin staat 'bewustzijn' ... 'als je het ziet, begrijp je het'. Preventie van onvrijwillige zorg begint dan ook met herkennen/signaleren.

De praktijktuin geeft ons hiervoor een handreiking.

Vooruitlopend op de bevindingen en het advies is het goed om ook even stil te staan bij wat de Praktijktuin het afgelopen jaar gebracht heeft:

- Inzicht is gekregen in de Wzd: wat deze inhoud, wie een rol heeft of zou moeten hebben in het signaleren, voorkomen en toepassen van onvrijwillige zorg en hoe er in de eerstelijns inhoud aan kan worden gegeven;
- Ook zien we dat we al diverse zaken doen die passend zijn en waarop voor de Wzd de aansluiting gemaakt kan worden;
- Een enorme vergroting van het bewustzijn bij de betrokken professionals waardoor nieuwsgierigheid gewekt is en medewerkers anders zijn gaan kijken en luisteren;
- Mooie gesprekken in de keten hebben plaatsgevonden en ervaren is dat afstemming in de keten waarde toevoegt voor de cliënt/naasten én de professionals;
- Waarbij de Wzd een aanjager kan zijn voor de samenwerking in de keten én daarmee voor het versterken van goede ambulante netwerkzorg.

Het voorgaande heeft ertoe geleid dat met veel positieve energie de praktijktuin vorm heeft gekregen. Met als concrete reactie 'ik krijg er steeds weer meer energie van om stappen te ondernemen om conform de wet te gaan werken/denken'.

Projectgroep Praktijktuin Wzd in de 1^e lijn Regio Noord-Limburg
19-12-2022

Inhoudsopgave

1. Opdracht & doel praktijktuin	4
1.1 Stip op de horizon (gewenste toekomstige situatie)	4
1.2 Opdracht	4
1.3 Afbakening opdracht	4
2. Bevindingen praktijktuin	5
2.1 Huidige invulling (on-)vrijwillige zorg	5
2.2 Effect praktijk op invulling (on-)vrijwillige zorg	5
2.3 Bevindingen inzake de Wzd in de eerstelijns	6
2.4 Concreet in relatie tot het proces dat de cliënt met dementie doorloopt	7
2.5 Rollen binnen de Wzd	9
2.6 Het meenemen en betrekken van de huisartsen in de Wzd	9
2.7 Bekostiging	10
2.8 De Wet en het toetsingskader	10
2.9 Waar we tegen aan lopen	10
2.10 Welke oplossingen zien we	11
2.10.1 Meenemen alle betrokkenen in Wzd en enthousiasmeren om mee te doen	11
2.10.2 Vergroten bewustzijn, leren herkennen onvrijwillige zorg en alternatieven, versterken	12
analysevaardigheden	12
2.10.3 Organiseren multidisciplinaire samenwerking	12
3 Advies Vervolg	13
Bijlage A: Agenda voor de ambulante Wzd (landelijk)	14
Bijlage B: Betrokken organisaties	15
Bijlage C: Voorstel inregeling van de Wzd rollen in de eerste lijn	16
Bijlage D: Stroomschema onvrijwillige zorg	21
Bijlage E: Zakkaartje Wzd in de eerstelijns zorg	22

1. Opdracht & doel praktijktuin

1.1 Stip op de horizon (gewenste toekomstige situatie)

Op een pragmatisch, efficiënte wijze en in de geest van de Wet uitvoering geven aan de Wzd voor cliënten in de 1^e lijn:

- We voorkomen zoveel mogelijk onvrijwillige zorg thuis¹.
- Als onvrijwillige zorg de beste optie voor de cliënt is, passen we deze thuis proportioneel, subsidiair en effectief toe.
- Duidelijk is wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft; afspraken zijn gemaakt over de werkwijze en de samenwerking binnen de keten.

1.2 Opdracht

In beeld brengen van:

1. Hoe wij nu invulling geven aan (on-)vrijwillige zorg en wat we al doen in de geest van de wet.
2. Waar we in de praktijk tegenaan lopen, hoe we hier mee omgaan en welke oplossingen we zien.

Waarbij we eind 2022 inzichtelijk willen hebben:

- a. Hoe we het bewustzijn én de kennis over het voorkomen van onvrijwillige zorg, inclusief de inzet van veilige alternatieven, kunnen vergroten.
- b. Hoe we het bewustzijn én de kennis over het volgens de regels van de Wet toepassen van onvrijwillige zorg kunnen vergroten.
- c. Hoe we de rollen het beste kunnen beleggen en hoe dit kan binnen de huidige² formatie.
- d. Welke samenwerkingsverbanden in de keten nodig zijn en hoe we deze werkbaar en efficiënt vorm kunnen geven.
- e. Hoe we de cliëntvertrouwenspersoon kunnen betrekken en in beeld kunnen brengen bij de cliënt, diens naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger.
- f. Hoe we het goed vastleggen van onvrijwillige zorg in de zorgplannen kunnen versterken en de administratie efficiënt kunnen inrichten.
- g. Wat wenselijk is inzake bekostiging.
- h. Hoe evaluatie en borging ingericht kan worden.

Op basis van de inzichten die we opdoen, leveren we eind 2022 concreet op:

1. Een weergave van hoe wij nu in de regio voor cliënten in de 1^e lijn invulling geven aan (on-)vrijwillige zorg en wat we al doen in de geest van de wet.
2. Een voorstel voor het vervolg met concrete acties voor de Regio Noord-Limburg op basis waarvan we in de toekomst voor cliënten in de eerstelijns zorg onvrijwillige zorg zoveel mogelijk kunnen voorkomen en als we toch onvrijwillige zorg inzetten deze conform de Wet kunnen inzetten.

1.3 Afbakening opdracht

De praktijktuin focust zich op cliënten in de 1^e lijn rondom de huisartsenpraktijk Nieuw Huys in de gemeente Horst aan de Maas en betreft de uitwerking van de Wzd voor cliënten met dementie in verschillende stadia. De bevindingen uit de Praktijktuin vormen de basis voor de doorvertaling voor cliënten met gelijkgestelde aandoeningen en cliënten met een verstandelijke beperking.

¹ Inclusief particuliere zorgaanbieders

² Door bestaande formatietekorten en krapte op de arbeidsmarkt achten wij het niet reëel dat in de praktijk meer formatie beschikbaar komt. Daarom gaan wij er van uit dat het binnen de bestaande formatie moet passen.

2. Bevindingen praktijktuin

2.1 Huidige invulling (on-)vrijwillige zorg

In de eerste lijn is nog een grote stap te zetten voor de Wzd. Belangrijkste bevindingen:

- Kennis van c.q. bewustzijn van de Wzd is veelal nog ontoereikend in de eerstelijns (over de gehele keten), dit betreft:
 - Het doel en de inhoud van de wet;
 - De rollen;
 - Alternatieven, hulpmiddelen en tools.
- Onvrijwillige zorg wordt dan ook nog maar beperkt herkend en daarmee voorkomen (onbewust onbekwaam: 'Wij bieden geen onvrijwillige zorg').
- De Wzd is nog niet geïntegreerd in de gecoördineerde netwerkzorg; binnen de huidige netwerkzorg is de Wzd als het ware nog nauwelijks een onderwerp, ook zijn de rollen nog niet belegd. De huisartsen conformeren zich nog altijd aan het standpunt van de LHV; Verenso volgt dit nog altijd.
- Onvrijwillige zorg wordt veelal nog niet vastgelegd, ook het stappenplan wordt nog niet doorlopen; dit is ook nog niet ingebed in het proces en systemen.
- Thuiszorgmedewerkers en Trajectbegeleiders zoeken echter wel snel en actief de samenwerking op met de POH-ouderenzorg/Huisarts en eventuele andere betrokkenen rondom de cliënt als er iets speelt. Ook overleggen en evalueren zij dan vaak met collega wijkverpleegkundigen, trajectbegeleiders, de Specialist ouderengeneeskunde (SO) of de psycholoog. Dit betreft veelal de reguliere zorg en gedrag van cliënten en niet expliciet (het voorkomen van) onvrijwillige zorg.
- De werkwijze rondom IBS/RM is goed ingeregeld in de regio door de samenwerking tussen de organisaties binnen de VVT en GGZ.

