

Handreiking Wet zorg en dwang voor specialisten ouderengeneeskunde & artsen voor verstandelijk gehandicapten in intramurale setting

Inhoud

1.	Inleiding	5
2.	Relevante onderdelen Wzd voor praktijk en beroepsuitoefening SO en AVG	5
2.1	Visie op goede zorg en beleidsplan	5
2.2	Toepassingsbereik Wzd	6
2.3	Belangrijke begrippen Wzd.....	7
2.3.1	Zorg	7
2.3.2	Locaties en accommodaties	8
2.3.3	Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging	8
2.3.4	Verzet	10
2.3.5	Ernstig nadeel	11
2.3.6	Zorgaanbieder	11
2.3.7	Zorgverlener	11
2.3.8	Externe deskundige.....	11
2.3.9	Zorgverantwoordelijke.....	12
2.3.10	Wzd-functionaris.....	13
2.4	Opname en verblijf	13
2.4.1	Besluit tot opname en verblijf	13
2.4.2	Omzetting vrijwillige opname of besluit tot opname en verblijf in onvrijwillig verblijf	14
2.4.3	Opname en verblijf met een rechterlijke machtiging	14
2.4.4	Opname en verblijf in crisissituaties	16
2.4.5	Voorwaardelijke machtiging	17
2.5	Afbakening Wzd en Wgbo	18
2.6	Afbakening Wzd en Wvvgz	18
2.7	Afbakening Wzd en Wfz	19
2.8	Wzd-klachtenprocedure en cliëntenvertrouwenspersoon	19
2.8.1	Wzd-klachtenprocedure	19
2.8.2	Cliëntenvertrouwenspersoon	20
2.9	Toezicht	20

3.	Toelichting stappenplan Wzd	21
3.1	Het 'stappenplan'	21
3.1.1	Zorg in afwachting van een zorgplan	21
3.1.2	Het zorgplan.....	22
3.1.3	Heroverweging van het zorgplan: alternatieven?.....	22
3.1.4	Onvrijwillige zorg in het zorgplan	22
3.1.5	Raadplegen externe deskundige.....	24
3.2	Uitvoeren van onvrijwillige zorg	25
3.3	Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties.....	25
4.	Taken en verantwoordelijkheden SO en AVG	26
4.1	SO en AVG als Wzd-functionaris	26
4.1.1	Taken SO en AVG als Wzd-functionaris	26
4.1.2	Relatie SO en AVG als Wzd-functionaris met zorgaanbieder	28
4.2	SO en AVG als externe deskundige	30
4.3	SO en AVG als zorgverantwoordelijke.....	30
	SO en AVG als arts.....	32
5.	Uitleg en nadere operationalisering voor SO en AVG van in de Wzd opgenomen negen vormen van onvrijwillige zorg	35
5.1	Onvrijwillige zorg.....	35
5.2	Negen vormen van onvrijwillige zorg.....	35
5.3	Ingrijpende vormen van zorg zonder verzet	39
5.4	Huisregels.....	39
6.	FAQ.....	41
Bijlage 1.	Samenvatting/checklist en Wzd in stroomschema.....	45
Bijlage 2.	Verantwoording totstandkoming handreiking	48

Preambule

Op 1 januari 2020 treedt de Wet zorg en dwang (Wzd) in werking. Om specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) behulpzaam te zijn bij de voorbereiding op en uitvoering van deze nieuwe wet, hebben Vereniso en de NVAVG deze handreiking ontwikkeld.

De handreiking is geschreven in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS). De handreiking is (nog) niet bedoeld voor onvrijwillige zorg in ambulante situaties. Deze handreiking is gebaseerd op de bepalingen van de Wzd en bijhorende (concept) regelgeving.

Bij het opstellen en schrijven van deze handreiking is een projectgroep betrokken geweest bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten. Tevens is tussentijds advies gevraagd aan een uitgebreide klankbordgroep.¹

De inhoudelijke afronding van deze handreiking heeft plaatsgevonden op 19 december 2019. Op dat moment was een aantal (wijzigingen van) Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB), brochures en andere handreikingen nog niet afgerond.² In deze handreiking is de inhoud van de wet- en regelgeving, handreikingen en andere relevante documenten tot 19 december 2019 meegenomen. Deze handreiking zal in de loop van 2020 worden geëvalueerd en aan de laatste ontwikkelingen worden aangepast.

¹ Zie: bijlage 3.

² Dit betreft bijvoorbeeld een wijziging van het Besluit zorg en dwang in verband met een aantal 'gelijkgestelde aandoeningen'.

1. Inleiding

De Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) vervangt samen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) per 1 januari 2020 de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). De Wzd geldt voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.³ Belangrijke doelen van de Wzd zijn het waarborgen en het verbeteren van de rechtspositie van cliënten. Het uitgangspunt van de Wzd is dat zorg op vrijwillige basis wordt toegepast. Het toepassen van onvrijwillige zorg mag alleen als het écht niet anders kan.

De Wzd heeft een bredere reikwijdte dan de Wet Bopz. In tegenstelling tot de Wet Bopz beperkt het toepassingsbereik van de Wzd zich niet tot (afdelingen van) zorginstellingen die over een Bopz-aanmerking beschikken. De Wzd heeft ook betrekking op ambulante zorg. Deze handreiking gaat uitsluitend over de *intramurale* toepassing van de Wzd.

In deze handreiking worden verschillende onderdelen van de Wet zorg en dwang (Wzd) uitgelicht die relevant zijn voor specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) bij de intramurale toepassing van de Wzd. Ook worden specifieke taken en verantwoordelijkheden die onder de Wzd aan een SO en een AVG kunnen toekomen in deze handreiking benoemd. AVG en SO kunnen in de Wzd verschillende 'rollen' aannemen. Iedere rol wordt in deze handreiking besproken. Verder wordt in deze handreiking de besluitvorming over en toepassing van onvrijwillige zorg uitgelegd en toegelicht en bevat deze handreiking een nadere operationalisering van de in de Wzd opgenomen negen vormen van onvrijwillige zorg. Ook komt kort de verhouding van de Wzd met respectievelijk de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet forensische zorg (Wfz) aan de orde.

2. Relevante onderdelen Wzd voor praktijk en beroepsuitoefening SO en AVG

2.1 Visie op goede zorg en beleidsplan

Een belangrijk begrip in de Wzd is 'onvrijwillige zorg'.⁴ Onvrijwillige zorg kan diverse mensenrechten aantasten, zoals het recht op vrijheid en veiligheid, het recht op zelfbeschikking, het recht op lichamelijke integriteit en het daarmee verbonden vereiste van geïnformeerde toestemming ('informed consent') voor behandelingen. Bij het toepassen van onvrijwillige zorg is dan ook uiterste zorgvuldigheid geboden.

Het toepassen van onvrijwillige zorg gebeurt vanuit een gedeelde visie op wat gezien wordt als 'goede zorg'. Een breed gedeelde visie is dat goede zorg persoonsgericht moet zijn.⁵ Persoonsgerichte zorg is gericht op kwaliteit van leven, op het bevorderen van het welbevinden en op optimaal functioneren in het dagelijks leven.⁶ Het vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van zorg wordt mede bepaald door deze relatie. Ook de context van de *zorgorganisatie* - zoals de woonsituatie en de organisatorische en fysieke mogelijkheden die een zorgorganisatie kan bieden - speelt een belangrijke rol bij de kwaliteit van zorg.

³ In de Wzd worden mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking verenigd onder de noemer 'cliënt'. Nu deze handreiking een uitwerking is van de Wzd zal in de verdere handreiking deze term gebruikt worden.

⁴ Zie: hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5.

⁵ Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022, 'Landelijk kader binnen de Wlz', Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, Utrecht 2017; 'Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, Samen leren en verbeteren'. Zorginstituut Nederland 2017.

⁶ Kitwood (1997) legde de basis voor deze visie. T. M. Kitwood, *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*; Open University Press, 1997

Het toepassen van onvrijwillige zorg en het daarmee inperken van de vrijheid van cliënten is *altijd* een laatste redmiddel (een '*ultimum remedium*'). Om die reden is ook het '*nee, tenzij*' principe opgenomen in de Wzd. Dat betekent: nee, geen onvrijwillige zorg, tenzij het écht niet anders kan. En als dan onvrijwillige zorg wordt toegepast moet altijd gekozen worden voor de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg voor een zo kort mogelijke periode.

Het voorgaande betekent dat in de praktijk voortdurend moet worden gezocht naar de meest optimale afstemming van vrijheid, veiligheid en kwaliteit van leven. Dat vraagt om een werkwijze met oog voor de variaties in aard en oorzaken van probleemsituaties, die binnen de kaders van de professionele standaarden is toegesneden op de behoeften, voorkeuren en mogelijkheden van het individu en van zijn (zorg)stelsel. Een werkwijze die aansluit op de competenties van zowel SO als AVG.⁷

Op zorgaanbieders waar onvrijwillige zorg wordt toegepast rust op grond van artikel 19 Wzd de verplichting om een beleidsplan op te stellen waarin zij vastleggen:

- met welke alternatieven de zorgaanbieder probeert om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te beperken,
- hoe de zorgaanbieder omgaat met het toepassen en afbouwen van onvrijwillige zorg en
- hoe intern toezicht wordt gehouden op het uitvoeren van onvrijwillige zorg.

SO en AVG dragen de in het beleidsplan neergelegde visie uit en vertalen deze samen met andere professionals naar de dagelijkse praktijk. Daar hoort ook bij elkaar aanspreken op het uitdragen en toepassen van deze visie.

2.2 Toepassingsbereik Wzd

De Wzd is van toepassing op cliënten (artikel 1 lid 1 onder c Wzd):

1. met een Wlz-indicatie met grondslag psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, of
2. met een verklaring van een ter zake kundige arts.

Ad 1 De Wzd is van toepassing op cliënten die van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een indicatiebesluit op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) hebben gekregen met als grondslag een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking. De Wzd is uitsluitend van toepassing op *beroepsmatig* of *bedrijfsmatig* verleende zorg. Het maakt daarbij niet uit of er sprake is van zorg in natura (ZIN) of een persoonsgeboden budget (pgb).

Ad 2 De Wzd kan ook van toepassing zijn wanneer een cliënt (nog) geen Wlz-indicatie met grondslag psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking heeft maar in verband met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening wel is aangewezen op zorg.⁸

⁷ Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde; Voor optimale medische zorg aan kwetsbare ouderen en patiënten met een complexe zorgvraag. Vereniso 2019, Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. SOON 2016, Competentieprofiel van de AVG; NVAVG 2016, DIDACT 2.0; Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Erasmus MC, 2018.

⁸ Waaronder begrepen: ondersteuning als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) of jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet. Zie voor zorg ook paragraaf 2.3.1.

De Wzd is dan van toepassing als een ter zake kundige arts (niet de eigen of de behandelend arts van de betrokkene)⁹ met inachtneming van de algemeen aanvaarde normen die gelden in de betreffende sector heeft vastgesteld en schriftelijk heeft verklaard dat de cliënt *in verband met* een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking is aangewezen op 'zorg' als omschreven in artikel 1 lid 3 van de Wzd.¹⁰

Wanneer een cliënt binnen één van de hiervoor genoemde categorieën (1 of 2) valt is de Wzd van toepassing. Dat betekent kort gezegd dat de cliënt dan aanspraak maakt op de rechten en waarborgen van de Wzd. Er hoeft daarvoor geen sprake te zijn van onvrijwillige zorg of een onvrijwillige opname. Het uitgangspunt van de Wzd is dat vrijwillige zorg wordt verleend. Onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname is pas aan de orde wanneer het écht niet anders kan en wordt voldaan aan alle voorwaarden die de Wzd daaraan stelt.

Cliënten met aandoeningen als niet-aangeboren hersenletsel (NAH), de ziekte van Huntington of het syndroom van Korsakov vallen op het moment van schrijven van deze handreiking nog niet binnen het toepassingsbereik van de Wzd. Op 20 september 2019 heeft het Ministerie van VWS het voornemen kenbaar gemaakt dat een aantal beschreven (uitingen van) aandoeningen met een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) wordt aangewezen als 'gelijkgestelde aandoeningen'.¹¹ Cliënten met een gelijkgestelde aandoening zullen dan wel binnen het toepassingsbereik van de Wzd vallen. De AMvB wordt in het eerste kwartaal van 2020 verwacht.

2.3 Belangrijke begrippen Wzd

In deze paragraaf wordt een aantal begrippen uit de Wet zorg en dwang nader toegelicht.

2.3.1 Zorg

Met 'zorg' wordt in de Wzd bedoeld (artikel 1 lid 3):

'de zorg van een zorgaanbieder jegens een cliënt die kan bestaan uit bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging, en onvrijwillige zorg'.

Dat betekent dat niet alleen begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging onder het begrip 'zorg' vallen, maar ook bijvoorbeeld bejegening en interventies op het gebied van beveiliging en bescherming.

De Wzd is alleen van toepassing als zorg *bedrijfsmatig* of *beroepsmatig* wordt verleend aan een cliënt met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.¹²

⁹ KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens', KNMG, mei 2018, p. 20.

¹⁰ Zie: paragraaf 2.3.1 en artikel 1 lid 3 Wzd. Onder zorg wordt verstaan: bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging en onvrijwillige zorg als bedoeld in artikel 2 Wzd.

¹¹ Op het moment van schrijven betreft het de volgende aandoeningen: 1. het syndroom van Korsakov, indien dit syndroom bij de cliënt zich uit als een neurocognitief syndroom met daaruit voortkomende significante beperkingen overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking 2. de ziekte van Huntington, indien deze ziekte bij de cliënt zich uit als een neurocognitief syndroom met daaruit voortkomende significante beperkingen overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking 3. Niet-aangeboren hersenletsel (NAH), indien dit letsel bij de cliënt een neurocognitief syndroom veroorzaakt met daaruit voortkomende significante beperkingen overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking

¹² Zie: paragraaf 2.3.6.

2.3.2 Locaties en accommodaties

Zorgaanbieders kunnen bestaan uit verschillende locaties.¹³ Een locatie is een gebouw in gebruik of in beheer van een zorginstelling, waarbij de activiteiten in of vanuit dat gebouw worden uitgevoerd. Het kan gaan om een vestiging die in eigendom is van of gehuurd wordt door de zorgaanbieders. Alle zorgaanbieders zijn geregistreerd in het Handelsregister. Elke locatie van de zorgaanbieder krijgt een afzonderlijk vestigingsnummer toebedeeld.

In de Wzd wordt een onderscheid gemaakt tussen locaties die accommodaties zijn en locaties die geen accommodatie¹⁴ zijn. Een accommodatie is een locatie waar betrokkenen gedwongen (met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling) kunnen worden opgenomen of met een opname op grond van artikel 21 (opname en verblijf op grond van een besluit van het CIZ) van de Wzd kunnen verblijven.

Zorgaanbieders moeten iedere locatie waar onvrijwillige zorg wordt verleend registreren in een openbaar locatieregister (artikel 20 Wzd).¹⁵ Daarbij moet de zorgaanbieder aangeven of de betreffende locatie een accommodatie is. Voor locaties die al een Bopz-aanmerking hebben geldt dat deze ambtshalve als accommodatie in het register worden opgenomen.

2.3.3 Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging

Een (wettelijk) vertegenwoordiger van een cliënt is pas bevoegd de belangen van de cliënt (namens de cliënt) te behartigen wanneer een daartoe deskundige overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen heeft beslist dat de cliënt wilsonbekwaam ter zake is (artikel 3 Wzd).

Dat betekent dat iedere cliënt in beginsel zelf beslissingen over de in het zorgplan op te nemen zorg (en bijvoorbeeld over medische behandelingen, dagbesteding en verzorging) mag nemen, ook wanneer de cliënt onder curatele staat of er ten behoeve van de cliënt een mentorschap is ingesteld. Alleen bij cliënten jonger dan twaalf jaar mag/mogen de ouder(s)/vertegenwoordiger(s) een beslissing nemen zonder dat eerst de wils(on)bekwaamheid van de cliënt hoeft te worden getoetst. In geval van cliënten tussen de twaalf en de zestien jaar beslissen de cliënt en ouder(s)/vertegenwoordiger(s) samen. De wet bevat nog wel een uitzondering: indien een cliënt van tussen de twaalf en zestien jaar wilsbekwaam ter zake is moeten de cliënt en de ouders instemmen met de voorgestelde behandeling. Als de ouders een bepaalde behandeling weigeren en de cliënt wilsbekwaam ter zake instemt, is er toch sprake van verzet in de zin van de Wzd. Dit is anders als de cliënt ouder is dan zestien jaar en wilsbekwaam ter zake is.

Wanneer door zorgverleners of familie wordt *getwijfeld* aan de wilsbekwaamheid ter zake van de cliënt (bijvoorbeeld als het zorgplan moet worden opgesteld of wordt heroverwogen) moet de wilsbekwaamheid van de cliënt worden getoetst door een daartoe deskundige. Toetsing kan niet eenmalig plaatsvinden. Bij wijzigingen in de situatie van de cliënt of wanneer zich opnieuw twijfel aan de wilsbekwaamheid voordoet moet de wilsbekwaamheid worden getoetst.

Zorgaanbieders mogen in beginsel zelf bepalen wie in de organisatie voldoende ter zake deskundig is/zijn om de wilsbekwaamheid van cliënten te toetsen. De wilsbekwaamheid van een cliënt mag echter niet door een bij de zorg aan de cliënt betrokken arts worden getoetst. In het beleidsstandpunt 'Wet zorg en dwang en wilsonbekwaamheid'¹⁶ gaat VWS nader op de gewenste

¹³ Artikel 1, lid 1 onderdeel i van de Handelsregisterwet 2007.

¹⁴ Een accommodatie is een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend (artikel 1, eerder lid onder b Wzd).

¹⁵ Zie: <https://locatieregister.dwangindezorg.nl/>.

