



Wzd-gids

Het voorkomen en toepassen
van onvrijwillige zorg in de
eerstelijnszorg

Noord- en Midden-Limburg

Wzd Gids voor de eerstelijnszorg regio Noord- en Midden-Limburg

Het voorkomen en toepassen van onvrijwillige zorg

In deze gids is beschreven hoe in de regio Noord- en Midden-Limburg uitvoering kan worden gegeven aan de Wet zorg en dwang (Wzd) in de eerstelijnszorg. Deze gids vormt een praktische leidraad voor het voorkomen van en toepassen van onvrijwillige zorg in de eerstelijnszorg. Op de in deze gids beschreven wijze kan de Wzd voor thuiswonende cliënten met een psychogeriatrische of gelijkgestelde aandoening* op een verantwoorde manier worden uitgevoerd, die aansluit bij wat haalbaar is in de praktijk. In deze gids ligt het accent op mensen met dementie, op basis hiervan kan waar nodig een vertaalslag voor de gelijkgestelde aandoeningen gemaakt worden.

Bedoeling van deze gids is om organisaties te inspireren en helpen om met dit thema aan de slag te gaan. De keuze om hiermee aan de slag te gaan en hoe daaraan invulling te geven ligt bij iedere organisatie zelf. Aangezien het voorkomen en toepassen van onvrijwillige zorg in de eerstelijnszorg een multidisciplinaire opgave over de keten heen is, is het voornemen om in lijn van de Wzd Gids in 2025 te gaan verkennen of we tot een Regionale Transmurale Afspraak (RTA) kunnen komen inzake de werkwijze voor het voorkomen en toepassen van onvrijwillige zorg in de eerstelijnszorg in de regio Noord- en Midden-Limburg.

Waarom deze gids?

Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven en eigen keuzes te maken. Zelf beslissen wat je doet en waar je woont. Dat geldt ook voor mensen met dementie en gelijkgestelde aandoeningen. De Wet zorg en dwang, die in 2020 is ingegaan, beschermt hun rechten. In deze wet staat dat er altijd vrijwillige zorg moet worden gegeven, tenzij het niet anders kan. Dat is bijvoorbeeld het geval als er ernstig gevaar dreigt voor je cliënt of zijn omgeving en er geen alternatieven zijn.

Maar wat doe je dan? Hoe kom je tot de beste keuze? En hoe ga je dan zorgvuldig om met het voorkomen ofwel toepassen van onvrijwillige zorg?

In de praktijk worstelen zorgverleners vaker met deze vragen. Ook komt het voor dat zorgverleners zich niet altijd realiseren dat zij een vorm van onvrijwillige zorg bieden en daardoor niet de wettelijke stappen doorlopen.

Ontdek met deze gids hoe je persoonsgerichte zorg, vrijheid, geluk en welzijn kan bevorderen binnen de kaders van de Wet zorg en dwang (Wzd). Met behulp van deze gids:

- *Kan je situaties waarbij onvrijwillige zorg mogelijk een rol speelt beter aanpakken;*
- *Voorkom/verminder je onnodig probleemgedrag en daarmee ook crisissituaties en inbewaringstellingen;*

Draag je bij aan het langer en beter thuis kunnen wonen van mensen met dementie of gelijkgestelde aandoeningen.

* *Het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en niet-aangeboren hersenletsel (NAH)*

Inhoudsopgave

1	De Wzd binnen de reguliere zorg	<i>pagina 4</i>
2	Aan de slag met (het voorkomen van) onvrijwillige zorg	<i>pagina 5</i>
3	Taken en rollen voor de Wzd	<i>pagina 10</i>
4	Waar toetst de IGJ op?	<i>pagina 12</i>
5	Waar vind je meer informatie en tools over de Wzd?	<i>pagina 13</i>
6	Toolkit	<i>pagina 14</i>
	• Bijlage 1: De rol van de Wzd in de reguliere zorg • Bijlage 2: Herkennen en voorkomen van verzet • Bijlage 3: Voorbeelden van onvrijwillige zorg • Bijlage 4: Methodische analyse • Bijlage 5: Wilsbekwaamheid toetsen • Bijlage 6: Beslisboom probleemgedrag • Bijlage 7: Wzd beslisboom • Bijlage 8: Extra zorgvuldigheidseisen • Bijlage 9: Taken en rollen	<i>pagina 14</i> <i>pagina 16</i> <i>pagina 18</i> <i>pagina 19</i> <i>pagina 20</i> <i>pagina 22</i> <i>pagina 23</i> <i>pagina 24</i> <i>pagina 25</i>
7	Bronnen	<i>pagina 28</i>

1 De Wzd binnen de reguliere zorg



Proactieve en persoonsgerichte zorg geven zonder rekening te houden met het zelfbeschikkingsrecht van mensen (de kern van de Wzd) is in tegenspraak met elkaar. Oog hebben voor onvrijwillige zorg is dan ook cruciaal binnen proactieve en persoonsgerichte zorg.

In hoe de zorg nu regulier wordt gegeven, is al een belangrijke basis aanwezig voor het voorkomen van onvrijwillige zorg. Waarbij het op onderdelen helpend is om de punt op de i te zetten in het geven van deze zorg. Voor het op de juiste wijze toepassen van onvrijwillige zorg zijn extra stappen nodig (Wzd stappenplan). Door verzet en onvrijwillige zorg te herkennen én hiermee proactief om te gaan, kan echter al veel onvrijwillige zorg voorkomen worden.

In [bijlage 1](#) is weergegeven welke zorg, die van belang is voor het voorkomen van onvrijwillige zorg, is verankerd in de reguliere zorg en voor welke punten mogelijk nog extra aandacht nodig is. Tevens is in dit overzicht de specifieke Wzd-zorg opgenomen. Dit geeft een beeld van wat van je verwacht wordt in het kader van de Wzd.

Onze conclusie: in feite valt het mee wat extra gevraagd wordt. Het herkennen en zien van verzet en onvrijwillige zorg is de grootste stap.