Samenvattend:

- Onvrijwillige zorg wordt veelal nog niet herkend; het beeld binnen de keten is dat er nauwelijks onvrijwillige zorg geboden wordt. Uit het proefschrift van Dr. A.M. Mengelers blijkt de praktijk anders te zijn³. Dit is ook ons eigen beeld naar aanleiding van de Praktijktuin.
- Onvrijwillige zorg is niet/nauwelijks ingebed in werkwijzen en (bestaande multidisciplinaire) overleggen.
- De huidige aandacht voor persoonsgerichte zorg/positieve gezondheid en de huidige aanwezige multidisciplinaire samenwerking/netwerken vormen een mooie voedingsbodem om de Wzd in de eerste lijn te verankeren. Het bewustzijn over de Wzd en hoe hieraan invulling te geven zal hiertoe versterkt moeten worden.

2.2 Effect praktijktuin op invulling (on-)vrijwillige zorg

Tijdens de praktijktuin is de kennis over de Wzd bij betrokkenen rondom de Huisartsenpraktijk Nieuw Huys in Horst aan de Maas flink vergroot. Tevens is de Wzd onderdeel gaan uitmaken van de multidisciplinaire samenwerking, waarbij afspraken zijn gemaakt over de rollen. Dit heeft geleid tot een enorme toename van de bewustwording. Daarnaast is de bewustwording onder de trajectbegeleiders in de regio Noord-Limburg flink vergroot.

³ Proefschrift: "To risk or to restrain? 2021, van A.M. Mengelers van de Academische werkplaats Limburg ouderenzorg. Uit wetenschappelijk onder 844 cliënten (Belgie 217, Nederland 627) blijkt:

Ovz wordt thuis toegepast bij :

- 40% van mensen met een cognitieve beperking
- 51% van mensen met een dementie

Typen onvrijwillige zorg die wordt toegepast :

- 83% gedwongen zorg (m.n. verdeckte medicatie)
- 41% gedragsbeïnvloedende medicatie (niet gespecificeerd binnen/ buiten richtlijn)
- 19% vrijheidsbeperking (denk aan kuipstoel, bedrek e.d.)

Door wie wordt de ovz toegepast?

- In 74% door mantelzorgers
- In 58% door verzorgenden

Hiermee is het voorkomen van onvrijwillige zorg en het proportioneel, subsidiair en effectief toepassen van onvrijwillige zorg een thema geworden binnen het bieden van de zorg. Dit moet echter nog versterkt worden. En door de minimale ervaring is begeleiding nodig bij het bespreken van casuïstiek waarbij eventueel onvrijwillige zorg speelt.

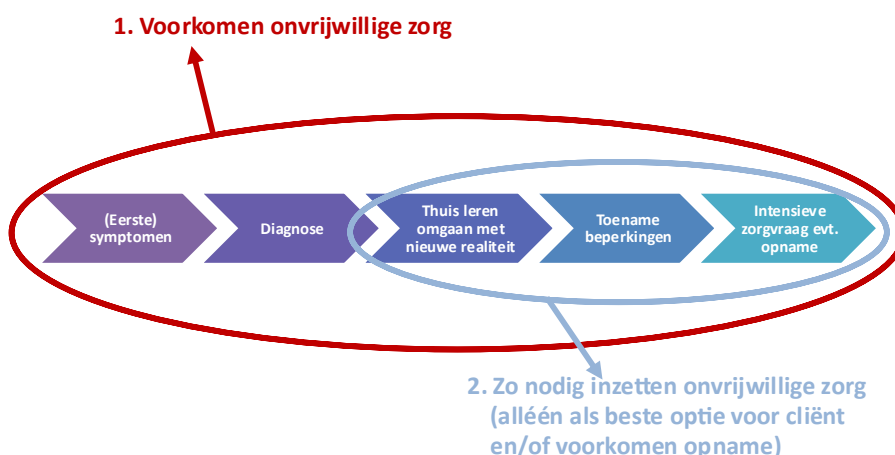
Bovendien wordt dit thema nog onvoldoende ondersteund door structurele afspraken binnen de keten en ICT. Daarnaast vormt de bekostiging nog een vraagstuk.

2.3 Bevindingen inzake de Wzd in de eerstelijns



- Goede Wzd-zorg is onderdeel van de reguliere en persoonsgerichte zorg en overlapt hiermee.
- Waar bij aanvang van de praktijktuin de focus lag op het toepassen van onvrijwillige zorg (inclusief het volgen van het stappenplan), werd al snel duidelijk dat het voorkomen van onvrijwillige zorg een minstens zo belangrijke opgave is.

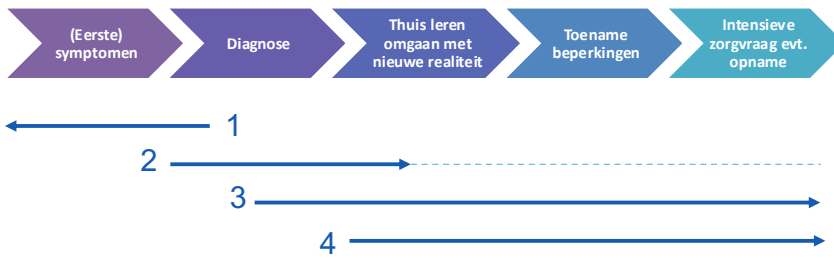
Wzd én cliëntreis dementie



- Het voorkomen van onvrijwillige zorg speelt gedurende de gehele cliëntreis.
- Het inzetten van onvrijwillige zorg kan formeel (volgens de Wet) van toepassing zijn vanaf het moment dat de diagnose dementie gesteld is. Als er een reëel vermoeden is op dementie kan vanuit de geest van de wet echter eerder sprake zijn van onvrijwillige zorg (dit valt dan onder de Wgbo i.p.v. onder de Wzd).

Cruciaal in kader Wzd

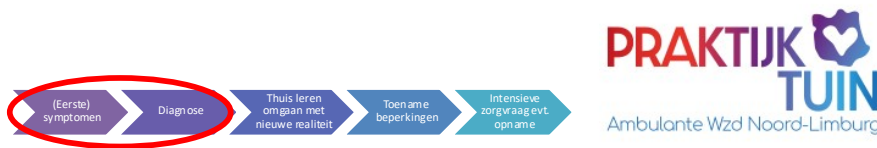
*Cliëntreis Dementie
(vergelijkbaar voor de andere aandoeningen)*



1. Vroegsignalering dementie
2. Je cliënt leren kennen én begrijpen (dynamisch)
3. Onvrijwillige zorg herkennen, kennen alternatieven, eigen referentiekader opzij zetten én cliënt echt centraal zetten
4. Als onvrijwillige zorg: veilig, verantwoord en proportioneel toepassen

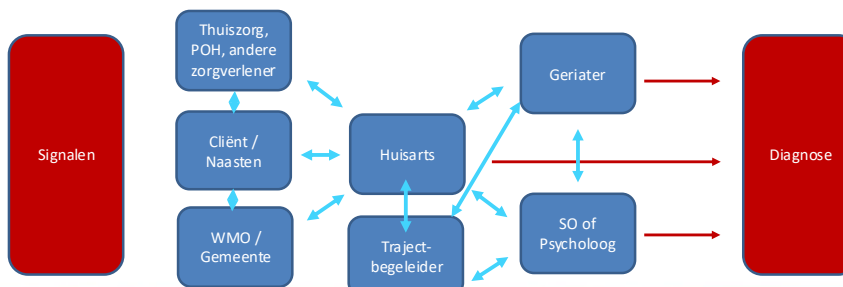
- Cruciaal is het leren kennen én daardoor begrijpen van de cliënt. Weten hoe een cliënt is én was. In dat kader is vroegsignalering van belang; zodat met de cliënt zelf tijdig zaken besproken kunnen worden. Door de cliënt te begrijpen kan frustratie/onbegrip makkelijker voorkomen worden.
- Daarnaast blijft het herkennen van onvrijwillige zorg en verzet cruciaal, inclusief het kunnen inzetten van alternatieven. Dit vraagt ook het echt vanuit het perspectief de cliënt handelen.

