

A close-up photograph of an elderly woman with white hair, laughing heartily. She is wearing a blue patterned shirt. The background is blurred, showing greenery and a fence.

Vrijheid en veiligheid

Resultaten Praktijktuin Ambulante WZD

Nee, tenzij...

Inhoudsopgave

Resultaten Praktijktuin Ambulante WZD

Inleiding.....	4
De opdracht.....	5
Uitvoering.....	5
Resultaten en aanbevelingen.....	7
Stappenplan.....	11

Opleverdocument

1. Voorwoord.....	16
2. Inleiding.....	17
3. Onvrijwillige zorg thuis.....	18
4. Achtergrond	20
5. Resultaten	21
6. Communicatie.....	23
7. Vervolg.....	23

Bijlagen

Programma ter preventie of beheersing van crisis bij dementie in de thuissituatie	27
Toolkit Onvrijwillige Zorg thuis (TOZt).....	29

Inleiding

In januari 2020 werd de Wet Zorg en Dwang (Wzd) ingevoerd als opvolger van de Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). De Wzd is van toepassing op mensen met dementie of een verstandelijk beperking, alsmede enkele daaraan gelijkgestelde aandoeningen.¹

De Wzd regelt wat nodig is rond onvrijwillige zorg, ongeacht waar de cliënt zich bevindt en heeft als doel om dwang daarbij zoveel mogelijk te vermijden of te beperken. Het motto daarbij is **“Nee, tenzij...”**

De V&V-sector heeft zich het eerste jaar na invoering geconcentreerd op de interne implementatie van de Wet, dus in de instellingen voor verpleging en verzorging. Daarbij vormde de Covid-lockdown een forse belemmering, maar werden toch – zeker in het tweede jaar – flinke stappen gezet. Ook binnen Salland United werd daar invulling aan gegeven, zoals bij het tot stand brengen van nieuwe procedures en richtlijnen voor gedwongen opname (met IBS of RM). En de verantwoordelijkheidsverdeling daarbij tussen betrokken organisaties en functionarissen.

In 2021 werd ook landelijk duidelijk dat de implementatie van de Wet in de ambulante praktijk, dus bij mensen thuis, nog nauwelijks tot stand kwam. Met name omdat de randvoorwaarden daarvoor onvoldoende waren om daarmee veilig en verantwoord aan de slag te gaan. Menig branche- en beroepsorganisatie gaf daarom ook aan haar leden het advies om hierin nog niet te acteren.

Hierop heeft het ministerie van VWS aan de brancheorganisatie ActiZ de opdracht gegeven om Praktijktuinen in te richten die hiermee gaan experimenteren. Salland United schreef zich hiervoor in en werd met 5 andere organisaties in Nederland als Praktijktuin Ambulante Wzd aangemerkt.

De opdracht

In de afgelopen anderhalf jaar werd binnen de Praktijktuin bestuurlijk overleg gevoerd met alle betrokken partijen in de regio en werd onder opvolgende projectleiders uitvoering gegeven aan de volgende opdracht:

“Werk aan de hand van praktijkcases een advies uit om crisissituaties en gedwongen opname bij ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen. Betrek daarbij de hele keten en werk voorstellen uit waarbij zaken als vroegsignalering, kennisdeling en intensieve samenwerking centraal staan”.

Voor de uitvoering van dit project werd een structuur ingericht bestaande uit een stuurgroep, een klankbordgroep en een expertiseteam. Voor dit project werd een Subsidie Ondersteuning Wijkzorg verleend ten bedrage van € 179.869,68

Uitvoering

Casuïstiek

In 2 lerende netwerken werd casuïstiek uitgewisseld en werden vraagstukken vanuit de opdracht daarbij in kaart gebracht. Een groep werd gevormd door direct bij de uitvoering van zorg betrokken functionarissen, een tweede uit Wzd-functionarissen. De Wzd-functionarissen werden aan het begin van dit traject bijgeschoold in beoordeling en besluit rond gedwongen opname door een psychiater.

Expertiseteam

Om de opdracht zo goed mogelijk uit te voeren, werd kennis en ervaring uitgewisseld tussen de GGZ en de V&V-sector, werden ideeën gelanceerd en soms weer afgeschoten, werden de grenzen van onze mogelijkheden verkend en ontstond werkende weg een plan van aanpak. Daarbij werd steeds als uitgangspunt gehanteerd dat zoveel mogelijk moest worden aangesloten bij reeds bestaande zorgstructuren en organisatie. Waarbij ‘de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment’.

Op dit moment is niet alles wat daarvoor nodig is nog gerealiseerd, maar is wel een basisstructuur gebouwd waarbinnen dit mogelijk wordt. Bovendien is er commitment van alle betrokken partijen om aan de opdracht te voldoen.

Focus op Nee, tenzij...

De Wzd heeft als doel om zoveel mogelijk dwang in de zorg te voorkomen. Het Nee. Anderzijds biedt de wet de mogelijkheid om dwang – ook in de thuissituatie – in te zetten bij ernstig nadeel. Het tenzij...

De Praktijktuin onder Salland United heeft zich vooral gericht op het “Tenzij...” van de Wet. Namelijk het inzetten van onvrijwillige zorg bij mensen met dementie thuis, om ernstig nadeel te voorkomen waar dat veilig en verantwoord mogelijk is. Om zo, waar mogelijk, gedwongen opname te voorkomen.

¹ – zoals NAH, Korsakov, Huntington als die een zelfde mate van regieverlies opleveren en vergelijkbare zorg vereisen.

Tevens is in preventieve zin aandacht besteed aan het voorzien en voorkomen van crisis bij dementie in de thuissituatie. In dit document wordt voor het “Nee” van de Wet; het voorkomen van dwang, verwezen naar materialen en bevindingen van derden, waaronder van collega Praktijktuinen.

Uitvoeringsinstructies Wzd bekend verondersteld

In dit Programma Ambulante Zorg en Dwang bij dementie wordt een organisatiemodel geschetst waarmee de doelstelling én de intentie van de Wet ook ambulant kunnen worden gerealiseerd. Hierbij worden de letterlijke tekst en uitvoeringsinstructies van de Wzd als bekend verondersteld of uit andere bronnen reeds beschikbaar. Tevens worden aanbevelingen gedaan voor verdieping en vervolg.

Nuttige bronnen zijn onder andere:

- www.dwangindezorg.nl
- www.zorgvoorbeter.nl
- www.actiz.nl
- www.vilans.nl

Deelnemende organisaties en samenstelling Expertiseteam

De resultaten en aanbevelingen uit deze Praktijktuin in Salland zijn tot stand gekomen door intensieve werksessies, afstemming en besluitvorming door het regionaal expertiseteam.