2 Aan de slag met (het voorkomen van) onvrijwillige zorg

a. Proactieve en persoonsgerichte zorg, een belangrijke basis

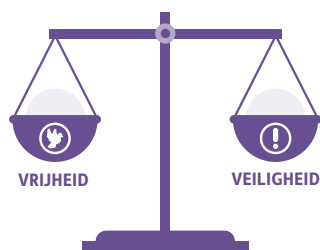
Belangrijke aspecten zijn:

- Vroeg signalering dementie;
- Ken je cliënt/patiënt inclusief zijn levensloop én leer gedrag begrijpen (dynamisch levensverhaal);
- Bespreek met de cliënt/patiënt en naasten het uitgangspunt van vrijheid in relatie tot veiligheid en maak vooraf afspraken in het geval van noodsituaties;
- Multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg, inclusief delen van informatie;
- Specifiek voor huisartsenpraktijken:
 - Bij dementie: vroegtijdig inzetten van een casemanager dementie;
 - Deelnemen aan een zorgouderen programma, inclusief POH Ouderenzorg;
 - Specialist Ouderengeneeskunde koppelen aan de huisartsenpraktijk;
 - Weloverwogen inzetten van psychofarmaca (psychosociale interventie)

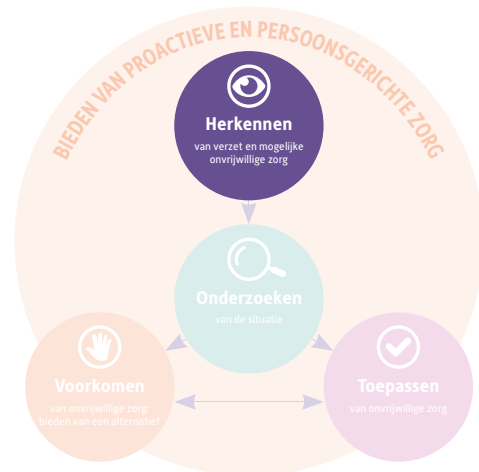


b. Herkennen van verzet en mogelijke onvrijwillige zorg

Alles begint het met het herkennen van verzet en van onvrijwillige zorg. In het verleden lag binnen de zorg het accent vooral op veiligheid, hierdoor werden er meer vrijheidsbeperkingen ingezet. Daarmee is het niet vreemd dat nu nog regelmatig onbewust onvrijwillige zorg wordt toegepast.



Inmiddels kijken we anders aan tegen het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen en stelt de Wzd hieraan eisen. Meer balans wordt gevraagd tussen veiligheid en vrijheid, waarbij de cliënt/patiënt zoveel als mogelijk zelf de regie houdt én onvrijwillige zorg zoveel mogelijk voorkomen wordt.



Door signalen van verzet te herkennen én proactief onvrijwillige zorg te voorkomen wordt de cliënt meer centraal gesteld en is er meer oog voor zijn of haar welzijn. Hiermee kunnen probleemsituaties beter worden voorkomen.

Om verzet en onvrijwillige zorg makkelijker te herkennen, zijn 2 tools ontwikkeld:

- In **bijlage 2**: Werking van verzet. In deze bijlage is opgenomen hoe gedrag dat duidt op verzet in de praktijk werkt. Door je hiervan bewust te zijn, wordt het makkelijker verzet te herkennen.
- In **bijlage 3**: Voorbeelden van onvrijwillige zorg.

Om het bewustzijn te verhogen is de bewustwordingscampagne ‘Meestal niet, soms wel!’ ontwikkeld. Met behulp van deze campagne kan je op een eenvoudige manier binnen je team aan de slag gaan met het thema onvrijwillige zorg. Voor meer informatie zie [onze website](#).

c. Onderzoeken van de situatie

Belangrijk is om de oorzaak van het probleem(gedrag) of het verzet te achterhalen. Erop gericht om op de oorzaak een passende oplossing te vinden. Met een methodische analyse kan de oorzaak beter achterhaald worden en tevens in beeld worden gebracht of er sprake is van ernstig nadeel.

Belangrijk voor het goed kunnen onderzoeken van de situatie is het kennen van je cliënt/patiënt en het opvragen en delen van informatie tussen de betrokken professionals. Maar ook bijvoorbeeld het uitsluiten van een mogelijk onderliggende medische oorzaak. Daarom is het nodig om breed te kijken om vervolgens tot de best passende oplossing te komen in aansluiting op de persoonlijke situatie van de cliënt/patiënt:

- Er wordt multidisciplinair gekeken (MDO, eventueel digitaal of telefonisch) naar het probleem en wat de mogelijke oorzaak is. Met als doel dit te beïnvloeden om ernstig nadeel te voorkomen of te verminderen. In dialoog tussen de professionals en cliënt/patiënt en naasten wordt afgewogen wat passend is.
- Bekijk welk (risico op) ernstig nadeel je wilt verminderen en bespreek wat acceptabel is. Zoek naar interventies en benaderingswijzen op basis van de levensloop, gewoontes en interesses.
- Besloten kan worden om risico's te nemen als alternatief voor onvrijwillige zorg. Het besluit bepaalde risico's bij een cliënt/patiënt te accepteren moet bewust worden genomen. De mate van risicoacceptatie zal voor iedere individuele cliënt/patiënt verschillend zijn. De betrokkenen brengen de risico's in kaart en wegen af welke risico's acceptabel zijn.
- Bij iedere stap van besluitvorming wordt de cliënt/patiënt en/of zijn vertegenwoordiger betrokken.



Om een goede analyse te kunnen maken en de juiste vervolgstappen te kunnen nemen, zijn enkele tools ontwikkeld:

- In [bijlage 4](#): Methodische analyse. Het komen tot de best passende oplossing begint met een uitgebreide methodische analyse. Dit kost wellicht in eerste instantie meer tijd dan een 'quick fix', maar levert voor daarna veel voordelen en tijdswinst op.
- In [bijlage 5](#): Wilsbekwaamheid toetsen. In deze bijlage zijn de te doorlopen stappen opgenomen voor het beoordelen van de wilsbekwaamheid. Het uitgangspunt is dat cliënten wilsbekwaam zijn, totdat het tegendeel is vastgesteld. Om vast te stellen of een cliënt wilsonbekwaam ter zake is dient een deskundige te worden gevraagd om een beoordeling te doen.
- In [bijlage 6](#): De beslisboom probleemgedrag. Deze helpt de huisarts bij het maken van de analyse bij onbegrepen gedrag. Belangrijk doel van deze bijlage is om een lichamelijke/medicamenteuze oorzaak aan te tonen dan wel uit te sluiten en hierop de vervolgacties te bepalen. Met als gevolg een zorgvuldige inzet van psychofarmaca.
- In [bijlage 7](#): De Wzd beslisboom. Deze helpt je om te beoordelen welke zorg in de aangetroffen situatie geboden kan worden: zorg op vrijwillige basis of onvrijwillige zorg en welke stappen dan doorlopen moeten worden.

d. Voorkomen van onvrijwillige zorg

Op basis van het onderzoek kijk je altijd eerst of er een vrijwillige vorm van zorg kan worden geboden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan:

- De inzet van paramedici en psycholoog die bijvoorbeeld kunnen adviseren op transfers, verzorging, hulpmiddelen, benaderingswijze.
- Een passende dag invulling, inzetten van domotica, etcetera.

Om inspiratie op te doen, raadpleeg de [Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg \(vilans.nl\)](#)

Leg de interventie vast in het zorgplan en evalueer periodiek.



e. Toepassen van onvrijwillige zorg

Onvrijwillige zorg kan worden toegepast als:

- Er ernstig nadeel is, er echt geen vrijwillig alternatief te bedenken is en het ernstig nadeel wordt afgewend door inzet van onvrijwillige zorg;
- En de cliënt/patiënt wilsonbekwaam ter zake is.



