



Handreiking voor huisartsen: Wet zorg en dwang

Samenwerken aan goede zorg voor thuiswonende mensen met dementie



‘Wat doe je op het moment dat het bij de patiënt met dementie thuis complex wordt?’

Inleiding

Per 1 januari 2020 is de Wet BOPZ vervangen door de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte GGZ. De Wzd behandelt de gedwongen opnames en gedwongen zorg voor mensen met dementie (of met een verstandelijke beperking). De Wzd geldt overal, niet alleen intramuraal, maar dus óók in de thuissituatie. Daardoor beoogt deze nieuwe wet beter aan te sluiten bij de huidige tijd, waarin mensen met dementie langer thuis blijven wonen. Hiertoe zou soms gedwongen (onvrijwillige) zorg ingezet kunnen worden om risico's op ernstige nadelen te voorkomen, wanneer er geen vrijwillige alternatieven zijn. De Wzd regelt vooral ook de rechten van de patiënt in geval van onvrijwillige zorg of opname. In geval van onvrijwillige opname is nieuw dat de rol van de onafhankelijk beoordelaar verschoven is van psychiater naar een onafhankelijke specialist ouderengeneeskunde, die een medische verklaring verstrekt aan de aanvrager van gedwongen opname.

De essentie van de Wet zorg en dwang gaat over goede zorg voor kwetsbare ouderen met een psychogeriatrische aandoening. Hoe werk je in de wijk samen rondom deze kwetsbare doelgroep? Wat heb je met elkaar georganiseerd wanneer een situatie (plotseling) complex wordt? Hoe bescherm je de patiënt dan door zorgvuldig te handelen?

Door de ouderenzorg vanuit de huisartsenpraktijk goed te regelen, bijvoorbeeld door deelname aan *Beter Oud in Amsterdam*, ben je als huisarts al een heel eind op weg met het volgen van deze wet. Denk bijvoorbeeld aan inzet van proactieve zorg, goede registratie, multidisciplinaire samenwerking rondom meer complexe casuïstiek, o.a. met een specialist ouderengeneeskunde en casemanager dementie. Ook stedelijke ontwikkelingen zoals het herstel van de zorgketen dementie in alle stadsdelen en uitbreiding inzet van SO's in de eerste lijn, dragen bij aan de randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de Wzd.

Deze handreiking¹ is tot stand gekomen in overleg met de stuurgroep ouderen van de Amsterdamse Huisartsen alliantie (AHA), afvaardiging SO's van het stedelijk netwerk specialisten ouderengeneeskunde (SO's) in de eerste lijn (René Verfaille (Amsta), Martijn Kroon en Anna de Bruijn (Cordaan), SIGRA (Ineke Jonker) en Elaa (Sabina Mak). En met medewerking van Vilans (Irme de Bonth) op de inhoud van de handreiking. Het document is 26 maart vastgesteld en wordt beheerd door de Amsterdamse Huisartsen alliantie.

Als je vragen hebt over dit document of als je ergens tegenaan loopt, neem contact op met Sabina Mak (s.mak@elaa.nl)

¹ De handreiking is dit jaar nog in ontwikkeling, want een aantal zaken moeten nog worden afgestemd, bijvoorbeeld over aanwezigheid van de huisarts bij de RM-zitting, of aanwezigheid op afstand (bereikbaar via telefoon of beeldbellen). De vastgestelde informatie in deze huidige versie van de handreiking, wilde de Amsterdamse Huisartsen alliantie wél alvast delen omdat het belangrijk is dat huisartsen en POH-Ouderen hiervan op de hoogte zijn. Amsterdamse huisartsen worden via verschillende communicatiekanalen op de hoogte gebracht van updates van deze handreiking.

Samenvatting handreiking voor huisartsen en POH-Ouderen

De Wzd behandelt de gedwongen opnames en gedwongen zorg voor mensen met dementie. Bij mensen met dementie zou soms gedwongen (onvrijwillige) zorg ingezet kunnen worden om risico's op ernstige nadelen te voorkomen, wanneer er geen vrijwillige alternatieven zijn. In de handreiking wordt beschreven wat de betrokkenheid, en verantwoordelijkheid van de huisartsenvoorziening is bij de Wzd in de thuissituatie.