Dat team bestaat uit de volgende functionarissen:

- Specialisten Ouderengeneeskunde/ Wzd-functionaris
- Kaderarts ouderen
- Casemanagers dementie
- Wijkverpleegkundige
- Praktijkondersteuner ouderen
- Psychiater en SPV ouderen ggz
- Verpleegkundig Specialist ggz
- Medewerkers Bijzondere Zorgteam Deventer
- Beleidsmedewerkers ENO

De Praktijktuin ambulante Wzd in Salland werd ondersteund en gefaciliteerd door Salland United en de volgende organisaties speelden een actieve rol:

- Carinova
- Zorggroep Solis
- Dimence Groep
- HCDO
- Deventer Ziekenhuis
- Voor Elkaar Teams Deventer
- Meldpunt Bijzondere Zorg
- Eno Zorgverzekeraar

Resultaten en aanbevelingen

Bij de aanpak van het centrale vraagstuk óf en hoe onvrijwillige zorg bij dementie in de thuissituatie kan worden ingezet ter voorkoming of beperking van ernstig nadeel, speelt vooral onbekendheid daarmee een rol. Het is niet eerder gedaan omdat het niet eerder mogelijk was. De BOPZ was primair een opnamewet, terwijl de Wzd nu de mogelijkheid biedt om -na toetsing door een Wzd-functionaris- onvrijwillige zorg thuis in te zetten. Er worden in de Wet 9 vormen van onvrijwillige zorg genoemd, maar onduidelijk is nog of- en hoe deze thuis veilig en verantwoord kunnen worden gerealiseerd. Om dit mogelijk te maken, dienen eerst bepaalde randvoorwaarden te worden geschapen. Zoals rolverdeling en verantwoordelijkheid, multidisciplinaire deskundigheid, beschikbaarheid en ook financiering

Advies 1: Ambulant Team Ouderen centrale rol

Het Expertiseteam is van mening dat in deze regio het Ambulant Team Ouderen (ATO) de beste waarborgen biedt om aan de meeste voorwaarden te voldoen. Dit heeft geresulteerd in een stappenplan in fasen waarin dit ATO een centrale rol vervult. (zie stappenplan)

In het stappenplan is fase 3 het deel waarin onvrijwillige zorg thuis kan worden overwogen, getoetst en eventueel ingezet. In de huidige Praktijktuin is dat echter nog nauwelijks aan de orde geweest. Het is daarom nog niet mogelijk om de vraag te beantwoorden of dat veilig en verantwoord kan, laat staan of dit een ernstig nadeel kan voorkomen en zo mogelijk ook gedwongen opname. Nu veel van de randvoorwaarden zijn gerealiseerd, komt die mogelijkheid alsnog binnen bereik.

Advies 2: Proef verlengen om te experimenteren

Het Expertiseteam stelt voor om de proef (al dan niet binnen een Praktijktuin) te verlengen om hiermee te experimenteren. Er zal een (beperkte) set van interventies en condities moeten worden uitgewerkt die daartoe kunnen dienen en een passend systeem om dit te monitoren.

Complicerend hierbij is wel dat nog weinig bekend is over de precieze omvang van de problematiek en dus van de benodigde inzet van mensen en middelen. Onderdeel daarvan is de capaciteit aan Wzd-functionarissen. In een eerder stadium is binnen deze Praktijktuin overwogen om ook Verpleegkundig Specialisten daartoe te bekwamen en in te zetten. Een proef daarmee in de regio Amstelland is positief geëvalueerd². Vooralsnog is daar binnen deze Praktijktuin op praktische gronden vanaf gezien. Een optie voor de toekomst blijft hierbij open.

Het huidige ATO is werkzaam voor 'groot Deventer'. De opdracht van de Praktijktuin is een model te bieden voor heel Salland. Onderzocht zal moeten worden wat ervoor nodig is om op termijn tot de gewenste schaal te komen.

Uit de casuïstiekbesprekingen en het Expertiseteam is duidelijk geworden dat multidisciplinaire samenwerking essentieel is bij de uitvoering van het stappenplan. Binnen het huidige ATO wordt dat deels gerealiseerd maar verdient het uitbreiding, vooral waar het gaat om diagnostiek en beleid in complexe zorgsituaties.

Advies 3: Bilaterale afspraken maken

Het Expertiseteam beveelt aan om in het ATO, na triage, op indicatie een deskundige vanuit de psychiatrie, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg of het Bijzondere Zorg Team ter consultatie te kunnen betrekken. Bilaterale afspraken daarover met de psychiatrie en Bijzondere Zorg Team worden uitgewerkt. Die met VG en verslavingszorg zijn in voorbereiding.

Binnen de GGZ is sinds enkele jaren (ook in Deventer) succesvol ervaring opgedaan met Intensive Home Treatment (IHT) als model voor opname-voorkomende zorg. Kern daarvan is dat bij crisissituaties kortdurend, snel kan worden opgeschaald in ambulante zorg. Binnen het stappenplan komen situaties voor die zich goed lenen voor een tijdelijke, snelle opschaling van thuiszorg met expertise op gebied van bemoeizorg, ambulante dwang en gedwongen opname.

Advies 4: Onderzoek naar mogelijkheid intensieve thuiszorg

Het Expertteam beveelt aan te onderzoeken of een dergelijke vorm van intensieve thuiszorg bij crisis te realiseren valt. Organisatie-overstijgende samenwerking is hierbij van belang. Eventueel ook met (nog) niet binnen Salland United vertegenwoordigde zorgaanbieders.

Binnen de Praktijktuin is gewerkt met lerende netwerken, casuïstiekbespreking en expertisedeling. De ervaringen daarmee zijn positief. Het levert kennis en kunde, inspiratie en samenwerking op. Dit kan bijdragen aan het vinden van de juiste collega's op het juiste moment. Vooral omdat ervaring en routine met deze materie nog beperkt zijn.

Advies 5: Multidisciplinaire kennisdeling voortzetten

Het Expertiseteam beveelt aan om voor de komende 2 jaar een vorm van multidisciplinaire, organisatie-overstijgende uitwisseling en kennisdeling in groepsverband voort te zetten. Met name met deelname van hen die nauw bij dit onderwerp betrokken- en er actief in zijn.

De Wzd is van toepassing op mensen met dementie en mensen met een verstandelijke beperking. In beide sectoren van zorg zijn dus vergelijkbare vraagstukken aan de orde rond vrijheid en veiligheid, meer specifiek de implementatie van de Wzd. Bij de start van de Praktijktuin is hierover tevergeefs contact gezocht met collega's van de Verstandelijk Gehandicaptensector. In later stadium is hier meer toenadering in ontstaan, maar is participatie binnen het lopende traject niet meer gerealiseerd.

