

# Handreiking Wet zorg en dwang voor Orthopedagogen & Psychologen

Uitgave: juni 2020

# Voorwoord

Op 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) in werking getreden ter vervanging van de Wet Bopz. Om de gedragswetenschappers behulpzaam te zijn bij de uitvoering van deze wet, hebben de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW), deze handreiking voor de gedragswetenschappers ontwikkeld.

De handreiking is geschreven in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Bij het schrijven van de handreiking is een projectgroep betrokken geweest met gedragswetenschappers en begeleiders uit de genoemde beroepsverenigingen.

Op het moment van gereedkomen van de handreiking bestond er over een aantal uitvoeringsvraagstukken nog geen volledige duidelijkheid. Verwacht mag worden dat gedurende het implementatietraject meer duidelijkheid komt over de uitvoering van de Wzd. Daarom hebben de beroepsverenigingen die deze handreiking hebben ontwikkeld de intentie om te zijner tijd met een geactualiseerde versie te komen. Dan zal ook meer aandacht besteed worden aan onvrijwillige zorg in een ambulante setting.

Utrecht, juni 2020

# Inhoudsopgave

<b>I. HOOFDLIJNEN WET ZORG EN DWANG</b>	<b>4</b>
1.1 Uitgangspunt : nee tenzij	4
1.2 Belangrijke spelers in de wzd: cliënt, zorgverantwoordelijke, wzd-functionaris en deskundige	5
1.3 Zorg, zorgplan en beleidsplan.	6
1.4 Ambulant of opname en verblijf.	6
1.5 Jeugd	7
<b>II. VORMEN VAN ONVRIJWILLIGE ZORG</b>	<b>8</b>
2.1 Welke vormen van onvrijwillige zorg zijn toegestaan.	8
2.2 Ingrijpende vormen van zorg zonder verzet	10
2.3 Huisregels.	11
<b>III. WILS(ON)BEKWAAMHEID, VERTEGENWOORDIGEN VAN DE CLIËNT EN VERZET</b>	<b>12</b>
3.1 Wils(on)bekwaamheid.	12
3.2 De vertegenwoordiger van de cliënt	13
3.3 Herkennen van verzet	14
3.4 Verzet van de wils(on)bekwame cliënt en van zijn vertegenwoordiger	16
<b>IV. DE ZORGVERANTWOORDELIJKE EN DE WZD-FUNCTIONARIS</b>	<b>17</b>
4.1 Taken van de zorgverantwoordelijke	17
4.2 Benoeming en positie	18
4.3 Taken van de wzd-functionaris.	18
4.4 Benoeming en onafhankelijke positie	19
<b>V. HET STAPPENPLAN ONVRIJWILLIGE ZORG</b>	<b>20</b>
5.1 Doel stappenplan	20
<b>VI. SPECIFIEKE ASPECTEN VOOR JEUGD</b>	<b>22</b>
6.1 Vertegenwoordigers van minderjarige cliënten	22
6.2 Verzet van de wils(on)bekwame minderjarige cliënt en van zijn vertegenwoordiger.	22
6.3 Afbakening wzd en jeugdwet	23
6.4 Voorwaardelijke machtiging jongvolwassenen	24
<b>VII. AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG</b>	<b>25</b>
7.1 Ambulant	25
7.2 Aanvulling van het beleidsplan.	25
7.3 Bereikbaarheid zorgverlener	26
7.4 Multidisciplinair overleg	26
7.5 Ambulante onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om	26
<b>VIII. RAAKVLAKKEN WZD MET ANDERE WETTEN</b>	<b>27</b>
8.1 Wzd en de wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	27
8.2 Wzd en de wet forensische zorg	27
8.3 Wzd en de beroepscode van gedragswetenschappers	27
<b>BIJLAGEN</b>	<b>29</b>
Bijlage 1	30
Bijlage 2	35

# I. HOOFDLIJNEN WET ZORG EN DWANG

Dit hoofdstuk geeft een globale schets van de Wet zorg en dwang. Aan de orde komen: het uitgangspunt *nee tenzij*, de belangrijkste actoren in de Wzd, zorg, zorgplan en beleidsplan, ambulante zorg of zorg met opname en verblijf en jeugd. Op veel van de genoemde onderwerpen wordt in de volgende hoofdstukken nader ingegaan.

## 1.1 UITGANGSPUNT : NEE TENZIJ

Een belangrijk uitgangspunt in de gezondheidszorg is het recht op zelfbeschikking: de cliënt beslist zelf over de zorg die hij krijgt en er wordt hem als regel geen zorg geboden die hij niet wenst. Op het beginsel van zelfbeschikking kan bij wet een uitzondering worden gemaakt als dit in het belang van de cliënt zelf is. Dat gebeurt o.a. in de Wet zorg en dwang (Wzd) voor cliënten met een psychogeriatrische stoornis en/of een verstandelijke beperking. De Wzd regelt dat aan deze cliënten, in een uiterste geval als er geen minder ingrijpende alternatieven zijn, tegen hun wil, toch zorg kan worden verleend. Het uitgangspunt van de Wzd is *nee tenzij*. Zorg waartegen de cliënt

zich verzet, is alleen toegestaan als deze zorg de enige manier is om ernstig nadeel te voorkomen voor de cliënt of voor een ander. Om te bewaken dat onvrijwillige zorg alleen als laatste middel wordt ingezet en niet langer wordt ingezet dan strikt noodzakelijk is, geeft de Wzd regels voor de besluitvorming over (verlenging van) onvrijwillige zorg. Dat gebeurt onder andere in de vorm van een stappenplan waardoor pas besloten wordt over onvrijwillige zorg na multidisciplinair overleg en er meer deskundigen zijn betrokken bij dit overleg naarmate de onvrijwillige zorg langer duurt.

### [Voorbeelden]

Koos (45) haalt ieder half uur zijn kledingkast leeg. Vanuit de zorg komt de vraag of de kledingkast van deze cliënt op slot kan, want iedere keer de kast weer inruimen kost te veel tijd. De zorgverantwoordelijke overlegt hierover met de gedragswetenschapper en met Koos en zijn broer, die zijn vertegenwoordiger is. In dit overleg komt de vraag op waarom Koos zo met zijn kast bezig is en hoe het komt dat hij daar zoveel tijd voor heeft. Dat leidt tot de conclusie dat de dagbesteding van Koos beter moet worden ingevuld en het niet proportioneel is om zijn kledingkast op slot te doen.

Christa (72) belt sinds enige weken 's nachts veelvuldig naaste familieleden die daardoor ernstig in hun nachtrust worden gestoord. Daarom wordt overwogen om haar mobieltje in de nacht van haar af te nemen, ook al protesteert ze hier hevig tegen. Het is één van de zorgverleners opgevallen dat Christa tegenwoordig in de middag een dutje doet. Hij oppert de mogelijkheid dat Christa mede daardoor minder goed in slaap valt 's avonds en wellicht daarom in de nacht behoefte heeft aan contact. Besloten wordt om te kijken of het lukt om het middagdutje af te schaffen en eerst de resultaten daarvan af te wachten voordat het afnemen van de telefoon mogelijk wordt.

### Ernstig nadeel voorwaarde voor onvrijwillige zorg

Onvrijwillige zorg mag alleen worden verleend om een ernstig nadeel te voorkomen. Is er geen ernstig nadeel, dan mag onvrijwillige zorg niet worden verleend. Onder ernstig nadeel verstaat de Wzd het bestaan of het aanzienlijk risico op:

- levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstig psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing, of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de cliënt of van een ander;
- bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

De Wzd stelt daarnaast als voorwaarde voor onvrijwillige zorg dat het aanzienlijk risico op ernstig nadeel ontstaat als *gevolg* van het gedrag van de cliënt dat wordt veroorzaakt door de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke beperking. Anders gezegd: er moet een verband zijn tussen het aanzienlijk risico op ernstig nadeel en de aandoening of beperking.

### Limitatieve opsomming van de negen vormen van zorg die onvrijwillig kunnen worden geboden

Als de cliënt zorg krijgt waartegen hij zich verzet, dan is er sprake van onvrijwillige zorg. De Wzd beschrijft limitatief welke negen hoofdvormen van zorg onvrijwillig kunnen worden geboden, zoals o.a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten.

## 1.2 BELANGRIJKE SPELERS IN DE WZD: CLIËNT, ZORGVERANTWOORDELIJKE, WZD-FUNCTIONARIS EN DESKUNDIGE

### 1.2.1 Cliënt

De Wzd definieert de cliënt als volgt:

‘Persoon van wie uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg als bedoeld in het vierde lid, dan wel van wie het CIZ in een indicatiebesluit als bedoeld in de Wet langdurige zorg heeft vastgesteld dat een aanspraak op zorg bestaat als bedoeld in de Wet langdurige zorg vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap.’

**De Wzd is derhalve van toepassing op de volgende groepen cliënten:**

1. Cliënten met een indicatie voor langdurige zorg met als grondslag een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Indicaties voor langdurige zorg hebben een zogeheten grondslag, daarvan is afhankelijk of een cliënt onder de Wzd valt. Er zijn vijf grondslagen: somatische aandoening of beperking; lichamelijke handicap; psychogeriatrische aandoening of beperking; verstandelijke handicap en zintuiglijke handicap. Cliënten met een indicatie met als grondslag een ‘psychogeriatrische aandoening of beperking’ of ‘verstandelijke handicap’ vallen onder de Wzd.

2. Cliënten ten aanzien van wie een ter zake kundige arts heeft verklaard dat zij, in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, zijn aangewezen op ‘zorg’.

Cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening vallen onder de Wzd als een ter zake kundige arts heeft verklaard dat zij, vanwege hun verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, zijn aangewezen op zorg. Het kan hier bijvoorbeeld gaan over cliënten die ondersteuning op grond van de Wmo 2015 ontvangen.

Onder ‘zorg’ verstaat de Wzd: ‘de zorg van een zorgaanbieder jegens een cliënt die kan bestaan uit bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging en onvrijwillige zorg’.

3. Cliënten met een ziekte of aandoening die in het [uitvoeringsbesluit](#) wordt gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.

- Met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap worden gelijkgesteld:
  - a. het syndroom van Korsakov, indien dit syndroom bij de cliënt zich uit als een neurocognitieve stoornis met daaruit voortkomende significante beperkingen overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap;
  - b. de ziekte van Huntington, indien deze ziekte bij de cliënt zich uit als een neurocognitieve stoornis met daaruit voortkomende significante beperkingen overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap; en
  - c. niet-aangeboren hersenletsel, indien dit letsel bij de cliënt een neurocognitieve stoornis veroorzaakt met daaruit voortkomende significante beperkingen overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap.
- Of sprake is van een syndroom, ziekte of letsel blijkt uit een

verklaring van een ter zake kundige arts dan wel uit een indicatiebesluit als bedoeld in de Wet langdurige zorg.

### 4. Forensische patiënten

Voor zorgaanbieders die forensische zorg aanbieden is van belang dat forensische patiënten, die in een accommodatie zijn opgenomen, worden aangemerkt als cliënt in de zin van de Wzd (artikel 49 Wzd). Onder forensische patiënten worden personen verstaan met een aanspraak op forensische zorg.

### Informeren over rechten

De zorgaanbieder is verplicht om de cliënt en zijn vertegenwoordiger een schriftelijk overzicht te geven van de rechten die zij op grond van de Wzd uit kunnen oefenen. Het verstrekken van dit overzicht dient zo spoedig mogelijk te gebeuren, in ieder geval binnen veertien dagen nadat de zorgverlening is gestart. De zorgverantwoordelijke licht de schriftelijk gegeven informatie zo nodig mondeling toe.

### Cliëntvertrouwenspersoon

De cliënt en zijn vertegenwoordiger kunnen een beroep doen op een cliëntvertrouwenspersoon (cvp). Deze moet onafhankelijk en onpartijdig zijn en mag daarom niet in dienst zijn van de zorgaanbieder. De cvp biedt op verzoek advies en bijstand in alle aangelegenheden die te maken hebben met onvrijwillige zorg, opname en verblijf in een accommodatie en het doorlopen van een klachtenprocedure. De zorgaanbieder moet de cliënt en zijn vertegenwoordiger wijzen op het advies en de ondersteuning die de cvp hen kan bieden, waarbij ook dient te worden aangegeven hoe zij de cvp kunnen bereiken. Zie de [stichting landelijke faciliteit cvp](#).

### Wzd-klachtencommissie

Iedere zorgaanbieder die de Wzd uitvoert, moet aangesloten zijn bij een externe Wzd-klachtencommissie die is ingesteld door minstens één representatieve cliëntenorganisatie en één representatieve organisatie van zorgaanbieders. Cliënten, hun vertegenwoordigers en nabestaanden kunnen een beroep doen op deze Wzd-klachtencommissie. De Wzd-klachtencommissie oordeelt niet over alle aan haar voorgelegde klachten maar specifiek over:

- toetsing van de wilsonbekwaamheid;
- verlof en ontslag;
- opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan;
- uitvoering van onvrijwillige zorg;
- zorg in onvoorziene situatie;
- het bijhouden van het cliëntendossier.

Uitspraken van de Wzd-klachtencommissie zijn bindend voor beide partijen. De Wzd-klachtencommissie kan in zijn uitspraak ook schadevergoeding aan de klager toekennen. Beroep tegen de uitspraak van de Wzd-klachtencommissie is mogelijk bij de rechtbank.

ActiZ, LOC, VGN, Leder(in), KansPlus en het LSR hebben ten behoeve van de instellingen een Wzd-klachtencommissie in het leven geroepen. Zie [www.KCOZ.nl](http://www.KCOZ.nl)

### 1.2.2 Zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke is de zorgverlener die als het eerste aanspreekpunt voor de cliënt fungeert, het zorgplan opstelt, de zorg coördineert en de uitvoering en evaluatie van het zorgplan bewaakt. De zorgverantwoordelijke speelt ook een centrale rol in het stappenplan dat leidt tot besluitvorming over mogelijke (verlenging van) onvrijwillige zorg. De zorgaanbieder is verplicht om voor iedere cliënt, ook als er geen onvrijwillige zorg wordt geboden, een zorgverantwoordelijke aan te wijzen.

### 1.2.3 WZD-functionaris

De Wzd-functionaris heeft een belangrijke toetsende en toezichhoudende rol als een zorgaanbieder onvrijwillige zorg biedt. Zo toetst de Wzd-functionaris vooraf alle zorgplannen waarin onvrijwillige zorg wordt opgenomen. Kort gezegd wordt getoetst of de onvrijwillige zorg aan de vier criteria van de Wzd voldoet:

- Is de zorg noodzakelijk?
- Wordt de minst ingrijpende vorm ingezet?
- Is de zorg doelmatig, dit wil zeggen geschikt om het ernstig nadeel af te wenden?
- Is de zorg proportioneel gelet op het ernstig nadeel dat daarmee moet worden afgewend?

Ook toetst de Wzd-functionaris de afbouw van de onvrijwillige zorg. Meent de Wzd-functionaris dat de onvrijwillige zorg in het zorgplan niet voldoet aan de eisen van de wet, dan kan de Wzd-functionaris de zorgverantwoordelijke aanwijzingen geven voor het aanpassen van het zorgplan.

De zorgaanbieder kan als Wzd-functionaris aanwijzen: ter zake deskundige artsen, gz-psychologen en orthopedagogen-generalist.

### 1.2.4 Deskundige

De Wzd kent verschillende deskundigen die in het kader van de verschillende stappen van het stappenplan moeten worden betrokken bij het multidisciplinair overleg over onvrijwillige zorg.

Met de *deskundige van een andere discipline*, wordt bedoeld op de zorgverlener die deskundig is op het terrein van de zorg aan de cliënt en die uit een andere discipline komt dan die van de zorgverantwoordelijke.

De *deskundige die niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken* is de zorgverlener die deskundig is op het terrein van de zorg aan de cliënt en die zelf niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken.

De *externe deskundige* is de zorgverlener die deskundig is en aantoonbare ervaring heeft in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg en die niet in dienst is van, of gedetacheerd is bij de zorgaanbieder van de cliënt en die ook niet op een andere manier betrokken is bij de zorg aan de cliënt. Deze rol kan worden vervuld door een psychiater, een verpleegkundige, een gz-psycholoog, een orthopedagoog-generalist (in de gehandicaptenzorg), een arts voor verstandelijk gehandicapten (in de gehandicaptenzorg) of een specialist ouderengeneeskunde (in de ouderenzorg).

Behalve deskundigen in het stappenplan kent de Wzd de *deskundige die de wils(on)bekwaamheid ter zake van de cliënt onderzoekt*.

De Wzd laat het aan de zorgaanbieders over om te bepalen welke zorgverleners over voldoende deskundigheid beschikken om de wils(on)bekwaamheid van de cliënt te beoordelen. De Wzd stelt als voorwaarde dat de wils(on)bekwaamheid niet mag worden beoordeeld door een aangewezen zorgverlener die bij de zorg aan de cliënt is betrokken. Het beleidsstandpunt van het ministerie van VWS op dit punt is dat het gewenst is dat de beoordeling wordt gedaan door een niet bij de zorg aan de cliënt betrokken arts, gz-psycholoog of orthopedagoog-generalist.

Bij het vervullen van de rollen die een gedragswetenschapper in het kader van de Wzd uitvoert, is de Beroepscode onverkort van toepassing. Dit wil zeggen dat ook de gedragingen van

gedragswetenschappers in het kader van de Wzd worden beoordeeld op basis van de normen van de betreffende Beroepscode. Deze normen van de Beroepscode geven in de praktijk invulling aan de open normen van de Wzd. Voor meer hierover zie [hoofdstuk 8](#).

## 1.3 ZORG, ZORGPLAN EN BELEIDSPLAN

Het begrip 'zorg' is in de Wzd breed gedefinieerd: bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging en onvrijwillige zorg. Deze brede beschrijving maakt duidelijk dat niet alleen behandeling, verzorging, begeleiding en verpleging onder 'zorg' vallen, maar bijvoorbeeld ook interventies op het gebied van beveiliging en bescherming. De aanvullende voorwaarde voor al deze vormen van zorg om onder het bereik van de Wzd te vallen, is dat de zorg beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend.

### Zorgplan

Voor iedere cliënt moet een zorgplan worden opgesteld, ook als er geen onvrijwillige zorg wordt geboden. Het zorgplan wordt opgesteld in overleg met de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Wordt onvrijwillige zorg overwogen, dan wordt de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger geïnformeerd over het overleg dat daarover plaats vindt, hij krijgt de gelegenheid om dit overleg bij te wonen en hij wordt er op gewezen dat hij zich daarbij kan laten begeleiden en ondersteunen door een cvp.

### Beleidsplan

Iedere zorgaanbieder die onvrijwillige zorg biedt moet in een beleidsplan zijn visie beschrijven op het bieden van onvrijwillige zorg. Meer in het bijzonder moet de zorgaanbieder vastleggen:

- met welke alternatieven de zorgaanbieder probeert om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen;
- hoe de zorgaanbieder omgaat met het toepassen en afbouwen van onvrijwillige zorg, en
- hoe intern toezicht wordt uitgeoefend op de uitvoering van onvrijwillige zorg.

