



DE WET ZORG EN DWANG - EEN REGIONALE BELEIDSNOTITIE (VERSIE 3)

DISCLAIMER:

Deze regionale beleidsnotitie is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid en naar de stand van de huidige wetenschap samengesteld. Het wetgevingsproces is echter zeer dynamisch. Het kan daarom voorkomen dat bepaalde uitgangspunten in deze notitie door de tijd worden ingehaald. In de voetnoten leest u over welke zaken de wetgever nog nadere duidelijkheid dient te verschaffen.

Deze notitie is een vertaling van wet naar beleid. Er is voldoende ruimte gelaten voor de organisatie om dit beleid op een eigen manier te operationaliseren. Daar waar nodig zijn in de notitie voorbeelden opgenomen over hoe u dat zou kunnen doen. De notitie laat eveneens voldoende ruimte voor eigen beleidsinzichten van de organisatie en instellingsgebonden afspraken. De blauwgedrukte tekst geeft aan welke zaken de organisatie zelf nog dient te regelen om te komen tot een volledige beleidsnotitie.

Horn, november 2021, 2e revisie 24 april 2023

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	2
2.	Visie	3
3.	Wettelijk kader	4
4.	Preventie	7
5.	Onvrijwillige zorg.....	9
6.	Besluitvormingsprocedure	13
7.	Verantwoordelijkheden en taken.....	18
8.	Het toepassen van onvrijwillige zorg.....	22
9.	Registratie	24
10.	Klachten en cliëntvertrouwenswerk.....	26
11.	Onvrijwillige opname	28
12.	Verlof en ontslag	32
13.	Toepassing van onvrijwillige zorg in de ambulante setting.....	35

1. Inleiding

De Wet zorg en dwang (Wzd) vervangt per 1 januari 2020 de wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang is dat onvrijwillige zorg niet wordt toegepast, tenzij. Van onvrijwillige zorg is alleen sprake als de cliënt of de vertegenwoordiger (van een wilsonbekwame cliënt) zich verzet tegen zorg of opname. Onvrijwillige zorg moet zo kort mogelijk en op de minst ingrijpende manier plaatsvinden. De Wzd is cliëntvolgend, dat betekent dat hij niet alleen in instellingen geldt, maar bijvoorbeeld ook thuis of op de dagbesteding.

Kernboodschap

Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven en eigen keuzes te maken: zelf beslissen hoe je je dag doorbrengt en waar je woont. Dit geldt ook voor mensen met dementie. Ze hebben weliswaar zorg en ondersteuning nodig, maar dat moet zoveel mogelijk zorg zijn waar ze zelf voor kiezen. Daar maken de cliënt en zorgverlener samen afspraken over. Soms kunnen mensen met dementie niet inschatten wat goed voor hen is. Zorgverleners helpen ze bij die keuzes, waarbij rekening wordt gehouden met veiligheid en kwaliteit van leven. Het kan betekenen dat hun vrijheid hierdoor wordt beperkt.

Beleidsplan

De Wzd bepaalt dat je als zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent, een beleidsplan hebt waarin je in ieder geval vastlegt:

- met welke alternatieven je probeert om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen;
- hoe je omgaat met het toepassen van onvrijwillige zorg en de afbouw van deze onvrijwillige zorg;
- hoe je intern toezicht houdt bij de uitvoering van onvrijwillige zorg.

Het basisdocument “Zorg en dwang” is opgesteld door drie VVT-Zorgaanbieders in Noord- en Midden-Limburg.¹ Er is samen nagedacht over de nieuwe wetgeving en een werkwijze waarop de ketenpartners kunnen samenwerken aan de implementatie van dit nieuwe gedachtegoed. Daarbij is ruimte vrijgehouden voor het vastleggen van instellingsgebonden afspraken. Het beleidsplan is bedoeld voor alle medewerkers die werkzaam zijn in de zorg voor cliënten met dementie of kwetsbare ouderen, die onder de Wzd vallen. in Noord- en Midden-Limburg.

De instellingsgebonden beleidsplannen worden vastgesteld door de Raad van Bestuur en ter advisering voorgelegd aan de cliëntenraad².

Met het beleidsplan op instellingsniveau geef je inzicht in het beleid dat jouw instelling voert ten aanzien van vrijheidsbevordering en vrijheidsbeperking voor cliënten met dementie of kwetsbare ouderen. In het plan zet je beleidsmatige keuzes uiteen en licht je ze nader toe. Zo werk je dit basisdocument uit tot een naslagwerk op instellingniveau voor alle zorgverleners die onvrijwillige zorg gaan leveren. We wensen je veel succes met het uitwerken van je beleidsplan en hopen dat dit basisplan daarbij een goed hulpmiddel is.

¹ De Zorggroep, Land van Horne en Proteion.

² De Wzd verklaart enkele bepalingen uit de Wmcz 2018 van toepassing. Op grond daarvan moet de zorgaanbieder de cliëntenraad alle inlichtingen verstrekken die de cliëntenraad nodig heeft om te kunnen adviseren over het beleidsplan

2. Visie

De geest van de wet

'Eenieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon' staat in de grondwet beschreven. Het uitgangspunt van de visie van de Wet zorg en dwang sluit hierop aan; onvrijwillige zorg wordt slechts toegepast als laatste redmiddel. Zorgmedewerkers kunnen samen met cliënten en/of hun verwanten de dialoog aangaan over het welbevinden van een bewoner en de juiste balans tussen vrijheid en veiligheid. Welke risico's zijn geaccepteerd teneinde de vrijheid – en daarmee het welbevinden – van de cliënt te vergroten en in welke omstandigheden gaat men over tot het beperken van de vrijheid ter voorkoming van erger leed? Die balans is per cliënt anders en daarom is de oplossing ook altijd maatwerk. De geest van de wet biedt ruimte om de cliënt en diens waarden centraal te stellen en de cliënt dus een waardig leven te bieden. En omdat leven nu eenmaal niet zonder risico's is, worden de risico's zorgvuldig besproken en afgewogen. De geest van de wet zet aan tot nadenken over begrippen als dwang en onvrijwillige zorg.

Visie zorgorganisatie

- *Wat is de zorgvisie van je organisatie?*
- *Hoe sluit deze zorgvisie aan bij de geest van de wet?*
- *Wat is de visie op onvrijwillige zorg?*
- *Waar sta je nu en wat moet je nog doen om de visie na te streven?*

3. Wettelijk kader

Doelgroep

De Wet Zorg en dwang is een cliëntvolgende wet. Dat wil zeggen dat de wet van toepassing is voor alle cliënten waarvan een ter zake kundige arts³ of het CIZ heeft vastgesteld dat er sprake is van een psychogeriatrische stoornis. Het maakt niet uit waar de cliënt woont, thuis, op een open afdeling of op een gesloten afdeling. Het is ook niet relevant op wat voor manier de cliënt in zorg is gekomen: vrijwillig, met een CIZ-indicatie, een RM of een IBS. Als er sprake is van gediagnosticeerde dementie dan is de Wzd van toepassing en kan er binnen de wettelijke kaders van die wet onvrijwillige zorg worden verleend.

De Wzd beperkt zich niet tot zorg die gegeven wordt binnen de Wet langdurende zorg (Wlz), maar gaat ook over zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) van de gemeente. Dus ook in de dagbesteding en bij huishoudelijke hulp mag onvrijwillige zorg gegeven worden. Voorwaarde is wel dat er sprake is van gediagnosticeerde dementie en dat de cliënt daarvoor zorg of ondersteuning nodig heeft. Bij WLZ-zorg mag het CIZ deze indicatie stellen, bij Zvw-zorg en Wmo-zorg mag een ter zake deskundige arts de indicatie stellen.

De Wet Zorg en dwang is ook van toepassing zijn op cliënten die een ziektebeeld hebben dat lijkt op dementie, zoals Huntington of Korsakov en niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Op basis van een medische verklaring kunnen zij vallen onder de Wzd. Ook cliënten met een psychische stoornis kunnen worden opgenomen met een RM. Dit kan op basis van een medische verklaring waarin geconstateerd wordt dat:

- a) die psychische stoornis dezelfde gedragsproblemen of regieverlies kan veroorzaken als een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijk beperking.
- b) de zorgbehoefte door deze gedragsproblemen of regieverlies vergelijkbaar is met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking.
- c) deze gedragsproblemen kunnen of dit regieverlies kan leiden tot ernstig nadeel.

Welke arts wil de organisatie als 'ter zake kundig' aanstellen voor het diagnosticeren van dementie?

Onvrijwillige zorg

Onder onvrijwillige zorg verstaan we zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt én zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd maar waartegen de cliënt zich verzet.

Indien het zorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte, én er een risico op ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving, dan wordt een stappenplan doorlopen voor het toepassen van onvrijwillige zorg.

Vrijwillige zorg

Alleen als de cliënt *wilsbekwaam* is en hij *toestemming* geeft voor het toepassen van de zorg, hoeft de procedure uit de Wet Zorg en dwang niet te worden toegepast. In dat geval is er geen sprake van onvrijwillige zorg.

Wilsonbekwaam

Voor de toepassing van verschillende onderwerpen binnen de Wet Zorg en dwang is het van belang om te weten of de betreffende cliënt wils(on)bekwaam is.

Het uitgangspunt is dat cliënten wilsbekwaam zijn, totdat het tegendeel is vastgesteld. Om vast te stellen of een cliënt wilsbekwaam is dient een deskundige te worden gevraagd om

³ De wetgever heeft niet vastgelegd welke artsen als 'ter zake kundig' moeten worden beschouwd in dit kader. onafa

een beoordeling te doen. Iedere deskundige⁴, inclusief de bij de zorg betrokken arts mag in eerste instantie de wilsbekwaamheid beoordelen. De deskundige stelt vast ten aanzien van welke onderwerpen een cliënt wilsonbekwaam is. De zorgverantwoordelijke legt dit vast in het dossier. De niet bij de zorg betrokken deskundige pleegt overleg met de vertegenwoordiger bij het beoordelen van de wils(on)bekwaamheid. Wanneer zij het niet met elkaar eens worden, neemt de niet bij de zorg betrokken deskundige (arts) een beslissing.

Het gaat er bij het vaststellen van de wilsbekwaamheid niet om wélke beslissing de cliënt neemt, maar hoe hij tot die beslissing is gekomen. Kan de cliënt een adequate afweging van de verschillende belangen en consequenties maken? De KNMG heeft een stappenplan opgesteld voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Vooral nog is dit stappenplan de geldende beroepsstandaard waaraan moet worden voldaan (zie bijlage 4). Kortom voor het bepalen of iemand wilsonbekwaam ter zake is, worden de volgende punten beoordeeld:

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

De niet bij de zorg betrokken deskundige dient te beschikken over kennis op het terrein van het kunnen beoordelen of een cliënt in kwestie de gevolgen van zijn of haar keuze voldoende kan overzien. In geval van acute of spoedeisende situaties, kan een beoordeling van de wilsbekwaamheid worden uitgesteld tot een later moment.

Het is niet nodig dat de zorgverlener telkens bij het vragen van elke toestemming onderzoek doet naar de wils(on)bekwaamheid van de cliënt. Pas wanneer er moet worden getwijfeld aan de wilsbekwaamheid van de cliënt, dan is een dergelijk onderzoek aangewezen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als een cliënt een zeer ingrijpende beslissing neemt met verstrekende gevolgen. Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin een cliënt zich niet wil laten behandelen voor een levensbedreigende ziekte, of als de cliënt plotseling besluiten neemt die niet in lijn zijn met wat de cliënt eerder heeft gezegd en gedaan. In een dergelijk geval is het nodig om een onderzoek te doen naar de wils(on)bekwaamheid van de cliënt. Het kan nodig zijn dat dit onderzoek een aantal keren wordt herhaald, de wils(on)bekwaamheid van een cliënt kan immers fluctueren naarmate zijn ziektebeeld vordert.

Cliënten worden nimmer als volledig wils(on)bekwaam aangemerkt. Dit vanwege het feit dat wils(on)bekwaamheid van moment tot moment kan wisselen, maar ook per onderwerp. Wanneer een cliënt wordt opgenomen met een rechterlijke machtiging, een IBS of een CIZ-indicatie is de cliënt wilsonbekwaam ter zake van wonen en verblijf, maar dat wil nog niet zeggen dat de cliënt ook wilsonbekwaam is ter zake van alle andere onderwerpen die de zorgverlening betreffen.

Welke deskundige wil de zorgorganisatie aanstellen voor het vaststellen van de wils(on)bekwaamheid van cliënten en op welk moment?

⁴ De wet stelt geen eisen aan de deskundige.

In de Memorie van Toelichting bij de Wzd staat dat deze deskundige geen arts hoeft te zijn. Belangrijk is dat "de deskundigheid waarover bedoelde deskundige beschikt, ligt op het terrein van het kunnen beoordelen of de cliënt in kwestie de gevolgen van zijn of haar keuze voldoende kan overzien. Concreet gaat het dan in ieder geval ook om de beroepsgroepen van artsen, gezondheidszorgpsychologen en orthopedagogen-generalist.