Let op: Bij onvrijwillige zorg moet de afweging sowieso altijd multidisciplinair gemaakt worden en onderbouwd worden vastgelegd! Tevens moet dan het Wzd stappenplan worden doorlopen. [Download het stappenplan Wet zorg en dwang \(vilans.nl\)](#).

Registreren

Als er sprake is van onvrijwillige zorg moet door de Wzd-zorgverantwoordelijke een maatregel worden aangemaakt. Leg in ieder geval vast:

- Wat is het ernstig nadeel;
- Wat is de oorzaak hiervan;
- Welke overwegingen zijn gemaakt / Hoe staat de onvrijwillige zorg in verhouding tot het oplossen van het ernstig nadeel;
- Welke alternatieven zijn uitgetoetst;
- Vorm van onvrijwillige zorg;
- Verzet aanwezig;
- Hoe, wanneer en door wie onvrijwillige zorg wordt toegepast;
- Hoe de extra zorgvuldigheidseisen die gelden vanuit de Regeling Ambulante Wzd worden gewaarborgd, zie [bijlage 8](#);
- Second opinion / Mening van andere betrokken deskundige;
- Wilsonbekwaamheid ter zake, hoe en door wie dit is getoetst en of vertegenwoordiger akkoord is;
- Evt. mening van de arts als dat nodig is;
- Mening en wens van de cliënt/vertegenwoordiger;
- Wanneer en met wie evaluatie plaatsvindt.

Voor meer informatie zie: [Besluitvorming over onvrijwillige zorg - Wzd - mei 2024.pdf \(actiz.nl\)](#)

De zorgorganisatie die onvrijwillige zorg inzet en waar de Wzd-zorgverantwoordelijke werkzaam is, is verantwoordelijk voor het registreren van de onvrijwillige zorg in het ECD (Elektronisch Cliënt Dossier) van de zorgorganisatie, het borgen van deze zorg en het multidisciplinair evalueren van het Wzd-zorgplan minimaal om de 6 maanden. De Wzd-zorgverantwoordelijke die dit zorgplan bijhoudt, informeert de huisarts en andere betrokkenen. Zij nemen deze informatie ook op in hun dossier.

Cliëntenvertrouwenspersoon

Wijs altijd zo spoedig mogelijk nadat onvrijwillige zorg overwogen wordt de cliënt/patiënt en vertegenwoordiger op de cliëntenvertrouwenspersoon. Deze is onafhankelijk en heeft de taak om de cliënt/patiënt of de vertegenwoordiger advies en bijstand te verlenen. Voor meer informatie over de cliëntenvertrouwenspersoon zie [Zorg en dwang Adviespunt zorgbelang](#).

Informatie over de cliëntenvertrouwenspersoon is opgenomen in diverse brochures. Reik de van toepassing zijnde brochure aan de cliënt/patiënt en zijn vertegenwoordiger aan. De brochures zijn te vinden op de website dwang in de zorg, [Brochures voor cliënten en vertegenwoordigers | Wet zorg en dwang \(Wzd\) | Informatiepunt dwang in de zorg](#).

Klachten

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

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

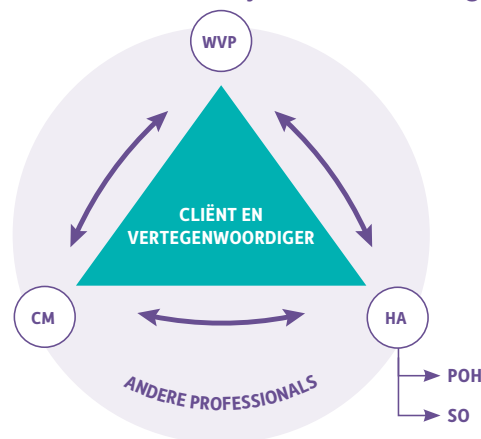
De (Wzd-)klacht kan ingediend worden bij de eigen zorgorganisatie, waarna in het geval van een Wzd-klacht wordt doorverwezen naar de daarmee belaste externe klachtencommissie (veelal de KCOZ van Actiz/VGN). KCOZ, KCOZ - Klachtencommissie onvrijwillige zorg.

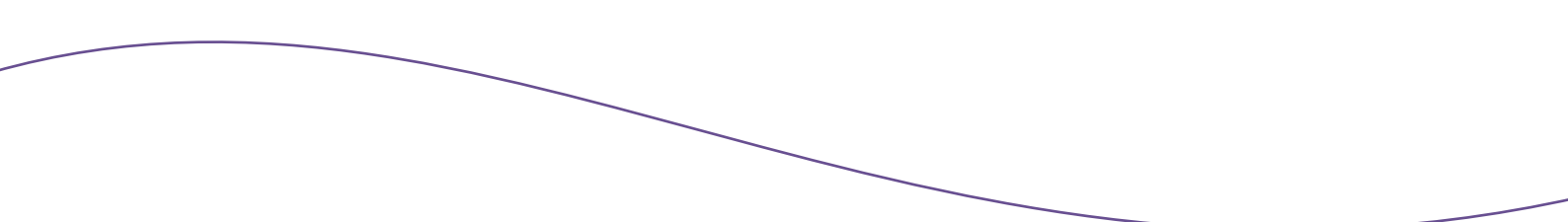
3 Taken en rollen voor de Wzd

Spil rondom de cliënt/patiënt en vertegenwoordiger inzake onvrijwillige zorg zijn:

- De wijkverpleegkundige, deze ziet de cliënt/patiënt het vaakst en is met de organisatie waarvoor hij/zij werkt verantwoordelijk voor het eventueel toepassen van onvrijwillige zorg. Vanuit dat perspectief vervult de wijkverpleegkundige de rol van Wzd-zorgverantwoordelijke.
- De huisarts (hoofdbehandelaar). Omdat onvrijwillige zorg door andere professionals wordt verleend, is de rol van de huisarts specifiek voor onvrijwillige zorg klein. Vanuit de reguliere rol die de huisarts vervult, wordt echter een belangrijke basis gelegd (zie 2a). In zijn rol voor de Wzd wordt de huisarts ondersteund door:
 - De POH, de contacten met de andere zorgverleners verlopen veelal via de POH; waar nodig betreft de POH de huisarts.
 - De SO, voor specialistische kennis kan de huisarts terugvallen op de aan de praktijk verbonden SO. Daarnaast neemt de SO de huisarts en POH mee in het thema onvrijwillige zorg.
- De casemanager dementie, deze heeft veel kennis van dementie. Bij complexe situaties wordt de casemanager dementie dan ook altijd betrokken door de wijkverpleegkundige. Heeft de cliënt/patiënt geen thuiszorg, dan is de casemanager dementie tevens de Wzd-zorgverantwoordelijke.
- De hiervoor beschreven rolverdeling is ook van toepassing bij het VPT. Is er geen wijkverpleegkundige en/of casemanager dementie betrokken, dan is echter de VPT medewerker (niveau 5) de Wzd-zorgverantwoordelijke.

