



Ambulante gedwongen zorg (Wvggz en Wzd):

Bewustzijn groeit, juiste toepassing blijft achter

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet erop toe dat zorgaanbieders terughoudend en zorgvuldig omgaan met gedwongen zorg. Dit is zowel verplichte zorg op basis van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) als onvrijwillige zorg op basis van de Wet zorg en dwang (Wzd).

In deze publicatie deelt de inspectie de resultaten van haar toezicht op verplichte en onvrijwillige zorg in de ambulante setting. Hierbij keek de inspectie naar de implementatie van de Wvggz en de Wzd en de uitvoering van de zorg. De inspectie bezocht en interviewde zorgaanbieders en sprak met brancheorganisaties. Dit was in het najaar van 2022. Meer informatie hierover staat op de laatste pagina van deze publicatie.

U leest eerst wat ambulante gedwongen zorg is, omdat de inspectie merkt dat hier onduidelijkheid over is. Daarna leest u wat de inspectie opvalt in de uitvoering van beide wetten. Ook leest u specifieke bevindingen over de stand van zaken rondom de Wvggz en de Wzd.

Tot slot geeft de inspectie op basis van die bevindingen aanbevelingen voor een betere uitvoering van ambulante gedwongen zorg.

In deze publicatie noemen wij iedereen die verplichte of onvrijwillige zorg krijgt en valt onder de reikwijdte van de Wvggz of Wzd, een cliënt. Hieronder vallen ook betrokkenen en patiënten; dit zijn termen uit de (Wv)ggz. Met 'naasten van de cliënt' bedoelen wij partners, familie en (wettelijk) vertegenwoordigers.

Met zorgaanbieders bedoelen wij Flexibele Assertive Community Treatment (FACT)-teams in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), locaties in de gehandicaptenzorg (gz), aanbieders van wijkverpleging en locaties in de ouderenzorg.

Wvggz-informatie is in deze publicatie **geel** gekleurd, en Wzd-informatie **paars**.

Wat is ambulante gedwongen zorg?

De Wvggz en Wzd bieden mogelijkheden om verplichte of onvrijwillige zorg buiten een accommodatie toe te passen. Dit noemen wij 'ambulante gedwongen zorg.'

Deze zorg kan worden toegepast bij mensen thuis. Maar het kan ook worden toegepast in woningen of locaties voor dagbesteding van zorgaanbieders. Meer informatie staat in de notitie van het Ministerie van VWS: [De betekenis van locatie en accommodatie binnen de Wvggz en de Wzd](#).

Onder de oude Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) was ambulante gedwongen zorg niet mogelijk. Het idee achter ambulante gedwongen zorg op basis van de Wvggz en Wzd, is dat mensen zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen. Soms kan het toepassen van één of meer vormen van verplichte of onvrijwillige zorg dit mogelijk maken.

Wel moet er terughoudend en zorgvuldig mee omgegaan worden. Want dwang in de zorg is ingrijpend voor een cliënt, omdat hij minder vrijheid heeft. Het gaat om kwetsbare mensen van alle leeftijden. In de psychiatrie, de verstandelijk gehandicaptenzorg en in de psychogeriatrische zorg.

Voorbeelden van ambulante verplichte zorg die de inspectie ziet zijn toedienen van medicatie op locaties van de zorgaanbieder, uitvoeren van medische controles en handelingen en doorzoeken van woon- of verblijfsruimtes op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen.

Voorbeelden van ambulante onvrijwillige zorg die de inspectie ziet zijn gebruik van medicijnkluisjes, verstoppen van medicatie, inzetten van psychofarmaca buiten de richtlijn, gebruik van bedekken en camera's, beperken van alcoholconsumptie en afsluiten van het gas en van deuren.

Aanvullende zorgvuldigheidseisen bij ambulante gedwongen zorg

Zorgaanbieders en zorgverleners die ambulante gedwongen zorg toepassen, moeten aan enkele aanvullende zorgvuldigheidseisen voldoen. De zorgaanbieder moet bijvoorbeeld zorgen dat de cliënt en diens naasten altijd ergens met hulpvragen terecht kunnen. De aanvullende zorgvuldigheidseisen gelden bovenop de regels die de Wvggz en Wzd al stellen aan verplichte en onvrijwillige zorg. Bijvoorbeeld dat dwang een uiterst redmiddel is en altijd proportioneel moet zijn.

Wvggz

De aanvullende voorwaarden staan in hoofdstuk twee van het [Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg](#). De zorgaanbieder moet bijvoorbeeld vooraf goed nadenken of en hoe de zorg veilig en verantwoord geleverd wordt.