Gelet op de strekking van het beleidsplan is het naar de mening van de opstellers van deze handreiking goed dat een gedragswetenschapper betrokken wordt bij de totstandkoming van het plan.

## 1.4 AMBULANT OF OPNAME EN VERBLIJF

Nieuw in de Wzd is dat de onvrijwillige zorg *niet* gekoppeld is aan verblijf in een accommodatie. De onvrijwillige zorg kan ook buiten de accommodatie worden geboden, bijvoorbeeld thuis bij de cliënt. Aan ambulante onvrijwillige zorg stelt de Wzd een aantal aanvullende eisen.

### Opname en verblijf

Als het nodig is dat een cliënt in een accommodatie verblijft, kunnen zich vier verschillende situaties voordoen. Stemt de cliënt weloverwogen in met de opname en het verblijf, en is hij in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen t.a.v. de opname, dan is er geen specifieke procedure nodig. Is de cliënt niet in staat om een weloverwogen besluit over de opname te nemen en toont hij geen verzet, dan kan een aanvraag worden gedaan bij het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) die in reactie op deze aanvraag een (artikel 21) besluit tot opname en verblijf kan nemen. Toont de cliënt verzet, dan is een rechterlijke machtiging noodzakelijk. Ook deze procedure verloopt

via het CIZ. In crisissituaties, als er geen tijd is voor de procedure voor de rechterlijke machtiging, kan de burgemeester een inbewaringstelling afgeven.

#### **Locatie, accommodatie**

Onder een locatie wordt verstaan een gebouw in gebruik of beheer van een zorginstelling, waarbij de activiteiten in of vanuit dat gebouw worden uitgeoefend. Het kan hier om een vestiging gaan die eigendom is van, of gehuurd wordt door een zorgaanbieder. Een accommodatie is een locatie waar cliënten gedwongen opgenomen kunnen worden, of kunnen verblijven op grond van een (artikel 21) besluit tot opname en verblijf van het CIZ. Iedere zorgaanbieder die voornemens is onvrijwillige zorg te leveren, dient de locatie(s) waar vanuit die zorg wordt geleverd te registreren in het openbare locatieregister.

## 1.5 JEUGD

De regels van de Wzd zijn van toepassing op cliënten van alle leeftijden. De voorwaarden voor onvrijwillige zorg, de betekenis van wilsonbekwaamheid en verzet, de regels over het stappenplan, over de taken en rollen hierin en de bepalingen voor opname en verblijf gelden ongeacht de leeftijd van de cliënt. Wel kent de Wzd een aantal aanvullende bepalingen die specifiek gelden voor jeugdige cliënten. Zo bepaalt de Wzd o.a. tot welke leeftijd de gezaghebbende ouders namens hun kind beslissen. Daarnaast biedt de Wzd voor jongvolwassenen (tussen 18 en 23 jaar) de mogelijkheid van een voorwaardelijke machtiging tot opname en verblijf.

## II. VORMEN VAN ONVRIJWILLIGE ZORG

Dit hoofdstuk beschrijft de negen wettelijke vormen van onvrijwillige zorg die onder voorwaarden mogen worden geboden. Daarna wordt ingegaan op de drie vormen van ingrijpende vormen van zorg waarvoor altijd het stappenplan moet worden doorlopen als de cliënt ter zake wilsonbekwaam is, ook als er geen verzet is, of als de vertegenwoordiger er mee heeft ingestemd. Aan het slot van het hoofdstuk komt het verschil aan de orde tussen huisregels en beperkingen die aan individuele cliënten worden opgelegd.

### 2.1 WELKE VORMEN VAN ONVRIJWILLIGE ZORG ZIJN TOEGESTAAN

De Wzd noemt negen vormen van onvrijwillige zorg die in het uiterste geval, als wordt voldaan aan alle vereisten, zoals het volgen van het stappenplan, ook bij verzet van de cliënt of zijn vertegenwoordiger mogen worden geboden. Het betreft negen categorieën van onvrijwillige zorg. Onder de betreffende categorieën kunnen weer verschillende vormen van onvrijwillige zorg vallen. De gehele opsomming is limitatief. De onvrijwillige zorg is dus altijd terug te voeren naar een van de wettelijke categorieën.

De negen hoofdvormen zijn:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles, of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid en fixeren;
- c. insluiten
- d. uitoefenen van toezicht op de cliënt;
- e. onderzoek aan kleding en lichaam;
- f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- g. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- h. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

#### A. MEDISCHE HANDELINGEN

Bij deze vorm van onvrijwillige zorg gaat het om het toedienen van voeding, vocht of medicatie, voor zowel somatische als andere aandoeningen. Ook valt hieronder medicatie die wordt toegediend vanwege de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke beperking, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan. Daarbij kan het gaan om medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt. Verder omvat dit onderdeel het doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische

maatregelen ter behandeling van de psychogeriatrische aandoening, de verstandelijke beperking, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis ter behandeling van een somatische aandoening. NB: Een gedragswetenschapper die als zorgverantwoordelijke meent dat een onvrijwillige medische handeling dient te worden ingezet, heeft de instemming nodig van een bij de zorg aan de cliënt betrokken arts.

#### [Voorbeeld]

Hassan (55) kent door zijn hersenletsel perioden waarin hij niet te begeleiden is omdat hij dan argwanend en achterdochtig is en zeer agressief gedrag vertoont t.o.v. andere cliënten en de zorgverleners. Meestal lukt het om hem met behulp van de huisarts en de psychiater zelf tijdelijk medicatie in te laten nemen. Deze keer lukt dat niet. Omdat er door het gedrag van Hassan onrust ontstaat onder mede cliënten en zorgverleners zich niet meer veilig voelen wordt, na overleg met de crisisdienst en met de psychiater, besloten om Hassan, ondanks zijn verzet, tijdelijk injecties met medicatie toe te dienen zodat er weer een basis ontstaat voor begeleiding.

#### B. BEPERKINGEN IN DE BEWEGINGSVRIJHEID

Het *beperken van de bewegingsvrijheid* richt zich op het beperken van de (nog beschikbare) mobiliteit van de cliënt. Dat gebeurt bijvoorbeeld als de wielen van een rolstoel, die door de cliënt zelf wordt bediend, worden geblokkeerd om zo te voorkomen dat de cliënt met zijn rolstoel naar een andere plek rolt. Andere voorbeelden: het beperken van de toegang van de cliënt tot bepaalde ruimten van de accommodatie, zoals de keuken. Of het overdag afsluiten van de eigen kamer van de cliënt in de instelling waar hij verblijft, of het 's nachts op slot doen van de badkamer bij de cliënt thuis.

Heeft de beperking van de bewegingsvrijheid tot doel dat de cliënt niet beweegt, dan spreekt men van *fixeren*. Bijvoorbeeld als de cliënt wordt vastgehouden door een of meer zorgverleners met een binnen de beroepsgroep erkende methodiek, of als de cliënt wordt vastgebonden. NB: Een gedragswetenschapper die als zorgverantwoordelijke meent dat de bewegingsvrijheid van de cliënt dient te worden beperkt of moet worden gefixeerd, heeft de instemming nodig van een bij de zorg aan de cliënt betrokken arts.



#### [voorbeelden]

Menno, een 24-jarige thuiswonende gehandicapte man beschadigt zichzelf. Ten einde raad hebben zijn ouders en begeleiders hem armkokers omgedaan en vastgebonden in zijn rolstoel. Samen met de ouders en Menno inventariseerde de gedragswetenschapper de leefruimte thuis op prikkels, maakte voor Menno een gestructureerd dagschema en creëerde een 'veilig hoekje' voor hem. Dit om de begeleiding beter te laten aansluiten op het feitelijke ontwikkelingsniveau van Menno. Na drie maanden beschadigde hij zichzelf niet meer.

Albert (58) heeft enige jaren geleden traumatisch hersenletsel opgelopen door een klap op zijn hoofd. Vanwege dit hersenletsel valt hij volgens verklaring onder de Wzd. Daarnaast heeft Albert een progressieve spierziekte waardoor hij nauwelijks meer kan lopen. Albert is afhankelijk van zijn scootmobiel voor zijn boodschappen, zoals het bezoek aan de supermarkt. De scootmobiel van Albert moet worden vervangen. De ergotherapeut geeft een negatief advies, omdat Albert niet verkeersveilig is op zijn scootmobiel. Albert krijgt geen nieuwe scootmobiel toegewezen. Ondanks heftige protesten van Albert en zijn vertegenwoordiger, wordt besloten dat Albert ook zijn huidige scootmobiel niet meer mag gebruiken.

### C. INSLUITEN

Onder de hoofdcategorie insluiten wordt verstaan separeren, afzonderen in een afzonderingsruimte en insluiten binnen de accommodatie.

*Separeren* is alleen mogelijk in een ruimte die voldoet aan de eisen die in de 'Veldnorm voor afzonderings- en separeerruimten in de gehandicaptenzorg' (2013) worden gesteld aan een separeerunit. NB: Separeren is in de psychogeriatrische zorg *niet* toegestaan.

*Afzonderen* kan alleen in een ruimte die voldoet aan de eisen die in de 'Veldnorm voor afzonderings- en separeerruimten in de gehandicaptenzorg' (2013) worden gesteld aan een afzonderingsruimte. Deze veldnorm is niet van toepassing in de ouderenzorg. In de ouderenzorg kan onder een afzonderingsruimte worden verstaan: een ruimte die is bestemd voor afzondering van een cliënt.

*Insluiten* binnen een accommodatie wil zeggen dat de cliënt de accommodatie, of een afdeling binnen de accommodatie, niet zelfstandig mag verlaten.

NB:

Een gedragswetenschapper die als zorgverantwoordelijke meent dat een cliënt ingesloten, afgezonderd of gesepareerd moet worden, heeft de instemming nodig van een bij de zorg aan de cliënt betrokken arts om te beoordelen of de cliënt de interventie kan verdragen.

### D. UITOEFENEN VAN TOEZICHT

Onder 'toezicht' vallen alle manieren waarop toezicht uitgeoefend kan worden op het doen en laten van de cliënt, bijvoorbeeld door middel van uitluisterapparatuur, bewegingssensoren, gps-trackers en camera's.

### E. F.G. CONTROLEMAATREGELEN

De Wzd biedt, als onvrijwillige zorg, een aantal controlemaatregelen om onderzoek te doen op de aanwezigheid van gevaarlijke of verboden voorwerpen. Zo kan de zorgverantwoordelijke wanneer dit noodzakelijk is beslissen tot:

- onderzoek aan de kleding of het lichaam van de cliënt;
- onderzoek van de woon- of verblijfsruimte van de cliënt naar gedrag beïnvloedende
- middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- controle op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen.

Vaak zal het bij controlemaatregelen noodzakelijk zijn om meteen te handelen om ernstig nadeel te voorkomen. Daarom kent de Wzd een specifieke regeling voor controlemaatregelen in noodsituaties. Ter voorkoming van noodsituaties mag de zorgverantwoordelijke, zonder dat dit in het zorgplan is opgenomen en ook zonder multidisciplinair overleg, besluiten tot onderzoek:

- aan de kleding en aan het lichaam van de cliënt;
- in de woon of verblijfsruimte van de cliënt naar gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- in de poststukken die voor de cliënt bestemd zijn.

Voorwaarde voor een besluit van de zorgverantwoordelijke is dat hij een gegrond vermoeden heeft van de aanwezigheid van de middelen of voorwerpen. 'Gegrond vermoeden' wil zeggen dat er concrete feiten of omstandigheden zijn waarop het vermoeden van de zorgverantwoordelijke is gebaseerd. Omdat deze regeling is gericht op situaties waarin acuut gehandeld moet worden, mag het besluit om de controlemaatregelen toe te passen achteraf worden vastgelegd en hoeft de Wzd-functionaris ook pas achteraf te worden geïnformeerd.

#### Voorbeeld

Zorgverleners komen bij de zorgverantwoordelijke met de mededeling dat Freek (38) tegen andere bewoners heeft gezegd dat hij een steekmes in de kast op zijn kamer heeft liggen. Hij zou dit mes gisteren hebben gekregen van een vriend die bij hem op bezoek kwam. De zorgverleners melden ook dat er grote onrust onder de andere bewoners is ontstaan omdat ze bang zijn voor Freek met zijn mes. De zorgverantwoordelijke zoekt Freek op en vraagt hem of het klopt dat hij een steekmes heeft. Op de ontkenning van Freek én zijn weigering om de zorgverantwoordelijke toegang te geven tot zijn kamer en zijn kast, besluit de zorgverantwoordelijke, gelet op de algemene veiligheid, ondanks het verzet van Freek, zijn kamer en zijn kast te doorzoeken.

Vanwege de voorwaarde van een 'gegrond vermoeden' mag niet in het algemeen in de huisregels worden opgenomen dat deze controlemaatregelen worden toegepast, want dit is alleen mogelijk als in een concrete situatie door feiten en omstandigheden een

gegrond vermoeden ontstaat van de aanwezigheid van middelen of voorwerpen.

## H. BEPERKEN VAN DE VRIJHEID OM HET EIGEN LEVEN IN TE RICHTEN

Als een vorm van onvrijwillige zorg kan de cliënt beperkt worden in de vrijheid om eigen keuzes te maken in het (dagelijks) leven, waaronder ook de omgang met communicatiemiddelen zoals een mobieltje, een laptop, of een tablet. Bijvoorbeeld of hij wel of niet gewassen of gedoucht wordt, wat hij eet en drinkt en hoe hij zijn mobieltje, zijn tablet of zijn laptop gebruikt.

### [Voorbeeld]

Inge (72) verzet zich tegen het dagelijks douchen, ze was thuis gewend om dat éénmaal per week te doen. De zorgverantwoordelijke heeft in nauw overleg met de zorgverleners van alles geprobeerd om het douchen aangenaam voor haar te maken: ander moment van de dag, favoriete muziek erbij, andere doucheproducten, voorverwarmen van de doucheruimte, enzovoort, maar niets lijkt te helpen. In verband met de hygiëne van Inge zelf en haar medebewoners wordt besloten om Inge niet dagelijks maar wel, ondanks haar verzet, tweemaal per week te douchen.

## I. BEPERKEN VAN HET RECHT OP BEZOEK

Tot slot kan als vorm van onvrijwillige zorg een besluit worden genomen om het bezoek van een cliënt te beperken, bijvoorbeeld vanwege de veiligheidsrisico's die dit bezoek voor de cliënt veroorzaakt.

### [Voorbeeld]

Tamira (20) heeft een licht verstandelijke beperking en hechtingsproblematiek. Ze is bekend met drugsgebruik en loverboys. Ze is kwetsbaar voor beïnvloeding. Ondanks haar protesten wordt, na een ziekenhuisopname in verband met drugsgebruik, besloten om beperkingen aan te brengen in de ontvangst van bezoek. Bezoek wordt voortaan van te voren besproken en gescreend. Alleen als de zorgverantwoordelijke akkoord gaat, mag het bezoek op afspraak worden ontvangen.

*Specifieke expertise van de gedragswetenschapper ten aanzien van onvrijwillige zorg*

De gedragswetenschapper is bij uitstek de juiste deskundige als het gaat om het vinden van alternatieven voor en voorkomen van onvrijwillige zorg zoals beschreven in de categorieën hierboven. De gedragswetenschapper heeft immers geleerd gedrag te verklaren binnen de context waarin dit gedrag zich voordoet en is bekwaam in het 'lezen' van (complex) gedrag, in het kunnen voorkómen en terugdringen van probleemgedrag en in het afbouwen van onvrijwillige zorg. De gedragswetenschapper is daarbij gericht op multidisciplinaire samenwerking, schakelt anderen in indien een vraagstuk buiten zijn of haar expertise valt en kent daarin de grenzen van zijn eigen professionaliteit. Houdt de onvrijwillige zorg bijvoorbeeld toediening van

medicatie in, dan betreft een Wzd-functionaris die geen arts is een arts bij de beoordeling van het zorgplan.

Een Wzd-functionaris die geen gedragswetenschapper is, zal een gedragswetenschapper bij de beoordeling van een zorgplan betrekken als daarin bijvoorbeeld maatregelen worden opgenomen ten aanzien van opvoeding of gedrag.

## 2.2 INGRIJPENDE VORMEN VAN ZORG ZONDER VERZET

Voor drie vormen van zorg bepaalt de Wzd dat bij ter zake wilsonbekwame cliënten het stappenplan altijd moet worden toegepast, ook als er geen sprake is van verzet bij de cliënt of zijn vertegenwoordiger. De Wzd wil hiermee extra bescherming bieden aan wilsonbekwame cliënten bij de volgende vormen van ingrijpende zorg:

- het toedienen van psychofarmaca vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, voor zover deze medicatie niet wordt toegediend volgens de professionele richtlijnen;
- beperkingen van de bewegingsvrijheid;
- insluiting.

### [Voorbeelden]

Fatma, de vertegenwoordiger van haar wilsonbekwame broer Hassan (40), gaat akkoord met het zo nodig fixeren van de polsen van Hassan om automutilatie te voorkomen. Hassan toont geen verzet tegen deze maatregel.

*Het stappenplan moet worden doorlopen omdat de fixatie wordt toegepast bij een wilsonbekwame cliënt.*

Wieke (84) is het liefst buiten, in het park dat vlakbij de accommodatie ligt waar zij verblijft. Omdat ze zich steeds minder goed kan oriënteren en regelmatig verward is, verdwaalt ze nogal eens waardoor ze erg angstig wordt en lange tijd van slag blijft. Op verzoek van haar dochter wordt een bepaalde deur waardoor ze naar het park kan voor Wieke afgesloten om zo te voorkomen dat ze gaat dwalen. De deur naar de binnentuin blijft wel open voor haar.

*Ondanks de instemming van de dochter en geen enkele blij van verzet van Wieke moet het stappenplan worden doorlopen omdat het een ingrijpende vorm van zorg is en Wieke ter zake wilsonbekwaam is.*

### *Effect van de zorg bepalend*

In een zogeheten [factsheet onvrijwillige zorg](#) benadrukt het ministerie van VWS dat bij de met onvrijwillige zorg gelijk gestelde vormen van zorg, moet worden gekeken naar het effect van de zorg. Beperkt de vorm van zorg daadwerkelijk de mogelijkheden van de cliënt? Is dat het geval dan moet, ook als de wilsonbekwame cliënt en zijn vertegenwoordiger zich niet verzetten, het stappenplan worden doorlopen. Is er feitelijk geen sprake van daadwerkelijke belemmering dan is dit niet nodig.

