

1) Functies in de WZD en vormgeving van het stappenplan

- a. Wie is gekozen tot zorgverantwoordelijke in jouw organisatie (+ motivatie)
- b. Wie is gekozen tot WZD functionaris (SOG/ GZ-psycholoog?)
- c. Hoe geven jullie vorm aan het deelnemen van een niet bij de zorg betrokken deskundige aan het deskundigen overleg? Is dit bijv. op aanvraag of richten jullie hier een structuur voor in?
- d. Op welke wijze geven jullie ruimte aan vertegenwoordiger om deel te nemen aan het (uitgebreid) deskundigen overleg?
- e. Wie is aangetrokken / benaderd als extern deskundige?
 - i. Hoe is financiering geregeld?
 - ii. Hoe is gegevens uitwisseling geregeld?
 - iii. Op welke wijze gaat hij advies geven? Op afstand? Deelname overleggen?

2) Locatie / Accommodatie / ambulant

In het locatie register kan je een locatie als 'accommodatie' of als 'locatie' laten registreren. Ook kan je ervoor kiezen een locatie niet te registreren in het register.

Gevolgen van registratie als accommodatie:

- Er mag onvrijwillige zorg geleverd worden én onvrijwillig opgenomen worden.
- Het stappenplan hoeft *niet* volgens de ambulante regels uitgevoerd te worden.
- Een geneeskundige verklaring voor een RM of iBS mag niet meer door een arts van eigen organisatie afgegeven worden als de clt in accommodatie verblijft.

Gevolgen van registratie als locatie:

- Er mag alleen onvrijwillige zorg geleverd worden, onvrijwillige opname mag niet
- Het stappenplan moet volgens de (extra) ambulante regels uitgevoerd worden
- Een geneeskundige verklaring voor een RM of iBS mag afgegeven worden door een bij de organisatie betrokken arts.

Gevolgen als een locatie niet als accommodatie en niet als locatie wordt geregistreerd:

- Alleen zorg verlenen binnen de ruimte van de WGBO
- Onvrijwillige zorg aan clt met dementie is niet mogelijk
- Onvrijwillige opname is niet mogelijk.

Vraag 1): Welke keuzen hebben jullie gemaakt voor puur somatische locaties of verzorgingstehuizen? Als je hier onvrijwillige zorg wil toepassen, hoe regel je dat?

Vraag 2) Welke consequenties zien jullie voor revalidatie afdelingen, waar ook regelmatig fors verwarde clt verblijven, maar soms (bijv. vlak na CVA) nog geen diagnose hebben?

Vraag 3): Welke organisatie gaan onvrijwillige zorg thuis aanbieden? Hoe vullen zij daar het stappenplan in?

3) GGZ/WvGGZ

Binnen onze verpleeghuizen en verzorgingshuizen, op de pg, maar ook op de somatiek, verblijven regelmatig bewoners met een psychiatrische diagnose. Wanneer er daarnaast geen evidente cognitieve stoornis is, valt deze cliënt onder de wet Verplichte GGZ als onvrijwillige zorg (verplichte zorg) nodig is. Let wel, dit gaat ook om zaken als het doorzoeken van de kamer of het 'aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten'.

In Den Haag heeft Parnassia aangegeven de WvGGZ niet ambuland (dus bij ons in de verpleeghuizen) uit te voeren.

- 1) Welke consequenties heeft dit voor jullie instelling?
- 2) Op welke schaal is er bij jullie sprake van onvrijwillige zorg bij cliënten met primaire GGZ problematiek?
- 3) Welke oplossingen/ruimte zien jullie om wanneer kaders nodig zijn (bijv. beperking in de vrijheid het eigen leven in te richten), hier toch uitvoering aan te geven?
- 4) Wanneer jullie de WvGGZ zelf uit willen voeren, hoe geef je dat vorm?

4) De gesloten afdelingsdeur / locatiedeur

In de regeling zorg en dwang is te lezen dat VWS stelt dat een gesloten afdelingsdeur of een gesloten locatiedeur onder de categorie 'beperking in de bewegingsvrijheid' valt. Ook bij geen verzet moet het stappenplan gevolgd worden als de clt. wilsonbekwaam is.

Vraag) Veel bewoners verblijven zonder enige bezwaren achter een gesloten deur. Toch zullen we voor een groot deel van de bewoners het stappenplan moeten uitvoeren omdat zij wilsonbekwaam zijn. Hoe willen jullie als organisatie hiermee omgaan?

5) Wilsbekwaamheid

Voor belangrijke beslissingen moet eerst de wilsbekwaamheid ter zake vastgesteld worden. Dit bepaalt onder andere wie je bij de beslissing betreft (clt of vertegenwoordiger) en in sommige situaties of je het stappenplan wel of niet moet volgen bij ontbrekend verzet.

De beoordeling van wilsbekwaamheid moet gedaan worden door 'een deskundige niet zijn de de bij de zorg betrokken arts'. In een recent gepubliceerd standpunt spreekt VWS de voorkeur uit voor een arts of GZ-psycholoog (die ook niet bij de behandeling betrokken is).

Vraag: hoe geven jullie binnen jullie organisatie vorm aan deze vereisten?