

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

Versie 2.1

Aangevuld met de bestuurlijke afspraken

Juli 2024

Inhoud

1.	Inleiding.....	5
2.	Relevante onderdelen Wzd voor praktijk en beroepsuitoefening specialist ouderengeneeskunde en arts VG.....	6
2.1	Visie op goede zorg en beleidsplan	6
2.2	Toepassingsbereik Wzd	7
2.3.1	Zorg	8
2.3.2	Locaties en accommodaties.....	8
2.3.3	Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging	9
2.3.4	Verzet	10
2.3.5	Ernstig nadeel.....	11
2.3.6	Zorgaanbieder	12
2.3.7	Zorgverlener.....	12
2.3.8	Onafhankelijke deskundige	12
2.3.9	Zorgverantwoordelijke	12
2.3.10	Wzd-functionaris.....	14
2.4	Opname en verblijf in een accommodatie	14
2.4.1	Besluit tot opname en verblijf	14
2.4.2	Omzetting vrijwillige opname of besluit tot opname en verblijf in onvrijwillig verblijf.....	16
2.4.3	Opname en verblijf met een rechterlijke machtiging	16
2.4.4	Opname en verblijf in crisissituaties (inbewaringstelling)	18
2.4.5	Voorwaardelijke machtiging	19
2.5	Afbakening Wzd en Wgbo	20
2.6	Afbakening Wzd en Wvggz	20
2.7	Afbakening Wzd en Wfz	21
2.8	Wzd-klachtenprocedure en cliëntenvertrouwenspersoon.....	21
2.8.1	Wzd-klachtenprocedure	21
2.8.2	Cliëntenvertrouwenspersoon	22
2.9	Toezicht	22
3.	Toelichting stappenplan Wzd.....	23
3.1	Het 'stappenplan'	23
3.1.1	Zorg in afwachting van een zorgplan	23
3.1.2	Het zorgplan.....	24
3.1.3	Heroverweging van het zorgplan: alternatieven?	25
3.1.4	Onvrijwillige zorg in het zorgplan	25

3.1.5	Raadplegen onafhankelijke deskundige	27
3.2	Uitvoeren van onvrijwillige zorg.....	28
3.3	Onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties.....	28
4.	Taken en verantwoordelijkheden specialist ouderengeneeskunde en arts VG	29
4.1	Specialist ouderengeneeskunde en arts VG als Wzd-functionaris	29
4.1.1	Taken specialist ouderengeneeskunde en arts VG als Wzd-functionaris	30
4.1.2	Relatie specialist ouderengeneeskunde en arts VG als Wzd-functionaris met zorgaanbieder.....	32
4.2	Specialist ouderengeneeskunde en arts VG als onafhankelijke deskundige	34
4.3	Specialist ouderengeneeskunde en arts VG als zorgverantwoordelijke	34
4.4.	Specialist ouderengeneeskunde en arts VG als arts	36
5.	Uitleg en nadere operationalisering voor specialist ouderengeneeskunde en arts VG van in de Wzd opgenomen negen vormen van onvrijwillige zorg.....	38
5.1	Onvrijwillige zorg	38
5.2	Negen vormen van onvrijwillige zorg	38
5.3	Ingrijpende vormen van zorg zonder verzet	42
5.4	Huisregels	42
6.	FAQ.....	43
	Bijlage 1. Samenvatting/checklist en Wzd in stroomschema	47
	Bijlage 2. Verantwoording totstandkoming handreiking	50

Preambule

De handreiking (versie 2.0) is in 2024 aangevuld aan de hand van de bestuurlijke afspraken. Deze aanvullingen zijn gemaakt binnen het programma Richtlijnen voor Artsen In de Langdurige Zorg (RAILZ), in samenwerking met een (gedeelte) van de werkgroep, en worden gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Een herziening van deze handreiking kan worden verwacht als de aanstaande wetwijziging van kracht is.

Per 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) van kracht. Om specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten behulpzaam te zijn bij de voorbereiding op en uitvoering van deze nieuwe wet, hebben Vereniso en de Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) deze handreiking ontwikkeld.

De (update van de) handreiking is gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS) en is gebaseerd op de bepalingen van de Wzd en bijbehorende (concept) regelgeving.

De handreiking is gericht op de intramurale setting en is niet bedoeld voor onvrijwillige zorg in ambulante situaties. Voor inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten in de eerste lijn in het kader van de Wzd moet eerst worden voldaan aan een aantal [voorwaarden](#).

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

In versie 1.0 van deze handreiking van december 2019 is de inhoud van de wet- en regelgeving, handreikingen en andere relevante documenten tot 28 november 2021 meegenomen.

In deze herziene versie (2.0) zijn de volgende Wetswijzigingen/regelingen verwerkt:

- 31-10-2020 (kamerstuk 35456);
- 6-11-2021 (kamerstuk 35667);
- Aanpassing Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten;
- 20-4-2020 Besluit van 20 april 2020 (gelijkgestelde aandoeningen).

Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van versie 1.0:

- Beoordeling bij twijfel aan de wilsbekwaamheid mag ook door de behandelend arts gebeuren.
- De arts die de geneeskundige verklaring ten behoeve van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling opstelt mag in dienst zijn bij de instelling waar de cliënt verblijft. De arts moet minstens een jaar geen zorg aan de cliënt hebben geboden.
- Een rechterlijke machtiging kan ook worden afgegeven als de te bieden zorg passend is bij verblijf in een VVT instelling, ongeacht welke psychische stoornis het ernstig nadeel veroorzaakt.
- De deskundige in stap drie, die advies geeft aan het 'uitgebreide' overleg hoeft geen 'externe' deskundige te zijn; de deskundige moet wel een onafhankelijk advies geven.
- Bij de eerste daadwerkelijke uitvoering hoeft niet van tevoren aan de zorgverantwoordelijke melding gedaan te worden, tenzij de zorgverantwoordelijke dit expliciet heeft vastgelegd.

¹ Zie: bijlage 3.

- Het besluit tot een spoedmaatregelen (artikel 15 Wzd) mag tot 48 uur na de start vastgelegd worden in het dossier.
- De verklaring van de zorgaanbieder bij het verzoek om een RM in te stellen is vervallen.
- Toegevoegd, in voetnoten, van een aantal relevante aanbevelingen uit de 'Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 1² om duiding te geven aan mogelijke toekomstige ontwikkelingen.

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 handicap.³ Belangrijke doelen van de Wzd zijn het waarborgen en het verbeteren van de rechtspositie van cliënten. Het uitgangspunt van de Grondwet en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is dat zorg op vrijwillige basis wordt toegepast. Het toepassen van onvrijwillige zorg mag alleen als het écht niet anders kan. De Wzd beschrijft de voorwaarden waaraan deze uitzonderingen moeten voldoen.

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. Daarnaast heeft de Wzd 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 en artsen verstandelijk gehandicapten (arts VG) bij de intramurale toepassing van de Wzd. Ook worden specifieke taken en verantwoordelijkheden die onder de Wzd aan een specialist ouderengeneeskunde of een arts VG kunnen toekomen in deze handreiking benoemd. Zie de website [Dwang in de zorg](#) voor Wzd handreikingen van andere veldpartijen.

Artsen VG en specialisten ouderengeneeskunde 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.

Aanvullend op de Wzd zijn er [bestuurlijke afspraken](#) gemaakt. Deze bestuurlijke afspraken zijn gemaakt nu in de praktijk en uit evaluatie gebleken is dat de Wzd moeilijk uitvoerbaar is en de bedoeling van de wet, te weten meer rechtsbescherming en minder onvrijwillige zorg, nog onvoldoende tot haar recht komt. Alle instellingen voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg in Nederland kunnen vanaf 1 januari 2024 volgens de nieuwe afspraken werken. De afspraken zijn tijdelijk van aard, tot de inwerkingtreding van de voorgenomen wijziging van de Wzd. De IGJ gaat bij het toezicht en de handhaving uit van deze afspraken, maar als cliënten in individuele gevallen een beroep doen op de wet, zal deze altijd moeten worden nageleefd. De bestuurlijke afspraken wijken op onderdelen af van de Wzd, zoals deze op dit moment luidt. In dit document worden bestuurlijke afspraken beschreven die binnen de kaders van deze handreiking passen. De afspraken worden binnen tekst kaders in rode letters weergegeven.

² Den Haag: ZonMw, december 2021

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.

2. Relevante onderdelen Wzd voor praktijk en beroepsuitoefening specialist ouderengeneeskunde en arts VG

2.1 Visie op goede zorg en beleidsplan

Een belangrijk begrip in de Wzd is 'onvrijwillige zorg'.^{4,5} Onvrijwillige zorg kan diverse mensenrechten en grondrechten 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.⁶ Persoonsgerichte zorg is gericht op kwaliteit van leven, op het bevorderen van het welbevinden en op optimaal functioneren in het dagelijks leven.⁷ 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.

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)systeem. Een werkwijze die aansluit op de competenties van zowel specialist ouderengeneeskunde als arts VG.⁸

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.

⁴ Zie: hoofdstuk 3 en hoofdstuk 5.

⁵ Eerste evaluatie Wvvgz en Wzd, deel 1 (p.394): Artikel 2 lid 1 Wzd noemt een lijst van vormen van onvrijwillige zorg die gelijk is aan de lijst van vormen van verplichte zorg in artikel 3:2 lid 2 Wvvgz, maar in het Wzd-domein is er aanzienlijk meer discussie over de vraag wat er wel en niet onder die lijst valt. Aanbeveling 22: Draag zorg voor een verheldering van de inhoud van de in artikel 2 lid 1 Wzd genoemde vormen van onvrijwillige zorg (overheid i.s.m. de veldpartijen).

⁶ Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022, 'Landelijk kader binnen de Wlz', Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, Utrecht 2017; 'Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, Samen leren en verbeteren'. Zorginstituut Nederland 2017.

⁷ Kitwood (1997) legde de basis voor deze visie. T. M. Kitwood, *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*; Open University Press, 1997

⁸ Competentieprofiel specialist ouderengeneeskunde; Voor optimale medische zorg aan kwetsbare ouderen en cliënten met een complexe zorgvraag. Vereniso 2019, Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. SOON 2016, Competentieprofiel van de arts VG; NVAAG 2016, DIDACT 2.0; Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Erasmus MC, 2018.

Betrokkenheid cliëntenraad

De zorgaanbieder vraagt instemming op het beleidsplan (artikel 19 Wzd) aan de cliëntenraad, in plaats van advies.

H2.1, punt C, p.4

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

2.2 Toepassingsbereik Wzd

De Wzd is van toepassing op een cliënt (artikel 1 lid 1 onder c Wzd) die in verband met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening – of daarmee gelijk gestelde aandoening - is aangewezen op zorg zoals bedoeld in de Wzd.⁹

Met een verstandelijke handicap of psychogeriatrische aandoening worden gelijkgesteld het

- syndroom van Korsakov of
- de ziekte van Huntington of
- niet-aangeboren hersenletsel

wanneer deze zich uit in een neurocognitieve stoornis met daaruit voortkomende beperkingen en leiden tot dezelfde gedragsproblemen of regieverlies of dezelfde zorgvraag overeenkomstig die van een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap.