#### [Voorbeelden]

Bij het bed van de wilsonbekwame Anja (59, wilsonbekwaam ter zake van het inschatten van het valrisico) wordt, om vallen te voorkomen en lichtere middelen ongeschikt blijken, een bedhek gebruikt. Anja kan dit hek zelf open doen. De vertegenwoordiger van Anja is akkoord gegaan met het gebruik van het bedhek en Anja verzet zich niet.  
*Het gebruik van een bedhek is weliswaar een ingrijpende vorm van zorg waarvoor, in geval van een wilsonbekwame cliënt, in beginsel het stappenplan moet worden doorlopen, maar dat is in dit geval niet nodig omdat Anja het bedhek zelf kan openen en feitelijk niet in haar bewegingsvrijheid wordt beperkt.*

Bij het bed van de wilsonbekwame Jochem (84, wilsonbekwaam ter zake het inschatten van het valrisico) wordt, om vallen te voorkomen en lichtere middelen ongeschikt blijken, een bedhek gebruikt dat hij zelf niet kan openen. Zijn vertegenwoordiger gaat akkoord en Jochem verzet zich niet.  
*Het stappenplan moet worden doorlopen want er is sprake van een ingrijpende vorm van zorg bij een wilsonbekwame cliënt zonder verzet waarbij de mogelijkheden van Jochem daadwerkelijk worden beperkt.*

Bij het bed van de wilsonbekwame Björn (56, wilsonbekwaam ter zake het inschatten van het valrisico) wordt, om vallen te voorkomen en lichtere middelen ongeschikt blijken, een bedhek gebruikt dat hij niet zelf open en dicht kan doen. Björn is niet in staat zelf in en uit bed te gaan omdat zijn beide benen geamputeerd zijn. De vertegenwoordiger van Björn gaat akkoord. Björn verzet zich niet.

*Björn is in beginsel niet in staat zelf in en uit bed te gaan. Om deze reden is er geen sprake van een beperking in de bewegingsvrijheid en hoeft er geen stappenplan doorlopen te worden.*

Bij het bed van de wilsonbekwame Richard (23, wilsonbekwaam ter zake het inschatten van het valrisico) wordt, om vallen te voorkomen en lichtere middelen ongeschikt blijken, een bedhek gebruikt dat hij zelf open en dicht kan doen. De vertegenwoordiger van Richard gaat akkoord, maar Richard zelf verzet zich fel tegen de plaatsing van het bedhek.  
*Vanwege het verzet van Richard is er sprake van onvrijwillige zorg. Het stappenplan moet worden doorlopen, ongeacht of deze vorm van zorg de mogelijkheden van Richard feitelijk belemmert.*

## 2.3 HUISREGELS

Omdat huisregels van instellingen ook bepaalde beperkingen aanbrengen in het leven van cliënten lijken ze soms wel enigszins op sommige vormen van onvrijwillige zorg. Toch is er een belangrijk verschil. Huisregels mogen alleen *algemene* regels bevatten die noodzakelijk zijn voor een ordelijke gang van zaken of voor de veiligheid in de instelling zoals: geen messen en wapens in bezit hebben, geen harde muziek aan of geen bezoek ontvangen na tien uur 's avonds.

Regels die voor een *individuele* cliënt gelden moeten worden opgenomen in het zorgplan, zoals bijvoorbeeld het beperken van het gebruik van een mobieltje, of afspraken over douchen, wassen of eten en drinken.

# III. WILS(ON)BEKWAAMHEID, VERTEGENWOORDIGEN VAN DE CLIËNT EN VERZET

Dit hoofdstuk gaat in op wils(on)bekwaamheid van de cliënt en de beoordeling daarvan, op de positie van de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt en op (het herkennen van) verzet.

## 3.1 WILS(ON)BEKWAAMHEID

Zelfbeschikking is een essentieel mensenrecht in de zorg. Het wil zeggen dat cliënten zelf beslissen over de zorg, dat ze hun eigen keuzes mogen maken ook als deze nadelig voor hen kunnen zijn. Het recht op zelfbeschikking geldt ook voor cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening. Alleen in die gevallen waarin een deskundige oordeelt dat een cliënt door zijn verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening niet in staat is om zelf een bepaalde beslissing te kunnen nemen, kan de zelfbeschikking van de cliënt worden beperkt. In dergelijke gevallen neemt een ander namens de cliënt de beslissing.

In de zorg wordt de term *wilsbekwaam* gebruikt om aan te duiden dat de cliënt in staat is om zijn zelfbeschikkingsrecht uit te oefenen. Wilsbekwaam betekent dat de cliënt in staat is om op basis van voldoende relevante informatie, die is afgestemd op zijn begripsvermogen, een beslissing te nemen over een bepaald onderwerp en dat hij de aard en de gevolgen van zijn beslissing overziet.<sup>1</sup>

Gelet op deze omschrijving is het bij wilsbekwaamheid cruciaal dat de cliënt over de volgende vaardigheden beschikt:

- hij kan de op zijn begripsvermogen afgestemde *informatie opnemen*,
- hij kan deze informatie op zijn situatie *toepassen*,
- hij kan een *beslissing nemen*; én
- hij kan de gevolgen van deze beslissing redelijkerwijs *overzien*.

### *Wilsbekwaamheid afhankelijk van de beslissing*

Wilsbekwaamheid is afhankelijk van de te nemen beslissing ('ter zake'). Sommige cliënten zullen wel in staat zijn om bepaalde eenvoudige beslissingen te nemen, maar niet om ingrijpende beslissingen te nemen. Andere cliënten kennen perioden waarin zij zeer wel in staat zijn om alle beslissingen over de zorg te nemen en perioden waarin zij dit niet kunnen. Omdat de wilsbekwaamheid afhankelijk is van de te nemen beslissing moet deze regelmatig opnieuw worden beoordeeld, bijvoorbeeld als de situatie van de cliënt verandert of als er een ingrijpend besluit moet worden genomen. Een nieuwe beoordeling is in ieder geval ook aan de orde als er bij de zorgverlener of bij de naasten van de cliënt twijfels ontstaan over de wils(on)bekwaamheid van de cliënt.

### *Wilsonbekwaamheid*

Uitgangspunt in de zorg is dat een cliënt wilsbekwaam is, dat hij in

staat is om zelf beslissingen te nemen over de zorg die hem geboden wordt. Pas als een deskundige zorgverlener heeft vastgesteld dat de cliënt niet in staat is om een bepaalde beslissing te nemen, kan hij na deze beoordeling, ter zake wilsonbekwaam worden verklaard. Gevolg daarvan is dat een vertegenwoordiger van de cliënt de beslissing neemt.

NB: Ook cliënten met een vertegenwoordiger, zoals een mentor of een curator, zijn in beginsel wilsbekwaam en nemen zelf beslissingen over hun zorg. Is er twijfel over hun wilsbekwaamheid dan moet deze, net als bij andere cliënten, worden beoordeeld. Leidt deze beoordeling tot de conclusie dat de cliënt voor een bepaalde beslissing wilsonbekwaam is, dan neemt de mentor of curator het besluit.

### **[Voorbeeld]**

Menno (49) heeft een mentor. Vanaf het begin van de zorg zijn alle afspraken over de zorg daarom met de mentor gemaakt. In een overleg waarin het zorgplan van Menno wordt geëvalueerd, stelt de gedragswetenschapper dit aan de orde. Zij meent dat Menno zeer wel in staat is om een aantal beslissingen over de inrichting van de zorg zelf te nemen en dat tot nu toe te vanzelfsprekend is aangenomen dat Menno ter zake van alle zorgbeslissingen wilsonbekwaam is. Besloten wordt om de wilsbekwaamheid van Menno door een onafhankelijk gedragswetenschapper te laten beoordelen.

### *Zorgaanbieder wijst deskundigen aan*

De Wzd geeft aan dat de zorgaanbieder bepaalt welke zorgverleners binnen de instelling over voldoende deskundigheid beschikken om de wilsbekwaamheid van de cliënt te beoordelen. De Wzd bepaalt dat de zorgverlener die de beoordeling doet, onafhankelijk is ten opzichte van de cliënt, dit wil zeggen dat hij geen zorgrelatie heeft met de cliënt.

### *Standpunt VWS*

In het [Beleidsstandpunt 'Wet zorg en dwang en wilsonbekwaamheid'](#) gaat VWS nader in op de gewenste deskundigheid. VWS meent dat het gelet op het ingrijpend karakter van de beslissing om een cliënt wilsonbekwaam te verklaren, gewenst is dat de onafhankelijk deskundige die de toetsing verricht, behoort tot een van de beroepsgroepen die vanwege hun opleiding en vakgebied over het vereiste inzicht beschikken in het ziekteproces of de verstandelijke beperking en de gedragskundige aspecten daarvan. Dat zijn naar

1. Definitie van Biesart e.a. (1997).

het oordeel van VWS: artsen, gz-psychologen en orthopedagogen-generalist. Bij de toetsing behoren deze zorgverleners gebruik te maken van de gangbare richtlijnen.

#### *Beoordelen van wilsbekwaamheid*

Gelet op de omschrijving van wilsbekwaamheid richt het beoordelen van wilsbekwaamheid zich *niet* op de inhoud van het besluit van de cliënt maar op zijn beslissingsvaardigheid. Heeft hij de vaardigheden om het besluit te nemen? Hoe verloopt het afwegen van de informatie, het toepassen ervan op de eigen situatie en de weging van voor- en nadelen van de beslissing? Als de cliënt dat proces zorgvuldig doorloopt, is hij wilsbekwaam voor deze keuze. Ook als de cliënt een keuze maakt die een zorgverlener misschien niet zo verstandig vindt. Het toetsen van de beslissingsvaardigheid, of wilsbekwaamheid, van cliënten is niet eenvoudig. Hoe bepaal je of een cliënt de gevolgen van zijn beslissing overziet en of hij de gegeven informatie echt begrijpt? En is een voor een zorgverlener onbegrijpelijke of onverstandige beslissing van de cliënt een signaal dat de cliënt het proces van besluitvorming niet goed kan doorlopen, of is het een weloverwogen beslissing waarvoor de cliënt zelf de verantwoordelijkheid kan dragen en die de gedragswetenschapper vanwege het zelfbeschikkingsrecht moet accepteren?

#### *Gevolgen van de beoordeling van wilsbekwaamheid*

De gevolgen van de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt kunnen ingrijpend zijn. Wordt de cliënt voor een bepaald besluit wilsbekwaam geacht, dan neemt de cliënt zelf de beslissing en is hij ook zelf verantwoordelijk voor de gevolgen daarvan. Wordt de cliënt ter zake wilsbekwaam geacht, dan neemt de vertegenwoordiger van de cliënt de beslissing en is hij verantwoordelijk voor de gevolgen.

#### *Overleg met de vertegenwoordiger*

De Wzd geeft een procedure voor het toetsen van de wilsbekwaamheid. Voordat de gedragswetenschapper of de arts een beslissing over de wilsbekwaamheid neemt, overlegt deze met de vertegenwoordiger van de cliënt. Dit overleg is gericht op het bereiken van overeenstemming. Lukt het niet om overeenstemming te bereiken, dan wordt de beslissing over de wilsbekwaamheid genomen door een arts die bij de zorg aan de cliënt is betrokken. De gedragswetenschapper zou hem hierin kunnen adviseren.<sup>2</sup>

#### *Vastleggen in het dossier*

De zorgverantwoordelijke legt in het zorgplan vast:

- welk besluit de door de zorgaanbieder aangewezen deskundige zorgverlener heeft genomen over de wilsbekwaamheid;
- in verband met welke te nemen beslissing de wilsbekwaamheid getoetst is;
- de datum en het tijdstip van het besluit van de aangewezen deskundige zorgverlener;
- of er overeenstemming is bereikt met de vertegenwoordiger van de cliënt;
- als er geen overeenstemming is bereikt: het besluit over de wilsbekwaamheid van de arts die bij de zorg aan de cliënt is betrokken.

2. Op dit moment (juni 2020) ligt een wetsvoorstel ter consultatie waardoor de beslissing over de wilsbekwaamheid, als het overleg met de vertegenwoordiger niet tot overeenstemming leidt, wordt genomen door een onafhankelijk, dus niet bij de zorg aan de cliënt betrokken, BIG-geregistreerde deskundige. Het wetsvoorstel moet nog worden behandeld door beide Kamers, mochten zij instemmen dan wordt invoering van deze regeling medio 2021 verwacht.

NB: De zorgverantwoordelijk informeert de Wzd-functionaris over het overleg met de vertegenwoordiger van de cliënt en over het besluit over de wilsbekwaamheid.

## 3.2 DE VERTEGENWOORDIGER VAN DE CLIËNT

Wordt de cliënt voor een bepaald besluit wilsbekwaam geacht, dan moet iemand anders hem vertegenwoordigen bij het te nemen besluit. Achtereenvolgens komen de volgende personen in aanmerking om als vertegenwoordiger van de cliënt op te treden:

- de door de rechter benoemde curator of mentor van de cliënt;
- is er geen curator of mentor, dan is vertegenwoordiger van de cliënt de (meerderjarige) persoon die door de (toen nog wilsbekwame) cliënt schriftelijk is gemachtigd om als zijn vertegenwoordiger op te treden;
- is er geen schriftelijk gemachtigde dan kan een echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt als vertegenwoordiger optreden;
- is er geen echtgenoot / partner / levensgezel, of kan of wil deze niet als vertegenwoordiger optreden, dan kan de ouder, het kind, de broer of zus, of de grootouder of het kleinkind als vertegenwoordiger optreden, voor zover deze meerderjarig is en bereid is deze taak op zich te nemen.

Als vertegenwoordiger van de cliënt kunnen *niet* optreden de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, de zorgverlener die bij de zorg aan de cliënt is betrokken en in geval van verblijf andere personen die werkzaam zijn in de accommodatie waar de cliënt verblijft.

De zorgaanbieder moet er voor zorgen dat alle cliënten die onder het bereik van de Wzd vallen, een vertegenwoordiger hebben. Heeft de cliënt geen vertegenwoordiger, of zijn de hierboven genoemde personen niet bereid of in staat om als vertegenwoordiger op te treden, dan moet de zorgaanbieder de rechtbank verzoeken om een mentor voor de cliënt te benoemen.

#### **[voorbeeld]**

Lisa (25) heeft een licht verstandelijke beperking, ze woont in de wijk en is naar het oordeel van de deskundigen in staat om zelf beslissingen te nemen over de zorg die haar wordt verleend.

Op basis van de Wzd moet er, ondanks haar wilsbekwaamheid, toch een vertegenwoordiger voor haar worden aangewezen omdat de zorgaanbieder verplicht is er voor te zorgen dat iedere cliënt een vertegenwoordiger heeft. Daarom gaat de begeleiding met Lisa in gesprek om een contactpersoon uit te kiezen voor het geval er iets gebeurt waardoor ze niet zelf kan beslissen. Samen besluiten ze dit aan de zus van Lisa te vragen.

#### *Positie van de vertegenwoordiger*

Zoals hierboven al is aangegeven, het feit dat alle Wzd-clieënten een vertegenwoordiger moeten hebben, wil niet zeggen dat deze vertegenwoordiger alle beslissingen voor de cliënt neemt en al zijn rechten uitoefent. Ook voor een cliënt met een vertegenwoordiger geldt de regel dat hij wilsbekwaam wordt geacht, tenzij een deskundige zijn wilsbekwaamheid ter zake heeft vastgesteld.

Is de cliënt wilsbekwaam dan kan de vertegenwoordiger een adviserende rol hebben; de cliënt neemt zelf de beslissing. Hier ligt een taak voor gedragswetenschappers om te bewaken dat de vertegenwoordiger de cliënt voldoende ruimte biedt om zijn eigen besluit te nemen.

Is de cliënt ter zake wilsbekwaam dan neemt de vertegenwoordiger de beslissing. De gedragswetenschapper heeft deze beslissing te respecteren ook in die gevallen dat een andere beslissing in de ogen van de gedragswetenschapper beter zou zijn geweest. De wet stelt aan de vertegenwoordiger de eis dat hij zich opstelt als een goed vertegenwoordiger van de cliënt en dat hij de cliënt zo veel mogelijk bij de te nemen beslissingen betreft.<sup>3</sup>

#### *Recht op informatie*

De vertegenwoordiger van de cliënt heeft recht op informatie en recht op inzage in en afschrift van het dossier, voor zover het gaat om onderwerpen en besluiten waarvoor de cliënt wilsbekwaam is. Voor het verstrekken van deze informatie is geen toestemming van de cliënt nodig.

Voor inzage / afschrift en verstrekken van andere informatie die niet raakt aan deze onderwerpen, is wel toestemming nodig van de cliënt die 16 jaar of ouder is.

NB:

- De Wzd bepaalt dat de zorgaanbieder de vertegenwoordiger moet informeren over zijn rechten, zoals het recht op informatie, op ondersteuning door de cvp en het recht om een klacht in te dienen.
- Cliënten van 16 (niet 18!) jaar en ouder zijn wilsbekwaam. Zij nemen zelfstandig beslissingen over de zorg en oefenen ook hun rechten zelfstandig uit, tenzij een deskundige hun wilsbekwaamheid ter zake heeft vastgesteld. Voor cliënten tot 16 jaar geldt een andere regeling. Meer hierover staat in [hoofdstuk 6](#).

#### **[voorbeeld]**

De mentor van de ter zake wilsbekwame Joan (74) stemt in met haar behandeling.

*Omdat de cliënt wilsbekwaam ter zake is, neemt de mentor van Joan de beslissing.*

De moeder van de 33-jarige Ilse, die haar vertegenwoordiger is, stemt niet in met een bepaalde vorm van zorg voor haar dochter. Ilse zelf wenst de zorg wel. Een gedragswetenschapper heeft een jaar geleden geoordeeld dat Ilse wilsbekwaam is voor dit type beslissingen. De moeder protesteert, ze meent dat haar dochter niet goed meer in staat is om dit type beslissingen te nemen.

*De wilsbekwaamheid van Ilse moet opnieuw worden beoordeeld*

3. Alleen in zeer uitzonderlijke gevallen – als de vertegenwoordiger met zijn besluit de belangen van de cliënt overduidelijk schaadt, hebben gedragswetenschappers en andere zorgverleners op basis van ‘goed hulpverlenerschap’ de mogelijkheid om een beslissing van een vertegenwoordiger naast zich neer te leggen. Uiteraard is dat een allerlaatste optie waaraan zorgvuldig overleg met de vertegenwoordiger en met de cliënt vooraf gaat.

*omdat de vertegenwoordiger van de cliënt twijfelt over haar wilsbekwaamheid. Indien hieruit volgt dat Ilse wel wilsbekwaam is en haar moeder zich tegen deze beslissing blijft verzetten, wordt de uiteindelijke beslissing over de wilsbekwaamheid genomen door de bij Ilse betrokken arts.*

### 3.3 HERKENNEN VAN VERZET

Als de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt met de zorg, is er sprake van verzet. De Wzd geeft geen omschrijving van het gedrag waaruit blijkt dat de cliënt niet instemt met de zorgverlening. Wel wordt uit de memorie van toelichting bij de Wzd<sup>4</sup> duidelijk dat het gaat om ‘gedrag waaruit blijkt dat de cliënt de zorg ervaart als niet goed voor hem’. Daarmee geeft de Wzd de zorgverlener de taak om gedrag van de cliënt als ‘verzet’ te herkennen en te analyseren.

De Wzd verlangt alertheid op de behoefte van de cliënt die schuilgaat achter zijn gedrag, zowel om verzet te herkennen, als ook om verzet te voorkomen. Wat het extra ingewikkeld maakt, is dat het gedrag van de cliënt dat er uit ziet als verzet niet altijd verzet hoeft te zijn, het kan ook een eerste reactie zijn op een nieuwe, onbekende vorm van zorgverlening die na gewenning als goed wordt ervaren. Een gedragswetenschapper beschikt over de deskundigheid om een onderscheid te maken tussen de verschillende oorzaken van gedrag.