Advies 6: Resultaten delen met collega's van de verstandelijk gehandicaptenzorg

Het Expertteam beveelt aan om de resultaten van deze Praktijktuin te delen met collega's van de VG-sector in deze regio en waar mogelijk samenwerking te bevorderen.

De implementatie van de Wzd, ook ambulant, vergt extra inzet van mensen en middelen. Op nationaal niveau wordt onderzoek gedaan naar de kosten die hiermee gemoeid zijn. Ook op regionaal niveau is duidelijk dat de ambities en aanbevelingen in dit Programma meer inspanningen en kosten met zich meebrengen, terwijl de 'opbrengsten' vooral immaterieel zullen zijn. Problematisch daarbij is de huidige schaarste aan hierin gespecialiseerde medewerkers.

Advies 7: Zorg voor passende financiering en voldoende menskracht

Het Expertteam beveelt aan om -ook op regionaal niveau- te onderzoeken hoe de extra inspanningen vanuit dit programma kunnen worden gefinancierd en personeel ingevuld.

Borging

Het Programma Ambulante Zorg en Dwang bij dementie zal na vaststelling, met inbegrip van de onderliggende wetgeving en praktische uitwerking daarvan, worden belegd binnen de structuur van Salland United en de participerende instellingen.

Het programma zal worden gecommuniceerd met alle relevante doelgroepen. Een communicatieplan daarvoor wordt opgesteld en uitgevoerd samen met Projexion en is gepland in de maanden januari en februari 2023.

Stappenplan

Stappenplan ter preventie van crisis bij dementie in de thuissituatie. Onderdeel van het Programma Ambulante Zorg en Dwang bij dementie.

Introductie

Het hierna beschreven stappenplan maakt deel uit van het zorgprogramma dat is gericht op het voorkomen-, beperken-, of beheersen van een crisissituatie bij dementie in de thuissituatie.

De Wzd biedt de mogelijkheid om al in een vroeg stadium van dreigend ernstig nadeel voor een patiënt met dementie, ook thuis vormen van onvrijwillige zorg in te zetten om dat nadeel weg te nemen. Het doel daarvan is het voorkomen van een gedwongen opname als ultimum remedium.

Dit stappenplan biedt de mogelijkheid om een eventuele inzet van onvrijwillige zorg te toetsen en na instemming van een Wzd-functionaris verantwoord en veilig volgens het Wzd-stappenplan uit te voeren. Tevens biedt het handvatten voor passende zorg wanneer desondanks een gedwongen opname nodig blijkt.

Het stappenplan is onderverdeeld in 4 fasen:

Fase 1: Eerste signalen herkennen, kanaliseren en registreren Leidende rol voor huisarts in nauw contact met POH of Casemanager dementie

Er is mogelijk sprake van dementie en er zijn problemen, maar we weten eigenlijk nog niet precies wat er aan de hand is. Signalen komen vaak vanuit de omgeving, van mantelzorgers en/of thuiszorg. Een veel voorkomend gegeven hierbij is dat betrokkene(n) de problematiek onderschatten, miskennen of ontkennen. Dit uit zich in zorgmijding, of -weigering, met inbegrip van het afwijzen van onderzoek (bv geriatrisch assessment) en bemoeienis van hulpverleners.

Er bestaan factoren die voorspellend kunnen zijn voor het ontstaan van dergelijke problemen, zoals het samengaan van cognitieve stoornissen met psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek, (licht) verstandelijke beperking of sociaal isolement. Ook een hoge opleiding c.q. hoge sociaaleconomische positie lijkt hiermee samen te hangen. Ook bepaalde typen van dementie vertonen een hogere kans op gedragsstoornissen, zoals Fronto-Temporale Dementie, Lewy-Body dementie en pré-seniele dementie. Het voorkomen van een of meer van deze factoren maakt dat alertheid en voorzorg geboden is.

In deze situatie is het zaak de signalen te herkennen, te kanaliseren en hierop regie te voeren. De huisarts is hierin leidend in nauw contact met een POH of Casemanager dementie. Het kan nuttig zijn om na te denken over stappen die gezet kunnen worden indien zich een gelegenheid aandient (bv een bezoek aan de HAP of SEH). Een vermelding in dossier kan hierbij van nut zijn om snel de juiste zorg of onderzoek te kunnen inzetten, ook buiten kantooruren.

Fase 2: Dreigend ernstig nadeel: Ambulant Team Ouderen inschakelen voor triage

Er is duidelijk een probleem, sprake van (dreigend) ernstig nadeel, maar de zorg komt niet (voldoende) tot stand of stagneert. Eventueel is nog onduidelijk of sprake is van dementie.

Betrekken van een externe deskundige kan hier uitkomst bieden of het inzetten van alternatieve interventies door de Casemanager dementie (bv uit alternatievenbundel van Vilans).

In deze fase kan een beroep worden gedaan op de expertise van het Ambulant Team Ouderen (ATO).

Het ATO is via het Regionaal Transferpunt (RTP) door de huisarts in samenspraak met geriatr of casemanager dementie in te schakelen en zal op korte termijn reageren. Na triage binnen het ATO kan een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) worden betrokken, maar eventueel ook multidisciplinaire expertise. Zoals vanuit de psychiatrie, de verslavingszorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg of het Bijzondere Zorgteam (bemoeizorg).

In deze fase zal tenminste de diagnostiek helder moeten worden, opdat een juiste indicatie voor zorg kan worden aangevraagd. Ook kan op basis van advisering en zo nodig mede-behandeling vanuit het ATO worden gepoogd de impasse te doorbreken en een dreigende crisis te voorkomen.

Fase 3: Dreigende crisis bij vastgestelde problematiek onder de Wzd: onvrijwillige zorg overwogen, ATO kan beoordelen

Er is een dreigende crisis bij vastgestelde problematiek onder de Wzd. Inzet van onvrijwillige zorg thuis wordt overwogen om ernstig nadeel te voorkomen, nadat inzet op vrijwillige basis niet of onvoldoende effectief is gebleken.

Via het ATO kan beoordeling door een Wzd-functionaris worden verzocht

De Wzd-functionaris zal de situatie beoordelen, met name of niet alsnog minder ingrijpende interventies op vrijwillige basis mogelijk zijn. De cliënt kan zich hierin laten bijstaan door een Cliënten Vertrouwenspersoon (CVP). Indien de Wzd-functionaris de voorgestelde onvrijwillige zorg goedkeurt, zal een zorgverantwoordelijke worden aangesteld die het Wzd stappenplan zal inzetten en vervolgen. De zorgverantwoordelijke is in de regel de Casemanager dementie.