2.4 Concreet in relatie tot het proces dat de cliënt met dementie doorloopt



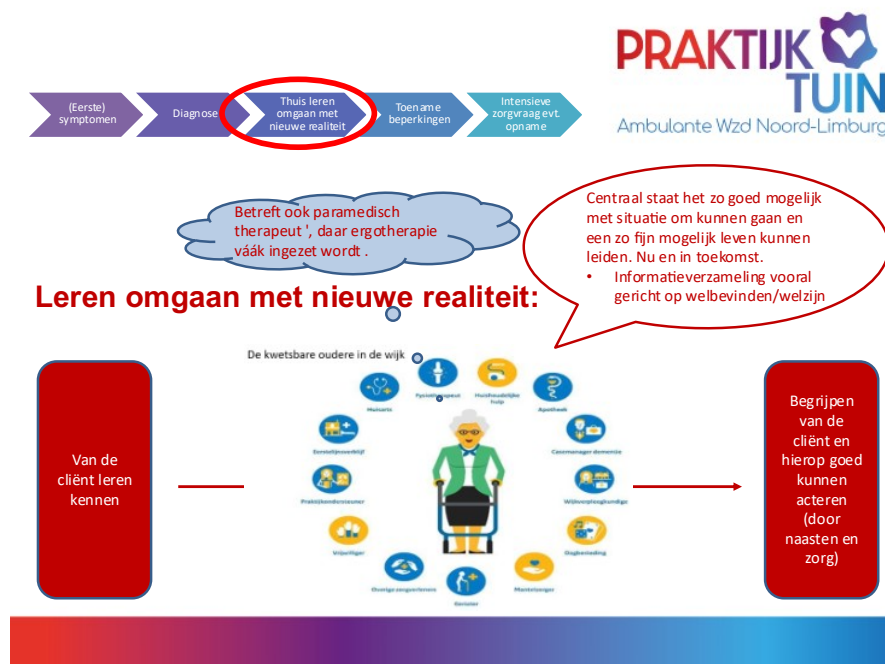
- Het stellen van de diagnose staat centraal:
- Informatieverzameling is gericht op diagnose
 - Breder informatie over de cliënt is deels al bekend / wordt deels opgehaald

Van signaleren naar diagnose:



Fases tot en met de diagnose:

- Centraal staat het herkennen, signaleren en het zo vroeg mogelijk bespreekbaar maken door de omgeving met de cliënt en vervolgens met de huisarts of POH-ouderenzorg.
- Afstemmen tussen de bij de cliënt betrokken organisaties en informatie verzamelen en delen. Met focus op de informatie om te komen tot een diagnose.
- De huisarts wijst de cliënt veelal op de Trajectbegeleider. Na inzet van een Trajectbegeleider wordt deze betrokken bij 'het onderzoek'. Waar nodig verdiept de Trajectbegeleider het onderzoek voor de huisarts, geriater, SO of psycholoog op basis waarvan tot een diagnose gekomen kan worden.
- De afstemming om tot een diagnose te komen is ingebed in reguliere werkwijzen, inclusief het delen van informatie. Een arts stelt de diagnose.



Fase Thuis leren omgaan met de nieuwe realiteit:

- Het goed leren kennen én vooral het leren begrijpen van de cliënt staat centraal.
- Hiervoor is een uitgebreide anamnese nodig.
- De cliënt over zichzelf laten vertellen en als de tijd rijp is meenemen in wat dementie (op termijn) met een mens doet. En de vertaalslag maken voor deze cliënt. Met focus op zelf zo lang mogelijk regie houden en welbevinden.
- Een goede afstemming met de WMO/Gemeente wordt gemist. Beeld is dat de informatieverzameling door de zorg en de WMO 'dubbel' is en dat het in het kader van de cliënt leren kennen waardevol is om tot een gemeenschappelijk beeld te komen. Tevens kan dan afgestemd worden over de benodigde inzet van zorg.
- In deze fase is er bovendien nog een slag te maken. Vanuit de 'zorg' kabbelt het nog vaak voort totdat er problemen ontstaan; voor de cliënt staat de wereld echter meteen op zijn kop.
- Daarnaast is het gewenst om de cliënt en zijn/haar naasten/mantelzorgers vanaf deze fase te informeren over onvrijwillige zorg, de cliëntenvertrouwenspersoon en wat te doen bij klachten.



Leven met dementie / omgaan met beperkingen:

Betreft ook paramedisch therapeut', daar ergotherapie vaak ingezet wordt.

Het begrijpen van en goed acteren op de cliënt staat centraal:

- Informatieverzameling gericht op welbevinden/welzijn (dynamisch)



Fase Toename beperkingen en Intensieve zorgvraag):

- De cliënt blijven begrijpen staat centraal (dynamisch) en hierop inspelen.
- Gericht op het bieden van goede zorg:
 - Zoveel mogelijk vrijwillig, als toch onvrijwillig proportioneel, subsidiair en effectief.
 - Zo lang mogelijk thuis.

Om het voorgaande te kunnen realiseren zijn de samenwerking in de keten/het bieden van netwerkzorg én het (makkelijk en veilig) delen van informatie cruciaal.

2.5 Rollen binnen de Wzd

Uitvoering geven aan de Wzd in de eerstelijns vraagt multidisciplinair samenwerken. De Wzd-rollen zijn bovendien voor de kleinere organisaties lastig te realiseren. In verband met beschikbare expertise en capaciteit én efficiency is het advies om:

- In het kader van het beleggen van de Wzd-rollen nader samen te werken.
- Het huidige Wzd-Regioloet⁴ uit te breiden met een 'Wzd Eerstelijns Team'. Het 'Wzd Eerstelijns Team' bekleedt Wzd rollen die kunnen worden ingehuurd voor hun expertise en bestaat uit minimaal Wzd-functionarissen en Wzd-verpleegkundigen.
- Het 'Wzd Eerstelijns team' samen te stellen uit medewerkers van de 3 grote VVT organisaties in de regio, omdat zij veel expertise en kennis hebben van de Wzd en de inzet/afbouw van onvrijwillige zorg. In bijlage C is het voorstel voor de inregeling van de Wzd rollen opgenomen. In bijlage D is het stroomschema onvrijwillige zorg opgenomen.

2.6 Het meenemen en betrekken van de huisartsen in de Wzd

De rol van de huisarts blijkt bij de uitvoering van de Wzd veel minder belastend te zijn dan aanvankelijk verwacht. Vooral de reguliere rol van de huisarts is belangrijk in het voorkomen van onvrijwillige zorg. Hiermee zijn de huisartsen ondersteunend in het voorkomen van onvrijwillige zorg.

In samenwerking en overleg met Cohesie is duidelijk geworden dat de huisartsen zich houden aan het

⁴ Het Wzd-regioloet is een onderdeel van Zorgconnect (samenwerkingsverband voor goede ouderenzorg). Het loket heeft al een regionaal Wzd-beleid. Daarnaast zijn er afspraken betreft de omgang met RM/IBS en kunnen ze een onafhankelijk deskundige aanbieden voor de VVT organisaties die al betrokken zijn. Dit zijn er in totaal 7.

standpunt van de LHV. Onbegrepen gedrag bij personen met dementie en de Wzd zijn bovendien maar een klein onderdeel van de vele taken van een huisarts.

Het is belangrijk om de huisartsen te betrekken, mee te nemen en te stimuleren door de eigen omgeving. Bij voorkeur door laagdrempelig overleg/contact tussen huisarts, POH-ouderenzorg en SO is.