DEEL I: Multidisciplinaire samenwerking rondom thuiswonende mensen met dementie

Voorkomen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie

Om - waar mogelijk – een besluit tot onvrijwillige zorg in de thuissituatie te voorkomen of te kunnen verantwoorden, doorloopt de huisartsenvoorziening de volgende stappen:

1. Proactief kwetsbaarheid bij ouderen in beeld en in kaart brengen.
2. Bij complexe casuïstiek (zoals een patiënt met vermoeden van of diagnose dementie), vroegtijdig de ondersteuning en deskundigheid van een casemanager dementie en specialist ouderengeneeskunde inschakelen.

Wanneer de patiënt of vertegenwoordiger verzet zich tegen of stemt niet in met zorg, die nodig is om het bestaan van of dreigend ernstig nadeel (voortkomend uit pg-lijden) te voorkomen, is de volgende stap:

3. In een multidisciplinair team (bijv. de wijkverpleegkundige, SO of GZ-psycholoog, casemanager dementie, POH ouderen en huisarts) de problematiek van de patiënt bespreken en kijken naar mogelijke alternatieven voor onvrijwillige zorg voor deze patiënt.
4. Bij iedere stap van besluitvorming wordt de patiënt en/of de vertegenwoordiger betrokken.
5. Besluiten over alternatieven voor onvrijwillige zorg in de thuissituatie noteren in het dossier van de patiënt.

Besluit tot onvrijwillige zorg in de thuissituatie

De volgende zaken zijn belangrijk voor huisartsen om te weten bij (een mogelijk) besluit tot onvrijwillige zorg in de thuissituatie bij hun patiënt:

- Dat de huisarts (hoofdbehandelaar) altijd wordt betrokken bij de afweging of onvrijwillige zorg in de thuissituatie kan worden ingezet, bijvoorbeeld door de casemanager dementie of wijkverpleegkundige.
- Wanneer [het landelijke stappenplan Wzd \(Vilans\)](#) gevolgd moet worden.
- Dat de huisarts bij vragen over onvrijwillige zorg en/of opname in de thuissituatie, RM of andere Wzd vragen, contact op kan nemen met de vaste specialist ouderengeneeskunde.
- Besluiten over inzet van onvrijwillige zorg in de thuissituatie worden genoteerd in het dossier van de patiënt.

DEEL II: Besluit tot onvrijwillige opname op grond van een RM/IBS

Stedelijke procedures en telefoonnummers waarvan het belangrijk is om als huisarts en POH-Ouderen van op de hoogte te zijn, zie pagina's 8 t/m 10.

DEEL I: Multidisciplinaire samenwerking rondom thuiswonende mensen met dementie

Deze patiënten vallen onder de Wzd:

- Mensen van wie op grond van een Wlz-indicatie blijkt dat zij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking hebben
- óf bij wie een ter zake kundig arts een diagnose voor PG of VG heeft gesteld.
- Mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), Korsakov of Huntington die dezelfde gedragsproblemen en hetzelfde regieverlies ervaren als mensen met dementie.

De Wzd gaat uit van het principe 'Nee, tenzij'. Dat betekent dat de zorg voor mensen met dementie zoveel mogelijk moet plaatsvinden op vrijwillige basis, tenzij het niet anders kan.

'Onvrijwillige zorg' is 'zorg waarmee een patiënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt of waartegen de patiënt zich verzet'. De huisartsenvoorziening heeft een belangrijke rol in het voorkomen van onvrijwillige zorg.

Voorkomen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie

Om - waar mogelijk – een besluit tot onvrijwillige zorg in de thuissituatie te voorkomen of te kunnen verantwoorden², doorloopt de huisartsenvoorziening de volgende stappen:

1. Proactief kwetsbaarheid bij ouderen in beeld en in kaart brengen.

Onder andere door het doorlopen van HIS en proactieve huisbezoeken door een POH-Ouderen. Hierdoor beter zichtbaar welke oudere patiënten kwetsbaar zijn en bij wie eventueel extra diagnostiek nodig is.