Thuiszorg verantwoordelijk voor 7x24 uur zorg, met adviesrol Regioverpleegkundige

Bij de inzet van onvrijwillige zorg thuis is de thuiszorgorganisatie die dit levert verantwoordelijk voor een 7x24-uurs bereikbaarheid voor advies daarover aan thuiszorg medewerker of mantelzorger. Hiertoe kan gebruik gemaakt worden van de Regioverpleegkundige.*

Fase 4: Ernstig nadeel op korte of lange termijn niet meer af te wenden: IBS of RM via huisarts

Er is een situatie ontstaan die op korte of langere termijn zal leiden tot ernstig nadeel voor de cliënt (met inbegrip van uitputting van het steunsysteem), die niet met de tot nu toe ingezette middelen kan worden voorkomen.

In acute situaties kan door de huisarts een gedwongen opname met IBS worden gevraagd. Ga naar www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/brochure-ibs voor de te volgen procedure.

In niet acute situaties (teloorgang op termijn) kan een RM worden gevraagd. Ga naar www.dwangindezorg.nl/wzd/onvrijwillige-opname/rechterlijke-machtiging voor de RM procedure

In beide gevallen zal intensivering van thuiszorg nodig zijn om de procedure alsmede de feitelijke opname zorgvuldig te begeleiden.**

NB De mogelijkheden in fase 3 zijn in 2022 nog nauwelijks benut, mede omdat de randvoorwaarden en de verantwoordelijkheidsdeling nog onvoldoende zijn uitgewerkt.

* De inzet van Regioverpleegkundige bij 24-uurs beschikbaarheid voor advies wordt nog onderwerp van bestuurlijk overleg.

** Het snel kunnen opschalen van zorg in fase 3 of 4 wordt eveneens nog onderwerp van bestuurlijk overleg.

Fase 1

- Signalen herkennen en regisseren
- Huisarts leidende rol

Fase 2

- Dreigend ernstig nadeel
- ATO triage

Fase 3

- Dreigende crisis
- Onvrijwillige zorg overwegen, advies ATO

Fase 4

- Ernstig nadeel op korte of lange termijn
- IBS of RM via huisarts

Schematisch overzicht van de fases en handelingsperspectieven Wzd ambulant



Opleverdocument

Evaluatie doorstartfase april – juni 2023

1. Voorwoord

Bij de afronding van de Praktijktuin Ambulante Wzd van Salland-United in december 2022 zijn belangrijke stappen gezet voor de implementatie, door hiervoor de randvoorwaarden te scheppen. De basis vormt het *Programma ter preventie en beheersing van crisis bij dementie in de thuissituatie*. Centrale rol hierin vervult het Ambulant Team Ouderen (ATO), dat op indicatie advies levert, en consultatie van externe deskundigen en Wzd-functionaris kan bieden. Het programma beschrijft 5 situaties die zich kunnen voordoen met daarbij passende rolverdeling en aanpak (zie bijlage 1).

Gemist wordt nog een meer concrete beschrijving van interventies die eventueel ook onvrijwillig thuis zijn in te zetten om ernstig nadeel te voorkomen. Tevens is duidelijk dat het huidige ATO vanuit Deventer niet het hele gebied van Salland bedient. Daarbij is de ambitie om de triage rond Wzd-vraagstukken binnen het ATO te kunnen monitoren en evalueren. Om deze redenen is onder Salland-United een vervolg gegeven aan de Praktijktuin en werd daartoe op 17 april met alle betrokkenen een doorstartbijeenkomst belegd en een projectplan voor de periode maart – juni 2023 vastgesteld.

In dit document worden de resultaten daarvan opgeleverd, en is in de evaluatiebijeenkomst van 19 juni besproken hoe dit Programma kan worden ingebed in de reguliere zorgprocessen.

2. Inleiding

Tot 2020 gold de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz). Het was een opnamewet; onder strikte voorwaarden kon iemand met een psychiatrische stoornis (waaronder dementie) tegen zichzelf of zijn omgeving worden beschermd door een gedwongen opname. Pas vanuit zo'n opname kon iemand eventueel onder voorwaarden weer naar huis als het gevaar geweken was. Door de sterke ambulantisering van de GGZ ontstond behoefte aan de inzet van ambulante dwang (dus zonder een opname) om het gevaar af te wenden. In de Wet Verplichte GGZ (Wvvggz) is dat nu ook mogelijk via een zorgmachtiging. Bij de ontwikkeling van de huidige wetgeving (na Bopz) is een onderscheid gemaakt tussen mensen met psychiatrische stoornissen (Wvvggz) en mensen met een verstandelijke beperking of dementie – wet zorg en dwang – (Wzd).

Sinds de invoering van de Wzd in januari 2020 is door de V&V- (en VG) sector vooral aandacht besteed aan de implementatie in de intramurale situatie, op de verpleegafdelingen. De ambulante toepassing – in de wijk – is voornamelijk beperkt gebleven tot gedwongen opname (met IBS of RM).

Alle onvrijwillige zorg vanuit de Wvvggz wordt ingezet onder verantwoordelijkheid van een psychiater en wordt altijd getoetst door de rechter.

Onder de Wzd kan onvrijwillige zorg worden ingezet door een Zorgverantwoordelijke (wijkverpleegkundige of casemanager dementie) na toetsing door een Wzd-functionaris (meestal een SO) en wordt enkel een gedwongen opname (als ultimum remedium) door de rechter getoetst.

Dit biedt de Zorgverantwoordelijke en Wzd-functionaris mogelijkheden om bij iemand thuis te interveniëren – ook als de cliënt daar niet mee instemt –, maar ook een grote verantwoordelijkheid bij de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Om die reden is hier ook de bijstand van een Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP) ingebouwd.

In complexe situaties (als diagnostiek nog onduidelijk is en/of nog geen Wlz-indicatie is afgegeven) zal bepaald moeten worden onder welke wet wordt gehandeld. De wetgever biedt ook de mogelijkheid tot samenloop van Wvvggz en Wzd en ook de mogelijkheid om één daarvan als leidend aan te merken. Dat kan zijn omdat de ene of de andere stoornis voorliggend is, óf omdat de stoornis een bepaalde mate van regieverlies en behoefte aan zorg met zich meebrengt (in ons geval V&V-zorg). Voor dergelijke situaties is het binnen het ATO mogelijk om een deskundige vanuit de GGZ verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg of van het Bijzondere Zorg Team te consulteren.