Wzd

De aanvullende voorwaarden staan in hoofdstuk twee van het [Besluit zorg en dwang](#). De zorgaanbieder moet bijvoorbeeld in een beleidsplan beschrijven hoe de ambulante onvrijwillige zorg veilig en verantwoord geleverd wordt.

Wat valt op bij de uitvoering van ambulante gedwongen zorg?

In zowel de Wvggz als de Wzd staat dat ambulante verplichte of onvrijwillige zorg kwalitatief goede zorg kan zijn. De inspectie hoort echter dat er in de praktijk maar weinig zorgaanbieders zijn die aangeven dat zij ambulante gedwongen zorg bieden.

De inspectie ziet in de uitvoering van de Wvggz en Wzd een aantal belangrijke overeenkomsten. Zowel in wat goed gaat, als in wat beter kan.

Wat gaat goed?

Inzet gericht op voorkomen van ambulante gedwongen zorg

De inspectie ziet betrokken en deskundige zorgverleners die kwalitatief goede en veilige zorg verlenen. Hun inzet is gericht op het zoveel mogelijk voorkómen van ambulante verplichte of onvrijwillige zorg.

Bij de uitvoering van de Wvggz gebruiken zorgverleners hiervoor meerdere instrumenten. Zo hanteren zij bepaalde gespreks-technieken en methodieken. Zorgverleners maken goed gebruik van de mogelijkheden, zoals een (crisis)signaleringsplan, vroegsignalering en de [vijf-minutenmethode](#).

Bij de uitvoering van de Wzd zoeken zorgverleners naar alternatieven of minder ingrijpende vormen van ambulante onvrijwillige zorg. In de praktijk spreken zorgaanbieders hierbij over 'stap o' van het Wzd-stappenplan.

Betrokkenheid van cliënten is groot

Cliënten en hun vertegenwoordigers vertellen dat zorgverleners hen goed bij de zorg betrekken. Ook informeren zorgverleners hen over beslissingen rondom de toepassing van ambulante verplichte of onvrijwillige zorg. Deze beslissingen ziet de inspectie ook terug in de dossiers die zij tijdens de bezoeken bekeek.

Goed voorbeeld uit de Wvggz

Een paar dagen na het versturen van de aankondiging van (het voorbereiden van) de zorgmachtiging, bezoekt een zorgverlener de betreffende cliënt. De zorgverlener neemt de documenten die bij een aanvraag horen samen met de cliënt door. Zo nodig ondersteunt de zorgverlener de cliënt bij het opstellen van het plan van aanpak.

Zorgaanbieders zijn aangesloten bij een klachtencommissie

De zorgaanbieders die de inspectie bezocht en ambulante gedwongen zorg leveren zijn aangesloten bij een onafhankelijke klachtencommissie voor de Wvggz of de Wzd.

Leer- en verbeterpunten

Duiden van de begrippen verzet, ambulante verplichte en onvrijwillige zorg

De inspectie hoort van zowel brancheorganisaties als zorgaanbieders dat het voor zorgaanbieders en zorgverleners onduidelijk is wat nu wel of niet valt onder ambulante verplichte of onvrijwillige zorg. De mate van inzet van deze zorg is daardoor onvoldoende in beeld. Dit brengt het risico met zich mee dat verplichte of onvrijwillige zorg wordt toegepast bij cliënten, zónder dat dit zo beperkt mogelijk en zorgvuldig gebeurt. Ook het begrip verzet is voor zorgverleners onduidelijk.

Meer praktijkgerichte scholing over (voorkomen van) ambulante verplichte en onvrijwillige zorg nodig

Zorgverleners vertellen dat zij een basiscursus over de Wvggz of de Wzd gevolgd hebben. Maar zij vertellen ook dat zij scholing missen als het gaat om de uitvoering van de wetten. Ook missen zij ondersteuning in praktijksituaties.

Bij de Wvggz ziet de inspectie dat een enkele zorgaanbieder de scholing al toespitst op inhoudelijke casuïstiek. Meestal speelt de geneesheer-directeur of de psychiater daarin een belangrijke rol. In de scholing gaat het om de inhoudelijke verdieping rondom het toepassen van ambulante verplichte zorg.

Bij de Wzd ziet de inspectie dat zorgaanbieders geen structurele scholing over ambulante onvrijwillige zorg bieden. Zorgverleners hebben vooral behoefte aan scholing in omgaan met onbegrepen gedrag. Zij vertellen het ook moeilijk te vinden om een goed gesprek met de familie van cliënten te voeren. Vaak gaat het dan om situaties waarin een afweging gemaakt moet worden tussen vrijheid en veiligheid. Bijvoorbeeld het afsluiten van deuren en kasten en het beperken van de mogelijkheid dat een cliënt zelfstandig naar buiten gaat.