Om de huisartsen in de breedte mee te nemen is het advies om:

- Huisartsen te informeren en betrekken zonder te 'pushen'.
- De insteek vooral praktisch te houden en niet vanuit de wet. Concreet betekent dit:
 - Via de inhoud onvrijwillige zorg en de rol van de huisarts hierin in beeld brengen.
 - Benoemen waar het onvrijwillige zorg is en bespreken wat dit betekent; er wordt niet gesproken over het stappenplan en de wet.
 - De huisarts laten ervaren dat er voor de Wzd niet veel extra's van hen gevraagd wordt en het voor hen vooral onderdeel uitmaakt van de reguliere (netwerk)zorg die geboden wordt.
- Te starten met een multidisciplinaire scholing voor de huisartsenpraktijk Nieuw Huys in Horst aan de Maas als Zorgprogramma toetsgroep. De scholing is in het kader van het Zorgprogramma ouderenzorg en betreft het thema 'Inzet van psychofarmaca'. Op basis hiervan komt automatisch het thema onvrijwillige zorg aan bod.
- Vervolgens wordt de scholing opgenomen op de scholingsagenda van Cohesie. Hiermee wordt het format van de scholing aangeboden aan de andere huisartsenpraktijken.
- Tijdens de MDO's in het kader van het Zorgprogramma ouderenzorg benoemen en signaleren SO 's in de eerstelijns bewust onvrijwillige zorg voor ouderen met dementie.

Langzaam zal de olievlek zich uitbreiden binnen en naar andere huisartsenpraktijken. Dan ontstaat bewustzijn over onvrijwillige zorg en mogelijke interventies. Wat vervolgens ook ingezet kan worden voor jongere mensen met dementie.

2.7 Bekostiging

Er is nog geen duidelijkheid over structurele bekostiging. De NZa buigt zich momenteel over dit vraagstuk. Structurele bekostiging zal op zijn vroegst in 2024 in gaan.

2.8 De Wet en het toetsingskader

Voornemen is om de wet aan te passen. Dit betreft vooral de vaste momenten en de te betrekken professionals/deskundigen. Dit zorgt voor meer flexibiliteit.

Daarnaast heeft de IGJ het toetsingskader in 2022 vereenvoudigd. Centraal staat:

- Persoonsgerichte zorg. De cliënt voert, binnen zijn mogelijkheden, zelf regie over zijn leven. Daarnaast is de rechtspositie van de cliënt geborgd.
- Deskundige zorgverleners:
 - Zorgverleners zijn bekwaam om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen.
 - De zorgverantwoordelijke voert zijn wettelijke taken en verantwoordelijkheden uit (het stappenplan).
- Sturen op kwaliteit en veiligheid. De zorgaanbieder:
 - Die onvrijwillige zorg verleent beschikt over een beleidsplan Wzd.
 - Stimuleert vrijwillige zorg en bewaakt, beheerst en vermindert systematisch onvrijwillige zorg.
 - Voldoet aan de randvoorwaarden voor het naleven van de Wzd.
 - Zorgt ervoor dat de Wzd-functionaris erop toeziet dat de Wzd op de juiste manier wordt toegepast.

2.9 Waar we tegen aan lopen

- Beperkte kennis en bewustzijn over onvrijwillige zorg, de effecten daarvan op de zorgvraag en wat er voor nodig is om onvrijwillige zorg te voorkomen en proportioneel, subsidiair, doelmatig toe te passen.
- Onvoldoende kennen van cliënten, inclusief hiervoor de tijd/ruimte te nemen. Bovendien wordt de ervaring opgedaan bij cliënt A vaak 'klakkeloos' ingezet bij cliënt B; los van of dit aansluit op cliënt B.
- Onvoldoende bekendheid met de Cliëntenvertrouwenspersoon bij de professional en daarmee het onvoldoende informeren van cliënten/naasten over de Cliëntenvertrouwenspersoon.

- Wzd maakt veelal nog geen onderdeel uit van het professioneel handelen en daarmee ook nog niet van de samenwerking in de keten/netwerkzorg.
- Het standpunt van de LHV.
- De problemen rondom de informatiedeling.
- De bekostiging.

2.10 Welke oplossingen zien we

Om onvrijwillige zorg te voorkomen en onvrijwillige zorg proportioneel, subsidiair en effectief in te kunnen zetten in de regio en dit te verankeren is een vervolg op de praktijktuin nodig. De belangrijkste actiepunten voor het vervolg zijn hieronder in drie thema's weergegeven.

To do's



1. Meenemen alle betrokkenen in Wzd en enthousiasmeren om mee te doen	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting • Kennissessies / Opleiding
2. Vergroten bewustzijn / leren herkennen onvrijwillige zorg en alternatieven / Versterken analysevaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> • Kennissessies / Opleiding • Casuïstiekbespreking / Intervisie • MDO's • Moreel beraad
3. Organiseren multidisciplinaire samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> • Bij elkaar brengen netwerk • Inrichten samenwerking: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rollen ✓ Regioloket • Delen informatie / Leveren goede zorg

2.10.1 Meenemen alle betrokkenen in Wzd en enthousiasmeren om mee te doen

Betrokkenen in de keten zullen op de eerste plaats meegenomen moeten worden in de Wzd. De Wzd is in de eerste lijn nog te onbekend. Vooral het voorkomen van onvrijwillige zorg kan veel 'ellende' in de zorg voorkomen. Dit geeft bovendien maximaal invulling aan persoonsgerichte zorg.

Naast mensen in de uitvoering van de zorg, cliënten en naasten is het belangrijk om ook bestuur en directie mee te nemen. Dit zodat ruimte ontstaat om alle betrokkenen mee te nemen, te enthousiasmeren en in stelling te brengen om invulling te geven aan de Wzd.

Acties

Ontwikkelen materialen voor voorlichting: presentaties/beperkte kennissessies voor de doelgroepen en een informatiebrochure voor cliënten en hun naasten.	Nog te ontwikkelen
Multidisciplinaire scholing voor de huisartsenpraktijk Nieuw Huys in Horst aan de Maas als Zorgprogramma toetsgroep.	Is in ontwikkeling / nog afronden
Opzet/presentatie om de SO's mee te nemen in de Wzd en in hun rol naar de huisarts te zetten.	Is in ontwikkeling / nog afronden

Van belang tijdens de implementatie:

- In beeld brengen omgeving: zorgnetwerk / sociale kaart en in hoeverre het thema onvrijwillige zorg hierin is ingebed.
- Gericht geven van voorlichting aan de diverse doelgroepen (o.b.v. in beeld brengen omgeving).
- Informeren en betrekken van huisartsen.

2.10.2 Vergroten bewustzijn, leren herkennen onvrijwillige zorg en alternatieven, versterken analysevaardigheden

Het bewust zijn van onvrijwillige zorg moet vergroot worden waardoor onvrijwillige zorg herkend en voorkomen wordt. In dit kader is het zeer belangrijk dat een goede analyse van de situatie wordt gemaakt. Bewust zijn van onvrijwillige zorg ontstaat niet in een enkele kennissessie. Dit vraagt het doorleven van de problematiek, elkaar opzoeken en sparren en het van elkaar leren. Casuïstiekbespreking, MDO's, moreel beraad zijn daarom noodzakelijk om het bewustzijn, de kennis en de vaardigheden te vergroten. Om onvrijwillige zorg en mogelijkheden om dit te voorkomen te zien is het cruciaal om bijvoorbeeld een Wzd deskundige aan te laten sluiten bij deze besprekingen en de rol van 'luis in de pels' te geven. Zij kunnen zorgen voor de beweging van 'onbewust onbekwaam' naar 'bewust onbekwaam/bekwaam'.

Acties

Formulier anamnese bepalen/vaststellen	Keuze maken en eventueel optimaliseren
Definitief maken/doorontwikkelen opleiding/kennissessie	Nagenoeg gereed / nog afronden
Definitief maken scholing voor huisartsenpraktijken en opnemen in scholings-agenda Cohesie	Af ronden na scholing huisartsenpraktijk Nieuw Huys in Horst aan de Maas
Leidraad casuïstiekbespreking / intervisie definitief maken	Nagenoeg gereed / nog afronden
Leidraad inbedden onvrijwillige zorg in MDO's definitief maken	Nagenoeg gereed / nog afronden
Inrichten moreel beraad	Nog te ontwikkelen
Maken zakkaartje 'Wzd in de eerstelijns zorg'	Gereed (zie bijlage E)

Van belang tijdens de implementatie:

- Scholingen multidisciplinair aanbieden aan de participerende organisaties in de regio (door Regioloket; zie paragraaf 2.10.3). Centraal in de opleiding staan: het door medewerkers herkennen en voorkomen van onvrijwillige zorg, methodische analyse etc. én de rol die zij hierin spelen.
- Bij participerende organisaties o.l.v. een Wzd-verpleegkundige MDO's organiseren waarbij de nadruk ligt op cliëntgerichte zorg en evt. onvrijwillige zorg.
- Faciliteren casuïstiekbespreking.
- Faciliteren moreel beraad.
- Iedere medewerker het zakkaartje 'Wzd in de eerstelijns zorg' aanreiken, zie bijlage E.