3. Onvrijwillige zorg thuis

Wat kan als onvrijwillige zorg worden ingezet om in (dreigende) crisissituaties het ernstig nadeel te beperken of weg te nemen, zonder over te gaan tot gedwongen opname? In het besluit bij de Wzd worden hiervoor dezelfde mogelijkheden genoemd als in de intramurale situatie, met een aantal toevoegingen specifiek voor de ambulante praktijk.

Voor de psychogeriatrische thuiszorg kan dit worden vertaald in bijvoorbeeld:

- Inzet van zorgverleners
- Uitoefenen van toezicht op hygiëne, veiligheid of gezondheid
- Uitoefenen van controles en onderzoek (van de inhoud van de koelkast tot lab. onderzoek of neuropsychologisch onderzoek)
- Overname van medicatieverstrekking
- Inzet van maaltijdvoorziening of huishoudelijke hulp
- Inperken van bewegingsvrijheid (bv. niet meer s 'avonds de straat op gaan) eventueel met behulp van domotica
- Voorkomen van gevaar door innemen van autosleutels of afsluiten van gas
- Verplichting tot deelname aan dagopvang (bv. om mantelzorg te ontlasten)

Nu is de definitie van onvrijwillige zorg: zorg waarmee de patiënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt of zich er tegen verzet. Als daarbij sprake is van wilsonbekwaamheid, dan komt bemoeizorg in zicht.

Bemoeizorg is een begrip dat wordt toegepast bij cliënten die vanwege hun stoornis ernstig risico lopen of veroorzaken, maar daar zelf geen besef van hebben of het ontkennen. Het is erop gericht om samen met de betrokken cliënt en diens omgeving te zoeken naar passende zorg, óók waar die niet op voorhand wordt gewenst of verdragen, maar wel noodzakelijk is. Het begint met contact maken en het opbouwen van een vertrouwensrelatie gericht op inzicht in de (eigen) problematiek en het verdragen van hulp, zorg en behandeling. Bij (verdenking op) dementie kan het toewerken naar specifiek onderzoek, thuiszorg, dagopvang of verpleeghuisopname daarvan deel uitmaken. Veel aandacht wordt hierbij besteed aan (systeem) communicatie, psycho-educatie en mantelzorgondersteuning. Vaak met een creatieve en persoonlijke aanpak, met respect voor autonomie en eigenheid van de patiënt, maar zonder de risico's uit het oog te verliezen. Begrenzen en doorpakken kan daar deel van uitmaken. Het gaat daarbij om het vinden van een balans op het continuüm tussen verwaarlozing en bevoogding.

De interventies verlopen van beschikbaar zijn, informeren en adviseren, via onderhandelen, overhalen of verleiden, naar aandringen en druk uitoefenen. Als dat niet volstaat kan onder de Wzd nu ook onvrijwillige zorg worden overwogen.

Dergelijke onvrijwillige interventies kunnen door een zorgverantwoordelijke in multidisciplinair overleg, in samenspraak met de cliënt, eventuele mantelzorgers en de huisarts worden voorgesteld en door een Wzd-functionaris worden getoetst.

De maatregelen moeten in een zorgplan worden opgenomen. Ook zal moeten worden aangegeven hoe het toezicht en de veiligheid van de cliënt, mantelzorgers en zorgmedewerkers worden gewaarborgd. Zoals welke ter zake kundige medewerker 24/7 te raadplegen is voor overleg.

De werkgroep geeft aan dat de rol die hierin is voorzien voor de regioverpleegkundige nog onvoldoende is besproken en belegd. Dit vergt ook nadere instructie en scholing. Ter vergadering is aangevuld, dat er reeds een systeem van 24-uurs bereikbaarheid bestaat. Wellicht is dat toereikend.

Tevens moet worden aangegeven hoe op een verantwoorde wijze wordt omgegaan met eventueel verzet van de cliënt. Het zal niet eenvoudig zijn om interventies op te leggen en te laten naleven bij een cliënt die dat pertinent weigert en die zich –ook fysiek– verzet. In zo'n geval kan inzet van het Bijzondere Zorg Team (BZT) worden overwogen. In uitzonderlijke gevallen kan (via het BZT) ook de wijkagent worden betrokken.

De werkgroep is van mening dat bij fysiek verzet de gekozen interventie niet ambulant kan worden toegepast. Dan zal opname nodig zijn omdat daarbij betere condities bestaan voor nabijheid en veiligheid voor zowel de cliënt als de zorgverleners.

Op basis van onderzoek en ook uit ervaringen van de werkgroep wordt er al geregeld onvrijwillige zorg in de thuissituatie toegepast, veelal ingezet en gehandhaafd door mantelzorgers, al dan niet ondersteund door zorgverleners. Indien mantelzorgers hier uitvoering aan geven, dan valt dat strikt genomen niet onder de Wzd. Als professionele zorgverleners dat doen wel.

Omdat wij vooral de intentie van de Wzd volgen; namelijk het terugdringen van dwang bij dementie, acht de werkgroep het wenselijk om ook hierin verantwoordelijkheid te nemen en samen met mantelzorgers, huisarts en collega's te zoeken naar alternatieven op vrijwillige basis.

4. Achtergrond

Op basis van informatie verzameld door het Regionaal Transferpunt Salland (RTP) zijn in 2022:

- 8 cliënten opgenomen met IBS, 13 met RM en 31 via crisisopname (zonder maatregel)

In de periode jan. – mei 2023:

- 6 cliënten opgenomen met IBS, 8 met RM en 23 via crisisopname (zonder maatregel).

Deze gegevens onderschrijven de noodzaak om niet enkel te focussen op het voorkomen van gedwongen opname (met IBS of RM), maar op het voorkomen of beheersen van een crisis. Door dit programma kunnen mogelijk gedwongen opnames worden voorkomen, maar vooral kan een crisis beter worden voorzien en gemanaged.

De werkgroep is van mening dat het leerzaam zal zijn om de registraties van het RTP (gedwongen opnames en crisisopnames) hiertoe nader te analyseren. Crisisopnames zijn niet altijd te vermijden wegens calamiteiten. Toch bestaat de indruk dat vroeg signalering en vooral regievoering het aantal crisisopnames kan reduceren. Zorgelijk wordt genoemd dat het aantal juist toeneemt.

Carinova registreerde binnen de thuiszorg:

- in 2022 10 vormen van onvrijwillige zorg
- in de 1e 3 maanden van dit jaar 3.