Brancheorganisaties geven aan dat (de beperking van) vrijheid geen thema is tijdens de opleiding van een zorgverlener. Veiligheid daarentegen wel.

De afweging tussen vrijheid, veiligheid en verzet is een belangrijk element bij ambulante gedwongen zorg. Dit levert in de praktijk dilemma's op.

Dilemma ambulante verplichte zorg

Het verstrekken van depot medicatie aan een cliënt thuis met een zorgmachtiging die zich niet actief verzet tijdens het toedienen daarvan, wordt door de meeste zorgverleners niet als ambulante verplichte zorg gezien. Toch spelen er vragen over wanneer er eigenlijk sprake is van verzet in deze situatie: wat als een cliënt geen depot medicatie wil, maar toch zelf meegaat om zijn depot te ontvangen? En wordt de consistentie van dit verzet tussentijds én regelmatig gecheckt?

Dilemma ambulante onvrijwillige zorg

Het douchen van een cliënt met dementie thuis die aan de zorgverlener vertelt dat hij dit niet wil maar zich niet actief verzet, wordt door de meeste zorgverleners niet als ambulante onvrijwillige zorg gezien. Daardoor wordt de toepassing ook niet geregistreerd als ambulante onvrijwillige zorg. Zorgverleners vragen zich af wanneer er eigenlijk sprake is van verzet, als een cliënt vertelt dit niet te willen, maar toch meegaat naar de badkamer om te douchen? En wordt regelmatig gecontroleerd of en hoe de cliënt zich verzet tegen het douchen?

Wat valt op bij de uitvoering van ambulante verplichte zorg (Wvggz)?

Wat gaat goed?

Veiligheid staat voorop

De toepassing van ambulante verplichte zorg mag niet ten koste gaan van de veiligheid van de cliënt of de zorgverlener. Veiligheid vormt de basis voor de afweging om wel of geen ambulante verplichte zorg in te zetten. Die zorgvuldigheid ziet de inspectie terug in de gesprekken met zorgverleners en in de dossiers die zij tijdens de bezoeken inkeek. Uitgangspunt van zorgverleners is dat de thuissituatie van de cliënt altijd een veilige plek moet blijven. Zorgverleners verstrekken geen medicatie onder dwang bij cliënten thuis.

Goede dossiervoering

De inspectie ziet overwegend dossiers waarin zorgplannen en andere vereiste documenten goed te vinden zijn. Bij een aantal organisaties ziet de inspectie dat zorgverleners goed gebruik maken van de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring.

Randvoorwaarden zijn op orde

Scholing van zorgverleners over ambulante verplichte zorg gaat voor het grootste deel over de inhoud van de Wvggz en is voldoende op niveau. Protocolen en richtlijnen die zorgverleners gebruiken spitsen zich toe op de Wvggz. En ze worden toegepast bij het uitvoeren van ambulante verplichte zorg. Beleidsplannen gericht op de Wvggz zijn aanwezig, voldoen aan de kwaliteitseisen die de wet stelt en zijn inhoudelijk gericht op het voorkomen en terugdringen van ambulante verplichte zorg. Zoals de wet dat stelt, hebben cliëntenraden inspraak bij het opstellen van het beleidsplan.

Goede voorbeelden

Voor de onderlinge uitwisseling van kennis neemt een ambulante team deel aan een commissie dwangpreventie. Deze commissie had voorheen vooral een klinische insteek. De coördinatoren hiervan blijven in contact met het FACT-team om te overleggen hoe dwangpreventie ambulante én in de overgang tussen FACT en kliniek (en omgekeerd) kan plaatsvinden.

Ambulante teams die te maken krijgen met verplichte zorg hebben een aandachtsfunctionaris Wvggz aangesteld. Deze heeft per kwartaal overleg met de geneesheer-directeur. De aandachtsfunctionarissen zijn goed geïnformeerd over de Wvggz. Daarnaast worden de aandachtsfunctionarissen bij de FACT-teams ondersteund door de aandachtsfunctionarissen van de klinische High Intensive Care (HIC) in het uitvoeren van hun rol.

Een team besteedt tijdens het maandelijkse multidisciplinaire [F-ACT-bordoverleg](#) aandacht aan alle cliënten met een wettelijke maatregel. Zij bespreken de stand van zaken per specifieke casus aan de hand van de principes van doelmatigheid, proportionaliteit, subsidiariteit en veiligheid. De geneesheer-directeuren van diverse zorgaanbieders verenigen zich om ervaringen op het gebied van ambulante verplichte zorg uit te wisselen en van elkaar te leren.

