

# **Praktijktuin Wet zorg en dwang (Wzd)<sup>1</sup> voor cliënten in de eerstelijns Regio Noord-Limburg**

## ***Conclusies en aanbevelingen - januari 2023***

### **1. Inleiding**

Eind 2021 zijn 6 praktijktuinen van start gegaan in Nederland met als doel om de implementatie van de Wet zorg en dwang (Wzd) voor cliënten in de 1<sup>e</sup> lijn een stevige impuls te geven; de praktijktuin regio Noord-Limburg<sup>2</sup> was een van deze praktijktuinen. Op 31 december 2022 zijn de praktijktuinen afgesloten. Dit wil niet zeggen dat we klaar zijn. Sterker nog de implementatie kan nu pas echt beginnen.

Vanuit de opdracht die we als praktijktuin hebben meegekregen en ons perspectief op de zorg benoemen we de belangrijkste conclusies. Vervolgens lichten we iedere conclusie afzonderlijk kort toe. We sluiten af met de aanbevelingen voor het vervolg.

Wij bedanken alle betrokkenen die tijd hebben vrijgemaakt om mee te denken en input te leveren. Dit heeft breed zicht gegeven op de Wzd in de eerstelijns. Zonder hen hadden we nooit tot de conclusies en aanbevelingen kunnen komen.

### **2. Opdracht Praktijktuin Noord-Limburg**

In beeld brengen van:

1. Wat we al doen aan (preventie) van onvrijwillige zorg?
2. Waar we in de praktijk tegenaan lopen, hoe we hier mee omgaan en welke oplossingen we zien.

De praktijktuin richtte zich op mensen met dementie die thuis wonen en verbonden zijn aan de huisartsenpraktijk Nieuw Huys in de gemeente Horst aan de Maas.

### **3. Ons perspectief**

De samenleving verandert snel. We hebben te maken met vergrijzing met een toename van het aantal mensen met dementie en daarmee een stijgende vraag naar zorg. Dit terwijl het aantal zorgprofessionals daalt. Tegelijkertijd weten we dat mensen langer in hun eigen huis willen (maar vooral ook moeten) blijven wonen. Op weg naar 2040 voelen we nu al dat het piept en kraakt en zorg steeds vaker niet geboden kan worden zoals we gewend zijn vanuit het verleden.

Zo ook in relatie tot de Wzd. Onvrijwillige zorg thuis komt al veel voor maar zal waarschijnlijk verder toenemen<sup>3</sup>. Zorg thuis wordt mede hierdoor steeds complexer en het aantal crisissituaties stijgt hierdoor. Ook komt het regelmatig voor dat er geen bed vrij is voor crisisopname, niet in de regio en zelfs niet landelijk. Het moet dus anders.

De praktijktuin heeft inzicht gegeven in hoe de ambulante Wzd verbetering geeft in het leven van mensen met dementie thuis, zie hiervoor de volgende paragrafen. Dat wil niet zeggen dat alles op voorhand duidelijk en inzichtelijk is. De conclusies en adviezen geven echter goede houvast om vanuit de keten met concrete opties aan de slag te gaan.

### **4. Ambulante Wzd in de praktijk**

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

- Het LHV standpunt vormt voor organisaties een reden om niet aan de slag te gaan met de Wzd.
- Kennis van en bewustzijn van de ambulante Wzd is veelal nog ontoereikend in de eerstelijns (in gehele keten).

---

<sup>1</sup> De WZD geldt voor mensen met dementie, met gelijkgestelde problematiek of met een verstandelijke beperking.

<sup>2</sup> Opdrachtgever: Stuurgroep Keten zorg Noord-Limburg

<sup>3</sup> AWO prevalentiecijfers vanuit een onderzoek bij 800 zelfstandig wonende mensen met dementie in Zuid-Limburg liet zien dat er bij 40% van de mensen sprake was van dwang (adl zorg onder dwang, medicijnen achter slot e.d.), 41% kalmerende medicatie kreeg en 17% fysiek beperkt werd (deur op slot, beddekken e.d.).