¹⁶ Zie: <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/beleidsstandpunt-wet-zorg-en-dwang-en-wilsonbekwaamheid>

deskundigheid in. VWS meent dat het gelet op de ingrijpendheid van de beslissing om iemand ter zake wilsonbekwaam te verklaren gewenst is dat degene 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. Het gaat om artsen, gezondheidszorgpsychologen en orthopedagogen-generalisten. Bij de toetsing dient gebruik te worden gemaakt van de gangbare richtlijnen op dit onderwerp, zoals de richtlijnen van Vereniso¹⁷ en de KNMG¹⁸. De behandelend gezondheidszorgpsycholoog, orthopedagoog of arts mag niet een en dezelfde persoon zijn die ook de wilsbekwaamheid van de cliënt vaststelt.

Voor wat moet worden verstaan onder 'wilsonbekwaam ter zake' sluit de Wzd aan bij de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo): de cliënt kan in geval van wilsonbekwaamheid niet in staat worden geacht tot een redelijke waardering van zijn/haar belangen ter zake van een beslissing die hem/haar treft. Dat betekent dat voor het bepalen van de wils(on)bekwaamheid van belang is:

- of de cliënt zelf een beslissing kan nemen, en
- of de cliënt de gevolgen en de consequenties van die beslissing (waaronder begrepen eventueel ernstig nadeel) kan overzien.

Artikel 3 bevat een procedure voor het toetsen van de wilsbekwaamheid:

1. voordat de (door de zorgaanbieder aangewezen) deskundige een beslissing neemt over de wilsbekwaamheid overlegt de deskundige met de vertegenwoordiger van de cliënt. Dit overleg is gericht op het bereiken van overeenstemming;
2. wanneer tijdens het onder ad 1. genoemde overleg onverhoopt geen overeenstemming wordt bereikt mag de beslissing genomen worden door een *wel* bij de zorg betrokken arts.

De zorgverantwoordelijke moet schriftelijk vastleggen, bij voorkeur in het zorgplan, op welke wijze de deskundige en/of de bij de zorg betrokken arts tot de beslissing is gekomen. Daarvoor moet de zorgverantwoordelijke in ieder geval schriftelijk vastleggen:

- wat de (uiteindelijke) beslissing over de wilsbekwaamheid van de cliënt is;
- ter zake van welke beslissing de wils(on)bekwaamheid getoetst is;
- de datum en het tijdstip van de beslissing, en
- of met de vertegenwoordiger overeenstemming is bereikt.

Daarnaast moet de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris¹⁹ informeren over het overleg met de vertegenwoordiger en de beslissing.

Wanneer vastgesteld is dat een cliënt wilsonbekwaam ter zake is komen achtereenvolgens de volgende personen in aanmerking om als vertegenwoordiger van de cliënt op te treden:

- wettelijk vertegenwoordiger (een curator of mentor);
- een schriftelijk gemachtigde;
- echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel;
- ouder, kind, broer, zus, grootouder, kleinkind.

Zorgaanbieders moeten vertegenwoordigers informeren over hun rechten en bevoegdheden op grond van de Wzd. Verder moeten zorgaanbieders ervoor zorgen dat cliënten die binnen het toepassingsbereik van de Wzd vallen een vertegenwoordiger hebben die voor hen kan optreden als dat nodig is. Wanneer de cliënt nog geen vertegenwoordiger heeft en er geen daarvoor in aanmerking komende personen zijn (zie hiervoor opgesomd) of de daarvoor in aanmerking

¹⁷ Zie: Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag, via: https://www.vereniso.nl/_asset/_public/Dossiers/Dementie/Handreiking-WOB.pdf

¹⁸ Zie: Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid, bijlage 9 Wgbo-rapport deel 2, via: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/meerderjarige-wilsonbekwamen.htm>

¹⁹ Zie: paragraaf 2.3.10.

komende personen niet bereid of niet in staat zijn om als vertegenwoordiger op te treden, dan verplicht de Wzd de betrokken zorgaanbieder om bij de rechtbank een verzoek tot benoeming van een mentor in te dienen. Het is vervolgens aan de rechtbank om af te wegen en te bepalen of er daadwerkelijk een mentor wordt benoemd.

2.3.4 Verzet

Onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname kunnen alleen aan de orde zijn wanneer de cliënt of de vertegenwoordiger (van een wilsonbekwame cliënt) zich verzet tegen zorg en/of opname.

Alle betrokken zorgverleners dienen alert te zijn op verzet van de cliënt, verzet serieus te nemen, verzet op waarde te schatten en zo nodig de zorgverantwoordelijke daarover te informeren.

Verzet wordt in de Wzd niet gedefinieerd. Uit de toelichting op de wet kan wel worden opgemaakt dat het beeld van verzet van een cliënt compleet is wanneer duidelijk is:²⁰

1. dat het gedrag een protest inhoudt (de aard van het verzet);
2. waartegen het verzet is gericht (de richting van het verzet);
3. welke redenen de betrokkene heeft om zich te verzetten (de achtergrond van het verzet).

Wanneer dit beeld (nog) niet compleet is kunnen interpretaties van anderen die al een langere zorgrelatie met de cliënt hebben of de naasten van de cliënt het beeld compleet maken.²¹

Verzet moet in ieder geval worden gesignaleerd bij gedrag dat duidelijk afwijkt van het bekende gedragsrepertoire en het bij de beperking of dementie passende gedrag. Wanneer het gedrag bijvoorbeeld met enige consistentie wordt vertoond zal verzet moeten worden gesignaleerd. Dat betekent niet dat *alle* momenten waarop het gedrag (even) afwijkt onmiddellijk hoeven te worden aangemerkt als zorg waartegen de cliënt zich verzet. Soms verdient een houding van (actief) wachten de voorkeur, omdat de zorg mogelijk op een later moment vrijwillig kan worden verleend.²²

Wanneer er sprake is van 'zorg waartegen de cliënt zich verzet' maar er wordt (nog) niet voldaan aan de voorwaarden voor onvrijwillige zorg²³ kan/kunnen de vorm(en) van zorg waartegen verzet wordt uitgeoefend niet worden voortgezet. Dat is slechts anders in een onvoorziene of noodsituatie.²⁴

Ten slotte is van belang dat verzet van de cliënt altijd leidend is. Dat houdt in dat het verzet van de cliënt doorslaggevend is en dat daaraan gevolg moet worden gegeven, ook in die gevallen waarin de cliënt wilsonbekwaam ter zake is en de vertegenwoordiger instemt met een vorm van zorg waartegen de cliënt zich verzet. De zorg waartegen het verzet van de cliënt zich richt mag dan alleen nog worden toegepast indien wordt voldaan aan de voorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg, zoals het doorlopen van het stappenplan.

Het verzet van de cliënt gaat voor de instemming van de vertegenwoordiger, ook als de cliënt wilsonbekwaam ter zake is.²⁵ Als een cliënt wilsbekwaam ter zake is, wordt aan het verzet van een (wettelijk)vertegenwoordiger in de Wzd geen waarde toegekend, tenzij het om een minderjarige tussen de twaalf en zestien jaar.²⁶

²⁰ Kamerstukken II 2008/09 31996, nr. 3, p. 9.

²¹ Idem.

²² Idem.

²³ Zie: hoofdstuk 3.

²⁴ Zie: paragraaf 3.3.

²⁵ Zie ook: artikel 3a Wzd.

²⁶ Zie: paragraaf 2.3.4.

2.3.5 Ernstig nadeel

Voordat toepassing van onvrijwillige zorg of een onvrijwillige opname geschiedt, moet er eerst sprake zijn van een 'aanzienlijk risico op *ernstig nadeel* als gevolg van het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking' (artikel 1 lid 2 Wzd). Anders gezegd: er moet zich in een bepaalde situatie ernstig nadeel voordoen of een aanzienlijk risico daarop bestaan.

De Wzd onderscheidt verschillende situaties waarin sprake is van ernstig nadeel:

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

2.3.6 Zorgaanbieder

Onder zorgaanbieder verstaat de Wzd een natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg aanbiedt aan een cliënt. Dit kan zowel een instelling zijn als een solistisch werkende zorgverlener.

2.3.7 Zorgverlener

Zorgverleners zijn personen die onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder werken en de zorg aan de cliënt leveren. Wanneer (ook) onvrijwillige zorg wordt toegepast is het bij uitstek van belang dat zorgverleners over voldoende en relevante deskundigheid beschikken. Daarom moeten zorgverantwoordelijken in zorgplannen, waarin sprake is van onvrijwillige zorg, opnemen welke zorgverleners (of welke categorie van zorgverleners) binnen de organisatie bevoegd is (of zijn) om de betreffende onvrijwillige zorg bij de cliënt uit te voeren.

2.3.8 Externe deskundige

De Wzd bevat twee 'situaties' waarin advies bij een externe deskundige in moet worden gewonnen.²⁷

Deze externe deskundige moet aantoonbare ervaring hebben met het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe de cliënt waarvoor advies wordt gevraagd behoort. Verder mag de externe deskundige niet in dienst van of gedetacheerd zijn bij de zorgaanbieder van deze cliënt en ook niet op andere wijze betrokken zijn bij de behandeling of verzorging van de cliënt.

Wie kunnen als externe deskundige optreden?		
	VG	PG
AVG	Ja	Nee
SO	Nee	Ja
Psychiater	Ja	Ja
Verpleegkundige	Ja	Ja
Orthopedagoog-generalist	Ja	Nee
Gezondheidszorgpsycholoog	Ja	Ja

²⁷ Zie: paragraaf 2.4.5 en paragraaf 3.1.5.

2.3.9 Zorgverantwoordelijke

De zorgaanbieder moet voor elke cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijzen (artikel 5 lid 1 Wzd). De zorgverantwoordelijke speelt een centrale en coördinerende rol bij de zorgverlening aan de cliënt. Verder is de zorgverantwoordelijke in algemene zin verantwoordelijk voor de zorg aan een cliënt en hét eerste aanspreekpunt voor de cliënt en de vertegenwoordiger (artikel 1 lid 1 onder g Wzd). Dit maakt dat de naam van de zorgverantwoordelijke direct na aanvang van zorg aan de cliënt aan de cliënt en zijn vertegenwoordiger moet worden medegedeeld.

De zorgaanbieder mag bepalen welke zorgverlener voor welke cliënt als zorgverantwoordelijke wordt aangewezen. Vereist is wel dat de deskundigheid van de aangewezen zorgverantwoordelijke past bij de cliënt en de zorg die de cliënt naar verwachting nodig zal hebben, zodat de zorgverantwoordelijke regie kan voeren over de aan de cliënt te verlenen (onvrijwillige) zorg.

De zorgverantwoordelijke moet 'een ter zake kundige arts zijn' of 'behoren tot een door de minister nog nader te bepalen categorie deskundigen'. Kort gezegd betekent dit dat ter zake kundige artsen in ieder geval door de zorgaanbieder als zorgverantwoordelijke kunnen worden benoemd en dat in een ministeriële regeling nader wordt bepaald wie verder als zorgverantwoordelijke mogen worden aangewezen. Op 7 november 2019 is de 'Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten' gepubliceerd, waarmee ook andere beroepen als zorgverantwoordelijke kunnen worden benoemd.²⁸ Naast ter zake kundige artsen gaat het om:

- a. orthopedagoog-generalisten;
- b. gezondheidszorgpsychologen;
- c. verpleegkundigen;
- d. physician assistant
- e. verzorgenden individuele gezondheidszorg;
- f. degenen aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat de betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding die is opgenomen in het Centraal register beroepsopleidingen als bedoeld in artikel 6.4.1 van de Wet educatie en beroepsonderwijs, voor:
 - o agogisch medewerker GGZ;
 - o begeleider gehandicaptenzorg;
 - o begeleider specifieke groepen;
 - o persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg;
 - o persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen;
 - o thuisbegeleider.
- g. degenen aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat de betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs als bedoeld in artikel 6.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, voor:
 - o applied behavioral and social sciences
 - o behavioural and social sciences
 - o gezondheid en leven
 - o pedagogiek
 - o pedagogische wetenschappen
 - o psychologie
 - o sociaal pedagogische hulpverlening

Wanneer een cliënt zorg ontvangt van meerdere zorgaanbieders wijzen deze zorgaanbieders gezamenlijk één zorgverantwoordelijke aan.

²⁸ Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Staatscourant, 60909. 7 november 2019.

2.3.10 Wzd-functionaris

Zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen en/of cliënten onvrijwillig opnemen moeten één of meerdere Wzd-functionarissen benoemen. Wzd-functionarissen hoeven niet in dienst te zijn van de zorgaanbieder.

Wanneer in een zorgplan onvrijwillige zorg wordt opgenomen legt de zorgverantwoordelijke dat zorgplan ter toetsing voor aan de Wzd-functionaris. Wanneer de Wzd-functionaris daar aanleiding voor ziet kan de Wzd-functionaris het zorgplan laten aanpassen. Verder oordeelt de Wzd-functionaris op verzoek van de zorgaanbieder over verlof en ontslag.²⁹

De kern van de functie van Wzd-functionaris is het onafhankelijk van de zorgaanbieder toezien op zorgvuldige inzet van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw daarvan. De Wzd bepaalt dat een ter zake kundige arts (waarbij afhankelijk van de sector kan worden gedacht aan SO of AVG), een gezondheidszorgpsycholoog of (in de verstandelijk gehandicaptenzorg) een orthopedagoog-generalist als Wzd-functionaris kunnen worden benoemd.

2.4 Opname en verblijf

Cliënten kunnen vrijwillig in een accommodatie verblijven. Cliënten kunnen echter ook zonder de nodige bereidheid of ondanks verzet tegen opname en verblijf worden opgenomen in een geregistreerde accommodatie.³⁰

De Wzd bevat hiervoor verschillende procedures:

- het besluit tot opname en verblijf (artikel 21 e.v.);
- de rechterlijke machtiging (artikel 24 e.v.);
- de inbewaringstelling (artikel 29 e.v.).

Alleen voor jongvolwassen cliënten met een verstandelijke beperking kent de Wzd ook de voorwaardelijke machtiging (paragraaf 2.4.5 Wzd).

2.4.1 Besluit tot opname en verblijf

Vanaf artikel 21 bevat de Wzd een procedure voor de opname en het verblijf van cliënten die geen bereidheid tonen om te worden opgenomen (en daarmee niet in aanmerking komen voor vrijwillige opname), maar zich ook niet tegen de opname (kunnen) verzetten.³¹ De procedure betreft een toetsing op aanvraag door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Tijdens de procedure toetst het CIZ of de cliënt in aanmerking komt voor opname in een geregistreerde accommodatie. Als de cliënt daarvoor in aanmerking komt geeft het CIZ een 'besluit tot opname en verblijf' af. Het CIZ toetst daarvoor of:

- de cliënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname en verblijf of voorzetting van het verblijf, maar zich daar ook niet tegen verzet;
- het gedrag van de cliënt als gevolg van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke beperking, daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan leidt tot ernstig nadeel;
- opname en verblijf of de voortzetting van het verblijf noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- opname en verblijf of voortzetting van het verblijf geschikt zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden, en
- er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

²⁹ Zie: paragraaf 4.1.

³⁰ Zie: paragraaf 2.3.2.

³¹ Een vergelijkbare regeling was in de Wet Bopz opgenomen in artikel 60. In de praktijk wel geduid als 'artikel 60 opname' of 'geen bereidheid, geen bezwaar'.

Wanneer het CIZ tijdens de procedure constateert dat er sprake is van verzet tegen opname en verblijf, zet het CIZ de aanvraag om in een aanvraag voor een rechterlijke machtiging.³²

Het CIZ moet binnen zes weken een besluit op de aanvraag nemen. Een afgegeven besluit tot opname en verblijf geldt maximaal vijf jaar. Het besluit *kan* door het CIZ steeds met maximaal vijf jaar verlengd worden. Het besluit vervalt automatisch wanneer:

- het indicatiebesluit als bedoeld in de Wlz komt te vervallen;
- een rechterlijke machtiging voor onvrijwillige opname en verblijf wordt afgeven of de burgemeester een last tot inbewaringstelling afgeeft;
- het CIZ op verzoek van de cliënt heeft vastgesteld dat deze de bereidheid tot opname heeft uitgesproken.

In de laatstgenoemde situatie *kan* het CIZ de bij de zorg betrokken arts vragen een verklaring af te leggen over de wilsbekwaamheid ter zake van de cliënt. Wanneer het CIZ vaststelt dat de cliënt bereid is tot opname doet het CIZ daarvan mededeling aan de zorgaanbieder. Gevolg hiervan is dat het besluit tot opname en verblijf vervalt.

2.4.2 Omzetting vrijwillige opname of besluit tot opname en verblijf in onvrijwillig verblijf

Cliënten die vrijwillig of met een besluit tot opname en verblijf van het CIZ zijn opgenomen kunnen zich verzetten tegen zorg die aan hen wordt verleend. Wanneer een cliënt zich op zodanige wijze tegen *meerdere onderdelen* van de zorgverlening verzet dat het leveren van cliëntgerichte zorg daardoor feitelijk niet meer mogelijk is, wordt het verblijf van de cliënt 'geacht onvrijwillig te zijn'. Aan welke situaties precies wordt gedacht blijkt niet uit de toelichting op de Wzd. Het is wel duidelijk dat verzet van de cliënt tegen één vorm van zorg niet voldoende is. Het moet gaan om *meerdere onderdelen* van zorg en het verzet moet zodanig zijn dat niet meer gesteld kan worden dat de cliënt vrijwillig of zonder verzet (als er sprake is van een besluit tot opname en verblijf) verblijft. Voorstelbaar is dat wordt bedoeld op situaties waarin het verlenen van goede zorg door systematisch verzet ernstig bemoeilijkt wordt.

Als deze situatie zich voordoet dient er (alsnog) gekeken te worden of de situatie zich leent voor een rechterlijke machtiging voor onvrijwillige opname en verblijf (artikel 21, lid 3 Wzd). De aanvraag daarvoor kan onder meer worden gedaan door de Wzd-functionaris of de zorgaanbieder (artikel 25 lid 1 a-e). Voor een rechterlijke machtiging is vereist dat er naast verzet tegen een of meerdere onderdelen van de zorg, ook verzet wordt geuit tegen de opname en het verblijf.