Leer- en verbeterpunten

Grijs gebied tussen assertieve en verplichte zorg

De inspectie ziet dat teams worstelen met de overgang van assertieve naar verplichte zorg. Wanneer is nog sprake van assertieve zorg zoals de cliënt overhalen, onderhandelen, actief contact zoeken of motiveren? En wanneer “voelt” het voor de cliënt alsof er geen keuze meer is, en is er feitelijk sprake van verplichte zorg? Zorgverleners hebben behoefte aan de juiste kennis over wanneer een cliënt zich verzet en op welk moment verplichte zorg noodzakelijk is om het risico op ernstig nadeel af te wenden. Dan moeten zorgverleners altijd de Wvggz procedure volgen. En moet de brief op basis van artikel 8:9 van de Wvggz aan de cliënt worden uitgereikt.

Onduidelijkheid over rechtspositie van de cliënt

Cliënten geven aan meer duidelijkheid te willen over hun rechtspositie binnen de Wvggz. Om die beter te kunnen garanderen, moeten instellingen het plan van aanpak en de zorgkaart een prominente plaats geven en juist gebruiken.

De rechtspositie van cliënten wordt bedreigd door de onduidelijkheid in de manier waarop toegepaste ambulante verplichte zorg binnen de instelling wordt geregistreerd. Verschillen in registratie kunnen leiden tot verschillen in de visie op en de uitvoering van ambulante verplichte zorg. De daaraan verbonden rechtsbescherming van de cliënt, wordt iemand dan mogelijk onthouden.

Onduidelijkheden bij registratie en administratie van verplichte zorg

Zorgverleners hebben behoefte aan duidelijkheid en eenduidigheid over welke vorm van ambulante verplichte zorg nu precies wanneer geregistreerd moeten worden. En op welke manier dit moet gebeuren. De inspectie ziet dat er, door de onduidelijkheid, soms minimaal of verschillend wordt geregistreerd.

Het merendeel van de zorgaanbieders registreert verplichte medicatie op de klinische setting waar deze wordt toegediend op het moment van verstrekken. Maar het komt ook voor dat een ambulant team verplichte medicatie registreert als een duurregistratie.

Tijdens het aanvragen van een zorgmachtiging zijn er veel formulieren en documenten die ingevuld moeten worden. Het zou de aanvraag vereenvoudigen als sommige daarvan kunnen worden samengevoegd. Dat maakt het traject van de aanvraag minder belastend voor zowel de cliënt als de zorgverlener.

Er is een grote behoefte aan meer begrijpelijke documenten voor de cliënten. Deze zijn nu vaak veel te ingewikkeld. Deze wens is duidelijk uitgesproken door het veld.

Plan van aanpak, zorgkaart en zorgplan niet altijd goed ingezet

Voor de cliënt is het vaak ingewikkeld om een eigen plan van aanpak op te stellen. Dit komt meestal door het moment in het proces van de aanvraag van de zorgmachtiging waarop het plan opgesteld kan worden. Daardoor heeft het plan niet altijd de kwaliteit die het zou kunnen of moeten hebben. Als het plan van aanpak eerder in het proces van de aanvraag van de zorgmachtiging wordt opgesteld, kan dat de cliënt én de kwaliteit van het plan helpen.

Het gebruik van de zorgkaart wisselt per zorgaanbieder. Deze moet volgens de Wvggz samen met de cliënt worden opgesteld.

Daarnaast verdient het periodiek en gestructureerd evalueren van het zorgplan meer aandacht bij een klein aantal zorgaanbieders.

Inzet van patiëntenvertrouwenspersoon lastig

De inspectie ziet dat instellingen de toegang tot de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) laagdrempelig faciliteren, door folders te verspreiden en posters op te hangen. In de praktijk blijkt het voor de pvp lastig om cliënten te bereiken als er sprake is van ambulante verplichte zorg.

Bij de aanvraag van de zorgmachtiging wordt aan cliënten een formulier gegeven. Daarmee kan de cliënt toestemming geven om zijn of haar contactgegevens te delen met de pvp. Dit formulier komt in de praktijk niet altijd bij de pvp terecht. Daarnaast is het voor cliënten niet altijd helder waarvoor ze de pvp kunnen benaderen in het proces van de zorgmachtiging.

De inspectie ziet dat cliënten het moeilijk vinden om het plan van aanpak op te stellen. De pvp zou hierbij kunnen ondersteunen. Op dit moment heeft de pvp binnen de Wvggz alleen een ondersteunende rol bij het opstellen van het zorgplan, de zorgkaart en de zelfbindingsverklaring en (nog) niet bij het plan van aanpak.

Zoektocht naar andere taakverdeling in relatie tot personeelskrapte

Er is landelijk gezien een tekort aan psychiaters. Tijdens de bezoeken werd de vraag gesteld of het mogelijk is om te onderzoeken in hoeverre de verpleegkundig specialist bepaalde (nader te bepalen) handelingen in het kader van verplichte zorg over kan nemen van de psychiater. Op basis van artikel 2 van de [Regeling verplichte geestelijke gezondheidzorg](#) kan de verpleegkundig specialist zorgverantwoordelijke zijn.