2.10.3 Organiseren multidisciplinaire samenwerking

Het is cruciaal om de multidisciplinaire samenwerking in te regio te benutten of in te richten en hier het thema onvrijwillige zorg in te bedden. Dit betreft het beleggen van de rollen en de uitbreiding van het Wzd-regioloket voor de Wzd in de eerste lijn en het maken van structurele werkafspraken.

Het delen van informatie is hierbij een extra uitdaging, voorlopig zal voor een pragmatische insteek gekozen moeten worden.

Acties

Inbedden thema onvrijwillige zorg én de rollen in het netwerk	Zie 2.10.2
Maken en vastleggen structurele werkafspraken	Nog te ontwikkelen
'Voorstel inregelen Wzd rollen' definitief maken en voorleggen ter besluitvorming	Nagenoeg gereed / nog afronden
Uitbreiden activiteiten Wzd Regioloket voor de eerste lijn door een Wzd eerste-lijnteam samen te stellen (Wzd-functionarissen en Wzd-verpleegkundigen)	Nog te ontwikkelen (zie bijlage C)
Ontwikkelen procedures en beleid door het Wzd Regioloket om het Wzd Eerste-lijns Team te kunnen laten functioneren	Nog te ontwikkelen
Onderzoeken best passende mogelijkheid informatiedeling binnen het netwerk (aan de hand van de handreiking van het landelijk overleg praktijktuinen) en de informatiedeling hierop inrichten.	Nog te ontwikkelen

Van belang tijdens de implementatie:

- Onvrijwillige zorg inbedden in het netwerk (zie de paragrafen 2.10.1 en 2.10.2).
- Participerende organisaties informeren over en enthousiasmeren voor de inzet van het Wzd Regioloket in de eerste lijn.

3 Advies Vervolg

Implementatie van de Wzd in de eerste lijn is maatwerk, zie tevens de animatie van Vilans

<https://youtu.be/LdmMCsMaYEg>. Daarnaast vraagt de implementatie een andere blik. Dat betekent dat de implementatie aandacht en een langere adem vergt.

Vooraf de acties uitbreiden Regioloket voor de eerste lijn (inclusief het hierop inrichten van het Regioloket) en de informatiedeling binnen het netwerk uit de paragraaf 2.10.3 vergen nog ontwikkelingstijd. Daarnaast zal dit nog in de praktijk getoetst moeten worden. Dit laatste geldt ook voor het meenemen van de huisartsen (paragraaf 2.10.1).

Advies voor de implementatie is om:

- De implementatie te starten met een pilot van ongeveer 6 maanden in de gemeente Horst aan de Maas waarin de punten in de paragrafen 2.10.1 t/m 2.10.3 in de praktijk worden gebracht.
- Alle organisaties in Horst aan de Maas die de Wzd willen uitvoeren inclusief huisartsenpraktijken, te informeren via een aftrapbijeenkomst. Deze organisaties worden persoonlijk geholpen met de opstart van het uitvoeren van de Wzd door een Wzd-verpleegkundige/Wzd-functionaris.
- De pilot te evalueren en op basis hiervan eventueel de implementatie aan te scherpen.
- Vervolgens de implementatie in de rest van Noord-Limburg en Midden-Limburg te laten plaatsvinden.
- Bekostiging te organiseren via een subsidie.
- De projectgroep aan te houden en uit te breiden met leden van andere organisaties.
- De Adviesgroep aan te houden en te betrekken bij de pilot en de uitgebreide implementatie.
- Parallel aan de pilot de zorgorganisaties/professionals in Noord- en Midden-Limburg informeren over de uitkomsten van de Praktijktuin en het vervolg en middelen uit de Praktijktuin alvast beschikbaar stellen.

Na een positieve besluitvorming wordt het implementatieplan concreet uitgewerkt.

Met acties in de paragrafen 2.10.1 t/m 2.10.3 wordt gestreefd om de onderstaande doelstellingen te behalen. Hierbij is rekening gehouden met de punten waar we tegenaan lopen (zie paragraaf 2.9).

Vooruitblik: Aan het einde van 2025...

- Geven zorgorganisaties in Noord- en Midden-Limburg op een adequate wijze invulling aan de Wzd: ze voorkomen onvrijwillige zorg en er wordt alleen onvrijwillige zorg toegepast als het niet anders kan en dan wordt deze proportioneel, subsidiair en doelmatig toegepast.
- Herkennen zorgmedewerkers onvrijwillige zorg en verzet.
- Is kennis over de methodische analyse vergroot en wordt deze structureel toegepast in het zorgproces.
- Wordt onvrijwillige zorg voorkomen door de inzet van alternatieven: medewerkers raadplegen de Alternatievenbundel van Vilans en raadplegen eigen bronnen binnen hun organisatie.
- Hebben medewerkers kennis over het volgens de regels én geest van de Wet toepassen van onvrijwillige zorg.
- Wordt onvrijwillige zorg via de procedure (stappenplan) vastgelegd in het zorgplan.
- Wordt het belang van het leren kennen van de cliënt gezien en krijgt het de aandacht die nodig is in het zorgproces.
- Worden samenwerkingsafspraken optimaal ingezet en zo nodig aangepast, zodat onvrijwillige zorg wordt voorkomen en bij toepassing van onvrijwillige zorg proportioneel, subsidiair en doelmatig zijn.
- Is ICT ondersteunend bij het voorkomen van onvrijwillige zorg en het toepassen van onvrijwillige zorg.
- Zien huisartsen hun rol en geven daar invulling aan.

Bijlage A: Agenda voor de ambulante Wzd (landelijk)

Agenda voor de ambulante Wzd

Verbreden, verdiepen en verder

Met de Praktijktuinen Wzd zijn belangrijke stappen gezet bij het op de kaart zetten van de Wet zorg en dwang in de eerstelijnszorg. Belangrijk is om na de praktijktuinen een doorstart te maken, door integratie van beleid, door inzet op randvoorwaarden en door kennis te ontsluiten en het netwerk te verbreden en verdiepen.

Deze agenda bevat de bouwstenen en de principes die nodig zijn om de ambulante Wzd duurzaam en werkzaam te laten landen in de praktijk.

1. Naar een Wzd in *all policies*

De Praktijktuinen laten ons het belang zien van goede netwerkzorg voor kwetsbare ouderen in de wijk. Met aandacht voor preventie en vroegsignalering, en met ruimte voor inter- en multidisciplinair overleg tussen professionals. Goede netwerkzorg in de wijk staat met stip op een in veel beleidsagenda's, zoals in het Integraal Zorgakkoord of in het Nationale Dementieprogramma. Kunst is om de deze gelijkgerichte dossiers zo met elkaar te verknopen dat de implementatie van de ambulante Wzd meegaat met deze grote beleidsprogramma's: een Wzd in *all policies*.

2. Inzet op randvoorwaarden

Wet en regelgeving

Vertrouwen in professionele regie en zeggenschap van de cliënt is cruciaal voor goede uitvoering van de Wzd. Werken vanuit vertrouwen in professionals en met een beroep op hun deskundigheid brengt werkplezier terug. Wet- en regelgeving moet handlungsruimte geven aan professionals, goede zorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen is flexibele netwerkzorg op maat. De ontwikkeling van monodisciplinair werken naar flexibele samenwerkingen op maat komt dan tot zijn recht.