Maar ook bij *alle andere psychische aandoeningen* kan het zijn dat toch de Wzd van toepassing is in plaats van de Wvvgz als zorg in een Wzd-zorgsetting beter aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Zie verder paragraaf 2.6 Afbakening Wzd en Wvvgz.

Dat de wet daadwerkelijk van toepassing is op een persoon kan blijken uit:

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

Ad 1 De Wzd is van toepassing op cliënten die van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)¹⁰ een indicatiebesluit op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) hebben gekregen met als grondslag een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap of als uit het indicatiebesluit blijkt dat het om een gelijkgestelde aandoening gaat.¹¹

Ad 2 De Wzd is dan van toepassing als een ter zake kundige *arts* (niet de eigen of de behandelend arts van de betrokkene),¹² met inachtneming van de algemeen aanvaarde veldnormen van de beroepsgroepen betreffende deze handreiking, heeft vastgesteld en schriftelijk heeft verklaard dat de cliënt *in verband met* een psychogeriatrische aandoening

⁹ 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.

¹⁰ Zie voor meer informatie over het CIZ en de Wzd: <https://ciz.nl/zorgprofessional/wet-zorg-en-dwang>

¹¹ Voor het vaststellen van een indicatiebesluit is altijd diagnostische informatie aanwezig van een ter zake kundige arts. Die diagnostiek moet zijn gedaan vanuit de curatieve sector. (nota van toelichting AmvB 20-4-2020)

¹² KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens', KNMG, april 2021, p. 115, Geneeskundige verklaringen.

of verstandelijke handicap of gelijkgestelde aandoening is aangewezen op 'zorg' als omschreven in artikel 1 lid 3 van de Wzd.^{13, 14}

Wanneer een cliënt binnen één van de hiervoor genoemde categorieën (1 of 2) valt is de Wzd van toepassing.

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 Wzd):

'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 handicap.¹⁵

2.3.2 Locaties en accommodaties

Zorgaanbieders kunnen bestaan uit verschillende locaties.¹⁶ 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 accommodaties¹⁷ zijn. Een accommodatie is een locatie, of deel (afdeling) van 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).¹⁸ Daarbij moet de zorgaanbieder aangeven of de betreffende locatie een accommodatie is. Bopz aangemerkte locaties zijn ambtshalve in het accommodatie-register opgenomen. Op dit moment is het niet mogelijk een deel van een locatie als accommodatie te registreren.¹⁹

¹³ 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.

¹⁴ Eerste wetsevaluatie (p.392): Er is in het veld veel twijfel over de vraag of de diagnose-gerichte insteek van artikel 1 lid 4 wel de juiste is. Er is veel draagvlak voor een benadering die niet een diagnose centraal stelt, maar de zorgbehoefte van de cliënt. Aanbeveling 21 geeft aan de gelijkgestelde aandoeningen te vervangen door een bepaling waarin een deskundige arts de bevoegdheid krijgt om op grond van thans in artikel 1 lid 4 genoemde omstandigheden a, b en c te bepalen dat een cliënt is aangewezen op Wzd-zorg (wetgever).

¹⁵ Zie: paragraaf 2.3.6.

¹⁶ Artikel 1, lid 1 onderdeel i van de Handelsregisterwet 2007.

¹⁷ 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).

¹⁸ Zie: <https://locatieregister.dwangindezorg.nl/>.

¹⁹ Eerste wetsevaluatie (p.303): Wat voor betrokken partijen voor verwarring zorgt, is dat de wijze waarop het ministerie van VWS de begrippen accommodatie/locatie gebruikt niet aansluit bij hoe deze in de wet staan. Hierbij moet opgemerkt worden dat het ministerie van VWS bezig is de terminologie aan te passen aan de wet. Aanbeveling 23 (p.393): Verduidelijk de terminologie met betrekking tot het begrip locatie, creëer ruimte voor

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.

De toetsing kan net als bij de Wgbo uitgevoerd worden door een behandelaar (arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog).

Voor wat moet worden verstaan onder 'wilsonbekwaam ter zake' sluit de Wzd aan bij de 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 van de Wzd 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 geen overeenstemming wordt bereikt, neemt een niet bij de zorg betrokken deskundige de beslissing.

De zorgverantwoordelijke moet schriftelijk vastleggen op welke wijze de deskundige en/of de bij de zorg betrokken arts tot de beslissing over de wilsbekwaamheid 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 wilsbekwaamheid getoetst is;
- de datum en het tijdstip van de beslissing, en
- of met de vertegenwoordiger overeenstemming is bereikt.

differentiatie en overweeg de registratieplicht te verruimen tot alle situaties waarin redelijkerwijs te verwachten valt dat onvrijwillige zorg zal plaatsvinden (wetgever).

Daarnaast moet de zorgverantwoordelijke de Wzd-functionaris²⁰ 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;
- bloedverwanten: 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 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.

Aanvulling op de toepassing van artikel 2.2 Wzd

Het ontbreken van een leeftijdscriterium in artikel 2, lid 2 Wzd leidt voor de uitvoeringspraktijk tot onduidelijkheid, nu elders in de Wzd ook (in algemene zin) is geregeld dat bij een cliënt die de leeftijd van 12 nog niet heeft bereikt alleen sprake is van verzet als de vertegenwoordiger (lees: de ouder(s) of voogd(en)) zich verzet.

De interpretatie van art. 2 lid 2 Wzd is dat dit artikel niet van toepassing is op kinderen tot 12 jaar, wat betekent dat het stappenplan bij kinderen onder de 12 jaar alleen toegepast wordt indien de vertegenwoordiger (ouder(s) of voogd(en)) zich verzet. Dit is in lijn met artikelen 3 lid 1 Wzd, 3a lid 3 Wzd, 21 Wzd en 7:465 lid 1 BW (Wgbo). Wel dienen zorgaanbieders bij het inzetten van maatregelen bij deze doelgroep multidisciplinaire besluitvorming te organiseren, waarbij alternatieven worden onderzocht en proportionaliteit in acht wordt genomen. Dit wordt beschreven in het zorgplan van de cliënt.

H2.4, p.7

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:²¹

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).

De rechter kijkt bij het bepalen of er sprake is van verzet tegen verblijf niet alleen naar wat de cliënt zegt, maar ook naar het concrete gedrag van de cliënt in een situatie. Wanneer bijvoorbeeld een cliënt zegt weg te gaan of te willen, maar niet op een of andere wijze aanstalten maakt om

²⁰ Zie: paragraaf 2.3.10.

²¹ Kamerstukken II 2008/09 31996, nr. 3, p. 9.

weg te gaan of na een ommetje zelf weer terugkomt, dan is er waarschijnlijk geen sprake van verzet tegen verblijf. Een ander voorbeeld is een situatie, dat een cliënt alleen als hem expliciet gevraagd wordt of hij wil blijven als antwoord geeft dat hij weg wil. De overige tijd uit hij zich er niet over en laat ook niet op andere wijze merken dat hij weg wil. De rechter oordeelde dat in deze situatie geen sprake was van verzet.²²

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.²³

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.²⁴

Wanneer er sprake is van 'zorg waartegen de cliënt zich verzet' maar er wordt (nog) niet voldaan aan de voorwaarden voor onvrijwillige zorg²⁵ kan/kunnen de vorm(en) van zorg waartegen verzet wordt uitgeoefend niet worden voortgezet. Dat is slechts anders in een onvoorziene of noodsituatie.²⁶

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.²⁷ 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.²⁸

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 handicap' (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;

²² Hoge Raad 10 juli 2020, 20/01193, ECLI:NL:HR:2020:1271; met bespreking Door E Plomp in Jurisprudentie Gedwongen zorg 08-10-2020, afl. 4

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ Zie: hoofdstuk 3.

²⁶ Zie: paragraaf 3.3.

²⁷ Zie ook: artikel 3a Wzd.

²⁸ Zie: paragraaf 2.3.4.

- 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 een instelling zijn zoals bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) of 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 Onafhankelijke deskundige

De Wzd bevat twee 'situaties' waarin advies bij een onafhankelijke deskundige, waaraan op basis van een Algemene maatregel van Bestuur (AMvB) specifieke deskundigheidseisen worden gesteld, in moet worden gewonnen:²⁹

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

De eisen waaraan een onafhankelijke deskundige (artikel 11 Wzd) moet voldoen, zullen in een AMvB worden vastgelegd. Het voornemen is dat de deskundige aantoonbare ervaring moet hebben met het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe de cliënt waarvoor advies wordt gevraagd behoort. De onafhankelijke deskundige mag ten minste niet een jaar bij de zorg/behandeling van de cliënt betrokken zijn.³⁰

De onafhankelijke deskundige mag niet bij de zorg/behandeling van de cliënt betrokken zijn. Aangeraden wordt om hier een termijn van minstens één jaar te nemen, net als bij de arts die een geneeskundige verklaring opstelt ten behoeve van een aanvraag van een rechterlijke macht (artikel 26 lid 5d Wzd).

Wie kunnen als onafhankelijke deskundige optreden?		
	VG	PG/gelijkgestelde aandoeningen ³¹
Arts VG	Ja	Nee
Specialist ouderengeneeskunde	Nee	Ja
Psychiater	Ja	Ja
Verpleegkundige	Ja	Ja
Orthopedagoog-generalist	Ja	Nee
Gezondheidszorgpsycholoog	Ja	Ja

²⁹ Zie: paragraaf 2.4.4 en paragraaf 3.1.5.

³⁰ Voorgestelde tekst [Internetconsultatie](#) 26-4-2022 tot 26-5-2022 AMvB Besluit onafhankelijke deskundige
1. De onafhankelijke deskundige, bedoeld in artikel 11 van de Wzd, is een zorgverlener of een deskundige op het gebied van langdurige of intensieve zorg en heeft aantoonbare kennis en ervaring ten aanzien van de onvrijwillige zorg die aan de betrokken cliënt wordt verleend alsmede ten aanzien van het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe de betrokken cliënt behoort.
2. De onafhankelijke deskundige is gedurende ten minste één jaar niet betrokken geweest bij de behandeling van of de zorg aan de betrokken cliënt en functioneert onafhankelijk van de zorgaanbieder.

³¹ Zie paragraaf 2.2

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'. 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.³² Naast ter zake kundige artsen gaat het om:

- a. orthopedagoog-generalisten;
- b. gezondheidszorgpsychologen;
- c. verpleegkundigen;
- d. physician assistants;
- 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.

³² 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. Ook kan de Wzd-functionaris zich laten informeren over de uitvoering van onvrijwillige zorg. De zorgverantwoordelijke legt in het zorgplan vast hoe en wanneer de Wzd-functionaris geïnformeerd wil worden (artikel 11a, lid 4 Wzd). Verder oordeelt de Wzd-functionaris op verzoek van de zorgaanbieder over verlof en ontslag.³³

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 (specialist ouderengeneeskunde of arts VG), een gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog-generalist als Wzd-functionaris kunnen worden benoemd. Zie ook het [profiel Wzd-functionaris](#).