Wat valt op bij de uitvoering van ambulante onvrijwillige zorg (Wzd)?

Wat gaat goed?

Bewustzijn over onvrijwillige zorg is gegroeid

Zorgverleners vertellen dat zij zich bewuster zijn geworden van het toepassen van ambulante onvrijwillige zorg. Dit komt omdat zij meer met elkaar, met de cliënt en hun vertegenwoordigers praten. Onder meer over de reden, het nut en de noodzaak van het toepassen van ambulante onvrijwillige zorg. Ook spreken ze vaker met elkaar over drang of dwang in de zorg. Bijvoorbeeld als het gaat om douchen, beperkingen in het gebruik van sigaretten of drank, telefoon of internet. De inspectie merkt dat zorgverleners zich hierbij vooral afvragen: 'Ken ik de cliënt voldoende?'

Goede voorbeelden

Een zorgverlener vertelt dat de koekjestrommel bij een cliënt met diabetes werd weggezet, zonder dat de zorgverlener dit met de cliënt zelf overlegde. De zorgverlener vertelt ook over het verzoek van een familielid om een aansteker af te pakken bij een cliënt wegens brandgevaar. In deze situaties hebben de zorgverleners multidisciplinair de risico's voor de cliënt en de omgeving afgewogen. Daarna besloten zij om de aansteker en de koekjestrommel weer terug te plaatsen.

Een zorgverlener vertelt dat een cliënt iedere maaltijd die zij ontving van een bezorgservice, weggooidde uit de koelkast. De zorgverlener stelde voor om de koelkast van deze cliënt daarom op slot te doen. Door met collega's in gesprek te gaan en op zoek te gaan naar de oorzaken van het gedrag, ontdekten zij dat de cliënt last had van smetvrees. Het plaatsen van een campingkoelkast had wel het gewenste effect. De cliënt zag deze campingkoelkast niet aan voor een koelkast, waardoor ze de maaltijden niet meer weggooidde. Hierdoor hoefde de koelkast niet op slot.

Casemanager dementie zorgt voor verbinding en samenwerking

Cliënten met dementie blijven steeds vaker langer thuis wonen. Dilemma's over vrijheid, veiligheid in de thuissituatie en de mogelijke inzet van ambulante onvrijwillige zorg zijn dan terugkerende gespreksonderwerpen. Het valt op dat de inzet van een casemanager dementie (ook wel trajectbegeleider genoemd) zorgt voor meer verbinding en regionale samenwerking met andere zorgaanbieders en professionals.

Goede voorbeelden

Een zorgaanbieder vertelt dat de casemanager dementie voor hen een 'belangrijke spin in het web' is als het gaat om het voorkomen en toepassen van ambulante onvrijwillige zorg. Zo vertellen zorgverleners dat zij vaak sparren met de casemanager dementie over drang, dwang en onvrijwillige zorg. De kennis en werkervaring van de casemanager dementie helpt hen.

Een zorgaanbieder vertelt over een huisarts die in eerste instantie aangaf dat hij voor zichzelf geen rol zag in het uitvoeren van de Wzd. Toen de inzet van psychofarmaca aan de orde kwam bij een ter zake wilsonbekwame cliënt, vroeg de wijkverpleegkundige van de cliënt de huisarts om een gesprek hierover. Vraag aan de huisarts was om de wilsonbekwaamheid ter zake vast te leggen. De wijkverpleegkundige kon de huisarts uitleggen wat zij nodig had om goede zorg te kunnen verlenen. Na het gesprek werd een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd met de familie van de cliënt, de casemanager dementie, de huisarts en de wijkverpleegkundige. Samen besloten zij om eerst alternatieven uit te proberen, voordat psychofarmaca zou worden ingezet bij de cliënt.

In meerdere regio's hebben gezamenlijke partijen een expertisecentrum opgericht waar zorgverleners en behandelaars advies kunnen inwinnen bij specialisten ouderengeneeskunde (SO) en GZ-psychologen voor vraagstukken rondom vrijheid en veiligheid.

Wzd-functionaris ziet toe op uitvoering

Daar waar sprake is van onvrijwillige ambulante zorg, ziet de Wzd-functionaris toe op de inzet en uitvoering ervan. De Wzd-functionaris ziet ook toe op de mogelijke afbouw van onvrijwillige ambulante zorg. De Wzd-functionaris bekijkt of zorgverleners de minst ingrijpende maatregel inzetten en voert steekproeven uit in de dossiers. De Wzd-functionaris is ook betrokken bij het opstellen van het Wzd beleidsplan en voert periodiek overleg met het management of bestuur van de zorgaanbieder. Wel geven Wzd-functionarissen regelmatig aan dat zij te weinig tijd hebben voor de uitvoering van hun taken.