Verzet

Hoewel cliënten met dementie vaak niet meer in staat zijn om weloverwogen beslissingen te nemen, kunnen zij soms nog wel door middel van (non)verbale uitingen of gedragingen aangeven dat zij iets niet willen. Verzet hoeft niet altijd uit woorden te blijken: het kan ook gaan om gedrag waaruit de afkeuring

leder verzet moet serieus genomen worden in die zin dat het voor een zorgverlener aanleiding moet zijn om te beoordelen of hetgeen waartegen de cliënt zich verzet misschien achterwege kan blijven of wellicht alternatieven beschikbaar zijn waartegen de cliënt zich niet verzet. Ook het verzet van cliënten die niet meer wilsbekwaam zijn, in die zin dat het voor een zorgverlener aanleiding moet zijn om te beoordelen of hetgeen waartegen een cliënt zich niet verzet.

Het kan voorkomen dat de vertegenwoordiger wél toestemming geeft voor het aanpassen van het zorgplan, maar dat de cliënt zich uiteindelijk toch verzet als de zorg daadwerkelijk aan hem verleend wordt. Ook dan is er sprake van onvrijwillige zorg.

Als men besluit de handeling ondanks verzet van de cliënt toch toe te passen, dan zijn daar juridische consequenties aan verbonden en moet het stappenplan uit de Wzd worden toegepast (zie bijlage 1 en 2).

Ernstig nadeel

Het criterium van ernstig nadeel staat centraal in de Wet Zorg en dwang. Alle vormen van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opnames vinden plaats omdat er sprake is van (een risico op) ernstig nadeel. Volgens de wet moet onder ernstig nadeel worden verstaan:

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

Bovenstaande opsomming is niet limitatief. Het is mogelijk dat zich nog andere situaties voordoen waarin gesproken kan worden van ernstig nadeel of een risico daarop. Wanneer in een dergelijk geval onvrijwillige zorg wordt toegepast, moet goed worden omschreven wat het ernstig nadeel precies is. Onder ernstig nadeel wordt niet verstaan: het risico dat de cliënt ten val komt. Valgevaar is geen reden om onvrijwillige zorg toe te passen.

Noodzakelijk, effectief, subsidiair en proportioneel

Naast dat er sprake moet zijn van ernstig nadeel dient voor het toepassen van onvrijwillige zorg ook nog een aantal andere criteria te worden getoetst. Volgens het stappenplan moet de zorgverlener namelijk ook de noodzaak van dwang benoemen en bedenken of er ook nog andere oplossingen (noodzakelijkheid) zijn. Daarnaast moet worden bekeken of een voorgenomen interventie doelmatig (effectiviteit) is en welke maatregel de minst nadelige effecten heeft voor de cliënt (subsidiariteit). Bovendien moeten de nadelige effecten van de voorgenomen maatregel in verhouding staan tot het doel dat met die maatregel wordt nagestreefd (proportionaliteit)

4. Preventie

Als je onvrijwillige zorg wilt voorkomen moet je de redenen voor toepassing hiervan voorkomen, bijvoorbeeld onrust, vallen en probleemgedrag. Ieder mens wil zo zelfstandig mogelijk leven en eigen keuzes maken. In de zorg voor mensen moet vrijheid dus steeds het uitgangspunt zijn. Als zorgmedewerker zoek je steeds naar mogelijkheden om iemand tot zijn recht te laten komen. De uitdaging hierbij is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de wensen en behoeften van de cliënt. Onvrijwillige zorg moet zoveel mogelijk worden voorkomen.

Fundament van de Wzd wordt gevormd door het ultimatum remedium beginsel. Onvrijwillige zorg kan alleen als laatste redmiddel worden ingezet als er geen adequate alternatieven meer voorhanden zijn. Eerst zullen alle alternatieven die op vrijwilligheid gebaseerd zijn, volledig moeten worden benut voordat dwang kan worden overwogen.

De wet zegt dat een zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent, zorg draagt voor een beleidsplan waarin hij is vastgelegd door middel van welke alternatieven hij tracht om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen en tevens mogelijkheden biedt om onvrijwillige zorg zo snel mogelijk weer af te bouwen.

In de zorg komen onrust, vallen en onbegrepen gedrag veel voor. Met persoonsgerichte en proactieve zorg kun je hier positieve invloed op uitoefenen, zodat je geen onvrijwillige zorg hoeft toe te passen.

Welke preventieve maatregelen zet de zorgorganisatie in?

Bijvoorbeeld:

- Zorg voor een fijne omgeving. Voorkom prikkels die onrust veroorzaken en zorg voor prikkels die bijdragen aan ontspanning en plezier.
- Rapporteer het gedrag van de cliënt: wanneer, hoe vaak, hoe lang en waardoor vindt onrust plaats?
- Leer de cliënt goed kennen. Dit zorgt voor een betere aansluiting bij de beleving en meer begrip voor oorzaken van het gedrag. Stel vragen aan de familie en naasten om erachter te komen waarom een zorgvrager doet wat hij doet. Probeer oorzaken voor onrust op te lossen.
- Zorg voor een passende dagbesteding. Het gaat om het vinden van de juiste balans tussen actieve en passieve momenten en het voorkomen van het omdraaien van slaap-dagritme.
- Zorg voor passende kleding en schoenen om het valrisico te verkleinen en duidelijke markeringen om (ver)dwalen te verminderen. Pas de inrichting van de omgeving indien mogelijk aan om het valrisico te verkleinen. Stimuleer beweging en zelfredzaamheid om mobiliteit en balans in stand te houden.
- Zorg voor passende begeleiding en hulp waarbij je rekening houdt met specifieke behoeften en wensen van de zorgvrager.
- Formuleer regels die het verminderen van onvrijwillige zorg bevorderen, zoals een non-fixatiebeleid, zodat zorgverleners steun krijgen bij het accepteren van bepaalde risico's.

Alternatieven

Om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen worden alternatieven ingezet. Ook worden alternatieven ingezet om onvrijwillige zorg zo doelmatig, kort en in de lichtste vorm toe te passen. Daarvoor kan men gebruik maken van de Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg van Vilans.

Welke alternatieven zet de zorgorganisatie in?

5. Onvrijwillige zorg

Vormen van onvrijwillige zorg

De Wet Zorg en dwang onderscheidt verschillende vormen van onvrijwillige zorg, namelijk:

- Toedienen van vocht, voeding of medicatie, medische controles en overige therapeutische maatregelen.
- Beperken van de bewegingsvrijheid;
- Insluiten;
- Uitoefenen van toezicht op de betrokkene;
- Onderzoek aan kleding of lichaam;
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten;
- Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek;

Korte toelichting van begrippen:

Beperking bewegingsvrijheid	Beperking van de bewegingsvrijheid kan omschreven worden als beperking van de mogelijkheid van de cliënt om zijn ledematen te bewegen en beperking van de mogelijkheid van de cliënt om van zijn plaats te komen. In de praktijk wordt veelal de term fixatie gebruikt, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen fixatie door vasthouden en fixatie door toepassing van mechanische middelen
Insluiten	Onder deze categorie vallen de maatregelen die in de Wzd afzondering worden genoemd. Daarnaast valt onder deze categorie ook insluiting in de privéruimte van de cliënt.
Toezicht	Uit de wetgeschiedenis blijkt dat in deze categorie toezicht door middel van domotica valt. De Wzd maakt de toepassing hiervan mogelijk ondanks dat de cliënt zich daartegen verzet als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen, mits uiteraard het stappenplan gevolgd wordt. Bij toepassing van domotica kan gedacht worden aan cameratoezicht in de privéruimte van de cliënt, toepassing van andere domotica in de privéruimte van de cliënt en toepassing van domotica waarmee gelokaliseerd kan worden waar de cliënt zich bevindt.
Onderzoek aan kleding of lichaam	Onderzoek 'aan het lichaam' moet onderscheiden worden van onderzoek 'in het lichaam'. De Wzd biedt de mogelijkheid om onderzoek aan het lichaam te verrichten als dat nodig is om ernstig nadeel te voorkomen, maar biedt niet de mogelijkheid om onderzoek in het lichaam te verrichten. Onder onderzoek 'in het lichaam' wordt verstaan: 'het uitwendig schouwen van de openingen en holten van het onderlichaam, röntgenonderzoek, echografie en het inwendig manueel onderzoek van de openingen en holten van het lichaam' (artikel 56, lid 2 Sv). Onderzoek 'aan het lichaam' is 'het onderzoek aan de oppervlakte van het lichaam en het uitwendig schouwen van de openingen en holten van het bovenlichaam'. Onderzoek aan kleding (fouilleren) houdt in dat de cliënt betast wordt om eventueel in de kleding verborgen voorwerpen te traceren

Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen	De Wzd biedt de mogelijkheid om in het zorgplan op te nemen dat de privé-omgeving van de cliënt doorzocht kan worden als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen.
Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen	Het verschil met de vorige categorie is dat hier bedoeld wordt: controle op aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen in het lichaam van de cliënt. Die controle kan plaatsvinden door de cliënt bijvoorbeeld een urinetest, speekseltest, blaasrest te laten ondergaan. Dergelijke controles kunnen op basis van de Wzd worden uitgevoerd ondanks dat de cliënt daarmee niet instemt als dit nodig is om ernstig nadeel te voorkomen
Beperkingen van de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moeten doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen	De Wzd beoogt te bevorderen dat cliënten hun leven zo veel mogelijk zelf kunnen inrichten. Die vrijheid kan in het zorgplan begrensd worden als dat noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen. Niet iedere beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten moet echter als onvrijwillige zorg gekwalificeerd worden. Beperkingen van de vrijheid om het eigen leven in te richten die voortvloeien uit de wetgeving of de huisregels, zijn geen vormen van onvrijwillige zorg. De mogelijkheid om via de huisregels de vrijheid van cliënten om hun leven naar eigen inzicht in te richten is beperkt. Huisregels mogen alleen regelen wat nodig is voor de veiligheid binnen een accommodatie en voor een ordelijke gang van zaken (artikel 45, lid 2 Wzd). Een voorbeeld van een huisregel die nodig is om de gang van zaken binnen een accommodatie ordelijk te laten verlopen is dat cliënten 's nachts geen muziek mogen maken als andere cliënten daardoor overlast ondervinden. De vrijheid om 's nachts muziek te maken wordt beperkt, de cliënt moet daardoor iets nalaten, maar deze beperking houdt geen verlening van onvrijwillige zorg in.
Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	Met het recht op het ontvangen van bezoek wordt bedoeld: het recht om bezoek te ontvangen zoals geregeld in de huisregels. Als op een afdeling bezoektijden gelden, dan houdt dat geen onvrijwillige zorg in. Als overwogen wordt om voor een individuele cliënt van de huisregels afwijkende afspraken te maken en gaat de cliënt of zijn vertegenwoordiger daarmee niet akkoord, dan kunnen deze beperkingen op grond van de Wzd toch in het zorgplan worden opgenomen als dit nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. Het gaat in dit geval om beperkingen van het recht om bezoek te ontvangen om zorginhoudelijke redenen (bijvoorbeeld voorkomen dat de cliënt overprikkeld raakt). Als een bezoeker wegens wangedrag beperkt wordt in zijn mogelijkheden om op bezoek te komen, is dat geen onvrijwillige zorg. Bezoekers die zich daartegen willen verzetten kunnen een beroep doen op de rechter.

Of een bepaalde maatregel in voorkomende gevallen daadwerkelijk als onvrijwillig kwalificeert, kan met stappenplan in bijlage 1 en 2 worden vastgesteld:

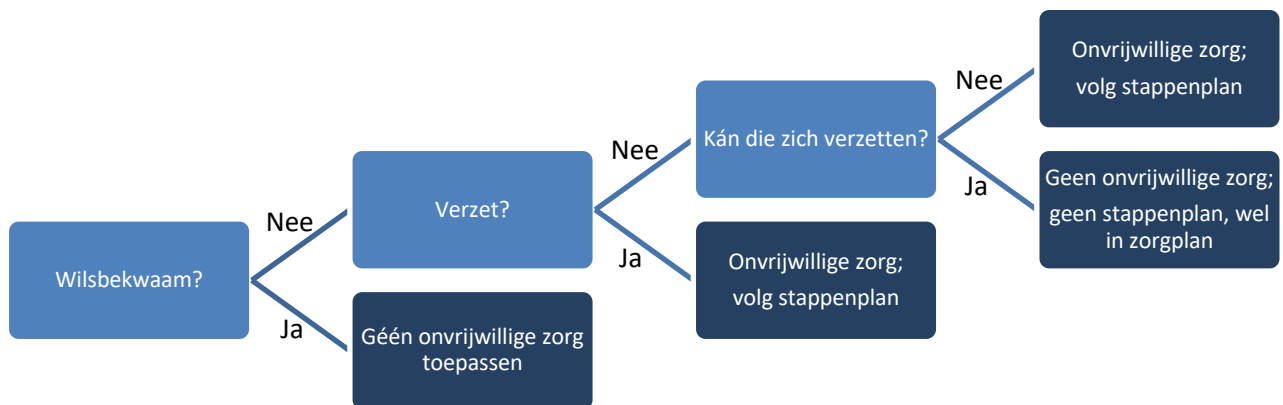
Welke vormen van onvrijwillige zorg zijn binnen de zorgorganisatie toegestaan?

