

QUICKSCAN “VERSTERKEN WZD IN DE REGIONALE PRAKTIJK”

**VERSLAG VAN EEN BELRONDE
NAAR DE STAND VAN ZAKEN IN
HET EERSTE KWARTAAL 2020**

**KLANT
KENMERK
AUTEUR(S)
DATUM
VERSIE**

Ministerie van VWS
CP/bv/001843
Lieke van de Camp, Eline Klein Hofmeijer, Coby Peeters
30 april 2020
1.0

Inhoudsopgave

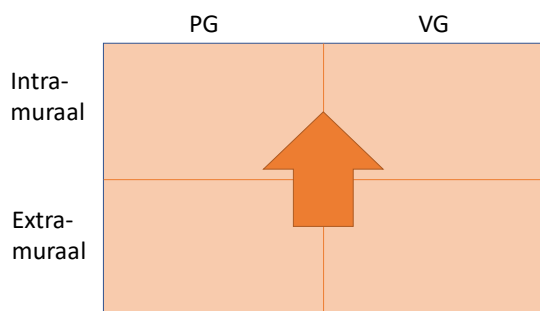
1	Inleiding	3
1.1	Vraagstelling en ordening van regionale ervaringen	3
1.2	Verantwoording en disclaimers bij bevindingen	3
2	Bevindingen op hoofdlijnen	5
2.1	Regionaal beeld	5
2.2	Het zorgproces in de praktijk	5
2.3	Bestuurlijke afspraken	6
2.4	Inkoop en bekostiging	6
3	Ontwikkelingsgerichte analyse	8
3.1	IV. Onbewust bekwaam	8
3.2	III. Bewust bekwaam	8
3.3	II. Bewust onbekwaam	9
3.4	I. Onbewust onbekwaam	9
4	Waar is een extra impuls nodig?	11
	BIJLAGE: Opbrengst belronde	13
A.1	PG SECTOR	13
A.2	VG SECTOR	27

1 Inleiding

1.1 Vraagstelling en ordening van regionale ervaringen

Op verzoek van het Ministerie van VWS is door onderzoeksbureau Significant Public¹ een belronde uitgevoerd in regio's in Nederland naar de stand van zaken van de intramurale en ambulante infrastructuur voor de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) ('quickscan'). Centraal in de telefoongesprekken stond de vraag naar operationele, organisatorische en bestuurlijke knelpunten. Ook hebben we daarbij diverse goede voorbeelden opgehaald.

Vooraf was duidelijk dat er geen sprake zou zijn van één Wzd-praktijk. De Wzd is immers van toepassing op twee verschillende doelgroepen: mensen met een verstandelijke beperking (VG) of psychogeriatrische problematiek (PG). Voor beide doelgroepen bestaat zowel een intramurale als een extramurale praktijk. Daarnaast regelt de Wzd (onvrijwillige) opname en verblijf en heeft de Wzd daarmee invloed op de werkwijze van de overgang van extramuraal naar intramuraal. Deze ordening is weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Ordening ervaringen met toepassing van de Wzd

1.2 Verantwoording en disclaimers bij bevindingen

De belronde had het karakter van een quickscan. Doel was in zeer korte tijd een eerste indruk te krijgen van de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van de Wzd binnen verschillende regio's in het land. We zien de uitkomsten van deze quickscan dus als een momentopname die kleuring geeft aan de (regionale) ervaringen met de Wzd, zonder dat daarmee een volledig regiobeeld ontstaat.

Respondenten zijn geworven via verschillende kanalen. Via de contactgegevens van VWS en verschillende brancheorganisaties (ActiZ, LHV, Verenso, V&VN, NVAVG (gesprek door DSP), Dementi Netwerk Nederland, Zorgthuisnl, netwerk geneesheer directeuren VG, Programma Ondersteuning Passend Zorgaanbod (OPaZ) van het ministerie van VWS, Federatie Landbouw en Zorg, Zorgverzekeraars Nederland) of via ons eigen netwerk zijn we in contact gekomen met verschillende professionals bij de kleine en grote zorgaanbieders in beide sectoren (VG en PG). We hebben gesproken met onder andere bestuurders, beleidsmedewerkers, artsen (SO, AVG, Huisarts), verpleegkundigen en casemanagers dementie. Na afloop van de interviews hebben we de respondenten gevraagd of hij/zij nog contacten had die we aanvullend konden interviewen. De bereidheid tot het geven van een interview was - zelfs bij het tussentijds uitbreken van de coronacrisis - groot. De implementatie van de Wzd leeft in het veld. In totaal konden 43 telefonische interviews worden afgenomen.

De bevindingen uit deze interviews zijn vastgelegd in twee tabellen in de bijlage, één voor PG en één voor VG. Als regio-indeling zijn de zorgkantoorregio's gebruikt. Sommige professionals die we hebben gesproken zijn werkzaam bij een zorgaanbieder die in meerdere zorgkantoorregio's actief is (dit hebben wij in de tabel opgenomen). In totaal hebben

¹ In samenwerking met onderzoeksbureau DSP-groep

we gesprekken gevoerd met professionals in 19 van de 32 zorgkantoorregio's. Voor het interpreteren van deze tabellen wijzen wij nadrukkelijk op de hieronder geformuleerde disclaimers. We hebben alle gesprekken ingestoken met een open vraag naar de ervaren Wzd-knelpunten, dus naar hetgeen 'on top of mind' was van de respondenten op basis van de eigen praktijk. Hierdoor zijn in de gesprekken niet steeds alle aspecten en thema's aan de orde gekomen.

Bij de tabel gelden de volgende disclaimers:

- **Onvolledig.** We hebben in deze quickscan niet alle regio's gesproken. Binnen regio's hebben we soms met één en soms met meerdere personen gesproken over de door hen ervaren knelpunten. Daarnaast zijn deze personen werkzaam in verschillende settings (intramuraal/extramuraal), verschillende regio's en/of verschillende functies (bestuurders, artsen, verpleegkundigen et cetera). Dit is de consequentie van de gevolgde methode en een belangrijke reden om de tabel te anonimiseren;
- **Weergave onderzoeker.** De teksten in de tabel zijn een zo feitelijk mogelijke weergave van de stand van zaken, beknopt samengevat door de onderzoeker.
- **Momentopname.** De informatie is een momentopname uit het eerste kwartaal dat de wetgeving is ingegaan, in veel regio's is het gesprek tussen partijen nog volop gaande;
- **Anoniem.** Doel van het overzicht is voor het ministerie van VWS inzicht te krijgen in de stand van zaken in het land en in gedeelde knelpunten. Dat doel wordt behaald met onderstaande tabel. De regio's zijn geanonimiseerd onder andere op verzoek van het veld, omdat het overleg nog gaande is.

Voor een meer uitgebreide beschrijving van knelpunten en regionale oplossingen gerelateerd aan crisis verwijzen we naar het memo "Quickscan IBS-beoordeling Wzd-cliënten" opgesteld door DSP-groep van 27 maart 2020.

2 Bevindingen op hoofdlijnen

2.1 Regionaal beeld

Uit de gesprekken met professionals blijkt dat de Wzd-praktijk verschilt en afhankelijk is van het perspectief van de respondent, met name of deze intramuraal of extramuraal werkzaam is (zie paragraaf 2.2). We hebben geen aanwijzing gevonden voor verschil in de praktijk tussen de verschillende zorgkantoorregio's.

Intramuraal is de Wzd door aanbieders zelf te implementeren en kan aangesloten worden bij de infrastructuur die er voor de Wzd al bestond (in het zorgproces gebruik maken van verschillende disciplines en de MDO-structuur bijvoorbeeld). Voor de Wzd extramuraal zijn afspraken tussen veel partijen nodig (zie paragraaf 2.3). Welke partijen dat zijn is heel divers en sluit bij voorkeur aan op de zorgvraag van de doelgroep. Daar waar sprake is van een **zorgnetwerk rond doelgroepen**, is de uitvoering van de Wzd een natuurlijke stap in het gesprek over wat voor een cliënt het best passend of nodig is.

2.2 Het zorgproces in de praktijk

Respondenten geven aan dat de Wzd **intramuraal** naar verwachting geïmplementeerd kan worden, maar ze zien 2020 zeker als overgangsjaar om dit te realiseren. De meeste zorgaanbieders geven aan dat ze intramuraal geen grote problemen ervaren met het invullen van de diverse rollen omschreven in de Wzd (onder andere Wzd-functionarissen).

Geen van de organisaties die we hebben gesproken zegt op dit moment onvrijwillige zorg en het stappenplan zoals bedoeld in de Wzd **extramuraal** toe te passen (zie ook paragraaf 2.3). Ze geven aan nog op zoek te zijn naar de mate waarin het toepassen van onvrijwillige zorg nodig is. De zorgpraktijk is immers veelal gericht op het vermijden van onvrijwillige zorg. Daarnaast wordt ook aangegeven dat het voor zorgprofessionals soms lastig is om te bepalen of er sprake is van onvrijwillige zorg volgens de Wzd is of dat het gaat om (pedagogisch) handelen bijvoorbeeld ten behoeve van de (fysieke) veiligheid. Als reden om het stappenplan in de Wzd niet toe te passen wordt ook genoemd: het dragen van de Wzd-verantwoordelijkheden, het praktisch invullen van de diverse Wzd-rollen en de benodigde afstemmingsprocessen (met veel verschillende partijen rondom één cliënt). Kleinschalige woonvoorzieningen of zorgboerderijen hebben de functionarissen voor diverse Wzd-rollen niet in zelf dienst en lopen aan tegen vraagstukken als beschikbaarheid van personeel om dit te doen of hogere kosten om dit uit te voeren.