2.4 Opname en verblijf in een accommodatie

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.³⁴

De Wzd kent 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 handicap kent de Wzd ook de voorwaardelijke machtiging.³⁵

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.³⁶ Tijdens de procedure toetst het CIZ of de cliënt in aanmerking komt voor opname in een geregistreerde accommodatie. Zie de website van het CIZ voor een [overzicht](#) wie een aanvraag voor een besluit tot opname en verblijf kan indienen bij het CIZ.

Ook als een cliënt tijdens een aanvankelijke vrijwillige opname niet meer in staat is om toestemming te geven voor de 'voortzetting van het verblijf' dient aan het CIZ³⁷ een toetsing gevraagd te worden. In de praktijk zou de zorgplan bespreking een geschikt moment te zijn om na te gaan of de cliënt nog steeds in staat is toestemming voor het verder verblijf te geven.

Voor afgifte van een 'besluit tot opname en verblijf' toetst het CIZ of:

- de cliënt geen blijf geeft van de nodige bereidheid tot opname en verblijf of voorzetting van het verblijf, maar zich daar ook niet tegen verzet;

³³ Zie: paragraaf 4.1.

³⁴ Zie: paragraaf 2.3.2.

³⁵ Zie paragraaf 2.4.5

³⁶ Eerste wetsevaluatie Wvvgz en Wzd (p.400): Voor de huidige praktijk is van belang dat de regeling van artikel 21 vragen oproept over de rechtsgevolgen van een CIZ-besluit: welke beperkingen mogen een cliënt dan wel en niet worden opgelegd? Aanbeveling 28: Licht nader toe wat de rechtsgevolgen zijn van het CIZ besluit tot opname en verblijf en wat precies de juridische status is van de op grond van dat besluit opgenomen cliënt (overheid).

³⁷ Zie voor meer informatie over het CIZ en de Wzd: <https://ciz.nl/zorgprofessional/wet-zorg-en-dwang>

- 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.

Wanneer het CIZ tijdens de procedure constateert dat er sprake is van verzet tegen opname en verblijf, zet het CIZ de aanvraag doorgaans om in een aanvraag voor een rechterlijke machtiging.³⁸ Als de betrokken zorgverleners inschatten dat een gedwongen opname voor de cliënt als nadelig zal worden ervaren en buiten de accommodatie nog voldoende zorg gegeven kan worden, kan de aanvrager-zorgverlener het CIZ (schriftelijk) verzoeken *geen* aanvraag tot een RM bij de rechter te doen. Het verzoek kan bij de aanvraag worden gedaan of nadien worden aangeleverd. Er is geen vast format om dit verzoek in te dienen. Het verzoek zal in de regel worden gehonoreerd.

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.

Geen opname of ontslag na afgifte besluit tot opname en verblijf van het CIZ (artikel 21 Wzd)

Het kan voorkomen, dat nadat een besluit tot opname en verblijf door het CIZ (artikel 21 Wzd) is afgegeven, de situatie van de cliënt of de mogelijkheden om zorg te bieden zo veranderen, dat er geen noodzaak meer is tot opname of verder verblijf op een geregistreerde accommodatie niet meer nodig is (artikel 21 Wzd). In die situatie kan er voor worden gekozen om geen uitvoering te geven aan het besluit. Het besluit blijft bestaan maar wordt dan feitelijk opgeschort. Het is niet nodig dat er een aparte aanvraag voor of besluit tot beëindiging van het oorspronkelijk besluit volgt.

Herbeoordelingen artikel 21 Wzd

In haar beleidsreactie van 13 maart 2023 heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport aangekondigd dat de herbeoordelingen van het besluit tot opname en verblijf (artikel 21) tot het moment van inwerkingtreding van een wetswijziging in beginsel niet plaatsvinden. De IGJ zal hier in haar toezicht rekening mee houden. Voor individuele cliënten of diens vertegenwoordigers die eraan hechten om een besluit tot opname en verblijf te laten herbeoordelen blijft het in ieder geval tot aan de herziening van de Wzd mogelijk om een aanvraag.

H2.7, p.9

³⁸ Zie: paragraaf 2.4.3.

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 Wzd). 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 van de 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.^{39 40}

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.

De procedure bij de rechtbank start op het moment dat het CIZ een verzoekschrift indient. De rechter beoordeelt of er sprake is van verzet en kijkt naar de volgende criteria:

- er moet sprake zijn van ernstig nadeel (voor de cliënt of anderen) als gevolg van de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, 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 rechterlijke 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 ter zake deskundige arts die ten minste gedurende één jaar niet betrokken is geweest bij zorg aan de cliënt en ten opzichte van de

³⁹ Zie: paragraaf 2.4.4.

⁴⁰ Eerste wetsevaluatie Wvvggz en Wzd (p.398): De Wvvggz bevat een bepaling die het mogelijk maakt dat bij de tenuitvoerlegging van een crisismaatregel of zorgmachtiging de hulp van de politie in te roepen (artikel 8:1 lid 5 Wvvggz). [...] Een dergelijke bepaling wordt in de Wzd-praktijk wel degelijk gemist. Aanbeveling 30: Voeg aan de Wzd een met artikel 8:1 lid 5 Wvvggz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

zorgaanbieder onafhankelijk functioneert, de 'medische verklaring'. Deze arts dient de cliënt in verband met de te vragen rechterlijke machtiging kort van tevoren te hebben onderzocht. De verklaring moet actueel zijn, in die zin dat de verklaring inzicht geeft in *de huidige situatie* van de cliënt. Als vuistregel kan een termijn van 10 weken gebruikt worden. Bij een bezoek/verklaring langer dan 10 weken is het verstandig om expliciet aan te geven dat de verklaring nog steeds een actueel beeld van de situatie geeft. Dat kan door de opsteller van de verklaring een aanvullende verklaring te laten opstellen of door een andere deskundige arts aan te laten vullen. In de aanvulling geeft de arts gemotiveerd aan waarom de 'oude' verklaring nog steeds actueel is. Dat kan door de cliënt opnieuw te onderzoeken of op basis van informatie van de betrokken hulpverleners.⁴¹

De Wzd beoogt dat deze verklaring kan worden afgegeven door een arts VG of specialist ouderengeneeskunde.⁴² De arts VG of specialist ouderengeneeskunde 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 arts VG of specialist ouderengeneeskunde of deze psychische problematiek onder de Wzd kan worden behandeld. Indien psychiatrische problematiek voorliggend een rol speelt dient de arts VG of specialist ouderengeneeskunde een psychiater te consulteren.⁴³

Bij een eerste verkenning van de jurisprudentie blijkt, dat het lastig is voor een rechter te bepalen welke arts behalve een arts VG of specialist ouderengeneeskunde ter zake deskundig is. Rechters kijken bijvoorbeeld naar het specialisme en de feitelijke werkervaring om te bepalen of een arts ter zake deskundig is. Huisartsen zijn dat in het algemeen niet, een klinisch geriater onder omstandigheden wel.

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.

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

Het CIZ dient een eigen verzoekschrift in bij de rechtbank wanneer naar hun oordeel is voldaan aan de voorwaarden voor een onvrijwillige opname. Het CIZ moet, naast de medische verklaring, bij een aanvraag voor een rechterlijke machtiging voor een cliënt die al in een accommodatie verblijft het zorgplan van de cliënt aan de rechter overleggen.

Het CIZ moet in het verzoekschrift een gewenste geldigheidsduur voor de looptijd van de gevraagde RM opnemen. Wanneer de verwachting is dat het verzet van lange duur zal zijn, kan het CIZ een langere geldigheidsduur verzoeken. Voor mensen met een psychogeriatrische aandoening is dat bij een verlenging maximaal vijf jaar.

Voor mensen met een verstandelijke beperking is dat bij de eerste verlenging maximaal twee jaar, met de mogelijkheid van vijf jaar wanneer 'kennelijk duidelijk is dat er geen wijziging zal optreden in de voldoening aan de criteria voor opname en verblijf'. Vanaf de tweede verlenging is de termijn voor alle cliënten maximaal vijf jaar.

⁴¹ ECLI:NL:RBNNE:2021:4162 daarbij wordt verwezen naar een uitspraak van de HR betreffende het niet meer actueel zijn van een medische verklaring van ongeveer 10 weken ECLI:NL:HR:2021:885.

⁴² Kamerstukken II 2018/19 35087, nr. 7, p. 9.

⁴³ 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, ECLI:NL:HR:2018:2044.

Het CIZ informeert de aanvrager over de indiening van het verzoekschrift, zendt geen afschrift. Omdat de zorgaanbieder/aanvrager geen partij is ontbreekt een wettelijke grondslag. De cliënt of diens vertegenwoordiger kan het verzoek zelf delen of het CIZ toestemming geven het met de aanvrager te delen. De rechter beslist binnen drie weken na de datum van indiening van het verzoekschrift. De rechter beslist zo spoedig mogelijk; bij een cliënt die al op een accommodatie verblijft beslist de rechter binnen drie weken na de datum van indiening van het verzoekschrift bij een RM en binnen drie dagen als het gaat om een voorzetting van een ibs.

2.4.4 Opname en verblijf in crisissituaties (inbewaringstelling)

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 er 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 vertegenwoordiger⁴⁴ 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 handicap, 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 handicap. Het hoeft op het moment waarop de ibs wordt aangevraagd nog niet zeker te zijn dat een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap het ernstig nadeel veroorzaakt.

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 arts VG, specialist ouderengeneeskunde of psychiater die de verklaring opstelt, net als de onafhankelijke deskundige, een termijn van minstens één jaar niet bij de zorg/behandeling van de cliënt betrokken is geweest en ten opzichte van de zorgaanbieder onafhankelijk functioneert.⁴⁵

⁴⁴ 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

⁴⁵ Zie: paragraaf 2.4.3.

In de Wzd ontbreekt een regeling omtrent onvrijwillige zorg wanneer de aanvraag om een ibs beoordeling werd gedaan, maar de ibs nog niet werd afgegeven. Mocht onvrijwillige zorg in die tussenliggende periode onvermijdelijk zijn dan zijn de algemene normen van de zorg van een goed hulpverlener van toepassing.⁴⁶

2.4.5 Voorwaardelijke machtiging

De artikelen 28aa tot en met 28ad van de 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 arts VG of een specialist ouderengeneeskunde. Als er sprake is van een bijkomende psychiatrische stoornis kan een psychiater worden geconsulteerd.⁴⁷ 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.⁴⁸ De zorgverantwoordelijke moet zich dan wel eerst op de hoogste stellen van de actuele toestand van de cliënt en advies inwinnen bij een onafhankelijke deskundige over de voorgenomen opname.⁴⁹

De hiervoor genoemde personen die een voorwaardelijke machtiging voor een cliënt kunnen aanvragen kunnen de zorgverantwoordelijke ook verzoeken om tot opname over te gaan.