2. Bij complexe casuïstiek (zoals een patiënt met vermoeden van diagnose dementie), vroegtijdig de ondersteuning en deskundigheid van een casemanager dementie en specialist ouderengeneeskunde inschakelen.

De casemanager dementie zo snel mogelijk na de diagnose dementie en de SO bij meer complexe situaties waar je er als huisarts niet uitkomt. De SO kan ondersteunend zijn in vraagstukken rondom de Wzd, o.a. alternatieven voor onvrijwillige zorg, vragen over psychofarmaca bij mensen met cognitieve stoornissen, vragen over opname in een woon/zorginstelling.



Er zit overlap in de rol en verantwoordelijkheid van de huisarts, POH-Ouderen, SO, casemanager dementie en VS. Op dit moment werken we op stedelijk niveau in verschillende programma's aan een uitwerking van deze rollen. Deze uitwerking volgt later dit jaar in de herziening van deze handreiking. Voor nu: Bespreek tijdens een multidisciplinair overleg hoe ieders zijn of haar rol ziet, en wat je van een ander nodig hebt en wanneer je elkaar inschakelt. Maak hier werkafspraken over.

² Een rechter kijkt naar het ontbreken van alternatieven, die men in had kunnen zetten om opname te voorkomen. Een onvrijwillige opname wordt gerechtvaardigd door het niet anders kunnen voorkomen van (dreigende) aanzienlijke risico's op ernstige nadelen.

Wanneer de patiënt of vertegenwoordiger verzet zich tegen of stemt niet in met zorg, die nodig is om het bestaan van of dreigend ernstig nadeel (voortkomend uit pg-lijden) te voorkomen, is de volgende stap:

3. In een multidisciplinair team (bijv. de wijkverpleegkundige, SO of GZ-psycholoog, casemanager dementie, POH ouderen en huisarts) de problematiek van de patiënt bespreken en kijken naar mogelijke alternatieven voor onvrijwillige zorg voor deze patiënt.

Dit zijn de vragen die in dit multidisciplinair overleg aan de orde moeten komen:

- *Hoe groot is het risico op ernstig nadeel voor deze cliënt?*
- *Wat zijn de oorzaken van het gedrag? Uitsluiten dat verward gedrag delirant is en bijvoorbeeld wordt veroorzaakt door een urineweginfectie, medicatie en dergelijke.*
- *Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?*
- *Zijn er alternatieven die voor deze patiënt vallen onder vrijwillige zorg?*
- *Is de thuissituatie geschikt voor toepassing van de alternatieven?*



De huisarts moet in ieder geval onderdeel van het multidisciplinair team uitmaken bij de eerste 3 vormen van onvrijwillige zorg (indien de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is): 1) medische handelingen en therapeutische maatregelen; 2) beperken van de bewegingsvrijheid; 3) Insluiten.

Maar wenselijk is dat je alle onvrijwillige zorg samen afstemt, dus ook toedienen van voeding, vocht of medicatie, uitoefenen van toezicht op betrokkene; onderzoek aan kleding of lichaam; onderzoek van de woon- of verblijfsruimte of controleren op aanwezigheid gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen; beperkingen in de vrijheid van de patiënt om zijn eigen leven in te richten; beperkingen van het recht op het ontvangen van bezoek.

De organisatie van de ouderenzorg door een huisartsenvoorziening is van invloed op de uitvoering van de wet. In huisartsenpraktijken waarbij de keten (nog) niet op orde is, is het belangrijk dat de huisarts en/of POH-Ouderen dit alsnog goed organiseert, door tijdig een casemanager dementie en/of SO in consult te vragen die expertise hebben over de Wzd en – waar mogelijk - alternatieven voor onvrijwillige zorg.