Uitzonderingsregels

De besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige zorg is altijd van toepassing als enkele specifieke in de Wzd genoemde vormen van zorg worden geboden aan een wilsonbekwame cliënt. Dit geldt ongeacht of de vertegenwoordiger heeft toegestemd of niet en ongeacht of de cliënt zich daartegen verzet of niet. Het gaat om de volgende drie maatregelen:

- het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen;
- een maatregel die tot het gevolg heeft dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
- de mogelijkheid tot insluiting.

We zijn van mening dat de inzet van het stappenplan bij vrijwillige zorg leidt tot onbegrip bij professionals en verwanten en onnodige werkballast geeft. Het noodzaakt tot een andere zienswijze, waarbij de geest van de wet goed opgevolgd wordt. Een zorgprofessional beoordeelt middels de volgende beslisboom of het stappenplan doorlopen wordt.



Beperking van bewegingsvrijheid 'gesloten afdeling'. Wat nu niet als beperking wordt gezien bij gebruik van bovenstaande beslisboom

Voorbeelden:

- Een cliënt is wilsonbekwaam, hij verzet zich niet tegen de beddekken, terwijl hij dit wel zou kunnen. We zetten een doel in het zorgplan hoe de vrijheid bevorderd wordt en volgen niet het stappenplan voor onvrijwillige zorg.
- Een cliënt is wilsonbekwaam, hij verzet zich niet tegen psychofarmaca, maar hij kan dit ook niet omdat deze niet de gevolgen van het pilletje kent. We volgen het stappenplan onvrijwillige zorg.
- Een cliënt is wilsonbekwaam, hij is opgenomen met een RM en verzet zich niet tegen een gesloten deur. We volgen niet het stappenplan voor onvrijwillige zorg.

Invulling van onvrijwillige zorg

Binnen de negen categorieën kan een organisatie uitvoering hieraan geven. Hoe geef je hier invulling aan? Bijvoorbeeld binnen de categorie beperken bewegingsvrijheid kiezen we voor bedhekken

Categorie	Subcategorie	Onvrijwillige Zorg
Gedwongen toedienen van vocht, voeding, medicatie, medische controles/ handelingen	Vocht en voeding	N.v.t.
	Medicatie	Gedwongen toedienen van medicatie
		Verstopt in voeding Psychofarmaca buiten richtlijn Verenso
Medische controles/ handelingen	Medisch onderzoek bijvoorbeeld bloedprikken of lichamelijk onderzoek	
Beperking bewegingsvrijheid	Fysieke fixatie (vasthouden)	Fysieke fixatie
	Mechanische fixatie d.m.v. hulpmiddel	Tentbed/ Safe space
		Extra laag bed/ vloerbed
		Bedhekken
		Ballendeken
		Gekantelde/ diepe stoel
		Stoel op rem
		Tafelblad
		Orthese
		Hansop/ beschermende handschoenen
Plaatsing op gesloten afdeling	Gesloten afdeling	
Overig	Leefcirkel als cliënt gebouw niet mag verlaten	
Insluiten	In separeerverblijf	N.v.t.
	In afzonderingsruimte	Safe space bed
	In eigen kamer/ verblijfsruimte	Afzonderen
	Overig	
Toezicht op cliënt	Camera monitoring	Cameratoezicht
	Overig toezichhoudende domotica	Bedsensor
		Deursensor
		Valsensor
	Elektronische traceermiddelen	GPS-tracking Leefcirkel d.m.v. gps-tracking als cliënt vrij buiten mag rondlopen tot bepaalde grens.
Overig	N.v.t.	
Onderzoek kleding/ lichaam		N.v.t.
Onderzoek woon- of verblijfsruimte op gevaarlijke voorwerpen/ gedrag beïnvloedende middelen		Controle woonruimte
Controleren op aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen		Controle gedrag beïnvloedende middelen
Beperking in vrijheid eigen leven in te richten, waaronder gebruik van communicatiemiddelen	Beperking gebruik communicatiemiddelen	Beperking gebruik communicatiemiddel
	Overige beperkingen	Dwangverpleging/ dwangverzorging Hansop/ beschermende handschoenen Keukenkasten/koelkast enz. op slot Max voedingsproducten
Beperking op het ontvangen van bezoek		Beperking op het ontvangen van bezoek

6. Besluitvormingsprocedure

Er wordt geen onvrijwillige zorg verleend, als het niet in het zorgplan opgenomen is. Dit is alleen anders als er sprake is van een noodsituatie (zie hoofdstuk 3). Om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan, dient een getrappt besluitvormingsmodel doorlopen te worden. In dit stappenplan wordt de situatie goed geanalyseerd en worden mogelijke alternatieven in een multidisciplinair team bekeken. Het doel van het stappenplan is een zorgvuldige afweging en het voorkomen van onvrijwillige zorg. In het stappenplan zoeken zorgmedewerkers steeds naar alternatieve en minder ingrijpende maatregelen. Onvrijwillige zorg moet altijd vastgelegd worden in het zorgplan om verantwoording af te leggen én de maatregel te kunnen evalueren. In onderstaande paragrafen worden de stappen die doorlopen dienen te worden stapsgewijs toegelicht. Er is daarnaast een systematisch overzicht te vinden in bijlage 1 en 2.

Zorgplan opstellen

De Wet zorg en dwang stelt eisen aan het opstellen van een zorgplan voor alle cliënten met een verstandelijke beperking of dementie die professionele zorg krijgen (thuis of in een zorginstelling).

Het zorgplan wordt z.s.m., maar uiterlijk binnen 6 weken na start van de zorg opgesteld. Het zorgplan houdt zo veel mogelijk rekening met de wensen en voorkeuren van de cliënt. Als dat niet mogelijk is, laat de zorgverantwoordelijke de cliënt schriftelijk en onderbouwd weten waarom niet. De zorgverantwoordelijke bespreekt het zorgplan met de cliënt/ vertegenwoordiger.

Het zorgplan wordt vier weken na de start van de uitvoering en vervolgens minstens eenmaal per half jaar dient te worden geëvalueerd. De reden daarvoor is dat het in de zorg voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking voornamelijk gaat om cliënten wier toestand dusdanig stabiel of voorspelbaar is, dat het niet nodig is om voor te schrijven dat de uitvoering van het zorgplan maandelijks wordt beschreven. Vanzelfsprekend zal het evalueren van de uitvoering van het zorgplan eerder dan na zes maanden moeten plaatsvinden als de situatie van een cliënt daartoe aanleiding geeft. Het verlenen van onvrijwillige zorg, voorzien in het zorgplan of onvoorzien, is in ieder geval zo'n aanleiding.

Als zorgmedewerkers constateren dat er een situatie van ernstig nadeel dreigt te ontstaan, bijvoorbeeld omdat de cliënt zijn woning vervuild en daardoor woonoverlast veroorzaakt, of omdat de cliënt niet goed voor zichzelf kan zorgen (zoals zich wassen, zich aankleden, eten en drinken) dan melden zij dit bij de zorgverantwoordelijke. Om te komen tot een beleid waarmee het ernstig nadeel kan worden voorkomen of weggenomen, overweegt de zorgverantwoordelijke om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen.

Wil je onvrijwillige zorg in zorgplan opnemen?

Indien de zorgverantwoordelijke voornemens is om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan, als de cliënt tot de doelgroep behoort (psychogeriatrische grondslag of gelijkgestelde aandoening) en als de cliënt wilsonbekwaam ter zake is gesteld, dienen volgende voorwaarden bekeken te worden:

- Geeft de cliënt/ vertegenwoordiger geen toestemming voor opname van de maatregel in het zorgplan?
- Verzet de cliënt zich op het moment dat de maatregel wordt toegepast?
- Betreft de voorgenomen handeling één van de volgende uitzonderingsregels:
 - Het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele richtlijnen;
 - Beperken van de bewegingsvrijheid;

- De mogelijkheid tot insluiting.

Indien minimaal op één van de voorwaarden 'ja' geantwoord wordt, moet het stappenplan van onvrijwillige zorg doorlopen worden.

Indien de zorgverantwoordelijke onvrijwillige zorg in het zorgplan wil opnemen, dienen onderstaande onderwerpen beschreven te worden:

- Welk ernstig nadeel is voorzien en welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast om dit te voorkomen.
- Welke zorgverlener of categorie van zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van onvrijwillige zorg.
- Indien van toepassing, de duur en frequentie van onvrijwillige zorg. Als het een vorm van onvrijwillige zorg betreft die voor een bepaalde duur en/ of met een bepaalde frequentie wordt toegepast, wordt dit in het zorgplan geconcretiseerd.
- De termijn waarbinnen de onvrijwillige zorg toegepast kan worden. Deze termijn is 'zo kort mogelijk' en maximaal drie maanden.
- De wijze waarop de onvrijwillige zorg binnen deze termijn zal worden afgebouwd.
- Eventuele extra zorgvuldigheidseisen
- Hoe de zorgverantwoordelijke de cliënt of vertegenwoordiger informeert over de uitvoering van onvrijwillige zorg.

De zorgverantwoordelijke past op basis van ieder multidisciplinair overleg (iedere stap in het stappenplan) het zorgplan aan.

De Wzd regelt niet welke zorgverleners bevoegd zijn om onvrijwillige zorg toe te passen. Een zorgorganisatie kan bepalen dat specifieke kwalificaties nodig zijn voor verlening van bepaalde vormen van onvrijwillige zorg. Dit zal dan in het beleidsplan onvrijwillige zorg, dat aanbieders van onvrijwillige zorg moeten opstellen, zijn opgenomen

Stap 1: Onderzoek naar alternatieven

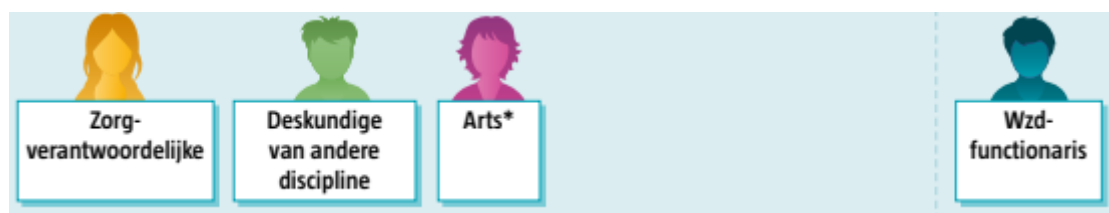
Het stappenplan begint met een heroverweging van het zorgplan, met als doel om een vrijwillige manier te vinden om het ernstig nadeel te voorkomen. De alternatievenbundel van Vilans kan helpen bij het zoeken naar vrijwillige alternatieven.

De zorgverantwoordelijke bespreekt met minimaal één andere deskundige:

- Hoe groot is het risico op ernstig nadeel?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
- Kan het ernstig nadeel worden voorkomen op een manier waarmee de client instemt of zich niet verzet?
- Extramuraal: In hoeverre is de thuissituatie van de cliënt geschikt?

Clieënt/ vertegenwoordiger heeft recht om bij het overleg te zijn.

Hoe geeft de zorgorganisatie dit overleg vorm? (bijvoorbeeld tijdens de wekelijkse artsensite).



Levert de heroverweging van het zorgplan geen oplossing op waardoor het ernstig nadeel met vrijwillige zorg kan worden voorkomen, dan moet onvrijwillige zorg worden overwogen.

Als de conclusie is dat er geen alternatieven meer zijn voor onvrijwillige zorg, of als blijkt dat het aangepaste zorgplan niet voldoende voorziet in de zorgbehoefte van de cliënt, dan gaat men verder naar stap twee.

Stap 2: Onvrijwillige zorg in zorgplan

Als het daadwerkelijk nodig blijkt te zijn om onvrijwillige zorg op te nemen in het zorgplan, dan moet er een tweede multidisciplinair overleg plaatsvinden. De zorgverantwoordelijke gaat in overleg met een deskundige van een andere discipline en eventueel de behandelend arts.

- Zijn er nieuwe inzichten over de bespreekpunten uit stap 1?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Wat is de impact op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn participatie?
- Met welke aanvullende zorgvuldigheidseisen vermindert of verdwijnt die impact?
- Extramuraal: Op welke wijze wordt toezicht op de cliënt gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen?
- Extramuraal: Hoeveel zorgverleners zijn bij de zorg aanwezig om de maatregel verantwoord te kunnen toepassen?