#### 3.3.1 UITINGEN VAN GEDRAG

Een van de benaderingswijzen om ordening aan te brengen in de diversiteit van de uitingen van gedrag, is een (sterk vereenvoudigde) indeling van het neurocognitief-functioneren. Op basis van onderstaande gedragsuitingen kan een gedragsanalyse opgesteld worden waaruit blijkt of sprake is van verzet en of dat verzet wellicht voorkomen kan worden.

##### 1. Reflexmatig functioneren

Bij reflexmatig functioneren reageert de persoon op fysieke beschadiging die waargenomen wordt door pijn. Het gedrag dat hierop volgt is gericht op het verder voorkomen van beschadiging. Dit gebeurt in een reflex gericht op het vergroten van de kans om te overleven.

##### 2. Associatief functioneren

Bij associatief functioneren tracht een persoon fysieke beschadiging voor te zijn. Men maakt gebruik van de mogelijkheid om kenmerken van de omgeving of omstandigheden, waar te nemen die worden geassocieerd met eerdere bedreigende of beschadigende ervaringen. Deze associaties roepen angst op en op angst volgt een toename van spanning, arousal. Hierop kan basaal overlevingsgedrag volgen in de vorm van: vluchten, vechten of bevriezen.

#### **Voorbeeld**

Wilma (76) ervaart angst als zij door een zorgverlener gewassen wordt in de schaamstreek. Dit door eerdere negatieve ervaringen in haar leven. Wilma tracht weg te draaien of af te weren. Wordt dit verzet niet opgemerkt dan zal Wilma een volgende keer al angstig zijn als de zorgverlener aan het bed verschijnt. De feitelijke oorsprong van dit ‘zorgweigeren’ is dan niet meer zichtbaar.

Een ander gevolg van angstbeleving is dat met de toename van angst ook de arousal toeneemt in het lichaam. Arousal bereidt het lichaam voor op overlevingsgedrag: vluchten, vechten of bevriezen. Eén van de vele lichamelijke reacties ten gevolge van arousal is dat de meer primitieve, snelle, cognitieve functies voorrang krijgen op de hogere, tragere, cognitieve functies.

#### Voorbeeld

Denk aan de cliënt die in de tandartsstoel zit en zijn hoofd wegdraait als de tandarts met een instrument de mond in wil, terwijl de cliënt de behandeling van de tandarts weloverwogen wenst.

Arousal treedt duidelijker op bij cliënten die cognitief beperkt zijn. Tijdelijk hebben de nog aanwezige hogere cognitieve vaardigheden geen invloed op het gedrag, de cliënt is nog verder cognitief beperkt. Zorgverleners dienen zich dit vooral te realiseren als het overlevingsgedrag dat vertoond wordt 'vechten' is, dat wil zeggen agressie. Vaak wordt op basis van het bekende cognitieve niveau, in rust, meer intentie, meer doelbewust handelen aan het gedrag van de cliënt toegeschreven dan feitelijk het geval is gelet op het actuele cognitief functioneren. Een cliënt kan dan verantwoordelijk gehouden worden voor iets waar hij feitelijk geen invloed op heeft.

### 3. Formeel kennend functioneren

Zodra iemand gaat beschikken over een formele geheugenfunctie, krijgt het ook de mogelijkheid zintuiglijke waarnemingen uit de omgeving te herkennen en daaraan andere kennis uit eerdere ervaringen te koppelen. Dit herkennen maakt het mogelijk bepaalde situaties of ervaringen als 'goed', als gewenst te herkennen.

#### Voorbeeld

Het herkennen van de mededeling 'Het is tijd om te gaan douchen' en het herkennen van de douche en het stromend water, maken dat ook de kennis van het uitkleden actief wordt. Het geholpen worden met uitkleden ervaart de cliënt daardoor ook als goed. Terwijl het op een ander moment heel beangstigend zou zijn om uitgekled te worden.

Door het beschikken over een geheugen kan de cliënt ook tot de conclusie komen dat iets niet 'goed' is, zonder dat hij zelf een negatieve of beschadigende ervaring meegemaakt heeft. De cliënt heeft simpelweg geleerd dat het niet goed is. Dit betekent dat zaken herkend kunnen worden als zijnde 'niet goed', die in wezen niet bedreigend of beschadigend zijn. Verzet tegen deze zaken is dan niet een reactie tot overleven, maar een expressie van de persoon die de cliënt is en de leergeschiedenis die hij heeft meegemaakt.

Er speelt nog een tweede mechanisme: als iets niet herkend wordt, wordt dit snel ervaren als 'niet goed'. Bij mensen met cognitieve schade die van invloed is op het herkennen van zaken of op het geheugen, en zeker bij mensen met toenemende cognitieve schade, kan het niet herkennen of onzekerheid daarover een afwerende reactie, een 'niet goed' reactie oproepen. Zeker als de angst die ontstaat een verdere negatieve, functioneren verlagende, invloed heeft op het cognitief functioneren.

### 4. Abstract functioneren

Het abstract functioneren is het functioneren dat mensen in staat stelt complexe besluiten te nemen, afwegingen te maken, prioriteiten te stellen en verschillende alternatieve scenario's voor de toekomst te bedenken en daar tussen te kiezen. Het is met dit functioneren dat mensen kunnen bepalen wie zij willen zijn. Dit functioneren is het meest kwetsbaar voor de gevolgen van fysieke beschadiging van het brein en voor spanningen zoals angst.

Ook bij personen die nog gedeeltelijk gebruik kunnen maken van de mogelijkheid tot abstract functioneren, is het zaak bij het optreden van verzet te onderzoeken of er geen sprake is van negatieve omstandigheden die dit functioneren beïnvloeden. Hierbij moet gedacht worden aan o.a. stemmingsproblemen, angst en pijn. Ook moet in het kader van het onderzoek de vraag worden gesteld of het overvragen van de nog aanwezige cognitieve mogelijkheden geen, tijdelijk, negatief effect heeft.

#### 3.3.2 NADERE DUIDING VAN HET VERZET

Om gedrag te kunnen duiden als zijnde verzet, is het van belang dat de gedragswetenschapper zichzelf naast bovenstaande nog enige vragen stelt:

**Ten eerste:** kan het gedrag een reactie zijn op de verandering in de routine van de geboden zorg? En als dit het vermoeden is: is er dan sprake van het proces van gewenning of is sprake van verzet? Over het algemeen geldt dat bij cliënten die niet beschikken over het vermogen om zich een abstracte voorstelling te maken over een nieuwe situatie, of niet meer over de kennis of het herkenningsvermogen beschikken dat nodig is om een nieuw zorgaanbod als goed te herkennen, het zorgaanbod vijf tot zeven keer moet worden aangeboden, voordat kan worden vastgesteld of er sprake is van verzet of gewenning. Belangrijk is om systematisch te werk te gaan:

- de omstandigheden waaronder de zorg wordt aangeboden moeten gelijk blijven;
- de zorg wordt gestaakt als er spanning optreedt bij de cliënt en als hij een vorm van afweer vertoont;
- de zorgverlener blijft bij de cliënt totdat de spanning, zonder het zorgaanbod, weer is gedaald.

Ziet de zorgverlener in de loop van deze aanpak, na maximaal zeven keer, zeven dagen, een afname van de spanning, dan kan de zorgverlener telkens een stapje verder gaan met het aanbod. Ook al wordt het gehele zorgaanbod nog niet gerealiseerd, dan kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een noodzakelijk proces van gewenning en niet van verzet.

**Ten tweede:** is het gedrag een reactie op de wijze van zorgverlening of op het doel van de zorgverlening?

Als een cliënt niet meer gedoucht wil worden is de vraag of het hem gaat om het douchen of om de wijze waarop het douchen wordt aangeboden. Is de begeleiding nog te begrijpen, wordt de situatie nog herkend, begeleidt de zorgverlener in het juiste tempo, speelt pijn een rol? Een goede analyse kan duidelijk maken hoe de wijze van zorgverlening aangepast kan worden dat het beoogde doel, het welbevinden van de cliënt, toch bereikt wordt en de geboden zorg geaccepteerd.

Een **derde vraag** die gesteld moet worden is of het gedrag van acceptatie van de geboden zorg werkelijke acceptatie is, of dat hieronder toch een vorm van verzet schuil gaat?

Want elk zichtbaar gedrag van verzet verdwijnt uiteindelijk. Niet tijdig signaleren van gedrag dat mogelijk verzet is kan tot gevolg hebben dat feitelijk verzet onopgemerkt blijft. Hospitalisatie is zo'n vorm van 'schijn' acceptatie. Een andere vorm van 'schijn' acceptatie is dissociatie. Dit is een toestand van bescherming tegen psychisch lijden die we ook kennen bij mensen met ernstige aanhoudende gewelds- of misbruikervaringen. Een persoon die gedissocieerd is oogt van de buitenkant geheel passief, er is geen contact, er zijn (bijna) geen reacties.

#### Conclusie

Het herkennen van verzet en het voorkomen van verzet gaan hand in hand. Het gaat om het vermogen de vraag achter de vraag te herkennen. De behoefte van de cliënt te herkennen. Hierbij is het helpend om oog te hebben voor de kwaliteit van de interactie tussen de cliënt en de zorgverlener(s). Is de aard van de interactie qua contact, warmte, nabijheid en ontspanning tijdens momenten van zorgverlening of begeleiding gelijk aan de omgang tussen cliënt en zorgverlener(s) op het moment dat er geen noodzaak is voor begeleiding of zorgverlening? Of is de kwaliteit op de zorgmomenten beduidend minder. Is dat het geval dan is nader onderzoek gewenst. Een nader onderzoek betekent het krijgen van inzicht in zowel de beleving, normen en waarden van het zorgteam als in de persoonlijkheid van de cliënt, zijn copingstijlen, levenservaringen, levensloop en culturele achtergrond. Maar ook een gedegen inzicht, in de beperkingen en het cognitief functioneren van de cliënt is noodzakelijk. Pas dan is het mogelijk de vraag achter de vraag, de onvervulde behoefte van de cliënt te herkennen.

### 3.4 VERZET VAN DE WILS(ON)BEKWAME CLIËNT EN VAN ZIJN VERTEGENWOORDIGER

Er is sprake van verzet als een wilsbekwame cliënt zich tegen deze zorg verzet. Er is ook sprake van verzet als een wilsonbekwame cliënt zich tegen de zorg verzet en/of als de vertegenwoordiger van de wilsonbekwame cliënt zich tegen de zorg verzet.

Dit betekent dat er in geval van een wilsonbekwame cliënt in de volgende drie situaties sprake is van verzet:

- De vertegenwoordiger stemt niet in met de zorg en de wilsonbekwame cliënt toont verzet;
- De vertegenwoordiger van de wilsonbekwame cliënt gaat niet akkoord, terwijl de cliënt geen verzet toont;
- De vertegenwoordiger stemt in met de zorg maar de wilsonbekwame cliënt toont verzet.

NB: In [hoofdstuk 6](#) wordt nader ingegaan op de positie van cliënten tot 16 jaar en hun vertegenwoordigers in geval van verzet. De leeftijd van de cliënt is hierbij namelijk van belang.

#### [Voorbeelden]

De mentor van de ter zake wilsonbekwame Bette (71) heeft ingestemd met de toediening van medicatie. De medicatie is overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen en niet van invloed op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Bij de feitelijke toediening blijkt al snel dat Bette weigert de medicijnen in te nemen. Ze verzet zich ook tegen andere vormen van toediening van de medicatie. *Ook al heeft de mentor ingestemd met de medicatie, er is verzet tegen de zorg omdat de handelingsonbekwame cliënt zich feitelijk verzet tegen de toediening.*

De vertegenwoordiger van de ter zake wilsonbekwame Vivian (53) stemde vier weken geleden in met een bepaalde vorm van therapie voor Vivian. Zij trekt haar toestemming in omdat ze meent dat de therapie Vivian geen goed doet. Vivian zelf wil graag doorgaan met de therapie.

*Er is aanvankelijk instemming met de therapie, maar deze instemming vervalt enige weken later door het intrekken van de toestemming van de vertegenwoordiger. Er is nu sprake van verzet, ook al wil Vivian zelf wel naar de therapie.*



## IV. DE ZORGVERANTWOORDELIJKE EN DE WZD-FUNCTIONARIS

Dit hoofdstuk gaat in op twee rollen die gedragswetenschappers in de Wzd vaak vervullen; de rol van zorgverantwoordelijke die een coördinerende rol heeft in de vrijwillige én in de onvrijwillige zorg en de rol van Wzd-functionaris, die een toetsende en toezichhoudende functie heeft in geval van onvrijwillige zorg.

### 4.1 TAKEN VAN DE ZORGVERANTWOORDELIJKE

De taken die de Wzd aan de zorgverantwoordelijke opdraagt, en die in deze paragraaf worden beschreven, maken duidelijk dat de zorgverantwoordelijke een centrale en coördinerende rol heeft in de zorg aan de cliënt.

#### 4.1.1 Zorgplan

##### *Zorgplan met vrijwillige zorg*

De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig bijstellen van het zorgplan. Dit gebeurt in overleg met de cliënt en zijn vertegenwoordiger. Het zorgplan wordt telkens geëvalueerd als de zorgbehoefte van de cliënt daar aanleiding toe geeft. Dat gebeurt de eerste keer in ieder geval binnen vier weken en daarna minstens eens per zes maanden.

##### *Zorgplan met (ook) onvrijwillige zorg*

Blijkt aanpassing van het zorgplan noodzakelijk om ernstig nadeel voor de cliënt of voor anderen te voorkomen, dan organiseert de zorgverantwoordelijke een multidisciplinair overleg om te beoordelen of andere vormen van vrijwillige zorg dit nadeel kunnen afwenden. Blijkt dat niet mogelijk, dan biedt de Wzd de mogelijkheid van onvrijwillige zorg. Daarvoor volgt de zorgverantwoordelijke het stappenplan onvrijwillige zorg, zie daarover [hoofdstuk 5](#). Kort gezegd zorgt het stappenplan er voor dat onvrijwillige zorg pas in het zorgplan wordt opgenomen na multidisciplinair overleg en dat bij het overleg over verlenging van de onvrijwillige zorg steeds meer deskundigen en disciplines worden betrokken. Na het overleg legt de zorgverantwoordelijke het zorgplan ter toetsing voor aan de Wzd-functionaris. De eerste keer dat een zorgverlener de onvrijwillige zorg feitelijk wil toepassen, moet hij daarvoor toestemming vragen aan de zorgverantwoordelijke, tenzij dit vanwege de urgentie niet mogelijk is. In dat geval wordt de zorgverantwoordelijke zo spoedig mogelijk achteraf geïnformeerd.

#### 4.1.2 Communicatie met de cliënt en zijn vertegenwoordiger

Een kerntaak van de zorgverantwoordelijke is de communicatie met de cliënt en zijn vertegenwoordiger. Hij overlegt met hen over het zorgplan, over bijstellingen daarvan en over onvrijwillige zorg, hij zorgt dat de cliënt en zijn vertegenwoordiger worden uitgenodigd voor evaluaties en voor multidisciplinaire overleggen over onvrijwillige zorg en hij informeert de cliënt en zijn vertegenwoordiger over de rechten die zij hebben en over besluiten die over de zorg en over controlemaatregelen worden genomen.

#### 4.1.3 Besluiten over zorg die niet in het zorgplan is opgenomen

De hoofdregel van de Wzd is dat onvrijwillige zorg wordt verleend op basis van het zorgplan nadat multidisciplinair is besproken of verlening van onvrijwillige zorg nodig is. Soms kan echter ook onvrijwillige zorg verleend worden op basis van een besluit van de zorgverantwoordelijke.

Deze mogelijkheid bestaat als zich een situatie voordoet waarin het zorgplan redelijkerwijs niet kon voorzien, in de periode waarin nog geen zorgplan is vastgesteld en in geval van controlemaatregelen vanwege een gegronde vermoeden van de aanwezigheid van verboden en gevaarlijke voorwerpen.

##### *a. Onvrijwillige zorg waarin het zorgplan niet kon voorzien*

De zorgverantwoordelijke beoordeelt in een situatie waarin redelijkerwijs niet voorzien kon worden bij het opstellen van het zorgplan, of sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt of voor iemand anders. Indien dat het geval is, beoordeelt hij of onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen en of het doel van onvrijwillige zorgverlening (voorkomen van ernstig nadeel) zwaarder weegt dan het nadeel (zorg verlenen die de cliënt niet wil). Is beide het geval en zijn geen minder ingrijpende maatregelen mogelijk om ernstig nadeel te voorkomen, dan kan de zorgverantwoordelijke concluderen dat verlening van onvrijwillige zorg noodzakelijk is. De zorgverantwoordelijke beoordeelt vervolgens of op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht op de onvrijwillige zorgverlening en hij bepaalt gedurende welke periode de onvrijwillige zorg mag worden verleend. De zorgverantwoordelijke legt zijn besluit schriftelijk vast.

Onvrijwillige zorg op basis van een besluit van de zorgverantwoordelijke mag niet langer worden verleend dan strikt noodzakelijk is en nooit langer dan twee weken. Deze beoordeling en de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend legt de zorgverantwoordelijke vast in het dossier. De periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend buiten het zorgplan om kan niet worden verlengd.

Als naar verwachting na het verstrijken van die periode nog steeds onvrijwillige zorgverlening nodig is, dan zal het zorgplan tijdig moeten worden aangepast, zodat de onvrijwillige zorgverlening op basis van het zorgplan kan worden voortgezet.

Een gedragswetenschapper die zorgverantwoordelijke is en die buiten het zorgplan om onvrijwillige zorg wil verlenen die medisch / therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting betreft, overlegt over zijn besluit tot onvrijwillige zorgverlening met de behandelend arts. Verder informeert de zorgverantwoordelijke, zo mogelijk vooraf, de Wzd-functionaris over zijn besluit om onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om mogelijk te maken. De zorgverantwoordelijke informeert, eveneens zo mogelijk vooraf, de cliënt en zijn vertegenwoordiger.

NB: De in deze paragraaf beschreven procedure is ook van toepassing als op vrijwillige basis buiten het zorgplan om de volgende vormen van zorg worden verleend aan een wilsonbekwame cliënt:

- toediening van psychofarmaca in afwijking van de geldende professionele richtlijn;
- beperking van de bewegingsvrijheid;
- insluiting.

*b. Onvrijwillige zorg als nog geen zorgplan is vastgesteld*

Het zorgplan moet binnen zes weken na aanvang van de zorgverlening worden vastgesteld. In de periode waarin het zorgplan nog niet is vastgesteld kan de zorgverantwoordelijke besluiten om onvrijwillige zorg toe te passen in noodsituaties. Een noodsituatie is aan de orde als sprake is van ernstig nadeel voor de cliënt of iemand anders. In deze situatie is er sprake van een acute, kortdurende noodsituatie waarin op grond van goed hulpverlenerschap kan worden gehandeld. De zorgverantwoordelijke gaat in dit geval op dezelfde wijze te werk als wanneer hij besluit tot onvrijwillige zorgverlening in situaties waarin het zorgplan redelijkerwijs niet kon voorzien.