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





In bijlage 9 is een overzicht met alle taken en rollen opgenomen. Specifiek voor de huisartsenpraktijken en voor de SO's is daarnaast een draaiboek gemaakt. Met dit draaiboek heb je een goed overzicht van hoe jij binnen de huisartsenpraktijk of als SO onvrijwillige zorg goed kan inbedden in jouw zorgverlening. Bekijk voor meer informatie het [Draaiboek Huisartsen](#) en het [Draaiboek Specialist Ouderengeneeskunde](#).

Belangrijk in de samenwerking:

- Afspraken maken over de taakverdeling;
- Benutten van elkaars expertises en hierop durven vertrouwen;
- Goede communicatie en afstemming;
- Elkaar betrekken en informatie delen.

4 Waar toetst de IGJ op in het kader van de Wzd?

1. Het bieden van persoonsgerichte zorg: gericht op ondersteuning, kwaliteit van leven en bescherming van de rechtspositie van de cliënt.
2. De deskundigheid van zorgverleners: gericht op de professionaliteit van de zorgverlener.
3. De kwaliteit van de zorg: gericht op het faciliteren van goede (onvrijwillige) zorg door de zorgaanbieder.

Wil je meer weten over de toetsingskaders van de IGJ op het thema 'Dwang in de zorg' volg de volgende link: [Toetsingskaders dwang in de zorg | Dwang in de zorg | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

5 Waar vind je meer informatie en tools over de Wzd?

Vragen over het voorkomen en toepassen van onvrijwillige zorg?

- Stel ze binnen je eigen organisatie.
- Is er geen deskundigheid binnen je eigen organisatie, stel je vraag tijdens kantooruren aan het Regioloket (wzdregioloket@dezorggroep.nl / 088 - 610 19 50)
- Is er een acute situatie buiten kantoor tijden: Overleg dan met de huisartsenpost over de situatie. Eventuele inzet van onvrijwillige zorg dient de volgende werkdag vastgelegd te worden in het zorgplan op het moment dat er geen alternatief is gevonden. Waar nodig kan de specialist ouderengeneeskunde worden ingeschakeld voor advisering door de huisartsenpost. Is de verwachting dat de noodsituatie niet te beïnvloeden is met de inzet van onvrijwillige zorg en is de situatie onveilig voor de cliënt of zijn omgeving, dan kan de crisisdienst worden ingeschakeld en kan de procedure IBS worden opgestart.

Voor meer informatie zie:

- www.zorgconnectlimburg.nl -> algemene informatie over de wet zorg en dwang, cliëntenvertrouwenspersoon, proces Rechterlijke Machtiging en Inbewaringstelling, invullen van Wzd maatregel.
- [Casus-checker Wet zorg en dwang \(vilans.nl\)](http://vilans.nl)
- [Nacht & Rust \(nachtenrust.nl\)](http://nachtenrust.nl) Ook als app te downloaden
- [Psychofarmacatool richtlijn probleemgedrag beschikbaar - Verenso](#) Ook als app te downloaden
- [Zorg en dwang \(zorgvoorbeter.nl\)](http://zorgvoorbeter.nl)
- [ZorgbedWijzer](#)

De rol van de Wzd in de reguliere zorg

VOORKOMEN	PROACTIEVE EN REGULIERE ZORG	EXTRA AANDACHT VOOR	SPECIFIEKE WZD-ZORG
	Proactieve zorgplanning door casemanager (CM), huisarts (HA*) en wijkverpleegkundige (WVP).	Bespreken van mogelijke problemen die kunnen ontstaan door dementie (bijv. dwalen, geen tijdsbesef, onrustige nachten, agressie, problemen met ADL, hallucinaties etc.).	
	CM en wijkzorg leren de cliënt echt kennen.	• Uitgebreid levensverhaal maken met foto's, levensboek en praatkaartjes ter ondersteuning. • Professionals delen informatie breed en snel.	
	Passende disciplines/ specialismen/ hulpmiddelen en dag invulling inzetten (CM, HA, WVP).	• Breed spectrum aan oplossingsmogelijkheden kennen. • Gebruik de alternatievenbundel van Vilans	
	• Verwachting en grenzen van mantelzorger bespreken. • Interventies inzetten om overbelasting mantelzorger te minimaliseren.	• Gevolgen/consequenties benoemen van gemaakte keuzes. • Vertegenwoordiging goed inregelen.	Wzd cliëntvertrouwenspersoon aanreiken.
	HA doet onderzoek naar oorzaak van probleemgedrag.	• Onnodig psychofarmaca gebruik. • Evalueren effect psychofarmaca.	

HERKENNEN	PROACTIEVE EN REGULIERE ZORG	EXTRA AANDACHT VOOR	SPECIFIEKE WZD-ZORG
		• Herkennen of er mogelijk sprake is van verzet en onvrijwillige zorg. • Signalen bespreken met cliënt/familie/vertegenwoordiging	

* Waar HA staat kan ook VS/PA/POH worden gelezen.

De rol van de Wzd in de reguliere zorg

 ONDERZOEKEN	PROACTIEVE EN REGULIERE ZORG	EXTRA AANDACHT VOOR	SPECIFIEKE WZD-ZORG
	Bij ernstig nadeel multidisciplinaire methodische analyse (CM, HA*, WVP)	• Methodische werken. • Zo nodig wilsbekwaamheid toetsen (HA, SO)	

 TOEPASSEN	PROACTIEVE EN REGULIERE ZORG	EXTRA AANDACHT VOOR	SPECIFIEKE WZD-ZORG
			• Wettelijke verplichting voor multidisciplinaire analyse bij onvrijwillige zorg. • Bij elke vorm van vrijheidsbeperking/onvrijwillige zorg wilsbekwaamheid formeel toetsen en vastleggen. • Rol van zorgverantwoordelijke toewijzen. • Overige Wzd rollen toedelen. • Inzet onvrijwillige zorg > maatregel invullen en stappenplan volgen. • Overleg Wzd-functionaris / Wzd-verpleegkundige/deskundige.
		• Tijdig RM aanvragen IBS te voorkomen. • Kritisch analyseren of er minder ernstige vormen zijn van onvrijwillige zorg die helpend kunnen zijn.	• Procedure IBS Wzd-regioloket.

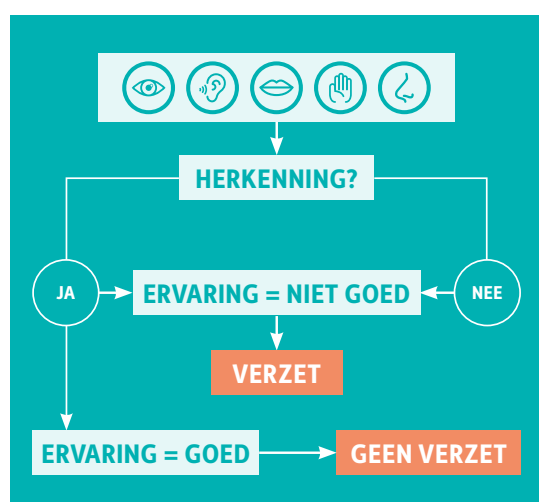
* Waar HA staat kan ook VS/PA/POH worden gelezen.