Ze zijn te verdelen in de volgende interventies:

- Beperking in het inrichten van het eigen leven (insuline uit eigen beheer, medicatie uit eigen beheer, medicatie in kluisje met code)
- Toezicht via domotica (sensor)
- Toedienen gedragsbeïnvloedende medicatie buiten richtlijn
- Beperking van bewegingsvrijheid (bedhekken omhoog, insluiten in eigen ruimte, buitendeur op slot).

Solis registreerde in deze periode geen enkele onvrijwillige zorg binnen de thuiszorg.

De werkgroep is van mening dat deze registratie maar een klein deel van de werkelijkheid weergeeft en concludeert hieruit dat nog weinig aandacht, herkenning en kennis bestaat over dit onderwerp in de thuiszorg. Het onderschrijft de noodzaak tot meer bewustwording en scholing bij alle betrokkenen. Er kan hierbij gebruik gemaakt worden van (momenteel in ontwikkeling zijnde) landelijke materialen (bv vanuit Vilans) en dat dit breed –dus instelling overstijgend– aangepakt zal moeten worden.

5. Resultaten

a. Werkgroep Interventies

In de Praktijktuinen vanuit ActiZ zijn de eerste stappen gezet op dit nog onontgonnen terrein. Uitdagend daarbij is dat de Wzd een dubbel doel dient: enerzijds het terugdringen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie, anderzijds juist het toepassen daarvan om ernstig nadeel te voorkomen. De Praktijktuin Salland richtte haar focus op preventie en beheersing van crisis bij dementie, waaronder het toepassen van onvrijwillige zorg om ernstig nadeel (en gedwongen opname) te voorkomen. De Werkgroep Interventies heeft de opdracht om een beperkte set interventies te selecteren en beschrijven die thuis veilig en verantwoord daarvoor zijn in te zetten. Deze zijn samengebracht in een z.g. Toolkit Onvrijwillige Zorg thuis (TOZt). (zie bijlage 2).

De werkgroep hanteert hierbij de volgende uitgangspunten:

- Zorg dient bij voorkeur vrijwillig te worden verleend of zo min mogelijk beperkend en dan zo kort mogelijk
- Zoeken naar alternatieven voor noodzakelijke zorg die wordt afgewezen behoort tot de standaard (b.v. via Alternatievenbundel van Vilans)
- Bij problemen in de afstemming tussen vrijheid en veiligheid vindt altijd intercollegiaal en multidisciplinair overleg plaats (b.v. op basis van Handelwijzer Wzd in de ambulante setting)
- Duidelijk zal zijn dat hiermee de zorg intensiever (dus kostbaarder) wordt.

Inzet van onvrijwillige zorg wordt gerelateerd aan in de Wzd omschreven vormen van (ernstig) nadeel), nl.:

- Levensgevaar voor cliënt of anderen
- Gevaar voor lichamelijk letsel
- Gevaar voor psychische, materiële of immateriële schade (o.a. financieel)
- Verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang van cliënt of anderen (waaronder 'uitputting van het steunsysteem')
- Bedreiging van de veiligheid van cliënt, van anderen of van goederen
- Hinderlijk gedrag dat agressie oproept.

Bij de keuze voor bepaalde interventies zijn meerdere invalshoeken gekozen:

- Welke zijn nuttig en effectief (gebleken) bij afwenden van ernstig nadeel?
- Welke worden al toegepast maar behoeven toetsing aan de Wzd?
- Welke zijn eventueel geschikt als alternatief voor gedwongen opname?

De werkgroep is van mening dat onvrijwillige zorg thuis geen doel op zich is, maar een mogelijkheid om een 'extra duwtje' te geven aan noodzakelijk geachte zorg die niet vrijwillig tot stand komt. De zorgverleners én mantelzorgers kunnen zich daarbij beroepen op een mandaat van de Wzd-functionaris, die hun (ongevraagde) bemoeienis legitimeert. Het kan er daarmee voor zorgen dat zij hun persoonlijke band met de cliënt niet op het spel hoeven zetten.

De 8 meer uitgewerkte interventies zijn:

- Medicatie in een kluisje (dus uit eigen beheer)
- Sluiten van een deur van buitenaf (om dwalen te voorkomen)
- Verdekt toedienen van medicatie (bij medische noodzaak)
- Voorschrijven gedragsbeïnvloedende medicatie buiten de richtlijn (welke?)
- Gedwongen deel te nemen aan dagopvang (waar?)
- Toelaten noodzakelijke ADL-zorg (bij medische noodzaak)
- Voorkomen van autorijden (bij gevaar verkeersveiligheid)
- Afsluiten van gastoestel (bij brand of verstikkingsgevaar)

b. Inregelen Ambulant Team Ouderen (ATO)

- Model voor triage en monitoring van onvrijwillige zorg thuis.
- Inventarisatie van wat nodig is om het ATO voor heel Salland beschikbaar te maken (voor consultatie van SO/Wzd-functionaris en op indicatie externe deskundigen).

Een triage/monitoringmodel is in ontwikkeling (samen met RTP). Dat zal bij de analyse van de gegevens van gedwongen opnames en crisisopnames (punt 4) worden meegenomen. Uitbreiding van het ATO-model naar geheel Salland zal afhangen van een lopende evaluatie van het ATO. Een besluit hierover kan in september worden verwacht.

6. Communicatie

De gemaakte afspraken rond het ATO (proces) en de inzet van specifieke interventies uit de Toolkit (TOZt) kunnen na bespreking tijdens de evaluatiebijeenkomst op ma. 19 juni worden voorgelegd aan externe partijen en uitgewerkt in een communicatieplan. Daartoe is een communicatieadviseur beschikbaar en is er enig budget voor communicatiemiddelen. Optioneel is het organiseren van een symposium over dit onderwerp ism netwerk casemanagers-dementie (bv. in september/oktober).

In het kader van bewustwording en scholing bij (thuiszorg)medewerkers is er contact met Vilans over een bijdrage daarin.

Dit opleverdocument zal professioneel worden opgemaakt (zowel fysiek als digitaal) ten behoeve van de deelnemers in dit project, als ook de partners in ons netwerk.

7. Vervolg

Met de afronding van dit project komt een einde aan de bemoeienis van de projectleider, wordt de projectstructuur verlaten en zal het Programma –met inbegrip van de Toolkit– moeten worden ingebed in de reguliere zorgprocessen. Belangrijke vraag tijdens het overleg is hoe dit onderwerp te beleggen.

Een structuur onder Salland-United lijkt hiervoor het meest gepast, gezien de vele organisatie-overstijgende vraagstukken. Een vervolgoopdracht, aangehaakt binnen de structuur van Salland-United wordt bepleit. Evenals een uitwisseling over dit onderwerp met de sector verstandelijk gehandicapten.