2.4.3 Opname en verblijf met een rechterlijke machtiging

De artikelen 24 tot en met 28 en de artikelen 38 tot en met 43 Wzd gaan over rechterlijke machtigingen voor opname en verblijf. In geval van verzet kan de cliënt alleen onvrijwillig worden opgenomen, op grond van een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf of een last tot inbewaringstelling.³³

Een rechterlijke machtiging kan in meerdere situaties worden afgegeven. Zo kan het gaan om een eerste machtiging tot opname, maar ook om een machtiging ter verlenging van een eerdere machtiging of een machtiging ter gedwongen voortzetting van een verblijf dat eerst vrijwillig was.

³² Zie: paragraaf 2.4.3.

³³ Zie: paragraaf 2.4.4.

Om een rechterlijke machtiging te krijgen moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- er moet sprake zijn van ernstig nadeel (voor de cliënt of anderen) als gevolg van de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, een daarmee gepaard gaande psychiatrische stoornis of een combinatie hiervan;
- de opname en het verblijf moeten noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel te kunnen afwenden, en
- er is geen minder zwaar middel om het ernstige nadeel af te kunnen wenden.

Het ernstige nadeel hoeft zich nog niet te hebben voorgedaan op het moment waarop de aanvraag voor een rechterlijke machtiging wordt gedaan. Er moet wel al minstens sprake zijn van een reële kans dat het ernstige nadeel zich (op korte termijn) voordoet wanneer niet door middel van een opname wordt ingegrepen.

De aanvraag voor een rechterlijke machtiging moet bij het CIZ worden ingediend. Het CIZ toetst vervolgens of aan de bovenstaande voorwaarden is voldaan. Als dat het geval is dient het CIZ het verzoek voor de machtiging zo spoedig mogelijk in bij de rechter.

Bij de aanvraag voor een rechterlijke machtiging moeten verschillende documenten worden overgelegd. Eén daarvan is een medische verklaring door een niet bij de behandeling betrokken ter zake kundige arts, de 'medische verklaring'.³⁴ Deze arts dient de cliënt in verband met de te vragen rechterlijke machtiging kort van tevoren te hebben onderzocht. Wanneer de cliënt al in een accommodatie van een zorgaanbieder verblijft dient de ter zake kundige arts die de verklaring opstelt *niet* aan de zorgaanbieder waarbij de cliënt verblijft verbonden te zijn, zodat de arts objectief kan verklaren.

De medische verklaring kan pas worden opgemaakt nadat de ter zake kundige arts de cliënt heeft onderzocht. Het is niet voldoende als het onderzoek wordt verricht door (alleen) een arts-assistent, huisarts of indicatiesteller en de ter zake kundige arts de verklaring achteraf alleen ondertekent.

De Wzd beoogt dat deze verklaring kan worden afgegeven door een AVG of SO.³⁵ De AVG of SO die de verklaring afgeeft beoordeelt of de cliënt een verstandelijke handicap of psychogeriatrische aandoening heeft die zorg op grond van de Wzd noodzakelijk maakt. Als er tevens sprake is van psychische problematiek beoordeelt de AVG of SO of deze psychische problematiek onder de Wzd kan worden behandeld. Bij twijfel dient de AVG of SO een psychiater te consulteren.³⁶

.³⁷

Het staat de ter zake kundige arts vrij om tijdens het voorbereidend onderzoek voor de medische verklaring de deskundigheid van een andere discipline in te roepen. Uit de medische verklaring moet in ieder geval blijken (artikel 27 Wzd):

- waaruit de onvrijwilligheid van de cliënt ten aanzien van de opname bestaat;
- of er sprake is van (dreigend) ernstig nadeel;
- of de opname noodzakelijk is.

³⁴ Ook onder de Wet Bopz was een medische verklaring van een ter zake kundige arts vereist. In de Wet Bopz wordt deze een 'geneeskundige verklaring' genoemd.

³⁵ *Kamerstukken II 2018/19 35087, nr. 7, p. 9.*

³⁶ Dit is een wenselijke situatie maar wijkt af van de laatste jurisprudentie, op grond waarvan in geval van bijkomende psychiatrische problematiek in ieder geval een psychiater betrokken moest worden. Zie bijvoorbeeld: Hoge Raad 2 november 2018, ECLI:NL:HR:2018:2044; Hoge Raad 1 februari 2019, ECLI:NL:HR:2019:165. Hoge Raad 2 november 2018, ECL:NL:HR:2018:2044.

³⁸ Onder vertegenwoordiger verstaat de Wet zorg en dwang: wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, of, indien een zodanige persoon ontbreekt, de persoon die daartoe door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats te treden, of, indien deze ontbreekt of niet optreedt, de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel, of, indien deze ontbreekt of niet wenst op te treden, een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt

De verklaring moet verder actueel zijn, in die zin dat de verklaring inzicht geeft in *de huidige situatie* van de cliënt. De verklaring moet kort van tevoren zijn opgesteld.

Als er een arts bij de zorg aan de cliënt betrokken is, dan is het wenselijk dat de arts die de verklaring opstelt daarmee overlegt. Verder dient de opsteller van de verklaring te overleggen met de zorgaanbieder of de huisarts van de cliënt.

Naast de medische verklaring moet CIZ bij een aanvraag voor een rechterlijke machtiging voor een cliënt die al in een accommodatie verblijft een verklaring van de zorgaanbieder voegen (artikel 26 zesde lid onderdeel a Wzd) waaruit blijkt dat voldaan wordt aan de criteria voor onvrijwillige opname en verblijf. Het opstellen van deze verklaring zou de zorgaanbieder kunnen delegeren, bijvoorbeeld aan de Wzd-functionaris. Het CIZ dient het zorgplan van de cliënt aan de rechter te overleggen.

2.4.4 Opname en verblijf in crisissituaties

Vanaf artikel 29 bevat de Wzd een procedure voor het opnemen van personen in crisissituaties. Het moet dan gaan om zodanig urgente situaties dat er acuut gehandeld moet worden en geen tijd is om de aanvraagprocedure voor een (reguliere) rechterlijke machtiging af te wachten. De burgemeester is bevoegd om een machtiging tot opname in crisissituaties (ook wel een 'inbewaringstelling', of 'ibs' genoemd) af te geven.

Een ibs *kan* worden afgegeven:

- voor personen van twaalf jaar of ouder die verzet vertonen tegen de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf;
- wanneer niet de cliënt maar een vertegenwoordiger³⁸ zich verzet tegen opname en verblijf of de voortzetting van verblijf;
- als de ouders die gezamenlijk het gezag over de persoon uitoefenen van mening verschillen over de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf.

In het laatstgenoemde geval kan ook voor een cliënt onder 12 jaar een ibs worden afgegeven. Als de ibs betrekking heeft op een minderjarige die onder toezicht is gesteld is een aparte machtiging tot uithuisplaatsing overbodig.

Voor het afgeven van een ibs gelden in beginsel dezelfde criteria als voor een rechterlijke machtiging:

- er moet sprake zijn van ernstig nadeel (voor de cliënt of anderen);
- het ernstig nadeel moet het gevolg zijn van het gedrag van de cliënt, hetgeen weer het gevolg is van zijn psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke beperking, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan;
- de opname en het verblijf moeten noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel af te kunnen wenden;
- er is geen minder zwaar middel om het ernstige nadeel af te kunnen wenden.

Zoals hiervoor opgemerkt gaat het bij een ibs om situaties waarin een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht. Daarom is het voor het verkrijgen van een ibs ook (anders dan voor een rechterlijke machtiging) voldoende dat er een ernstig *vermoeden* bestaat dat het ernstig nadeel dat zich voordoet het gevolg is van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking. Het hoeft op het moment waarop de ibs wordt aangevraagd nog niet zeker te zijn dat een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking het ernstig nadeel veroorzaakt.

³⁸ Onder vertegenwoordiger verstaat de Wet zorg en dwang: wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt, of, indien een zodanige persoon ontbreekt, de persoon die daartoe door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats te treden, of, indien deze ontbreekt of niet optreedt, de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel, of, indien deze ontbreekt of niet wenst op te treden, een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt

Net als voor een rechterlijke machtiging moet voor verkrijging van een ibs een medische verklaring worden opgesteld door een ter zake kundige arts waaruit blijkt waar de onvrijwilligheid ten opzichte van de opname uit bestaat en dat voldaan is aan de eisen voor een ibs. Ook hier geldt dat de AVG, specialist ouderengeneeskunde of psychiater die de verklaring opstelt onafhankelijk moet zijn en over de juiste deskundigheid moet beschikken.³⁹

Wanneer het een cliënt betreft die al in een accommodatie van een zorgaanbieder verblijft mag deze verklaring niet worden opgesteld door een arts die werkzaam is bij of in opdracht van de zorgaanbieder.

2.4.5 Voorwaardelijke machtiging

De artikelen 28aa tot en met 28ad Wzd maken het mogelijk om via het CIZ een voorwaardelijke machtiging aan de rechter te vragen. Een voorwaardelijke machtiging kan worden uitgesproken als:

- het gedrag van een cliënt 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, en
- dit ernstig nadeel *buiten een accommodatie* alleen door het stellen en naleven van voorwaarden kan worden afgewend.

Een voorwaardelijke machtiging is *alleen* mogelijk voor jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot en met 23 jaar die eerst te maken hadden met jeugdhulp op grond van de Jeugdwet.

Een cliënt met een voorwaardelijke machtiging wordt niet opgenomen in een geregistreerde accommodatie om het ernstig nadeel af te wenden. Geprobeerd wordt om het ernstig nadeel af te wenden door in de voorwaardelijke machtiging bepaalde voorwaarden op te nemen waar de cliënt zich buiten de accommodatie (thuis) aan moet houden. Als voorwaarden kunnen bijvoorbeeld worden gesteld dat de cliënt zijn medicatie inneemt of zorgverleners binnenlaat. De cliënt kan ondertussen thuis blijven wonen. De cliënt stemt in met de voorwaarden.

Bij de aanvraag voor een voorwaardelijke machtiging moet een verklaring van een ter zake kundige arts die de cliënt van tevoren heeft onderzocht, maar niet bij de behandeling betrokken was, worden meegestuurd. De verklaring dient te worden opgesteld door een AVG of een SO. Als er sprake is van een bijkomende psychiatrische stoornis kan een psychiater worden geconsulteerd.⁴⁰ Bij de aanvraag moet het zorgplan van de cliënt worden meegestuurd. Een voorwaardelijke machtiging wordt uitgesproken door de rechter en heeft de duur van maximaal één jaar. De machtiging vervalt zodra de cliënt 23 jaar wordt.

De zorgverantwoordelijke kan besluiten om een cliënt met een voorwaardelijke machtiging op te nemen in een geregistreerde accommodatie wanneer het ernstig nadeel niet langer daarbuiten kan worden afgewend door naleving van de voorwaarden of als de cliënt de voorwaarden uit de voorwaardelijke machtiging niet langer naleeft.⁴¹ De zorgverantwoordelijke moet zich dan wel eerst op de hoogste stellen van de actuele toestand van de cliënt en advies inwinnen bij een externe deskundige over de voorgenomen opname.⁴² De hiervoor genoemde personen die een voorwaardelijke machtiging voor een cliënt kunnen aanvragen kunnen de zorgverantwoordelijke ook verzoeken om tot opname over te gaan.

³⁹ Zie: paragraaf 2.4.3.

⁴⁰ Zie: paragraaf 2.4.3 en 2.4.4.

⁴¹ De organisaties die het profiel van de Wzd-functionaris hebben opgesteld merken daarin op dat zij het van belang vinden dat de zorgverantwoordelijke ook de Wzd-functionaris informeert over een voornemen om te besluiten tot gedwongen opname van een cliënt met een voorwaardelijke machtiging.

⁴² Zie: paragraaf 2.3.8.

Vanaf het moment van opname wordt de machtiging beschouwd als een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf. De onvrijwillige opname duurt vervolgens niet langer dan de resterende termijn van de voorwaardelijke machtiging en heeft een maximale duur van zes maanden.

De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt binnen vier dagen schriftelijk over de reden(en) van zijn beslissing om de cliënt op te nemen, tenzij het besluit om de cliënt op te nemen plaatsvindt op verzoek van de cliënt. Ook informeert de zorgverantwoordelijke het CIZ en de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft uitgesproken.

Het besluit van de zorgverantwoordelijke om de cliënt op te nemen kan door dezelfde personen als die een voorwaardelijke machtiging kunnen aanvragen (inclusief de cliënt zelf) ter toetsing aan de rechter worden voorgelegd. De rechter toetst dan of de beslissing van de zorgverantwoordelijke om de voorwaardelijke machtiging 'om te zetten' naar een rechterlijke machtiging juist was.

2.5 Afbakening Wzd en Wgbo

De Wzd gaat uit van een breed begrip van zorg: van verzorging tot verpleging, begeleiding en beveiliging. Zorg als bedoeld in de Wzd omvat ook zorg die wordt verleend in verband met somatische aandoeningen. De 'aparte' procedure voor gedwongen zorg via de Wgbo is in beginsel niet meer aan de orde. Onvrijwillige zorg die wordt toegepast bij een cliënt die binnen het toepassingsbereik van de Wzd valt, moet aan de in de Wzd opgenomen voorwaarden voldoen.⁴³ Alleen in geval van het verlenen van zorg aan cliënten die (nog) niet binnen het toepassingsbereik van de van de Wzd vallen of wanneer de Wzd iets niet regelt moeten de bepalingen van de Wgbo als uitgangspunt worden genomen.⁴⁴

In de Wzd is een schakelbepaling opgenomen voor die situaties waarin een cliënt die binnen het toepassingsgebied van de Wzd valt tijdelijk en in verband met een geneeskundige behandeling binnen een accommodatie van een andere zorgaanbieder wordt opgenomen. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt tijdelijk in het ziekenhuis wordt opgenomen. In dat geval moet de 'andere zorgaanbieder' in beginsel uitvoering geven aan het 'Wzd-zorgplan' van de cliënt. Deze zorgaanbieder mag van het Wzd-zorgplan afwijken in situaties waarin dat Wzd-zorgplan niet voorziet of wanneer het uitvoeren van dat zorgplan niet mogelijk is bij het verlenen van goede zorg binnen de accommodatie van de 'andere zorgaanbieder' waar de geneeskundige behandeling plaatsvindt (artikel 8 lid 2 Wzd). Deze zorgaanbieder 'valt dan terug' op de bepalingen van de Wgbo.

2.6 Afbakening Wzd en Wvggz

De Wvggz beschermt de rechten van mensen met psychiatrische problematiek die te maken krijgen met verplichte zorg.⁴⁵ Zowel de Wzd als de Wvggz stellen de zorgbehoefte van de cliënt centraal. Afhankelijk van de voorliggende zorgbehoefte vallen cliënten binnen de reikwijdte van één van beide wetten. Bij cliënten die naast een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening ook te maken hebben met psychiatrische problematiek is voor het toepasselijke wettelijke kader doorslaggevend wat de voorliggende zorgbehoefte is.

⁴³ Op grond van de Wgbo mag onvrijwillige zorg worden toegepast mits het gaat om een *somatische handeling* en waarbij het *ernstige nadeel* dat ontstaat als er *niet* wordt ingegrepen *losstaat van* een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een psychiatrische ziekte. Anders gezegd: het (somatische) ernstig nadeel moet een somatische oorzaak hebben. De cliënt moet verder wilsonbekwaam ter zake zijn, het moet gaan om een ingrijpende verrichting waar ernstig nadeel mee kan worden voorkomen en bij voorkeur is er toestemming van de vertegenwoordiger (artikel 7:465 lid 5 BW).

⁴⁴ Het is de bedoeling dat VWS op korte termijn met een brochure komt over de Wzd/Wgbo. In afwachting van deze brochure volstaat deze paragraaf.

⁴⁵ Onvrijwillige zorg wordt in de Wvggz 'verplichte zorg' genoemd.

In de Wzd is een aantal schakelbepalingen met de Wvvggz opgenomen. Zo moet het CIZ een aanvraag voor een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd doorsturen naar de Officier van Justitie voor verdere behandeling op grond van de Wvvggz wanneer tijdens de procedure blijkt dat de aanvraag beter (verder) behandeld kan worden onder de Wvvggz. Ook de rechtbank kan hiertoe besluiten tijdens de behandeling van een verzoek voor een rechterlijke machtiging.

Wanneer voor een cliënt een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd is afgegeven, dan vervalt een eventuele zorgmachtiging op grond van de Wvvggz (artikel 1 lid 6 Wzd). En wanneer voor een cliënt een zorgmachtiging op grond van de Wvvggz is afgegeven, dan wordt een eventuele rechterlijke machtiging op grond van de Wzd geschorst. De schorsing eindigt op het moment waarop de zorgmachtiging vervalt (artikel 1:1 lid 3 Wvvggz).

Uit de Wzd en de Wvvggz alsook de bijhorende regelgeving en toelichtingen blijkt niet wat dit betekent voor de looptijd van de rechterlijke machtiging. Het ligt voor de hand dat wanneer deze in de tussentijd verloopt een nieuwe rechterlijke machtiging moet worden aangevraagd wanneer de cliënt vanuit de geestelijke gezondheidszorg weer 'terugkeert' naar de ouderenzorg of zorg aan mensen met een verstandelijke beperking.

2.7 Afbakening Wzd en Wfz

Met toepassing van artikel 2.3 Wfz kan de strafrechter ambtshalve of op verzoek van de officier van justitie een rechterlijke machtiging als bedoeld in de Wzd afgeven. Dat kan tijdens het strafproces, tijdens de tenuitvoerlegging van een forensische titel en in aansluiting daarop. De betrokkene dient dan te worden opgenomen in een Wzd-accommodatie. Vervolgens valt de betrokkene binnen het toepassingsbereik van de Wzd.