Er bestaat onder alle zorgprofessionals op uitvoeringsniveau veel onbekendheid met en vragen over de Wzd (zie voorbeelden in hoofdstuk 3); zowel bij huisartsen maar ook bij verplegenden en verzorgenden. Met name in de thuissituatie werken professionals veelal solistisch. Ze weten dan niet welke organisaties nog meer betrokken zijn rondom de cliënt. Hierdoor hebben ze geen mogelijkheid om te reflecteren op het eventueel onvrijwillige karakter van zorg en geen overzicht van welke zorg door wie geleverd wordt. Er is een grote behoefte aan het delen van extramurale praktijkervaringen. Tot slot, maar niet onbelangrijk: toezicht organiseren is lastig bij toepassing van onvrijwillige zorg in de thuissituatie.

De opname van cliënten vanuit de thuissituatie naar de intramurale setting levert (met name voor PG) een aantal knelpunten op, onder andere rondom aanvraag van een **rechtelijke machtiging (RM)**. Er spelen meerdere vraagstukken rond het opstellen van de medische verklaring: rol onduidelijkheid (wie stelt deze op), capaciteitsproblemen (beschikbaarheid medische professional), bekostiging (betaaltitel) en, zeker niet onbelangrijk, het gebrek aan bedden in een VVT-instelling. Ggz-organisaties hebben aangegeven de RM niet meer aan te willen vragen voor mensen met een voorliggende PG/VG-problematiek en voor deze doelgroep geen medische verklaring op te stellen. Voor veel professionals in de keten is het niet duidelijk wie de medische verklaring af mag geven. Daarnaast

heerst ook het gevoel dat er meer RM aanvragen worden gedaan dan voor de invoering van de Wzd, omdat er onduidelijkheid is over de beoordeling van het criterium verzet. Het CIZ gaat volgens respondenten snel over tot het aanvragen van een RM wanneer sprake lijkt te (gaan) zijn van verzet. Ook wordt aangegeven dat er op een aantal punten onduidelijkheid bestaat over de art. 21 (kan dit ook tijdelijk worden aangevraagd en is dit altijd nodig als er gedwongen zorg wordt geleverd). Er zijn ook regio's waar dit RM-proces en de capaciteit die daarvoor nodig is wel goed is geregeld.

We krijgen signalen dat de **coronacrisis** bijdraagt aan bewustwording van keuzes rond onvrijwillige zorg. De veiligheidsmaatregelen betekenen voor de Wzd-doelgroepen vaak beperkingen die zij niet begrijpen (zoals niet meer naar buiten kunnen voor een boodschap). Bij toepassing van onvrijwillige zorg wordt bijvoorbeeld het beperken van de vrijheid om het leven zelf in te richten expliciet afgewogen tegen de gezondheidsrisico's voor kwetsbare personen als gevolg van het coronavirus. Ook wordt aangegeven dat de prioriteit binnen organisaties is verschoven (implementatie op een lager pitje). Dit uit zich bijvoorbeeld in het uitstellen van geplande scholing.

2.3 Bestuurlijke afspraken

Zorgaanbieders hebben **intramuraal** de Wzd georganiseerd en geborgd in beleid. De meeste zorgaanbieders maken of hebben een beleidsplan gemaakt waarin deze rollen zijn benoemd en geven aan hier voldoende capaciteit voor te hebben. Ze benoemen nog wel knelpunten in ICT, bekostiging en in samenloop met ggz-problematiek. Daarnaast wordt aangegeven dat er gedurende het overgangsjaar nog geïnvesteerd wordt in het geven van trainingen in de Wzd (denkwijze en verantwoordelijkheden van de verschillende rollen). De implementatie van de Wzd verschilt tussen zorgaanbieders en is afhankelijk van de mate waarin de uitgangspunten van de Wzd aansluiten op de visie van de zorgaanbieder. Zorgaanbieders die voor de inwerkingtreding van de Wzd al handelden volgens het gedachtegoed van de Wzd lijken beter voorbereid op de Wzd. Voor de intramurale toepassing van de Wzd zijn in de meeste gevallen alleen bestuurlijke afspraken nodig met andere zorgaanbieders over het onderling beschikbaar stellen van externe deskundigen. Zorgaanbieders hebben hierover bestuurlijke afspraken gemaakt die bij het verlenen van onvrijwillige zorg na zes maanden in de praktijk zullen worden gebracht. Daarnaast vindt ook op regionaal niveau afstemming plaats tussen de Wzd-functionarissen.

Het stappenplan van Wzd wordt volgens de respondenten **extramuraal** (nog) niet toegepast. Een enkele organisatie geeft aan dat ze het beleidsplan voor de invulling van de rollen extramuraal gereed hebben en dat er genoeg capaciteit is voor bijvoorbeeld het invullen van de Wzd-functionaris. De meeste organisaties zeggen dat ze geen beleidsplan met de invulling van de rollen gereed hebben. Naast de in de vorige paragraaf genoemde praktische redenen is ook sprake van een bestuurlijk knelpunt: uitvoering van de Wzd extramuraal vraagt immers samenwerking tussen veel verschillende zorgprofessionals en organisaties die elk vanuit een eigen rol met de cliënt te maken hebben. Daardoor vindt er vaak op bestuurlijk niveau nog geen/beperkt gesprek plaats over de toepassing van de Wzd.

Veel intramurale zorgaanbieders verlenen ook extramuraal zorg en ze zijn vaak betrokken bij extramurale **zorgnetwerken** (met name voor de PG-doelgroep). Ze stellen expertise beschikbaar in de extramurale setting (betaald op consultbasis). Een mooi voorbeeld is een initiatief van gezamenlijke SO's om het gesprek aan te gaan met huisartsen over onvrijwillige zorg en het afbouwen (conform richtlijnen) van psychofarmaca. Het vervullen van deze expertiserol zou een belangrijke succesfactor kunnen zijn voor gesprekken over onvrijwillige zorg, indien de Wzd extramuraal wordt toegepast.

2.4 Inkoop en bekostiging

Aanbieders ervaren de rol van het zorgkantoor in de implementatie Wzd (intramuraal) als beperkt tot inkoopafspraken (budget Wlz). In veel interviews met zorgaanbieders kwam aan de orde dat het uitvoeren van de Wzd meer tijd vraagt van zorgprofessionals. Veel werd het opstellen van de medische verklaring voor de RM/IBS genoemd. Enkele aanbieders geven aan dat ze ter bekostiging van deze verklaringen het SO-consult gebruiken. Het NZa-onderzoek naar

de Wzd-bekostiging zal naar verwachting duidelijkheid gaan geven over de financiële impact van de Wzd (eenmalig en structureel).

Zorgkantoren/zorgverzekeraars erkennen dat zij met betrekking tot de Wzd een afwachtede rol aannemen. Zij leggen primair de focus op beschikbaarheid van zorgaanbod (intramuraal en extramuraal). Ze zien wel dat Wzd in toenemende mate een thema is in beleids- en kwaliteitsplannen van aanbieders. Dit komt daarmee mogelijk wel aan de orde in inkoopgesprekken maar ze sturen daar (nog) niet op. Zorginkopers staan positief tegenover aanbieders die in gezamenlijkheid komen met voorstellen om regionaal (capaciteits)knelpunten weg te nemen. In welke mate dit soort samenwerkingen tot stand komt is per regio verschillend (globaal: in het oosten en noorden makkelijker dan in stedelijk gebied). Het zorgkantoor dat we hebben gesproken hanteert financiële prikkels voor het beschikbaar stellen van SO-expertise in de extramurale setting en is van plan dit soort afspraken met de nieuwe inkoopronde uit te breiden naar 24-uurs bereikbaarheid.

Voor extramurale zorg voor de PG-doelgroep zetten zorgverzekeraars verder in op de regionale dementienetwerken. Sinds het bestuurlijk akkoord “Herkenbaar en aanspreekbare wijkverpleging” ondersteunen en financieren zorgverzekeraars actief initiatieven van aanbieders die bijdragen aan toekomstbestendige wijkverpleging. Een recente monitorrapportage van de NZa gaat in op de contractafspraken van wijkverpleging² en de uitvoering van het bestuurlijk akkoord. De contractuele prikkels voor samenwerking kunnen positief bijdragen aan de infrastructuur die nodig is voor het uitvoeren van de Wzd voor de PG-doelgroep in de extramurale setting.