- Onvrijwillige zorg wordt dan ook nog maar beperkt herkend en daarmee ook niet 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.
- De rollen zijn nog niet belegd.
- Door de voorgaande punten wordt onvrijwillige zorg veelal nog niet vastgelegd, wordt ook het stappenplan nog niet doorlopen en is dit ook nog niet ingebed in het proces en systemen.
- In kleine organisaties zijn de rollen vanuit het stappenplan lastig en niet efficiënt te beleggen.
- Wijkverpleging en trajectbegeleiders zoeken snel en actief de samenwerking op met de POH-ouderenzorg/Huisarts en eventuele andere betrokkenen rondom de cliënt. 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.

## 5. Hoofdconclusies

Onze voornaamste conclusies zijn:

1. Als je voor goede zorg staat, kun je geen nee zeggen tegen de Wzd!
2. Belangrijkste opgave vanuit de Wzd is het voorkomen van onvrijwillige zorg.
3. Cruciaal voor het kunnen voorkomen van onvrijwillige zorg: de mens achter de cliënt kennen en begrijpen, vroegdiagnostiek dementie (of gelijkgestelde aandoening)signalering en het tijdig herkennen en signaleren van onvrijwillige zorg en verzet.
4. Aan de slag gaan met de Wzd vergt 'bekend worden met, bewust worden van en anders denken'.
5. Aan de slag gaan met de Wzd vergt samenwerking in de keten.
6. Aan de slag gaan vanuit de geest van de Wet zorgt voor begrip en enthousiasme bij zorgprofessionals.
7. Het implementeren en verankeren van de Wzd vergt aandacht, tijd en begeleiding.
8. Drempels voor een brede implementatie: standpunt LHV<sup>4</sup>, formatie, bekostiging.

### 4.1 Als je voor goede zorg staat, kun je geen nee zeggen tegen de Wzd!

Persoonsgerichte zorg houdt rekening met persoonlijke behoeften en wensen vanuit de mens. Vanuit de Wzd is het cruciaal de mens achter de cliënt te begrijpen, weten hoe iemand is en was, het kennen van iemands persoonlijke wensen, behoeftes en voorkeuren. Bieden van goede en persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie thuis is dan ook onlosmakelijk verbonden met goede Wzd-zorg: het voorkomen van onvrijwillige zorg én het proportioneel, subsidiair en effectief toepassen van onvrijwillige zorg.

Toegevoegde waarde voor mensen met dementie, hun naasten, zorgprofessionals en zorgorganisaties:

- Vroegtijdig, in afstemming met de cliënt zelf, de cliënt in beeld brengen en de Advanced Care Planning vastleggen. Dit leidt tot minder onvrijwillige zorg, meer passende zorg en daarmee meer kwaliteit voor de cliënt met meer regie en autonomie.
- Gecoördineerde zorg conform één goed plan (over de keten heen)
- Minder (bijkomende) complicaties en andere zorgvragen.
- Betere begeleiding van mantelzorgers, waardoor zij minder belast worden en zich gesteund voelen door de zorg.
- Langer thuis wonen van de cliënt.
- Het voorkomen van gedwongen opname (RM/IBS) en crisisopname waar mogelijk.
- Meer vertrouwen en werkplezier voor zorgprofessionals.
- Efficiënt inzetten van tijd van betrokken zorgprofessionals; nu, maar ook met het oog op de tekorten nu en in de toekomst.
- Impuls voor samenwerking in de keten.

---

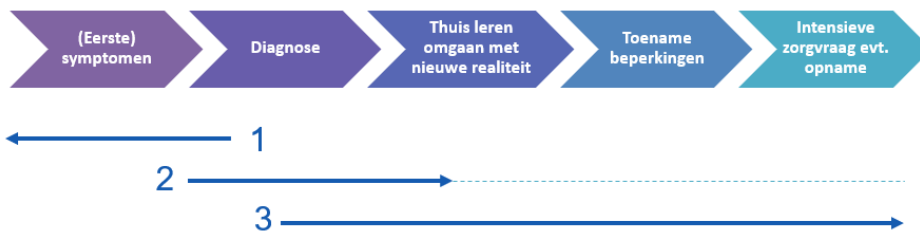
<sup>4</sup> Landelijke Huisartsen Vereniging