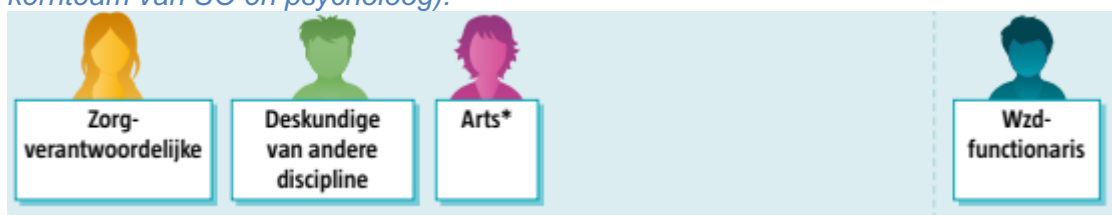
Hiervan dient wederom aantekening te worden gemaakt in het zorgplan, zoals omschreven in de voorgaande paragraaf. Er zit een maximum aan de termijn, namelijk drie maanden.

De behandelend arts, de niet bij de zorg betrokken deskundige en de cliënt/ diens vertegenwoordiger moeten in ieder geval aanwezig zijn als de volgende maatregelen worden overwogen:

- het toedienen van vocht, voeding of medicatie; medische controles / handelingen en overige therapeutische maatregelen;
- beperken van de bewegingsvrijheid;
- insluiten;
- het toedienen van psychofarmaca niet overeenkomstig de daarvoor geldende professionele richtlijnen.

Voor het toepassen van één van deze maatregelen dient de behandelend arts toestemming te geven.

Hoe geeft de zorgorganisatie dit overleg vorm? (bijvoorbeeld middels een reeds bestaand kernteam van SO en psycholoog).



Als het niet lukt om de onvrijwillige zorg vóór afloop van de vastgelegde termijn af te bouwen, dan gaat men verder naar stap 3.

Stap 3: Onvrijwillige zorg afbouwen

Wanneer het niet is gelukt om de onvrijwillige zorg af te bouwen, kan deze niet zomaar opnieuw in het zorgplan worden opgenomen. Op dat moment is het van belang dat er met een frisse blik naar het zorgplan wordt gekeken. Daarom wordt er een derde multidisciplinair overleg georganiseerd. Bij de zorgverantwoordelijke en eventueel de behandelend arts, naast een deskundige van een andere discipline niet bij de zorg betrokken, sluiten bij deze

stap aan. Tijdens het overleg worden dezelfde kwalitatieve afwegingen gemaakt alsof voor de eerste keer onvrijwillige zorg overwogen worden. Hiervan dient wederom aantekening te worden gemaakt in het zorgplan. Ook hier geldt een maximumtermijn van drie maanden.

Hoe geeft de zorgorganisatie dit overleg vorm?? (bijvoorbeeld middels een reeds bestaand kernteam van SO en psycholoog met een Wzd verpleegkundige middels beeldbellen).



Als het niet lukt om de onvrijwillige zorg vóór afloop van de vastgelegde termijn af te bouwen, dan gaat men verder naar stap 4.

Stap 4: Onafhankelijk advies over (afbouw naar) vrijwillige zorg

Voor zeer complexe zorgsituaties, waarin het ook na zes maanden nog niet mogelijk is de onvrijwillige zorg af te bouwen, is het wenselijk dat de hulp van een onafhankelijke deskundige ingeroepen kan worden. Dit kan een deskundige van de eigen organisatie zijn die niet bij de behandeling of zorg aan de cliënt betrokken is. Het is ook mogelijk om de hulp in te schakelen vanuit een andere zorgorganisatie.

De onafhankelijke deskundige wordt gevraagd advies uit te brengen aan de zorgverantwoordelijke, deskundige van een andere discipline, een andere deskundige niet bij de zorg betrokken en eventueel de behandelend arts. De volgende onderwerpen worden besproken:

- Zijn er (nieuwe/andere) alternatieven?
- Kunnen veranderingen in de omgeving (inclusief interactie met zorgverleners) de situatie verbeteren?

Het zorgplan wordt op basis van het advies van de externe deskundige aangepast. Hiervoor geldt een termijn van drie maanden.

Met welke zorgorganisatie wordt samengewerkt?

De ouderenzorgorganisaties in Midden- en Noord-Limburg organiseren gezamenlijk een regionaal loket die zaken op het gebied van onvrijwillige zorg gaat organiseren. Eén van de taken van het loket is het zondig⁵ inregelen van de onafhankelijke deskundige middels onderlinge uitwisseling.

Hoe geven de zorgorganisaties dit overleg vorm?

De Wzd-verpleegkundige van de geconsulteerde partij kijkt per casus welke deskundige ingezet wordt als onafhankelijke deskundige. Afhankelijk van de casus kan dit een Wzd-verpleegkundige, een GZ-psycholoog of een SO zijn. De kwaliteit dient goed te zijn, onafhankelijk van de functie die ingezet wordt.

De onafhankelijke deskundige kijkt per casus welke uitvoeringswijze passend is. De beoordeling kan zowel persoonlijk als digitaal vormgegeven worden. De wijze van terugkoppeling bepaald de onafhankelijke deskundige samen met de aanvrager, dit kan digitaal, op schrift of in een overleg met de groep.

⁵ Daar waar zorgorganisatie zelf niet beschikt over een onafhankelijk deskundige



Met het vragen van onafhankelijk advies gaat vanzelfsprekend enige tijd gemoeid. Als het niet anders gaat is het toegestaan om in de tussenliggende periode de toepassing van onvrijwillige zorg nogmaals te verlengen met maximaal drie maanden (dus in totaal zes maanden).

Stap 5: Iedere volgende verlenging van onvrijwillige zorg

Als besloten wordt om de toepassing van onvrijwillige zorg voort te zetten, dan mag dit voor maximaal zes maanden. Daarna moet de maatregel in multidisciplinair overleg worden geëvalueerd. De zorgverantwoordelijke bespreekt een deskundige van een andere discipline, een andere deskundige niet bij de zorg betrokken en eventueel de behandelend arts over iedere volgende verlenging van onvrijwillige zorg. De zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris houden toezicht en toetsen op de uitvoering van onvrijwillige zorg.



Hoe geven zorgorganisaties dit overleg vorm? Bijvoorbeeld tijdens de reguliere zorgplanbespreking met het multidisciplinair team.

7. Verantwoordelijkheden en taken

Bij de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend, spelen meerdere zorgverleners een rol als beslisser, als overlegpartner, als adviseur of als beoordelaar. Om verantwoorde zorg te kunnen leveren is het van belang dat de zorg transparant is en dat duidelijk is wie welke verantwoordelijkheden heeft. Per stap in het stappenplan hebben de volgende personen en rol:

Zorgverantwoordelijke

De Wzd bepaalt dat de zorgaanbieder voor iedere client een zorgverantwoordelijke aanwijst. De zorgverantwoordelijke draagt zorg voor het opstellen, het vaststellen, het uitvoeren, het evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan en het voeren van overleg met de cliënt of zijn vertegenwoordiger voorafgaand daarover en het inrichten van een dossier voor de cliënt'. De zorgverantwoordelijke is in de volledige besluitvormingsprocedure betrokken, vanaf het opstellen van het zorgplan tot aan de laatste stap in het stappenplan.

Wie gaat de rol van zorgverantwoordelijke binnen uw organisatie vervullen? In de regeling bij de Wzd is bepaald dat als zorgverantwoordelijke mogen optreden:

- a) Een arts;
- b) Orthopedagoog-generalist;
- c) Gezondheidszorg psycholoog;
- d) Verpleegkundige;
- e) Physician assistant;
- f) Verzorgende individuele gezondheidszorg (niveau 3).

Eén andere deskundige

Bij het onderzoek naar alternatieven voor onvrijwillige zorg dient de zorgverantwoordelijke met minimaal één andere deskundige te overleggen. Dat zou een collega kunnen zijn⁶.

Wie gaat de rol van één andere deskundige binnen uw organisatie vervullen?

Deskundige van een andere discipline

Als er geen alternatieven gevonden kunnen worden en er is sprake van onvrijwillige zorg bepaalt de Wzd dat de zorgverantwoordelijke op basis van multidisciplinair overleg beslist over opname van de onvrijwillige zorg in het zorgplan.

De zorgverantwoordelijke moet overleggen met een deskundige van een andere discipline dan de zijne. De deskundige van een andere discipline heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke. Deze persoon is en blijft betrokken vanaf stap 2 in het stappenplan.

Bij het invullen van de rol van deskundige van een andere discipline kan gedacht worden aan een psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, casemanager dementie of Wzd Verpleegkundige. Afhankelijk van de casus en de benodigde deskundigheid.

Wie gaat of gaan de rol van deskundige van een andere discipline binnen uw organisatie vervullen?

Een bij de zorg betrokken arts

Als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is, kan hij bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan opnemen als een bij de zorg betrokken arts daarmee heeft ingestemd. Het betreft:

- het toedienen van vocht, voeding of medicatie; medische controles/ handelingen en overige therapeutische maatregelen;
- beperking van de bewegingsvrijheid;
- insluiting en het toedienen van psychofarmaca niet overeenkomstig de daarvoor geldende professionele richtlijnen.

Dit geldt vanaf stap 2 in het stappenplan.

Wie gaat of gaan de rol van bij de zorg betrokken arts binnen uw organisatie vervullen?

Een niet bij de zorg betrokken deskundige

De niet bij de zorg betrokken deskundige heeft geen rol bij de besluitvorming over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan, maar wel bij besluiten over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg kan worden verleend. Van hem wordt de frisse blik van een buitenstaander verwacht, waardoor wellicht nieuwe inzichten ontstaan waardoor onvrijwillige zorg niet meer nodig is. De niet bij de zorg betrokken deskundige heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke. De wet stelt als enige eis dat het om een deskundige gaat die niet bij de zorgverlening aan de cliënt is betrokken. Het mag dus iemand zijn met dezelfde functie als de zorgverantwoordelijke. Hierbij kan gedacht worden aan een psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist, casemanager dementie of Wzd Verpleegkundige of een andere deskundige voor zover die nog niet al betrokken is. Deze persoon is vanaf stap 2 in het stappenplan betrokken.

Wie gaat of gaan de rol van een niet bij de zorg betrokken deskundige de “frisse blik” binnen uw organisatie vervullen?

De Wzd-functionaris⁷

De zorgverantwoordelijke moet een zorgplan waarin hij onvrijwillige zorg wil opnemen ter beoordeling voorleggen aan de Wzd-functionaris. Deze beoordeelt of het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen.

De Wzd bepaalt dat een ter zake kundige arts of gezondheidszorgpsycholoog als Wzd-functionaris kan worden aangewezen. De Wzd-functionaris beoordeelt onder meer zorgplannen waarin onvrijwillige zorg is opgenomen. De Wzd-functionaris is vanaf stap 1 in het stappenplan betrokken.

De Wzd-functionaris is bovendien verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg. De zorgaanbieder moet zorgen dat de Wzd-functionaris zijn taak naar behoren kan uitvoeren en hij moet de onafhankelijkheid van de Wzd-functionaris waarborgen. De zorgaanbieder kan de Wzd-functionaris geen instructies geven ten aanzien van diens taakuitvoering. De Wzd-functionaris moet onafhankelijk van de zorgorganisatie zijn. De Wzd-functionaris kan dus geen lid zijn van raad van bestuur van de organisatie.

Als een arts betrokken is als behandelend arts bij een cliënt dan kan deze niet ook als Wzd functionaris optreden

Wie gaat of gaan de rol van Wzd functionaris binnen uw organisatie vervullen?

In de praktijk zullen naar verwachting in de regel meerdere artsen en GZ psycholoog als Wzd-functionaris worden aangewezen, waarbij per cliënt wordt beoordeeld of een arts of een gedragswetenschapper als Wzd-functionaris aangewezen zal worden.

⁷ Verenso komt met een verdere uitwerking voor de Wzd-functionaris

Onafhankelijk deskundige

De zorgverantwoordelijke vraagt advies aan een onafhankelijke deskundige als hij overweegt om onvrijwillige zorg in het zorgplan of ondersteuningsplan op te nemen en als het niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen zes maanden af te bouwen. Het advies van de onafhankelijke deskundige is niet per definitie bindend. Als het team van dit advies af wil wijken dan moet dat goed beargumenteerd worden. De onafhankelijke deskundige heeft dus de rol van adviseur. Hij heeft aantoonbare ervaring in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg. Denk bijvoorbeeld aan een AVG, psychiater, GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of een verpleegkundige in de gehandicaptenzorg en een specialist ouderengeneeskunde, psychiater, GZ-psycholoog of een verpleegkundige in de ouderenzorg.

Het is aan de organisatie zelf om te kiezen voor een uitvoeringswijze waarop de rol van de onafhankelijke deskundige in relatie tot het belang/rechtsbescherming van de cliënt bij onvrijwillige zorg wordt vormgegeven.

Met welke collega-zorgaanbieder maakt u afspraken om de onafhankelijke deskundige in te vullen?

Wie gaat of gaan de rol van onafhankelijke deskundige binnen uw organisatie vervullen?