Meerdere VVT-instellingen benoemden discussies met het zorgkantoor over beschikbaarheid van bedden voor PG-cliënten die met een RM of IBS worden geplaatst. Interessant is hier het verschil tussen de gehandicaptenzorg en de VVT-sector. Voor de VVT-sector hebben zorgkantoren geen rol in bemiddeling en plaatsing van cliënten bij crisis. Enkele zorgkantoren (wellicht alle maar dit kunnen wij niet vaststellen) betalen specifieke aanbieders extra voor het samen invullen van een bemiddelende rol bij de plaatsing van PG-cliënten in crisis. Dit leidt tot gewenste samenwerkingsafspraken. Zorgkantoren zijn daarentegen wel verantwoordelijk voor crisisplaatsingen in de gehandicaptenzorg³. Zij bekostigen crisis- en ondersteuningsteams (C.O.T.) op basis van een beleidsregel van de NZa. Zorgkantoren wijzen aanbieders op het belang van het locatieregister. Wanneer informatie over doelgroep-kenmerken per Wzd-locatie worden opgenomen kan dit register het plaatsingsproces beter ondersteunen.

Enkele respondenten geven aan dat er de laatste jaren meer behoefte is aan Wlz-bedden voor speciale doelgroepen op het raakvlak van GGZ en somatiek/PG. Dit signaal wordt herkend door het zorgkantoor dat we hebben gesproken. Dit kan ten dele verklaard worden door veranderende maatschappelijke omstandigheden (ook al in 2019) maar ze zien ook dat cliënten met problematiek op raakvlak tussen GGZ en somatiek/PG door de ggz-crisisdiensten vaker naar de Wlz worden verwezen, dus in VVT geplaatst moeten worden. Dit vraagt veel van woongroepen en teams.

Cliënten in de zowel de PG- als de VG-doelgroep maken ook gebruik van gemeentelijke Wmo-voorzieningen (huishoudelijke hulp, individuele begeleiding, dagbesteding, vervoer). Wanneer voor een cliënt onvrijwillige zorg wordt overwogen of toegepast, is het belangrijk ook de professionals te informeren en te betrekken bij deze afwegingen en de uitvoering van eventuele onvrijwillige zorg.

² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_304820_22/1/.

³ <https://www.volwaardig-leven.nl/projecten/crisis-en-ondersteuningsteams>.

3 Ontwikkelingsgerichte analyse

Het jaar 2020 is voor de Wzd-praktijk een ontwikkeljaar. Terugkijkend op interviews zien we dat de ontwikkelfase waarin de Wzd-praktijk zich bevindt sterk wisselend is. Dit betekent dat er geen eenduidig recept bestaat voor de (door)ontwikkeling van de Wzd-praktijk. Als input voor het gesprek tussen partijen over de (door)ontwikkeling van de Wzd-praktijk duiden we de reacties van onze respondenten aan de hand van een ontwikkelingsmatrix, zie figuur 2.



Figuur 2. Leerfasemodel van Maslow

De indeling beoogt geen oordeel te geven over de signalen die wij hebben ontvangen in de interviews. Ze dient slechts om te verkennen wat nodig is om een volgende stap in de ontwikkeling te maken.

3.1 IV. Onbewust bekwaam

Zoals ook blijkt uit onze rapportage over de Wzd-pilots⁴ in 2019, sluit de Wzd goed aan bij de bestaande werk- en denkwijze van zorgaanbieders die onvrijwillige zorg willen voorkomen. Zowel in de PG als VG werken veel professionals zoveel als mogelijk in de geest van de wet die erop is gericht verzet te voorkomen.

Situaties kenmerkend voor deze fase:

- De intentie van de wet wordt toegepast. Dit uit zich door het in gesprek gaan met cliënten, familie en andere professionals over de toepassing van de zorg en het eventuele verzet. In het verlenen van de zorg pas je zorg toe waar de cliënt mee instemt;
- Een woonvoorziening voor begeleid wonen in een groep (VG) maakt in haar aanbod helder dat het belang en de autonomie van individuele bewoners hoog in het vaandel staat, maar dat er ook belemmeringen zijn aan deze autonomie omdat ook het groepsbelang geborgd moet worden. Deze afwegingen worden vertaald in huisregels die met aspirant-bewoners worden besproken (bijvoorbeeld domotica) zodat zij deze begrijpen en accepteren wanneer ze in de groep komen wonen. Door goede afstemming vooraf zal geen sprake zijn van verzet bij de uitvoering van zorg.

3.2 III. Bewust bekwaam

Veel PG- en VG-aanbieders geven aan dat het redelijk tot goed lukt om de Wzd toe te passen in de intramurale setting. Dit blijkt bijvoorbeeld uit beleid waarin de Wzd-rollen zijn belegd, dat Wzd-registratie is gestart, dat cliënten zijn geïnformeerd over hun rechten, de beschikbaarheid van een cliëntvertrouwenspersoon en dat afspraken bestaan met externe deskundige voor het invullen van de verschillende Wzd-rollen. Bewust bekwaam betekent nog niet dat alles ook al goed gaat. Kenmerken van deze fase is dat organisaties zich goed bewust zijn van het belang van intervisie en

⁴ <https://www.dwangindezorg.nl> "Rapportage pilots en droog oefensessies WZD", Significant, december 2019.

trainingen. Medewerkers op alle niveaus moeten zich de kernbegrippen en processtappen van de Wzd eigen maken. De organisatie is zich bewust van de knelpunten en kan de Wzd-uitdagingen goed benoemen

Typische belemmeringen of onderwerpen van gesprek die kenmerkend zijn voor deze ontwikkelfase zijn:

- Training van personeel in het herkennen van verzet en het (samen) verkennen van alternatieven;
- De inzet van 'onafhankelijk niet bij zorg betrokken professional' roept vragen op als capaciteit/beschikbaarheid, logistiek en bekostiging;
- Het vaststellen van ter zake wilsbekwaamheid door een onafhankelijke arts;
- ICT werkt nog niet of niet goed (denk aan handmatige registraties of vastlegging in meerdere systemen);
- Hoe kunnen we de schaarse SO-capaciteit zo goed mogelijk inzetten of zelfs van elkaar gebruiken;
- Met het zorgkantoor bespreken aanbieders (eventueel in samenspraak) de benodigde ontwikkelingen in het zorgaanbod en eventueel gewenste beschikbaarheid van meer diversiteit in de voorzieningen voor de diverse doelgroepen.

3.3 II. Bewust onbekwaam

De Wzd wordt ervaren als een complexe wet. Veel extramuraal werkzame zorgorganisaties zijn zich bewust van de Wzd (en de intentie van de wet) maar passen de wet bewust nog niet toe. Beleidsdocumenten hanteren als vertrekpunt dat extramuraal geen onvrijwillige zorg wordt geleverd. Daarnaast weten organisaties in deze fase vaak ook niet goed waar ze moeten beginnen om een stap in de ontwikkeling te zetten.

Typische belemmeringen of onderwerpen van gesprek in deze ontwikkelfase zijn:

- Wie is eindverantwoordelijk voor onvrijwillige zorg wanneer meerdere professionals betrokken zijn bij de cliënt?
- Er is extramuraal geen MDO-structuur waar bij aangesloten kan worden. Hoe wordt de afstemming tussen professionals geregeld? Hoe kunnen we eventuele onvrijwillige zorg (samen) registreren?
- Welke rol kan en wil de huisarts nemen? Aangegeven wordt dat huisartsen geen rol willen vervullen, terwijl ze mogelijk wel onvrijwillige zorg toepassen wanneer ze psychofarmaca voorschrijven buiten de richtlijn.
- Hoe stel ik vast of de Wzd van toepassing is op de cliënt?
- Hoe kan ik medewerkers trainen en intervisie organiseren over het herkennen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie? Waar kan een medewerker die in de thuissituatie het vermoeden heeft van onvrijwillige zorg terecht voor consultatie of om even te sparren?
- Hoe borgen we onvrijwillige zorg op de dagbesteding? Hoe liggen dan de verantwoordelijkheden?
- Hoe organiseren we toezicht op onvrijwillige zorg in de thuissituatie?
- Wie kan ik benaderen om de wilsbekwaamheid ter zake vast te laten stellen?
- Hoe krijg ik de bestuurders zo ver dat ze extramuraal ook afspraken gaan maken over de uitvoering van de Wzd?
- Hoe moet ik alle rollen invullen die omschreven staan in de Wzd?
- De consequentie van het niet kunnen toepassen van het stappenplan in de Wzd kan zijn dat de cliënt moet worden overgeplaatst naar een (intramurale) plek waar wel onvrijwillige zorg kan worden ingezet (in gevallen dat geen vrijwillig alternatief beschikbaar is).
- De RM wordt aangevraagd om bepaalde risico's uit te sluiten en uit onbegrip hoe verzet moet worden beoordeeld.

3.4 I. Onbewust onbekwaam

Bij doorvragen naar het beleidsstandpunt 'we bieden extramuraal geen onvrijwillige zorg' ontstaat een meer genuanceerder beeld. Omdat organisaties niet nader kijken naar onvrijwillige zorg in de extramurale setting is vaak nog niet duidelijk wat de mogelijke omvang is. Door de uitbereiding van het aantal categorieën in de wet en de introductie van het verzetscriterium kunnen ze vaak niet met zekerheid te zeggen dat echt geen onvrijwillige zorg zoals bedoeld in de Wzd wordt geleverd. We duiden deze situatie daarom als onbewust onbekwaam. Omdat de omvang nog niet duidelijk is, zijn ook de consequenties van dit beleidsstandpunt voor de cliënt niet inzichtelijk.