De procedure voor deze machtiging is opgenomen in artikel 28a Wzd. De aanvraag wordt bij de rechter ingediend door de Officier van Justitie. De Officier van Justitie moet wel eerst het CIZ raadplegen over de noodzaak voor de afgifte van een rechterlijke machtiging en vragen of volgens het CIZ voldaan wordt aan de criteria van een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd. Voor eventueel verlof en ontslag van cliënten die op grond van artikel 2.3 Wfz in een Wzd-accommodatie zijn opgenomen moet de zorgaanbieder eerst toestemming vragen aan de Minister van Justitie en Veiligheid en het oordeel van de Wzd-functionaris vragen.

2.8 Wzd-klachtenprocedure en cliëntenvertrouwenspersoon

2.8.1 Wzd-klachtenprocedure

Iedere zorgaanbieder die de Wzd uitvoert moet zijn aangesloten bij een Wzd-klachtencommissie die is ingesteld door één of meer representatief te achten cliëntenorganisaties en één of meer representatief te achten organisaties van zorgaanbieders.

Cliënten op wie de Wzd van toepassing is en die zorg van een zorgaanbieder als bedoeld in de Wzd ontvangen kunnen zich voor een aantal specifieke en limitatieve klachtgronden wenden tot een Wzd-klachtencommissie. Ook de vertegenwoordigers en nabestaanden van cliënten kunnen daar een klacht indienen. De mogelijke klachtgronden zijn:

- de toetsing van wilsbekwaamheid;
- verlof en ontslag;
- het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan;
- het uitvoeren van onvrijwillige zorg;
- zorg in onvoorziene situaties;
- het bijhouden van het dossier;
- het handelen van een Wzd-functionaris.

Voor andere klachtgronden kunnen cliënten terecht bij de klachtenfunctionaris. Uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) volgt dat *iedere* zorgaanbieder een klachtenfunctionaris moet aanwijzen.

De cliënt, vertegenwoordiger of nabestaande die een klacht indient kan de klachtencommissie verzoeken om schadevergoeding toe te kennen. De klachtencommissie kan hiertoe ook *ambtshalve* (op eigen initiatief) besluiten. Uitspraken van Wzd-klachtencommissies zijn bindend. Tegen een beslissing van een klachtencommissie kan de cliënt, de vertegenwoordiger, de nabestaande, degene op wie de klacht betrekking heeft en de zorgaanbieder in beroep bij de rechtbank.

2.8.2 Cliëntenvertrouwenspersoon

Cliënten en vertegenwoordigers van cliënten die onder de reikwijdte van de Wzd vallen hebben het recht om een beroep te kunnen doen op een cliëntenvertrouwenspersoon (cvp). De cvp mag niet in dienst zijn van een zorgaanbieder. De inzet van cvp wordt gefinancierd door het ministerie van VWS, waarbij de inkoop is neergelegd bij de zorgkantoren en per regio een aanbieder van cliëntenvertrouwenspersonen is gecontracteerd.

De cvp heeft als taak om een cliënt of zijn vertegenwoordiger advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met onvrijwillige zorg, met de opname en verblijf in een accommodatie of het doorlopen van een klachtenprocedure.

2.9 Toezicht

Het toezicht op de naleving van de Wzd wordt uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In de visienota 'Terughoudend en zorgvuldig omgaan met onvrijwillige en verplichte zorg' van mei 2019 geeft de IGJ vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wzd in grote lijnen inzicht in de manier waarop het toezicht op de naleving van de Wzd zal uitvoeren.⁴⁶ Onder de nieuwe wetgeving richt de IGJ zich in het toezicht op de belangrijkste uitgangspunten en randvoorwaarden voor verantwoorde gedwongen zorg:

- dwang zoveel mogelijk voorkomen en anders zorgvuldig toepassen;
- de juiste zorg op de juiste plaats;
- voldoende en deskundig personeel;
- aandacht voor de belangen en de rechtspositie van de cliënt.

Ook zal de IGJ zich richten op een aantal nieuwe elementen die de Wzd en de Wvvgz met zich brengen, zoals:

- zorg op basis van verschillende wetten (de Wzd en de Wvvgz);
- speciale aandacht voor zorg aan jeugdigen;
- dwang in nieuwe woon(zorg)vormen zonder toetsing vooraf (geen voorafgaande aanmerking meer nodig);
- toezicht op dwang in de ambulante setting;
- versterking rechtspositie cliënt en naasten.

Voor de eerste periode na de inwerkingtreding van de Wzd hanteert de IGJ in het te houden toezicht de volgende uitgangspunten:

- blijvend aandacht voor risico's (voorkomen dan wel zorgvuldig toepassen van dwang, de juiste zorg op de juiste plaats, voldoende en deskundig personeel, aandacht voor de belangen en de rechtspositie van de cliënt);
- toezicht op onvrijwillige zorg als een integraal onderdeel van het toezicht op kwaliteit en veiligheid van de zorg;
- signaleren, agenderen en stimuleren;
- gegevens benutten voor breder beeld van dwang in de zorg.

⁴⁶ Zie: <https://www.igj.nl/onderwerpen/nieuwe-wetgeving/documenten/publicaties/2019/05/16/toezichtvisie-igj>.

Verder zal de IGJ nog een toetsingskader opstellen, welke als leidraad zal dienen voor het toezicht op de onvrijwillige zorg. Dit kader zal door inspecteurs onder andere worden meegenomen bij reguliere toezichtbezoeken en worden gehanteerd bij het incidenttoezicht. Het toetsingskader zal de IGJ nog afstemmen met veldpartijen. Ten behoeve van het toezicht door de IGJ dienen zorgaanbieders halfjaarlijks een overzicht van alle toegepaste vormen van onvrijwillige zorg, voorzien van een analyse aan de IGJ sturen.

De IGJ zal in 2020 eerst terughoudend toezicht houden op het uitvoeren van de Wzd, zodat zorgaanbieders en zorgverleners de tijd en ruimte krijgen om hun zorg in te richten overeenkomstig de nieuwe wetgeving. Als aanbieders en professionals laten zien dat zij zich bewust zijn van de nieuwe wettelijke kaders, de ingrijpendheid van onvrijwillige zorg en de zorgvuldigheid waarmee deze zorg gepaard moet gaan, dan biedt het toezicht van de IGJ ruimte om de uitvoering van de Wzd te verbeteren. Handhaving is alleen aan de orde als de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het geding zijn. Aanbieders kunnen dit bewustzijn en de vereiste zorgvuldigheid laten zien door bijvoorbeeld:

- het opstellen van een beleidsplan waarin ze hun visie op (het voorkomen en zorgvuldig toepassen van) onvrijwillige zorg beschrijven;
- het aanwijzen van een Wzd-functionaris en dit ook kenbaar maken;
- het maken van een planning hoe zij zo snel mogelijk de behandelplannen van cliënten zullen omzetten naar de Wzd;
- het borgen van de rechtspositie van de cliënt, bijvoorbeeld doordat iedere cliënt of vertegenwoordiger de mogelijkheid krijgt een beroep te doen op een cliëntenvertrouwenspersoon (cvp).⁴⁷

3. Toelichting stappenplan Wzd⁴⁸

3.1 Het 'stappenplan'

Een belangrijk onderdeel van de Wzd is het 'stappenplan'. Het stappenplan bestaat eerst uit een aantal bepalingen over het zorgplan en vrijwillige zorg. Vervolgens voorziet het stappenplan in procedures voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan en het uitvoeren van onvrijwillige zorg.⁴⁹ Het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang is immers dat eerst alles wordt geprobeerd om de cliënt vrijwillige zorg te bieden. Alleen wanneer dat écht niet (meer) mogelijk is kan onvrijwillige zorg aan de orde zijn, en dan alleen wanneer aan alle in de Wzd opgenomen voorwaarden voldaan wordt.

3.1.1 Zorg in afwachting van een zorgplan

In beginsel kan alleen zorg worden verleend die in het zorgplan⁵⁰ van de cliënt is opgenomen. Omdat het zorgplan uiterlijk zes weken na aanvang van zorg gereed moet zijn is het mogelijk dat er al zorg aan een cliënt geleverd moet worden terwijl er nog geen zorgplan is. In dat geval mag alleen zorg worden geboden waar de cliënt dan wel de vertegenwoordiger mee heeft ingestemd, tenzij er sprake is van een noodsituatie.⁵¹

⁴⁷ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/07/05/roadmap-de-wet-zorg-en-dwang-van-nu-naar-2021>.

⁴⁸ In bijlage 3 wordt het stappenplan grafisch weergegeven.

⁴⁹ Het stappenplan is ook van toepassing op drie ingrijpende vormen van zorg waartegen geen verzet wordt geuit. Zie: paragraaf 5.3.

⁵⁰ Het zorgplan bestaat uit de schriftelijk of elektronisch als zodanig vastgelegde uitkomsten van hetgeen met de cliënt en/of de vertegenwoordiger van de cliënt wordt besproken ten aanzien van de te verlenen zorg, de doelen van de zorg, de zorgverleners die voor de zorg verantwoordelijk zijn, de wijze waarop de cliënt zijn/haar leven wenst in te richten en de frequentie waarmee een en ander zal worden geëvalueerd en geactualiseerd (zie ook artikel 1 en artikel 8.1.1 Wlz). Kortom: in het zorgplan worden alle afspraken over de door de zorgaanbieder aan een cliënt te verlenen zorg vastgelegd.

⁵¹ Zie: paragraaf 3.3.

Als een cliënt wilsonbekwaam ter zake is, maar (nog) geen vertegenwoordiger heeft, biedt de Wzd de mogelijkheid dat zorg kan worden verleend waarmee de cliënt redelijkerwijs geacht kan worden in te stemmen en waartegen hij zich niet verzet (artikel 6 Wzd).

3.1.2 Het zorgplan

Iedere cliënt die onder de reikwijdte van de Wzd valt, heeft recht op een zorgplan⁵² conform de vereisten van de Wzd. Ongeacht de vraag of er onvrijwillige zorg wordt toegepast. Op grond van artikel 7 Wzd moet een zorgplan binnen zes weken na aanvang van zorg in overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger worden opgesteld door de zorgverantwoordelijke. De zorgverantwoordelijke kan daarbij een beroep doen op de deskundigheid van anderen als de zorgbehoefte van de cliënt dit noodzakelijk maakt. In het zorgplan wordt ook zoveel mogelijk rekening gehouden met wensen en voorkeuren van de cliënt. Van schriftelijke wilsuitingen van de cliënt of zijn vertegenwoordiger inzake wensen en voorkeuren wordt een afschrift bij het zorgplan gevoegd. Indien het niet mogelijk is om hiermee rekening te houden, deelt de zorgverantwoordelijke dit schriftelijk en gemotiveerd mee aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Het zorgplan moet vier weken nadat is gestart met het uitvoeren daarvan en vervolgens in ieder geval iedere zes maanden door de zorgverantwoordelijke worden geëvalueerd. De zorgverantwoordelijke nodigt de cliënt en de vertegenwoordiger voor dit overleg uit.⁵³ De datum van de laatst uitgevoerde evaluatie moet in het zorgplan worden genoteerd.

3.1.3 Heroverweging van het zorgplan: alternatieven?

Indien de zorgverantwoordelijke constateert of indien de vertegenwoordiger aangeeft dat het zorgplan niet (meer) voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt, waardoor ernstig nadeel kan ontstaan, gaat de zorgverantwoordelijke op zoek naar alternatieven voor de daarin opgenomen zorg (artikel 9 Wzd). De zorgverantwoordelijke overlegt daarover dan met minstens één deskundige van een andere discipline. Tijdens het overleg wordt in ieder geval besproken:

- wat het ernstig nadeel voor de cliënt is (door middel van het maken van een risico-inventarisatie);
- wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat;
- welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel, en
- welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg kunnen worden benut om het ernstig nadeel te voorkomen, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is.

Indien de zorg niet in een accommodatie wordt geboden, wordt ook gekeken of de thuissituatie geschikt is voor het leveren van passende zorg.

De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt en de vertegenwoordiger over het overleg en biedt hen de mogelijkheid om daarbij aanwezig te zijn. Zo mogelijk wordt het zorgplan na dit overleg aangepast met (vrijwillige) alternatieven, waardoor het zorgplan wel weer aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt en het ernstig nadeel wordt afgewend.

3.1.4 Onvrijwillige zorg in het zorgplan

Als uit de heroverweging van het zorgplan geen vrijwillige alternatieven komen die ervoor kunnen zorgen dat het zorgplan weer aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt, dan kan de zorgverantwoordelijke overwegen om onvrijwillige zorg in het zorgplan (artikel 10 Wzd) op te nemen.

⁵² Zie voetnoot 40.

⁵³ Voor het evalueren van zorgplannen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen bestaan aanvullende eisen, zowel voor de samenstelling van het overleg waarbinnen geëvalueerd wordt als wat betreft de termijnen. Zie: hoofdstuk 3.

Voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan moet het stappenplan uit de Wzd worden doorlopen en moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- er moet gebleken zijn dat er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn en dat het zorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte van de cliënt, waardoor een situatie van ernstig nadeel kan ontstaan. Daarbij is van belang dat wordt vastgesteld dat:
 - a. het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
 - b. de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
 - c. de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is;
 - d. er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.
- de zorgverantwoordelijke moet opnieuw overleggen met ten minste één deskundige van een andere discipline dan die van de zorgverantwoordelijke, op het terrein van de aan de cliënt te verlenen zorg. De zorgaanbieder mag deze deskundige alleen de voor dit overleg noodzakelijke gegevens verstrekken. Tijdens dit overleg moet in ieder geval worden besproken:
 - a. wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie;
 - b. wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat;
 - c. welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel;
 - d. welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg nog benut kunnen worden, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is;
 - e. wat de nadelige effecten van onvrijwillige zorg kunnen zijn, afgewogen tegen het ernstig nadeel dat moet worden afgewend, en
 - f. voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, waarbij die termijn zo kort mogelijk is, passend bij de aard van de zorg en ingrijpendheid voor de cliënt, waarbij die termijn op maximaal drie maanden wordt gesteld.
- wanneer de zorgverantwoordelijke *zelf geen arts* is moet de zorgverantwoordelijke instemming van een wel bij de zorg aan de cliënt betrokken arts (bijvoorbeeld de behandelend arts) krijgen wanneer een van de volgende vormen van onvrijwillige zorg wordt overwogen:⁵⁴
 - o vocht, voeding en medicatie, alsmede het 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;
 - o beperking van de bewegingsvrijheid;
 - o insluiten.
- voor iedere vorm van onvrijwillige zorg wordt overwogen of die zorg mogelijk nadelige effecten heeft op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn deelname aan het maatschappelijk leven, en worden aanvullende zorgvuldigheidseisen vastgesteld om die effecten weg te nemen of te verminderen. Zo nodig betreft de zorgverantwoordelijke bij dit overlegt de deskundigheid van anderen, indien dit gezien de zorgbehoefte van de cliënt van belang is.

⁵⁴ SO of AVG die als zorgverantwoordelijke optreden hoeven geen (extra) instemming van een andere arts te verkrijgen. Instemming van een andere arts is wel vereist als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is.

- de zorgverantwoordelijke informeert de cliënt of zijn vertegenwoordiger over het overleg en biedt hen de mogelijkheid hierbij aanwezig te zijn. Ook informeert de zorgverantwoordelijke de cliënt of zijn vertegenwoordiger over de plicht die op de zorgverantwoordelijke rust om advies over het zorgplan te vragen aan een externe deskundige als na het uitgebreid deskundigenoverleg het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan opgenomen termijn af te bouwen.
- de zorgverantwoordelijke past op basis van de conclusies van het in het derde lid bedoelde overleg het zorgplan aan en beschrijft daarin:
 - o het ernstig nadeel ter zake waarvan de onvrijwillige zorg kan worden toegepast, en welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast;
 - o welke zorgverlener of categorie van zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van de onvrijwillige zorg;
 - o indien van toepassing, de duur of frequentie van de onvrijwillige zorg;
 - o de vastgestelde termijn voor de toepassing van onvrijwillige zorg (maximaal drie maanden);
 - o de wijze waarop de zorg binnen die termijn wordt afgebouwd;
 - o eventuele aanvullende zorgvuldigheidseisen;
 - o de continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze geborgd wordt.

Als het niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen de daarvoor gestelde termijn af te bouwen moet de zorgverantwoordelijke opnieuw een overleg organiseren waar nu naast een deskundige van een andere discipline ook *een niet bij de zorg betrokken deskundige* bij aansluit. Dit wordt in de Wzd het 'uitgebreid deskundigenoverleg' genoemd. De zorgverantwoordelijke mag met deze deskundige alleen die gegevens delen die noodzakelijk zijn om aan het overleg te kunnen deelnemen. Na dit overleg mag voor maximaal drie maanden onvrijwillige zorg in het zorgplan worden opgenomen. Het afbouwen van onvrijwillige zorg moet vervolgens in beginsel binnen de daarvoor gestelde termijn van maximaal drie maanden geschieden.

Iedere keer als er onvrijwillige zorg voor een bepaalde periode in het zorgplan wordt opgenomen moet het zorgplan ter toetsing worden voorgelegd aan de Wzd-functionaris (artikel 11a Wzd). De Wzd-functionaris beoordeelt of de inhoud van het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen.⁵⁵

3.1.5 Raadplegen externe deskundige

Het is mogelijk dat het ook niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen drie maanden na het uitgebreid deskundigenoverleg af te bouwen.⁵⁶ Als dat het geval is moet de zorgverantwoordelijke het uitgebreid deskundigenoverleg 'aanvullen' door advies aan een externe deskundige (artikel 11 Wzd)⁵⁷ te vragen. De zorgverantwoordelijke mag de termijn voor onvrijwillige zorg in afwachting van het advies van de externe deskundige nog éénmalig met *drie maanden* verlengen.