Herkennen en voorkomen van verzet

Verzet is gedrag dat laat zien dat de cliënt de zorg als onprettig ervaart. Zorgmedewerkers moeten dit gedrag herkennen en begrijpen wat de cliënt ermee wil aangeven om passende zorg te bieden en onvrijwillige zorg te voorkomen. Echter, gedrag dat op verzet lijkt, kan ook een reactie zijn op iets nieuws of spannends. Inzicht in het menselijk gedrag en het brein is belangrijk om te begrijpen wat het gedrag van de cliënt betekent.

Om te achterhalen of de client met zijn of haar gedrag nu laat zien of merken, iets niet te willen of als onprettig te ervaren, is het belangrijk om te weten vanuit welk van de vier niveaus gereageerd wordt.



1. GEDRAG DOOR REFLEXEN

Wanneer je reageert vanuit je reflexen (dit is onbewust, je reageert al voordat je hierover hebt nagedacht) reageer je op een pijnprikkel.

2. GEDRAG DOOR ASSOCIATIES

Wanneer je reageert vanuit de verwachting dat je pijn of een lichamelijke beschadiging zult oplopen en probeert dit voor te zijn. Deze associaties roepen angst op, wat zorgt voor een toename van spanning. Een reactie om te overleven in de vorm van vechten, vluchten of bevriezen ontstaat. Het gevolg van de angstreactie 'eerst doen, dan denken' maakt mensen met dementie extra beperkt. Hun denk- en geheugenfuncties zijn al verminderd, toename van angst verergert dit nog meer. Het is daarom belangrijk voor zorgmedewerkers om te begrijpen dat de weerstand van een cliënt tijdens zorgmomenten een overlevingsreactie (vechten, vluchten of bevriezen) kan zijn.

3. GEDRAG DOOR ZINTUIGEN

Ervaringen worden in je geheugen gekoppeld aan wat we zien, horen, proeven, voelen, en ruiken. Dit herkennen maakt het mogelijk ervaringen als 'goed' of 'niet goed' te beoordelen. Geen herkenning zorgt bijna altijd voor een 'niet goed' ervaring. Bij mensen met dementie neemt herkenning steeds meer af, waardoor meer 'niet goed' reacties ontstaan. Deze reactie zorgt voor angst, waardoor het nadenken nog verder afneemt.

4. LOGISCH NADENKEN

Stelt mensen in staat moeilijke besluiten te nemen, prioriteiten te stellen en scenario's af te wegen. Hiermee kunnen mensen bepalen wie zij willen zijn en wat zij willen doen.



Laat de cliënt nu verzet zien of niet?

Om te onderzoeken of de cliënt bijvoorbeeld nog moet wennen aan de nieuwe werkwijze (gedrag door associaties) of het gevoel van warm water als 'goed' te beoordelen i.p.v. 'niet goed' (gedrag door zintuigen), moet de nieuwe manier van verzorgen vijf tot zeven keer aangeboden worden. Hierna kan pas vastgesteld worden of er sprake is van verzet of gewenning. Neemt de weerstand af, is er sprake van gewenning. Blijft verzet aanwezig, dan ontvangt de cliënt zorg die hij of zij niet wil.

1

KRIJGT DE CLIENT OP EEN ANDERE MANIER ZORG GEBODEN DAN GEWEND EN KAN DE REACTIE VAN AFWEER HIERDOOR KOMEN?

Belangrijk is om systematisch te werk te gaan:

- De omstandigheden waaronder de zorg wordt aangeboden moeten gelijk blijven;
- De zorg wordt gestopt als er spanning optreedt bij de cliënt en als hij een vorm van afweer vertoont;
- De zorgverlener blijft bij de cliënt totdat de spanning, zonder zorg te bieden, weer is gedaald.

2

IS HET GEDRAG EEN REACTIE VAN DE CLIENT OP DE MANIER VAN VERZORGEN OF OP HET DOEL VAN DE ZORG?

Is de begeleiding nog te begrijpen, wordt de situatie nog herkend, begeleidt de zorgmedewerker in het juiste tempo, speelt pijn een rol? Samen antwoord geven op deze vragen geeft je inzicht hoe je misschien toch de zorg kunt bieden.

3

ACCEPTEERT DE CLIENT DE ZORG OF IS HET VERZET GESTOPT?

Wanneer mensen langdurig te maken krijgen met situaties die zij onprettig vinden, geven ze het op. Het gevoel dat het helpt je te verzetten verdwijnt. Als de ZM niet op tijd signaleert dat de client zorg krijgt die hij of zij niet wil, kan verzet dus onopgemerkt blijven.



Voorbeelden van onvrijwillige zorg

ONVRIJWILLIGE ZORG* IS ALS DE CLIËNT

- Niet instemt met (bepaalde) zorg/ bij uitvoering van zorg verzet vertoont.
- Bij wilsonbekwaamheid ter zake de vertegenwoordiger niet instemt.

ER IS SPRAKE VAN ONVRIJWILLIGE ZORG WANNEER ER VERZET IS BIJ

Bijvoorbeeld een van onderstaande vormen:

- Bepaald dieet.
- Cameratoezicht, gps-tracking, sensoren.
- Controle van de koelkast, bijv. op beschimmeld eten.
- Controle van kleding, zoals broekzak en tas.
- Kleding ongewenst wassen.
- Medicatie in een kluis.
- Medicatie verdekt toedienen.
- Verzorging onder dwang.

ER IS OOK SPRAKE VAN ONVRIJWILLIGE ZORG BIJ WILSONBEKWAAMHEID TER ZAKE ZONDER VERZET

- Psychofarmaca buiten richtlijnen (verantwoordelijkheid arts).
- Voordeur op slot (en de cliënt kan niet meer het huis verlaten), tafelblad, floorlevelbed, rolstoel op de rem, inzet bedhekken bij cliënt die wel sta en/of loopfunctie heeft (beperking van bewegingsvrijheid).**
- Insluiten op de slaapkamer.

* Onvrijwillige zorg mag worden ingezet bij ernstig nadeel en geen passende alternatieven. Onvrijwillige zorg moet zo kort mogelijk en op de minst ingrijpende manier worden ingezet.

** Dit zijn een aantal voorbeelden. Er zijn talloze vormen van onvrijwillige zorg.



Een methodische analyse doe je multidisciplinair.



Tip! Bekijk de [Casuschecker Vilans](#).

1

IS DE WZD VAN TOEPASSING OP DE PERSOON?*

2

METHODISCHE ANALYSE**

- Wat, wanneer, voor wie is het probleem precies?
- Wat zijn (concrete) symptomen?
- Is er ernstig nadeel?
- Wat kunnen oorzaken zijn?
(bijvoorbeeld: onderzoek door HA om medische oorzaak uit te sluiten; raadpleeg levensverhaal voor medische geschiedenis en veranderingen in omgeving.)
- Wat zijn (onderliggende) behoeften?
- Welke zorgprofessionals zijn betrokken?
- Wat kunnen oplossingen zijn?