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.

⁴⁶ Eerste wetsevaluatie Wvvgz en Wzd, deel 1: in de Wvvgz is bepaald dat zo nodig ook al in de periode tussen het aanvragen en verkrijgen van een crisismaatregel verplichte zorg mag worden toegepast (artikel 7:3 Wvvgz). De Wzd voorziet niet in een dergelijke bepaling, die in de Wzd-praktijk wel degelijk wordt gemist. Aanbeveling 31: Voeg aan de Wzd een met artikel 7:3 Wvvgz vergelijkbare bepaling toe (wetgever).

⁴⁷ Zie: paragraaf 2.4.3 en 2.4.4.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ Zie: paragraaf 2.3.8.

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.

Zie ook de brochure '[Voorwaardelijke machtiging bij jongvolwassenen met een verstandelijke beperking](#)' van het ministerie van VWS. In deze brochure wordt op heldere wijze, in de vorm van een stroomschema uitgelegd, wat de Wzd zegt over een voorwaardelijke machtiging bij jongvolwassenen met een verstandelijke beperking, en wat daarbij komt kijken.

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.⁵⁰ 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.

Zie voor meer informatie over de afbakening tussen de Wzd en Wgbo de factsheet '[Relatie Wzd en Wgbo bij somatische zorg](#)' van VWS.

2.6 Afbakening Wzd en Wvggz

De Wvggz beschermt de rechten van mensen met psychiatrische problematiek die te maken krijgen met verplichte zorg.⁵¹ 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 handicap of psychogeriatrische aandoening ook te maken hebben met psychiatrische problematiek is voor het toepasselijke wettelijke kader doorslaggevend wat de voorliggende zorgbehoefte is. Zie voor informatie ook de factsheet '[Samenloop Wet zorg en dwang en Wvggz](#)' van VWS.

Bij het afgeven van een RM is de aard van de zorgproblematiek volledig leidend (artikel 24 lid 4 Wzd). De rechter heeft de mogelijkheid om op basis van de zorgvraag, ongeacht een eventuele psychiatrische oorzaak, in een RM te bepalen dat de Wzd van toepassing is als die stoornis leidt tot

- dezelfde gedragsproblemen of regieverlies als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking kan veroorzaken,
- waarbij de benodigde zorg in verband met deze gedragsproblemen of regieverlies vergelijkbaar is met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap; en
- waarbij deze gedragsproblemen kunnen of dit regieverlies kan leiden tot ernstig nadeel dan kan de rechter de stoornis van die persoon gelijkstellen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking op basis van de verklaring van een ter zake kundige

⁵⁰ 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).

⁵¹ Onvrijwillige zorg wordt in de Wvggz 'verplichte zorg' genoemd.

arts.

In de Wzd is een aantal schakelbepalingen met de Wvvgz 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 Wvvgz wanneer tijdens de procedure blijkt dat de aanvraag beter (verder) behandeld kan worden onder de Wvvgz. 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 Wvvgz zodra die cliënt is opgenomen in een Wzd-accommodatie (artikel 1 lid 6 Wzd).

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

Uit de Wzd en de Wvvgz 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 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 beslissingen van een klachtencommissies 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 een 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.⁵²

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.

Versterking rol cliëntvertrouwenspersoon

In de bestuurlijke afspraken committeren partijen zich op verschillende manieren aan het versterken van de rol en bekendheid van de cliëntvertrouwenspersoon. Zorgaanbieders (en dus ook: artsen VG en specialisten ouderengeneeskunde) hebben hierin de verantwoordelijkheid om cliënten te informeren over de cvp. Het is van belang dat de cliënt niet alleen bij aanvang van zorg, maar blijvend wordt geïnformeerd over de cvp, zoals bij het overwegen van onvrijwillige zorg, evalueren van de onvrijwillige zorg (stappen in het stappenplan) en bijvoorbeeld een verhuizing.

H2.3, p.6

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 in grote lijnen inzicht in de manier waarop zij het toezicht op de naleving van de Wzd zal uitvoeren.⁵³ 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 richt de IGJ zich op een aantal 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;

⁵² Zie voor een overzicht van de Overzicht cvp-aanbieder per zorgkantorregio de website: <https://www.dwanginzorg.nl/wzd/clienten/clientenvertrouwenspersoon>

⁵³ Zie: <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2019/05/16/toezichtvisie-igj>

- versterking rechtspositie cliënt en naasten.

De IGJ heeft 31-1-2020 een toetsingskader Wzd gepubliceerd,⁵⁴ welke op dit moment als leidraad dient 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. Ten behoeve van het toezicht door de IGJ dienen zorgaanbieders halfjaarlijks een digitaal overzicht van alle toegepaste vormen van onvrijwillige zorg aan IGJ te leveren, en jaarlijks een analyse. Zie de website van de IGJ voor een [handleiding](#) voor het aanleveren van gegevens.

Dit zijn de belangrijkste punten in het toezicht:

- dwang in de zorg zoveel mogelijk voorkomen en anders zorgvuldig uitvoeren, met speciale aandacht voor jeugdigen;
- de juiste zorg op de juiste plaats, waaronder opnameplek voor cliënten in crisissituaties en dwang in de ambulante zorg (zorg buiten een accommodatie);
- aanwezigheid van voldoende en deskundig personeel;
- aandacht voor de belangen en de rechten van de cliënt en de bescherming van deze rechten, ook voor de naasten van cliënten.

Zie voor meer informatie over toezicht door de IGJ de [website](#) van de IGJ.

3. Toelichting stappenplan Wzd⁵⁵

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.⁵⁶ 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. Zie voor een schematische weergave van het stappenplan bijlage 1.

3.1.1 Zorg in afwachting van een zorgplan

In beginsel kan alleen zorg worden verleend die in het zorgplan⁵⁷ 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.⁵⁸

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).

⁵⁴ <https://www.igj.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/documenten/toetsingskaders/2019/12/18/toetsingskader-wet-zorg-en-dwang>

⁵⁵ In bijlage 3 wordt het stappenplan grafisch weergegeven.

⁵⁶ Het stappenplan is ook van toepassing op drie ingrijpende vormen van zorg waartegen geen verzet wordt geuit. Zie: paragraaf 5.3.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ Zie: paragraaf 3.3.

3.1.2 Het zorgplan

Iedere cliënt die onder de reikwijdte van de Wzd valt, heeft recht op een zorgplan 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 (na expliciet vaststellen van de wilsonbekwaamheid volgens artikel 3 Wzd) 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.⁵⁹ De datum van de laatst uitgevoerde evaluatie moet in het zorgplan worden genoteerd.

Aanpassing standaard evaluatietermijn zorgplan

Zorgplannen worden ten minste elke zes maanden geëvalueerd en eerder als de zorgbehoefte daartoe aanleiding geeft. Onderdeel van deze evaluatie is dat de zorgverantwoordelijke onderzoekt waardoor de zorgbehoefte veranderd is. De zorgverantwoordelijke betreft hier zo nodig deskundigheid van andere zorgverleners bij (stap 0). Dit betekent dat een zorgplan niet standaard 4 weken na aanvang wordt geëvalueerd.

H2.1, punt F, p.4

Betrekken cliënt bij evaluatie van het zorgplan

Om de rechtspositie van de cliënt te versterken zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Overleg over het zorgplan kan ook plaatsvinden op initiatief van de cliënt of vertegenwoordiger, en niet alleen als de zorgverantwoordelijke daartoe aanleiding ziet.
- De zorgverantwoordelijke informeert de cliënt of vertegenwoordiger over ieder multidisciplinair overleg over onvrijwillige zorg in het zorgplan. Zij kunnen hierbij aanwezig zijn.
- De zorgverantwoordelijke en de cliënt of vertegenwoordiger stemmen af hoe de evaluatie van het zorgplan zal worden voorbereid. Dit kan in het beleidsplan van de zorgaanbieder worden geconcretiseerd. In het overleg tussen zorgverantwoordelijke en cliënt of vertegenwoordiger komen in ieder geval aan de orde:
 - a) Welke niet bij de zorg betrokken deskundige wordt geraadpleegd om te adviseren over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend;
 - b) Of de cliënt of vertegenwoordiger iemand wil betrekken, zoals een cliëntenvertrouwenspersoon;
 - c) Of de cliënt en zijn naasten een rol willen spelen bij de voorbereiding van een evaluatie, bijvoorbeeld door een eigen idee aan te dragen om ernstig nadeel weg te nemen.
- Bij verschil van mening over de in te schakelen deskundige, kunnen zowel de cliënt of zijn vertegenwoordiger als de zorgverantwoordelijke een andere deskundige vragen om advies uit te brengen (second opinion).
- De zorgverantwoordelijke informeert de Wzd-functionaris over de reden van het verzet of waaruit het verzet blijkt.

H2.1, punt N-R, p.5

⁵⁹ 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.

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 hun 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.

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. 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.
 - g. op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke moet instemmen met het verlenen van de onvrijwillige zorg;
 - h. op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke de vertegenwoordiger of de cliënt informeert over het verlenen van die onvrijwillige zorg
- 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:⁶⁰
 - 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 overleg de deskundigheid van anderen, indien dit gezien de zorgbehoefte van de cliënt van belang is.
 - de zorgverantwoordelijke informeert de cliënt of zijn vertegenwoordiger over het overleg en biedt hun 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 onafhankelijke deskundige als na het uitgebreid deskundigenoverleg het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan opgenomen termijn af te bouwen.

Afspraken over termijn (evaluatie van) onvrijwillige zorg

De zorgverantwoordelijke stelt in overleg met de cliënt of vertegenwoordiger vast gedurende welke termijn onvrijwillige zorg kan worden verleend en op welke termijn het zorgplan wordt geëvalueerd.

- a) De termijn is nooit langer dan zes maanden. De termijn wordt opgenomen in het zorgplan.
- b) Bij gebrek aan overeenstemming of indien geen termijn is opgenomen, bedraagt de termijn drie maanden.
- c) Vervroegde evaluatie vindt plaats indien verandering van zorgbehoefte hiertoe aanleiding geeft.
- d) Vervroegde evaluatie kan plaatsvinden als cliënt of vertegenwoordiger daarom vraagt.

H2.1, punt K, p.4-5

⁶⁰ Specialist ouderengeneeskunde en arts VG 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 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; eventuele aanvullende zorgvuldigheidseisen;
 - o de continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze geborgd wordt;
 - o op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke moet instemmen met het verlenen van onvrijwillige zorg, zoals vastgesteld bij het overleg over het zorgplan;
 - o op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke de vertegenwoordiger of de cliënt informeert over het verlenen van die onvrijwillige zorg, vastgesteld bij het overleg over het zorgplan;
 - o een verzoek van de Wzd-functionaris om geïnformeerd te worden over de verlening van onvrijwillige zorg.

De zorgverantwoordelijke kan de informatie als bedoeld onder de laatste twee bolletjes ook laten geven door de zorgverlener die de onvrijwillige zorg daadwerkelijk toepast.