Leer- en verbeterpunten

Visie en beleid op ambulante onvrijwillige zorg niet altijd aanwezig

De inspectie treft bij enkele zorgaanbieders geen visie aan op ambulante onvrijwillige zorg. Deze zorgaanbieders vertellen dat zij geen ambulante onvrijwillige zorg toepassen. Het valt op dat de zorgaanbieders ambulante onvrijwillige zorg willen vermijden. Deze zorgaanbieders zijn huiverig om onvrijwillige zorg toe te passen omdat zij dan aan de eisen moeten voldoen. Zij vinden dat het volgen van het Wzd-stappenplan te veel administratieve lasten met zich meebrengt.

Veel zorgaanbieders beschikken niet over een Wzd-beleidsplan. Als er wel een beleidsplan aanwezig is, ziet de inspectie dat de extra zorgvuldigheidseisen daarin niet altijd zijn beschreven. Cliëntenraden vertellen tijdens de bezoeken dat zij wisselend betrokken zijn bij het opstellen van het Wzd-beleidsplan.

De inspectie hoort van zowel zorgaanbieders als brancheorganisaties dat veel zorgaanbieders nog geen visie en beleid hebben geformuleerd op de inzet van domotica. Dat is wel wenselijk omdat mensen dan eventueel langer in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen blijven

wonen. De inzet van domotica door zorgaanbieders is afhankelijk van financiën, beleid en samenwerking met andere partijen.

Onduidelijkheid in verantwoordelijkheden van professionals

Zorgaanbieders geven aan dat zij de invulling van de diverse taken en verantwoordelijkheden onduidelijk en moeilijk vinden. Het gaat bij de uitvoering van ambulante onvrijwillige zorg om meerdere functionarissen en partijen. Zorgaanbieders zetten bij ambulante onvrijwillige zorg bij voorkeur een SO, een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) of een GZ-psycholoog in. Zorgaanbieders en brancheorganisaties ervaren dat huisartsen geen rol voor zichzelf zien bij de uitvoering van de Wzd. Wel willen zij meewerken aan goede zorg voor cliënten.

Dilemma

Een zorgverlener vertelt dat kinderen met een verstandelijke beperking die bij haar op de dagbesteding komen, in een rolstoel zitten. Zij zitten vast met een rolstoelriempje, maar vertonen geen verzet. Nu moet de dagbesteding het Wzd-stappenplan doorlopen, terwijl dit ook al is gedaan door de zorgaanbieder waar deze kinderen wonen. Dit is dubbel werk. Wie is nu waarvoor verantwoordelijk?

De inspectie ziet dat veel zorgaanbieders de taken, rollen en verantwoordelijkheden van de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke niet hebben beschreven.

Zorgaanbieders uiten hun zorgen over de krapte op de arbeidsmarkt en de tekorten aan professionals. Een voorbeeld hiervan is de invulling van de Wzd-functionaris. Enkele organisaties hebben moeite om de functie van Wzd-functionaris in te vullen.

Multidisciplinaire samenwerking is een uitdaging

De inspectie hoort van zorgaanbieders en brancheorganisaties dat de Wzd ervan uitgaat dat multidisciplinair overleg al is georganiseerd. Dit ontbreekt echter vaak in de sectoren die ambulante onvrijwillige zorg toepassen en bij kleinere zorgaanbieders. Multidisciplinaire samenwerking, afstemming, het opbouwen en deelnemen aan een netwerk vragen hier extra inspanning van zorgaanbieders.

Onbekendheid met cliëntenvertrouwenspersoon en Wzd-klachtenregeling

Cliënten en hun vertegenwoordigers zijn onvoldoende bekend met de cliëntenvertrouwenspersoon (cvp) en met de Wzd-klachtenregeling. De inspectie ziet regelmatig dat zorgaanbieders cliënten en hun vertegenwoordigers niet actief informeren over de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de cvp. Ook het bestaan van de Wzd-klachtenregeling komt veelal niet aan de orde. Het is nodig dat de bekendheid en toegankelijkheid van de cvp worden verbeterd. Daarbij zorgt de huidige manier van financieren ervoor dat de cvp minder beschikbaar is voor cliënten thuis en in Wzd-locaties, geven cvp's aan.