Met dank aan alle deelnemers in dit project en aan Salland Zorgverzekeringen voor de financiering.

Bijlages

- Programma ter preventie of beheersing van crisis bij dementie in de thuissituatie
- Toolkit Onvrijwillige Zorg thuis (TOZt)

Project ambulante Wzd, Salland United,

januari 2023

Situatie 0

Dementie wordt gesignaleerd en gediagnostiseerd.

- WLz-indicatie en passende zorg zijn beschikbaar, worden geaccepteerd en zijn toereikend.
- Onvrijwillige zorg niet van toepassing. Huisarts voert regie.

Situatie 1

Er zijn cognitieve stoornissen of signalen daarvan, zonder diagnose en indicatie.

Er is weerstand tegen onderzoek en eventueel sprake van zorgmijding, of -weigering.

- Signalen herkennen, kanaliseren en er regie op voeren.
- Rol voor huisarts samen met POH-geriatrie en/of casemanager dementie.
- Toeleden naar diagnostiek/geriatrisch assessment.

Situatie 2

Er dreigt of bestaat ernstig nadeel en noodzakelijke zorg komt niet of onvoldoende tot stand of stagneert. Eventueel comorbide problematiek waardoor complexe diagnostiek.

- Huisarts kan Ambulant Team Ouderen (ATO) consulteren. Aanmelding en communicatie via regionaal transferpunt (RTP) Deventer Ziekenhuis.
- Triage door specialist ouderengeneeskunde. Keuze voor consultatie t/m medebehandeling.
- Op basis van triage kan snel een digitaal multidisciplinair overleg (MDO) worden gepland.
- Op indicatie kan hierbij een externe deskundige aansluiten van GGZ, verslavingszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg of bijzondere zorg team (bemoeizorg gemeente).

Situatie 3

Dreigende crisis bij vastgestelde problematiek onder Wzd. Onvrijwillige zorg wordt overwogen bij (dreigend) ernstig nadeel.

- MDO binnen ATO met eventueel externe deskundige(n).
- Zorgverantwoordelijke is benoemd (casemanager dementie/wijkverpleegkundige).
- Specialist ouderengeneeskunde/Wzd-functionaris beoordeelt voorgestelde onvrijwillige zorg.
- Wzd-stappenplan wordt gevolgd, thuiszorg voert uit.
- Regioverpleegkundige is 24/7 te raadplegen voor overleg.

Situatie 4

Ernstig nadeel is op korte of langere termijn niet meer af te wenden.

- Tot nu toe ingezette middelen (eventueel onvrijwillig) zijn ontoereikend om ernstig nadeel af te wenden (met inbegrip van uitputting steunsysteem).
- Beoordeling IBS of procedure RM wordt gevraagd volgens bestaande procedures.
- Intensivering van thuiszorg tot en met opname.

AB/VS 2022

Onderdeel van Programma ter preventie of beheersing van crisis bij dementie in de thuissituatie

Probleem/ observatie?	Redenen voor noodzaak	Vrijwillige alternatieven		Onvrijwillige interventie	Zorgvuldigheidscriteria	Toezicht <i>Is alleen nodig bij inzet onvrijwillige interventies</i>
Cliënt neemt medicatie niet volgens voorschrift van arts in	Inname van onjuiste soort of hoeveelheid medicatie waardoor bedreiging van de lichamelijke gezondheid ontstaat met mogelijk ernstig letsel tot gevolg.	Alternatievenbundel Medicijnendoos met herinnering. Medicijn dispenser (Medido) Apps voor medicatieherinnering. Medicijnhorloge.		Medicatie in kluis	Zorgvuldigheidscriteria: • Staat de interventie in verhouding tot het doel? (proportionaliteit) • Zijn er minder ingrijpende interventies in te zetten? (subsidiariteit) • Wordt met de gekozen interventie het doel bereikt? (doeltreffendheid) Proportionaliteit, Subsidiariteit. Indien de genoemde vrijwillige alternatieven niet het gewenste effect opleveren, voorkomt het opbergen van medicatie in een kluis het innemen van een verkeerde soort of dosis medicatie. Dit weegt op tegen de ernstige gevolgen voor de gezondheid die het innemen van verkeerde medicatie kan hebben. Doeltreffendheid. Met een medicatiekluis wordt bereikt dat de cliënt zelf niet meer een onjuiste soort of dosis medicatie kan innemen.	Toezicht indien mogelijk beleggen bij het steunsysteem van de cliënt. Indien dit niet mogelijk is binnen het steunsysteem, wordt binnen het zorgsysteem het toezicht georganiseerd. Zorgverantwoordelijke heeft hierin een regisserende rol.
Cliënt sluit zichzelf soms buiten/ cliënt is niet in staat zelf de deur op slot te doen of te herinneren dat hij/ zij dit moet/wil doen		Alternatievenbundel Vraag aan familie om ander deurbeslag waarbij de deur gewoon dichtgetrokken kan worden en van buitenaf alleen te openen is met sleutel. Van binnenuit met hendel.		Sluiten van de deur van buitenaf	Zorgvuldigheidscriteria: • Staat de interventie in verhouding tot het doel? (proportionaliteit) • Zijn er minder ingrijpende interventies in te zetten? (subsidiariteit) • Wordt met de gekozen interventie het doel bereikt? (doeltreffendheid) Het vervangen van de deurbeslag heeft geen invloed op de zelfredzaamheid van de cliënt en beperkt niet zijn/haar vrijheid, waardoor de interventie in verhouding staat tot het doel.	Toezicht indien mogelijk beleggen bij het steunsysteem van de cliënt. Indien dit niet mogelijk is binnen het steunsysteem, wordt binnen het zorgsysteem het toezicht georganiseerd. Zorgverantwoordelijke heeft hierin een regisserende rol.