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 kiest de deskundige en zal zich daarbij laten leiden door de aard van de problematiek die aanleiding is voor de onvrijwillige zorgverlening. Het ligt in de rede dat bij de keuze de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt betrokken. 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 of wordt gewijzigd moet het zorgplan ter toetsing worden voorgelegd aan de Wzd-functionaris (artikel 11a Wzd). Ook in geval onvrijwillige zorg ongewijzigd wordt voortgezet, wordt de WZD functionaris hierover geïnformeerd. Voor diens toezichthoudende taak is het van belang van langdurige onvrijwillige zorg op de hoogte te zijn. ⁶¹ 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 af te wenden.⁶²

3.1.5 Raadplegen onafhankelijke deskundige

Het is mogelijk dat het ook niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen drie maanden na het uitgebreid deskundigenoverleg af te bouwen.⁶³ Als dat het geval is moet de zorgverantwoordelijke het uitgebreid deskundigenoverleg 'aanvullen' door advies aan een onafhankelijke deskundige (artikel 11 Wzd)⁶⁴ te vragen. De zorgverantwoordelijke mag de termijn voor onvrijwillige zorg in

⁶¹ Zie ook het document [Profiel van de Wzd-functionaris](#).

⁶² Zie: paragraaf 4.1.1.

⁶³ 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.

⁶⁴ Zie: paragraaf 2.3.8.

afwachting van het advies van de onafhankelijke deskundige nog éénmalig met *drie maanden* verlengen.

Zowel de 'niet bij de zorg betrokken deskundige' bij het 'uitgebreid deskundigenoverleg' als de onafhankelijke deskundige dienen niet bij de zorg van de cliënt betrokken te zijn. Hoe lang de deskundige niet betrokken dient te zijn is niet gespecificeerd. Aangeraden wordt om hier een termijn van minstens één jaar te nemen, net als bij de arts die een geneeskundige verklaring opstelt ten behoeve van een aanvraag van een rechterlijke machtiging (artikel 26 lid 5 d Wzd). Aan een 'niet bij de zorg betrokken deskundige' worden geen specifiek eisen gesteld op basis van de wet. Een zorgverantwoordelijke dient zelf in te schatten of de deskundige geschikt is om deel te nemen aan het 'uitgebreid deskundigenoverleg'.

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 onafhankelijke 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.

Na het inwinnen van advies van een onafhankelijke deskundige mag de betreffende vorm van onvrijwillige zorg steeds met maximaal *zes maanden* worden verlengd. De onafhankelijke deskundige hoeft dan niet meer geraadpleegd te worden. De evaluaties moeten 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. Voorafgaand aan het toepassen van onvrijwillige zorg moet de zorgverlener toetsen of (artikel 12 en 13 Wzd):

- het in het zorgplan omschreven ernstige nadeel zich daadwerkelijk voordoet, en
- er in de gegeven omstandigheden geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

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.⁶⁵ 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 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;
- 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*.

⁶⁵ Het zorgplan moet uiterlijk zes weken na aanvang van zorg aan de cliënt zijn opgesteld.

De zorgverantwoordelijke legt deze beslissing zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 48 uur, schriftelijk vast in het dossier.

Voor het toepassen van een aantal vormen van onvoorziene onvrijwillige zorg moet de zorgverantwoordelijke die zelf geen arts is, eerst met een arts overleggen.⁶⁶ Dat is het geval bij:

- het toedienen van medicatie, vocht en voeding en medische handelingen;
- beperkingen van de bewegingsvrijheid;
- 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. De zorgverantwoordelijke moet een dergelijke beslissing zo snel mogelijk op schrift stellen. Ook hier is het passend om een uiterste termijn van 48 uur aan te houden. 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 specialist ouderengeneeskunde en arts VG

4.1 Specialist ouderengeneeskunde en arts VG 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 alleen deels aan andere zorgverleners kan worden overgelaten voor zover het niet gaat om de kern van de taken van de Wzd-functionaris (= mandateren). Het is wel mogelijk dat de Wzd-functionaris tijdens afwezigheid door een andere Wzd-functionaris wordt waargenomen.

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

De algemene taak van de specialist ouderengeneeskunde en arts VG 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.

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.⁶⁷

⁶⁶ Aangeraden wordt om hiervan aantekening te maken.

⁶⁷ Zie ook: artikel 2 en artikel 3, Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

4.1.1 Taken specialist ouderengeneeskunde en arts VG als Wzd-functionaris

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

Beoordelen zorgplannen met onvrijwillige zorg binnen de termijn van twee weken⁶⁸

- 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.⁶⁹
- 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.
- De Wzd-functionaris kan in het oordeel opnemen wanneer en hoe die over de uitvoering geïnformeerd wil worden. De zorgverantwoordelijke neemt dit op in het zorgplan.
- De Wzd-functionaris beoordeelt ook zorgplannen waarin op vrijwillige basis een vorm van zorg is opgenomen waarop het stappenplan van toepassing is als de cliënt wilsonbekwaam (ter zake) is (de zogenoemde ingrijpende vormen van zorg zonder verzet).⁷⁰
- De Wzd-functionaris moet door de zorgverantwoordelijke worden geïnformeerd over een uitgebreid deskundigenoverleg na het inwinnen van het advies van de onafhankelijke deskundige indien daarin besloten wordt dat (overeenkomstig het advies van de onafhankelijke deskundige) onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft (artikel 11a lid 3 Wzd).
- 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, moet de Wzd-functionaris een zorgverlener (bij voorkeur een andere Wzd-functionaris) die wél over de nodige deskundigheid beschikt bij de beoordeling van dat zorgplan betrekken, of aanvullende toelichting vragen. Dat hoeft alleen als de onderbouwing in het stappenplan onduidelijk is of onvoldoende specifiek is wat betreft proportionaliteit en subsidiariteit. 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 indien de inzet van het middel door de betrokken arts onvoldoende duidelijk is. 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, die (ook bij navraag) onvoldoende worden toegelicht.

Meldplicht richting IGJ

Specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG die zijn aangewezen als Wzd-functionaris hebben net als de zorgaanbieder, de zorgverantwoordelijke of de zorgverlener 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

⁶⁸ Deze termijn is opgenomen in het profiel van de Wzd-functionaris

⁶⁹ Zie: 'Profiel Wzd-functionaris'

⁷⁰ Zie: paragraaf 5.3.

De Wzd-functionaris is bevoegd tot het vragen van een rechterlijke machtiging voor een cliënt bij het CIZ.⁷¹ 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 met onvrijwillige zorg.

Verlof en ontslag in geval van onvrijwillige opname en verblijf

In de Wzd zijn bepalingen opgenomen ten aanzien van verlof (artikel 47) en ontslag (artikel 48) in geval van onvrijwillige opname en verblijf.

De zorgaanbieder kan ambtshalve op eigen initiatief of op verzoek van de cliënt of diens vertegenwoordiger ontslag of verlof verlenen. Daarbij is 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 gemotiveerd advies aan de zorgaanbieder die de toestemming voor het verlof/ontslag verleent. De cliënt/vertegenwoordiger en advocaat krijgen hiervan afschrift, inclusief verwijzing naar de mogelijkheden om een klacht in te dienen. Wanneer ontslag wordt verleend wordt hiervan tevens afschrift gegeven aan het CIZ.

Is er sprake van opname vanwege ernstig nadeel voor een ander en is er een rechterlijke machtiging, ibs of voorwaardelijke machtiging afgegeven, dan gelden aanvullende eisen.⁷² De zorgaanbieder kan alleen over gaan tot ontslag als die die zich heeft laten informeren over het actuele toestandbeeld door middel van het laten opstellen van een medische verklaring door een ter zake deskundig arts. Daarnaast moet overleg hebben plaats gevonden met de burgemeester in het geval van een ibs, de officier van justitie in het geval van een rechterlijke machtiging op basis van artikel 2.3 Wfz of het college van burgemeesters en wethouders van de gemeente waar cliënt vermoedelijk zal verblijven in geval van beëindiging van een rechterlijke machtiging.

Aan verlof of ontslag 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.

De zorgaanbieder trekt het verlof, met instemming van de Wzd-functionaris, in indien het niet langer verantwoord is dat de cliënt buiten de accommodatie verblijft. Bij het niet naleven van de voorwaarden bij een ontslag trekt de zorgaanbieder de beslissing tot het verlenen van ontslag in; er is hierbij geen verplichting de Wzd-functionaris te raadplegen.

NB 1 - Voor cliënten met een besluit tot opname en verblijf bevat de Wzd geen verloffregeling. Het eventueel beperken om zich buiten de accommodatie te begeven is een vorm van beperking van de bewegingsvrijheid (zie ook paragraaf 5.2 onderdeel B).

NB 2 - Als het gaat om 'forensische patiënten' (artikel 49 Wzd) en de zorgaanbieder van oordeel is dat voldaan is aan de criteria voor het verlenen van verlof of ontslag, dan wel dat de cliënt in aanmerking komt voor overplaatsing, dan moet de zorgaanbieder eerst de minister van Veiligheid en Justitie vragen om daartoe een beslissing te nemen. De zorgaanbieder vermeldt daarbij het oordeel van de Wzd-functionaris. Voor het aanvragen van verlof/ontslag en overplaatsing (ook bij expiratie van de maatregel) is een vast format beschikbaar en moet een risicotaxatie worden aangeleverd.⁷³

⁷¹ 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.

⁷² Zie ook de [brochure 'Opname en verblijf met rechterlijke machtiging'](#) van VWS

⁷³ De Reparatiewet bepaalt dat de minister van Justitie en Veiligheid ook beslist over verlof- en ontslagverlening aan andere forensische patiënten. Deze patiënten worden echter niet gelijkgesteld

Verlof

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

De procedure voor het verlenen van verlof is als volgt:

- Er vindt verplicht overleg plaats met de vertegenwoordiger.
- De suggesties voor vragen bij ontslag (zie hieronder bij *Ontslag*) kunnen behulpzaam zijn om tot een zorgvuldig besluit te komen.
- De Wzd-functionaris verstrekt de zorgaanbieder een schriftelijke en gemotiveerde beslissing, die bindend is.
- Intrekken voorwaardelijk verlof alleen met toestemming Wzd-functionaris.

Ontslag

Ontslag bij onvrijwillige opname en verblijf 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. Aanleiding voor ontslag kan het einde van ibs of een RM zijn (waarvoor geen verlenging werd gevraagd) of de constatering dat verblijf mogelijk niet langer noodzakelijk is om het ernstig nadeel af te wenden. In geval van ernstig nadeel voor een ander (mede) aanleiding was voor de RM moet bovendien een beoordeling door een ter zake kundige arts worden gedaan.

Voor zorgvuldige besluitvorming rondom ontslag kan het behulpzaam zijn om samen met de cliënt en het netwerk de volgende vragen mee te wegen:

- Welke problemen gaven aanleiding tot de opname?
- Zijn er nieuwe problemen?
- Welke problemen zijn actueel?
- Wat zou nodig en ook mogelijk zijn om thuis/elders ernstig nadeel af te wenden?
- Kan verlof bijdragen?