Niet altijd voldoende eigen regie voor cliënten

De inspectie ziet en hoort dat niet alle cliënten voldoende eigen regie kunnen voeren. Bijvoorbeeld bij het ondertekenen van zorgafspraken. De vertegenwoordiger heeft dan namens de cliënt de regie. Zorgverleners vertellen dat deze cliënten wilsonbekwaam ter zake zijn. Daarentegen ziet de inspectie in de dossiers die zij tijdens de bezoeken inkeek dat de wilsonbekwaamheid ter zake vaak niet is vastgelegd.

Dossiervoering onvolledig

Zorgverleners vertellen dat zij eerst alternatieven, minder ingrijpende maatregelen en 'maatwerk' toepassen voordat zij onvrijwillige zorg inzetten. De inspectie ziet dit de ene keer wel en de andere keer niet terug in de dossiers. Ook zijn de individuele afwegingen voor de inzet van onvrijwillige zorg vaak niet navolgbaar.

De inspectie ziet daarnaast dat in dossiers vaak het Wzd-stappenplan ontbreekt bij wilsonbekwame cliënten ter zake zonder verzet.

Bijvoorbeeld als ingrijpende vormen van zorg met toestemming van de vertegenwoordiger worden ingezet bij wilsonbekwaam ter zake cliënten die geen verzet tonen (artikel 2 lid 2 van de Wzd).

Aanbevelingen voor betere uitvoering van ambulante gedwongen zorg

Op basis van de bevindingen doet de inspectie aanbevelingen voor een betere uitvoering van de Wvvggz en de Wzd in ambulante setting. De inspectie beschrijft eerst de aanbevelingen die voor beide wetten hetzelfde zijn. Vervolgens leest u de specifieke aanbevelingen voor de Wvvggz en Wzd.

Aanbevelingen voor zorgaanbieders

- Blijf de deskundigheid van zorgverleners op alle niveaus bevorderen als het gaat om de inzet en uitvoering van ambulante verplichte of onvrijwillige zorg. Geschoolde zorgverleners herkennen onbegrepen gedrag en verzet beter. Zij zoeken naar oorzaken van dit gedrag. En zetten alternatieven of passende maatregelen alleen in na overleg met de betrokken overige professionals.
- Zorgaanbieders die zijn aangesloten bij een (lerend) netwerk, kunnen kleinere zorgaanbieders ondersteunen die te maken krijgen met cliënten die onder de Wzd én de Wvvggz vallen.

Aanbevelingen voor andere stakeholders

- Brancheorganisaties kunnen de begrippen uit de Wvvggz en Wzd helpen verhelderen richting de zorgaanbieders.
- Brancheorganisaties kunnen zorgaanbieders helpen kennis te delen om meer van elkaar te leren over (voorkomen van) ambulante gedwongen zorg.
- Brancheorganisaties kunnen een handreiking opstellen over wat van zorgaanbieders wordt verwacht als het gaat om beleid, creëren van randvoorwaarden en betrokkenheid van de cliëntenraad.

Aanbevelingen voor een betere uitvoering van de Wvggz

Aanbeveling voor alle stakeholders

- Verduidelijk de definities van verzet en verplichte zorg voor zorgverleners, om daarmee het grijze gebied tussen assertieve en verplichte zorg kleiner te maken. Bied handvatten, kaders en kennis over wanneer toegepaste zorg verplicht is, of nog valt onder vrijwillige zorg.

Aanbevelingen voor zorgaanbieders

- Zorg ervoor dat het voor zorgverleners duidelijker wordt wanneer welke vorm van toegepaste verplichte zorg geregistreerd moet worden en op welke wijze.
- Breng de inhoud van het beleidsplan verplichte zorg onder de aandacht bij zorgverleners die verplichte zorg toepassen.
- Draag de rol en het belang van de pvp actiever uit bij cliënten en hun naasten in de zorg voor cliënten die ambulante verplichte zorg krijgen.

Aanbeveling voor ministerie van VWS

- Verminder administratieve lasten voor de zorgverleners en versimpel de procedures en brieven voor cliënten.

Aanbevelingen voor een betere uitvoering van de Wzd

Aanbevelingen voor zorgaanbieders

- Besteed meer aandacht aan het vastleggen van individuele afwegingen over het toepassen van onvrijwillige zorg. Zo is het heel belangrijk dat zorgverleners in staat zijn om zaken omtrent wilsonbekwaamheid van een cliënt vast te leggen.
- Geef zorgverleners extra ondersteuning in het voeren van goede gesprekken met familie en/of mantelzorgers.
- Maak gebruik van multidisciplinaire samenwerking en/of aansluiting bij een (lerend) netwerk, om een juiste inzet en uitvoering van ambulante onvrijwillige zorg te bevorderen. Denk aan de inzet van een casemanager dementie als spin in het web. Kleinere zorgaanbieders kunnen aanhaken bij bestaande netwerken. Dit biedt betere kansen voor een multidisciplinaire samenwerking. Ook kunnen crisissituaties hierdoor mogelijk meer worden voorkomen.
- Draag bij ambulante onvrijwillige zorg de rol en het belang van de cvp actiever uit bij cliënten en hun naasten.
- Betrek huisartsen meer bij complexe casuïstiek omtrent vrijheid en veiligheid in het kader van 'goede, passende zorg'.