#### 4.2 Belangrijkste opgave vanuit de Wzd is het voorkomen van onvrijwillige zorg of het inzetten van de minst ingrijpende vorm

Door onvrijwillige zorg te voorkomen ontstaan er minder crisissituaties doordat behoeften van de cliënt tijdig worden achterhaald en vervuld. De mens met dementie kan zo lang mogelijk regie voeren over zijn/haar leven. Hierdoor ontstaan minder situaties waarin de cliënt zich niet begrepen voelt. Onvrijwillige zorg wordt in principe toegepast als het niet anders kan. Hierbij is het belangrijk dat de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg ingezet wordt. Soms echter kan de juiste vorm van onvrijwillige zorg een crisis- of gedwongen opname voorkomen. Dit is dan ook goede zorg.

#### 4.3 Cruciaal voor het kunnen voorkomen van onvrijwillige zorg

- Cruciaal is het leren kennen én daardoor begrijpen van de cliënt. Weten hoe een cliënt is én was. (2)
- In dat kader is het tijdig signaleren van cognitieve problemen / vroegdiagnostiek van belang om zaken tijdig ook met de cliënt zelf te kunnen bespreken (advance care planning). Door de cliënt te begrijpen kunnen professionals en de directe omgeving beter aansluiten bij het levensritme van de cliënt. (1)
- Het herkennen van onvrijwillige zorg en verzet, inclusief het kunnen uitvoeren van een goede methodische analyse en het kunnen inzetten van alternatieven. (3)



#### 4.4 Aan de slag gaan met de Wzd vergt 'bekend worden met, bewust worden van en anders denken'

De onbekendheid met de Wzd is groot. Onvrijwillige zorg wordt nog niet herkend en/of men is niet bekend met alternatieven en de te maken afwegingen. Waar meestal veiligheid voorop heeft gestaan, vraagt goede Wzd-zorg een voor de cliënt passende afweging tussen vrijheid en veiligheid. Dit vraagt echt anders denken en doen.



#### 4.5 Aan de slag gaan met de Wzd vergt samenwerken in de keten

Goede Wzd-zorg vraagt samenhang in zorg en ondersteuning, afgestemd op de cliënt. Één gezamenlijk plan voor een cliënt met dementie, waarbij één persoon de coördinerende rol heeft. In de thuissituatie is het wenselijk dat in een vroeg stadium een trajectbegeleider/casemanager betrokken wordt, deze vervult de coördinerende rol. Mocht er geen trajectbegeleider/casemanager aangesloten zijn komt de coördinerende rol bij de wijkverpleegkundige te liggen en als deze ook niet betrokken is bij de POH-ouderenzorg.

#### 4.6 Aan de slag gaan vanuit de geest van de Wet zorgt voor begrip en enthousiasme bij zorgprofessionals

De kennis over onvrijwillige zorg (Wzd) is bij betrokken ketenpartners/medewerkers in en rondom de Huisartsenpraktijk Nieuw Huys in Horst aan de Maas én bij alle trajectbegeleiders dementie regio Noord-Limburg flink vergroot. Dit is gerealiseerd door brainstorm, opleiding, vragenuurtjes, casuïstiekbespreking en MDO. Dit heeft geleid tot een enorme toename van de bewustwording. Hierdoor zijn de betrokkenen bij

de praktijktuin enthousiast geworden over het thema. Niet zo zeer over de Wet op zich, maar wel over het beoogde doel, de geest van de wet<sup>5</sup> en wat dit betekent voor de mens met dementie.

#### **4.7 Het implementeren en verankeren van de Wzd vergt aandacht, tijd en begeleiding**

Het maken van deze omschakeling en het verankeren hiervan in de werkwijzen vergt initieel aandacht, tijd en begeleiding.

Verwachting is dat de Wzd daarna niet meer tijd gaat kosten; mogelijk levert het zelfs tijd op, omdat er meer passende zorg wordt geboden, waardoor crisissituaties vaker kunnen worden voorkomen. Nu investeren in een goed zorgplan waarin de evaluatiemomenten vanuit het stappenplan Wzd verwerkt zijn, levert uiteindelijk tijd én kwaliteit op. Investeren in het begin vertaalt zich hiermee in tijdswinst in het verdere traject.