Dat betekent dat de totale periode waarin de betreffende vorm van onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen tot dan toe op maximaal *negen maanden* komt. Het advies van de externe deskundige is niet bindend. De zorgverantwoordelijke moet wel in het zorgplan verantwoorden wat met het advies is gedaan en - als dat het geval is - waarom daarvan wordt afgeweken. Ook moet het zorgplan worden aangepast met toepassing van de hiervoor genoemde criteria.

⁵⁵ Zie: paragraaf 4.1.1.

⁵⁶ Dat wil zeggen: het is niet gelukt binnen drie maanden na het raadplegen van een deskundige van een andere discipline en (vervolgens) ook niet binnen drie maanden na een uitgebreid deskundigenoverleg.

⁵⁷ Zie: paragraaf 2.3.8.

Na het inwinnen van advies van een externe deskundige mag de betreffende vorm van onvrijwillige zorg steeds met maximaal zes maanden worden verlengd. De externe deskundige hoeft dan niet meer geraadpleegd te worden. Zo lang de onvrijwillige zorg in het zorgplan is opgenomen moeten de evaluaties wel plaatsvinden in een uitgebreid deskundigenoverleg.

3.2 Uitvoeren van onvrijwillige zorg

De in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg kan alleen worden toegepast als dat noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel. Om dat vast te stellen moet voorafgaand aan het toepassen ervan aan de volgende voorwaarden worden getoetst (artikel 12 en 13 Wzd):

- de zorgverlener die de onvrijwillige zorg voor de eerste keer toepast⁵⁸ moet voorafgaand aan het uitvoeren eerst instemming hebben van de zorgverantwoordelijke, tenzij de situatie dermate urgent is dat deze instemming niet vooraf kan worden gevraagd. De zorgverlener vraagt de instemming dan zo spoedig mogelijk nadat de onvrijwillige zorg is verleend of daarmee gestart is;
- voordat de zorgverantwoordelijke instemt met het uitvoeren van onvrijwillige zorg (of de zorgverlener daartoe overgaat) dient te worden vastgesteld dat:
 - o het in het zorgplan omschreven ernstig nadeel zich daadwerkelijk voordoet;
 - o onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
 - o de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is;
 - o er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en
 - o op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

Daarnaast geldt nog een extra eis: de zorgverantwoordelijke moet de Wzd-functionaris, de vertegenwoordiger en de cliënt voorafgaand aan de eerste toepassing van de onvrijwillige zorg informeren, tenzij dit informeren *ernstige bezwaren* voor de cliënt zou opleveren. Als de situatie dermate urgent is dat het niet mogelijk is om vooraf te informeren, informeert de zorgverantwoordelijke alle genoemde personen zo snel mogelijk nadat de onvrijwillige zorg verleend is of daarmee gestart is.

3.3 Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties

Onvrijwillige zorg is ook mogelijk in situaties waarin het zorgplan niet heeft kunnen voorzien (artikel 15 Wzd). Het kan nodig zijn om ernstig nadeel voor de cliënt of anderen af te wenden in de periode waarin er nog geen zorgplan is.⁵⁹ Daarnaast kunnen zich situaties voordoen die bij het opstellen van het zorgplan niet konden worden voorzien maar die wel vragen om direct ingrijpen.

Voorwaarde is dat de onvrijwillige zorg *noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen* én dat in de betreffende situatie niet langer kan worden afgewacht.

Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties mag verder alleen worden toegepast op grond van een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke waarin is vastgesteld:

- dat het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan leidt tot ernstig nadeel;
- dat de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;

⁵⁸ Deze zorgverlener moet daarvoor zijn aangewezen of behoren tot de categorie van zorgverleners die daarvoor is aangewezen. Zie paragraaf 3.1.4.

⁵⁹ Het zorgplan moet uiterlijk zes weken na aanvang van zorg aan de cliënt zijn opgesteld.

- dat de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden en evenredig is met het beoogde doel;
- dat er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn, en
- dat op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

In deze beslissing moet de zorgverantwoordelijke ook de termijn voor de toe te passen onvrijwillige zorg opnemen. Deze termijn bedraagt maximaal *twee weken*.

Voor het toepassen van een aantal vormen van onvoorziene onvrijwillige zorg moet de zorgverantwoordelijke die zelf geen arts is, eerst met een arts overleggen.⁶⁰ Dat is het geval bij:

- het toedienen van medicatie, vocht en voeding en medische handelingen;
- beperkingen van de bewegingsvrijheid, en
- insluiten.

De zorgverantwoordelijke moet de Wzd-functionaris, de cliënt en de vertegenwoordiger vooraf over de beslissing over het toepassen van (onvoorziene) onvrijwillige zorg informeren. Hiervan mag alleen worden afgezien als dit informeren tot *ernstig nadeel* voor de cliënt zou leiden.

De zorgverantwoordelijke is ten slotte ook bevoegd om ter voorkoming van een noodsituatie te beslissen dat de cliënt aan kleding of lichaam wordt onderzocht, dat de woning (van de cliënt) wordt onderzocht op gedrag beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen dan wel dat de poststukken (van de cliënt) worden onderzocht. Er dient dan wel sprake te zijn van een gegronde vermoeden dat er binnen de accommodatie voorwerpen zijn die de cliënt niet in zijn bezit mag hebben of die een *aanzienlijk risico op ernstig nadeel* veroorzaken.

Een dergelijke beslissing moet de zorgverantwoordelijke zo snel mogelijk nadat het onderzoek daadwerkelijk is uitgevoerd op schrift stellen. Als er voorwerpen in bewaring worden genomen moet de cliënt of de vertegenwoordiger een bewijs van ontvangst krijgen waarop die voorwerpen worden beschreven. Voor zover dat niet in strijd is met de wet- en regelgeving worden de ontnomen voorwerpen voor de cliënt bewaard.

4. Taken en verantwoordelijkheden SO en AVG

4.1 SO en AVG als Wzd-functionaris

4.1.1 Taken SO en AVG als Wzd-functionaris

De Wzd deelt een aantal taken specifiek toe aan een Wzd-functionaris, omdat deze over de kwaliteiten beschikt die de wetgever nodig acht om die taken te kunnen uitvoeren. Dat impliceert dat de taken van de Wzd-functionaris niet overdraagbaar zijn aan andere zorgverleners (= delegeren) en dat de uitvoering ook niet aan andere zorgverleners kan worden overgelaten (= mandateren). Het is wel mogelijk dat de Wzd-functionaris tijdens afwezigheid door een andere Wzd-functionaris wordt waargenomen.

Specialisten ouderengeneeskunde en AVG kunnen door de zorgaanbieder worden aangewezen als Wzd-functionaris. Zij hoeven daarvoor niet in dienst te zijn van de zorgaanbieder.

De algemene taak van specialisten ouderengeneeskunde/AVG als Wzd-functionaris is *het toezien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan*. Verder is de Wzd-functionaris verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken bij de zorgaanbieder op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.

⁶⁰ Aangeraden wordt om hiervan aantekening te maken.

De Wzd-functionaris mag daar ook gevraagd en ongevraagd advies over geven aan de zorgaanbieder. De Wzd-functionaris moet onafhankelijk kunnen handelen en mag van de zorgaanbieder geen inhoudelijke aanwijzingen krijgen voor het uitvoeren van zijn functie. De zorgaanbieder blijft eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.⁶¹

Specialisten ouderengeneeskunde en AVG als Wzd-functionaris hebben een aantal specifieke taken en verantwoordelijkheden:

- **Beoordelen zorgplannen met onvrijwillige zorg binnen de termijn van twee weken:**⁶²
 - o als in het zorgplan onvrijwillige zorg is opgenomen of de onvrijwillige zorg in het zorgplan is gewijzigd, moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan voorleggen aan de Wzd-functionaris. De Wzd-functionaris beoordeelt het zorgplan. De Wzd-functionaris neemt in deze beoordeling op:
 - (1) de uitkomst van de toetsing aan de criteria noodzakelijkheid, subsidiariteit, doelmatigheid en proportionaliteit),
 - (2) het oordeel over de wijze waarop in het zorgplan in afbouw wordt voorzien,
 - (3) eventuele overige bevindingen die voor de zorgverlening van belang zijn.⁶³
 - o Als de Wzd-functionaris vervolgens oordeelt dat het zorgplan *niet* voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen of dat het zorgplan niet geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen, past de zorgverantwoordelijke het zorgplan op aanwijzen van de Wzd-functionaris aan.
 - o De Wzd-functionaris beoordeelt ook zorgplannen waarin op vrijwillige basis een vorm van zorg is opgenomen waarop het stappenplan altijd van toepassing is als de cliënt wilsonbekwaam (ter zake) is (de zogenoemde ingrijpende vormen van zorg zonder verzet).⁶⁴
 - o De Wzd-functionaris moet door de zorgverantwoordelijke worden geïnformeerd over een uitgebreid deskundigenoverleg na het inwinnen van het advies van de externe deskundige indien daarin besloten wordt dat (overeenkomstig het advies van de externe deskundige) onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft (artikel 11a lid 3 Wzd).
 - o De beoordeling van een zorgplan door de Wzd-functionaris moet in het dossier van de cliënt worden opgenomen.

Een Wzd-functionaris dient zich te beperken tot het eigen deskundigheidsgebied. Als de Wzd-functionaris ter beoordeling een zorgplan wordt voorgelegd waarin onvrijwillige zorg is opgenomen die buiten de eigen deskundigheid valt, zal de Wzd-functionaris een zorgverlener (bij voorkeur een andere Wzd-functionaris) die wél over de nodige deskundigheid beschikt bij de beoordeling van dat zorgplan moeten betrekken. Bijvoorbeeld: wanneer in een zorgplan als onvrijwillige zorg het toedienen van medicatie is opgenomen, dan dient een Wzd-functionaris die zelf geen arts is een arts bij de beoordeling van het zorgplan te betrekken. Een Wzd-functionaris die zelf geen orthopedagoog-generalist is zal een orthopedagoog-generalist bij de beoordeling van een zorgplan moeten betrekken als daarin bijvoorbeeld onvrijwillige opvoedkundige maatregelen zijn opgenomen.

⁶¹ Zie ook: artikel 2 en artikel 3, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

⁶² Deze termijn is opgenomen in het profiel van de Wzd-functionaris

⁶³ Zie: 'Profiel Wzd-functionaris'

⁶⁴ Zie: paragraaf 5.3.

- **Meldplicht richting IGJ**
Specialisten ouderengeneeskunde/AVG die zijn aangewezen als Wzd-functionaris hebben een meldplicht richting de IGJ wanneer het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de onvrijwillige zorg ernstig tekortschiet (artikel 60a Wzd).
- **Aanvragen rechterlijke machtiging of besluit tot opname en verblijf**
De Wzd-functionaris is bevoegd tot het vragen van een rechterlijke machtiging voor een cliënt bij het CIZ.⁶⁵ Ook is de Wzd-functionaris bevoegd tot het aanvragen van een besluit tot opname en verblijf, als het om een cliënt gaat die al in een accommodatie verblijft of voor wie een zorgplan is vastgesteld waarin onvrijwillige zorg wordt opgenomen.
- **Verlof en ontslag**
De zorgaanbieder neemt beslissingen over verlof en ontslag. Daarbij is wel een belangrijke rol weggelegd voor de Wzd-functionaris. Voordat de zorgaanbieder een beslissing neemt over verlof of ontslag vraagt de zorgaanbieder de Wzd-functionaris schriftelijk om toestemming voor het verlenen of weigeren van verlof of ontslag. De Wzd-functionaris geeft zo spoedig mogelijk een schriftelijke en gemotiveerde beslissing.

Verlof kan uitsluitend worden verleend *voor zover en voor zolang het verantwoord is* dat de cliënt buiten de accommodatie verblijft.

Ontslag mag worden verleend *indien het verblijf niet langer noodzakelijk* is om ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap dan wel de daarmee gepaard gaande psychische stoornis te voorkomen of af te wenden.

Aan verlof kunnen voorwaarden en beperkingen worden verbonden betreffende de zorg of het gedrag van de cliënt, voor zover dit gedrag samenhangt met ernstig nadeel als gevolg van de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap dan wel een daarmee gepaard gaande psychische stoornis. De Wzd-functionaris moet met deze voorwaarden en beperkingen instemmen.

NB. Voor cliënten met een besluit tot opname en verblijf bevat de Wzd geen verlofregeling.

4.1.2 Relatie SO en AVG als Wzd-functionaris met zorgaanbieder⁶⁶

De Wzd laat in het midden welke contractuele verhouding tussen zorgaanbieder en Wzd-functionaris moet bestaan. De Wzd-functionaris kan zowel op basis van een arbeidsovereenkomst als op basis van een opdrachtovereenkomst bij de zorgaanbieder werken. In beide gevallen moet gewaarborgd zijn dat alle taken van een Wzd-functionaris adequaat uitgevoerd kunnen worden. Zorgaanbieders hebben verschillende verplichtingen ten opzichte van de Wzd-functionaris, zoals:

1. De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat de Wzd-functionaris zijn taken op grond van de Wzd naar behoren kan uitvoeren. Dat betekent niet alleen dat de Wzd-functionaris voldoende tijd behoort te krijgen voor deze (wettelijke) taken, maar ook dat de Wzd-functionaris voldoende tijd moet krijgen voor bijvoorbeeld deelname aan deskundigheidsbevordering en intervisiegroepen van Wzd-functionarissen.

⁶⁵ Het uitgangspunt is dat anderen dan de Wzd-functionaris dit doen. De Wzd-functionaris heeft echter wel de mogelijkheid om dit in gang te zetten.

⁶⁶ Beroepsverenigingen (waaronder VerenSO en de NVAAG) en brancheverenigingen VGN en Actiz hebben een 'Profiel Wzd-functionaris' vastgesteld. Dit profiel heeft het karakter van een richtlijn waaraan zorgaanbieders gebonden zijn. In dit profiel wordt ook ruime aandacht besteed aan de relatie tussen de Wzd-functionaris en de zorgaanbieder. Dit profiel wordt naar verwachting tegen het einde van 2019 afgerond.

2. De zorgaanbieder en Wzd-functionaris kunnen in onderling overleg nader concretiseren hoeveel tijd hiervoor nodig is. Verder dient de Wzd-functionaris voldoende gefaciliteerd te worden voor het uitvoeren van de taken, bijvoorbeeld door adequate secretariële ondersteuning.
3. De Wzd bepaalt dat de onafhankelijkheid van de Wzd-functionaris ten opzichte van de zorgaanbieder geborgd moet worden. Dat betekent bijvoorbeeld dat de Wzd-functionaris niet tevens lid van de raad van bestuur van de zorgaanbieder kan zijn en dat de zorgaanbieder een Wzd-functionaris geen aanwijzingen mag geven met betrekking tot het uitvoeren van zijn taken.
De zorgaanbieder kan bijvoorbeeld geen instructie geven over de wijze waarop de Wzd-functionaris een zorgplan moet beoordelen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen. Het verbod om aanwijzingen te geven betekent niet dat de Wzd-functionaris in het geheel niet aangesproken kan worden. De zorgaanbieder *kán* de werkzaamheden van de Wzd-functionaris namelijk wel beëindigen wanneer de Wzd-functionaris *ernstig tekortschiet* in de uitvoering van zijn taken.

Wat betreft de samenwerking tussen de raad van bestuur van de zorgaanbieder en de Wzd-functionaris geldt het volgende. De raad van bestuur van de zorgaanbieder is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening, daaronder ook begrepen de onvrijwillige zorg. De raad van bestuur moet ervoor zorgen dat de zorgverlening zo georganiseerd is dat dit redelijkerwijs moet leiden tot goede zorg.⁶⁷

De Wzd-functionaris is specifiek verantwoordelijk voor 'de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg'. De wetgever heeft hiermee niet beoogd de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur in te perken. De Wzd-functionaris moet erop toezien dat de Wzd en het door de zorgaanbieder opgestelde beleidsplan in de individuele cliëntenzorg worden toegepast en moet het signaleren indien daarin tekort wordt geschoten.

Voor het uitvoeren van de eigen taken en verantwoordelijkheden is een goede samenwerking tussen de raad van bestuur en Wzd-functionarissen van groot belang.

Om deze samenwerking te borgen kunnen tussen de raad van bestuur en Wzd-functionarissen bijvoorbeeld de volgende afspraken worden gemaakt:⁶⁸

- a. Wzd-functionarissen en de raad van bestuur komen ten minste twee keer per jaar bij elkaar en overleggen over de verlening van onvrijwillige zorg en het interne toezicht daarop;
- b. Wzd-functionarissen kunnen buiten dit periodiek overleg rechtstreeks contact opnemen met de raad van bestuur als zij vinden dat daarvoor aanleiding bestaat;
- c. de raad van bestuur betreft de Wzd-functionaris(sen) tijdig bij het maken van de digitale overzichten die halfjaarlijks aan de IGJ verstrekt worden en bij het maken van analyses van de gegevens uit die overzichten;
- d. de raad van bestuur betreft de Wzd-functionaris(sen) tijdig bij wijzigingen van het beleidsplan over onvrijwillige zorg en Wzd-functionaris(sen) kan/kunnen ook ongevraagd voorstellen kunnen doen tot wijziging van dat beleidsplan;
- e. de raad van bestuur stuurt uitspraken van de Wzd-klachtencommissie aan de Wzd-functionaris(sen).

⁶⁷ Zie: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

⁶⁸ Zie: Profiel Wzd-functionaris.

4.2 SO en AVG als externe deskundige

Specialisten ouderengeneeskunde en AVG kunnen als externe deskundige worden ingeschakeld:

- als de zorgverantwoordelijke advies moet inwinnen omdat het niet gelukt is om de onvrijwillige zorg binnen zes maanden af te bouwen;⁶⁹
- als de zorgverantwoordelijke overweegt een voorwaardelijke machtiging om te zetten in een rechterlijke machtiging.⁷⁰

Van belang is dat specialisten ouderengeneeskunde/AVG alleen als externe deskundige optreden als zij aantoonbare ervaring hebben in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe te betrokken cliënt waarvoor advies wordt gevraagd behoort en ter zake voldoende deskundig zijn.