*c. Controlemaatregelen*

Zoals in hoofdstuk 2 al bleek voorziet de Wzd in een specifieke regeling voor de toepassing van controlemaatregelen in situaties waarin de zorgverantwoordelijke 'het gegronde vermoeden' heeft dat zich binnen de accommodatie voorwerpen bevinden die de cliënt niet in zijn bezit mag hebben of die een aanzienlijk risico op ernstig nadeel veroorzaken. In dergelijke situaties kan de zorgverantwoordelijke beslissen dat:

- de cliënt wordt onderzocht aan kleding of lichaam;
- de woon- of verblijfsruimte van de cliënt wordt onderzocht op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- voor de cliënt bestemde poststukken worden onderzocht.

Het besluit tot toepassing van deze controlemaatregelen hoeft pas achteraf te worden vastgelegd en ook de Wzd-functionaris wordt pas achteraf geïnformeerd.

NB: In situaties die aanleiding geven om te overwegen om onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om te verlenen, is snelle besluitvorming van belang. Dit impliceert dat voorzien moet zijn in waarneming van de zorgverantwoordelijke tijdens diens afwezigheid. Niettemin zijn acute noodsituaties denkbaar waarin een zorgverlener onvrijwillige zorg moet toepassen om ernstig nadeel te voorkomen, zonder dat een zorgverantwoordelijke hiertoe besloten heeft. In zo'n geval rechtvaardigt goed hulpverlenerschap de toepassing van onvrijwillige zorg.

#### 4.1.4 Meldplicht ernstig tekortschietende zorg

De zorgverantwoordelijke is verplicht een melding te doen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) als hij een gegrond vermoeden heeft dat de onvrijwillige zorg ernstig tekort schiet. Een melding moet volgens de Wzd ook worden gedaan als er al een oplossing is gevonden voor de ernstig tekortschietende zorg. De zorgaanbieder is zelf ook verplicht om een gegrond vermoeden van ernstig tekortschietende onvrijwillige zorg te melden. Daarom is het noodzakelijk dat de zorgaanbieder regelt dat deze vermoedens intern gemeld worden. De organisaties die het profiel Wzd-functionaris hebben opgesteld zijn van mening dat een gegrond vermoeden van ernstig tekortschietende onvrijwillige zorg bij voorkeur intern gemeld behoort te worden, tenzij degene die verplicht is tot melden van

mening is dat er redenen zijn waarom dit niet van hem kan worden verlangd. In dat geval meldt hij zijn gegronde vermoeden direct bij de IGJ.

#### 4.1.5. Dossiervorming

De Wzd draagt de zorgverantwoordelijke op om een dossier in te richten in verband met de zorg aan de cliënt. Daarin moet aantekening worden gemaakt van alles wat relevant is voor de zorg: beoordelingen van wilsbekwaamheid, besluiten over zorgplannen, uitkomsten van multidisciplinair overleg, enzovoort. Ook bepaalt de Wzd dat de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, het CIZ, de burgemeester en de officier van justitie het aan de zorgverantwoordelijke moeten melden als zij zonder toestemming van de cliënt over hem hebben overlegd. De zorgverantwoordelijke moet hiervan namelijk een aantekening maken in het dossier.

#### 4.1.6 Informeren van de Wzd-functionaris

Omdat de Wzd-functionaris een toetsende taak heeft bij onvrijwillige zorg, moet de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris over alle besluiten en (eerste) toepassingen van onvrijwillige zorg informeren. Daarnaast moet de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris ook informeren over de in hoofdstuk 3 beschreven controlemaatregelen en over de beoordelingen van de wilsbekwaamheid van een cliënt. Zie voor een volledig overzicht van de meldingen die de zorgverantwoordelijke aan de Wzd-functionaris moet doen het Profiel Zorgverantwoordelijke.

## 4.2 BENOEMING EN POSITIE

Gelet op de Wzd en het Besluit zorg en dwang kan de rol van zorgverantwoordelijke door een groot aantal zorgverleners worden vervuld zoals o.a.: pedagogen, psychologen, verpleegkundigen, artsen, verzorgenden IG en persoonlijk begeleiders gehandicaptenzorg. Voor een volledig overzicht zie het Besluit zorg en dwang. De zorgaanbieder, die de taak heeft om te bepalen welke zorgverleners van zijn instelling de rol van zorgverantwoordelijke kunnen vervullen, heeft daarmee veel vrijheid om te bepalen welke zorgverleners voor welke cliënt gekwalificeerd is om als zorgverantwoordelijke te fungeren. Daarbij betreft de zorgaanbieder de aard en de complexiteit van de zorg voor de cliënt en de kwalificaties en de ervaring van de zorgverlener.

#### *Geen combinatie van rollen t.a.v. dezelfde cliënt*

Een zorgverantwoordelijke kan t.a.v. dezelfde cliënt niet ook vanuit een andere rol, bijvoorbeeld van Wzd-functionaris of interne of externe deskundige, betrokken zijn bij de besluitvorming over de onvrijwillige zorg.

#### *Bereikbaarheid, vervanging*

Gelet op de taken van de zorgverantwoordelijke adviseren de organisaties die de het profiel zorgverantwoordelijke hebben opgesteld de zorgaanbieders om er zorg voor te dragen dat er 7x24 uur een zorgverlener bereikbaar is die gekwalificeerd is om als zorgverantwoordelijke te worden aangewezen.

## 4.3 TAKEN VAN DE WZD-FUNCTIONARIS

De kerntaak van de Wzd-functionaris is er op toezien dat de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg wordt ingezet en dat deze zo tijdig als mogelijk is wordt afgebouwd. Dat doet de Wzd-functionaris door zorgplannen te beoordelen, toezicht te houden op de uitvoering

van onvrijwillige zorg en door besluiten over verlof en ontslag te beoordelen van cliënten die zijn opgenomen met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling.

#### *Beoordelen van zorgplannen met onvrijwillige zorg*

Als de zorgverantwoordelijke het stappenplan heeft doorlopen en de onvrijwillige zorg heeft opgenomen in het zorgplan, zendt de zorgverantwoordelijke het zorgplan aan de Wzd-functionaris toe ter beoordeling.

Bij deze beoordeling gaat het allereerst om een toetsing aan de vier criteria voor onvrijwillige zorg:

- **Noodzakelijk:** Is de onvrijwillige zorg noodzakelijk om het ernstig nadeel af te wenden;
- **Minst ingrijpend:** is de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg gekozen gelet op het ernstig nadeel;
- **Doelmatig:** is de onvrijwillige zorg geschikt om het ernstig nadeel af te wenden?
- **Proportioneel:** is er een redelijke verhouding tussen de gekozen vorm van onvrijwillige zorg en het ernstig nadeel dat moet worden afgewend?

Daarnaast beoordeelt de Wzd-functionaris de wijze waarop in het zorgplan wordt voorzien in de afbouw van de onvrijwillige zorg. Meent de Wzd-functionaris dat het zorgplan aanpassing behoeft, bijvoorbeeld omdat onvrijwillige zorg niet nodig is, of omdat de gekozen vorm niet geschikt is, dan zal in de meeste gevallen overleg tussen de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke tot overeenstemming over het zorgplan leiden. Zou dat onverhoopt niet lukken, dan geeft de visie van de Wzd-functionaris de doorslag; de Wzd bepaalt dat de zorgverantwoordelijke het zorgplan moet aanpassen op aanwijzing van de Wzd-functionaris.

#### *Toezicht houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg*

Hoe de Wzd-functionaris toezicht houdt op de uitvoering van de onvrijwillige zorg laat de Wzd over aan de zorgaanbieder. Deze dient in het beleidsplan onvrijwillige zorg - dat iedere zorgaanbieder die onvrijwillige zorg biedt moet vaststellen - te beschrijven hoe het toezicht door de Wzd-functionaris feitelijk vorm wordt gegeven. Op basis van dit beleidsplan kan de zorgverantwoordelijke zo nodig in het zorgplan van een individuele cliënt vastleggen hoe het toezicht in de concrete situatie van de betreffende cliënt vorm krijgt.

Een belangrijk toezichtinstrument wordt gevormd door de verschillende informatieverplichtingen die de zorgverantwoordelijke heeft ten opzichte van de Wzd-functionaris in geval van onvrijwillige

zorg. Mede op basis van deze informatie beslist de Wzd-functionaris of er aanleiding is om actie te ondernemen. Hetzelfde geldt voor klachten en signalen die de Wzd-functionaris bereiken via de cliëntvertrouwenspersoon over (algemene) tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van de onvrijwillige zorg.

#### *Meldplicht ernstig tekortschietende onvrijwillige zorg*

Bij gegronde vermoedens van ernstig tekortschietende onvrijwillige zorg heeft de Wzd-functionaris, net als de zorgverantwoordelijke en de zorgaanbieder, de plicht om een melding te doen bij de IGJ.

#### *Toestemming voor verlof en ontslag*

Over (verzoeken voor) verlof en ontslag van cliënten die met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling zijn opgenomen, beslist de zorgaanbieder. Voor deze besluiten heeft de zorgaanbieder de toestemming nodig van de Wzd-functionaris.

## 4.4 BENOEMING EN ONAFHANKELIJKE POSITIE

Als Wzd-functionaris kan de zorgaanbieder aanwijzen: ter zake kundige artsen, gz-psychologen en orthopedagogen-generalist. Omdat voor de toetsende taak van de Wzd-functionaris een zekere mate van onafhankelijkheid vereist is, mag de zorgaanbieder de Wzd-functionaris geen aanwijzingen geven voor de inhoudelijke uitoefening van zijn functie. De organisaties die het [Profiel Wzd-functionaris](#) hebben opgesteld menen, in verband met de onafhankelijke positie, dat een Wzd-functionaris zijn functie niet kan combineren met het lidmaatschap van de raad van bestuur. Daarnaast moet de Wzd-functionaris in verband met zijn onafhankelijke positie bewaken dat hij niet in een andere hoedanigheid al is betrokken bij de besluitvorming over een zorgplan met daarin onvrijwillige zorg. Daarom kan een Wzd-functionaris t.a.v. dezelfde cliënt niet ook de rol vervullen van zorgverantwoordelijke, behandelend arts, deskundige van een andere discipline, niet bij de zorg betrokken deskundige of externe deskundige. Is de gedragswetenschapper als zorgverantwoordelijke of als deskundige van een andere discipline bij de besluitvorming over de onvrijwillige zorg betrokken, dan moet een andere Wzd-functionaris deze functie vervullen.

#### *Delegeren, mandateren en vervanging*

Een Wzd-functionaris kan zijn taken niet overdragen (delegeren) aan andere zorgverleners, of de uitvoering van deze taken aan anderen overlaten (mandateren). Wel is vervanging mogelijk door een waarnemend Wzd-functionaris.

# V. HET STAPPENPLAN ONVRIJWILLIGE ZORG

Dit hoofdstuk schetst het stappenplan voor besluitvorming over het opnemen van onvrijwillige zorg in het stappenplan.

## 5.1 DOEL STAPPENPLAN

Bij de beschrijving van de rollen van zorgverantwoordelijke en Wzd-functionaris in [hoofdstuk 4](#) bleek al dat voor het opnemen (en verlengen) van onvrijwillige zorg in het zorgplan een stappenplan moet worden doorlopen. Dit stappenplan zorgt er voor dat er multidisciplinair wordt overlegd voordat de onvrijwillige zorg in het zorgplan komt en dat er met regelmaat een nieuwe multidisciplinaire beoordeling volgt. In dit hoofdstuk worden de verschillende stappen van het stappenplan geschetst. Voor een gedetailleerde uitwerking van het stappenplan wordt verwezen naar het overzicht in bijlage 1.

### STAP 1

#### HEROVERWEGING / OPNAME VAN ONVRIJWILLIGE ZORG IN ZORGPLAN, 3 MAANDEN

Stelt de zorgverantwoordelijke vast dat het zorgplan niet meer in de zorgbehoefte van de cliënt voorziet én dat dit ernstig nadeel kan veroorzaken bij de cliënt of bij anderen, dan organiseert de zorgverantwoordelijke een multidisciplinair overleg met minstens één deskundige van een andere discipline dan die van de zorgverantwoordelijke en eventueel met de behandelend arts<sup>5</sup> om te bezien of andere vormen van vrijwillige zorg mogelijk zijn. De cliënt en zijn vertegenwoordiger worden uitgenodigd voor dit overleg en zij worden er attent op gemaakt dat zij zich daarbij kunnen laten ondersteunen door een cliëntvertrouwenspersoon (cvp). Daarbij wordt ook aangegeven hoe er contact met de cvp kan worden gelegd.

De Wzd noemt de vragen die in ieder geval aan de orde moeten komen bij de heroverweging:

- om welk ernstig nadeel gaat het en hoe groot is het risico op dit nadeel?
- waardoor wordt het gedrag veroorzaakt dat tot het ernstig nadeel leidt?
- welke rol speelt de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving?
- kan het ernstig nadeel worden voorkomen met vrijwillige zorg?

Blijkt vrijwillige zorg niet te volstaan, dan wordt in dit (of een volgend) multidisciplinair overleg verder gesproken over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Beoordeeld wordt of het ernstig nadeel zodanig is dat dit met onvrijwillige zorg dient te worden afgewend. Is onvrijwillige zorg noodzakelijk dan wordt de vraag gesteld welke geestelijke en lichamelijke effecten de onvrijwillige zorg kan

5. Voor alle multidisciplinaire overleggen geldt dat daarvoor ook de behandelend arts wordt uitgenodigd als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en de onvrijwillige zorg bestaat uit medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperkingen van de bewegingsvrijheid en insluiten. De behandelend arts moet toestemming geven voor deze opname van deze vormen van onvrijwillige zorg in het zorgplan.

hebben voor de cliënt en wat er kan worden gedaan om deze effecten weg te nemen of te verminderen. Daarna wordt getoetst of de gekozen vorm voldoet aan de vier criteria voor onvrijwillige zorg: noodzakelijk, minst ingrijpend, doelmatig en proportioneel. Voldoet de onvrijwillige zorg aan deze criteria dan moet nog de duur van de onvrijwillige zorg worden bepaald. Deze bedraagt maximaal drie maanden.

De zorgverantwoordelijke legt het zorgplan met de onvrijwillige zorg ter beoordeling voor aan de Wzd-functionaris.

NB: Op grond van de Wzd kan de zorg al worden uitgevoerd voordat de toetsing door de Wzd-functionaris heeft plaatsgevonden. Volgens de organisaties betrokken bij het [profiel Wzd-functionaris](#) (januari 2020) is dit, acute situaties uitgezonderd, een ongewenste situatie. Zij menen dat het van belang is dat de Wzd-functionaris een zorgplan beoordeelt binnen veertien dagen nadat het door de zorgverantwoordelijke aan hem is voorgelegd.

### STAP 2

#### EERSTE VERLENGING, 3 MAANDEN

Op basis van stap 1 kan maximaal drie maanden onvrijwillige zorg worden geboden. Is (gewijzigde) onvrijwillige zorg na drie maanden nog steeds nodig, dan volgt een multidisciplinair overleg, (uitgebreid deskundigenoverleg genoemd,) waaraan nu naast de deskundige van een andere discipline en eventueel een behandelend arts, ook een deskundige deelneemt die niet is betrokken bij de zorg aan de cliënt. Aan deze deskundige worden geen specifieke eisen gesteld. Van hem wordt een frisse blik verwacht omdat hij niet bij de zorg aan de cliënt betrokken is. Voor dit uitgebreid deskundigenoverleg worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger uitgenodigd, waarbij zij zich desgewenst kunnen laten ondersteunen door een cvp. In dit overleg komen dezelfde onderwerpen aan de orde als in het multidisciplinaire overleg bij stap 1.

Wordt de onvrijwillige zorg verlengd, dan legt de zorgverantwoordelijke het zorgplan ter beoordeling voor aan de Wzd-functionaris.

### STAP 3

#### TWEDE VERLENGING, 3 MAANDEN

Als na de tweede periode van drie maanden wordt geoordeeld dat onvrijwillige zorg nog steeds noodzakelijk is, kan de zorgverantwoordelijke de termijn waarbinnen onvrijwillige wordt verleend, verlengen met maximaal drie maanden. Deze drie maanden worden gebruikt om advies in te winnen bij een externe deskundige.

Deze externe deskundige kan een arts (SO of AVG), een psychiater, een gz-psycholoog, een orthopedagoog-generalist of een verpleegkundige zijn. Voorwaarde is dat de betreffende zorgverlener aantoonbare kennis en ervaring heeft op het terrein van afbouw van onvrijwillige zorg bij de doelgroep waartoe de cliënt behoort.

De externe deskundige mag niet betrokken zijn bij de zorgaanbieder en evenmin bij de zorg aan de cliënt. In afwachting van het advies blijft het zorgplan ongewijzigd, is er geen rol voor het uitgebreid deskundigen overleg en evenmin voor de Wzd-functionaris.

#### **STAP 4 DERDE VERLENGING, 6 MAANDEN**

In het uitgebreid deskundigenoverleg van de zorgverantwoordelijke, de deskundige van een andere discipline, eventueel een behandelend arts en een deskundige die niet is betrokken bij de zorg aan de cliënt, wordt het advies van de externe deskundige besproken. De Wzd laat open in welke vorm het advies van de externe deskundige wordt uitgebracht. Met het oog op de discussie in het uitgebreid deskundigenoverleg verdient het de voorkeur dat de externe deskundige in zijn advies beschrijft wat hij heeft onderzocht, wat zijn bevindingen zijn en hoe hij tot zijn advies is gekomen. Het advies is overigens niet bindend. Ook voor dit uitgebreid deskundigenoverleg worden de cliënt en zijn vertegenwoordiger uitgenodigd en zij worden gewezen op de ondersteuning die de cvp hen desgewenst kan bieden.

Leidt het overleg tot verlenging van onvrijwillige zorg in het zorgplan, dan legt de zorgverantwoordelijke het zorgplan weer ter beoordeling voor aan de Wzd-functionaris.

#### **STAP 5 IEDERE VOLGENDE VERLENGING, 6 MAANDEN**

Over de noodzaak van iedere volgende verlenging voert de zorgverantwoordelijke overleg in het uitgebreid deskundigenoverleg met de deskundige van een andere discipline, een deskundige die niet is betrokken bij de zorg aan de cliënt en eventueel de behandelend arts. De cliënt en zijn vertegenwoordiger worden voor het overleg uitgenodigd en zij worden gewezen op de cvp die hen kan ondersteunen.

NB:

Het staat de zorgverantwoordelijke vrij om meer deskundigen uit te nodigen voor de multidisciplinaire overleggen bij de verschillende stappen als dit voor een zorgvuldige afweging over de onvrijwillige zorg nodig is. Het stappenplan beschrijft het *minimaal* aantal deskundigen dat per stap deelneemt aan het overleg of dat advies uitbrengt.

## VI. SPECIFIEKE ASPECTEN VOOR JEUGD

In dit hoofdstuk wordt een aantal bepalingen uit de Wzd besproken dat specifiek geldt voor jeugdige cliënten. Aan de orde komen: de bepalingen over de leeftijden van jeugdigen in verband met wilsonbekwaamheid en verzet, de raakvlakken tussen de Wzd en de gesloten jeugdhulp en de voorwaardelijke machtiging voor jong volwassenen.