De volgende procedure wordt doorlopen bij ontslag:

- De cliënt of diens vertegenwoordiger verzoekt de zorgaanbieder om ontslag.
- De zorgaanbieder, bijv. vertegenwoordigd door een locatiemanager, vraagt de Wzd-functionaris schriftelijk, bijv. in een mail, om advies over toestemming of weigering van het ontslag.
- De Wzd-functionaris verstrekt de zorgaanbieder een schriftelijke en gemotiveerde beslissing, alleen in geval de beslissing negatief is deze bindend.
- Aan het ontslag kunnen voorwaarden en beperkingen worden gesteld die door de cliënt of diens vertegenwoordiger voor ontslag moeten worden geaccepteerd.
- De zorgaanbieder informeert de verzoeker (cliënt of diens vertegenwoordiger) over het besluit en de mogelijkheden om een klacht in te dienen.

De procedure moet binnen 14 dagen doorlopen worden.

4.1.2 Relatie specialist ouderengeneeskunde en arts VG als Wzd-functionaris met zorgaanbieder⁷⁴

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

met gedwongen opgenomen cliënten, zodat de vraag zich aandient of de verlof- en ontslagregeling überhaupt op hen van toepassing is. ActiZ en VGN hebben het ministerie van VWS gevraagd dit te verduidelijken

⁷⁴ Beroepsverenigingen (waaronder VerenSo en de NVAVG) 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.

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.
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.
4. 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.

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.⁷⁵

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 de samenwerking tussen de raad van bestuur en Wzd-functionarissen te borgen kunnen de volgende afspraken worden gemaakt:⁷⁶

- 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 nemen buiten dit periodiek overleg rechtstreeks contact op met de raad van bestuur als zij vinden dat daarvoor aanleiding bestaat en vice versa;
- 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;

⁷⁵ Zie: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

⁷⁶ Zie: Profiel Wzd-functionaris.

- e. de raad van bestuur stuurt uitspraken van de Wzd-klachtencommissie aan de Wzd-functionaris(sen).

4.2 Specialist ouderengeneeskunde en arts VG als onafhankelijke deskundige

Specialisten ouderengeneeskunde en arts VG kunnen als onafhankelijke deskundige worden ingeschakeld:

- als de zorgverantwoordelijke advies moet inwinnen omdat het niet gelukt is om de onvrijwillige zorg binnen zes maanden af te bouwen;⁷⁷
- als de zorgverantwoordelijke overweegt een voorwaardelijke machtiging om te zetten in een rechterlijke machtiging.⁷⁸

Van belang is dat specialisten ouderengeneeskunde en arts VG alleen als onafhankelijke deskundige optreden als zij aantoonbare ervaring⁷⁹ hebben in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe de betrokken cliënt waarvoor advies wordt gevraagd behoort en ter zake voldoende deskundig zijn.⁸⁰

Verder moet de onafhankelijke deskundige onafhankelijk en objectief adviseren. Dat betekent dat de specialist ouderengeneeskunde of arts VG die als onafhankelijke deskundige optreden niet betrokken mogen zijn bij de behandeling of verzorging van de betreffende cliënt. Onder betrokken wordt ook eventuele tijdelijk waarneming verstaan. Zie ook paragraaf 3.1.5.

4.3 Specialist ouderengeneeskunde en arts VG als zorgverantwoordelijke

De zorgaanbieder moet voor *iedere cliënt* die binnen het toepassingsbereik van de wet valt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. Specialist ouderengeneeskunde en artsen VG 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 rol ook verschillende concrete taken en verantwoordelijkheden met zich mee voor specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG:

Zorgen voor en vastleggen van beslissingen over wilsbekwaamheid (artikel 3 lid 3 Wzd)

- Specialist ouderengeneeskunde en artsen VG 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.⁸¹
- Als de deskundige geen overeenstemming over de wilsbekwaamheid bereikt met de vertegenwoordiger dan neemt een niet bij de zorg betrokken deskundige de beslissing.

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 en arts VG *als zorgverantwoordelijke* zoveel mogelijk rekening houden met de wensen en voorkeuren van de cliënt.

⁷⁷ Zie: paragraaf 3.1.5.

⁷⁸ Zie: paragraaf 2.4.5.

⁷⁹ Aantoonbare ervaring mag worden verondersteld bij specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG die werken met doelgroepen waarop de Wzd van toepassing is.

⁸⁰ Uit: Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (geldig v.a. 1-5-2020), artikel 3.1, lid 2.

⁸¹ Zie: paragraaf 2.3.3.

De specialist ouderengeneeskunde en arts VG 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 minimaal elke zes maanden, tenzij er sprake is van onvrijwillige zorg.⁸²

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

- Specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG 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.⁸³
- Voor sommige vormen van onvrijwillige zorg en ingrijpende vormen van zorg zonder verzet moet een zorgverantwoordelijke in beginsel instemming van een arts hebben.⁸⁴ Dat geldt uiteraard niet voor een specialist ouderengeneeskunde en arts VG die als zorgverantwoordelijke zijn aangewezen.
- Verder dienen specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG 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 onafhankelijke deskundigheid in te schakelen.

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

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

- als in het zorgplan onvrijwillige zorg is opgenomen 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);
- 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);
- een verzoek van de Wzd-functionaris om geïnformeerd te worden over de daadwerkelijke uitvoering van onvrijwillige zorg; N.B. indien er tevens sprake is van een wijziging moet het zorgplan tevens ter toetsing worden voorgelegd aan de Wzd-functionaris (zie eerste aandachtspunt);
- de zorgverantwoordelijke informeert de Wzd-functionaris over een uitgebreid deskundigenoverleg na het inwinnen van het advies van de onafhankelijke deskundige indien in dat deskundigenoverleg besloten wordt dat (overeenkomstig het advies van de onafhankelijke deskundige) onvrijwillige zorg noodzakelijk blijft (artikel 11a lid 3 Wzd). Gezien het langdurig verblijf binnen de VG-sector is het advies om verlenging van onvrijwillige zorg altijd voor te leggen aan de Wzd-functionaris.

Opnemen cliënt met voorwaardelijke machtiging (artikel 28aa-ad Wzd)

Een arts VG die als zorgverantwoordelijke is aangewezen kan zelfstandig of op verzoek⁸⁵ besluiten een cliënt met een voorwaardelijke machtiging op te nemen. Dat kan alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

⁸² Indien er sprake is van onvrijwillige zorg gelden afwijkende termijnen. Zie: hoofdstuk 3.

⁸³ Zie: paragraaf 3.1 en paragraaf 5.3.

⁸⁴ Zie: paragraaf 3.1.4 en paragraaf 5.3.

⁸⁵ Op verzoek van de personen genoemd in artikel 25 lid 1 Wzd.

- het ernstig nadeel kan niet langer buiten een geregistreerde accommodatie worden afgewend door naleving van de voorwaarden, dan wel de cliënt leeft de in de machtiging opgenomen voorwaarden niet na;
- de zorgverantwoordelijke heeft zich op de hoogte gesteld van de toestand van de cliënt;
- de zorgverantwoordelijke heeft advies gevraagd aan een onafhankelijke deskundige.

De voorwaardelijke machtiging wordt vanaf dit moment aangemerkt als een rechterlijke machtiging. 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.

De zorgverantwoordelijke, in dit geval een arts VG, 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.⁸⁶ De beslissing wordt opgenomen in het dossier van de cliënt.

Meldplicht richting IGJ (artikel 60a Wzd)

Specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG die zijn aangewezen als zorgverantwoordelijke hebben net als de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris of de zorgverlener een meldplicht richting de IGJ wanneer het gegronde vermoeden bestaat dat de uitvoering van de onvrijwillige zorg binnen de organisatie ernstig tekortschiet.

4.4. Specialist ouderengeneeskunde en arts VG als arts

Specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG 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 arts VG 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 handicap kunnen binnen de reikwijdte van de Wzd vallen indien uit een schriftelijke verklaring van een ter zake kundige arts (zie paragraaf 2.3.8) blijkt dat de cliënt *in verband met* een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap 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 arts VG.⁸⁷

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 (zie paragraaf 2.3.8). De arts dient de cliënt zelf te onderzoeken en de verklaring zelf te schrijven.
- Artsen dienen hierbij bij het eigen deskundigheidsgebied te blijven: verklaringen voor cliënten met een verstandelijke handicap dienen te worden opgesteld door een arts VG. Verklaringen voor cliënten met psychogeriatrische problematiek dienen te worden

⁸⁶ 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.

⁸⁷ KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens, KNMG 2021.

opgesteld door een specialist ouderengeneeskunde. Indien er sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek kan een psychiater worden geconsulteerd.⁸⁸

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

- Specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG kunnen als deskundige overeenkomstig de daarvoor gangbare richtlijnen de wilsbekwaamheid van de cliënt beoordelen.⁸⁹

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

- Bij het doorlopen van het stappenplan voor 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 arts VG is kan dan advies vragen aan een specialist ouderengeneeskunde of arts VG.
- Wanneer concreet wordt overwogen om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke die zelf geen arts is daarvoor instemming krijgen van een bij de zorg betrokken arts wanneer het gaat om de volgende vormen van onvrijwillige zorg (artikel 10, lid 3 Wzd):
 - 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 bij de zorg betrokken arts is ook noodzakelijk wanneer de cliënt wilsonbekwaam ter zake is, de vertegenwoordiger en de cliënt zich niet verzetten en één van de volgende vormen van zorg wordt overwogen:
 - 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 Wzd)

- 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.⁹⁰
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 handicap of psychogeriatrische aandoening) kan deze verklaring worden afgegeven door een onafhankelijke deskundige (arts VG of specialist ouderengeneeskunde).⁹¹

⁸⁸ Bijlage 1.

⁸⁹ Zie ook paragraaf 2.3.3.

⁹⁰ Deze (extra) verplichting geldt niet als de cliënt is opgenomen in verband met (dreigend) ernstig nadeel voor zichzelf.

⁹¹ Zie paragraaf 2.3.8

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'. 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 onafhankelijke 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.

5. Uitleg en nadere operationalisering voor specialist ouderengeneeskunde en arts VG van in de Wzd opgenomen negen vormen van onvrijwillige zorg⁹²

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'. Als een cliënt wilsbekwaam ter zake is, heeft verzet van een vertegenwoordiger geen betekenis (artikel 3a lid 1 Wzd).

Wanneer een cliënt wilsonbekwaam ter zake is (en niet meer in kàn stemmen met de zorg) kan zijn vertegenwoordiger dat doen. Maar, ook als de vertegenwoordiger heeft ingestemd en de (wilsonbekwame) 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;

⁹² 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 artsen VG van de projectgroep bij iedere vorm van onvrijwillige zorg een of meer voorbeelden geformuleerd.

- h. aanbrengen 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 handicap 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.