Probleem/ observatie?	Redenen voor noodzaak	Vrijwillige alternatieven		Onvrijwillige interventie	Zorgvuldigheidscriteria	Toezicht <i>Is alleen nodig bij inzet onvrijwillige interventies</i>
Cliënt weigert medicatie die voorgeschreven is, met negatieve lichamelijke/geestelijke consequenties al gevolg	Bij ernstige bedreiging van gezondheid.	Bespreekbaar maken in hoeverre persoon haar medicatie nog zelf kan beheren. Wat is reden voor de medicatie? Eventuele alternatieven; • Medicatie horloge • Medido • Enz; zie alternatievenbundel.		Verdekt toedienen van medicatie	Zorgvuldigheidscriteria: • Staat de interventie in verhouding tot het doel? (proportionaliteit) • Zijn er minder ingrijpende interventies in te zetten? (subsidiariteit) • Wordt met de gekozen interventie het doel bereikt? (doeltreffendheid) Wie is toezichhouder en op welke manier wordt dit geregeld? Is persoon wilsonbekwaam? Mag vertegenwoordiger van persoon in zijn belang keus maken. Zijn medicatie voor geschreven door	Toezicht indien mogelijk beleggen bij het steunsysteem van de cliënt. Indien dit niet mogelijk is binnen het steunsysteem, wordt binnen het zorgsysteem het toezicht georganiseerd. Zorgverantwoordelijke heeft hierin een regisserende rol.
Gedragsproblematiek, zoals.... Paniek? Agressie?	Indien geen inname leidt tot ernstig psychisch of lichamelijk letsel aan degene zelf of omgeving.	Eventueel alternatievenbundel Kan het gedrag zonder medicatie beïnvloed worden? Denk aan een benaderingsplan. (hiervoor zou een consult door een SO en/ of psycholoog van toegevoegde waarde kunnen zijn). Kan familie hierin iets betekenen? Met name voor medicatie die ldd gegeven wordt. Mogelijk kan tijdstip zodanig aangepast worden zodat er rekening gehouden kan worden met familie. Is het mogelijk om op een later tijdstip het opnieuw te proberen? Wel rekening houden dat het niet te laat wordt gegeven. Het is aan de arts op welk tijdstip het uiterlijk gegeven mag worden		Toedienen gedragsbeïnvloedende medicatie buiten de richtlijn. Let op: bij gedwongen medicatie wordt in principe verdekt geven van medicatie bedoeld. Iemand onder dwang medicatie toedienen (dus waarbij fysieke actie ondernomen moet worden) is een vergaande maatregel en is gezien de huidige setting hier niet passend.	Zorgvuldigheidscriteria: • Staat de interventie in verhouding tot het doel? (proportionaliteit) • Zijn er minder ingrijpende interventies in te zetten? (subsidiariteit) • Wordt met de gekozen interventie het doel bereikt? (doeltreffendheid) Gezien de categorie onvrijwillige zorg is het geadviseerd om de maatregel met de huisarts te bespreken (die eventueel met een SO of WZD-functionaris intercollegiaal zou kunnen overleggen). Doelmatigheid: er moet uit rapportage/observaties duidelijk zijn dat de voorgeschreven medicatie werkzaam en effectief is om het gevaar af te wenden.	Toezicht indien mogelijk beleggen bij het steunsysteem van de cliënt. Indien dit niet mogelijk is binnen het steunsysteem, wordt binnen het zorgsysteem het toezicht georganiseerd. Zorgverantwoordelijke heeft hierin een regisserende rol.
Mantelzorger is dusdanig overbelast dat (gedwongen) deelname een crisissituatie voorkomt		Alternatief: Vrijwilligers inzetten?		Gedwongen deel te nemen aan dagopvang	Zorgvuldigheidscriteria: • Staat de interventie in verhouding tot het doel? (proportionaliteit) • Zijn er minder ingrijpende interventies in te zetten? (subsidiariteit) • Wordt met de gekozen interventie het doel bereikt? (doeltreffendheid)	Toezicht indien mogelijk beleggen bij het steunsysteem van de cliënt. Indien dit niet mogelijk is binnen het steunsysteem, wordt binnen het zorgsysteem het toezicht georganiseerd. Zorgverantwoordelijke heeft hierin een regisserende rol.

Probleem/ observatie?	Redenen voor noodzaak	Vrijwillige alternatieven		Onvrijwillige interventie	Zorgvuldigheidscriteria	Toezicht <i>Is alleen nodig bij inzet onvrijwillige interventies</i>
Ontoereikende zelfzorg met verhoogd risico op bedreiging lichamelijke gezondheid (Smetplekken?)	Bedreiging van de lichamelijke gezondheid (eigen huisarts moet beoordelen)	Vertrouwen opbouwen door vaste personen. Wisselen qua dagen/ tijden voor zorgmoment om bereidheid te vergroten. Is het mogelijk om op een later tijdstip het opnieuw te proberen? Intensiviteit en flexibiliteit vergroten Denk aan; • Wassen ipv douchen. • Droogshampoo. • Verzorgend wassen • Kapper laten komen 1x per week • Zie alternatievenbundel		Toelaten van noodzakelijke ADL zorg	Zorgvuldigheidscriteria: • Staat de interventie in verhouding tot het doel? (proportionaliteit) • Zijn er minder ingrijpende interventies in te zetten? (subsidiariteit) • Wordt met de gekozen interventie het doel bereikt? (doeltreffendheid)	Toezicht indien mogelijk beleggen bij het steunsysteem van de cliënt. Indien dit niet mogelijk is binnen het steunsysteem, wordt binnen het zorgsysteem het toezicht georganiseerd. Zorgverantwoordelijke heeft hierin een regisserende rol.
Cliënt is in het verkeer een gevaar voor zichzelf en andere weggebruikers.	Gevaar voor zichzelf en andere weggebruikers. Kan zowel autorijden als mobiliteit met scooter, scootmobiel of tractor betreffen.	Adviesroute HA – Geriater – CBR (rij bewusttest, tips voor stoppen, CBR-toets). Zoek alternatief vervoer dat veiliger is. Betrekt event. wijkagent of ander persoon met gezag. Parkeer voertuig elders, leg sleutels uit zicht. Event. verplichte CBR-toets (bij weigering rijbewijs ongeldig). Inname van rijbewijs/ontnemen van rijbevoegdheid.		Autorijden ontzeggen Inname van sleutels en/of onklaar maken van voertuig zo nodig met inzet van automonteur of politie. Inzetten alternatieve mogelijkheid tot vervoer	Zorgvuldigheidscriteria: • Staat de interventie in verhouding tot het doel? (proportionaliteit) • Zijn er minder ingrijpende interventies in te zetten? (subsidiariteit) • Wordt met de gekozen interventie het doel bereikt? (doeltreffendheid)	Toezicht indien mogelijk beleggen bij het steunsysteem van de cliënt. Indien dit niet mogelijk is binnen het steunsysteem, wordt binnen het zorgsysteem het toezicht georganiseerd. Zorgverantwoordelijke heeft hierin een regisserende rol.





Vrijheid en veiligheid

Resultaten Praktijktuin Ambulante WZD

Nee, tenzij...

Arie Berg, Zorggroep Solis
namens Praktijktuin Ambulante Wzd
onder Salland United

juni 2023