*NB: De regels van de Wzd zijn van toepassing op cliënten van alle leeftijden. De voorwaarden voor onvrijwillige zorg, de betekenis van wilsonbekwaamheid en verzet, de regels over het stappenplan, over de taken en rollen hierin en de bepalingen voor opname en verblijf gelden onverkort voor gedragswetenschappers die werken met jeugdige cliënten. Alles wat in de andere hoofdstukken van de handreiking wordt gezegd, is daarmee ook van belang voor hen.*

### 6.1 VERTEGENWOORDIGERS VAN MINDERJARIGE CLIËNTEN

#### *Cliënten vanaf 16 jaar*

Cliënten van 16 (niet 18!) jaar en ouder zijn wilsbekwaam. Zij nemen zelfstandig beslissingen over de zorg en oefenen hun rechten zelfstandig uit, tenzij een deskundige hun wilsonbekwaamheid ter zake heeft vastgesteld. Zie hierover [hoofdstuk 3](#). Voor cliënten die nog geen 16 jaar oud zijn, gelden andere regels.

#### *Cliënten tot 12 jaar*

Voor cliënten tot 12 jaar geldt dat hun gezaghebbende ouder(s) namens hen beslissingen nemen over de zorg en dat zij ook de rechten van hun kinderen uitoefenen. Heeft een cliënt geen gezaghebbende ouder, dan is de door de rechter benoemde voogd zijn vertegenwoordiger.

#### *Cliënten van 12 tot 16 jaar*

Voor cliënten die al wel 12 maar nog geen 16 jaar oud zijn, geldt dat zij, als zij wilsbekwaam ter zake zijn, samen met hun gezaghebbende ouder(s) (of hun voogd) beslissen.

Stelt een deskundige de wilsonbekwaamheid ter zake vast van een cliënt tussen 12 en 16 jaar, dan beslist of beslissen zijn gezaghebbende ouder(s) (of de voogd) namens hem.

#### **Korte schematische voorbeelden ter illustratie van de leeftijdscategorieën**

De ter zake wilsbekwame Hassan (12) stemt niet in met zijn behandeling, zijn gezaghebbende ouders stemmen wel in.  
*Er is onvrijwillige zorg want voor zorg aan een 12-16 jarige is, als hij ter zake wilsbekwaam is, niet alleen de toestemming van de ouders nodig maar ook die van de jongere.*

De gezaghebbende ouders van de ter zake wilsonbekwame Boris (14) gaan akkoord met de zorg. Boris stemt niet in.  
*Er is volgens de Wzd vrijwillige zorg omdat de ouders instemmen. De instemming van Boris is vanuit de Wzd gezien niet vereist want in geval van een 12-16 jarige geldt dat, als hij wilsonbekwaam ter zake is, zijn ouders voor hem beslissen.*

De gezaghebbende ouders van Els (8) zijn het niet eens over de behandeling van hun dochter. De moeder is akkoord maar de vader niet.

*Er is onvrijwillige zorg, want voor de zorg aan een kind dat nog geen 12 jaar oud is, is de toestemming van **beide** gezaghebbende ouders nodig.*

De ter zake wilsbekwame Sanne (13) stemt in met haar behandeling. Haar gezaghebbende vader stemt daar eveneens mee in, maar haar gezaghebbende moeder gaat niet akkoord.  
*Er is onvrijwillige zorg want voor de zorg aan een ter zake wilsbekwame 12-16 jarige is de instemming nodig van de jeugdige en haar **beide** gezaghebbende ouders.*

De ter zake wilsbekwame Alja (16) stemt in met de zorg. Haar beide gezaghebbende ouders stemmen niet in met de zorg.  
*Er is vrijwillige zorg want Alja beslist zelf over de zorg, want vanaf 16 jaar beslissen ter zake wilsbekwame jongeren zelf over de zorg.*

De ter zake wilsbekwame Salim (15) uit Syrië is zonder zijn ouders naar Nederland gekomen. Omdat zijn ouders feitelijk geen gezag uit kunnen oefenen, heeft de rechtbank een gecertificeerde instelling met de voogdij over Salim belast. De voogd stemt in met de zorg maar Salim gaat niet akkoord.  
*Er is onvrijwillige zorg, want voor de zorg aan een ter zake wilsbekwame 12 - 16 jarige is de toestemming nodig van de jeugdige én van zijn voogd.*

### 6.2 VERZET VAN DE WILS(ON)BEKWAME MINDERJARIGE CLIËNT EN VAN ZIJN VERTEGENWOORDIGER

Als een cliënt niet instemt met de zorg is er sprake van verzet.<sup>6</sup> In deze paragraaf gaat het specifiek om de vraag in welke gevallen er bij minderjarige cliënten sprake is van verzet. Dat is mede afhankelijk van hun leeftijd.

#### *Cliënt vanaf 16 jaar*

Bij een cliënt van 16 jaar of ouder is sprake van verzet als hij niet instemt met de zorg, ongeacht of hij ter zake wilsbekwaam is. Er is dus ook verzet als een wilsonbekwame cliënt van 16 jaar of ouder zich tegen de zorg verzet. En verzet is óók aan de orde als de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt vanaf 16 jaar niet instemt met de zorg.

6. meer over verzet, zie [hoofdstuk 3](#).

#### *Cliënt tussen 12 en 16 jaar*

Er is verzet als een wilsonbekwame jongere die al wel 12 maar nog geen 16 jaar oud is, zich tegen de zorg verzet. Ook als een van zijn gezaghebbende ouders of de voogd zich tegen deze zorg verzet, is er sprake van verzet. Als de jongere ter zake wilsonbekwaam is, is er verzet als één van zijn gezaghebbende ouders of voogden de zorg niet wenst. Als de wilsonbekwame jongere tussen 12 en 16 jaar zelf de zorg niet wenst, ziet de Wzd dit *niet* als verzet.

#### *Cliënt tot 12 jaar*

Er is verzet als een van de gezaghebbende ouders of voogd van het kind dat nog geen 12 jaar oud is, de zorg niet wenst.

NB: Als een kind tot 12 jaar de zorg zelf niet wil, wordt dit niet als verzet gezien.

#### **Korte schematische voorbeelden ter illustratie van de leeftijdscategorieën**

Omdat de ouders van Victor (8) zijn overleden, is zijn oom benoemd tot voogd. Deze oom van Victor stemt in met de zorg voor de jongen. Victor verzet zich heftig tegen deze zorg.  
*Er is geen verzet in de zin van de Wzd omdat de voogd met de zorg instemt en Victor zelf, vanwege zijn leeftijd, geen formele stem heeft.*

De ter zake wilsonbekwame Ilse (14) en haar gezaghebbende ouders stemden vier weken geleden in met een bepaalde vorm van therapie. Na drie sessies verschijnt Ilse niet meer op de therapie en ze laat ook duidelijk weten dat ze dat niet meer van plan is.

*Er is aanvankelijk vrijwillige zorg omdat beide gezaghebbende ouders en de 14-jarige Ilse instemmen met deze zorg. Daarna is er sprake van verzet omdat de ter zake wilsonbekwame 14-jarige Ilse de zorg niet meer wenst.*

De ter zake wilsonbekwame Yassin (15) laat duidelijk weten dat hij de zorg niet wenst. Zijn beide gezaghebbende ouders stemmen wel in met de zorg.

*Er is geen verzet in de zin van de Wzd omdat de gezaghebbende ouders met de zorg instemmen. Omdat Yassin tussen 12 en 16 jaar is en ter zake wilsonbekwaam, geldt het feit dat hij zelf niet instemt met de zorg in juridische zin niet als verzet.*

De ter zake wilsonbekwame Wouter (13) en zijn gezaghebbende vader stemmen in met de voorgestelde behandeling. De gezaghebbende moeder, die elders woont, laat weten dat ze niet instemt met deze zorg aan haar zoon.

*Ook al wil Wouter zelf de zorg wel, er is sprake van verzet omdat zijn beide ouders ook met de zorg in moeten stemmen. Dat is niet het geval want zijn moeder geeft geen toestemming.*

## 6.3 AFBAKENING WZD EN JEUGDWET

Zowel de Wzd als de Jeugdwet kennen een regime op grond waarvan een jeugdige cliënt onvrijwillige zorg kan krijgen en kan worden opgenomen. De vraag kan zich dan voordoen welk regime en welke rechtspositie van toepassing zijn bij deze onvrijwillige zorg.

De Wzd is specifiek voor onvrijwillige zorg ingericht, waarbij ook in enige mate rekening wordt gehouden met de jeugdige leeftijd

van de cliënt. In de Jeugdwet gaat het wat betreft onvrijwillige zorg in het bijzonder om het regime voor gesloten jeugdhulp. Als jeugdhulp noodzakelijk is in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid ernstig belemmeren, en de opnemings- en het verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken, dan kan gesloten jeugdhulp worden verleend op basis van een (eventueel voorwaardelijke) machtiging gesloten jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet. Dan geldt het regime van de Jeugdwet voor de uitvoering van deze jeugdhulp.

Als bij jeugdige cliënten multi-problematiek aan de orde is, kan er sprake zijn van opgroei- en opvoedingsproblemen in combinatie met een verstandelijke beperking al dan niet een daarmee gepaard gaande psychische stoornis. Als het gedrag van een jeugdige als gevolg van zijn verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel, dan geldt de Wzd voor de uitvoering van de onvrijwillige zorg.

#### *Van gesloten jeugdhulp naar Wzd- machtiging*

Wordt voor een jeugdige die als gevolg van ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen op grond van een machtiging is opgenomen in een gesloten jeugdhulpinstelling een machtiging op grond van de Wzd verleend, dan kan de tenuitvoerlegging van de machtiging die is verleend op grond van de Jeugdwet worden geschorst door de jeugdhulpaanbieder. Dit wil zeggen dat de machtiging gesloten jeugdhulp als het ware op de waakvlam gaat in de periode dat de jeugdige op basis van een Wzd-machtiging, is opgenomen in een Wzd-accommodatie. Is verblijf in deze accommodatie niet langer nodig, dan kan worden bezien of de machtiging gesloten jeugdhulp weer 'aan' moet worden gezet zodat de jeugdige terugkeert naar de gesloten jeugdhulp. Is dat niet nodig, dan kan de machtiging gesloten jeugdhulp geschorst blijven tot aan het einde van de duur van de machtiging.

NB:

Tijdens de schorsing loopt de duur van de machtiging gesloten jeugdhulp door. Daarom zal in sommige gevallen de machtiging gesloten jeugdhulp geëindigd zijn als het verblijf in de Wzd-accommodatie niet langer nodig is. In dat geval moet worden beoordeeld of er een nieuwe (eventueel voorwaardelijke) machtiging gesloten jeugdhulp noodzakelijk is, of als de cliënt inmiddels 18 jaar is geworden, een voorwaardelijke machtiging jongvolwassenen.

#### *Tijdens de procedure bij de rechter*

Blijkt tijdens de behandeling van een verzoek om een machtiging tot plaatsing in een gesloten jeugdhulpinstelling bij de rechter dat een machtiging op grond van de Wzd noodzakelijk is, dan kan de rechter de zaak aanhouden. Dit aanhouden van het verzoek biedt de gelegenheid om het verzoek aan te passen en in te dienen als een verzoek om een rechterlijke machtiging in het kader van de Wzd. Wel is daarvoor noodzakelijk dat iemand daartoe bij het CIZ een aanvraag indient en de noodzakelijke informatie aanlevert zoals o.a. een medische verklaring.

In een situatie waarin tijdens de behandeling van een verzoek om een machtiging gesloten jeugdhulp blijkt dat een machtiging op grond van de Wzd noodzakelijk is, kan de rechter ook het verzoek om een machtiging gesloten jeugdhulp afwijzen zodat een nieuwe procedure kan worden gestart voor een Wzd-machtiging. Ook is mogelijk dat het verzoek wordt ingetrokken en de procedure wordt gestaakt, en dat daarna de procedure voor een Wzd-machtiging in gang wordt gezet.

## 6.4 VOORWAARDELIJKE MACHTIGING JONGVOLWASSENEN

Voor jongvolwassenen van 18 tot 23 jaar kan via het CIZ een voorwaardelijke machtiging jongvolwassenen bij de rechtbank aangevraagd worden. Doel van de voorwaardelijke machtiging is om enige tijd grip te houden op jongvolwassenen die dringend op jeugdhulp zijn aangewezen. Omdat zij meerderjarig zijn kan deze jeugdhulp niet meer in het gedwongen kader van de jeugdbeschermingsmaatregelen worden geboden, terwijl een gedwongen kader soms toch noodzakelijk is. Daarom voorziet de Wzd in deze mogelijkheid, althans voor zover het gaat om jongvolwassenen met een verstandelijke beperking. De jongvolwassene met een voorwaardelijke machtiging wordt niet opgenomen in een instelling. Wel moet hij zich aan bepaalde voorwaarden houden, zoals bijvoorbeeld medicatie gebruiken en hulp aanvaarden. Houdt de jongere zich niet aan de voorwaarden, of is het ernstig nadeel niet langer af te wenden buiten een instelling, dan kan de jongvolwassene worden opgenomen in de accommodatie die zich bij de afgifte van de voorwaardelijke machtiging bereid heeft verklaard om de jongvolwassene op te nemen.

Een voorwaardelijke machtiging kan worden afgegeven als:

- er sprake is van ernstig nadeel veroorzaakt door het gedrag van de cliënt dat het gevolg is van een verstandelijke beperking, al dan niet in combinatie met een psychische stoornis; én,
- alleen door het stellen van voorwaarden dit ernstig nadeel buiten een accommodatie kan worden afgewend; én,
- de cliënt al wel 18 maar nog geen 23 jaar oud is en de machtiging aansluit op de hem geboden jeugdhulp.

### *Procedure*

Een voorwaardelijke machtiging kan worden aangevraagd door:

- de jongvolwassene;
- de echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel van de jongvolwassene;
- de vertegenwoordiger van de jongvolwassene;
- de zorgaanbieder die de jongvolwassene feitelijk zorg biedt;
- de Wzd-functionaris.

De (schriftelijke) aanvraag van een voorwaardelijke machtiging wordt ingediend bij het CIZ. Op de website van het CIZ, [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl), staat exact omschreven welke informatie daarbij moet worden aangeleverd.

Op basis van de aanvraag zendt het CIZ, zo spoedig mogelijk, en in ieder geval binnen drie weken na ontvangst van de aanvraag, een verzoek om een voorwaardelijke machtiging aan de rechtbank. Het CIZ vermeldt in het verzoek de gewenste duur van de machtiging.

Besluit het CIZ om geen verzoek in te dienen, omdat het CIZ meent dat er niet wordt voldaan aan de eisen die de rechtbank aan een voorwaardelijke machtiging stelt, dan meldt het CIZ dit aan de aanvrager.

### *Duur en verlenging*

Een voorwaardelijke machtiging heeft een geldigheidsduur van maximaal een jaar, verlenging is mogelijk, telkens ook weer voor een periode van maximaal een jaar, voor zover nog steeds wordt voldaan aan alle voorwaarden. Ook het verlengingsverzoek loopt via het CIZ. Aan een verzoek om verlenging moet een verklaring van een onafhankelijk arts of psychiater worden toegevoegd evenals

een beschrijving van de zorgverantwoordelijke van de toestand van de cliënt, van de aan de jongvolwassene verleende zorg en van de effecten van deze zorg.

NB:

- De (verlengde) machtiging eindigt in ieder geval automatisch op de dag dat de jongvolwassene 23 jaar wordt.
- Een verzoek om verlenging moet door het CIZ bij de rechtbank worden ingediend uiterlijk 51 maar niet eerder dan 61 dagen voordat de duur van de lopende machtiging eindigt.

### *Opname en verblijf*

Blijkt dat het ernstig nadeel niet langer kan worden afgewend buiten een accommodatie, of houdt de jongvolwassene zich niet aan de voorwaarden, dan kan de zorgverantwoordelijke besluiten dat de jongvolwassene wordt opgenomen in de accommodatie van de zorgaanbieder die zich in het zorgplan bereid heeft verklaard tot opname en verblijf. Voordat de zorgverantwoordelijke hierover een besluit neemt, stelt hij zich op de hoogte van de actuele toestand van de cliënt en hij vraagt advies aan een externe deskundige die aantoonbare ervaring heeft in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg bij jongvolwassenen. De bedoeling is dat de externe deskundige een afhankelijk advies uitbrengt, daarom mag hij op geen enkele wijze werkzaamheden verrichten voor de zorgaanbieder en ook niet op een andere manier betrokken zijn bij de zorg aan de jongvolwassene.

De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt over zijn besluit en zendt een afschrift van zijn besluit aan het CIZ en aan de griffier van de rechtbank.

De onvrijwillige opname van de jongvolwassene duurt niet langer dan de resterende termijn van de voorwaardelijke machtiging en heeft een maximale duur van zes maanden.

Vanaf het moment dat de jongvolwassene is opgenomen, wordt de voorwaardelijke machtiging gezien als een rechterlijke machtiging tot onvrijwillige opname en verblijf.

NB:

- Ofschoon de Wzd dit niet verplicht stelt menen de organisaties die het [profiel zorgverantwoordelijke](#) hebben opgesteld dat de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris moet informeren over het voorgenomen besluit tot opname van de jongvolwassenen.
- De personen die een voorwaardelijke machtiging aan mogen vragen (zie onder Procedure) kunnen de zorgverantwoordelijke verzoeken om opname en verblijf van de jongvolwassene. Dit verzoek houdt in dat de zorgverantwoordelijke zich op de hoogte stelt van de situatie van de jongvolwassene en advies inwint bij een externe deskundige. Op basis daarvan neemt de zorgverantwoordelijke een besluit over het al dan niet opnemen van de jongvolwassene.
- De zorgverantwoordelijke informeert de jongvolwassene binnen vier dagen schriftelijk over de opname, tenzij de opname gebeurt op verzoek van de jongvolwassene zelf. Daarnaast informeert de zorgverantwoordelijke het CIZ en de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft afgegeven.
- De personen die bevoegd zijn om een voorwaardelijke machtiging aan te vragen (zie onder Procedure) kunnen het CIZ vragen om een beslissing van de rechter te verzoeken over het besluit van de zorgverantwoordelijke om een jongvolwassene op te nemen.



## VII. AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG

Dit hoofdstuk gaat over de aanvullende eisen die de Wzd stelt als de onvrijwillige zorg niet in een accommodatie maar ambulante setting wordt geboden, bijvoorbeeld thuis bij de cliënt. Voor ambulante onvrijwillige zorg gelden alle regels die in de vorige hoofdstukken ter sprake kwamen zoals het uitgangspunt 'Nee, tenzij' en besluitvorming over onvrijwillige zorg via het stappenplan. Als de onvrijwillige zorg ambulante wordt geboden gelden, aanvullend, extra eisen en voorwaarden voor de onvrijwillige zorg. Deze extra eisen en voorwaarden worden in dit hoofdstuk besproken. Opgemerkt wordt dat met name op het terrein van de ambulante onvrijwillige zorg nog veel in ontwikkeling is en dat nog niet op alle uitvoeringsvragen antwoord kan worden gegeven. Voor de actuele stand van zaken wordt verwezen naar de website [www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)

### 7.1 AMBULANT

Nieuw in de Wzd is dat onvrijwillige zorg niet alleen in een instelling kan worden geboden maar ook daarbuiten. Dit wordt ambulante onvrijwillige zorg genoemd. Ambulante zorg is Wzd-zorg die wordt geboden *buiten* de accommodatie van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld in een kleinschalige woonvorm, op de dagbesteding (Wmo), of bij de cliënt thuis.