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 man 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 fixatie. 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 algemene ruimte binnen de locatie (afdeling) niet op eigen initiatief mag verlaten waaronder een gesloten afdeling.⁹³ Het moeten blijven in de eigen kamer of woning wordt als insluiting geduid. Voor fixatie wordt 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 (delen van) zijn lichaam te bewegen of zich zelfstandig te verplaatsen, met behulp van mechanische hulpmiddelen. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van polsbandjes of het op de rem zetten van een rolstoel terwijl de cliënt die zelf niet kan ontgrendelen maar ook bedekken of een tentbed.

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.

⁹³ <https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/regeling-zorg-en-dwang>

Voorbeeld 2

Een 81-jarige vrouw met een wankel looppatroon gaat 's nachts regelmatig aan de wandel. Vaak is zij al gevallen voor de verzorging bij haar is, soms al meteen naast het bed, soms iets verder op de gang. Eerdere toepassingen van bedhek en tentbed zijn gestaakt in verband met hoge risico en ook veel verzet. Er is nu een vloerbed ingezet om het opstaan zodanig te vertragen dat men haar tijdig kan begeleiden, in combinatie met een bewegingssensor. Zij kan wel uit haar bed komen, maar heeft veel moeite met opstaan; ze is niet meer gevallen, maar de nachtdienst treft haar vaak kruipend en mopperend aan.

Voorbeeld 3

Een man 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 het insluiten in een speciaal daarvoor ingerichte ruimte bedoeld, te weten een separeerverblijf of een afzonderingsruimte. Voor een separeerverblijf en afzonderingsruimte zijn voor de VG-sector specifieke eisen opgesteld (zie hieronder). Insluiten kan ook plaatsvinden in de eigen kamer, appartement of woning van de cliënt. Insluiten zal een beperktere bewegingsruimte binnen een specifiek benoemde ruimte of het appartement over laten dan 'beperken van de bewegingsvrijheid' tot bijvoorbeeld een afdeling psychogeriatric. Zie voor een uitgebreide uitleg hierover en het verschil met beperking van de bewegingsvrijheid de toelichting bij de Regeling zorg en dwang psychogeriatric en verstandelijk gehandicapte cliënten die is verschenen in de Staatscourant ⁹⁴

Insluiten – Separeerverblijf (artikel 2, lid 1, onderdeel c Wzd)

Een separeerverblijf is een ruimte die voldoet aan de eisen die in de Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de gehandicaptenzorg (TNO, 2013)⁹⁵ worden gesteld aan een separeerunit. De veldnorm is niet van toepassing in de ouderenzorg. In de ouderenzorg vindt geen separatie plaats.

Insluiten – Afzonderingsruimte (artikel 2, lid 1, onderdeel c Wzd)

Een afzonderingsruimte is 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.

Insluiten – in eigen kamer, verblijfsruimte, appartement of woning (artikel 2, lid 1, onderdeel c Wzd)

Er zijn geen specifieke eisen waaraan deze ruimten dienen te voldoen. Dit laat onverlet dat insluiten altijd veilig en verantwoord dient te gebeuren, dat adequaat toezicht is geregeld en dat er een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar moet zijn voor de cliënt.

Voorbeeld 1

Een jongeman 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).

⁹⁴ [Regeling zorg en dwang psychogeriatric en verstandelijk gehandicapte cliënten. Staatscourant, 60909. 7 november 2019](#). Inclusief toelichting.

⁹⁵ Zie: <https://www.vgn.nl/system/files/article/file/Eindversie%2Bbouwnormen%2Bsepareer-%2Ben%2Bafzonderingsvoorzieningen%2B2013.pdf>

Onderdeel d

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

Bij de subvormen 'cameratoezicht' en 'toepassing overige domotica' is van belang te vermelden dat het hier niet gaat om het gebruik van deze toezichtsvormen in de algemene ruimten van een instelling uit veiligheidsoverwegingen, maar om toepassing ervan om zorginhoudelijke redenen in de individuele ruimte waar de cliënt op dat moment verblijft. Ook voor 'toepassing elektronische tracerings-middelen' geldt dat het hier gaat om een toepassing om zorginhoudelijke redenen. Bijvoorbeeld het gebruik van een gps-tracker als de cliënt naar buiten gaat om ervoor te zorgen dat de cliënt kan worden teruggevonden als hij de weg kwijtraakt.

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.

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 gedragsbeïnvloedende middelen.

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 1

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.

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.

Onderdeel i

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

Voorbeeld

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 vragen.

Huisregels mogen 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 bezit en gebruik van alcohol en drugs. De huisregels gelden voor iedereen en mogen niet verder gaan dan logisch en

noodzakelijk is voor de hele groep. Zaken die verder gaan dan wat algemeen maatschappelijk aanvaardbaar is (bijvoorbeeld als ook overdag het ontvangen van bezoek niet is toegestaan) en/of die niet past bij de specifieke behoefte(n) van de cliëntendoelgroep (bijvoorbeeld wanneer de eigen kamers in een reguliere instelling voor gehandicaptenzorg tweewekelijks worden doorzocht) mogen niet in huisregels worden opgenomen.⁹⁶

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.

Voorbeeld

In de huisregels is opgenomen dat na 22 uur geen muziek mag worden afgepeeld, die hoorbaar is buiten de eigen kamer en dat bezit en gebruik van drugs niet toegestaan is. Deze regels vormen geen beperking in de zin van de Wzd. Als een cliënt gedurende het verblijf zich niet aan deze regels wil houden is dit geen verzet zoals in de Wzd bedoeld wordt. Houdt de cliënt zich niet aan de regels dan kan het nodig zijn om via onvrijwillige zorg het ernstig nadeel dat dan ontstaat af te wenden. Bijvoorbeeld door de kamer te doorzoeken en drugs in beslag te nemen of apparatuur na 22 uur in beslag te nemen tot de volgende ochtend. Het op deze wijze handhaven van de huisregels tegen de wil in van de cliënt om ernstig nadeel te voorkomen is onvrijwillige zorg, waarbij het stappenplan gevolgd moet worden. Het kan voor de cliënt een reden zijn om niet meer in de instelling te willen blijven wonen. Is in dat geval een gedwongen verblijf nodig, omdat bij vertrek er ernstig nadeel ontstaat, dan zal een RM of ibs gevraagd moeten worden.

Indien de cliënt zich verzet tegen huisregels en er is sprake van onvrijwillige zorg in de zin van de Wzd⁹⁷ dan moet het stappenplan Wzd gevolgd worden. De cliënt kan zich ook verzetten tegen maatregelen die voortvloeien uit de huisregels die hij als onvrijwillige zorg ervaart, maar die dit niet is op grond van de Wzd.

6. FAQ

1. Betekenis Bopz artikel 60 besluit

Vraag: wat is de betekenis van een Bopz artikel 60 besluit?

De Bopz artikel 60 besluiten zijn per 1-1-2020 van rechtswege omgezet in een Besluit tot opname en verblijf (Wzd artikel 21), geldig tot uiterlijk 31-12-2024.

2. 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 en artsen VG 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. Specialist ouderengeneeskunde en arts VG 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).

⁹⁶ Bron: <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/factsheet-onvrijwillige-zorg-in-wet-zorg-en-dwang>

⁹⁷ Zie noot 4 omtrent noodzaak tot verheldering vormen van onvrijwillige zorg.

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 van de NVvP](#): Delier, Psychotische stoornis, Depressie, Angststoornissen of Slaapstoornis en naar de NHG-standaard [Slaapproblemen en slaappmiddelen](#) (M23).

Richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking

Het standpunt van de NVAVG is dat de multidisciplinaire [Richtlijn Probleemgedrag](#) (2019) bij volwassenen met een verstandelijke beperking moet worden gevolgd wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking en probleemgedrag.

Deze richtlijn komt ook in beeld als sprake is van 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.

3. 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 arts VG dit gedeelte van de behandeling (het voorschrijven van medicatie) overneemt, zal de betreffende specialist ouderengeneeskunde of arts VG het voorschrijven nog wel aan met name de 'eigen' richtlijn(en) moeten toetsen. De arts licht desgevraagd medicatiekeuzen toe, inclusief toetsing aan een richtlijn en de vaststelling of de keuze daaraan voldoet.

4. 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: is de Wzd voor deze acute zorg van toepassing?

Vereniso/NVAVG adviseren laagdrempelig aan te nemen dat intramurale zorg en behandeling plaats vinden in het kader van de Wzd die een zeer breed zorgbegrip kent en die bedoeld is om extra

bescherming te bieden aan vanwege hun verminderd cognitief functioneren heel kwetsbare cliënten. Zie paragraaf 2.5.

Dat betekent dat de arts beoordeelt of de cliënt zelf geïnformeerde toestemming kan geven. Bij een wilsonbekwame cliënt ter zake moet, als de tijd dat toelaat, toestemming gevraagd te worden aan de vertegenwoordiger. Bij feitelijk verzet door de cliënt kan de behandelend arts besluiten dat de behandeling gedwongen moet plaatsvinden, als er ernstig nadeel dreigt voor de gezondheid van de cliënt zelf.⁹⁸

Hierbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met het al aanwezige zorgplan. Ontstaat er ernstig nadeel voor de omgeving dan zal gehandeld moeten worden conform het zorgplan en zo nodig zal dit aangevuld moeten worden met een spoedbesluit (artikel 15 Wzd) van de zorgverantwoordelijke.

5. Zijn er praktijkvoorbeelden om te bepalen of er al dan niet sprake is van onvrijwillige zorg?

Op de website van Dwang in de zorg staan een aantal [praktijkvoorbeelden](#) beschreven als hulpmiddel om te bepalen of er sprake is van onvrijwillige zorg in specifieke situaties. Het gaat bijvoorbeeld om de volgende situaties:

- Is het toedienen van psychofarmaca een vorm van onvrijwillige zorg?
- Zijn een bedhek, een orthese, een gordel e.d. altijd een beperking van de bewegingsvrijheid?
- Moet voor de toepassing van de 'hansop' en de 'ballendeken' het stappenplan van de Wzd worden gevolgd?
- Is het gebruik van een wandeltuigje voor een verstandelijk gehandicapte cliënt een vrijheidsbeperkende maatregel wanneer er geen sprake is van verzet?

⁹⁸ Wgbo artikel 465, lid 6

6. Hoe is de bekostiging geregeld rondom de Wzd?

Medische verklaring voor ibs en RM in het kader van de Wzd

- Zorgverzekeringswet (voor patiënten zonder Wlz-indicatie) kent drie prestaties, namelijk voor RM, voor ibs, voor ibs die wel onderzocht is, maar niet is aangevraagd:
 - [Beleidsregel overige geneeskundige zorg 2022](#)
 - [Prestatie- en tariefbeschikking overige geneeskundige zorg 2022](#)
 - Wet langdurige zorg (voor cliënten met Wlz-indicatie):
 - Voor cliënten met bekostiging in MPT zijn drie prestaties beschikbaar op dezelfde wijze als in de Zorgverzekeringswet: [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022](#)
 - Voor cliënten met bekostiging in VPT en ZZP is bekostiging voor de medische verklaring voor ibs en RM onderdeel van het integrale tarief en is geen aparte bekostiging gecreëerd.