- 4. Bij iedere stap van besluitvorming wordt de patiënt en/of de vertegenwoordiger betrokken.**
- 5. Besluiten over alternatieven voor onvrijwillige zorg in de thuissituatie noteren in het dossier van de patiënt.**

Besluit tot onvrijwillige zorg in de thuissituatie

De volgende zaken zijn belangrijk voor huisartsen om te weten bij (een mogelijk) besluit tot onvrijwillige zorg in de thuissituatie bij hun patiënt:

- Dat de huisarts (hoofdbehandelaar) altijd wordt betrokken bij de afweging of onvrijwillige zorg in de thuissituatie kan worden ingezet, bijvoorbeeld door de casemanager dementie of wijkverpleegkundige.
- Wanneer [het landelijke stappenplan Wzd \(Vilans\)](#) gevolgd moet worden.
- Dat de huisarts bij vragen over onvrijwillige zorg en/of opname in de thuissituatie, RM of andere Wzd vragen, contact op kan nemen met de vaste specialist ouderengeneeskunde.
- Besluiten over inzet van onvrijwillige zorg in de thuissituatie worden genoteerd in het dossier van de patiënt.

Uitbreide uitleg van deze vier punten volgt hieronder:

- **Dat de huisarts (hoofdbehandelaar) altijd wordt betrokken bij de afweging of onvrijwillige zorg in de thuissituatie kan worden ingezet, bijvoorbeeld door de casemanager dementie of wijkverpleegkundige.**

Omdat huisartsen vaak al langere tijd betrokken zijn bij een patiënt, wordt een huisarts, via de thuiszorg of casemanager dementie, altijd bij dit besluit betrokken.

Voorbeelden van vragen die je als huisarts kunt verwachten:

- *De wijkverpleegkundige wil medicatie achter slot en grendel zetten vanwege verward gedrag en wil dit met je bespreken?*
- *Een wijkverpleegkundige moet Haldol toedienen en weet niet of het volgens de richtlijn is voorgeschreven en vraagt dit bij je na?*
- *Is de patiënt wilsbekwaam ter zake als het gaat om keuzes in behandeling en zorg?*
- *Kan er een diagnose dementie worden gesteld?*
- *We lopen tegen de grenzen van zorg in de thuissituatie aan, wat te doen?*

De huisarts wordt ook bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke³ zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiten. Denk hierbij aan het uitsluiten van onderliggende medische oorzaken op basis waarvan de onvrijwillige zorg wordt ingezet.

- **Wanneer [het landelijke stappenplan Wzd \(Vilans\)](#) gevolgd moet worden.**

Er zijn twee situaties waarin je het stappenplan Wzd volgt:

1. Bij onvrijwillige zorg, dus zorg waar iemand zich tegen verzet of waar een vertegenwoordiger niet mee instemt, die nodig is om het bestaan van of het ernstig risico op ernstig nadeel te voorkomen en waarvoor het niet gelukt is om een vrijwillig alternatief te vinden.
2. Als je je bij een ter zake wilsonbekwame cliënt overweegt om:
 - a) gedrag beïnvloedende medicatie toe te passen buiten de geldende richtlijnen, zoals de richtlijn probleemgedrag of NHG-standaard dementie;

³ [De zorgverantwoordelijke](#) vervult een belangrijke rol bij de uitvoering van de Wet zorg en dwang (Wzd). De zorgverantwoordelijke stelt zorgplannen op en is verantwoordelijk voor de toepassing van het stappenplan als onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen of als bepaalde vormen van zorg op vrijwillige basis in het zorgplan van wilsonbekwame cliënten worden opgenomen.

- b) de bewegingsvrijheid te beperken of;
- c) een vorm van insluiting toe te passen, óók als de patiënt of de eerste vertegenwoordiger instemt en zich hiertegen niet verzet (art. 2.2. Wzd).

Doel stappenplan Wzd (besluitvormingsprocedure): Het waarborgt een zorgvuldig onderzoek naar mogelijke alternatieven voor onvrijwillige zorg. Onvrijwillige zorg is alleen toegestaan, bij ernstig nadeel en als er geen alternatieven zijn.

In situaties dat de conclusie is dat onvrijwillige zorg toch noodzakelijk is, is het uitgangspunt om deze zorg zo snel als mogelijk weer af te bouwen.