Een zorgaanbieder is niet verplicht om ambulante onvrijwillige zorg te bieden. Deze maakt zelf de afweging of zijn organisatie in staat is om op een verantwoorde wijze buiten de accommodatie onvrijwillige zorg te bieden. Omgekeerd heeft een cliënt ook geen afdwingbaar recht op ambulante onvrijwillige zorg. Geeft de cliënt zijn voorkeur voor ambulante zorg aan, dan hoeft deze voorkeur niet gevolgd te worden als de zorgaanbieder van mening is dat de zorg aan deze cliënt niet op een goede en veilige wijze in een ambulante setting door de zorgaanbieder kan worden geboden.

Voor ambulante onvrijwillige zorg gelden onverkort alle regels die ook gelden als de zorg in een instelling wordt geboden.

*Alle negen vormen van onvrijwillige zorg ambulante mogelijk*

In het [Besluit zorg en dwang](#) is bepaald dat alle negen vormen van onvrijwillige zorg ook ambulante mogen worden toegepast. Wel stelt het [Besluit zorg en dwang](#) een aantal aanvullende voorwaarden aan ambulante onvrijwillige zorg. Deze zijn nodig omdat de omstandigheden bij ambulante zorg anders zijn dan wanneer de cliënt in een instelling verblijft. Zo is de aanwezigheid van andere zorgverleners en de bereikbaarheid van zorgverleners bij ambulante zorg minder vanzelfsprekend dan bij zorg die in een instelling wordt verleend.

De Wzd is alleen van toepassing als de zorg beroeps- of bedrijfsmatig wordt geboden.

#### [Voorbeelden]

De 84-jarige Elise is dementerend en wilsonbekwaam ter zake. Haar man Wouter (83) zorgt grotendeels voor haar, daarnaast krijgt ze Wlz-zorg. Elise gaat de laatste tijd vaak met haar kleren aan onder de douche staan. Om deze reden besluit Wouter om de badkamer deur op slot te draaien, er is een apart toilet dat beschikbaar blijft. Elise verzet zich tegen het afsluiten van de badkamerdeur.

*Echtgenoot Wouter zorgt grotendeels voor zijn vrouw Elise, vanwege de Wlz-indicatie is de Wzd van toepassing. Omdat mantelzorg Wouter degene is die de badkamer afsluit en niet de professionele zorgverlener hoeft er geen stappenplan te*

*worden doorlopen voor het beperken van de bewegingsvrijheid. Vanwege haar recente onrust krijgt Elise 'off label' medicatie voorgeschreven van de huisarts om haar te kalmeren en de situatie voor Elise en Wouter leefbaar te houden. Wanneer Wouter de medicatie probeert te geven gaat Elise hevig in verzet 'ik ben geen klein kind, dat heb ik niet nodig!', wanneer de professionals de medicatie aanbieden reageert ze heel anders; 'dank u zuster' en ze neemt ze zonder verzet in. De professionals geven de medicatie en Elise toont geen verzet. Maar de medicatie die ze geven is off label. Omdat het toedienen van deze medicatie een ingrijpende vorm van zorg is en omdat Elise ter zake wilsonbekwaam is, moet de zorgverantwoordelijke van de Wlz-zorg het stappenplan starten.*

### 7.2 AANVULLING VAN HET BELEIDSPAN

Indien een zorgaanbieder ambulante onvrijwillige zorg aanbiedt, dient op grond van het Besluit zorg en dwang in het beleidsplan aanvullend ook te worden ingegaan op de volgende zes thema's:

#### 1. Ambulant of opname

In het beleidsplan moet de zorgaanbieder beschrijven hoe binnen zijn organisatie wordt bepaald welke optie voor de cliënt het meest in zijn belang is: ambulante onvrijwillige zorg of opname en verblijf.

#### 2. Toezicht

De zorgaanbieder moet in het beleidsplan beschrijven hoe het toezicht op de veiligheid van de cliënt wordt geborgd, bijvoorbeeld door sensoren of andere domotica.

#### 3. (inschatten van risico's op) fysiek verzet

Omdat onvrijwillige zorg per definitie bestaat uit zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet, moet rekening worden gehouden met fysiek verzet van de cliënt en eventueel van zijn vertegenwoordiger. Daarmee kunnen risico's ontstaan voor de veiligheid van de zorgverlener en soms ook voor de veiligheid van de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Daarom moet de zorgaanbieder in het beleidsplan beschrijven hoe de risico's op fysiek verzet worden ingeschat en welke instructies zorgverleners krijgen over hoe om te gaan met fysiek verzet.

#### 4. Aanwezigheid meer zorgverleners

In het beleidsplan moet eveneens staan dat, voordat de zorg wordt verleend, in een multidisciplinair overleg op basis van een risico-inschatting, wordt bepaald hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn

als de onvrijwillige zorg feitelijk wordt verleend.

Bij deze beoordeling dienen onder meer de volgende factoren te worden betrokken:

- de vorm van de onvrijwillige zorg,
- de persoon en de aandoening van de cliënt,
- de sociale omgeving,
- de bekendheid met de reacties van de cliënt, en
- de aanrijdtijd van een collega-zorgverlener

#### 5. Bereikbaarheid zorgverlener

In het beleidsplan beschrijft de zorgaanbieder hoe wordt geborgd dat de zorgverlener bereikbaar is voor de cliënt en zijn naasten in geval van hulpvragen en hoe zij hierover worden geïnformeerd.

#### 6. Voorkomen van grensoverschrijdend gedrag van de zorgverlener

Omdat bij ambulante zorg het vaak zal voorkomen dat er geen derden aanwezig zijn als de zorgverlener zorg biedt aan de doorgaans kwetsbare cliënt, is de kans vrij groot dat niemand de zorgverlener aanspreekt op grensoverschrijdend gedrag. Daarom moet in het beleidsplan worden beschreven wat de zorgaanbieder doet om het risico op grensoverschrijdend gedrag van zorgverleners bij ambulante zorg te beperken.

### 7.3 BEREIKBAARHEID ZORGVERLENER

De tweede aanvullende voorwaarde die wordt gesteld aan ambulante onvrijwillige zorg heeft te maken met de bereikbaarheid van de zorgverleners. Een zorgaanbieder die deze vorm van zorg biedt, moet er voor zorgen dat een ter zake deskundige zorgverlener beschikbaar is voor verzoeken om hulp van de cliënt en zijn naasten. Deze zorgverlener moet ook buiten kantoortijden bereikbaar zijn en in staat zijn om zo nodig hulp te organiseren op de locatie waar de cliënt zich bevindt.

### 7.4 MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

Zoals hierboven al gezegd, voor ambulante onvrijwillige zorg gelden alle regels die ook voor intramurale onvrijwillige zorg gelden. Aanvullend stelt de Wzd als voorwaarde dat in multidisciplinaire overleggen die in het kader van het stappenplan worden gehouden altijd ook moet worden besproken:

- of toezicht op de veiligheid van de cliënt noodzakelijk is en als dat het geval is, hoe dit toezicht concreet vorm krijgt; én

- of het noodzakelijk is dat meer zorgverleners bij het verlenen van onvrijwillige zorg aanwezig zijn.

De [toelichting op het Besluit zorg en dwang](#) maakt duidelijk dat bij de vormgeving van het toezicht op de veiligheid van de cliënt ook moet worden gekeken of de familie en de naasten van de cliënt hierin een rol kunnen spelen. Het is denkbaar dat een deel van het toezicht wordt overgelaten aan een mantelzorger. De mantelzorger is hier overigens nooit toe verplicht. De zorgverantwoordelijke legt de uitkomsten van het overleg en de eventuele afspraken met de mantelzorger of de naaste over het toezicht vast in het dossier van de cliënt.

NB: De zorgaanbieder is niet verantwoordelijk voor het handelen van de mantelzorger maar moet zich er wel van vergewissen dat het met de aanwezigheid van de mantelzorger verantwoord is dat cliënt thuis blijft.

#### [Voorbeeld]

Bij de thuiswonende Boris (79) met beginnende dementie is het noodzakelijk om de keuken af te sluiten omdat Boris het gas aansteekt en vergeet om het uit te doen. Ook ziet hij de gevaren van scherpe voorwerpen zoals messen niet meer. De zorgverantwoordelijke vraagt Olga (79), de gezonde en vitale thuiswonende partner van Boris, om een deel van de tijd het toezicht op de veiligheid van haar man op zich te nemen o.a. door de keuken telkens zorgvuldig af te sluiten.

### 7.5 AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG BUITEN HET ZORGPLAN OM

De algemene regels voor onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om gelden ook in geval van onvrijwillige ambulante zorg, zie daarover [paragraaf 4.1](#). Aanvullend bepaalt het besluit zorg en dwang dat de zorgverantwoordelijke in het besluit over de onvrijwillige zorg die niet in het zorgplan staat ook moet vastleggen:

- hoe het toezicht op de veiligheid van de cliënt concreet vorm wordt gegeven; en
- hoeveel zorgverleners aanwezig dienen te zijn bij het uitvoeren van de onvrijwillige zorg.

# VIII. RAAKVLAKKEN WZD MET ANDERE WETTEN

In dit hoofdstuk worden de raakvlakken die de Wzd heeft met twee andere zorgwetten kort beschreven. Aan de orde komen de raakvlakken met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en met de Wet forensische zorg. Tot slot wordt nog ingegaan op de relatie tussen de Wzd en de beroepscode van gedragswetenschappers. De raakvlakken tussen de Wzd en de Jeugdwet worden besproken in [hoofdstuk 6](#). De raakvlakken tussen de Wzd en de Wet inzake de geneeskundige behandelovereenkomst zijn dermate complex dat zij zich niet lenen voor korte bespreking in dit hoofdstuk. Daarom wordt daarvoor verwezen naar de factsheet ['Wet zorg en dwang en de Wgbo'](#) op [www.dwanginzorg.nl](http://www.dwanginzorg.nl).

## 8.1 WZD EN DE WET VERPLICHTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het kan voorkomen dat een cliënt met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking ook een psychische stoornis heeft, of ontwikkelt. Of omgekeerd dat een cliënt met een psychische stoornis ook een verstandelijke beperking heeft of aan dementie lijdt. In dat geval is de vraag of de Wzd of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) van toepassing is.

Bij cliënten met multi problematiek zal het doorgaans de voorkeur verdienen dat de cliënt voor zijn bijkomende problematiek behandeld wordt in zijn vertrouwde omgeving, voor zover dat zorginhoudelijk verantwoord is. De Wzd en de Wvggz voorzien beide in de mogelijkheid om bijkomende problematiek uit het andere domein te behandelen. Een Wzd-client die een psychische stoornis ontwikkelt kan in de Wzd-accommodatie blijven en daar ook voor de psychische stoornis worden behandeld. Voorwaarde is dat de aandoening uit het andere domein, in dit geval de psychische stoornis, bijkomend is. Wordt de bijkomende problematiek voorliggend, dan moet worden vastgesteld welk regime het best aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt. Er kan altijd maar één regime tegelijk op een cliënt van toepassing zijn.

### *Voorliggend*

Een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een psychische stoornis is voorliggend als deze voor de zorgvraag op de voorgrond staat en de actuele zorgbehoefte van de cliënt bepaalt. Welke problematiek voorliggend is, dient door een ter zake medisch deskundige te worden beoordeeld. Bij de keuze van het toepasselijke regime is de zorgbehoefte van de cliënt leidend.

### *Van Wzd naar Wvggz*

Heeft een Wzd-client een bijkomende psychische stoornis, dan kan ook deze stoornis zo nodig in de vorm van onvrijwillige Wzd-zorg worden behandeld. Daarvoor dient het Wzd-stappenplan te worden doorlopen. Is het, vanwege de zorgbehoefte, noodzakelijk dat de Wzd-client overgaat naar de onvrijwillige setting van de geestelijke gezondheidszorg dan moet daarvoor, via de officier van justitie, aan de rechtbank een Wvggz-zorgmachtiging worden aangevraagd. Het zorgplan dat aan het verzoek moet worden toegevoegd bevat dan ook de noodzakelijke onvrijwillige zorg in verband met de psychogeriatrische aandoening of de verstandelijke beperking.

Heeft de Wvggz-client als bijkomende problematiek een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening, dan kan deze ook in het kader van de Wvggz worden behandeld, zo nodig ook in het gedwongen kader van de Wvggz.

Is of wordt de verstandelijke beperking of de psychogeriatrische aandoening van de Wvggz-client voorliggend, dan zal doorgaans een overgang naar een Wzd-accommodatie beter aansluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt. Er moet dan, via het CIZ, een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf worden aangevraagd. Als deze machtiging wordt afgegeven vervalt de zorgmachtiging van de Wvggz.

## 8.2 WZD EN DE WET FORENSISCHE ZORG

De Wet forensische zorg (Wfz) geeft regels voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg die in een strafrechtelijk kader aan cliënten wordt geboden. De Wfz biedt de strafrechter de mogelijkheid om, op eigen initiatief of op verzoek van de officier van justitie, een Wzd-machtiging af te geven voor gedwongen opname en verblijf van een verdachte of veroordeelde. Een dergelijke machtiging geeft de rechter af als hij meent dat de Wzd beter aansluit bij de zorgbehoefte van de verdachte of veroordeelde. De rechterlijke machtiging mag alleen worden afgegeven als aan alle voorwaarden van de Wzd wordt voldaan. Is de cliënt eenmaal opgenomen in de accommodatie, dan geldt het 'gewone' Wzd regime, met het stappenplan voor onvrijwillige zorg, enzovoort. Enige verschil met andere cliënten is dat bij de cliënten die met een machtiging van de strafrechter zijn opgenomen, de minister van Rechtsbescherming beslist over verplaatsing, verlof en beëindiging van het verblijf in de accommodatie.

## 8.3 WZD EN DE BEROEPSCODES VAN GEDRAGSWETENSCHAPPERS

De beroepscode is onverkort van toepassing op gedragswetenschapper die zorg bieden en rollen vervullen in het kader van de Wzd. Dit wil zeggen dat ook de gedragingen van gedragswetenschappers in het kader van de Wzd worden beoordeeld op basis van de normen van de betreffende beroepscode. Deze normen van de beroepscode geven in de praktijk invulling aan de open normen van de Wzd.

Het tuchtcollege beoordeelt de gedraging van de gedragswetenschapper in de context van de Wzd en de rol die de gedragswetenschapper daarin heeft.

De kernvraag voor het tuchtcollege is: heeft de gedragswetenschapper, gelet op de taak en de rol of functie die hij in het kader van de Wzd heeft, de zorg van een goed gedragswetenschapper geboden, conform de normen van de beroepscode? Daarbij staat uitdrukkelijk niet de vraag centraal of het beter had gekund, maar of de gedragswetenschapper heeft gehandeld zoals van een redelijk denkend en handelend gedragswetenschapper in deze functie en rol mag worden verwacht.

Heeft de gedragswetenschapper die de rol van zorgverantwoordelijke heeft, voldoende rekening gehouden met de wensen van de cliënt en zijn vertegenwoordiger bij het opstellen van het zorgplan? Is het stappenplan zorgvuldig doorlopen? Heeft de gedragswetenschapper in de rol van Wzd-functionaris de onvrijwillige zorg in het zorgplan zorgvuldig getoetst en zo nodig een aanwijzing gegeven voor aanpassingen daarin? Heeft de gedragswetenschapper in zijn rol van deskundige de regels van de beroepscode gevolgd voor een zorgvuldig advies?

Een belangrijk aandachtspunt is het bewaken van de grenzen van de eigen deskundigheid. Dit geldt niet alleen voor het verlenen

van zorg aan cliënten, maar bijvoorbeeld ook voor het vervullen van de rol van zorgverantwoordelijke of Wzd-functionaris als de zorgbehoefte van de cliënt ten dele buiten het deskundigheidsterrein van de gedragswetenschapper ligt. Moet een Wzd-functionaris bijvoorbeeld een zorgplan toetsen waarin zorg is opgenomen die niet tot zijn deskundigheidsterrein behoort, dan dient hij ten behoeve van zijn toetsende rol expertise in te roepen van een ter zake deskundige. Hetzelfde geldt voor een zorgverantwoordelijke indien deze zorg wil opnemen in het zorgplan dat niet valt binnen zijn deskundigheidsterrein.

Een ander aandachtspunt is het verstrekken van informatie over de cliënt aan anderen. De Wzd geeft de zorgverantwoordelijke de bevoegdheid om informatie aan de deskundigen te verstrekken in het kader van de multidisciplinaire overleggen van het stappenplan. Bij deze verstrekking geldt altijd de eis dat dit zorgvuldig dient te gebeuren en dat niet meer informatie wordt verstrekt dan noodzakelijk is voor deelname aan het overleg of het uitbrengen van een advies.

In geval van onvrijwillige zorg biedt het stappenplan een belangrijke randvoorwaarde voor het inschakelen van multidisciplinaire deskundigheid. Toch blijft de zorgverantwoordelijke ook bij het volgen van het stappenplan er verantwoordelijk voor dat vanuit voldoende disciplines wordt meegekeken en zal het soms nodig zijn om méér expertise in te zetten dat in het stappenplan wordt gevraagd.

# Bijlagen

1. Schema stappenplan
2. Verantwoording  
totstandkoming  
handreiking

# Bijlage 1

## ALGEMENE AANDACHTSPUNTEN IN HET ZORGPROCES

Iedere *zorgverlener*:

- is alert op mogelijke signalen van verzet bij de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. In geval van (mogelijk) verzet meldt de zorgverlener dit bij de zorgverantwoordelijke;
- meldt alle gevallen van twijfel over de wils(on)bekwaamheid van de cliënt, bij de zorgverantwoordelijke;
- is alert op veranderingen in de zorgrelatie met name bij wijzigingen in het zorgaanbod.

De *zorgverantwoordelijke*:

- beoordeelt of de opnametitel / verblijfsstatus van de cliënt passend is bij zijn actuele situatie;
- bewaakt dat de cliënt een vertegenwoordiger heeft en dat in het dossier zijn gegevens zijn vastgelegd;
- beoordeelt of de zorg die in het zorgplan is opgenomen nog voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt, en zo nee, beoordeelt, in overleg met de cliënt en zijn vertegenwoordiger, hoe het zorgplan gewijzigd moet worden om wel aan te sluiten bij de zorgbehoefte van de cliënt;
- laat in alle gevallen van twijfel de wils(on)bekwaamheid van de cliënt onderzoeken door een deskundige die niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken;
- bespreekt het besluit met de vertegenwoordiger van de cliënt en;
- indien geen overeenstemming wordt bereikt, laat de behandelend arts de wils(on)bekwaamheid beoordelen;
- legt het besluit over de wils(on)bekwaamheid vast in het dossier met daarbij de naam en functie van degene die het besluit heeft genomen, tijd en datum, of overeenstemming is bereikt met de vertegenwoordiger van de cliënt en zo niet het besluit van de behandelend arts<sup>1</sup>;
- meldt het besluit over de wils(on)bekwaamheid aan de Wzd-functionaris.