Financiering

Eenvoudig op- en afschalen zonder administratieve lasten maar met zorgvuldige mono- en multidisciplinaire wegomogelijkheden in tijd en beschikbaarheid van deskundigheid is cruciaal. Vertrouwen moet de basis zijn voor keuzes rond registratie en verantwoording. De financiering moet deze werkwijze ondersteunen en stimuleren.

Informatisering

De inzet van middelen en deskundigheid op de Wzd is vooral gericht op het inbouwen van de administratieve systeemeisen in de Ecd's zodat verantwoording kan worden ondersteund. De noodzaak ligt ook ergens anders: er is vooral grote behoefte aan eenvoudig informatie kunnen uitwisselen door en tussen professionals, door domeinen heen. Dit is het werkelijke vraagstuk van professionals in de uitvoering. De expertsessie Wzd die hierop een antwoord heeft proberen te formuleren constateert dat de onmogelijke opgave om tot eenvoudige informatie-uitwisseling tussen professionals te organiseren een veel breder vraagstuk voor de eerste lijn is. Dat moet worden geagendeerd en gefaciliteerd met deskundigheid en middelen.

3. Verbreden, verdiepen en verspreiden kennis over ambulante Wzd

Verder met het netwerk

De praktijktuinen hebben zichtbaar gemaakt dat het werken vanuit de geest van de wet waarde heeft voor langer thuis, voor anders professioneel handelen, voor leren en werkplezier samen met disciplines, voor goede zorg aan kwetsbare ouderen thuis. De tuinen hebben in beperkte omvang gewerkt aan methoden van ontwikkelen en implementeren, aan organiseren en aan samenwerken en leren. Een investering is nodig in opschaling van de geleerde praktijk en deze praktijk door ontwikkelen en ook overdraagbaar maken. Daarvoor is een doorstart van het Netwerk nodig waarbij ook andere koplopers gaan aansluiten.

Opschalen in de regio

Niet elk netwerk kan een eigen expertteam of triagepunt hebben. Niet elk team, of elke wijk kan een beroep doen op voldoende deskundigheid. Door op grotere schaal deskundigheden door domeinen heen te bundelen in een expertteam en deze te verbinden met een triagepunt bemenst door professionals organiseer je een back up voor elke professional of clientsituatie waar dat nodig is. De afspraken rondom toeleiding van cliënten naar andere zorg of inzet van deskundigheid vraagt heldere logistiek, een goede businesscase en verantwoordelijkheid van deelnemende partijen.

Bijlage B: Betrokken organisaties

Betrokken Organisaties	Projectgroep	Adviesgroep	Brainstormgroep en/of subgroep
Hulp Bij Dementie	X	X	X
Huisartsenpraktijk Nieuw Huys	X	-	X
Proteion		X	X
Land van Horne			X
De Zorggroep	X	X	X
Zorg Mies Horst			X
Mantelzorgmakelaar Horst			X
Adviespunt Zorgbelang / Burgerkracht Limburg (CVP)		X	X
Buurtzorg		X	X
Ik ben Liz		X	X
Lindezorg		X	X
Bergerbaan		X	X
Gooiendaag		X	X
Kr8 Horst			X
Alzheimer Noord-Limburg		X	
Veilig Thuis		X	X
Viecuri		X	
Cohesie		X	X
Gemeente Horst aan de Maas		X	
Home Instead		X	X
Ergotherapie Noord Limburg			X
Ouderenzorg Meerlo		X	X
Huisartsenpraktijk de Brink		X	X
Dagelijks leven			X
IT Psychologie			X

Bijlage C: Voorstel inregeling van de Wzd rollen in de eerste lijn

Elke organisatie is zelf verantwoordelijk betreft de omgang met onvrijwillige zorg en de Wzd. Om hier invulling aan te geven zijn er grofweg 3 opties:

- Een organisatie biedt geen onvrijwillige zorg.
- Een organisatie voert de Wzd volledig zelfstandig uit.
- Organisaties werken samen om de Wzd uit te kunnen voeren via het Regioloket.

Dit samenwerkingsverband staat hieronder verder uitgewerkt.

Wzd-Regioloket:

- Niet alle Wzd-rollen zijn te realiseren voor alle organisaties in de regio. Vooral voor de kleinere organisaties is dit lastig. Daarom is het voorstel om het huidige Wzd-Regioloket uit te breiden met een 'Wzd Eerstelijns Team'.
- Het 'Wzd Eerstelijns Team' bekleedt Wzd rollen die kunnen worden ingehuurd voor hun expertise en bestaat uit minimaal Wzd-functionarissen en Wzd-verpleegkundigen. Dit team wordt samengesteld uit medewerkers van de drie grote VVT organisaties in de regio, omdat zij de meeste expertise en kennis hebben van de Wzd, de inzet en afbouw van onvrijwillige zorg*.
- Organisaties (VVT en Huisartsenpraktijken) uit dezelfde regio kunnen zich aansluiten bij het Wzd-regioloket om een niet bij de zorg betrokken deskundige, onafhankelijk deskundige en/of een Wzd-functionaris in te huren wanneer ze die nodig hebben (=dienst).
- Voor het aanleveren van gegevens aan de IGJ kan het uniforme format worden gebruikt (nog te maken). Door gebruik te maken van een eenduidig format kunnen organisaties onderling gegevens vergelijken om van elkaar te leren.
- Overleg en evaluaties vinden digitaal (MSTeams/Webex) plaats waar het kan. In de beginfase om ervaring op te doen is het begrijpelijk dat vaker de cliënt wordt bezocht. Als er meer ervaring is zal dit mogelijk alleen nodig zijn bij complexe situaties.
- Bekostiging vindt plaats vanuit subsidiegelden vanuit Zorgconnect. In de toekomst wordt in samenspraak met het zorgkantoor een tarief afgesproken wat de diensten van een niet bij de zorg betrokken deskundige, onafhankelijk deskundige en Wzd-functionaris kosten.
- Het Wzd Eerstelijns Team gaat twee keer per jaar in gesprek met de Raad van Besturen van alle aangesloten organisaties.

* Krappe arbeidscapaciteit is een risico. Er wordt zoveel mogelijk digitaal of telefonisch gecommuniceerd

Zorgverantwoordelijke:

Elke organisatie is vrij om een eigen keuze in te maken t.a.v. de rol van zorgverantwoordelijke. Keuzes kunnen wel invloed hebben op andere organisaties. Echter kan er altijd afgeweken worden in het belang van de cliënt.

Onderstaande volgorde kan als richtlijn gebruikt worden bij het aanwijzen van de zorgverantwoordelijke.

1. Trajectbegeleider
2. Als er geen trajectbegeleider betrokken is zal de wijkverpleegkundige/EVV'er de rol van zorgverantwoordelijke vervullen.
Als een cliënt intramuraal verblijft, maar onder behandeling is van de huisarts zal minimaal een Verzorgende IG de rol van zorgverantwoordelijke op zich nemen.
3. Is er ook geen wijkverpleging betrokken, maar wel bijvoorbeeld huishoudelijke hulp en/of ondersteunende zorgorganisatie (die onvrijwillige zorg bieden, bijv. voordeur afsluiten) dan is de praktijkondersteuner of verpleegkundig specialist van de huisartsenpraktijk zorgverantwoordelijke. Als deze situatie zich voordoet is het advies dat er een trajectbegeleider wordt ingezet of anders een wijkverpleegkundige. Zij zullen dan de rol van zorgverantwoordelijke overnemen.
4. Als er geen andere professionals zijn betrokken dan de huisartsenpraktijk dan kan het stappenplan niet worden doorlopen en kan er alleen in de geest van de wet worden gehandeld m.u.v. bij 'psychofarmaca buiten richtlijnen'. Dan kan wel het stappenplan worden gevolgd door de huisartsenpraktijk.

Bereikbaarheid in de avond-nacht-weekend van zorgverantwoordelijke*:

- Medewerker nachtzorg kan zorgverantwoordelijke zijn, afhankelijk van keuze van organisatie.
- Één organisatie in de regio verzorgt voor enkele organisaties de nachtzorg. De verpleegkundige fungeert dan als zorgverantwoordelijke. Dit is mogelijk bij alle bovenstaande opties. Bij optie 3 ook als de cliënt niet in zorg is, maar wel alarmering heeft.