Bij onvrijwillige zorg in de ambulante setting moet ook altijd worden meegewogen of het nog verantwoord is om de onvrijwillige zorg in de woonsituatie toe te passen.

- **Dat de huisarts bij vragen over onvrijwillige zorg en/of opname in de thuissituatie, RM of andere Wzd vragen, contact op kan nemen met de vaste specialist ouderengeneeskunde.**
De specialist ouderengeneeskunde is bekend met de wet en de uitvoering in de praktijk. Er loopt een stedelijk programma om de specialisten ouderengeneeskunde in de eerstelijns te koppelen aan de huisartsen wijkgroepen. Voor vragen hierover, neem contact op met Sabina Mak, s.mak@elaa.nl.
- **Besluiten over inzet van onvrijwillige zorg in de thuissituatie worden genoteerd in het dossier van de patiënt.**



Bij een onvrijwillige opname zal door de rechter niet zozeer de benodigde zorg en/of behandeling in een Wzd-accommodatie worden beoordeeld. De rechter kijkt vooral naar het ontbreken van alternatieven, die men in had kunnen zetten om opname te voorkomen. Een onvrijwillige opname wordt gerechtvaardigd door het niet anders kunnen voorkomen van (dreigende) aanzienlijke risico's op ernstige nadelen.

DEEL II: Besluit tot onvrijwillige opname op grond van een rechterlijke machtiging/inbewaringstelling

Besluit tot opname en verblijf

Als wordt geconstateerd dat een patiënt toch gebaat zou zijn bij een opname en verblijf in een Wzd accommodatie (gesloten verpleeghuisafdeling), maar daar zelf geen weloverwogen beslissing over kan maken, wordt de procedure voor een besluit tot opname en verblijf opgestart.

De procedure begint met het doen van een aanvraag bij het CIZ (artikel 21 Wzd). Als er vooraf getwijfeld wordt over verzet tegen opname kan eerst nog overlegd worden met het CIZ. Indien zeker verzet tegen opname verwacht wordt, kan besloten worden direct een rechterlijke machtiging (RM) aan te vragen.

Uitleg stedelijke procedure Rechterlijke machtiging (RM)

Uitleg

De RM is een besluit van de rechter waarmee een onvrijwillige opname kan worden bewerkstelligd of verlengd. De RM-procedure loopt eerst via het CIZ en vervolgens via de rechter: het CIZ fungeert als verzoeker bij de rechter. De rechter neemt het uiteindelijke besluit.

Aanvrager

De volgende personen kunnen een aanvraag voor een RM doen bij het CIZ:

- de echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van de betrokken persoon;
- de vertegenwoordiger;
- ouders, kinderen, grootouders, kleinkinderen, broers en zussen van de persoon; - ouders en kinderen van de partner van de persoon, partners van de kinderen van de persoon, grootouders, kleinkinderen en broers en zussen van de partner van de persoon;
- de zorgaanbieder die de cliënt (feitelijk) zorg verleent of;
- de Wzd-functionaris.

Procedure

Procedure aanvragen RM in Amsterdam:

1. De aanvrager neemt contact op met het Aanmeldportaal Tijdelijke Zorg Amsterdam (020 2628112, keuzemenu: optie 3) voor het verkrijgen van een medische verklaring t.b.v. de RM-aanvraag. De huisarts en/of casemanagers dementie worden genoemd als contactpersonen in de aanvraag.
2. De medische verklaring wordt door een onafhankelijke SO opgesteld. De onafhankelijk SO voert een huisbezoek uit, stelt een medische verklaring op^{4*} en stuurt de medische verklaring naar het aanmeldportaal én de behandelend (huis)arts en/of casemanager dementie.

⁴ De Wzd verplicht de onafhankelijk arts tot overleg met de (arts in dienst van de) zorgaanbieder of de huisarts alvorens hij de medische verklaring opstelt.

