

Verenso regio avond WZD 2.0 op dinsdag 17 dec 2019.

Aanwezig: 17 SO's, in drie groepen uiteen om stellingen/knelpunten te bespreken.

Stellingen/ vragen: zie ander document.

1. A. Wie is zorgverantwoordelijke? EVVer met coaching arts, of de arts, of gezamenlijk met delegeren van taken door arts naar EVV. In Parnassia WvGGZ : arts is Zorgverantw. Juridisch herleidbaar naar 1 persoon, maar wel ook moet er een waarneemregeling zijn. Mag je het delegeren naar een pool ? Mogelijkheid is om de onvrijwillige zorg die start buiten kantooruren te registreren als onvoorziene zorg die maximaal 2 weken mag duren en dan omgezet in zorgplan door de eigen zorgverantwoordelijke.
B. Wie is WZD functionaris? Arts en GZ psycholoog, of alleen de arts die BOPZ arts al was, collega van andere afd voor de afd van de BOPZ arts of alle artsen WZD functionaris.
C. interne deskundige : liefst van een andere locatie. Gedragsteam: psych, arts, EVV, GVP. Hierbij ook kijken naar de soort problematiek, dus fysio voor een mobiliteitsprobleem. Of het praktisch haalbaar is, moet blijken.
D. Overleg met vertegenwoordiger: Bij het eerste overleg vaak telefonisch. Bij afwezen alternatieven kan er wel heel nieuw inzicht boven komen. In bespreking dan wel veel uitleggen. Er is niet veel ruimte. Periodiek de onvrijwillige zorg bespreken, evt vertegenwoordiger telefonisch. Proces van informed consent naar shared decision making.
E. Externe deskundige: Psychiater, betaald, of (met gesloten beurzen) buurorganisatie.
2. Locaties: als er verzorgingshuis is, moet de huisarts de rol van zorgverantwoordelijke op zich nemen. Financiering voor de eerstelijnsarts is voor 10 uur per jaar, dit gaat dan geheel op aan WZD. Somatiek: onder WGBO of soms als diagnose dementie is. Revalidatie: alleen als je aangemeld bent als locatie. Thuiszorg gaat nog niet WZD uitvoeren.
3. Uitvoeren WvGGZ in de verpleeghuizen: liever niet. Dus : omzetten van patiënten naar WZD grondslag, niet te doen om beide wetten uit te voeren. Krijgen we nu meer psychiatrie onder de noemer van WZD met dubbelproblematiek? Overgang van cliënten voor wonen van psychiatrie naar verpleeghuis is al langer aan de gang, als er dementie bij komt of de psychiatrie niet meer op de voorgrond staat.
Er lijken weinig cliënten met alleen maar psychiatrische problematiek behalve als consulent.
4. Gesloten deur soms wel, leefcirkels, codeslot. Regelen van een codeslot is niet voldoende. Als mensen echt aan de deur staan te rammelen, dan is het verzet en moet je de beperking registreren en in stappenplan doen. Goed kijken wanneer je iemand beperkt.
Tip: Op de grond een donkere rand aanbrengen, deuren niet opvallend maken, en dan volgt patient/bewoner de rand op de vloer.
5. Wilsbekwaam ter zake door een niet betrokken arts of psycholoog. Vergt wat organisatie, zal blijken of dat haalbaar is.

(verslag: M.Plug, niet uit alle groepen is alles in plenaire nabespreking aan orde gekomen)