3

IS DE CLIËNT WILS(ON)BEKWAAM TER ZAKE?***

- Zie [Wilsbekwaamheid toetsen in bijlage 5](#).

4

WAT IS HET (SUB)DOEL? (SMART)

5

ACTIES

- Als een actie onvrijwillige zorg inhoudt, dan moet de onvrijwillige zorg in verhouding staan tot het doel, de minst ingrijpende vorm en doelmatig zijn. Blijf zoeken naar een minder ingrijpend 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 een dezelfde zorgbehoefte als bij dementie/verstandelijke beperking.

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

*** Als de persoon wilsbekwaam ter zake is dan het zorgplan ook bespreken met de wettelijke vertegenwoordiger.

Wilsbekwaamheid toetsen

Het uitgangspunt is dat cliënten wilsbekwaam zijn, totdat het tegendeel is vastgesteld. Om vast te stellen of een cliënt wilsbekwaam is dient een deskundige te worden gevraagd om een beoordeling te doen. Iedere deskundige*, inclusief de bij de zorg betrokken arts mag in eerste instantie de wilsbekwaamheid beoordelen. De deskundige stelt vast ten aanzien van welke onderwerpen een cliënt wilsonbekwaam is.

Toetsing vindt alleen plaats bij:

- Ernstig nadeel;
- Geen alternatief.

Denk bijvoorbeeld aan situaties met verzet, beginfase van dementie i.v.m. façade gedrag, beperking van bewegingsvrijheid zoals inzet van een tafelblad of de voordeur afsluiten, insluiting in een aparte kamer, medicatie verdekt geven en/of verslaving.



Tip! Raadpleeg de Skilz richtlijnen [Het begrip wilsbekwaamheid in de zorgpraktijk](#) - [Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid](#) | [Richtlijnen Langdurige Zorg](#)

0. BEPAAL OF FORMELE WILSBEKWAAMHEIDSBEOORDELING NODIG IS

- Zie [Beslisboom Beslisvaardigheid en Wilsbekwaamheid](#)

1. BEPAAL WIE DE BEOORDELING UITVOERT

- Zie [Format formele wilsbekwaamheidsbeoordeling](#)

2. INFORMEER CLIËNT (EN NAASTE(N)) OVER BEOORDELING EN NOODZAAK ERVAN

3. FORMULEER DOEL BEOORDELING EN BEPAAL EISEN VOOR WILSBEKWAAMHEID

4. VORM EEN GLOBAAL BEELD VAN DE CLIËNT

5. ZORG VOOR OPTIMALE (GESPREKS)OMSTANDIGHEDEN

* In de Memorie van Toelichting bij de Wzd staat dat deze deskundige geen arts hoeft te zijn. Belangrijk is dat “de deskundigheid waarover bedoelde deskundige beschikt, ligt op het terrein van het kunnen beoordelen of de cliënt in kwestie de gevolgen van zijn of haar keuze voldoende kan overzien. Concreet gaat het dan in ieder geval ook om de beroepsgroepen van artsen, gezondheidszorgpsychologen en orthopedagogen-generalist

6. BEOORDEEL DE VERSCHILLENDE DIMENSIES VAN WILSBEKWAAMHEID A.D.H.V. 10 CRITERIA

- | | |
|---|--|
| 1. Informatie begrijpen en reproduceren | 6. Consequenties van voorkeursoptie(s) voor anderen inschatten |
| 2. Inzicht in eigen situatie | 7. Keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze motiveren |
| 3. Handelingsmogelijkheden zoeken | 8. Keuze vanuit doelen en waarden motiveren |
| 4. Handelingsmogelijkheden overwegen | 9. Vrij van dwingende invloeden van binnenuit |
| 5. Consequenties van voorkeursoptie(s) voor zichzelf inschatten | 10. Vrij van dwingende invloeden van buitenaf |

7. VORM EEN INDRUK EN KOM TOT EEN EINDOORDEEL OVER DE WILSBEKWAAMHEID

8. LICHT HET EINDOORDEEL EN DE PRAKTISCHE BETEKENIS TOE EN BESPREEK VERVOLGSTAPPEN

9. VASTLEGGING

Voor verdere toelichting zie de [Wet zorg en DWANG - een regionale beleidsnotitie](#).

Mogelijke deskundige in de praktijk*:

- Huisarts/VS/PA
- SO Hulp bij Dementie
- SO 1e lijn (consult)
- GZ-psycholoog

Rol Wijkzorg, Casemanager, POH

Bij twijfels over wilsbekwaamheid t.a.v. ingrijpende keuzes ‘aan de bel trekken’ en met deskundige overleggen of er een formele toetsing moet plaatsvinden.

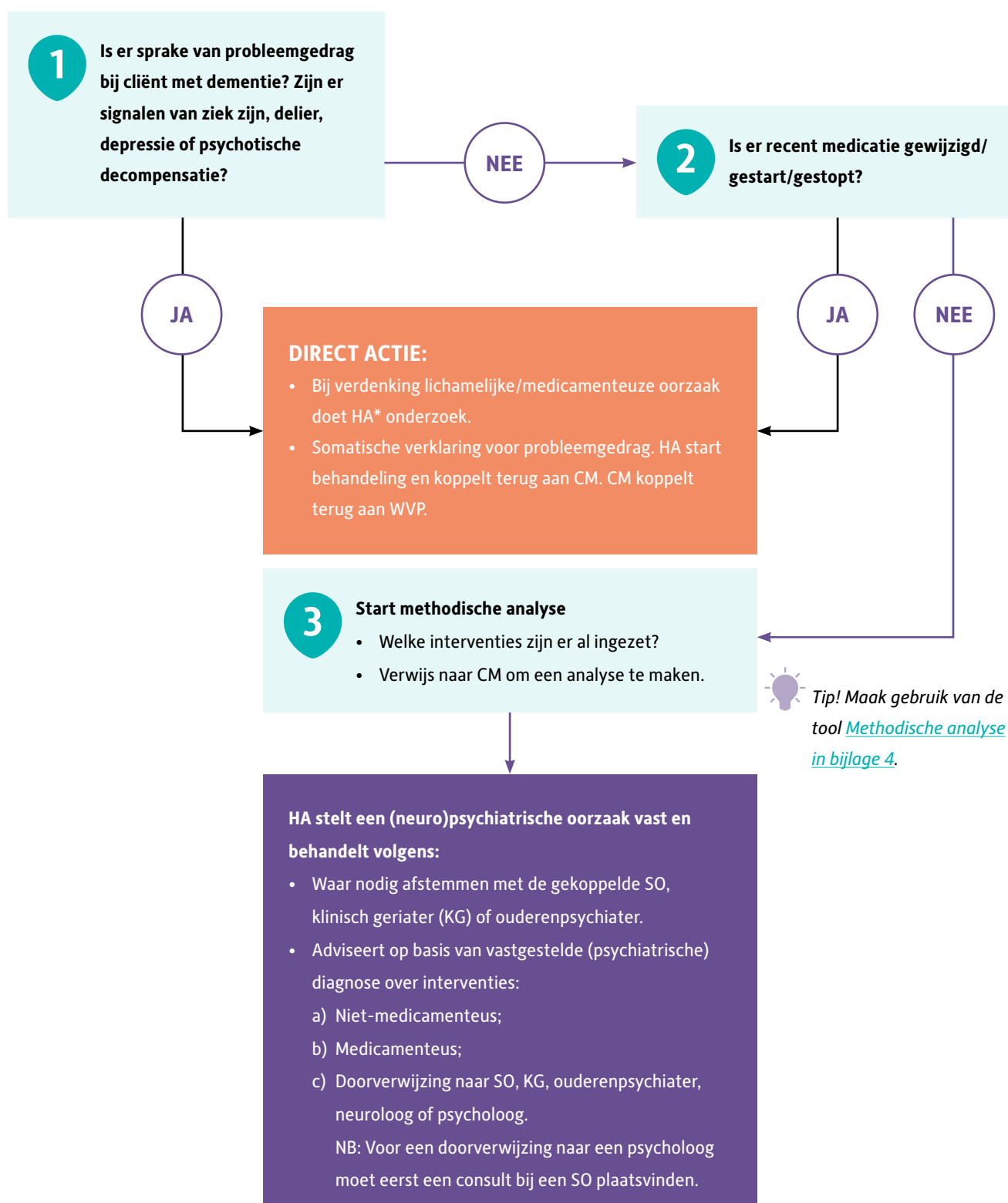
* Elke organisatie kan zelf bepalen wie de wilsbekwaamheid mag toetsen.