Verder moet de externe deskundige onafhankelijk en objectief adviseren. Dat betekent dat de specialist ouderengeneeskunde of AVG die als externe deskundige optreden niet in dienst mogen zijn of in opdracht mogen werken van de zorgaanbieder van de cliënt waarvoor de externe deskundigheid wordt ingeroepen of op andere wijze betrokken mogen zijn bij de behandeling of verzorging van de betreffende cliënt. Onder betrokken wordt ook eventuele tijdelijk waarneming verstaan.⁷¹

4.3 SO en AVG als zorgverantwoordelijke

De zorgaanbieder moet voor *iedere cliënt* die binnen het toepassingsbereik van de wet valt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. Specialist ouderengeneeskunde en AVG kunnen door de zorgaanbieder als zorgverantwoordelijke worden aangewezen. De zorgverantwoordelijke is in algemene zin verantwoordelijk voor de aan de cliënt te verlenen zorg en is hét aanspreekpunt voor cliënt en vertegenwoordiger. Het is van belang dat intern goede schriftelijke afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld de waarneming bij afwezigheid van de aangewezen zorgverantwoordelijke.

Naast de algemene verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke brengt deze functie ook verschillende concrete taken en verantwoordelijkheden met zich:

- **Zorgen voor en vastleggen van beslissingen over wilsbekwaamheid**
(artikel 3 lid 3 Wzd)
 - o Specialist ouderengeneeskunde en AVG die zijn aangewezen als zorgverantwoordelijke moeten ervoor zorgen dat de wilsbekwaamheid van de cliënt in situaties waarin dat nodig is wordt getoetst en dat de uitkomst wordt vastgelegd in het zorgplan.⁷² Zorgaanbieders mogen zelf bepalen wie voldoende ter zake deskundig is/zijn om de wilsbekwaamheid van cliënten te toetsen. De wilsbekwaamheid van een cliënt mag echter niet door een bij de zorg aan de cliënt betrokken arts worden getoetst.
 - o Specialist ouderengeneeskunde en AVG mogen als zorgverantwoordelijke niet zelf de wilsbekwaamheid van de cliënt voor wie zij zorgverantwoordelijke zijn toetsen doordat zij als zorgverantwoordelijke ook een bij de zorg betrokken arts zijn. Dat moet overgelaten worden aan een daartoe deskundige, niet zijnde de bij de zorg betrokken arts.

⁶⁹ Zie: paragraaf 3.1.5.

⁷⁰ Zie: paragraaf 2.4.5.

⁷¹ Voor de vraag of een SO of AVG die in het verleden wel betrokken is geweest als externe deskundige mag optreden zal van belang zijn het tijdsverloop sinds de beëindiging van de behandelrelatie alsook de duur en intensiteit daarvan. De externe deskundige moet voldoende objectief kunnen adviseren. In de jurisprudentie over geneeskundige verklaringen wordt een termijn van 1 jaar gehanteerd.

⁷² Zie: paragraaf 2.3.3.

Als de deskundige geen overeenstemming over de wilsbekwaamheid bereikt met de vertegenwoordiger dan beslist de specialist ouderengeneeskunde of de AVG 'als bij de zorg betrokken arts' alsnog.

- **Opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van het zorgplan** (artikel 5 lid 2, artikel 7 lid 1, artikel 7 lid 2, artikel 7 lid 3 Wzd)

Het eerste zorgplan moet zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen zes weken na aanvang van zorg, zijn opgesteld. Bij het opstellen van het zorgplan moet de specialist ouderengeneeskunde/AVG als zorgverantwoordelijke zoveel mogelijk rekening houden met de wensen en voorkeuren van de cliënt.

De specialist ouderengeneeskunde/AVG die ook zorgverantwoordelijke is, spant zich in om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan te verkrijgen. Van schriftelijke wilsuitingen van de cliënt of zijn vertegenwoordiger over wensen en voorkeuren moet een afschrift bij het zorgplan worden gevoegd. Wanneer het niet mogelijk is om met deze wensen en voorkeuren rekening te houden, deelt de zorgverantwoordelijke dit schriftelijk en gemotiveerd mee aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger. De zorgverantwoordelijke evalueert het zorgplan de eerste keer na vier weken en vervolgens elke zes maanden, tenzij er sprake is van onvrijwillige zorg.⁷³ Vanzelfsprekend kan het zorgplan ook eerder geëvalueerd worden als dat nodig is.

- **Heroverwegen zorgplan, onvrijwillige zorg in het zorgplan, uitvoeren onvrijwillige zorg** (artikel 9, artikel 10, artikel 11, artikel 12 en artikel 13 Wzd)

- o Specialisten ouderengeneeskunde/AVG die als zorgverantwoordelijke zijn aangewezen dragen de verantwoordelijkheid voor het correct doorlopen van het stappenplan naar onvrijwillige zorg en ingrijpende vormen van zorg zonder verzet.⁷⁴
- o Voor sommige vormen van onvrijwillige zorg en ingrijpende vormen van zorg zonder verzet moet een zorgverantwoordelijke in beginsel instemming van een arts hebben.⁷⁵ Dat geldt niet voor een specialist ouderengeneeskunde/AVG die als zorgverantwoordelijke zijn aangewezen.
- o Verder dienen specialisten ouderengeneeskunde/AVG die als zorgverantwoordelijke zijn aangewezen de regie te houden over het stappenplan, de cliënt en vertegenwoordiger voldoende te betrekken, de evaluatietermijnen te monitoren, en waar nodig de juiste (interne of externe) deskundigheid in te schakelen.

- **Samenwerking met de Wzd-functionaris** (artikel 11a Wzd)

Een specialist ouderengeneeskunde/AVG die is aangewezen als zorgverantwoordelijke kan op een aantal momenten te maken krijgen met de Wzd-functionaris:

- o als in het zorgplan onvrijwillige zorg is opgenomen, de in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg wordt verlengd of de onvrijwillige zorg in het zorgplan is gewijzigd legt de zorgverantwoordelijke het zorgplan ter toetsing voor aan de Wzd-functionaris (artikel 11a lid 1 Wzd);
- o de Wzd-functionaris beoordeelt het voorgelegde zorgplan met onvrijwillige zorg. Als de Wzd-functionaris oordeelt dat het zorgplan niet voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen of dat de inhoud van het zorgplan niet geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen, past de zorgverantwoordelijke het zorgplan op aanwijzen van de Wzd-functionaris aan (artikel 11 a lid 2 Wzd);

⁷³ Indien er sprake is van onvrijwillige zorg gelden afwijkende termijnen. Zie: hoofdstuk 3.

⁷⁴ Zie: paragraaf 3.1 en paragraaf 5.3.

⁷⁵ Zie: paragraaf 3.1.4 en paragraaf 5.3.

- o de zorgverantwoordelijke informeert de Wzd-functionaris over een uitgebreid deskundigenoverleg na het inwinnen van het advies van de externe deskundige indien in dat deskundigenoverleg besloten wordt dat (overeenkomstig het advies van de externe deskundige) onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft (artikel 11a lid 3 Wzd).
- **Opnemen cliënt met voorwaardelijke machtiging** (artikel 28 a - c Wzd)
Een AVG die als zorgverantwoordelijke is aangewezen kan zelfstandig of op verzoek⁷⁶ besluiten een cliënt met een voorwaardelijke machtiging op te nemen. Dat kan alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - o het ernstig nadeel kan niet langer buiten een geregistreerde accommodatie worden afgewend door naleving van de voorwaarden;
 - o dan wel de cliënt leeft de in de machtiging opgenomen voorwaarden niet na;
 - o nadat de zorgverantwoordelijke zich op de hoogte heeft gesteld van de toestand van de cliënt, en
 - o advies heeft gevraagd aan een externe deskundige.

De duur van de opname is maximaal gelijk aan de termijn van de resterende geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging, maar niet langer dan zes maanden.

Een AVG die als zorgverantwoordelijke deze beslissing neemt stelt de cliënt uiterlijk vier dagen na zijn beslissing tot opname daarvan schriftelijk in kennis, onder mededeling van de redenen van de beslissing, tenzij de opname plaatsvindt op verzoek van de cliënt. Een afschrift van de beslissing wordt gezonden aan het CIZ en aan de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend.⁷⁷

De beslissing wordt ook opgenomen in het dossier van de cliënt. De voorwaardelijke machtiging heeft vanaf het moment van de beslissing te gelden als een rechterlijke machtiging.

- **Meldplicht richting IGJ** (artikel 60a Wzd)
Specialisten ouderengeneeskunde/AVG die zijn aangewezen als zorgverantwoordelijke hebben een meldplicht richting de IGJ wanneer het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de onvrijwillige zorg binnen de organisatie ernstig tekortschiet (artikel 60a).

4.4. SO en AVG als arts

Specialisten ouderengeneeskunde en AVG worden niet expliciet genoemd in de Wzd. Er wordt in verschillende wetsartikelen wel een 'arts', een 'daartoe deskundige niet bij de zorg betrokken arts', een 'bij de zorg betrokken arts' en een 'ter zake kundige arts' genoemd. Een specialist ouderengeneeskunde en AVG kunnen in deze hoedanigheden optreden, afhankelijk van de specifieke situatie en mits zij beschikken over de deskundigheid die ter zake van de betreffende cliënt vereist is. Het betreft de volgende situaties.

1. Het schrijven van een verklaring waardoor een cliënt binnen het toepassingsbereik van de Wzd valt (artikel 1 lid 1 c Wzd)
 - Cliënten die geen Wlz-indicatie hebben met de grondslag psychogeriatrische aandoening dan wel verstandelijke beperking kunnen binnen de reikwijdte van de Wzd vallen indien uit een schriftelijke verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat de cliënt *in verband met*

⁷⁶ Op verzoek van de personen genoemd in artikel 25 lid 1 Wzd.

⁷⁷ In het 'Profiel Wzd-functionaris is opgenomen dat de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris over deze beslissing – het omzetten van de voorwaardelijke machtiging in een opname – moet informeren.

een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking zorg nodig heeft zoals omschreven in de Wzd. Nu behandelend artsen geen verklaring over/voor hun eigen cliënten mogen opstellen moet de verklaring worden opgesteld door een (onafhankelijke) niet bij de behandeling betrokken specialist ouderengeneeskunde of AVG.⁷⁸

2. Het schrijven van een medische verklaring voor een onvrijwillige opname (Artikel 26 lid 5d en lid 7 Wzd)

- Voor een voorwaardelijke machtiging, een last tot inbewaringstelling en een rechterlijke machtiging is een medische verklaring nodig van een ter zake kundige arts die de cliënt (kort) van tevoren heeft onderzocht maar niet bij diens behandeling betrokken is. Wanneer een cliënt al in een accommodatie is opgenomen dient de verklaring te worden opgesteld door een arts die niet in dienst is van of werkt voor de zorgaanbieder waar de cliënt is opgenomen. De verklaring kan pas worden opgemaakt na een persoonlijk voorafgaand onderzoek van de cliënt door de arts die de verklaring ook zelf schrijft.
- Artsen dienen hierbij bij het eigen deskundigheidsgebied te blijven: verklaringen voor cliënten met een verstandelijke beperking dienen te worden opgesteld door een AVG. Verklaringen voor cliënten met psychogeriatrische problematiek dienen te worden opgesteld door een specialist ouderengeneeskunde. Indien er sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek kan een psychiater worden geconsulteerd voor het opstellen van de verklaring.⁷⁹

3. Toetsen van de wils(on)bekwaamheid (artikel 3 lid 2)

- Specialisten ouderengeneeskunde/AVG kunnen, als zij niet de behandelend arts zijn, als deskundige overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen de wilsbekwaamheid van de cliënt beoordelen. Van belang is dat specialisten ouderengeneeskunde/AVG zich daarbij houden aan de werkwijze zoals voorgeschreven in de Wzd.⁸⁰

4. De beoordeling van bepaalde vormen van onvrijwillige zorg in het kader van het stappenplan

- Bij het doorlopen van het stappenplan naar het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of het uitvoeren van onvrijwillige zorg moet de zorgverantwoordelijke op sommige momenten een deskundige van een andere discipline raadplegen. De zorgverantwoordelijke die zelf geen specialist ouderengeneeskunde of AVG is kan dan advies vragen aan een specialist ouderengeneeskunde of AVG.
- Wanneer concreet wordt overwogen om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke die zelf geen arts is daarvoor instemming van een bij de zorg betrokken arts krijgen wanneer het gaat om de volgende vormen van onvrijwillige zorg:
 - a. vocht, voeding en medicatie, alsmede het 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. beperking van de bewegingsvrijheid;
 - c. insluiten.
- De instemming van een arts is ook noodzakelijk wanneer de cliënt wilsbekwaam ter zake is, de vertegenwoordiger en de cliënt zich niet verzetten en één van de volgende vormen van zorg wordt overwogen:

⁷⁸ KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, KNMG 2018.

⁷⁹ Bijlage 1.

⁸⁰ Zie: paragraaf 2.3.3.

- a. het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen;
- b. een maatregel die tot het gevolg heeft dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, of
- c. de mogelijkheid tot insluiting.

5. Oordeel ter zake van eventueel ontslag (artikel 48 lid 4)

- Als een cliënt gedwongen is opgenomen om *ernstig nadeel voor een ander* te voorkomen dan moet de zorgaanbieder voordat een beslissing over ontslag genomen wordt eerst een medische verklaring vragen aan een onafhankelijke ter zake kundige arts.⁸¹
Deze arts moet verklaren over:
 - o de actuele gezondheidstoestand van de cliënt;
 - o het voornemen de cliënt te ontslaan.
- Afhankelijk van de problematiek (een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening) kan deze verklaring worden afgegeven door een onafhankelijke (niet bij de zorgaanbieder werkzame) en niet bij de zorg aan de betreffende cliënt betrokken AVG of specialist ouderengeneeskunde.

Een cliënt kan gedwongen worden opgenomen om ernstig nadeel voor zichzelf of voor een ander te voorkomen. Is de cliënt opgenomen wegens ernstig nadeel voor een ander, dan wordt pas beslist over een verzoek tot ontslag nadat de zorgaanbieder een medische verklaring heeft ontvangen van een onafhankelijke ter zake kundige arts, waarin deze zijn oordeel geeft over het voornemen om ontslag te verlenen. Deze medische verklaring moet worden opgesteld door een 'ter zake kundige arts als bedoeld in artikel 26'. Hiermee wordt tot uitdrukking gebracht dat deze verklaring niet kan worden verstrekt door een arts die werkzaam is bij de zorgaanbieder. In de verklaring moet de arts zijn oordeel geven over de actuele gezondheidstoestand van de cliënt en over het voornemen om de cliënt te ontslaan. Bovendien moet in dit geval overleg gevoerd worden met externe partijen. Wie het betreft, hangt af van de beslissing op grond waarvan de cliënt is opgenomen. Indien het een cliënt betreft die op basis van een inbewaringstelling is opgenomen, moet dit overleg worden gevoerd met de burgemeester die tot de inbewaringstelling heeft besloten. Betreft het een cliënt die is opgenomen op basis van een rechterlijke machtiging die is afgegeven door de strafrechter, dan is overleg nodig met de officier van justitie. Betreft het een cliënt die op basis van een machtiging tot opname en verblijf is opgenomen die door de civiele rechter is afgegeven, dan moet overleg gevoerd worden met het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar de cliënt woont of naar verwachting zal verblijven. Ten aanzien van het ontslag van een cliënt die is opgenomen op basis van een machtiging tot verlenging van de inbewaringstelling geeft de Wzd geen overlegverplichting.

⁸¹ Deze (extra) verplichting geldt niet als de cliënt is opgenomen in verband met (dreigend) ernstig nadeel voor zichzelf.

5. Uitleg en nadere operationalisering voor SO en AVG van in de Wzd opgenomen negen vormen van onvrijwillige zorg⁸²

5.1 Onvrijwillige zorg

De definitie van onvrijwillige zorg is opgenomen in artikel 2 van de Wzd. Onvrijwillige zorg is 'zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet'. Dat betekent dat als de cliënt zich verzet tegen de toepassing daarvan of de vertegenwoordiger, de zorg wordt aangemerkt als onvrijwillige zorg. Als een cliënt wilsbekwaam ter zake is, heeft verzet van een vertegenwoordiger geen betekenis (artikel 3a lid 1 Wzd).

Wanneer een cliënt wilsbekwaam ter zake is (en niet meer in kan stemmen met de zorg) kan zijn vertegenwoordiger dat doen. Maar, ook als de vertegenwoordiger heeft ingestemd en de (wilsbekwame) cliënt zich verzet is er sprake van onvrijwillige zorg. Het verzet van de cliënt is leidend.

5.2 Negen vormen van onvrijwillige zorg

De Wzd onderscheidt negen limitatieve vormen van onvrijwillige zorg. Het gaat om:

- 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;
- c. insluiten;
- d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- e. onderzoek aan kleding of 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. aanbrenge van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Onderdeel a

Dit onderdeel betreft 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 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, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening.

⁸² Bij het operationaliseren van de negen vormen van onvrijwillige zorg is gebruik gemaakt van de concept 'Regeling zorg en dwang', de Memorie van Toelichting bij de Wzd en de integrale artikelsgewijze toelichting Wzd. Tevens zijn door specialisten ouderengeneeskunde en AVG van de projectgroep bij iedere vorm van onvrijwillige zorg een of meer voorbeelden geformuleerd.