Typische vragen die wij noteerden die duiden op deze ontwikkelfase zijn:

- Wat verandert er in de zorg door de Wzd? Wat is er nu echt anders dan vorig jaar?
- Iemand wil geen zorg, de mantelzorger wel, en wij komen toch: Is er dan sprake van onvrijwillige zorg?
- Moet je bij dementie altijd de Wzd aanvragen? Wanneer moet je wat aanvragen in verband met opname?
- RM-procedure, wat is er veranderd?
- Ten aanzien van concrete praktijkvoorbeelden: Mag de deur op slot? Mag je iemand medicatie door de thee geven?

4 Waar is een extra impuls nodig?

Dit hoofdstuk beschrijft wat respondenten zeggen nodig te hebben om de Wzd uit te voeren. Het vormt een samenvatting van de tabel in de bijlage over de ervaren knelpunten rondom RM en de implementatie van de Wzd. We hanteren in de tabel en in onderstaand overzicht een driedeling met kleurcodering om inzichtelijk te maken waar deze impulsen nodig zijn:

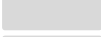
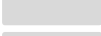
- A. Op de werkvloer, met name gericht op de implementatie van het stappenplan [geel];
- B. Versterking van de Wzd-infrastructuur, waaronder afspraken tussen partijen [grijs];
- C. Op stelsel- of systeemniveau [blauw]

Deze codering laat zien dat op meerdere punten en vanuit meerdere partijen impulsen nodig zijn om de implementatie van de Wzd voort te zetten. Het ministerie van VWS borgt in haar rol als stelselverantwoordelijke de samenhang tussen deze impulsen.

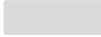
Partijen realiseren zich dat zij het implementeren vooral zelf én samen moeten doen. Uit de bevindingen van deze quickscan blijkt dat de Wzd extramuraal lastiger is in te regelen dan intramuraal. Het is in deze context belangrijk om te erkennen dat de Wzd-ontwikkeling extramuraal voortbouwt op de regionalisering die de afgelopen jaren in gang is gezet. Succesvolle regionalisering lijkt een goede basis voor het extramuraal implementeren van de Wzd.

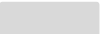
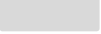
Partijen benoemen ook waar een extra impuls of ondersteuning nodig is om de Wzd-ontwikkeling verder op gang te brengen of te houden, zie onderstaande overzicht. Onderstaande bevindingen op hoofdlijnen beschrijven wat op uitvoeringsniveau, beleidsniveau en op het gebied van inkoop nodig is. Het ministerie van VWS, veldpartijen en kennisorganisaties kunnen hierin een rol spelen.

Op uitvoeringsniveau is het volgende nodig om het stappenplan uit te kunnen voeren:

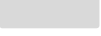
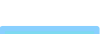
- a. Eén plek waar professionals terecht kunnen met vragen over de Wzd; 
- b. Concrete voorbeelden van onvrijwillige zorg, hoe dit te voorkomen en hoe dit te registreren. Specifiek voor VG is lastig te bepalen waar grens ligt in categorie "leefstijlinterventies". Indien mogelijk vertaald in richtlijnen medewerkers houvast bieden; 
- c. Training, intervisie en coaching op het toepassen van de Wzd (denk ook aan tijd, prioriteit en instrumenten), met o.a. aandacht voor het herkennen van verzet, het vaststellen van wilsonbekwaamheid en het organiseren van het toezicht bij het eventueel toepassen van onvrijwillige zorg (met name extramuraal); 
- d. Duidelijkheid over de rol die de casemanager dementie (PG) kan vervullen; 
- e. Mobiel team met expertise beschikbaar om in een casus mee te kijken of als vraagbaak kan dienen; 
- f. Capaciteit voor het invullen van de Wzd-rollen en MDO's (vooral extramuraal); 
- g. Duidelijkheid over rolverdeling indien meerdere zorgprofessionals betrokken zijn rondom een cliënt (extramuraal). Wie betrekken we bij afwegingen en bespreken van alternatieven? Wie neemt initiatief om het stappenplan in werking moet laten treden? Wie voert regie? Wie registreert? Wie neemt verantwoordelijkheid. 

Op beleidsniveau is behoefte aan:

- a. Visie (zorgaanbieders) op het voorkomen van onvrijwillige zorg en het samen zoeken naar alternatieven; 
- b. Beleid (zorgaanbieders) op wie de Wzd-rollen moeten vervullen en het realiseren van de randvoorwaarden (MDO- structuur, samenwerken met andere zorgpartijen, financiën etc.); 
- c. Afspraken (regionaal) tussen verschillende zorgaanbieders over invulling van de rollen Wzd-functionaris en externe deskundige; 
- d. Beleid over afgeven en aandragen van informatie voor medische verklaringen; 
- e. (Lokale) afspraken en netwerken om regie en samenwerking rond de cliënt te versterken 

- f. (Regionale) afspraken om samenwerking rond een doelgroep te bevorderen. Dit is extramuraal urgenter én lastiger dan intramuraal, omdat extramuraal veelal meerdere partijen bij de cliënt betrokken zijn; 
- g. Afspraken (regionaal) hoe integrale samenwerking tussen huisarts en SO/AVG plaats vindt rond een cliënt, welke rol de huisarts inneemt bij het toepassen van de Wzd en hoe de verantwoordelijkheidsverdeling ligt bij het voorschrijven van psychofarmaca; 
- h. Afspraken gericht beschikbaar maken van meer SO/AVG-capaciteit, o.a. in rol van Wzd-functionarissen en op consultatiebasis; 
- i. Verkennen hoe kleine aanbieders een rol kunnen spelen in de regionale de Wzd-infrastructuur; 
- j. Verkenning hoe ervaren knelpunten in het RM-proces (met name PG) kunnen worden weggenomen; 
- k. ICT-ondersteuning voor ketenregistratie die de samenwerking tussen professionals en zorgaanbieders ondersteunt. 

Op stelsel- of systeemniveau ^[1]:

- a. Voortzetten van de inzet (door zorgkantoren en zorgverzekeraars) op het versterken van regionale en lokale netwerken, waaronder casemanagement dementie, met aandacht voor de positie van kleine aanbieders; 
- b. Afspraken gericht op verbeteren van toeleiding van PG-doelgroep naar intramurale plaatsing, waaronder inzicht in beschikbaarheid van bedden; 
- c. Stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgprofessionals (extramuraal, intramuraal en transmuraal); 
- d. Betaaltitels voor het opstellen van medische verklaringen en consultatie; 
- e. Herijking van tarieven omdat Wzd meer afstemming en dus tijd van professionals vraagt. NZa verkent dit voor Wlz en Zvw. Denk ook aan voorzieningen in de Wmo betaald door gemeenten; 
- f. Afspraken (regionaal) over beschikbaarheid van expertise tijdens ANW en communicatie over deze afspraken (vindbare en actuele lijst telefoonnummers); 
- g. Afspraken (regionaal) over het verdelen van schaarse expertise, bijvoorbeeld het uitwisselen van SO/AVG-expertise of stimulering van opleidingen voor deze schaarse beroepen; 
- h. Afspraken (regionaal) over beschikbaarheid van crisisbedden en reguliere plaatsen, ook voor specifieke doelgroepen op raakvlakken met GGZ; 
- i. Inhoudelijke verduidelijking Wzd (o.a. raakvlak WvGGZ, gelijkgestelde aandoeningen) of verkennen waar administratieve lasten kunnen worden beperkt (o.a. inzake wilsonbekwaamheid). 

^[1] De grijs gemarkeerde onderdelen op stelsel- of systeemniveau zijn onderwerp van gesprek tussen zorgaanbieders en verzekeraars/zorgkantoren. Zij zijn samen verantwoordelijk voor het zorglandschap, waarbij het ministerie een richtinggevende rol heeft.

BIJLAGE: Opbrengst belronde

A.1 PG SECTOR

Nr	Bron (organisatie en functie)	Intra/ extra-muraal?	Ervaren knelpunten rondom RM	Ervaren knelpunten rondom implementatie Wzd	Mogelijke oplossingen in de regio	Mogelijke oplossingen die landelijk opgepakt kunnen worden	Overige bijzonderheden
1	VenVN		• Onduidelijkheid over wie benaderd kan worden voor de medische verklaring (wanneer artsen en wanneer psychiaters). • Rol CIZ en bejegening mensen met dementie (criterium verzet). Gevoel dat er meer RM zijn aangevraagd.	• Onduidelijke rol huisarts zorgt voor verwarring over de uitvoering van het stappenplan in de wijk. • Onvoldoende opleidingen/trainingen voor Wzd praktijk professionals. • Extramuraal wordt de Wzd vaak nog niet uitgevoerd, eerst intern op orde krijgen. Daardoor: geen beleid op wie de rollen moeten vervullen en randvoorwaarden (MDO-structuur en samenwerken met veel zorgpartijen, financiën). • Administratieve lasten in de thuissituatie nemen toe. • Onduidelijkheid of je ook extramuraal toezicht moet houden als de mantelzorger onvrijwillige zorg inzet. • Te weinig Wzd- functionarissen extramuraal.		• Opstellen van een beleidslijn oa voor casemanagers en praktijkondersteuners over wie de medische verklaring aan kan vragen. • Casemanagers kunnen ook een rol spelen in informatie aandragen voor medische verklaring (als maar duidelijk is waar/bij wie/hoe). • Communicatie richting huisartsen over de mogelijke rol die ze kunnen hebben in de Wzd. • V&VN heeft aangegeven dat verpleegkundig specialisten ook de rol van Wzd- functionaris in de wijk kan vullen.	
2	2 brancheorganisaties kleinschalig extra-muraal			• Aantal kleine leden heeft aangegeven de Wzd niet te gaan implementeren, want: onzekerheid hoe ze het precies moeten doen, kostenplaatje, te weinig personeel, opleidingen.	• Ze gaan liever samenwerking aan met zorgaanbieders die wel onvrijwillige zorg aanbieden en dan cliënten overhevelen	• Aangegeven wordt dat het ook zit in de denkwijze en bewustwording over wanneer sprake is van onvrijwillige zorg.	