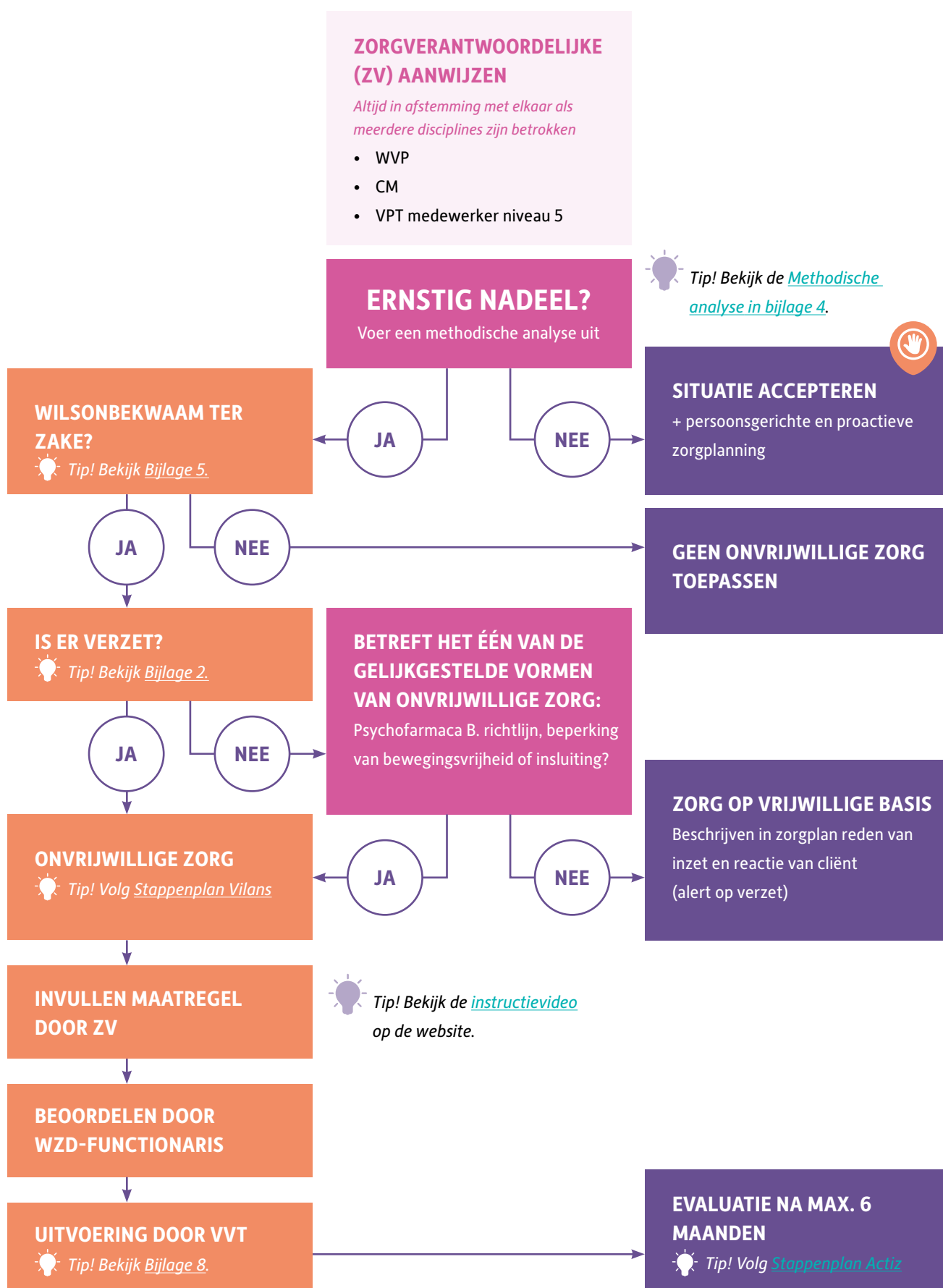
Voorkomen van onnodig psychofarmaca gebruik.



Tip! Bekijk de [Psychofarmacatool](#) en [Verenso richtlijnen probleemgedrag bij dementie](#).



* Waar HA staat kan ook VS/PA/POH gelezen worden.





Extra zorgvuldigheidseisen

Indien na het volgen van de beslisboom is besloten dat er onvrijwillige zorg ingezet moet worden, dan moeten de volgende eisen besproken en vastgelegd worden in het ECD.

AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG OF OPNAME?

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

TOEZICHT

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

OMGAAN MET FYSIEK VERZET

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

AANWEZIGHEID VAN MEERDERE ZORGVERLENERS

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

BEREIKBAARHEID BIJ VRAGEN RONDOM ONVRIJWILLIGE ZORG

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

Taken en rollen

HUISARTS (HA)/VS/PA



Tip! Bekijk het [Draaiboek voor Huisartsen](#).

Rol stappenplan: Bij de zorg betrokken arts



HA schakelt POH in als patiënt vaak aan de balie staat, meerdere malen niet op afspraak komt of soortgelijke signalen. Denk ook aan stress of slaapproblemen van partner die op het spreekuur komt. Diagnose wordt bij voorkeur in zo vroeg mogelijk stadium vastgesteld.