#### **4.8 Drempels voor een brede implementatie: standpunt LHV, formatie, bekostiging**

Het standpunt van de LHV is een belemmering om ook huisartsen te enthousiasmeren voor 'de geest van de wet'. Echter als huisartsen tijdig cognitieve problemen signaleren en diagnosticeren én tijdig een trajectbegeleider dementie inzetten kan er meer onvrijwillige zorg voorkomen worden. Hiermee heeft de huisarts een belangrijke rol die tevens leidt tot de voordelen zoals opgenomen in paragraaf 4.1. Door pro-actief/preventief te werken wordt tijd gewonnen, ook voor de huisarts:

- Door het vroegtijdig inzetten van een trajectbegeleider dementie begeleidt de trajectbegeleider als zorgverantwoordelijke de cliënt en mantelzorger en ontlast zo de huisarts.
- Andere zorgvragen kunnen voorkomen worden, zoals zorgvragen van overbelaste mantelzorgers of zorgvragen door fracturen als gevolg van valpartijen door medicatie.

Ook voor andere zorgorganisaties legt het standpunt van de LHV een stempel op het beeld over de Wzd. Dit gecombineerd met krappe formaties en het ontbreken van bekostiging vormen drempels om mee te doen aan een brede implementatie en vormen hiermee een risico voor een succesvolle implementatie.

Het is daarom belangrijk om in communicatie vooral focus te leggen op:

- De te bieden zorg én minder op de letter van de Wet; praat en denk in eerste instantie dus vooral over/vanuit 'onvrijwillige zorg' en minder over/vanuit de '(administratieve last van de) Wzd'.
- De rol als professional.
- Wat wel kan; door meer pro-actief en preventief te werken, kan in de thuissituatie veel onvrijwillige zorg voorkomen worden.

## **5 Aanbevelingen vervolg**

- Uitwerken van een implementatieplan in kwartaal 1 2023, waarin aan bod komen:
  1. Positioneren van het thema onvrijwillige zorg (Wzd) binnen goede, persoonsgerichte zorg.
  2. Meenemen en enthousiasmeren van de huisartsenpraktijken, andere zorgorganisaties en de WMO in de uitkomsten van de praktijktuin en wat hieraan actief meedoen voor hen zou betekenen.
  3. Verkrijgen commitment binnen huisartsenpraktijken, andere zorgorganisaties, de WMO en het netwerk om samen actief met het thema onvrijwillige zorg (Wzd) aan de slag te gaan.
  4. Organiseren samenwerking/Inrichten van de (netwerk)organisatie: beleggen van de rollen, opstarten regioloeket, maken/vastleggen van werkafspraken (inclusief afspraken over het delen van informatie/ICT), opleiden.
  5. Ontwikkelen kennissessies voor cliënten en hun mantelzorgers en wettelijk vertegenwoordigers.
  6. Actieve ondersteuning en begeleiding in de toepassing in de praktijk door Wzd verpleegkundigen/deskundigen.

---

<sup>5</sup> Meer balans tussen vrijheid en veiligheid, zo min mogelijk onvrijwillige zorg, de bescherming van de rechtspositie van de cliënt.

#### 7. Bekostiging.

- Pilot van enkele maanden in Horst aan de Maas waarin in kwartaal 2 en 3 2023 de punten 1 t/m 7 zoals hiervoor genoemd worden uitgewerkt en geïmplementeerd.
- Resultaten/output praktijktuin in kwartaal 1 2023 communiceren en beschikbaar stellen in Noord- en Midden-Limburg.
- Vanaf eind kwartaal 3/begin kwartaal 4 2023 de resultaten beschikbaar stellen aan de regio Midden- en Noord-Limburg en ondersteunen/begeleiden van de implementatie.
- Verkrijgen financiering voor de pilot en de algehele implementatie in Midden- en Noord-Limburg

#### **6 Tot slot**

Voor een uitgebreide beschrijving van de bevindingen zie het document Bevindingen en Advies praktijktuin regio Noord-Limburg.