				• Vanwege het coronavirus zijn de meeste van de leden nu niet (heel actief) bezig met implementatie van de Wzd. Leden die er wel mee aan de slag zijn gegaan, zijn niet de leden uit de wijkverpleging, maar juist de intramurale leden. Zij waren al bekend met de BOPZ. Ook de leden met zowel een intra- als extramurale setting zijn niet bezig met de implementatie in de extramurale setting. • Voor kleine partijen is het lastig om te bepalen wanneer iets onvrijwillige zorg is (of pedagogische handelen of vastleggen in de huisregels of ten behoeve van de veiligheid). • Beschikbaarheid van de benodigde deskundigen: kleinschalige voorzieningen hebben geen apparaat aan deskundigen in dienst. Hoe kom je aan die functionarissen (beschikbaarheid), wie betaalt (financiën), wat mag je delen over de cliënt (privacy). • Administratieve lasten (kosten) zijn groot.	als ze onvrijwillige zorg willen verlenen. • Er vindt overleg plaats met leden waar gesproken wordt over implementatie Wzd. • Het zou helpen om regionaal intervisie bijeenkomsten te hebben om dit te kunnen bespreken. • Er wordt gekeken of in samenwerking met de regionale verenigingen de deskundigen in dienst kunnen worden genomen. Hier wordt het overgangsjaar voor gebruikt. De verkenningen hierover liggen volledig stil sinds de coronacrisis.	• Gesprek met VWS over het aanbieden van e-learning loopt. • Richtlijnen met voorbeelden over casuïstiek wanneer iets onvrijwillige zorg is. • Landelijke poule die regionale SO-capaciteit beschikbaar heeft, bijvoorbeeld een Wzd-functionarissen team die deskundigheid heeft als consultatiebasis.	
3	Zorgverzekeraars Nederland Beleidsmedewerker Langdurige Zorg	Intra-muraal	• Focus op crisis PG: (1) doorplaatsen cliënten, ook bij combi GGZ/PG zoekt men plaatsen in VVT-instellingen (2) beschikbaarheid, bereidheid en betaaltitel consultatie SOG en AVG. • (Geen knelpunt VG): ZN programma met VG-crisisregisseurs om passende GHZ-plaats te vinden.	• Focus van ZV/ZK ligt op capaciteit en diversiteit van zorgaanbod. • WZD legt knelpunten bloot op raakvlak GGZ/Dementie. De VVT-populatie wordt anders, mogelijk omdat crisisdiensten deze cliënten toch in VVT willen plaatsen. • ZV/ZK spreekt alleen inhoudelijk over Wzd-proces als onderdeel van de			• Art 28ac: knelpunten in administratief proces wanneer igv voorlopige machtiging (VG, 18-23 jr) indicatie en plaatsing WLZ nodig blijkt (cliënt houdt

				kwakeiteitsplannen van aanbieders.			zich niet aan voorwaarden).
4	Zorgkantoor (ZK) Beleidsmedewerker WLZ/GGZ	Intra- muraal	• Herkent dat doorplaatsing knelpunt is in crisiszorg. Beschikbaarheid van plekken (V&V) is rol van ZK. • Bemiddelen is strikt genomen geen taak ZK. M.u.v. VG: ZK is crisisregisseur igv crisisplaatsing GHZ.	• Rol: focus op beschikbaarheid plekken en oplossen wachtlijsten. • Gebruik van locatieregister moet beter omdat dit basis is voor goede plaatsing. • Aanbieders gaan over implementatie WZD, komt in gespreken aan de orde (geen rol ZK).	• ZK zet in op dialoog en neemt prikkels in contracten gericht op samenwerkingsafspraken. Voorbeeld: opslag voor uitlenen SO, opslag voor inzet in wijk. Nieuw 2020: opslag voor 24h bereikbaarheid SO. • In ZK-regio in oosten en noorden starten aanbieders samen nieuw aanbod gericht op doorstroming cliënten (mn PG).	• Meer aandacht voor juiste vulling locatieregister en zorg dat informatie helpt bij bemiddeling en plaatsing. • Zorgkantoren kunnen prikkels opnemen om kennis en capaciteit van SO's breder beschikbaar te maken voor (eerstelijns) aanbieders.	• Administratieve knelpunten bij cliënten artikel 28ac Wzd, zie opm ZN.
5	Zorgverzekeraars Nederland Beleidsmedewerker Wijkverpleging	Extra- muraal	• Tekort aan SOG wordt herkend. • Ontbreken van betaaltitel voor medische verklaring wordt herkend: wordt aan gewerkt (NZa).	(Verantwoordelijkheid aanbieder)	• ZV's zetten in op netwerken dementie (meerjarenplannen & financiering). • Idem: "herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging" (contractering, contractgesprekken) eerst tussen aanbieders wijkverpleging, nu breder met andere professionals in wijk.	• Toetredingsdrempels om versnippering en hoge aantal ZZP'ers tegen te gaan. Dit is slecht voor kwaliteit en helpt niet bij het organiseren van de Wzd extramuraal.	• Initieel weinig aandacht voor Wzd (wachten overgangsjaar af). • Onbekend in welke mate Wzd nu thema is of gaat worden in inkoopbeleid en contract-gesprekken.
6	Beleidsmedewerker VVT	Klein-schalig wonen / intra-muraal		• Het is niet haalbaar om de functie: 'interne niet bij de zorg betrokken professional' (die na 3 maanden in beeld komt) te betrekken ivm organisatie, schaarste en vereisten van deze persoon. • Regelen van een externe deskundige is lastig (landelijke organisatie vs per locatie een contract met een andere zorgaanbieder maken?).	• De SO vervult de functie van interne niet bij de zorg betrokken professional (naast rol Wzd-functionaris). • Zorgverantwoordelijke wordt gekoppeld aan een verpleegkundige na scholing over Wzd, zodat deze rol niet bij de SO belegd wordt.	• Meer duidelijkheid vanuit VWS wat de vereisten zijn van de functie interne niet bij de zorg betrokken professional (Wzd-functionaris kijkt ook al onafhankelijk).	• Landelijke organisatie, maar geen regionale verschillen, omdat de Wzd vooral intern georganiseerd wordt.

				• Afspraken met CVP nog niet gemaakt ivm tijd (eerst intern op orde krijgen en dan CVP). • Onduidelijk wanneer je een art. 21 moet aanvragen (bijv als de cliënt achteruitgaat en je onvrijwillige zorg moet leveren?). • Rol CIZ tav communicatie over eerder besluit art. 21. Dit wordt niet automatisch gedaan en moet iedere keer opnieuw aangevraagd worden als een bewoner binnenkomt.			
7	Dementie netwerk SO, manager VVT-instelling	Intra- en extra- muraal	• Bij enig vorm van verzet wordt te snel RM-procedure gestart. • Intramuraal aanbod lijkt vooral gericht op art.21 en RM. Alternatief aanbod is gewenst, wordt aan gewerkt, maar gaat langzaam. • Problemen met CIZ: meer RM aanvragen dan voorheen, benadering CIZ tegen cliënten. • RM geeft veel extra werk.	• Geen Wzd extramuraal. • Huisartsen worstelen met Wzd door gebrek aan kennis en onduidelijkheid over hun rol (willen en kunnen). • Wie betaalt SOG extramuraal? • Capaciteit SOG (potentieel knelpunt, nu nog geen Wzd-toepassing). • Op raakvlak WvGGZ en Wzd vallen cliënten tussen wal en schip. Discussie over verantwoordelijkheid. • Instelling gestart intramuraal, later extramuraal. • MDO-structuur en overleg om de 3 maanden is niet te organiseren en behulpzaam bij een progressieve ziekte (zijn geen alternatieven). • Intramuraal geen problemen met vervullen rollen en beleidsplan gemaakt. • Extramuraal knelpunt: organisatie toezicht voor inzet onvrijwillige zorg in de thuissituatie. • Extramuraal knelpunt: invullen Wzd functionaris.	• Er is een werktafel dementie waaraan casemanagers, huisartsen, ziekenhuizen en VVT-organisaties deelnemen (intra- en extramuraal).	• Een platform voor uitwisseling van vragen, ideeën, praktijksituaties. • Nodig (analoog aan waardigheid en trots): nieuwsbrieven, lerende netwerken, thematafels. • Wens: mogelijkheid om NIET te hoeven kiezen tussen Wzd en WvGGZ!	