Voorbeeld 1

Een man van 30 jaar met een licht verstandelijke beperking en een chronisch psychotische stoornis weigert sinds enkele maanden zijn antipsychotische medicatie, omdat hij bijwerkingen ervaart. Hij trekt zich terug, verwaarloost zichzelf en toont agressie vanuit achterdocht. Hij denkt dat de antipsychotische medicatie vergiftigd is en verzet zich fysiek tegen inname en tegen de start met een depot. Omdat sprake is van ernstig nadeel voor zowel de cliënt als zijn omgeving wordt gestart met depot antipsychotica.

Voorbeeld 2

Een meneer van 75 jaar lijdt aan dementie en heeft diabetes. Hij vindt vingerprikken heel vervelend en verzet zich daar hevig tegen. Soms is het nodig om hem meerdere keren op een dag te prikken. Beide handen van meneer worden dan vastgehouden om hem – ondanks zijn verzet daartegen – te kunnen prikken.

Onderdeel b

Dit onderdeel betreft zowel beperkingen in de bewegingsvrijheid als fixerende maatregelen. Wat betreft beperkingen in de bewegingsvrijheid kan worden gedacht aan de situatie dat een cliënt de locatie niet zelfstandig mag verlaten. Hieronder valt ook de situatie dat betrokkene een specifieke ruimte binnen de locatie (afdeling) niet op eigen initiatief mag verlaten waaronder een gesloten afdeling⁸³. Wat betreft fixerende maatregelen wordt een onderscheid gemaakt tussen fysieke fixatie en mechanische fixatie. Fysieke fixatie betreft het vasthouden van betrokkene door één of meer zorgverleners, door middel van een binnen de beroepsgroep gebruikelijke methodiek.

Mechanische fixatie is het beperken van de mogelijkheden van betrokkene om onderdelen van zijn lichaam te bewegen, met behulp van mechanische hulpmiddelen. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van polsbandjes of het op de rem zetten van een rolstoel maar ook bedhekken of een tentbed.

⁸³ <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/regeling-zorg-en-dwang>

Voorbeeld 1

Een man van 50 jaar met een licht verstandelijke beperking, autisme en een psychotische stoornis kan zeer gericht agressief worden naar mensen in de omgeving. In het verleden heeft hij al meerdere mensen ernstig verwond. Zowel andere cliënten als begeleiders. Afgesproken wordt dat hij bij agressie, die niet anders kan worden afgewend, door getrainde begeleiders wordt vastgehouden. In het dossier wordt genoteerd welke getrainde begeleiders dit mogen doen.

Voorbeeld 2

Een mevrouw met frontale dementie is voortdurend bezig met haar kleding. Zij kleedt zich het liefst de hele dag steeds weer om. Daarbij doet zij haar incontinentiemateriaal uit en vergeet dit altijd weer aan te doen. Besloten wordt om haar een 'hansop' (broek en bovenstuk uit één stuk) aan te trekken waardoor zij zich niet meer de hele dag kan omkleden. Zij wil de hansop steeds uittrekken.

Voorbeeld 3

Een meneer van 85 jaar met gevorderde dementie wil graag iedere dag naar buiten. Het is niet langer veilig voor hem om zonder begeleiding naar buiten te gaan. Besloten wordt dat de afdeling voor hem gesloten wordt. Meneer is het hier duidelijk niet mee eens.

Onderdeel c

Onder insluiten wordt verstaan separeren, afzonderen in een afzonderingsruimte en insluiten *binnen de accommodatie*. Separeren kan alleen in een ruimte die voldoet aan de eisen die in de veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de gehandicaptenzorg (2013) worden gesteld aan een separeerunit. Separeren is niet mogelijk in de ouderenzorg.

Afzonderen kan alleen in een ruimte die voldoet aan de eisen die in de 'Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de gehandicaptenzorg (2013)' worden gesteld aan een afzonderingsruimte. De veldnorm is niet van toepassing in de ouderenzorg.

In de ouderenzorg kan onder afzonderingsruimte worden verstaan: een ruimte die bestemd is voor afzondering van een cliënt.

Voorbeeld 1

Een jongen van 25 met een verstandelijke beperking en een psychotische stoornis vertoont soms ernstig agressief gedrag tegen begeleiders. Bij ernstige agressie tijdens een psychose kan hij worden gesepareerd in een separeerruimte conform de eisen van de 'Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de Gehandicaptenzorg' (2013).

Onderdeel d

Dit onderdeel heeft betrekking op alle mogelijkheden waarmee toezicht op de cliënt kan worden gehouden, zoals uitluisterapparatuur en bewegingssensoren.

Onderdelen e, f en g

De onderdelen e, f en g hebben betrekking op verschillende onderzoeken die de zorgaanbieder kan doorvoeren. Het gaat om onderzoeken aan kleding en lichaam, onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen en controleren op aanwezigheid van gedragbeïnvloedende middelen.

Voorbeeld 1

Een vrouw van 90 jaar met dementie vertoont onrust en verdriet en is snel geprikkeld. Onduidelijk is hoe de onrust zich opbouwt in de avond, wanneer ze in haar kamer is. Er wordt voor gekozen om een babyfoon in te zetten op bepaalde tijdstippen om de opbouw van haar onrust te observeren wanneer mevrouw alleen op haar kamer is. Mevrouw is wilsonbekwaam ter zake en de vertegenwoordiger van mevrouw stemt hier niet mee in.

Voorbeeld 2

Een meneer van 45 met een verstandelijke beperking toont zeer frequent ontremd seksueel gedrag, ook richting andere cliënten. De zorgverleners en familie spreken af dat er de hele dag een teamlid toezicht op meneer houdt. Meneer is zich bewust van het toezicht en laat vaak merken dat hij dat vervelend vindt.

Voorbeeld

Een licht verstandelijk beperkte man met daarnaast autisme en een hechtingsstoornis is bekend met agressie naar mensen en goederen. De begeleiding verneemt via andere cliënten dat de man opschept dat hij een steekwapen bezit. De man weigert toestemming te geven voor het doorzoeken van zijn kamer.

Onderdeel h

Dit onderdeel ziet toe op beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten. Dit kan gaan om het wassen of douchen van een cliënt, maar ook het beperken van het gebruik van bepaalde voedingsmiddelen of het beperken van de mogelijkheden om digitaal of via de ether met anderen te communiceren. Hierbij kan gedacht worden aan het innemen van de mobiel of de laptop van een betrokkene.

Voorbeeld

Een meneer met dementie belt de hele dag met zijn telefoon vanuit het verpleeghuis naar zijn echtgenote. Hij vraagt haar dan waar ze is en of ze hem komt halen. Het bellen belemmert zowel meneer als zijn echtgenote in hun dagelijkse bezigheden. Ook raakt meneer hier steeds opnieuw erg van in de war. Besloten wordt de telefoon af te nemen en meneer één keer per dag met de telefoon van de woning te laten bellen. Meneer blijft vragen om zijn telefoon.

Onderdeel i

Ten slotte bevat onderdeel i het beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Voorbeeld 1

Een vrouw van 20 jaar met een lichte verstandelijke beperking en hechtingsproblematiek is bekend met drugsgebruik en loverboys. Zij is kwetsbaar voor beïnvloeding. Ondanks dat zij zich daartegen verzet wordt besloten haar in het ontvangen van bezoek te beperken. Bezoek wordt voortaan van tevoren besproken en gescreend. Alleen indien de behandelaar akkoord is mag het bezoek op afspraak worden ontvangen.

5.3 Ingrijpende vormen van zorg zonder verzet

In het tweede lid van artikel 2 Wzd worden drie vormen van zorg genoemd die zo ingrijpend zijn dat hiervoor ook het stappenplan doorlopen moet worden. Dat is het geval wanneer de cliënt wilsonbekwaam ter zake is en de cliënt en de vertegenwoordiger zich niet tegen de betreffende vorm verzetten.

Het gaat om de volgende vormen van zorg:

- a. het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie *niet* wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen;
- b. een maatregel die tot het gevolg heeft dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, of
- c. de mogelijkheid tot insluiting.

Hoewel er feitelijk geen sprake is van onvrijwillige zorg (er is immers geen verzet) worden deze drie vormen van zorg in de voornoemde situatie wel gelijkgesteld met onvrijwillige zorg, in die zin dat het stappenplan hiervoor doorlopen moet worden. Het stappenplan biedt een extra waarborg voor deze ingrijpende vormen van zorg.

Dit betekent concreet dat bijvoorbeeld bij het toepassen van een gesloten afdeling, een diepe stoel of kamertraining in geval van een wilsonbekwame cliënt eerst aan de voorwaarden van het stappenplan moet worden getoetst, ook als er geen verzet is van de cliënt of de vertegenwoordiger.

5.4 Huisregels

Zo spoedig mogelijk nadat een cliënt in een accommodatie is opgenomen moet de zorgaanbieder aan zowel de cliënt als de vertegenwoordiger een schriftelijk overzicht van de huisregels overhandigen. Desgewenst kunnen de cliënt en de vertegenwoordiger aan de zorgverantwoordelijke een mondelinge toelichting daarop vragen.

Omdat huisregels bepaalde beperkingen met zich kunnen brengen en kunnen ingrijpen in het leven van cliënten mogen huisregels alleen algemene regels bevatten die noodzakelijk zijn voor een ordelijke gang van zaken of de veiligheid in de accommodatie. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de regel dat na een bepaalde tijd 's avonds geen harde muziek meer mag worden gedraaid of de regel dat na een bepaalde tijd 's avonds geen bezoek meer mag worden ontvangen.

Maar het kan ook over regels gaan die nodig zijn om een veilig intern klimaat te creëren, zoals een verbod op het voorhanden hebben van pornografisch materiaal en het gebruik van alcohol en drugs. Individuele regels en afspraken moeten worden opgenomen in het zorgplan van de cliënt, dat – anders dan huisregels – juist op het individu wordt afgestemd. Ook wanneer er in een individueel geval moet worden afgeweken van een huisregel of een cliënt ondersteuning nodig heeft om zich daaraan te kunnen houden moet het zorgplan daarin voorzien.

Op grond van de Wet medezeggenschap cliëntenzorgsector (Wmcz) moet de zorgaanbieder de huisregels in overeenstemming met de cliëntenraad vast te stellen.

6. FAQ

1. Wanneer treedt de Wzd in werking en wat betekent dit voor lopende (aanvragen) voor opnamemachtigingen en andere beslissingen?

De Wzd treedt op 1 januari 2020 in werking.⁸⁴ De hoofdregel is dat de Wzd vanaf 1 januari 2020 direct van toepassing is op alle rechterlijke machtigingen die zijn afgegeven onder de Wet Bopz. Deze worden 'van rechtswege' omgezet naar de Wzd. Dat staat in artikel 76, lid 2 en lid 4 Wzd. Dat betekent dat een voorlopige machtiging en een machtiging tot voortgezet verblijf die op grond van de Wet Bopz zijn afgegeven vanaf 1 januari 2020 worden aangemerkt als machtiging tot opname en verblijf (artikel 76 lid 2 Wzd).

Hieruit volgt dat het niet nodig is om voor cliënten die met een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz zijn opgenomen een nieuwe machtiging aan te vragen op grond van de Wzd. Wanneer de (omgezette) machtiging afloopt en de voortzetting van het gedwongen verblijf noodzakelijk is moet wel tijdig een verlenging van het besluit tot opname en verblijf bij het CIZ worden gevraagd (artikel 25, lid 3 Wzd).

Voor cliënten die zijn opgenomen op basis van artikel 60 Wet Bopz ('geen bereidheid geen bezwaar'), hoeft bij inwerkingtreding van de Wzd geen besluit tot opname en verblijf te worden aangevraagd. De Bopz-indicatie wordt gelijkgesteld met een besluit tot opname en verblijf zoals bedoeld in artikel 21 Wzd (artikel 76, lid 2 Wzd).

De Wet Bopz blijft wel nog van toepassing op:

- verzoeken die krachtens de Wet Bopz zijn ingediend en die strekken tot het verkrijgen van een beslissing van de rechter, officier, de inspecteur, de geneesheer-directeur of de Bopz-klachtencommissie en de beslissingen die hierover voor de inwerkingtreding van de Wzd zijn genomen;
- de vóór 1 januari 2020 aangevangen voorbereiding van een last tot inbewaringstelling door de burgemeester (artikel 20 Wet Bopz) en (indien daarvan sprake is) de beslissing die hierover voor de inwerkingtreding van de Wzd is genomen.

Concreet kan hierbij worden gedacht aan beslissingen in het kader van de verlening van inbewaringstellingen, maar ook aan beslissingen over klachten of schadevergoeding. Verlengingen van onder de Wet Bopz afgegeven inbewaringstellingen zullen na 1 januari 2020 wel onder de Wzd vallen.

2. Hoe moet worden omgegaan met de behandelplannen die voor cliënten onder de Wet Bopz zijn opgesteld?

Zorgaanbieders hebben na inwerkingtreding van de Wzd zes maanden de tijd om de behandelplannen van cliënten aan te passen aan de eisen van de Wzd (artikel 5 tot en met 10). Gedurende de periode waarin de zorgaanbieder ten aanzien van de betrokken cliënt daaraan nog niet heeft voldaan blijven de artikelen 38, lid 5, 6 en 7, 41, 41a, 41b, 42 en de hoofdstukken IX en XI van de Wet Bopz ten aanzien van de betrokken cliënt van toepassing.

Dit betekent ook dat de taken van de Bopz-arts en de Bopz-klachtencommissie langer doorlopen en niet direct vervallen op 1 januari 2020.

⁸⁴ Staatsblad 2019 437.

3. Wat gebeurt er met de huidige Bopz-aanmerkingen?

Zorginstellingen of afdelingen van zorginstellingen die voor de inwerkingtreding van de Wzd beschikken over een Bopz-aanmerking worden ambtshalve opgenomen in het register van als bedoeld in artikel 20, lid 1 Wzd. Andere zorgaanbieders, die na de inwerkingtreding van de Wzd onvrijwillige zorg verlenen of waar cliënten onvrijwillig worden opgenomen moeten zich registreren.

4. Als je nu Bopz-arts bent, ben je dan straks automatisch Wzd-functionaris?

Nee, Bopz-artsen zijn straks niet 'automatisch' ook Wzd-functionaris. Wzd-functionarissen worden door de zorgaanbieder aangewezen. De zorgaanbieder moet hiervoor eerst advies vragen aan de cliëntenraad (artikel 2b). Het is toegestaan om binnen een zorgaanbieder meerdere Wzd-functionarissen in huis te aan te wijzen.

De taken van Bopz-artsen vervallen niet direct op 1 januari 2020, omdat zorgaanbieders zes maanden de tijd hebben om de zorgplannen aan te passen aan de Wzd. Voor de 'Bopz-zorgplannen/behandelplannen' loopt de Wet Bopz nog door. Dat betekent dat ook de taken van de Bopz-arts als het bijvoorbeeld gaat om dwangbehandeling en verlof/ontslag doorlopen. Het is aan te raden om hier goede afspraken over te maken met de (raad van bestuur van de) zorgaanbieder.

5. Handelen volgens de richtlijnen

Vraag: de Wzd noemt 'de geldende professionele richtlijnen en de gangbare richtlijnen' als kaders waar aan moet worden getoetst gaat om het toepassen van onvrijwillige zorg en in het bijzonder bij het toepassen van gedragsregulerende medicatie/psychofarmaca, maar specificeren deze niet. Hoe beoordelen specialisten ouderengeneeskunde/AVG of er volgens de richtlijnen wordt gehandeld?

In de handreiking is thans opengelaten welke richtlijnen bij het toepassen van de Wzd in acht moeten worden genomen, omdat dat steeds afhangt van de specifieke situatie en de omstandigheden van het geval. Specialisten ouderengeneeskunde/AVG moeten altijd in de specifieke situatie die zich voordoet bepalen welke richtlijn in dat geval van toepassing is en met inachtneming van die richtlijn handelen (of gemotiveerd daarvan afwijken).

In de handreiking kan dan ook niet op voorhand worden bepaald welke richtlijn dient te worden gebruikt.

Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie

Het standpunt van Vereniso in dezen is verder dat de richtlijn 'Probleemgedrag bij mensen met dementie' de voorliggende richtlijn is wanneer er sprake is van dementie en probleemgedrag. Andere specialismen hebben zo ook hun 'eigen' richtlijnen. Daarbij komt dat als er sprake is van bijvoorbeeld een (onderliggende) depressie, delier of angststoornis weer de daarvoor specifieke richtlijnen gelden. In de richtlijn Probleemgedrag wordt het als volgt omschreven: 'Gedrag bevindt zich volgens de wetenschapsleer op een ander niveau dan theoretische constructen als 'depressie' of 'angst'. Psychopathologische syndromen zoals een delier, een depressie, een angststoornis of een psychose, en symptomen zoals hallucinaties, zijn geen vormen van gedrag, maar kunnen van gedrag worden vermoed of afgeleid.'

Deze syndromen en symptomen kunnen een (mede)oorzaak zijn van probleemgedrag en vragen om nader onderzoek. Waar ze een oorzakelijke factor zijn in het ontstaan of bij het in standhouden van probleemgedrag en lijdensdruk geven, dienen ze adequaat behandeld te worden. Voor de behandeling ervan verwijzen we naar de betreffende richtlijnen: delier, psychotische stoornis, depressie, angststoornissen of slaapproblemen:

<http://www.nvvp.net/website/richtlijnen/overzichtrichtlijnen>) en naar de NHG-standaard voor slaapproblemen en slaappmiddelen: <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/slaapproblemen-en-slaappmiddelen>.'

Richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Het standpunt van de NVAAG is dat de multidisciplinaire Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking moet worden gevolgd wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking en probleemgedrag

(<https://nvaag.nl/wpcontent/uploads/2019/09/Richtlijn-Probleemgedrag-bij-volwassenen-met-een-VB-DEF.pdf>).

Deze richtlijn komt ook in beeld als sprake is psychofarmaca. Wanneer sprake is van probleemgedrag, kan het in bepaalde gevallen meerwaarde hebben om een behandeling met psychofarmaca in te zetten. Het zal dan vaak om off-label voorgeschreven medicatie gaan; dat wil zeggen medicatie die wordt voorgeschreven voor een indicatie, patiëntengroep, leeftijdsgroep of toepassing waar het middel niet voor is geregistreerd. Het voorschrijven van psychofarmaca moet altijd met grote zorgvuldigheid gebeuren.