*Belangrijk om risico's voor te bespreken en mogelijk beleid af te spreken. Dit is prettig daar iedereen dan weet waar hij/zij aan toe is en emoties minder invloed hebben op de besluitvorming in een acute situatie.

Wzd-functionaris:

- De 3 grote VVT organisaties bieden Wzd-functionarissen aan, elke organisatie twee*, om onvrijwillige zorg van organisaties die geen eigen Wzd-functionaris (kunnen) hebben te beoordelen.
- Aanvragen voor beoordelingen komen binnen via het Wzd-regioloket en worden verdeeld tussen de organisaties via een afgesproken volgorde.
- Organisaties die gebruik maken van het Wzd-regioloket zorgen voor een persoonlijk ECD account voor elke Wzd-functionaris (6). Via een 'noodknop' krijgen zij toegang tot de desbetreffende cliënt. Om ICT onmogelijkheden niet bepalend te laten zijn kan ook het zorgplan met bijhorende rapportages via beveiligde mail naar de Wzd-functionaris gestuurd worden tot dat ICT is ingeregeld.
- Om voor een eenduidige werkwijze te zorgen wordt beoordeling van onvrijwillige zorg via een uniforme beoordelingslijst gedaan.
- De toezichthoudende rol is (nog) niet ingeregeld. Bij signalen kan de Wzd-functionaris deze bespreekbaar maken met de organisatie en afspraken maken betreft wat nodig is voor de organisatie/cliënt. De Wzd-functionaris kan gebruik maken van zijn recht om een melding te maken bij het IGJ.

* Dit aantal is gekozen om mee te starten, na evaluatie (6 maanden) bekijken hoeveel uren/arbeidscapaciteit nodig is.

Bij de zorg betrokken arts

- De rol van de huisarts blijkt bij de uitvoering van de Wzd veel minder belastend te zijn dan aanvankelijk verwacht. Vooral de reguliere rol van de huisarts is belangrijk in het voorkomen van onvrijwillige zorg. Dit betreft vooral:
 - Vroegsignalering en diagnostiek van dementie;
 - Het verwijzen naar de juiste specialismen/dienstverleners;
 - Het voorkomen van onnodige en/of langdurige inzet van psychofarmaca.
 Hiermee zijn de huisartsen ondersteunend in het voorkomen van onvrijwillige zorg.
- De huisarts/verpleegkundig specialist eerstelijns heeft hierbij een cruciale rol (medisch en sociaal), omdat hij de persoon, familie en context kent. Daarbij is hij/zij vaak het eerste aanspreekpunt bij problemen in de thuissituatie. Hierdoor kan hij de cliënt in de best mogelijke positie brengen, op medisch en medicamenteus gebied en vaak ook op psychosociaal gebied.
- Het stroomdiagram helpt de huisarts en verpleegkundig specialist om een analyse te maken bij onbegrepen gedrag en de eventuele inzet van psychofarmaca. Dit schema is opgenomen op bladzijde 20.
- Specialist Ouderengeneeskundige, Klinisch geriater, Psychiater in consult op vraag van de huisarts.
- POH-ouderenzorg kan in verlengde van de huisarts betrokken zijn. De verantwoordelijkheid blijft wel bij de huisarts. In het voorkomen van onvrijwillige zorg heeft de POH ook een belangrijke rol. Dit past in het reguliere zorgproces als de Wzd en onvrijwillige zorg ingebed zijn.

Om de huisarts te betrekken en te ondersteunen bij de Wzd is de SO nodig. De insteek voor de SO's is, dat hun rol aansluit op de huidige werkwijze en dat voor de Wzd alleen de punten nog op de i gezet moeten worden:

- Wijzen op de kwetsbaarheid van ouderen.
- De inzet van medicatie beperken in verband met het effect op de cognitie.
- Spiegelen:

- Benoemen onvrijwillige zorg, nadelen en risico's.
- Benadrukken dat thuis heel anders is dan intramuraal (fragmentarisch beeld).
- Dat er grenzen zijn aan wat thuis kan; waarbij de uitdaging voor de toekomst is de zorg af te stemmen op de categorie zorg die thuis geboden moet worden.
- Belang van vroegdiagnostiek, inzet trajectbegeleiders en het beperken van de inzet van psychofarmaca.

Niet bij de zorg betrokken deskundige:

- Bij voldoende capaciteit en expertise kan een 'niet bij de zorg betrokken deskundige' vanuit de eigen organisatie worden ingezet. Als dit niet mogelijk is dan kan een 'niet bij de zorg betrokken deskundige' aangevraagd worden bij het Wzd regioloeket. Dan zal een Wzd-verpleegkundige/deskundige van één van de 3 VVT organisaties vervullen via een vastgestelde volgorde.

Onafhankelijk deskundige:

- Medewerkers in de eerstelijns zorg kunnen onvoldoende ervaring hebben met onvrijwillige zorg en gaan deze waarschijnlijk ook niet krijgen op korte termijn i.v.m. te weinig kennis en ervaring met onvrijwillige zorg. Inzet van een onafhankelijk deskundige gaat via het Wzd regioloeket.
- De 'onafhankelijk deskundige' wordt ingevuld door de Wzd-verpleegkundige/deskundige van één van de 3 VVT organisaties. Zij vervullen deze rol voor organisaties die zelf geen onafhankelijk deskundige hebben. De Wzd-verpleegkundige heeft een expertise poule waar advies gevraagd kan worden om de rol van 'onafhankelijk deskundige' goed te vervullen. Deze expertise poule bestaat uit een fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, SO en mogelijk nog andere disciplines.
- De onafhankelijk deskundige wordt via een vaste volgorde ingezet. Advies is om een andere volgorde te hanteren dan de volgorde waarmee de Wzd-functionaris wordt ingezet. Zo vindt er meer kruisbestuiving van kennis en ervaring plaats.
- De onafhankelijk deskundige verwerkt zijn/haar advies in het format van de aanmeldprocedure en mailt deze beveiligd naar de betrokkene. Zij hebben geen toegang nodig tot het ECD.

Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP):

Iemand die onder de reikwijdte van de Wzd valt, mag altijd een beroep doen op een cliëntenvertrouwenspersoon Wzd (CVP), dus ook in de thuissituatie. De CVP heeft tot taak de cliënt en/of diens vertegenwoordiger informatie en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de cliënt, met zijn opname en verblijf in een accommodatie, of met het doorlopen van de klachtenprocedure. Het gaat hierbij ook om cliënten die vrijwillig in een accommodatie verblijven of ambulante wonen.

Een van de werkzaamheden van de CVP is het bezoeken van locaties om bekendheid te geven aan de functie. Dit 'proactief werken' beperkt zich in verband met de caseload momenteel tot de intramurale setting. Laatste informatie is dat in 2023 middelen beschikbaar komen om ook proactief te werken in de ambulante zorg. Dat neemt niet weg dat tot het moment dat dit gerealiseerd kan worden, iedereen die onder de reikwijdte van de Wzd valt te allen tijde kan rekenen op informatie en bijstand van de CVP indien daar om gevraagd wordt.

Voorwaarden uitbreiding Regioloeket met 'Wzd Eerstelijns Team'

- Er is een emailadres waar aanvragen voor een product naartoe kunnen worden verstuurd. Achter dit emailadres zit een secretariaat dat aanvragen doorstuurt naar de juiste persoon.
- Er is een aanmeldprocedure voor organisaties die gebruik willen maken van het Wzd-regioloeket/Wzd Eerstelijns Team. In deze procedure worden kaders en voorwaarden opgenomen.
- Aanmelden is gratis. De mogelijkheid bestaat dat er in de toekomst wel een instaptarief komt.
- Organisaties die geen Wzd beleidsplan hebben kunnen het regionaal beleidsplan van het Wzd-regioloeket volgen of dienen een eigen beleidsplan te maken.