				Extramuraal knelpunt: huisartsen willen geen rol vervullen (terwijl ze wel degelijk een rol hebben bij voorschrijven medicatie).			
8	Beleidsmedewerker kwaliteit, VVT SO, VVT	Intra- en extra-muraal	- Ggz-organisaties gaan stoppen met RM. Regionale SOG heeft geen financiering voor het opstellen van een medische verklaring. - Geen financiering voor RM-consulten in de eerste lijn voor het opstellen van de medische verklaring. Wel een financieringsconsult in de eerste lijn, maar RM-verklaring valt daar niet onder. Oneigenlijk gebruik. - RM-consulten - onbekend wie het moet doen. De psychiaters van de regio doen het tot 1 april. - Onduidelijke communicatie over tijdelijke art. 21 aanvragen. - Onduidelijkheid bij CIZ wanneer wel/niet art. 21 aanvragen in geval van somatiek en dementie. CIZ zegt bijv. dat een gesloten deur een reden is voor art. 21 (terwijl dit niet zo hoeft te zijn als iemand geen verzet toont).	- Extramuraal wordt de Wzd nog niet toegepast. De organisatie die in de regio SO's aanbiedt geeft aan geen capaciteit te hebben voor SO's extramuraal en HA wil geen rol vervullen in de Wzd. - In beleid opgenomen dat er nog geen onvrijwillige zorg toegepast kan worden. - In de regio is overleg met bestuurders, Wzd extramuraal staat daar nog niet op de agenda. - Intramuraal is een commissie geformeerd om de Wzd te implementeren. Hier zijn geen knelpunten (genoeg capaciteit, beleidsplan en rollen/verantwoordelijkheden benoemd). - Externe deskundige wordt regionaal ingevuld. - Regionaal is er Wzd-functionarisoverleg. - Externe deskundige heeft geen financiering. Hier moeten nog afspraken over gemaakt worden op bestuurdersniveau. - Extramuraal invullen van Wzd functionaris lukt niet want er is niemand. Zorgen voor casemanagers.	- Regionaal agenderen van Wzd extramuraal op bestuursniveau. - Regionaal overleg als mensen tussen wal en schip vallen (bijv. dementie en psychiatrische problematiek). - Wel regionaal overleg om te spreken met casemanagers over Wzd-functionaris.	Financiering voor Wzd-functionaris extramuraal (voor rol in MDO en opstellen medische verklaring).	
9	Dementie netwerk Huisarts, Huisartsenzorg-groep	Intra- en extra-muraal	Niet benoemd.	- Huisartsen zijn verleggen rond Wzd. - Geen SO-capaciteit extramuraal.	3 grote VVT-instellingen afspraken samen rol externe deskundige.	Helderheid of ziekenhuizen zich moeten registreren als Wzd-locatie.	ICT-knelpunten.

	SO, VVT			- Kleine VVT-locaties: rondreizend circus om Wzd-rollen in te vullen. - Overname zorgplan VVT bij opname in ziekenhuizen.	Pilot extramuraal niet van de grond gekomen (capaciteit, toezicht, risico's).	In Wzd realistischer eisen over o.a. onafh. wilsonbekwaamheid. Ook intramuraal enorm bewerkelijk.	
10	Ketenregisseur dementienetwerk	Extra-muraal	Geen knelpunten bekend.	Veel vragen bij professionals over wat er nu verandert, hoe Wzd in praktijk gaat lopen.	- Als ketenregisseur zet ze in op training van betrokken professionals. - GGZ en SO's zijn in gesprek over crisis. Ze kent de uitkomsten niet.	Na interview verwezen naar bruikbaar (trainings)materiaal op internet.	
11	SO, VVT dementienetwerk	Intra-en extra-muraal	- Niet benoemd. - Aanvraag RM: voor de casemanagers in de regio is het onduidelijk wie welke rol/verantwoordelijkheid heeft (mogen de casemanagers de RM aanvragen? Hoe komen zij aan een onafhankelijke arts?).	- Goed regionaal overleg, beleidsplannen zowel intra- als extramuraal zijn geregeld. - Genoeg capaciteit voor Wzd-functionarissen en externe deskundigen. - Knelpunten vooral planningstechnisch om overlegstructuur met alle betrokkenen te bewerkstelligen. - CVP is onduidelijk wat hun rol is. - Tijdsregistratie is een probleem (we hebben geen systemen om op minuut te registreren hoe lang iemand wordt beperkt). - Onduidelijkheid over wie het stappenplan moet starten als er 2 thuiszorgorganisaties betrokken zijn. - De rollen en verantwoordelijkheden uit de Wzd passen niet direct op de functies uit de praktijk.	- Geen regionaal overleg over verantwoordelijkheden in de extramurale setting of MDO-structuur. - Geen scholing op gebied van Wzd.	- Wet schiet het doel voorbij als het gaat om de overlegfrequentie en tijdsregistratie. - Duidelijkheid over de rol van de casemanager dementie in de Wzd in de extramurale setting. - Zorg vanuit VWS voor informatie-verschaffing.	
12	Externe behandel dienst	Intra-muraal	Positief: organisatie krijgt lijstje van CIZ voor opstellen medische verklaring.	Infrastructuur voor Wzd in thuissituatie ontbreekt.	Positief: Beoordeling IBS in regio geen probleem	Snel besluit over gelijkgestelde aandoeningen nodig!	Afdeling heeft Korsakov-cliënten

						• Maak Wzd passend voor de praktijk (zie Actiz standpunt o.a. gesloten deur). • Laat toets wilsonbekwaamheid door eigen arts doen en bij geschillen onafhankelijke arts.	moeten laten gaan.
13	Bestuurder VVT en SO VVT	Extra-muraal	• Rol van het CIZ (te snel overgaan tot vaststellen verzet en RM aanvragen). • Rol CIZ: In het verleden had deze organisatie een afspraak met het OM voor een snel RM-traject (als er geen IBS (24u) aangevraagd wordt maar een RM te lang duurt (6 wkn). Aanbieder heeft cliënten met complexe diagnostiek en komen vanuit huis naar de kliniek voor een korte behandeling en gaan daarna door naar een VVT. Het is zonde als iemand de plek in de kliniek ophoudt omdat je 6 weken op de RM moet wachten.	• Onduidelijkheid over wie de zorgverantwoordelijke moet zijn (bijv. veel partijen betrokken en wat als iemand ook pgb heeft). • Implementatie EPD loopt achter. • In kaart brengen van waar onvrijwillige zorg geleverd wordt is lastig (soms doet de familie dit ook en alle organisaties zijn een eigen eilandje). • Onduidelijk wie de wilsbekwaamheidsverklaringen afgeeft. • Onduidelijk wat het begrip overgangsjaar inhoudt.			
14	Dementienetwerk Casemanager, transmuraal netwerk	Extra-muraal	• CIZ gaat snel over tot het aanvragen van een RM als het lijkt alsof er verzet is. Ligt aan hoe de vraag over verzet wordt gesteld. • Casemanagers weten niet wat de voortgang in het proces van CIZ is bij het aanvragen van een indicatie.	• Het is in de regio onduidelijk wie welke rol op zich gaat nemen. • Er is 1 grote VVT-aanbieder in de regio en daar wordt beroep gedaan op de SO. Onduidelijk is wanneer de SO onafhankelijk genoeg is. • Extramuraal SO's betrekken gaat moeizaam, want capaciteit. • Medewerking Huisarts in het Wzd proces is wisselend en verschilt binnen de regio.	• Geen overleg in de regio over invulling SO met andere partijen. • Het zou helpen om alle professionals/huisartsen in de regio middels een regio bijeenkomst te informeren over samenwerkingsafspraken (wie dat gaat coördineren is onbekend).	• Instrueren van CIZ en zorg dat CIZ-informatie blijft delen met casemanagers. • Behoeft aan duidelijkheid over de mogelijkheden en grenzen rondom onafhankelijkheid van de SO.	