6. Wie beoordeelt of via het stappenplan een geneesmiddel in het zorgplan wordt opgenomen?

De voorschrijvend c.q. behandelend arts is verantwoordelijk voor de keuze van de medicatie en zal op verzoek aan de zorgverantwoordelijke met een korte toelichting moeten aangeven of tot deze medicatie besloten is volgens de geldende professionele richtlijnen. Het hangt van de situatie en de specifieke behandelaar (zie bovenstaand) af om welke professionele richtlijn(en) het dan concreet gaat. Als de betrokken specialist ouderengeneeskunde of AVG dit gedeelte van de behandeling (het voorschrijven van medicatie) overneemt, zal de betreffende specialist ouderengeneeskunde of AVG het voorschrijven nog wel aan met name de 'eigen' richtlijn(en) moeten toetsen.

7. Wilsbekwaamheid

Voorbeeld: een cliënt met dementie kan normaal gesproken bij relatief overzichtelijke situaties zelf beslissen, bijvoorbeeld over medische behandelingen. Op een zaterdagavond wordt de cliënt erg ziek en verward. De cliënt is niet meer in staat zelf beslissingen over onderzoek en behandeling te nemen, zoals bijvoorbeeld de opname in een ziekenhuis.

Vraag: moet de dienstdoende arts nu eerst een deskundige de wilsbekwaamheid ter zake laten vaststellen, voordat de vertegenwoordiger de behandelopties worden voorgelegd en om toestemming wordt gevraagd?

Verenso/NVAAG signaleren dat er twee mogelijkheden zijn:

1. Ja, volgens de wet moet eerst de wilsbekwaamheid conform de in de Wzd opgenomen procedure worden getoetst. Dat mag de betrokken of dienstdoende arts niet zelf doen.
2. Ja, volgens de Wzd moet dit in beginsel wel, maar in dit specifieke geval is er geen tijd om dat te doen en gaat de zorgplicht van de betrokken arts voor. De arts kan rechtstreeks contact opnemen met de vertegenwoordiger, de vertegenwoordiger informeren en om (vervangende) toestemming vragen.

Verenso/NVAAG stellen voor om zoveel als mogelijk conform punt 1 te werken. Maar indien nodig, bijvoorbeeld als de tijd het niet toelaat, te werken conform punt 2. In die situatie zijn de resultaten van eventuele eerder gevoerde gesprekken over doelen van zorg en behandeling richtinggevend, omdat die passen bij de waarden en opvattingen van de cliënt en de gezondheidssituatie.

8. Zijn een bedhek, een orthese, een gordel e.d. altijd een beperking van de bewegingsvrijheid?

Een maatregel met een mogelijke bewegingsvrijheid beperkende werking (bedhek, orthese) geldt alleen als beperking van de bewegingsvrijheid als deze daadwerkelijk de mogelijkheden van de cliënt beperkt om zich naar een andere plaats te bewegen. Dus alleen als de cliënt niet uit bed kan

komen door het bedhek, het geldt niet als hij het zelf kan openen of erlangs kan om uit bed te gaan. In de laatste twee gevallen is het geen beperking van de bewegingsvrijheid.

Als de cliënt zich verzet tegen een hek dat hij wel zelf kan openen of waar hij langs kan, bijvoorbeeld omdat hij het niet prettig vindt omdat het op een kooi lijkt, is het onvrijwillige zorg. Deze kun je dan zien als beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten. Het stappenplan moet dan worden doorlopen. Als de cliënt zich niet verzet, hoeft het stappenplan niet te worden doorlopen omdat het geen onvrijwillige zorg is en het niet om beperking van de bewegingsvrijheid gaat (waarvoor op grond van art. 2.2 b toch het stappenplan zou moeten worden doorlopen).

Hetzelfde geldt als er een andere reden is dat het feitelijke effect van een maatregel niet bewegingsvrijheid beperkend is, bijvoorbeeld als de cliënt toch al niet zelf kan opstaan uit bed of uit zijn rolstoel. Bijvoorbeeld omdat iemand (ook) een lichamelijke beperking heeft. Als er dan een bedhek of een gordel wordt gebruikt om vallen tegen te gaan, of een orthese om de ledematen te ondersteunen, heeft deze geen bewegingsvrijheid beperkend effect.

Als de cliënt zich toch verzet, bijvoorbeeld omdat de gordel niet lekker zit, is er sprake van onvrijwillige zorg. Deze kan dan gezien worden als beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten. Het stappenplan moet dan worden doorlopen. Als de cliënt zich niet verzet, hoeft het stappenplan niet te worden doorlopen omdat het geen onvrijwillige zorg is en het niet om beperking van bewegingsvrijheid gaat (waarvoor op grond van art. 2.2 b het stappenplan toch zou moeten worden doorlopen).

9. Moet voor de toepassing van de 'hansop' en de 'ballendeken' het stappenplan van de Wzd worden gevolgd?

Een hansop of plukpak is een pyjama die voorkomt dat een cliënt zichzelf kan uitkleden of aan zijn of haar incontinentiemateriaal kan komen. Een ballendeken is een zware deken, gevuld met ballen, die cliënten kan helpen om sneller in slaap te vallen. Deze middelen zijn onvrijwillige zorg als de cliënt zich ertegen verzet. In dat geval moet het stappenplan worden gevolgd.

Als de cliënt zich niet verzet en wilsonbekwaam ter zake is, is het de vraag of de bewegingsvrijheid van de cliënt wordt beperkt. Dit is niet het geval als de zorgvorm de cliënt niet belemmert zich te bewegen c.q. als de cliënt nog altijd zelfstandig uit bed kan komen. Uitgangspunt van de Wzd is dat niet het middel geldt als al of niet vrijheidsbeperkend, maar de uitwerking die de toepassing ervan heeft op een individuele cliënt.

Bijlage 1. Samenvatting/checklist en Wzd in stroomschema

*1

Ernstig nadeel

Er is in ieder geval sprake van ernstig nadeel wanneer de volgende situaties voorkomen of als de kans heel groot is dat dit gaat gebeuren:

- A. Er is een gevaar dat de cliënt overlijdt (levensgevaar);
- B. De cliënt raakt ernstig gewond of heeft veel pijn (ernstige lichamelijk letsel);
- C. De cliënt loopt ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade op;
- D. De cliënt is ernstig verwaarloosd of loopt kans alles te verliezen, bijvoorbeeld uit huis gezet worden, verliezen sociaalwelzijn;
- E. De ontwikkeling van de cliënt raakt ernstig verstoord;
- F. De cliënt is onveilig, bijvoorbeeld omdat hij onder invloed van een ander is geraakt, zoals een loverboy of drugsdealer;
- G. De cliënt veroorzaakt met hinderlijk gedrag agressie van anderen;
- H. De cliënt veroorzaakt gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

*2

Als een cliënt ter zake wilsonbekwaam is en zich niet verzet en de vertegenwoordiger stemt in met de zorg, dan doorloop je toch het stappenplan als het gaat om:

1. beperken van de bewegingsvrijheid;
2. insluiten;
3. het toedienen van psychofarmaca (gedrag beïnvloedende of bewegingsbeperkende medicatie), indien die medicatie niet wordt toegediend in overeenstemming met de geldende professionele richtlijnen.

Dit noemen we de drie uitzonderingen bij wilsonbekwaamheid ter zake.

*3

Onvrijwillige zorg (OVZ)

Zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit:

1. toediening van vocht, voeding en medicatie, medische controles of andere medische
2. 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. beperken van de bewegingsvrijheid;
3. insluiten;
4. uitoefenen van toezicht op cliënt;
5. onderzoek aan kleding of lichaam;
6. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke onderwerpen.
7. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
8. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat cliënt iets moet doen of nalaten, waaronder gebruik van communicatiemiddelen;
9. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

*4

Onvrijwillige zorg (OVZ) in onvoorziene of noodsituatie

Soms moeten we ingrijpen om ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen, maar is er sprake van een nood- of onvoorziene situatie waarin het zorgplan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien. De situatie is onverwacht. We maken ook in deze gevallen altijd de afweging of de onvrijwillige zorg die we toe gaan passen proportioneel, subsidiair en doelmatig is.

De zorgverantwoordelijke neemt (bij voorkeur vooraf) de schriftelijke beslissing tot het toepassen van onvrijwillige zorg. De toepassing duurt zo kort mogelijk, maar maximaal twee weken.

Wilsbekwaamheid

Wilsonbekwaamheid ter zake: Iedereen is ter zake wilsbekwaam, tenzij...

Een cliënt is wilsonbekwaam ter zake als hij niet in staat is zelf een beslissing te nemen over een onderwerp. Dit bepaalt de behandelaar aan de hand van de volgende punten:

1. of de cliënt de informatie begrijpt en/of
2. de cliënt het vermogen heeft de informatie te waarderen / te vertalen naar zijn eigen situatie en/of
3. de cliënt de gevolgen van zijn keuze kan overzien en/of
4. de cliënt vervolgens een keuze kan maken.

*5

Verzet: Verzet is iedere vorm van verbale of lichamelijke weerstand tegen iets. Soms heel duidelijk, verbaal of niet verbaal, maar soms helemaal niet zo duidelijk, bijvoorbeeld passief of gehospitaliseerd verzet. Verzet kan zowel vanuit de cliënt als vanuit de vertegenwoordiger komen.

Nr.	MDO	Wat doe je?	Wie is er bij de besluitvorming betrokken?	Hoe lang mag je maximaal uitvoeren?
*6	1	Besluiten over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.	Client en/of diens vertegenwoordiger, ¹ zorgverantwoordelijke (GW), persoonlijk begeleider, arts ² Wzd-functionaris beoordeelt achteraf het plan).	Drie maanden
*7	2	Afwegen of onvrijwillige zorg nog steeds nodig is, in overleg met niet bij de zorg betrokken deskundige collega (1 ^e verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden).	Zie MDO 1 + deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is.	Drie maanden
*8	3	Afwegen of onvrijwillige zorg nog steeds nodig is. Zo ja, dan wordt in de komende drie maanden georganiseerd dat een externe deskundige advies geeft (2 ^e verlenging).	Zorgverantwoordelijke.	Drie maanden
*9	4	Overleg over het advies van de externe deskundige over de toepassing van onvrijwillige zorg, mogelijkheden tot afbouw of inzet van alternatieven (3 ^e verlenging).	Zie MDO 1 + deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is + externe deskundige.	Zes maanden
*10	5	MDO met evaluatie onvrijwillige zorg, iedere zes maanden.	Zie MDO 1 + deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is.	Zes maanden

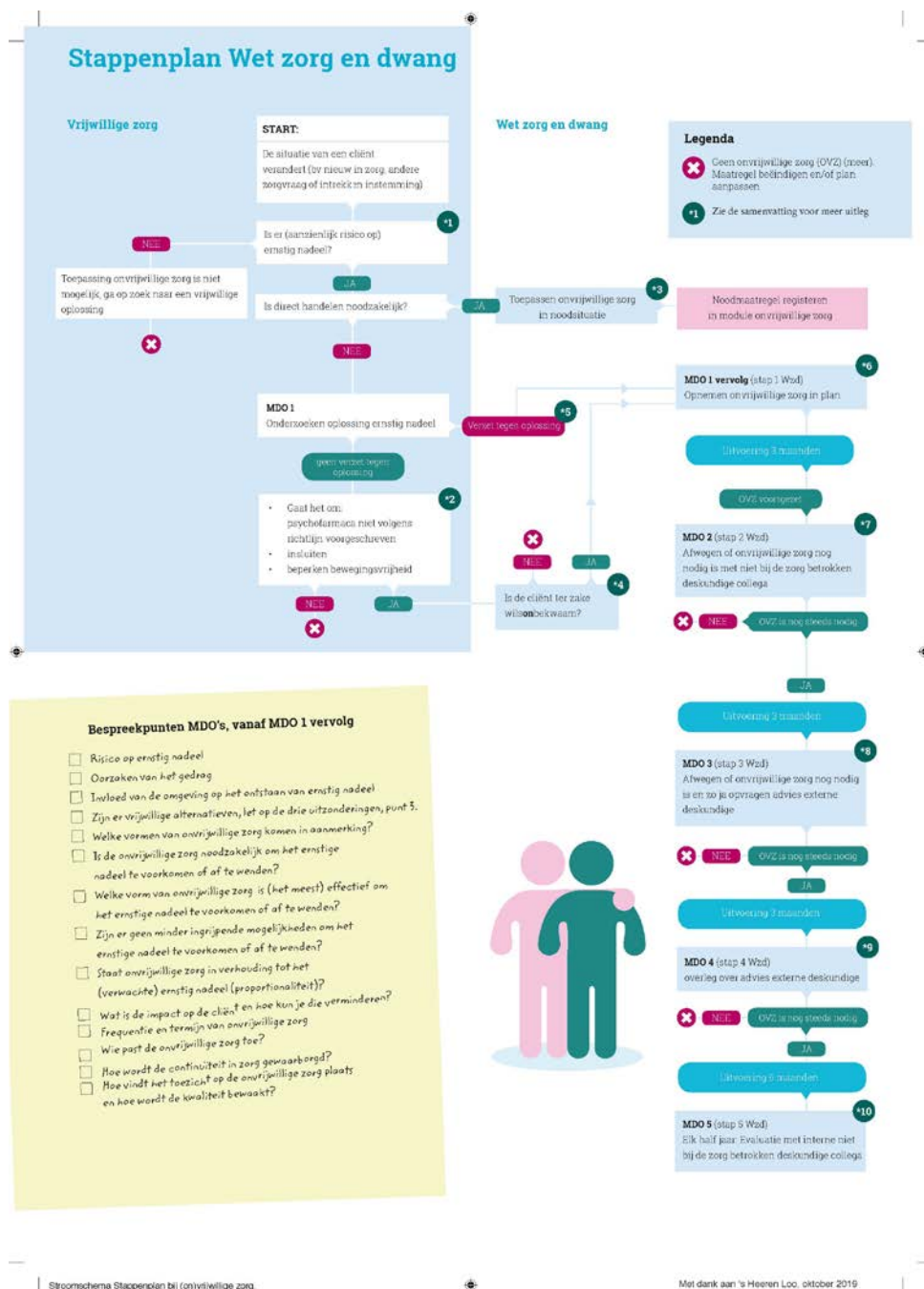
¹ Met cliënt en/ of diens vertegenwoordiger afstemmen hoe ze bij de besluitvorming betrokken willen worden.

² De arts wordt bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiten.

Let op!

Als tijdens het MDO wordt besloten om de onvrijwillige zorg te vervangen door en andere vorm van onvrijwillige zorg, dan moet de huidige maatregel worden beëindigd en een nieuwe maatregel worden aangemaakt. Het stappenplan kan worden vervolgd.

Met dank aan 's Heeren Loo



Bijlage 2. Verantwoording totstandkoming handreiking

Ontwikkeltraject

Juni 2019 is Verenso gestart met het project 'Ontwikkeling handreiking Wet zorg en dwang voor specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten', in opdracht van het ministerie van VWS. De handreiking beperkt zich tot de intramurale behandeling, daar waar voorheen de BOPZ van toepassing was.

Voor de ontwikkeling van de handreiking is een projectgroep samengesteld, bestaande uit specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten. De projectgroep is driemaal bijeen geweest. Tijdens een breder samengestelde klankbordbijeenkomst is een conceptversie voorgelegd ter becommentariëring, op basis waarvan wijzigingen zijn aangebracht. Het definitieve concept is goedgekeurd door besturen van Verenso en NVAVG.

Op 31 oktober 2019 is de handreiking voorgelegd aan het ministerie van VWS ter 'toetsing aan de wet', na diens reactie nogmaals op 19 december 2019. Op 19 december 2019 waren een aantal (wijzigingen van) Algemene Maatregelen van Bestuur, ministeriële regelingen, brochures en andere handreikingen nog niet afgerond.⁸⁵ De handreiking is op 20 december 2019 door het ministerie van VWS geaccordeerd.

Deze handreiking zal onder andere tijdens een implementatietraject worden geëvalueerd en in de loop van 2020 aan de laatste ontwikkelingen van wet- en regelgeving worden aangepast.

Samenstelling projectgroep

J.F. (Jacobien) Erbrink, specialist ouderengeneeskunde
 mr. R. (Robert) Helle, specialist ouderengeneeskunde
 mr. H.V.U. (Riekje) Kaptein, specialist ouderengeneeskunde
 A.M.G. (Andre) Meulendijks, specialist ouderengeneeskunde
 A.M. (Anne) Timmermans, specialist ouderengeneeskunde
 M. (Michiel) Vermaak, arts voor verstandelijk gehandicapten
 V. (Vincent) Vlasblom, specialist ouderengeneeskunde
 dr. C.F. (Channa) de Winter, arts voor verstandelijk gehandicapten

Ondersteuning vanuit bureau Verenso

drs. N. (Nanda) Hauet, directeur Verenso, projectleider
 drs. I. (Inge) van der Stelt, beleidsmedewerker Verenso

Klankbordbijeenkomst

Op 25 september 2019 vond een klankbordbijeenkomst plaats. Naast leden van Verenso en de NVAVG waren hier voor uitgenodigd vertegenwoordigers van het NIP, NVO, LOC Zeggenschap in Zorg, Raad op Maat en V&VN. Op de bijeenkomst waren specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten en vertegenwoordigers van het NIP, NVO en V&VN aanwezig. Schriftelijk reactie is ontvangen van Raad op Maat.

Met dank aan mr. dr. B.J.M. (Brenda) Frederiks en mr. S.M. (Sofie) Steen voor hun bijdrage aan deze handreiking.

⁸⁵ Dit betreft bijvoorbeeld de Algemene maatregel van bestuur over 'gelijkgestelde aandoeningen'