De ouderenzorgorganisaties in Midden- en Noord-Limburg organiseren gezamenlijk een regionaal loket die zaken op het gebied van onvrijwillige zorg gaat organiseren. Eén van de taken van het loket is het inregelen van de onafhankelijke deskundige middels onderlinge uitwisseling.

De cliënt

De zorgverantwoordelijke moet de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) in de gelegenheid stellen om aanwezig te zijn bij alle overleggen. De cliënt dient in kennis te worden gesteld gedurende de volledige besluitvormingsprocedure, vanaf het opstellen van het zorgplan tot aan de laatste stap in het stappenplan.

De vertegenwoordiger

Indien een deskundige (niet de bij de zorg betrokken arts) volgens de richtlijnen heeft besloten dat de cliënt niet in staat is tot het nemen van beslissingen, treedt een vertegenwoordiger op. De zorgverantwoordelijke stelt de Wzd-functionaris op de hoogte van de beslissing en het overleg met de vertegenwoordiger.

Als een cliënt geen wettelijk vertegenwoordiger heeft en ook niemand heeft gemachtigd om hem te vertegenwoordigen, kunnen familieleden van de cliënt namens hem beslissingen nemen. Het gaat in de eerste plaats om de echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel of, indien deze ontbreekt of niet als vertegenwoordiger wenst op te treden, een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de cliënt. De laatste twee, grootouder en kleinkind, vormen een uitbreiding van de mogelijke vertegenwoordigers uit de familiekring ten opzichte van de Wgbo. Mocht een cliënt die niet in staat is zelf beslissingen te nemen over de zorgverlening niettemin geen vertegenwoordiger hebben, dan bepaalt de Wzd dat de zorgaanbieder de rechter moet vragen een mentor te benoemen voor de cliënt. Dit geldt niet alleen als onvrijwillige zorg wordt overwogen, maar ook bij zorgverlening op vrijwillige basis.

De zorgaanbieder

De Wzd geeft de zorgaanbieder de taak om een beleidsplan op te stellen waarin wordt beschreven hoe wordt geprobeerd om zoveel mogelijk te voorkomen dat onvrijwillige zorg moet worden geleverd, hoe gestreefd wordt naar afbouw van verlening van onvrijwillige zorg en op welke wijze intern toezicht wordt gehouden op de uitvoering van onvrijwillige zorg. Het is bovendien van de zorgaanbieder om verantwoording af te leggen aan de IGJ over de

toepassing van onvrijwillige zorg. De verantwoordelijkheid voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg ligt zowel bij de zorgaanbieder als bij de Wzd-functionaris.

Hoe regelt de zorgaanbieder de verhouding tussen de Wzd-functionaris en de zorgaanbieder?

8. Het toepassen van onvrijwillige zorg

Toepassing

De Wzd voorziet in een specifieke regeling voor de situatie waarin onvrijwillige zorg, na opname in het zorgplan, wordt toegepast. De zorgverlener mag onvrijwillige zorg toepassen nadat deze heeft vastgesteld dat:

- het in het zorgplan omschreven ernstige nadeel zich daadwerkelijk voordoet,
- onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden,
- de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is,
- er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en
- op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.
- Telkens als onvrijwillige zorg wordt verleend wordt dit in het zorgplan genoteerd. Daarbij wordt aangegeven waarom dit in de gegeven omstandigheden nodig was. In het MDO moet besproken worden of toestemming van de zorgverantwoordelijke voor de inzet van onvrijwillige zorg vereist is of alleen in bepaalde gevallen. De uitkomst van deze bespreking neemt de zorgverantwoordelijke op in het zorgplan.

Hoe organiseert de zorgorganisatie dit?

Toepassing door een mantelzorger

Het komt voor dat niet de hulpverleners, maar een mantelzorger het initiatief neemt tot het verlenen van onvrijwillige zorg. De Wet Zorg en dwang ziet niet op het reguleren van dat soort situaties. Je zou dus kunnen zeggen dat deze notitie in dergelijke gevallen niet hoeft te worden gevolgd. Het is echter wel belangrijk om in voorkomende gevallen te monitoren of er geen sprake is van ontspoorde mantelzorg, of de mantelzorger overbelast is. Daarnaast moet uiteraard gekeken worden naar de impact die het toepassen van de onvrijwillige zorg op de cliënt heeft. Mogelijk is er sprake van een lichte of zwaardere vorm van ouderenmishandeling. Wanneer er aanleiding bestaat om dat te denken dient de meldcode bij signalen van huiselijk geweld of ouderenmishandeling te worden toegepast. In sommige gevallen kan het ook dienend zijn om wél het stappenplan uit dit protocol te volgen en een multidisciplinair overleg met de mantelzorger en andere disciplines te organiseren.

Verzet tijdens toepassing

Indien de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet tegen de uitvoering van het zorgplan of bepaalde onderdelen van het zorgplan, wordt aan dat zorgplan of die onderdelen van het zorgplan slechts uitvoering gegeven indien is vastgesteld dat uitvoering noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel. Indien de voortgang van de uitvoering van het zorgplan of ontwikkelingen in de zorgbehoefte van de cliënt daartoe aanleiding geven, wordt een nieuw of gewijzigd zorgplan vastgesteld. Dit wordt gedaan middels de stappen zoals in bijlage 1 en 2 zijn beschreven.

Onvrijwillige zorg in onvoorziene-/noodsituaties

Op het uitgangspunt dat (onvrijwillige) zorg alleen mag worden verleend als deze in het zorgplan is opgenomen, bestaan binnen de Wzd twee uitzonderingen:

- In de periode waarin nog geen zorgplan is vastgesteld, kan in noodsituaties onvrijwillige zorg worden toegepast.
- In situaties die redelijkerwijs niet voorzien hadden kunnen worden bij de vaststelling van het zorgplan kan onvrijwillige zorg worden toegepast.

De zorgverantwoordelijke beslist of onvrijwillige zorg moet worden toegepast ondanks dat het zorgplan daar niet in voorziet. Er wordt uitsluitend onvrijwillige zorg verleend, op grond

van een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke (in overleg met betrokken arts) waarin hij heeft vastgesteld dat:

- het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
- de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden,
- de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is,
- er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en
- op verantwoorde wijze is voorzien in toezicht tijdens de toepassing ervan.

Als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en het gaat om medisch handelen, een beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting, dan moet hij het besluit om onvrijwillige zorg te verlenen vooraf bespreken met de bij de zorg betrokken arts.

De zorgverantwoordelijke informeert, zo mogelijk vooraf, de Wzd-functionaris, de vertegenwoordiger en de cliënt over het verlenen van onvrijwillige zorg in deze situaties, tenzij dit informeren ernstig nadeel voor de cliënt zou opleveren.

De zorgverantwoordelijke moet dit besluit z.s.m. maar uiterlijk binnen 48 uur schriftelijk vastleggen en daarbij aangeven waarom onvrijwillige zorg noodzakelijk is en hoe voorzien wordt in het toezicht daarop. Bovendien moet hij vastleggen hoe lang de onvrijwillige zorg verleend kan worden, deze termijn is maximaal twee weken.

Na het aflopen van de termijn, moet worden bezien in hoeverre het te verwachten is dat een soortgelijke situatie zich nogmaals voor zal doen. Als dat inderdaad redelijkerwijs te verwachten is, dan dient het stappenplan te worden doorlopen zodat de mogelijkheid tot toepassing van onvrijwillige zorg middels de daartoe geëigende weg in het zorgplan wordt opgenomen. Toepassing van onvrijwillige zorg buiten het zorgplan om is een uiterst bijzondere mogelijkheid, waarvan slechts met terughoudendheid gebruik wordt gemaakt.

Hoe organiseert de zorgorganisatie dit?

9. Registratie

Accommodaties registreren

Zorgaanbieders moeten kiezen of zij onvrijwillige zorg willen verlenen. Is dit het geval, dan moeten zij zich registreren in een openbaar register dat door de minister van VWS wordt ingesteld. In dit register worden, naast gegevens van de zorgaanbieder, ook locaties opgenomen. Locaties of afdelingen die voorheen een Bopz-aanmerking hadden, zijn automatisch als accommodatie in het register opgenomen.

Welke intramurale locaties wil de zorgorganisatie registreren als accommodatie?

Welke thuiszorg locaties wil de zorgorganisatie registreren als accommodatie?

Registratie in ECD

De zorgverantwoordelijke zorgt voor registratie van onvrijwillige zorg in het ECD, zo is het inzichtelijk voor de cliënt en zijn vertegenwoordiger. In het ECD zijn de volgende zaken terug te vinden:

- het zorgplan;
- een afschrift van een beslissing en/of verklaring van de vertegenwoordiger;
- in voorkomend geval vermelding van de reden van het niet verwerven van de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan;
- de evaluatie van het zorgplan;
- de resultaten van de multidisciplinaire overleggen zoals omschreven in het stappenplan en het advies van een externe deskundige indien deze geraadpleegd is;
- aantekening van het vooraf of achteraf informeren van de Wzd-functionaris, de vertegenwoordiger en de cliënt over het verlenen van onvrijwillige zorg en, indien dit niet is gebeurd, de reden daarvoor;
- aantekening van het ontbreken van de instemming met dan wel de medewerking van de cliënt of voor zover van toepassing zijn vertegenwoordiger aan de uitvoering van het zorgplan en de reden daarvoor;
- aantekening van de verstrekking van gegevens zonder toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger;
- aantekening van een mededeling van het CIZ aan de zorgaanbieder, indien het CIZ op verzoek van de cliënt heeft vastgesteld dat deze zijn bereidheid tot opname heeft uitgesproken;
- een afschrift van een beslissing voor de toepassing van onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties met een motivering van de noodzaak daartoe.
- een afschrift van het besluit tot opname en verblijf;
- een afschrift van de rechterlijke machtiging;
- een afschrift van de beschikking tot inbewaringstelling;
- de opname- en ontslaggegevens, en
- de beoordeling van de Wzd-functionaris die het zorgplan met de daarin opgenomen onvrijwillige zorg heeft getoetst.

Toezicht IGJ

Halfjaarlijks moet een overzicht van de verleende onvrijwillige zorg naar de IGJ gestuurd worden, samen met een analyse daarvan. De analyse wordt inhoudelijk opgesteld door de Wzd-functionaris, daarna wordt deze ondertekend door de Raad van bestuur. De volgende zaken dienen digitaal beschikbaar te zijn voor de IGJ:

- de vorm van de aan de cliënt verleende onvrijwillige zorg;
- de zorgverantwoordelijke;
- de noodzaak voor de onvrijwillige zorg;
- het zorgplan of een schriftelijke beslissing bij onvoorziene onvrijwillige zorg, die legitimeert tot de vorm van onvrijwillige zorg;

- het besluit tot opname en verblijf, de rechterlijke machtiging, of de beschikking tot inbewaringstelling, die legitimeert tot onvrijwillige opname;
- de begindatum en de einddatum van de onvrijwillige zorg;
- de duur en de frequentie van de onvrijwillige zorg;
- de beslissingen van de zorgaanbieder op de aanvragen voor verlof of ontslag;
- de beoordelingen van de Wzd-functionaris.

Een uitwerking van de registratie-eisen staan in bijlage 3.⁸

⁸ Er komt nog een definitieve vorm. De zorgaanbieders hebben aangegeven dat hun ECD-systemen op 1 januari 2020 nog niet op orde zijn voor het registreren van onvrijwillige zorg. Dit is nodig om op basis van die registratie vanaf 1 juli 2020 een halfjaarlijks overzicht hiervan en analyse hierover te verstrekken aan de IGJ. ActiZ, VGN, Zorgthuis.nl, IGJ en VWS komen vóór 31 oktober aanstaande met een praktische oplossing voor de aanlevering van de overzichten en de analyse in het overgangsjaar.

10. Klachten en cliëntvertrouwenswerk

De zorgverantwoordelijke informeert cliënten en hun vertegenwoordigers over hun rechten en plichten. Deze mogelijkheden zijn binnen de organisatie geborgd:

- De zorgverantwoordelijke heeft de plicht om de kantonrechter te vragen voor iedere cliënt zonder vertegenwoordiger een mentor te benoemen (zie ...).
- Cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen een beroep doen op een onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon.
- Cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen een klacht indienen bij een externe klachtencommissie.

Cliëntvertrouwenswerk

Als cliënten of hun vertegenwoordigers behoefte hebben aan advies en bijstand bij zaken die te maken hebben met onvrijwillige zorg, dan kunnen zij beroep doen op een onafhankelijke, externe cliëntvertrouwenspersoon. Het kan bijvoorbeeld gaan over het verlenen van onvrijwillige zorg, over opname en verblijf in een accommodatie of over het doorlopen van een klachtenprocedure.

Welke afspraken heeft de zorgorganisatie met Adviespunt Zorgbelang over de invulling van de cliëntvertrouwenspersoon?

Veel organisaties hebben in het kader van de Wkkgz een interne cliëntvertrouwenspersoon aangewezen. Dit is niet dezelfde als die hier wordt bedoeld. De wet legt de verantwoordelijkheid hiervoor neer bij de zorgaanbieder.