15	Huisarts	Extra-muraal		- Gebrek aan SO en huisarts heeft niet de expertise om toestemming te geven voor onvrijwillige zorg. - Geen MDO-structuur voor extramuraal (dus er wordt niets besproken/gezocht naar alternatieven).	- Er vinden gesprekken in de regio plaats over hoe er omgegaan moet worden met onvrijwillige zorg in de thuissituatie (wie kan de rol van Wzd functionaris vervullen). - Regionaal zouden er meer geriatrisch verpleegkundigen ingezet moeten worden om de rol van Wzd functionaris in te laten vullen. - Ook wordt er op regionaal niveau over casuïstiek overlegd.		
16	Dementienetwerk	Extra-muraal	Vooraf knelpunten rondom aanvraag RM, ggz-aanbieders doen hier niets meer in, druk komt bij casemanagers dementie te liggen (CIZ bevestigt casemanagers). Er zijn nog geen heldere afspraken over.	Geen knelpunten, beleidsplannen gereed en voldoende capaciteit en korte lijntjes.	- Overleg vindt in de regio plaats. Groep samengesteld (16 organisaties en zowel SO, verpleegkundigen, ziekenhuis, ggz) waar iedereen bij terecht kan als er knelpunten zijn (zowel rondom RM/plaatsing/inhoudelijke zorgvraagstukken/inzet maatregelen in de thuissituatie). - Nodig is: afspraken rondom RM. Zijn ze in de regio mee bezig.		
17	Directeur VVT			- Sinds juli 2019 al bezig met de implementatie. Visie op Wzd en beleidsplan (met daarin benoemen van rollen) zijn gereed voor intramuraal. - Externe deskundige wordt uitgewisseld in het lerend	Qua training van het zorgpersoneel en het gesprek over onvrijwillige zorg wordt aangesloten bij het project rondom het onbegrepen gedrag. Dit houdt in: trainingen	Richtlijnen of expertise vanuit het landelijke netwerk om mee te denken bij het registratie-systeem. Een gezamenlijke zoektocht met de	

			netwerk met 2 andere zorgaanbieders. • Extramuraal is het zoeken naar de invulling van de rollen en de structuur (door rol huisarts oa). Dit moet nog bepaald worden hoe hiermee om te gaan. Het liefst wordt er extramuraal geen onvrijwillige zorg verleend, zodat je er niet mee te maken krijgt, echter is de wet vrij breed. • Knelpunt is ook het registratiesysteem (hoe registreer je onvrijwillige zorg). Een goede registratie helpt bij het voeren van het goede gesprek (data over inzet van maatregelen).	over probleemgedrag van dementie. Casuïstiekbespreking in gedragssprekuren met psychologen. Als dat niet afdoende is is er een mobiel expertise team beschikbaar (met SO en gespecialiseerde verpleegkundigen). Dit team kan ingezet worden om met een casus mee te kijken. Ze hoeven niet overal fysiek aanwezig te zijn, want kunnen meekijken middels google glass. Al deze interventies zijn gericht op nadenken over alternatieven.	organisatie is gewenst. • Uitstel van inwerkingtreding van de wet (overgangsjaar) heeft veel ruis meegebracht. Dit komt niet ten goede aan de implementatie.	
--	--	--	--	---	---	--

18	Raad van bestuur, VVT	Intra- en extra-muraal	Het kost een SO halve dag om RM aan te vragen. Bij IBS nog meer.	- Gesloten deur maakt dat je voor alle cliënten stappenplan heel vaak moet doorlopen - Extramuraal geen Wzd: niet te organiseren. Huisarts zou deze rol moeten nemen (standpunt Verenso). - Krapte SOG. Intern lukt het net, maar deze kunnen extramuraal er niet bij doen. Bovendien kennen ze cliënt niet. Betaaltitel ontbreekt. - Er gebeurt extramuraal vast veel onvrijwillig, maar eigen personeel mag dit niet doen. - Vaststellen wils-onbekwaamheid (intram.) niet door eigen behandelaar > is buiten werkelijkheid.	Grote instellingen voeren gesprek over uitwisseling externe deskundige	- Wzd rond wils-onbekwaamheid versoepelen. - Wet gaat uit van wantrouwen.	Koppeling medisch dossier en ECD werkt niet > dubbele registratie.
19	Huisarts, LHV huisartsenkring SO, VVT	Extra-muraal	- GGZ-aanbieders geven aan dat ze niets meer doen voor de PG/VG cliënten in het aanvragen van een RM/IBS. - Er zijn geen SOG's of AVG's beschikbaar die dit wel kunnen. - Familie/buren/mantelzorger s/cliënten komen als last resort bij de huisarts uit en de huisarts moet het aanvragen in gang gaan zetten. Het gaat zelfs zover dat HA aan het zoeken zijn naar een plek (vvt) waar de persoon terecht kan. Huisartsen zijn niet ter zake kundig om een RM/IBS aan te vragen. - Communicatie over wie de geneeskundige verklaring mag afgeven (moet dat iemand zijn die niet is	- Geen SOG extramuraal beschikbaar. - Geen signalen ontvangen dat HA in de regio aanlopen tegen Wzd toepassing (conclusie: dit loopt soepel of er wordt geen onvrijwillige zorg geleverd). - Wilsonbekwaamheid ter zake vaststellen is onduidelijk. Moet de onafhankelijke SO dit bij iedere maatregel vaststellen?	1 organisatie in de regio: vanaf oktober al gestopt, zonder oplossing. 2^e organisatie in de regio: heeft toegezegd dat ze nog een jaar min/meer nog willen doen, maar vanaf daarna niet meer te willen doen. Dit gaat ook moeizaam.	- Duidelijke richtlijn in wie de RM/IBS moet aanvragen gewenst. Voorstel: psychiater voor verslavingszorg en psychiatrie, SOG voor PG en AVG voor VG. - Ontwikkel richtlijnen voor het CIZ om gerichter informatie op te vragen bij de huisartsen, zodat zij een grotere rol kunnen vervullen (en niet alles een RM wordt). Het CIZ vraagt aan de HA: "mag ik alle informatie over de cliënt". Wat mag of moet de HA delen? Wens om meer uniformiteit rondom	Tekort aan VVT- bedden.

			aangesloten bij de instelling) bij RM is niet duidelijk in de keten (bij rechters/advocaten). • Bij aanvraag RM wil CIZ een aantal keer dezelfde informatie hebben (aanvraagformulier, geneeskundige verklaring, brief behandelend arts). • CIZ wil 8 weken voor verlenging RM de papieren binnen hebben. Dit is te kort als er een kortlopende RM is afgegeven. Splitsing mogelijk? • IBS wordt voor max 6 weken afgegeven en CIZ wil uiterlijk 4 weken voor IBS afloop de RM-aanvraag. De RM moet dan meteen worden gestart na afgifte IBS en na 2 weken moeten de papieren al bij CIZ zijn. Dit staat niet in verhouding en je wilt ook observeren, maar hier is de tijd niet voor. Zodra ibs is afgegeven moet je de verlenging aanvragen. Hiermee doe je de cliënt geen recht aan.			CIZ-informatie en splitsing van termijnen waarbinnen ze de verlengingen willen hebben.	
20	Dementienetwerk Teamleider ouderenpsychiatrie, GGZ Manager VVT SO, VVT	Intra- en extra-muraal	• Bestuurlijke afspraak in provincie: GGZ richt zich op WvGGZ. VVT-Instellingen zijn verantwoordelijk voor Wzd, ook voor het aanvragen van RM. • Wanneer na CIZ-gesprek blijkt dat sprake is van verzet is het lastig om een VVT-instelling te vinden die de RM kan/wil oppakken.	• VVT-organisaties intramuraal goed geregeld. Afspraken over onderlinge inzet externe deskundige gemaakt. • Huisartsen denken mee in casuïstiek maar willen geen verantwoordelijkheid nemen voor Wzd. • Wzd extramuraal nog niet gestart. Inventarisatie omvang	• Stuurgroep om netwerk dementie te versterken. Ook geheugenpoli van ziekenhuizen zijn hierin betrokken. De GGZ neemt aan zijlijn deel. • Gezamenlijke SO's gaan in gesprek met huisartsen over Wzd en richtlijnen/afbouw medicatiegebruik.	• Bekostiging extra tijd Wzd, afstemming en uren SO (consulten en medische verklaring).	• Dubbel-problematiek komt nu veelal op bordje van lager opgeleid VVT-personeel (intramuraal). • Regionaal is praktijk divers. Op kleinere schaal (stad) is

				Wzd en passende organisatie daarbij loopt. • Kennisniveau professionals extramuraal over Wzd nog erg laag. Bewustwording moet nog groeien. • Psychofarmaca in thuissituatie meestal op raakvlak met GGZ.	• Gesprek met zorgkantoren over bedden voor cliënten met dementie en psychiatrie.		Wzd wel te regelen.
21	Senior Casemanager Dementie Beleidsmedewerker VVT	Intra- en extra-muraal	• Artikel 21 gaat vrijwel altijd via RM door oa. bejegening CIZ, minder ruimte voor geleidelijk proces. • Stijgend aantal RM-aanvragen. • Kost per RM belachelijk veel tijd, o.a. de onafhankelijke medische verklaring. Huisartsen doen dit niet. SO's zijn er onvoldoende. • Werkdruk bij SO is verhoogd omdat zij de extra capaciteit leveren voor de RM-aanvragen.	• Medicijnkluisjes zijn strikt genomen onvrijwillige zorg, komt veel voor. In praktijk nu zorgvuldig geregistreerd in hoop dat dit formeel akkoord is. • Geen knelpunten ervaren bij de invulling Wzd-proces intramuraal (vooral anders leren denken). • Enkel verwarring bij invulling CVP (want klachtenfunctionaris en interne/externe CVP lijkt op elkaar). • Lastig hoe de wilsbekwaamheid ter zake vastgesteld moet worden (ga je onderwerpen bundelen?) - moet dit iedere keer opnieuw? • Extramuraal is de rol van de HA lastig. • In de verzorgingshuizen is de eigen SO de rol van de HA gaan invullen.	• Regionaal maatschap zelfstandige SO's, maar desondanks te beperkte capaciteit. • Ten behoeve van communicatie over CVP wordt eerst de cliëntenraad geconsulteerd. • Er zijn goede samenwerkingsafspraken in de regio.	• Zou CIZ-toets op verzet niet na opname kunnen? Dit past beter bij ziektebeeld dementie.	•
22	Verpleegkundig specialist ouderenzorg Verpleegkundige, VVT extramuraal	Intra- en extra-muraal		• Instellingen hebben gezegd eerst intramuraal dan extramuraal. • Knelpunten intramuraal: ECD nog niet gereed en de MDO's moeten nog gestructureerd worden aan de vereisten van de Wzd.		• Onbekendheid met de Wzd in de praktijk. Het zou helpen als er voor de inhoudelijke vraagstukken een vraagbaak op landelijk niveau plaats vindt.	