## STAPPENPLAN ONVRIJWILLIGE ZORG

### STAP 1 HEROVERWEGING ZORGPLAN EN OPNAME ONVRIJWILLIGE ZORG IN ZORGPLAN, Maximale duur 3 maanden

zorgverantwoordelijke

**zet een heroverweging van het zorgplan in gang** n.a.v. melding van verzet én op eigen initiatief in ieder geval in alle andere gevallen waarin het zorgplan niet meer aansluit bij de zorgbehoefte van cliënt waardoor ernstig nadeel kan ontstaan, én,

**informeert** cliënt en vertegenwoordiger, **nodigt uit** voor heroverweging en **informeert** hen over cvp en zijn bereikbaarheid.

**voert multidisciplinair overleg** met: deskundige van andere discipline, én behandelend arts\* **heroverweging leidt zo mogelijk tot opname in het zorgplan van alternatieve vormen van vrijwillige zorg.**

*Kan vrijwillige zorg het ernstig nadeel niet (volledig) wegnemen:*

**vervolgt multidisciplinair overleg** met (minimaal) één deskundige van andere discipline en met behandelend arts\* over opname onvrijwillige zorg in zorgplan.

**informeert** cliënt en vertegenwoordiger over de onvrijwillige zorg, **nodigt uit** voor heroverweging en **informeert hen** over cvp en zijn bereikbaarheid.

**legt** zorgplan met onvrijwillige zorg en het advies van de deskundige ter beoordeling voor aan de Wzd-functionaris.

deskundige andere discipline

**neemt deel** aan overleg.

*rol: adviseren* vanuit andere discipline dan zorgverantwoordelijke.

behandelend arts

**neemt deel** aan het overleg als onvrijwillige zorg bestaat uit: medische handeling, beperking bewegingsvrijheid of insluiting.

*rol: geeft al dan niet toestemming* voor opname in zorgplan van deze vormen van onvrijwillige zorg.

Wzd-functionaris

*rol: toetsen* (binnen 14 dagen) van de onvrijwillige zorg **en** zo nodig **aanwijzingen geven** voor het aanpassen van het zorgplan aan de zorgverantwoordelijke.

1. Op dit moment (juni 2020) ligt een wetsvoorstel ter consultatie waardoor de beslissing over de wilsonbekwaamheid, als het overleg met de vertegenwoordiger niet tot overeenstemming leidt, wordt genomen door een onafhankelijk, dus niet bij de zorg aan de cliënt betrokken, BIG-geregistreerde deskundige. Het wetsvoorstel moet nog worden behandeld door beide Kamers, mochten zij instemmen dan wordt invoering van deze regeling medio 2021 verwacht.

Toetsing Wzd-functionaris gericht op:

- noodzakelijk: Is de onvrijwillige zorg noodzakelijk gelet op het ernstig nadeel?
- minst ingrijpend<sup>2</sup>: Is de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg gekozen gelet op het ernstig nadeel?
- doelmatig: kan deze vorm van onvrijwillige zorg leiden tot het wegnemen van het ernstig nadeel?
- proportioneel: is er een redelijke verhouding tussen de onvrijwillige zorg en het ernstig nadeel?
- is de beschreven afbouw van de onvrijwillige zorg geschikt om de afbouw feitelijk te realiseren?

## VASTLEGGEN IN HET DOSSIER

zorgverantwoordelijke

indien aan de orde: de beoordeling van de wilsbekwaamheid, tijdstip en datum van de beoordeling, of overeenstemming met vertegenwoordiger is bereikt over wilsonbekwaamheid, zo niet: het besluit over de wils(on)bekwaamheid van de behandelend arts<sup>3</sup>.

Indien onvrijwillige zorg wordt opgenomen in het zorgplan:

- de vorm van onvrijwillige zorg die wordt toegepast en indien aan de orde: duur en frequentie,
- welke (categorie) zorgverleners de onvrijwillige zorg mogen toepassen,
- de termijn voor de onvrijwillige zorg (maximaal drie maanden),
- de wijze waarop de onvrijwillige zorg binnen deze termijn zo mogelijk wordt afgebouwd,
- eventuele aanvullende zorgvuldigheidseisen,
- de continuïteit van benadering van de cliënt,
- het advies van de deskundige van de andere discipline.

behandelend arts  
Wzd-functionaris

de gegeven toestemming voor medische handelingen, beperking bewegingsvrijheid en insluiting. uitkomsten van de toetsing, eventuele aanwijzingen voor aanpassingen van het zorgplan. beoordeling van de beschreven afbouw van onvrijwillige zorg. eventueel andere bevindingen (zoals uitkomsten van gevoerde gesprekken over een andere vorm van onvrijwillige zorg).

## EERSTE TOEPASSING ONVRIJWILLIGE ZORG

zorgverlener  
zorgverantwoordelijke

**vraagt toestemming** aan zorgverantwoordelijke.

**toets:** - doet het ernstig nadeel zich daadwerkelijk voor?

- is de onvrijwillige zorg noodzakelijk, minst ingrijpend, doelmatig en proportioneel?

**meldt** de eerste toepassing, zo mogelijk vooraf, aan Wzd-functionaris, cliënt en vertegenwoordiger

### STAP 2 EERSTE VERLENGING VAN DE ONVRIJWILLIGE ZORG

Maximale duur 3 maanden

zorgverantwoordelijke

**evalueert** het afbouwplan en onderzoekt waarom afbouwen van de onvrijwillige zorg niet is gelukt stelt **vast** dat verlenging onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. **informeert** cliënt en vertegenwoordiger, **nodigt uit** voor uitgebreid deskundigenoverleg en **informeert** hen over cvp en zijn bereikbaarheid. **voert multidisciplinair uitgebreid deskundigenoverleg** met: (minimaal één)deskundige van andere discipline, deskundige die niet bij de zorg aan de cliënt betrokken is en behandelend arts\*. **legt** verlenging onvrijwillige zorg **vast** in zorgplan i.v.m. noodzaak voorkomen ernstig nadeel. **informeert** cliënt en vertegenwoordiger over de verlenging van de onvrijwillige zorg. **legt** verlenging onvrijwillige zorg ter beoordeling voor aan Wzd-functionaris.

deskundige andere discipline

**neemt deel** aan multidisciplinair overleg.

*rol: adviseren* op basis van deskundigheid vanuit een andere discipline.

niet bij cliënt betrokken deskundige

**neemt deel** aan uitgebreid deskundigenoverleg.

*rol: adviseren* vanuit eigen deskundigheid en onafhankelijke positie t.o.v. cliënt.

behandelend arts

**neemt deel** aan uitgebreid deskundigenoverleg als onvrijwillige zorg bestaat uit: medische handeling, beperking bewegingsvrijheid of insluiting.

*rol: geeft wel / niet toestemming* voor deze vorm(en) van onvrijwillige zorg.

2. Dit beginsel wordt ook wel subsidiariteit genoemd.

3. Zie voetnoot 1.

Wzd-functionaris

rol: **toetsen** (binnen 14 dagen) van de onvrijwillige zorg en zo nodig **aanwijzingen geven** over de aanpassing van het zorgplan aan de zorgverantwoordelijke.

## VASTLEGGEN IN HET DOSSIER

zorgverantwoordelijke

als bij stap 1

behandelend arts

als bij stap 1

Wzd-functionaris

als bij stap 1

### STAP 3 TWEDE VERLENGING VAN DE ONVRIJWILLIGE ZORG

Maximale duur 3 maanden

zorgverantwoordelijke

**evalueert** het afbouwplan en onderzoekt waarom afbouwen van de onvrijwillige zorg niet is gelukt **neemt** een tweede verlenging van de onvrijwillige zorg **op** in het zorgplan indien onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, met het oog op het vragen van advies van een externe deskundige.

**zet** de adviesvraag aan een externe deskundige **in gang**.

**informeert** cliënt en vertegenwoordiger over verlenging en **informeert** hen over cvp en zijn bereikbaarheid.

**meldt** verlenging onvrijwillige zorg aan Wzd-functionaris ter toetsing.

## VASTLEGGEN IN ZORGPLAN / DOSSIER

zorgverantwoordelijke

als bij stap 1

Wzd-functionaris

melding verlenging onvrijwillige zorg.

### STAP 4 DERDE VERLENGING VAN DE ONVRIJWILLIGE ZORG

Maximale duur 6 maanden

zorgverantwoordelijke

**voert** multidisciplinair uitgebreid deskundigenoverleg, op basis van het advies van de externe deskundige, met (minimaal één) deskundige van een andere discipline, een deskundige die niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken en de behandelend arts\*, over de noodzaak van verlenging van de onvrijwillige zorg.

**informeert** cliënt en vertegenwoordiger, **nodigt uit** voor uitgebreid deskundigenoverleg en **informeert** hen over cvp en zijn bereikbaarheid.

**neemt** de onvrijwillige zorg **op** in het zorgplan i.v.m. noodzaak ter voorkoming van ernstig nadeel

**informeert** cliënt en vertegenwoordiger over verlenging van de onvrijwillige zorg.

**legt** verlenging onvrijwillige zorg ter beoordeling voor aan de Wzd-functionaris.

deskundige andere discipline

**neemt deel** aan uitgebreid deskundigenoverleg.

rol: **adviseren** op basis van deskundigheid vanuit andere discipline.

niet bij cliënt betrokken deskundige

**neemt deel** aan uitgebreid deskundigenoverleg.

rol: **adviseren** op basis van eigen deskundigheid en onafhankelijke positie t.o.v. cliënt.

externe deskundige

**stelt** een advies **op** ten behoeve van het uitgebreid deskundigenoverleg.

rol: **adviseren** op basis van eigen deskundigheid en onafhankelijkheid t.o.v. zorgaanbieder en cliënt.

behandelend arts

**neemt deel** aan overleg als onvrijwillige zorg bestaat uit: medische handeling, beperking bewegingsvrijheid of insluiting .

rol: **al dan niet toestemming geven** voor verlenging onvrijwillige zorg in de vorm van: medische handeling, beperking bewegingsvrijheid of insluiting.

Wzd-functionaris

rol: **toetsen** (binnen 14 dagen) van de verlenging van de onvrijwillige zorg en de afbouw daarvan en zo nodig **aanwijzingen geven** voor de aanpassing van het zorgplan aan de zorgverantwoordelijke.



## VASTLEGGEN IN HET DOSSIER

zorgverantwoordelijke	als bij stap 1
behandelend arts	als bij stap 1
Wzd-functionaris	als bij stap 1

### STAP 5 VIERDE EN VOLGENDE VERLENGINGEN ONVRIJWILLIGE ZORG

Maximale duur 6 maanden

zorgverantwoordelijke	<p><b>evalueert</b> het afbouwplan en onderzoekt waarom afbouwen van de onvrijwillige zorg niet is gelukt.  <b>stelt vast</b> dat verlenging onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen.  <b>informeert</b> cliënt en vertegenwoordiger, <b>nodigt uit</b> voor uitgebreid deskundigenoverleg en <b>informeert</b> hen over cvp en zijn bereikbaarheid.  <b>voert multidisciplinair uitgebreid deskundigenoverleg</b> met: (minimaal één) deskundige van andere discipline, deskundige die niet bij de zorg aan de cliënt betrokken is en behandelend arts*.  <b>neemt</b> onvrijwillige zorg <b>op</b> in het zorgplan i.v.m. noodzaak ter voorkoming van ernstig nadeel  <b>informeert</b> cliënt en vertegenwoordiger over de verlenging.  <b>meldt</b> verlenging onvrijwillige zorg aan Wzd-functionaris ter toetsing.</p>
deskundige andere discipline	<p><b>neemt deel</b> aan overleg.  <i>rol: adviseren</i> op basis van eigen deskundigheid vanuit andere discipline.</p>
niet bij cliënt betrokken deskundige	<p><b>deelnemen</b> aan overleg.  <i>rol: adviseren</i> op basis van eigen deskundigheid en onafhankelijke positie t.o.v. cliënt.</p>
behandelend arts	<p><b>neemt deel</b> aan overleg als onvrijwillige zorg bestaat uit: medische handeling, beperking bewegingsvrijheid of insluiting .  <i>rol: wel / niet toestemming geven</i> voor verlenging onvrijwillige zorg in de vorm van: medische handeling, beperking bewegingsvrijheid of insluiting.</p>
Wzd-functionaris	<p><i>rol: toetsen</i> van de verlenging van de onvrijwillige zorg en de afbouw ervan en zo nodig <b>aanwijzingen geven</b> aan zorgverantwoordelijke om onvrijwillige zorg in zorgplan aan te passen.</p>

## VASTLEGGEN IN ZORGPLAN / DOSSIER

zorgverantwoordelijke	als bij stap 2
behandelend arts	als bij stap 2
Wzd-functionaris	als bij stap 2

\*De behandelend arts wordt in ieder geval voor het multidisciplinair overleg uitgenodigd in die gevallen waarin als vormen van onvrijwillige zorg worden overwogen: medische handelingen en andere therapeutische verrichtingen, beperkingen van de bewegingsvrijheid of insluiten. Voor het opnemen van deze vormen van onvrijwillige zorg in het zorgplan is de toestemming van de behandelend arts vereist.

## STAPPENPLAN BIJ INGRIJPENDE VORMEN VAN VRIJWILLIGE ZORG

Het stappenplan moet ook worden doorlopen bij ingrijpende vormen van vrijwillige zorg aan wilsonbekwame cliënten:

Het betreft de volgende vormen van zorg<sup>4</sup>:

- toedienen van psychofarmaca vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, voor zover deze medicatie niet wordt toegediend volgens de professionele richtlijnen;
- beperken van de bewegingsvrijheid;
- insluiten.

## OVERZICHT DESKUNDIGEN

### *De deskundige van een andere discipline*

zorgverlener deskundig op het terrein van de zorg die de cliënt wordt geboden, vanuit een andere discipline dan de zorgverantwoordelijke.

### *De deskundige die niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken*

zorgverlener deskundig op het terrein van de zorg die de cliënt wordt geboden, die zelf niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken.

### *De externe deskundige*

zorgverlener die deskundig is en aantoonbare ervaring heeft in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg en die niet in dienst is van, of gedetacheerd is bij de zorgaanbieder van de cliënt en die ook niet op een andere manier betrokken is bij de zorg aan de cliënt. Deze rol kan worden vervuld door een psychiater, een gz-psycholoog, een orthopedagoog-generalist (in de gehandicaptenzorg), een verpleegkundige, een arts voor verstandelijk gehandicapten (in de gehandicaptenzorg) of een specialist ouderengeneeskunde (in de ouderenzorg).

### *De behandelend arts*

De arts die rechtstreeks is betrokken bij de behandeling van de cliënt.

### *Deskundige die wils(on)bekwaamheid cliënt onderzoekt*

De door de zorgaanbieder aangewezen deskundige zorgverlener die niet bij de zorg aan de cliënt is betrokken.

Standpunt VWS: Het is gewenst dat de beoordeling wordt gedaan door een niet bij de zorg aan de cliënt betrokken arts, gz-psycholoog of orthopedagoog-generalist.

---

4. Blijkens de factsheet onvrijwillige zorg van het ministerie van VWS d.d. 20 december 2020 dient bij deze ingrijpende vormen van vrijwillige zorg (waarmee de vertegenwoordiger instemt en waartegen de wilsonbekwame cliënt geen verzet toont) gekeken te worden of de zorg feitelijk de mogelijkheden van een cliënt beperkt. Alleen als dat het geval is, dient het stappenplan te worden doorlopen.

## Bijlage 2

### VERANTWOORDING TOTSTANDKOMING HANDREIKING

In januari 2020 is gestart met het project 'Ontwikkeling handreiking Wzd voor gedragswetenschappers', in opdracht van het ministerie van VWS. De handreiking is mede gebaseerd op de documenten die in het voorjaar van 2020 bekend waren, zoals de handreiking Wzd voor SO en AVG, de profielen voor de zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris en een aantal factsheets over verschillende aspecten van de Wzd. Omdat de wet nog maar kort geleden in werking is getreden, is er op sommige vragen over de uitvoering van de Wzd nog geen eenduidig antwoord te geven. Daarom ligt het in de bedoeling van de organisaties die deze handreiking ontwikkeld hebben, te zijner tijd met een nieuwe geactualiseerde versie te komen, waarin ook de ervaringen van gebruikers zullen worden meegenomen. Op 30 mei is de tekst van de handreiking voorgelegd aan het ministerie van VWS ter toetsing aan de wet. De tekst is, na enige aanpassingen, door het ministerie geaccordeerd op 17 juni 2020.

### SAMENSTELLING PROJECTGROEP

Voor de ontwikkeling van de handreiking is een projectgroep samengesteld, bestaande uit gedragswetenschappers, begeleiders en een jurist. De conceptteksten die door de projectgroep zijn ontwikkeld zijn voorgelegd aan het CIZ, de NVAAG, Verenso en de V&VN. De tekst is vastgesteld door de besturen van de beroepsverenigingen NVGzP, NIP en NVO.

*Het NIP is met 13.000 leden al meer dan 80 jaar de grootste vereniging van psychologen in Nederland. We zetten ons in voor de psycholoog als professional en voor de psychologie als vak. Dit doen we door de standaard van de professionals hoog te houden en de psychologie stevig op de kaart te zetten. Onze brede vereniging omvat met 18 secties het gehele vakgebied, van gezondheidszorg tot Arbeid & Organisatie en van Kinder- en Jeugdpsychologie tot Sociaal-economisch psychologen.*

*De NVGzP is de specialistische beroepsvereniging van en voor BIG-geregistreerde psychologen. Met ruim 3600 leden maakt de NVGzP zich sterk om de psychologische patiëntenzorg in Nederland te bevorderen. Doelstellingen zijn daarbij drieledig: 1. de bevordering van de gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen; 2. de versterking van de positie van gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen in de gezondheidszorg en 3. de behartiging van de belangen van gz-psychologen en gz-psycholoog-specialisten.*

*BPSW is dé beroepsvereniging van maatschappelijk werkers, jeugd- en gezinsprofessionals en sociaal agogisch werkers. BPSW behartigt hun belangen en bevordert de kwaliteit van hun werk in diverse werkvelden, zoals maatschappelijk en sociaal agogisch werk, jeugdhulp, reclassering, wijkteams, GGZ, gezondheidszorg, sociaal psychiatrische ondersteuning en gehandicaptenzorg. BPSW werkt aan de ontwikkeling, kwaliteitsbewaking en profilering van het sociaal werk en behartigt de belangen van haar leden.*

*De NVO is dé beroepsvereniging van en voor universitair opgeleide (ortho)pedagogen, experts in opvoeding, ontwikkeling en afhankelijkheidsrelaties. Met ruim 8.000 leden is de NVO een beroepsvereniging van formaat. De NVO zet zich actief in voor het samenbrengen van professionals, delen van kennis en ervaring en het stimuleren van vakbekwaamheid van (ortho)pedagogen en orthopedagogen-generalist. Onze kerntaken zijn: vakontwikkeling, kwaliteitsborging en belangenbehartiging.*

*Deze uitgave mag niet voor niet-commercieel gebruik worden gedownload en veelevoudigd. Voorts alle rechten voorbehouden. Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid tot stand gekomen. Het is evenwel niet uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.*