Het ministerie van VWS heeft het cliëntenvertrouwenswerk op regionaal niveau georganiseerd, waarbij de zorgkantoren de taak hebben om aanbieders van vertrouwenswerk te contracteren. Adviespunt Zorgbelang is de aanbieder in de regio Noord- en midden Limburg.

Klachtenregeling

Cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen een klacht indienen bij een externe klachtencommissie. Er kunnen klachten worden ingediend over een aantal onderwerpen, zoals:

- oordeel over wilsbekwaamheid cliënt;
- het besluit om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen;
- het besluit om onvrijwillige zorg met een periode te verlengen;
- besluiten over uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan of in onvoorziene situaties;
- naleving van de verplichting om het dossier bij te houden omtrent onvrijwillige zorg;
- besluiten over verlof en ontslag;
- beslissingen en verplichtingen van de Wzd-functionaris
- de beslissing over het opnemen in het zorgplan van een regeling met betrekking tot het verlenen van instemming van de zorgverantwoordelijke bij de uitvoering van onvrijwillige zorg in het zorgplan
- de beslissing over het opnemen in het zorgplan van een regeling met betrekking tot het informeren van de client of zijn vertegenwoordiger over onvrijwillige zorgverlening op basis van het zorgplan.

De externe klachtencommissie doet een bindende uitspraak over klachten en kan de klager een schadevergoeding toekennen. De klacht kan vervolgens, zowel door de klager als door de zorgorganisatie, als door de cliënt, worden voorgelegd aan de rechtbank. Van uitspraken van de rechtbank over deze klachten kan in cassatie worden gegaan. Dat houdt in dat de Hoge Raad gevraagd wordt een oordeel te geven over de klacht.

Bij welke klachtencommissie kan een cliënt van de zorgorganisatie terecht?

Leden van ActiZ kunnen in dit kader gebruik maken van de Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ).

11. Onvrijwillige opname

Er zijn drie verschillende manieren waarop een cliënt kan worden opgenomen:

1. *Vrijwillig*: van een vrijwillige opname is sprake als een cliënt weloverwogen besluit om te verhuizen naar een locatie waar zorg in combinatie met verblijf wordt geboden.
2. *Geen bereidheid, maar ook geen verzet*: als de cliënt niet meer in staat is om zich uit te laten over de voorgenomen opname en hij toont geen verzet, maar ook geen bereidheid dan geldt er een speciale opnameprocedure bij een onafhankelijke indicatiecommissie (het CIZ).
3. *Onvrijwillige opname*: wanneer de cliënt zich expliciet verzet tegen een opname of verblijf, dan is er sprake van een onvrijwillige opname. Er moet dan een rechterlijke machtiging worden aangevraagd.

Het gaat bij onvrijwillige opname om situaties waarbij de cliënt structureel in zijn vrijheid wordt beperkt doordat hij niet meer zelf kan bepalen waar hij gaat en staat. Wanneer de cliënt kortdurend of incidenteel wordt beperkt in zijn bewegingsvrijheid, is er geen sprake van een *onvrijwillige opname*, maar van *onvrijwillige zorg*.

Onvrijwillige opnames mogen alleen plaatsvinden binnen een accommodatie die bij de inspectie voor de gezondheidszorg en jeugd geregistreerd is. Het is niet nodig om voor deze accommodaties een vergunning aan te vragen, de accommodaties behoeven enkel registratie. In principe is dat het geval als op de locatie onvrijwillige zorg wordt verleend.

Geen bereidheid, maar ook geen verzet

Het komt voor dat cliënten met dementie door hun verlies van cognitieve vermogens niet meer kunnen uitdrukken wat zij precies wensen. Zij vertonen geen bereidheid ten aanzien van een voorgenomen opname, maar ook geen verzet. In dat geval vindt opname alleen plaats in een geregistreerde accommodatie op basis van een besluit tot opname en verblijf van het CIZ. Het CIZ neemt dit besluit alleen als er sprake is van een psychogeriatrische aandoening die (mogelijk) leidt tot ernstig nadeel, als dit ernstig nadeel alleen kan worden voorkomen of afgewend door middel van een onvrijwillige opname, als de onvrijwillige opname daarvoor ook een geschikt middel is en als er geen andere minder ingrijpende mogelijkheden meer zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

Tot het indienen van een aanvraag tot een besluit tot opname en verblijf, zijn bevoegd⁹:

- De echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van cliënt;
- de vertegenwoordiger van cliënt;
- ouders, kinderen, grootouders, kleinkinderen, broers en zussen (mits meerderjarig)
- de zorgaanbieder die aan de cliënt zorg verleent (voor zover het een cliënt betreft die al in een accommodatie verblijft);
- de Wzd-functionaris die aan cliënt is toegewezen (voor zover het een cliënt betreft die al in een accommodatie verblijft).

Andere personen rondom de cliënt kunnen ook een aanvraag indienen indien zij hiertoe gemachtigd zijn door één van bovengenoemde personen.

Indien het CIZ denkt dat er mogelijk tóch sprake is van verzet dan meldt het dit aan de aanvrager, en vraagt hierover een beoordeling aan een onafhankelijke deskundige. Als er daadwerkelijk sprake blijkt te zijn van verzet, dan gaat het CIZ zélf verder met de procedure

⁹ Het CIZ is voornemens dat anderen (zoals de SO) gevolmachtigd worden door nader genoemde bevoegden.

voor onvrijwillige opname. Hiervoor hoeft de aanvrager van het besluit geen extra handeling meer te verrichten.

Indien het CIZ besluit dat de betreffende cliënt moet worden opgenomen en dat de cliënt zich niet verzet maar ook niet instemt met die opname, dan is dat besluit voor 5 jaren geldig. Tegen het einde van die termijn, moet indien dat nog nodig is, een nieuw besluit worden aangevraagd bij het CIZ.

Aan de cliënt of diens vertegenwoordiger wordt mondeling of schriftelijk medegedeeld dat hij zich kan verzetten tegen opname en verblijf. Het is mogelijk dat een cliënt bij aanvang van de procedure geen verzet vertoont, maar dat hij dat wel doet zodra hij eenmaal binnen de instelling woont. Bijvoorbeeld als de cliënt met regelmaat aangeeft dat hij naar huis wil, of als de cliënt pogingen onderneemt om weg te komen uit de instelling. Ook kan het voorkomen dat de cliënt zich zodanig verzet tegen de verschillende onderdelen van de zorgverlening dat het feitelijk niet meer mogelijk is om cliëntgerichte zorg te leveren. In al die gevallen wordt het verblijf geacht onvrijwillige te zijn. De gevolgde procedure sluit dan niet meer aan bij het cliëntbeeld en er dient een nieuwe procedure te worden opgestart, namelijk de aanvraag voor een rechterlijke machtiging.

Onvrijwillige opname door middel van een rechterlijke machtiging

De cliënt wordt opgenomen met een rechterlijke machtiging als hij of zijn vertegenwoordiger zich expliciet verzet tegen een opname. De aanvraag hiertoe wordt ingediend door het CIZ bij de bevoegde rechter. Er zijn verschillende personen die het CIZ kunnen vragen om een verzoek bij de rechtbank in te dienen. Dit betreffen:

- De echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel van cliënt;
- de vertegenwoordiger van cliënt;
- ouders, kinderen, grootouders, kleinkinderen, broers en zussen;
- de zorgaanbieder die aan de cliënt zorg verleent;
- de Wzd-functionaris die aan cliënt is toegewezen;

Andere personen rondom de cliënt kunnen ook een aanvraag indienen indien zij hiertoe gemachtigd zijn door één van bovengenoemde personen. Betrokkenen kunnen hun aanvraag schriftelijk indienen bij het CIZ. Als het CIZ besluit om geen gehoor te geven aan de aanvraag van een betrokkene dan wordt dit schriftelijk medegedeeld.

De rechter zal een verzoek alleen inwilligen indien er sprake is van een psychogeriatrische aandoening die (mogelijk) leidt tot ernstig nadeel, als dit ernstig nadeel alleen kan worden voorkomen of afgewend door middel van een onvrijwillige opname, als de onvrijwillige opname daarvoor ook een geschikt middel is en als er geen andere minder ingrijpende mogelijkheden meer zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

Het verzoek voor een rechterlijke machtiging moet vergezeld gaan met een geneeskundige verklaring van een arts die de cliënt met het oog op de machtiging kort te voren heeft onderzocht, maar niet bij de behandeling betrokken is.

Het CIZ vermeldt in het verzoek de gewenste duur van de machtiging. Deze betreft bij een eerste machtiging maximaal zes maanden. Na ontvangst van het verzoek beslist de rechter of er een rechterlijke machtiging verleend kan worden. Hij doet dit zo spoedig mogelijk. Opvolgende machtigingen kunnen telkens opnieuw door de rechter verleend worden voor een periode van vijf jaar. Voor een verzoek tot voortgezet verblijf geldt dezelfde procedure.

Wanneer een rechterlijke machtiging verleend wordt, dan dient deze binnen vier weken te worden geëffectueerd. Wanneer dat niet gebeurt, verliest de rechterlijke machtiging haar rechtskracht.

Op het moment dat de cliënt onvrijwillig wordt opgenomen in een accommodatie dan dient de zorgorganisatie hiervan zo spoedig mededeling te doen aan de echtgenoot, de

geregistreerd partner of andere levensgezel van de cliënt, of degene door wie cliënt wordt verzorgd, de vertegenwoordiger, de griffier van de rechtbank die de machtiging heeft verleend, het CIZ en de inspectie.

Welke artsen wil de zorgorganisatie aanwenden voor het opstellen en afgeven van een medische verklaring?

Deze arts mag niet eerder bij de zorg voor cliënt betrokken zijn, maar het is (vooralsnog) geen probleem als dat in de toekomst wel het geval zou zijn. Het mag echter niet een arts zijn van een organisatie bij wie de cliënt al in zorg is.

Hoe gaat de zorgorganisatie inregelen dat alle betrokkenen worden geïnformeerd op het moment dat een cliënt op basis van een RM bij de organisatie wordt opgenomen?

De ouderenzorgorganisaties in Midden- en Noord-Limburg organiseren gezamenlijk één regionaal loket die zaken op het gebied van onvrijwillige zorg gaat organiseren. Eén van de taken van het regionaal loket is het inregelen van een SO die een medische verklaring kan geven voor een RM middels onderlinge uitwisseling.

Opname en verblijf in crisissituaties/ IBS

Wanneer er sprake is van een spoedeisende situatie en een procedure tot het aanvragen van een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht, dan is het mogelijk om een cliënt met spoed onvrijwillig op te nemen door middel van een inbewaringstelling door de burgemeester. De burgemeester verleent een dergelijke inbewaringstelling alleen als er sprake is van ernstig nadeel en als dit ernstig nadeel zodanig onmiddellijk dreigend is dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht. Daarnaast wordt het verzoek uiteraard enkel ingewilligd indien er sprake is van een psychogeriatrische aandoening die (mogelijk) leidt tot ernstig nadeel, als dit ernstig nadeel alleen kan worden voorkomen of afgewend door middel van een onvrijwillige opname, als de onvrijwillige opname daarvoor ook een geschikt middel is en als er geen andere minder ingrijpende mogelijkheden meer zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

De burgemeester verstrekt de inbewaringstelling alleen als een ter zake deskundige arts een verklaring heeft verstrekt waaruit blijkt dat er wordt voldaan aan bovengenoemde voorwaarden en waarin is vast komen te staan dat er sprake is van onvrijwilligheid. De arts die de verklaring afgeeft pleegt van tevoren overleg met de zorgaanbieder die de betrokkene zorg verleent of, indien deze ontbreekt, met de huisarts van de cliënt. Indien het een cliënt betreft die al in een accommodatie verblijft, kan de verklaring niet worden verstrekt door de arts die verbonden is aan desbetreffende zorgaanbieder.

De burgemeester zorgt ervoor:

- dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger binnen 24 uur na het tijdstip waarop de beschikking wordt gegeven, wordt bijgestaan door een advocaat, tenzij de cliënt of zijn vertegenwoordiger daartegen bedenkingen heeft.
- dat binnen 24 uur na afgifte van de beschikking, over tot tenuitvoerlegging via een opdracht aan de politie. De politie geeft uitvoering aan de politietoek, samen met personen die kennis van de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening hebben.
- dat het CIZ en de inspectie onmiddellijk van de inbewaringstelling op de hoogte worden gesteld.
- dat de beschikking en medische verklaring aan de zorgaanbieder wordt verstrekt.
- dat een afschrift van de beschikking en de medische verklaring verzonden wordt aan het indicatieorgaan, op de dag dat de beschikking is afgegeven.
- dat de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de cliënt of degene door wie de cliënt voor opname werd verzorgd en de vertegenwoordiger op de hoogte wordt gebracht van de gegeven beschikking.