				• Geen knelpunten tav capaciteit (mogelijk wel rondom externe deskundige; nu onbekend). • Regionaal afspraken gemaakt over uitwisselen SO en externe deskundigen. • Uitrol is geconcentreerd op intramuraal. Voor extramuraal is er al een gezamenlijke regionale beleidsnota opgesteld met alle rollen en verantwoordelijkheden (ook voor de kleinere organisaties in de regio). Wzd-functionaris wordt soms wel ingevuld door niveau 4. Wel zo weinig mogelijk onvrijwillige zorg. • Knelpunt in de thuissituatie is het betrekken van de vele organisaties rondom de cliënt en afspraken maken over wie verantwoordelijk is als de ene organisatie onvrijwillige zorg constateert van een andere organisatie. • Probleem: toezicht houden op de onvrijwillige zorg in de thuissituatie is niet te doen (organisatorisch).			
23	Dementienetwerk Programmamanage r eerstelijns zorgorganisatie	Extra- muraal	• Risico dat opname (art21) leidt tot RM is erg groot. Dit is onwenselijk en erg belastend. In BOPZ was veel meer rust, tijd en ruimte (passend bij ziektebeeld). Gevolg: zelfs escalatie tot ibs. • Proces gaat goed als SO (advies) betrokken is. Proces verloopt slecht als initiatief bij HA ligt.	• Wzd extramuraal nauwelijks te realiseren. • Huisartsen ontwijken Wzd. • Wzd-functionaris rol extramuraal niet ingevuld. • Beeld in praktijk: opname dementie alleen onvrijwillig in gesloten instelling (aanbodgericht).	• VVT-instellingen hebben samen SO capaciteit ter beschikking gesteld voor advies (niet als Wzd-functie).		• Goede samenwerking in de regio tussen huisarts, SO, wijkverpleegkundige en casemanager dementie.

			• In overleg met GGZ-aanbieder (die ook SO in dienst heeft) afgesproken dat verwijzingen voor RM via GGZ-aanbieder kunnen verlopen. • GGZ bereikbaar voor consultatie.				
--	--	--	--	--	--	--	--

A.2 VG SECTOR

Nr	Bron	Intra- of extra-muraal	Ervaren knelpunten rondom RM	Ervaren knelpunten rondom implementatie Wzd	Mogelijk oplossingen in de regio	Mogelijke oplossingen dat landelijk opgepakt moet worden	Overige bijzonderheden
24	Onafhankelijk adviseur zorg en dwang, extern deskundige, Wzd functionaris Directeur samenwerkingspartner van ouderinitiatieven	Intra- en extra-muraal	- Onwetendheid; mensen denken dat gedwongen zorg alleen mag als iemand een BOPZ/ artikel 60 heeft. - Meer RM aanvragen, om risico's uit te sluiten. CIZ is een bureaucratische organisatie, die de wet strikt uit lijkt te voeren.	- Als organisaties de bureaucratische gedachte volgen, voelen ze alleen bureaucratische lasten. - Extramuraal ingewikkeld omdat er zoveel partijen bij betrokken zijn. - WvGGZ neemt geen mensen met VG/ PG meer op. - Het niet uitvoeren van de Wzd kan leiden tot grotere en ingrijpere beslissingen, zoals zorgovereenkomst opzeggen waardoor iemand gedwongen moet verhuizen.	- Crisisregeling in gehandicaptenzorg niet bekend en niet uitgevoerd. - Grote VG-organisatie heeft 5 crisisplaatsen leeg. Ze hebben 3 bedden voor het zorgkantoor en drie bedden voor zichzelf.		- Als de wil er is en het gedachtegoed van de Wzd wordt gekoppeld aan de ondersteunings-/ organisatievisie, is het mogelijk om de Wzd binnen de huidige context van zorgaanbieder te implementeren. - In kleinschalige woonvoorzieningen spanningsveld tussen de vrijheid van het individu en de afhankelijkheid van zorg.
25	AVG en Wzd-functionaris		Voortzetting van het beleid voor AVG, maar gedragswetenschappers krijgen heel veel meer extra werk. Op dit moment lopen RM's door.	Overleg over externe deskundige tussen zorgaanbieders.		In afwachting van uitspraken minister over aantal zaken. Voorbeeld van tuinhokjes.	
26	Voorzitter ouderenvereniging kleinschalige woonvoorziening					Voor kleinschalige woonvoorzieningen moeten er eigenlijk andere regels gelden, rekening houdend met omvang.	Mensen hebben een verstandelijke beperking, maar met toestemming van (naasten van) cliënten is alles in overleg mogelijk.
27	Geneesheer Directeur, Wzd-functionaris Ook werkzaam in drie andere regio's.			Automatisering niet op orde noodmaatregelen en onvrijwillige zorg apart bijhouden in Excel.	- Afspraken kunnen handhaven voor crisisdienst GGZ doen beoordeling. - SGLVG-behandelkliniek, met mogelijkheden voor	- Wetgever gaat ver in het beschrijven van professional per rol, afvragen of het nodig is. - Het stappenplan heeft geen	

					crisisopname voor LVB. Over het land te weinig crisisbedden VG. Mensen met matig verstandelijke beperking kunnen hier niet worden opgenomen.	toegevoegde waarde voor wilsonbekwame cliënten. Medisch geïndiceerde fixaties vielen vroeger onder WGBO, nu geregeld in Wzd. • Samenloop WvGGZ, Forensische zorg, Wzd en strafrecht niet uitvoerbaar en Juridisch niet consequent.	
28	Manager zorg VG Ook locaties in vijf andere regio's.			• Huisartsen geen actieve rol in uitvoering Wzd ambulant, tenzij ze voorschrijvend arts zijn voor medicatie. • Inhoudelijke keuze om ambulante Wzd niet uit te voeren. Geen praktische bezwaren, situaties waar mogelijk sprake is van onvrijwillige zorg (op bijv. scholen) ophalen/ bespreken. • Keuzes gemaakt over invulling functionarissen. In de eerste helft van 2020 alles in stappenplan krijgen. Daarna kijken naar afbouw onvrijwillige zorg.	• Nog in afstemming over externe deskundige met andere zorgaanbieders.	• VWS; kritisch kijken naar administratieve lasten voor wilsonbekwame doelgroepen. Uitzonderingen maken voor bepaalde maatregelen, zoals deur op slot.	• RM in oude situatie nodig om fixatie toe te kunnen passen. Wzd geeft handelingsperspectief om onvrijwillige zorg toe te passen zonder gedwongen opname.
29	Geneesheer Directeur en Wzd-functionaris Werkzaam in meerdere regio's	Extra-muraal		• Administratie- systemen niet op orde. • Extramuraal is de huisarts nodig om diagnose af te geven. Gaat veel tijd in zitten en draagt niet bij aan de kwaliteit van zorg.		• VWS moet duidelijkheid geven over o.a. Verklaring ter zake kundige arts en gelijkgestelde aandoeningen.	

30	AVG arts	Intra- en extra-muraal	• Wanneer ben je expert om RM te beoordelen, per definitie om psychiater betrekken? • Wie zorgt voor bed als er RM wordt afgegeven. Niet elke zorgaanbieder op ingericht, om acuut patiënten op te nemen. Kan gaan spelen.	• Wzd extramuraal nog niet geïmplementeerd. • Nog niet nagedacht over de niet bij de zorg betrokken professional van andere discipline en extern deskundige. Wie mag deze rollen invullen? • Medewerkers nog niet geschoold, onbewust onbekwaam. • Kaders en faciliteiten ontbreken, urgentie wordt niet gevoeld.	• Goede samenwerking met GGZ over RM en IBS. Ook in samenwerking regio. Afspraken tussen GGZ en VG worden nog geïntensiveerd.	• Onduidelijk over welke medicatie buiten de richtlijn valt, behoefte aan een lijstje. • Voor AVG langdurige inzet van gedragsmedicatie buiten richtlijn, omdat richtlijn gericht is op afbouw.	• Inhoudsdeskundigen geven aan dat er wel alternatieven zijn, maar daar zitten vaak wel kosten aan. • Inhoudelijke discussie over wat onder Wzd valt. • Nu ook met corona is het de vraag of je mensen met LVB kunt tegenhouden om boodschappen te doen. Mogelijkheden vanuit de Wet Publieke Gezondheid?
----	----------	------------------------	---	--	---	--	---