3. Het aanmeldportaal verzamelt de benodigde gegevens en zet de aanvraag voor een RM door bij het CIZ.
4. Het aanmeldportaal ontvangt de terugkoppeling van het CIZ, en zet deze door naar de aanvrager en casemanager en/of de huisarts (voor verdere vragen en/of datum RM-zitting).
5. Huisarts en casemanagers informeren elkaar over de terugkoppeling van het CIZ, zodat er geen essentiële informatie gemist wordt voorafgaand aan een RM-zitting

RM Zitting

Het CIZ verzoekt de rechter een RM te verlenen. De rechtbank maakt zeer kort van tevoren bekend (maximaal 24 uur) wanneer en waar een RM-zitting plaats vindt. Er dient altijd een medisch zorgverlener bij de zitting aanwezig te zijn die de situatie van de patiënt kent. Deze zitting vindt meestal bij de patiënt thuis plaats. Vragen die de rechter zal stellen zijn:

- Diagnose(s) van de patiënt.
- Reden voor de aangevraagde dwangopname.
- Zijn naar minder ingrijpende alternatieven bekeken en waarom zijn die afgewezen of zijn die onmogelijk.
- Is de patiënt en/of diens vertegenwoordiger voldoende betrokken bij de besluitvorming.



De rechter wil borgen, voor de rechtsbescherming van de patiënt, dat hij zo breed en zorgvuldig mogelijk informatie ontvangt en zich een beeld kan vormen van de situatie. Er dient daarom altijd een medisch zorgverlener bij de zitting aanwezig te zijn die de situatie van de patiënt kent. Dit kunnen zijn: de huisarts, of een betrokken casemanager dementie, wijkverpleegkundige of specialist ouderengeneeskunde.



Er wordt in Amsterdam ook naar alternatieven gekeken voor aanwezigheid bij de zitting, i.v.m. logistieke uitdaging. Bijvoorbeeld dat de huisarts en/of specialist ouderengeneeskunde tijdens de zitting via beeldbellen of telefonisch bereikbaar is voor vragen (*dit moet nog worden afgestemd met de Amsterdamse rechtbank, staat op de agenda*)

Uitleg stedelijke procedure inbewaringstelling (IBS)

Uitleg

De inbewaringstelling (IBS) is de spoedprocedure en kan alleen worden gestart als een RM niet kan worden afgewacht.

Aanvrager

In de Wzd is niet geregeld wie een IBS kan aanvragen. Iedereen kan het dus doen. In de praktijk zijn het vaak naasten, de huisarts of de zorgaanbieder van wie de betrokkene zorg ontvangt of waar de betrokkene verblijft, die een IBS aanvragen.

Procedure

Voor het opnemen van een cliënt met een IBS in een verpleeghuis zijn twee stappen nodig, het aanvragen van een IBS via de crisisdienst en het regelen van een WLZ-crisisplek in een verpleeghuis. De huisarts of zorgaanbieder dient daarvoor de volgende twee stappen te nemen:

- Voor het aanvragen van een IBS belt de huisarts of zorgaanbieder de Crisisdienst Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, telefoonnummer: 020 – 523 54 33.
- Voor het regelen van een WLZ-crisisplek belt de huisarts of zorgaanbieder het aanmeldportaal (020 – 262 81 12, keuzemenu: optie 1) en geeft aan dat er een beoordeling IBS wordt (of al is) aangevraagd en dat er daarvoor een Wlz-crisisplek nodig is. Meer informatie over het aanvragen van een Wlz-crisisplek via het aanmeldportaal is te vinden op [de website van SIGRA](#).



Om in een crisissituatie het juiste bed op het juiste moment te bieden aan patiënten, is het belangrijk dat er afstemming plaatsvindt over afgifte IBS en plaatsing. Bij de IBS-procedure is het daarbij zowel mogelijk om eerst de crisisdienst te bellen voor de IBS-aanvraag en daarna het aanmeldportaal, als andersom.



Indien huisarts inschat dat er géén sprake is van dementie maar GGZ-problematiek voorliggend is, is het niet nodig om meteen een plaatsing binnen VVT via het aanmeldportaal aan te vragen. De kans is dan groot dat het om een plaatsing binnen de GGZ zal gaan. Er zijn verder geen wijzigingen ten opzichte van bestaande richtlijnen voor huisartsen voor plaatsing via het aanmeldportaal.