De cliënt kan ten hoogste voor drie dagen met een IBS worden opgenomen. Het CIZ wordt door de burgemeester op de hoogte gesteld zodra een cliënt met een IBS wordt opgenomen. Het CIZ neemt vervolgens contact op met de zorgaanbieder waar cliënt verblijft om de verdere voortgang te bespreken. Vervolgens kan het CIZ besluiten om een verzoek in te dienen tot voortzetting van de inbewaringstelling. Tijdens de voortgezette inbewaringstelling heeft het CIZ de tijd om conform de hierboven beschreven procedures een besluit tot verblijf uit te vaardigen of een rechterlijke machtiging aan te vragen bij de rechter. In de tussenliggende periode kan de onvrijwillige opname worden voortgezet. Als het CIZ of de rechter vervolgens een besluit neemt, dan treedt dat besluit in de plaats van de inbewaringstelling.

Welke niet bij de zorg betrokken artsen wil de zorgorganisatie aanwenden voor het opstellen en afgeven van een crisisbeoordeling?

12. Verlof en ontslag

Cliënten die onvrijwillig worden opgenomen hoeven niet permanent in de instelling te verblijven. De Wet Zorg en dwang biedt voor cliënten een mogelijkheid om, zolang het verantwoord is, buiten de accommodatie te verblijven. In dit hoofdstuk worden de mogelijkheden tot verlof en (voorwaardelijk) ontslag besproken.

Verlof

De cliënt, of diens vertegenwoordiger kunnen een verzoek voor verlof indienen bij de zorgaanbieder. Als het verzoek niet wordt ingediend door de vertegenwoordiger, maar bijvoorbeeld door een ander familielid of andere naaste van de cliënt dan overlegt de zorgverantwoordelijke met de vertegenwoordiger voordat er een besluit over de inwilliging of weigering van het verlof wordt genomen. De zorgaanbieder vraagt de Wzd-functionaris vervolgens om een schriftelijk gemotiveerd besluit over het verlenen of weigeren van het verlof. De zorgaanbieder deelt aan de cliënt, zijn vertegenwoordiger en eventueel zijn advocaat schriftelijk mede wat het besluit is, hij voegt daaraan de beoordeling van de Wzd-functionaris toe.

Als het niet langer verantwoord is dat de cliënt buiten de accommodatie verblijft, dan trekt de zorgaanbieder het verlof met toestemming van de Wzd-functionaris weer in.

Aan het verlof kunnen, met instemming van de Wzd-functionaris, voorwaarden en beperkingen worden verbonden betreffende de zorg of het gedrag van de cliënt, voor zover dit gedrag samenhangt met de psychogeriatrische stoornis en het ernstig nadeel waarvoor cliënt is opgenomen. Denk bijvoorbeeld aan een situatie waarin de cliënt enkel met verlof mag gaan op voorwaarde dat hij zijn medicatie ook tijdens het verlof goed en op tijd zal innemen.

Wanneer dergelijke voorwaarden of beperkingen aan het verlof verbonden zijn, wordt het verlof enkel door de zorgaanbieder verleend indien de vertegenwoordiger van de cliënt zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden en de beperkingen. De gemaakte afspraken over het verlof worden genoteerd in het dossier.

De zorgaanbieder dient kortom de volgende stappen te doorlopen bij het verlenen van verlof:

1. Indien een verzoek tot het verlenen van verlof niet wordt gedaan door de vertegenwoordiger van de cliënt, overlegt de zorgverantwoordelijke met de vertegenwoordiger voordat hij besluit tot het verlenen van verlof.
2. De zorgaanbieder verzoekt de Wzd-functionaris schriftelijk om toestemming voor het verlenen of het weigeren van verlof. De Wzd-functionaris verstrekt de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk schriftelijk en gemotiveerd zijn beslissing.
3. De zorgaanbieder geeft de cliënt, de vertegenwoordiger, en de advocaat een afschrift van de beslissing, voorzien van de beoordeling van de Wzd-functionaris.
4. De zorgaanbieder stelt de cliënt, de vertegenwoordiger, en de advocaat uiterlijk binnen vier dagen schriftelijk in kennis van de klachtwaardigheid van de beslissing en de mogelijkheid van advies en bijstand door de cliëntenvertrouwenspersoon.

Verwijs eventueel naar richtlijnen omtrent ongeoorloofde afwezigheid/vermissing van de zorgorganisatie.

Ontslag van een RM of IBS

De zorgaanbieder kan ambtshalve of op verzoek van de cliënt of diens vertegenwoordiger ontslag verlenen aan de cliënt. Het ontslag wordt toegekend indien:

1. het verblijf niet langer noodzakelijk is om het ernstig nadeel als gevolg van dementie te voorkomen;
2. de geldigheidsduur van de rechterlijke machtiging of de inbewaringstelling is verstreken, in dat geval moet men zich er eerst van vergewissen dat er geen verzoek tot verlenging van deze maatregelen aanhangig is.

Als het verzoek niet wordt ingediend door de vertegenwoordiger, maar bijvoorbeeld door een ander familielid of andere naaste van de cliënt dan overlegt de zorgverantwoordelijke met de vertegenwoordiger voordat er een besluit over de inwilliging of weigering van het verlof wordt genomen.

Wanneer de zorgaanbieder het verzoek tot ontslag in overweging neemt, dan pleegt hij zo nodig en indien mogelijk overleg met degene door wie cliënt voorafgaand aan zijn opname werd verzorgd, met de zorgaanbieder of de arts die voorafgaand aan de opname bij cliënt betrokken waren en met de inspectie. Daarnaast wordt overleg gepleegd met degene die de aanvraag tot onvrijwillige opname heeft ingediend bij het CIZ. De echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, de vertegenwoordiger en naaste familiebetrekkingen worden op de hoogte gesteld van het voorgenomen ontslag.

De zorgaanbieder vraagt de Wzd-functionaris vervolgens om een schriftelijk gemotiveerd besluit over het verlenen of weigeren van het ontslag. De zorgaanbieder deelt aan de cliënt, zijn vertegenwoordiger en eventueel zijn advocaat schriftelijk mede wat het besluit is, hij voegt daaraan de beoordeling van de Wzd-functionaris toe. De zorgaanbieder neemt binnen veertien dagen na ontvangst van een aanvraag tot het verlenen van ontslag een schriftelijk gemotiveerde beslissing.

Aan het ontslag kunnen, met instemming van de Wzd-functionaris, voorwaarden en beperkingen worden verbonden betreffende de zorg of het gedrag van de cliënt, voor zover dit gedrag samenhangt met de psychogeriatrische stoornis en het ernstig nadeel waarvoor cliënt was opgenomen. Denk bijvoorbeeld aan een situatie waarin de cliënt enkel met ontslag mag gaan op voorwaarde dat hij zijn medicatie ook tijdens het ontslag goed en op tijd zal innemen.

Wanneer dergelijke voorwaarden of beperkingen aan het ontslag verbonden zijn, wordt het ontslag enkel door de zorgaanbieder verleend indien de vertegenwoordiger van de cliënt zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden en de beperkingen. De gemaakte afspraken over het ontslag worden genoteerd in het dossier. Als de cliënt of zijn omgeving de aan het ontslag verbonden voorwaarden of beperkingen niet naleeft, dan wordt het ontslag ingetrokken. De zorgaanbieder deelt deze beslissing binnen vier dagen schriftelijk en gemotiveerd mee aan de Wzd-functionaris, de cliënt, de vertegenwoordiger en de advocaat.

Bij elk genomen besluit omtrent ontslag of verlof wordt de cliënt in kennis gesteld van de klachtwaardigheid van het besluit.

Kort weergegeven dienen bij het verlenen van ontslag de volgende stappen te worden gevolgd:

1. De zorgaanbieder verzoekt de Wzd-functionaris schriftelijk om toestemming voor het verlenen of het weigeren van ontslag. De Wzd-functionaris verstrekt de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk schriftelijk en gemotiveerd zijn beslissing.
2. De zorgaanbieder overlegt met de vertegenwoordiger voordat hij ontslag verleent.
3. De zorgaanbieder overlegt indien nodig en mogelijk met degene door wie de cliënt voorafgaande aan zijn opname in een accommodatie werd verzorgd en met de

- zorgaanbieder of de arts die voorafgaande aan de opname de cliënt zorg verleende en met de inspectie voordat hij ontslag verleent.
4. De zorgaanbieder neemt binnen veertien dagen na ontvangst van een aanvraag tot het verlenen van ontslag een schriftelijke en gemotiveerde beslissing.
 5. De zorgaanbieder geeft de cliënt, de vertegenwoordiger en de advocaat een afschrift van de beslissing. Deze is voorzien van de beoordeling van de Wzd-functionaris.
 6. De zorgaanbieder stelt de cliënt, de vertegenwoordiger en de advocaat uiterlijk binnen vier dagen schriftelijk in kennis van de klachtwaardigheid van de beslissing om aan de beslissing voorwaarden of beperkingen te verbinden en de mogelijkheid van advies en bijstand door de cliëntenvertrouwenspersoon.
 7. De zorgaanbieder kan de voor de continuïteit van zorg voor de cliënt relevante familie en naasten en het college van burgemeester en wethouders van de gemeente waar de cliënt ingezetene is dan wel naar verwachting zal verblijven informeren over het ontslag indien dit noodzakelijk is omdat essentiële voorwaarden voor deelname aan het maatschappelijk verkeer van de cliënt ontbreken.

Hoe gaat de organisatie verlof en ontslag inregelen?

Overdracht bij ziekenhuisopname

Als een cliënt die onvrijwillige zorg krijgt wordt opgenomen in het ziekenhuis, dan zorgen de Wzd-functionaris en de zorgverantwoordelijke voor de overdracht. Hierbij gaat alle informatie uit het ECD over onvrijwillige zorg mee naar het ziekenhuis, bij voorkeur via een digitale overdracht. Als in het zorgplan is opgenomen dat voor uitvoering toestemming van de zorgverantwoordelijke nodig is dan is tijdens de ziekenhuisopname instemming van de verantwoordelijk arts nodig.

13. Toepassing van onvrijwillige zorg in de ambulante setting

Anders dan de BOPZ, is de Wzd cliëntvolgend. De wet geldt voor cliënten die vrijwillig als onvrijwillig zijn opgenomen. De wet geldt ook voor cliënten in de ambulante setting. In dit hoofdstuk wordt omschreven welke aanvullende zorgvuldigheidsmaatregelen gelden bij de toepassing van onvrijwillige zorg in de ambulante setting.

Vormen van onvrijwillige zorg

Buiten accommodaties mogen alleen vormen van onvrijwillige zorg worden toegepast die in het Besluit zorg en dwang zijn benoemd:

- Toedienen van vocht, voeding of medicatie, medische controles en overige therapeutische maatregelen.
- Beperken van de bewegingsvrijheid;
- Insluiten;
- Uitoefenen van toezicht op de betrokkene;
- Onderzoek aan kleding of lichaam;
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten;
- Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek;

Welke vormen van onvrijwillige zorg wil de organisatie ambulant toepassen? Dit mogen dus andere keuzes zijn dan in de intramurale setting.

Afweging ambulante onvrijwillige zorg of opname op een accommodatie

Met het verlenen van onvrijwillige zorg in de ambulante setting kan opname in een accommodatie worden uitgesteld of zelfs voorkomen. Het voorkomen van een opname in een accommodatie is echter geen doel op zich. De zorgaanbieder kijkt altijd wat het best passend is voor de cliënt en nog belangrijker: wat de cliënt graag wil. Daarbij worden ook relevante familie- en naastenbetrekkingen gezien en gehoord. Soms behoort onvrijwillige zorgverlening in de ambulante behandelsetting wél tot de mogelijkheden, maar ziet de cliënt een dergelijke behandeling in de thuissituatie niet zitten. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als bij opname in een accommodatie de onvrijwillige zorg niet nodig zou zijn of sneller kan worden afgebouwd. Ook kan het zo zijn dat de verlening van onvrijwillige zorg thuis ervoor zorgt dat de cliënt zijn thuis niet meer als een veilige plek beschouwt. Daarnaast kan het voorkomen dat de ambulante onvrijwillige zorg die aan de cliënt wordt verleend, ernstige nadelige gevolgen voor zijn huisgenoten of omgeving met zich meebrengt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als er cameratoezicht nodig is of andere vormen van domotica waarmee de privacy van huisgenoten in het geding raakt. Dit zijn enkele factoren die een rol kunnen spelen bij de beoordeling of ambulante onvrijwillige zorg al dan niet de voorkeur heeft boven een opname in een accommodatie. De gezichtspunten die daarnaast nog in de overweging kunnen worden meegenomen zijn:

- de voorkeur van de cliënt;
- de draagkracht en draaglast van relevante mantelzorgers, familie- en naastenbetrekkingen;
- de continuïteit van de zorg;
- de mate waarin (constante) begeleiding of toezicht nodig is, bijvoorbeeld om te voorkomen dat cliënten vereenzamen of maatschappelijk teloorgaan, of ernstig nadeel ondervinden;
- de zorgbehoefte van de cliënt afgewogen tegen de mogelijkheden van de zorgaanbieder;
- de sociale context en het sociale systeem waarin cliënt verkeert;

- de woonomgeving van de cliënt;
- de mate waarin het psychogeriatrisch ziektebeeld is gevorderd;
- de aard van het ernstig nadeel;
- de mate waarin het waarschijnlijk is dat dit ernstig nadeel zich daadwerkelijk voordoet;
- de schadelijke gevolgen die mogelijk als gevolg van dat ernstig nadeel kunnen optreden;
- de mate waarin de cliënt en zijn familie die gevolgen accepteren;
- de indicatie van het CIZ en de mate waarin die nog toereikend is;
- de bezwaarlijkheid van de maatregelen die nodig zijn om dat ernstig nadeel te voorkomen.