- Er is een aanmeldprocedure voor elk dienst (beoordeling/evaluatie).
- Organisatie zo dicht mogelijk bij de bestaande structuur binnen de kaders die gesteld worden (bestaande overlegstructuren gebruiken).
- Recente ontwikkelingen t.a.v. het (vertraagde) stappenplan worden gevolgd.
- Maatregelen worden aangemaakt in het dossier van de zorgorganisatie als zij zijn betrokken. Trajectbegeleider werkt dan in het dossier van de zorg i.v.m. het aanleveren van cijfers aan het IGJ. Vital Health heeft geen Wzd-module. Als de trajectbegeleider niet in het dossier kan van de thuiszorgorganisatie dan wordt gezamenlijk met een zorgmedewerker de maatregel aangemaakt en ingevuld. Dit wordt conform AVG richtlijnen gedaan.

Andere taken Wzd-regioloeket

- Algemene vraagbaak voor organisaties: Vragen over de Wzd, ondersteuning bij casuïstiekbespreking, ondersteuning bij moreel beraad
- Verzorgen van scholingen voor organisaties
- Organisaties van nieuws en informatie voorzien

Stroomdiagram voorkomen onnodig psychofarmaca gebruik in de eerstelijns bij de behandeling van onbegrepen gedrag bij dementie. Versie 161222

Huisarts/POH* krijgt de vraag om medicatie vanwege 'onbegrepen gedrag bij dementie' van cliënt/ mantelzorg / professionele zorg(Thuiszorg/ Trajectbegeleider HBD (TB)

Stel de volgende vragen:

Stap 1: Is er sprake van ziekzijn/ delier? Tekenen ernstige depressie of psychotische decompensatie: direct actie huisarts.

Stap 2: Indien de TB nog niet betrokken is en er is geen ernstig nadeel of geen onveilige situatie: verwijst naar de TB zodat die eerst een analyse kan maken van wat er speelt.

Stap 3: Indien via TB of POH : helder moet zijn wat/ hoe lang/ sinds wanneer/ op welke tijdstippen gedrag zich voordoet, dat iemand er onder lijdt en dat er al niet-medicamenteuze interventies zijn ingezet.

Stap 4: Check of er recent medicatie (somaatisch én psychiatrisch) gestart/gewijzigd/ gestopt is die van invloed kan zijn.

En check of er sprake is van pijn/ recente val/ ziekzijn/ sociale wijziging met grote impact, problemen met intake/ onregelde slaap/ mictie-of faecesproblemen.

Bij verdenking lichamelijke/medicamenteuze oorzaak: Huisarts/VS voert z.s.m. lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek uit, dan wel zet gerichte interventie in o.b.v. eigen hypothese **

Somatische verklaring voor onbegrepen gedrag:

Behandeling wordt ingezet.

HA/POH koppelt beleid en afspraken telefonisch of per mail terug aan TB. De TB koppelt terug aan wijkverpleegkundige.

Evaluatie van het effect van de behandeling wordt gedaan met patiënt en dit wordt telefonisch of per mail teruggekoppeld aan de TB of wordt geëvalueerd met de TB.

Huisarts stelt een (neuro)psychiatrische oorzaak vast en behandelt medicamenteus volgens de daarvoor geldende richtlijnen dan wel consulteert de meest passende collega(Specialist Ouderengeneeskunde, ouderenspsychiater, klinische Geriater) voor advisering.

- terugkoppeling per telefoon of mail naar TB/ client/vertegenwoordiger door HA/POH

Wordt gestart met een psychofarmacum volgens de richtlijn probleemgedrag en evt is er overleg bij twijfel/ vragen:

- HA/POH overlegt met bij de praktijk betrokken SO over de bevindingen: wat zijn mogelijke andere interventies dan medicatie ?***
- HA legt het verzoek voor het analyseren van het gedrag bij de SO neer en geeft terugkoppeling aan de trajectbegeleider. Coördinatie ligt bij de trajectbegeleider.

*waar 'huisarts' staat kan ook 'VS/PA eerstelijns, AIOS gelezen worden).POH: bij voorkeur ouderenzorg

** Uitvoeren van controles, onderzoek van de buik en auscultatie longen, oriënterend neurologisch onderzoek. Aanvullend onderzoek nav. bevindingen, geriatrich lab: BSE/CRP, Hb, Ht, leuco's, TSH, Kreat, Kalium, Natrium, bij bedlegerige mensen calcium. ALAT, γ GT, Urine stick/dipslide, ziekenhuiskweek. Op indicatie nog andere bepalingen.

*** Bewust stilstaan bij onvrijwillige zorg. Psychofarmaca valt onder onvrijwillige zorg! Wat nog meer? En hulpmiddel kan zijn de alternatieve bundel van Vilans en de Psychofarmacatool(app). <https://www.vilans.nl/kennis/alternatievenbundel-voor-meer-vrijheid-in-de-zorg>.

J. Muris, J. Scholtz, J. Collet & D. Janssen, (2022) Ouderengeneeskunde in de eerste lijn.
W. Eirenga, P. Dautzenberg, J. Eekhof, A. Scholtas, J. Burgers & G. van der Weele, (2020) M77 NHG standaard Delier.
A. Dieleman, W. Elzinga, P. Luntar, E. van Maik, M. Perry et al, (2020). M21 NHG-standaard Dementie.
S. Zuidema & M. Smalbrugge, (2022). Verenso richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie.
https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie/Samenvatting-richtlijn-Probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie.pdf

Bijlage D: Stroomschema onvrijwillige zorg

Stroomschema onvrijwillige zorg

Herkennen van verzet en evt. onvrijwillige zorg

(Vilans casus-checker Wzd)



TB = trajectbegeleider/casemanager Hulp bij Dementie
 Zv = zorgverantwoordelijke
 Wvp = wijkverpleging
 Zorgondersteuningsorganisatie = bijv. Home instead/saar aan huis/ zorgmies
 Poh = praktijkondersteuner ouderenzorg
 VS = Verpleegkundig specialist
 Ovz = onvrijwillige zorg

Bijlage E: Zakkaartje Wzd in de eerstelijns zorg

Zakkaartje Wzd in de eerstelijns zorg

Ter voorkoming van onvrijwillige zorg

1. Is de Wzd van toepassing op de persoon? *

2. Is de persoon wils(on)bekwaam terzake? **

3. Methodische analyse: ***

- Wat, wanneer, voor wie is het probleem precies?
- Is er ernstig nadeel?
- Wat kunnen oorzaken zijn? /
Wat is de (onderliggende) behoefte?
- Wat zijn (concrete) symptomen?

4. Wat is het doel? (SMART)

5. Acties

- Indien een actie onvrijwillige zorg inhoudt (zie achterkant kaartje) dan moet de onvrijwillige zorg in verhouding staan tot het doel, de minst ingrijpende vorm zijn en effectief zijn. Blijf zoeken naar een lichter alternatief/zorg op vrijwillige basis.

6. Evaluatie

- Spreek af welke rapportage nodig is om te kunnen evalueren en wanneer, met wie etc.

* Diagnose dementie/verstandelijke beperking of NAH, Korsakov, Huntington, Gerontopsychiatrie met eenzelfde zorgbehoefte als bij dementie/verstandelijke beperking.

** Als de persoon wils(on)bekwaam terzake is dan het zorgplan bespreken met de wettelijk vertegenwoordiger.

*** Om een goede methodische analyse uit te voeren is het belangrijk dat de medewerker de persoon goed kent (voorgeschiedenis, gewoontes, rituelen, life events etc.)

Vormen van onvrijwillige zorg

Categorieën van onvrijwillige zorg die kunnen worden ingezet bij ernstig nadeel:

- Toedienen van vocht, voeding, medicatie, medische handelingen en therapeutische maatregelen, **psychofarmaca buiten richtlijnen;**
- **Beperking van de bewegingsvrijheid;**
- **Insluiten****;**
- Uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- Onderzoek aan kleding of lichaam;
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen;
- Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten;
- Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Tip: Voor alternatieven, hulpmiddelen en inspiratie check de Alternatievenbundel van Vilans!

**** De roodgekleurde vormen van onvrijwillige zorg worden ook zonder verzet beschouwd als onvrijwillige zorg.