HA stelt de diagnose dementie of verwijst bij (vermoeden van) cognitieve stoornissen naar de passende discipline (SO, KG, CM, ouderenpsychiater). Bij diagnose MCI/dementie schakelt HA bij voorkeur CM in.



HA, i.s.m. POH, voert een uitgebreide analyse uit bij probleemgedrag en betreft CM en evt. andere deskundigen.



Bij (risico op) ernstig nadeel toetst HA wilsbekwaamheid of schakelt hulp in van SO t.a.v. toetsing.



HA zet psychofarmaca in volgens richtlijnen en evalueert gebruik tijdig. Bouwt medicatie af waar dat kan.



HA voert een Advanced Care Planning gesprek.

PRAKTIJKONDERSTEUNER HUISARTS (POH)

Rol stappenplan: Deskundige van andere discipline/afgevaardigde van HA



POH gaat op onderzoek uit als een patiënt afspraken vergeet, de POH niet laat binnenkomen, patiënt die vaak aan de balie staat of soortgelijke signalen. Denk ook aan stress of slaapproblemen van partner die op het spreekuur komt.



POH stemt af met HA voor evt. verdere diagnostiek.



POH gaat zo nodig vaker op huisbezoek.



POH neemt deel aan het gesprek met andere disciplines over ernstig nadeel, wils(on)bekwaamheid, mogelijke alternatieven en inzet van onvrijwillige zorg.



POH overlegt waar nodig met CM, zorgmedewerker, HA, zoals bij probleemgedrag en toetsing van wilsbekwaamheid.

Taken en rollen

CASEMANAGER DEMENTIE (CM)

Rol stappenplan: Deskundige van andere discipline of Wzd-zorgverantwoordelijke



CM voert regie over het zorgproces van de cliënt en staat in contact met andere professionals.



CM bespreekt proactief situaties t.g.v. dementie voor met cliënt en naasten, zodat wensen bekend worden.



CM vraagt proactief SO/psycholoog mee op huisbezoek.



CM zorgt ervoor dat er bij iedere cliënt een uitgebreid levensverhaal is.



CM coördineert een methodische analyse bij een probleem.



Bij twijfels over de wilsbekwaamheid schakelt de CM de deskundige in die evt. een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling kan uitvoeren.



CM neemt POH, ZM en HA mee in de Wzd en ieders rol.



CM bespreekt cliëntsituatie in relatie tot het voorkomen en toepassen van onvrijwillige zorg binnen het regionaal dementieoverleg of in een MDO.

WIJKVERPLEEGKUNDIGE (WVP)/ZORGMEDEWERKER (ZM)

Rol stappenplan: Wzd-zorgverantwoordelijke (WVP) of deskundige van andere discipline



ZM kent de cliënt goed, deelt informatie met andere betrokkenen en CM of ZM zorgt dat dit in een levensverhaal komt.



ZM koppelt bijzonderheden terug naar CM.



ZM bespreekt signalen van onvrijwillige zorg met cliënt/vertegenwoordiger en legt vast wat er besproken is.



WVP (i.s.m. CM/ZM) doorloopt de methodische analyse bij een probleem.



Effect psychofarmaca terugkoppelen aan HA/POH/CM (soort, hoeveelheid, hoelang, waarvoor, probleem/gedrag nog aanwezig).



Bij twijfels over de wilsbekwaamheid schakelt de WVP de deskundige in die evt. een formele wilsbekwaamheidsbeoordeling kan uitvoeren.



WVP maakt concrete afspraken met (multidisciplinair) team over de praktische uitvoering van onvrijwillige zorg.



Als er onvrijwillige zorg wordt geboden dan wordt de CoZoDi/Evv'er een WVP i.v.m. hoogcomplexere zorg.

Taken en rollen

SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDIGE (SO)



Tip! Bekijk het [Draaiboek Specialist Ouderengeneeskunde](#).

Rol stappenplan: Bij de zorg betrokken arts



Bij de praktijk betrokken SO benadert de huisarts proactief. Bij radiostilte of bij meer verwijzingen betreft crisissituaties in een korte periode, gaat de SO het gesprek aan met de HA betreffende de rol van de SO en wat dit kan betekenen voor de huisartsenpraktijk. NB: de verantwoordelijkheid blijft echter bij de HA liggen.



SO investeert in de relatie met de HA. Bij koppeling aan een huisartsenpraktijk zal de SO de praktijk bezoeken om kennis te maken. Jaarlijks vindt er een evaluatie plaats tussen SO en huisartsenpraktijk.



SO stimuleert de eigen VVT organisatie aan om zich bij huisartsenpraktijken aan te sluiten.



SO in het regionaal dementie overleg zijn proactief t.a.v. het gaan op huisbezoek.



SO stuurt aan of ondersteunt bij proactieve zorgplanning/ACP.



SO wijst andere professionals op situaties van onvrijwillige zorg.



SO stuurt de CM aan op een structurele methodische analyse.

ZORGVERANTWOORDELIJKE (ZV)

Wzd-zorgverantwoordelijke



De opstelling van een zorgplan waar de cliënt mee instemt.



Risico's met cliënt/vertegenwoordiger bespreken en deze vastleggen in het dossier.



Casuïstiek evt. bespreken met SO, aandachtsfunctionaris Veilig Thuis of in een moreel beraad.



De cliënt goed kennen.



Waar het nodig is wilsbekwaamheid laten toetsen.



De aanpassing van het zorgplan volgens het stappenplan (invullen en evalueren van de maatregel) als de opgenomen vrijwillige zorg niet volstaat om ernstig nadeel te voorkomen.



Het geven van toestemming als er een situatie ontstaat waarin onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt toegepast.



Schriftelijk toestemming geven voor onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie (kan ook achteraf).



Nauw overleg voeren met de verschillende deskundigen, waaronder ook de Wzd-functionaris over de afbouw van de onvrijwillige zorg, zo nodig met advies van een onafhankelijk deskundige.



Bij inzet van onvrijwillige zorg huisarts betrekken/op de hoogte brengen.



Als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en het gaat om medisch handelen, een beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting, dan moet hij het besluit om onvrijwillige zorg te verlenen vooraf bespreken met de bij de zorg betrokken arts.

Bronnen

Bronnen

[Website ZorgConnect](#)

[Alternatievenbundel Vilans](#)

[Casuschecker Vilans](#)

[Nacht en rust app](#)

[Psychofarmacatool](#)

[Stappenplan Wzd Vilans](#)

[Zorg voor beter - zorg en dwang](#)

[Zorgbedwijzer \(zie VVT capaciteit\)](#)

Voor vragen:

Regioloket Wet zorg en dwang

 088 - 610 19 50

 wzdregioloket@dezorggroep.nl

Hulp bij Dementie

 088 - 610 61 61