Uitvoering van het stappenplan Wzd

- Zorgverzekeringswet (voor cliënten zonder Wlz-indicatie): voor deze zorg is nog geen bekostiging beschikbaar, maar wordt momenteel onderzocht in Praktuinen Wzd.⁹⁹
- Wet langdurige zorg (voor cliënten met Wlz-indicatie):
 - Voor cliënten met bekostiging in MPT zijn de tarieven per 2022 opgehoogd: [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022](#)
 - Voor cliënten met bekostiging in VPT en ZZP is bekostiging voor uitvoering van het stappenplan Wzd onderdeel van het integrale tarief en is geen aparte bekostiging gecreëerd. VWS heeft aangegeven dat het budget uit het kwaliteitskader hiervoor bedoeld is.

Consultatie bij crisiszorg

De Nederlandse zorgautoriteit heeft bepaald dat dit via onderlinge dienstverlening moet worden bekostigd.

8. Waar kan ik terecht voor actuele informatie over de Wzd?

Op de volgende websites is relevante actuele informatie te vinden over de Wzd:

- [Vereniso](#)
- [NVAVG](#)
- [KNMG](#)
- [Dwang in de zorg \(VWS\)](#)
- [IGJ](#)
- [CIZ](#)
- [Wetstekst Wzd](#)
- [Wijzigingen wetstekst Wzd](#)
- [Rechtspraak.nl](#)

⁹⁹ De praktijktuinen zijn een pilot van de Regiegroep Extramurale Wzd, bestaande uit ActiZ, Alzheimer Nederland, Dementie Netwerk Nederland, InEen/LHV, LOC Waardevolle Zorg, NZa, V&VN, VWS en ZorgthuisNL

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 (gedragsbeïnvloedende 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 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;
2. 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 gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke onderwerpen;
7. controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende 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 om 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. Bij beoordelen van verzet tegen verblijf dient ook het concreet gedrag meegewogen te worden.

Nr.	MDO	Welke besluiten door MDO?	Wie is er bij de besluitvorming betrokken?	Hoe lang maximaal uitvoeren?
*6	1	Besluiten over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.	Cliënt en/of diens vertegenwoordiger, ¹ zorgverantwoordelijke, 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. Goedkeuring Wzd-functionaris.	Drie maanden
*8	3	Afwegen of onvrijwillige zorg nog steeds nodig is. Zo ja, dan wordt in de komende drie maanden georganiseerd dat een onafhankelijke deskundige advies geeft (2 ^e verlenging).	Zorgverantwoordelijke. Informeren Wzd-functionaris. ³	Drie maanden
*9	4	Overleg over het advies van de onafhankelijke 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 + onafhankelijke deskundige. Informeren Wzd-functionaris.	Zes maanden
*10	5	MDO met evaluatie onvrijwillige zorg, iedere zes maanden.	Zie MDO 1 + deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is. Informeren Wzd-functionaris.	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.

³ Gezien het langdurig verblijf binnen de VG-sector is het advies om verlenging van onvrijwillige zorg altijd voor te leggen aan de Wzd-functionaris.

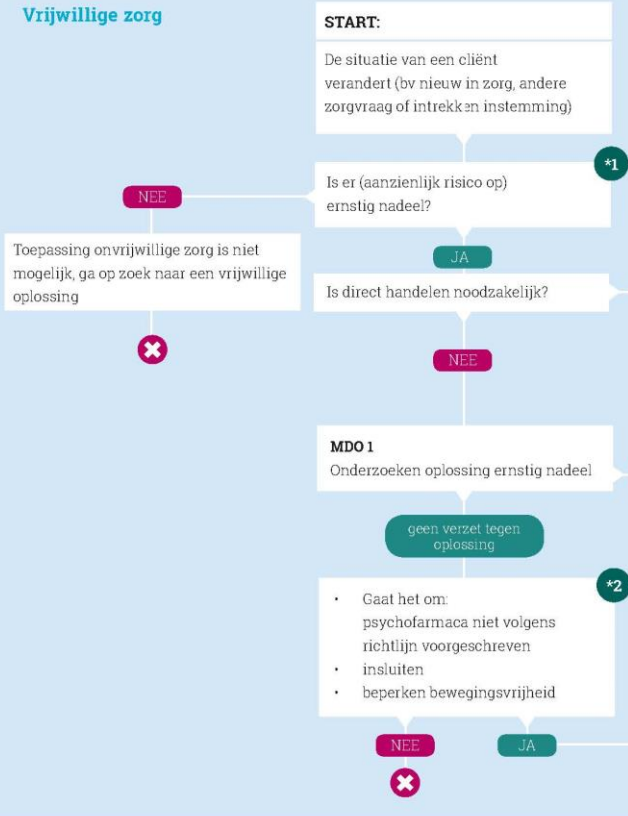
Let op!

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

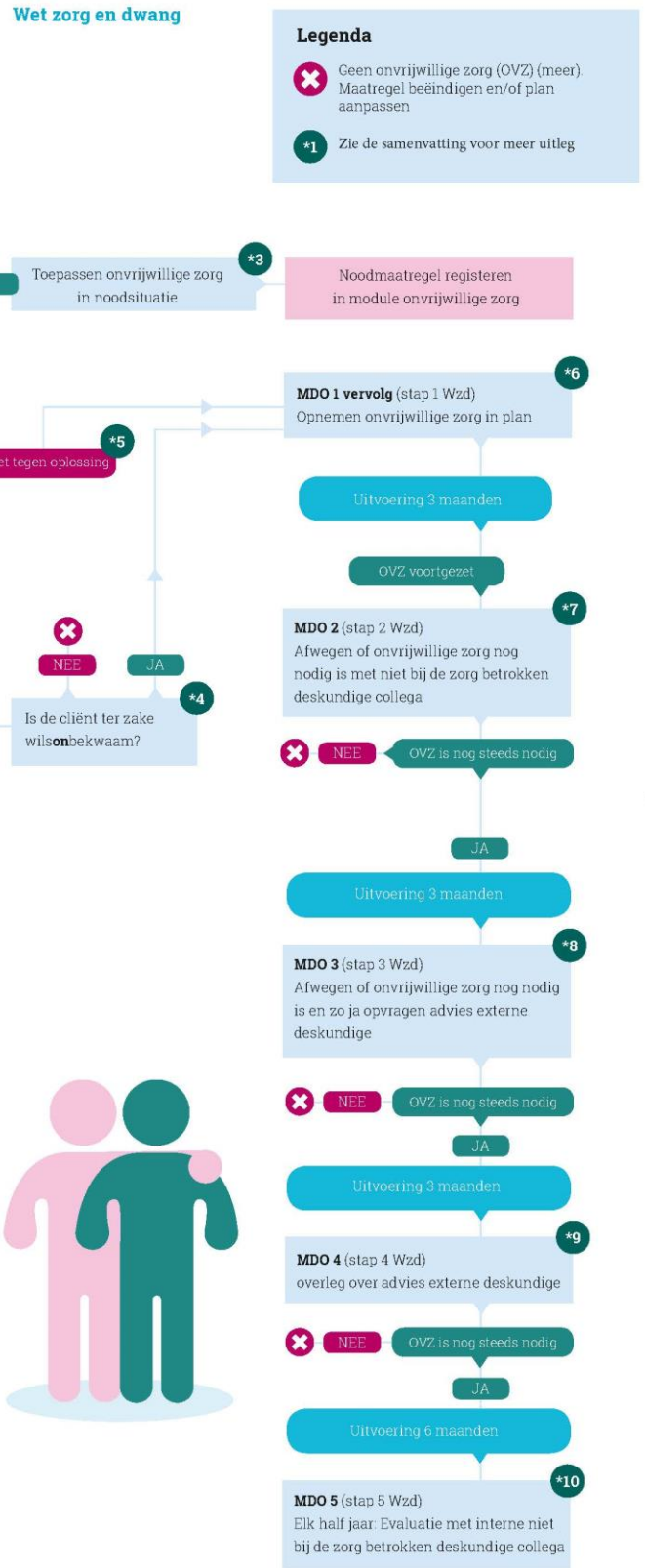
Met dank aan 's Heeren Loo

Stappenplan Wet zorg en dwang

Vrijwillige zorg



Wet zorg en dwang



Bespreekpunten MDO's, vanaf MDO 1 vervolg

- Risico op ernstig nadeel
- Oorzaken van het gedrag
- Invloed van de omgeving op het ontstaan van ernstig nadeel
- Zijn er vrijwillige alternatieven, let op de drie uitzonderingen, punt 3.
- Welke vormen van onvrijwillige zorg komen in aanmerking?
- Is de onvrijwillige zorg noodzakelijk om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden?
- Welke vorm van onvrijwillige zorg is (het meest) effectief om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden?
- Zijn er geen minder ingrijpende mogelijkheden om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Wat is de impact op de cliënt en hoe kun je die verminderen?
- Frequentie en termijn van onvrijwillige zorg
- Wie past de onvrijwillige zorg toe?
- Hoe wordt de continuïteit in zorg gewaarborgd?
- Hoe vindt het toezicht op de onvrijwillige zorg plaats en hoe wordt de kwaliteit bewaakt?



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 de besturen van VerenSo en de 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.¹⁰⁰ De handreiking is op 20 december 2019 door het ministerie van VWS geaccordeerd.

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 verstandelijk gehandicapten
V. (Vincent) Vlasblom, specialist ouderengeneeskunde
dr. C.F. (Channa) de Winter, arts verstandelijk gehandicapten

Ondersteuning vanuit bureau VerenSo

drs. N. (Nanda) Hauet, directeur VerenSo, projectleider van 1-6-2019 tot 31-12-2019
drs. I. (Inge) van der Stelt, beleidsmedewerker VerenSo
drs. E. (Else) Poot, beleidsmedewerker VerenSo, projectleider vanaf 1-9-2021

Klankbordgroepbijeenkomst

Voor versie 1.0 vond op 25 september 2019 vond een klankbordbijeenkomst plaats. Naast leden van de projectgroep 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 juristen mr. dr. B.J.M. (Brenda) Frederiks en mr. S.M. (Sofie) Steen voor hun bijdrage aan versie 1.0 de handreiking (december 2019).

Update handreiking naar versie 2.0

Vanaf 1-9-2021 startte een eerste update van de handreiking in verband met wijzigingen in de Wzd. Naast de wijzigingen in relatie tot gewijzigde wetteksten zijn een aantal verduidelijkingen aangebracht, bijvoorbeeld ten aanzien van verlof en ontslag en verlenging van een rechterlijke machtiging. De juridische inbreng kwam van specialisten ouderengeneeskunde en juristen mr. R. (Robert) Helle en mr. H.V.U. (Riekje) Kaptein, beiden tevens lid van de projectgroep. De projectgroep heeft de tekst becommentarieerd.

¹⁰⁰ Dit betreft bijvoorbeeld de Algemene maatregel van bestuur over 'gelijkgestelde aandoeningen'