Aanbevelingen voor andere stakeholders

- De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) kan meer betrokken zijn bij het gesprek over vrijheid en veiligheid voor cliënten met dementie en/of een verstandelijke beperking. De LHV kan hierin meer verantwoordelijkheid nemen.

- Zorg- en welzijnsopleidingen kunnen (meer) scholing aanbieden over het thema vrijheid in relatie tot het beperken van het risico op ernstig nadeel bij bepaald gedrag.

Aanbeveling voor ministerie van VWS

- Verminder de administratieve lasten voor de zorgverleners bij de uitvoering van de Wzd.

Wat doet de IGJ?

Vanaf de introductie van de Wvggz en Wzd hield de inspectie signalerend, stimulerend en agenderend toezicht op beide wetten. Dit blijft de inspectie doen, op basis van de geldende wetten. Ook nu er op basis van de wetsvaluatie aanbevelingen zijn gegeven die leiden tot aanpassingen in beide wetten. De inspectie verwacht dat, zolang wettelijke bepalingen niet zijn aangepast en van kracht zijn geworden, zorgaanbieders handelen conform de geest en bedoeling van beide wetten.

De inspectie blijft toezichtbezoeken brengen aan aanbieders van (ambulante) verplichte en onvrijwillige zorg, om een goede uitvoering van de Wvggz en Wzd te bevorderen. Daarnaast treedt de inspectie op bij meldingen en signalen over tekortschietende (ambulante) verplichte of onvrijwillige zorg.

De inspectie blijft in gesprek met partijen in de zorg, zoals brancheorganisaties en het ministerie van VWS om geconstateerde problemen in de uitvoering te agenderen.

De inspectie levert op basis van haar ervaringen in het toezicht op de Wvggz en Wzd een bijdrage aan de voorstellen tot wetswijzigingen van beide wetten.

Waarop is deze publicatie gebaseerd?

Dit toezicht is uitgevoerd bij een beperkte groep. Die groep is niet representatief voor het hele zorgveld en het gaat bovendien om het eerste toezicht op de ambulante setting van gedwongen zorg. Tegelijkertijd zijn de bevindingen voldoende consistent om een eerste beeld te geven van de implementatie en uitvoering van ambulante gedwongen zorg.

Interviews

De inspectie interviewde brancheorganisaties over ambulante verplichte en onvrijwillige zorg. Aanvullend interviewde de inspectie zes aanbieders van ouderenzorg.

Bezoeken

De IGJ bracht 29 bezoeken aan zorgaanbieders. De meesten van hen stonden met een locatie in het openbaar locatieregister Wvggz/Wzd:

- 9 FACT-teams bij aanbieders van geestelijke gezondheidszorg die vallen onder de Wvggz. Een FACT-team levert multidisciplinaire ambulante zorg en bezoekt cliënten thuis, bij maatschappelijke opvang of in beschermde woonvormen.
- 9 aanbieders van ouderenzorg die vallen onder de Wzd. Hieronder waren 6 aanbieders van wijkverpleging. Een aantal van hen stond niet geregistreerd in het locatieregister.
- 2 Praktijktuinen ambulante Wzd
- 9 aanbieders van gehandicaptenzorg die vallen onder de Wzd.

De inspectie gebruikte tijdens de bezoeken het [Toetsingskader Verplichte zorg](#) en het [Toetsingskader Onvrijwillige zorg](#).

Tijdens de bezoeken sprak de inspectie met:

- Cliënten die al dan niet verplichte of onvrijwillige zorg ontvangen en/of hun vertegenwoordigers. Dit waren cliënten in hun thuissituatie of wonend in een Wzd-locatie;
- Het management of bestuur van de zorgaanbieder;
- Zorgprofessionals, waaronder de geneesheer- directeur of Wzd-functionaris, zorgverantwoordelijken en zorgverleners op de werkvloer;
- Vertegenwoordigers van de cliënten- of verwantenraad;
- De patiëntvertrouwenspersoon en de Wzd-clieëntenvertrouwenspersoon.

Ook lazen inspecteurs documenten zoals zorgplannen van cliënten en het Wvggz/Wzd-beleidsplan van de zorgaanbieder.

Zorgaanbieders ontvingen op basis van het bezoek een rapport.

Deze rapporten staan op de toezichtdocumentensite van de inspectie: <https://toezichtdocumenten.igi.nl/>