Bovengenoemde lijst van factoren is niet limitatief. Elke casus kan weer andere aanknopingspunten bieden op basis waarvan een overweging moet worden gemaakt. Daarbij kunnen bovengenoemde gezichtspunten een richtlijn geven. De hulpverleners, de cliënt en de vertegenwoordiger samen vormen een oordeel over de gewogen gezichtspunten.

Welke visie heeft de zorgorganisatie op het verlenen van onvrijwillige zorg in de ambulante setting?

Voorwaarden voor toepassen onvrijwillige zorg

Ambulante onvrijwillige zorg kan uitsluitende worden toegepast indien:

- in het overleg is besproken op welke wijze toezicht op de cliënt moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen en in het zorgplan is beschreven op welke wijze dat toezicht wordt gerealiseerd;
- in het overleg is besproken hoeveel zorgverleners op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg aanwezig moeten zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen en dit aantal is vastgelegd in het zorgplan;
- er een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van de cliënt of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante onvrijwillige zorg;
- de richtlijnen uit het beleidsplan van de zorgaanbieder worden gevolgd.

Toezicht

Wanneer besloten wordt om onvrijwillige zorg toe te passen in de ambulante setting, dan wordt vooraf in de verschillende multidisciplinaire overleggen nagedacht over de wijze waarop door toezicht de veiligheid op voldoende wijze kan worden geborgd. In de ambulante setting is het waarborgen van toezicht lastiger te verwezenlijken dan in een accommodatie. Het toezicht kan op verschillende manieren worden gewaarborgd. Zo is het mogelijk dat een mantelzorger gedeeltelijk het toezicht op zich neemt. Daarnaast wordt in sommige gevallen gebruik gemaakt van domotica, bijvoorbeeld door een sensor in te zetten die onverwachte bewegingen registreert. Belangrijk is dat de zorgaanbieder zich ervan vergewist dat de persoon aan wie het toezicht wordt overgelaten in staat is de taak uit te oefenen en de consequenties van zijn handelen goed kan overzien.

Welke mogelijkheden zijn er binnen de zorgorganisatie om toezicht te houden bij de toepassing van maatregelen van onvrijwillige zorg?

Aantal zorgverleners

Tijdens de multidisciplinaire overleggen waarin een afweging wordt gemaakt over het al dan niet toepassen van onvrijwillige zorg wordt door de betrokken hulpverleners besproken hoeveel ambulante zorgverleners aanwezig dienen te zijn bij de toepassing van onvrijwillige zorg. Dit kan van geval tot geval verschillen. De onderstaande gezichtspunten kunnen daarbij in overweging worden genomen:

- de wijze waarop de cliënt zich zal verzetten tegen de zorg en de mate waarin fysiek verzet verwacht kan worden;
- in hoeverre de toepassing van onvrijwillige zorg een fysieke arbeidsbelasting met zich meebrengt;
- in hoeverre de toepassing van onvrijwillige zorg een psychosociale arbeidsbelasting met zich meebrengt;
- de impact van de hoeveelheid zorgverleners op de (vrijheids)beleving van de cliënt, zowel in positief als in negatief opzicht;

het veiligheidsgevoel van medewerkers tijdens de toepassing van onvrijwillige zorg. Bovenstaande lijst van gezichtspunten is niet limitatief. Elke casus brengt weer andere aanknopingspunten met zich mee die van belang kunnen zijn om mee te nemen in de overwegingen rondom de toepassing van onvrijwillige zorg. De hierboven genoemde gezichtspunten, geven daarbij een richtlijn voor het maken van een zorgvuldige afweging.

Bereikbaarheid

De zorgaanbieder moet zorgen voor voldoende instructies en op afroep beschikbaar zijn indien de familie of naasten aangeven daar in de specifieke situatie behoefte aan te hebben.

Hoe geeft de organisatie de bereikbaarheid van een zorgverlener voor hulpvragen van cliënten en hun naasten vorm? En hoe wordt de cliënt en zijn naasten geïnformeerd over de mogelijkheid om beroep te doen op de zorgverlener?

(Fysiek) verzet van de cliënt

Welke visie geldt er binnen de zorgorganisatie ten aanzien van het verlenen van onvrijwillige zorg in de ambulante setting onder (fysiek) verzet van de cliënt? Bijvoorbeeld bij fysiek geweld wordt er geen hulp verleend.

Welke hulpmiddelen biedt de organisatie aan om onbegrepen of agressief gedrag van de cliënt te beheersen? Zijn er bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen of andere hulpverleners?

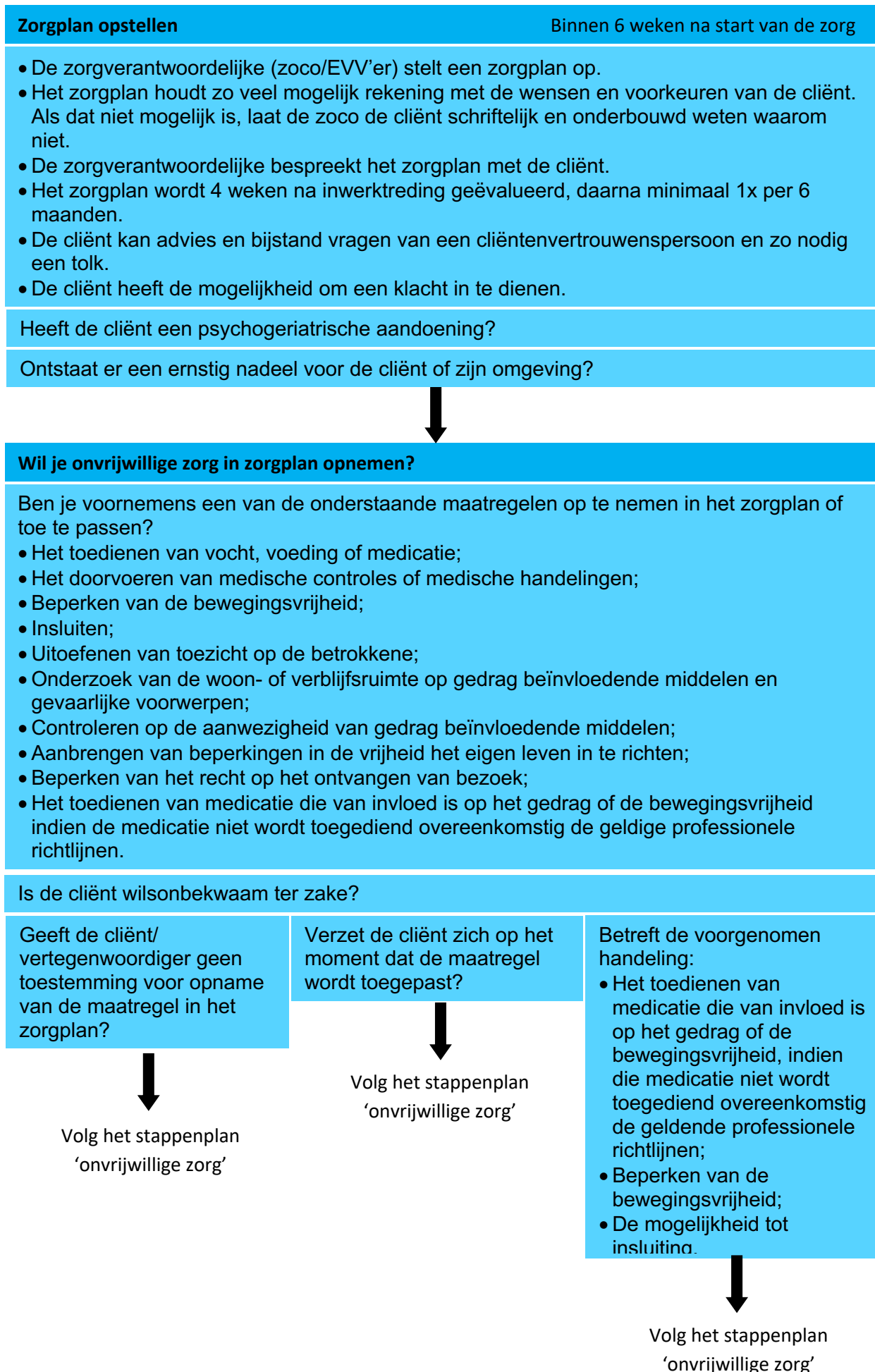
Verwijs eventueel naar richtlijnen binnen de zorgorganisatie over grensoverschrijdend gedrag van cliënten.

Toezicht op grensoverschrijdend gedrag (van medewerkers)

Binnen de zorgorganisatie wordt uitgebreid aandacht besteed aan (de preventie van) grensoverschrijdend en ongewenst gedrag. Op deze plek wordt daarom volstaan met een verwijzing naar de beleidsnotities/gedragscodes die binnen de zorgorganisatie gelden over grensoverschrijdend gedrag.

Verwijs naar richtlijnen/gedragscodes binnen de zorgorganisatie over grensoverschrijdend gedrag van cliënten en medewerkers.

Bijlage 1 Besluitvormingsprocedure (stappenplan intramuraal)



Stap 1: Onderzoek naar alternatieven

De zorgverantwoordelijke (zoco/ EVV'er) bespreekt met één andere deskundige (collega). Cliënt heeft het recht om erbij te zijn:

- Is er sprake van ernstig nadeel? Hoe groot is het risico?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
- Zijn er alternatieven die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?

Geen alternatieven gevonden

Naar stap 2

Alternatieven gevonden

- Vrijwillige zorg opnemen in het zorgplan

Ontstaat toch risico op ernstig nadeel?
Verzet de cliënt zich tegen de

Naar stap 2

Stap 2: Onvrijwillige zorg in zorgplan max. 3 maanden

De zorgverantwoordelijke (zoco/EVV'er) bespreekt met een deskundige van andere discipline (psycholoog/ergotherapeut/fysio/logo/dietist/Wzd-verpleegkundige) en evt. de behandelend arts*:

- Zijn er nieuwe inzichten over de bespreekpunten uit stap 1?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Wat is de impact op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn participatie? Met welke aanvullende zorgvuldigheidseisen vermindert of verdwijnt die impact?

Geen alternatieven gevonden

De zorgverantwoordelijke zet in het zorgplan:

- Situaties, vorm, duur en frequentie van onvrijwillige zorg
- Wie de onvrijwillige zorg toepast
- Afbouwplan
- Aanvullende zorgvuldigheidseisen
- Continuïteit in zorg voor de cliënt

Naar stap 3

Alternatieven gevonden

De zorgverantwoordelijke neemt de vrijwillige zorg op in het zorgplan

Blijft vrijwillige zorg onvoldoende om ernstig nadeel te voorkomen?

Verzet cliënt zich (alsnog) tegen de uitvoering van het zorgplan?

herhaling
stap 2

Naar stap 3

Stap 3: Onvrijwillige zorg afbouwen max. 3 maanden

Indien het niet lukt om onvrijwillige zorg af te bouwen, overlegt de zorgverantwoordelijke met een deskundige van een andere discipline (psycholoog/ergotherapeut/fysio/logo/dietist/Wzd-verpleegkundige) en een andere deskundige niet bij de zorg betrokken (psycholoog/ergotherapeut/ fysio/logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) en evt. de behandelend

Lukt het daarna nog niet om het af te bouwen?

Naar stap 4

*alleen bij medisch handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van bewegingsvrijheid of insluiting

Stap 4: Extern advies over (afbouw naar) vrijwillige zorg max. 6 maanden

De zorgverantwoordelijke, deskundige van een andere discipline (psycholoog/ergotherapeut/fysio/ logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) en een andere deskundige niet bij de zorg betrokken (psycholoog/ergotherapeut/ fysio/logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) van zorgorganisatie met de Wzd-functionaris/Wzd-verpleegkundige van een andere zorglocatie, die nog niet betrokken was bij de zorg:

- Zijn er (nieuwe/andere) alternatieven?
- Kunnen veranderingen in de omgeving (inclusief interactie met zorgverleners) de situatie verbeteren?

In afwachting van het advies kan de termijn voor onvrijwillige zorg eenmalig met 3 maanden worden verlengd.

Geen alternatieven gevonden

- In zorgplan opnemen hoe advies van onafhankelijke expertteam is toegepast
- Zorgplan aanpassen zoals in stap 2

Alternatieven gevonden

Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan



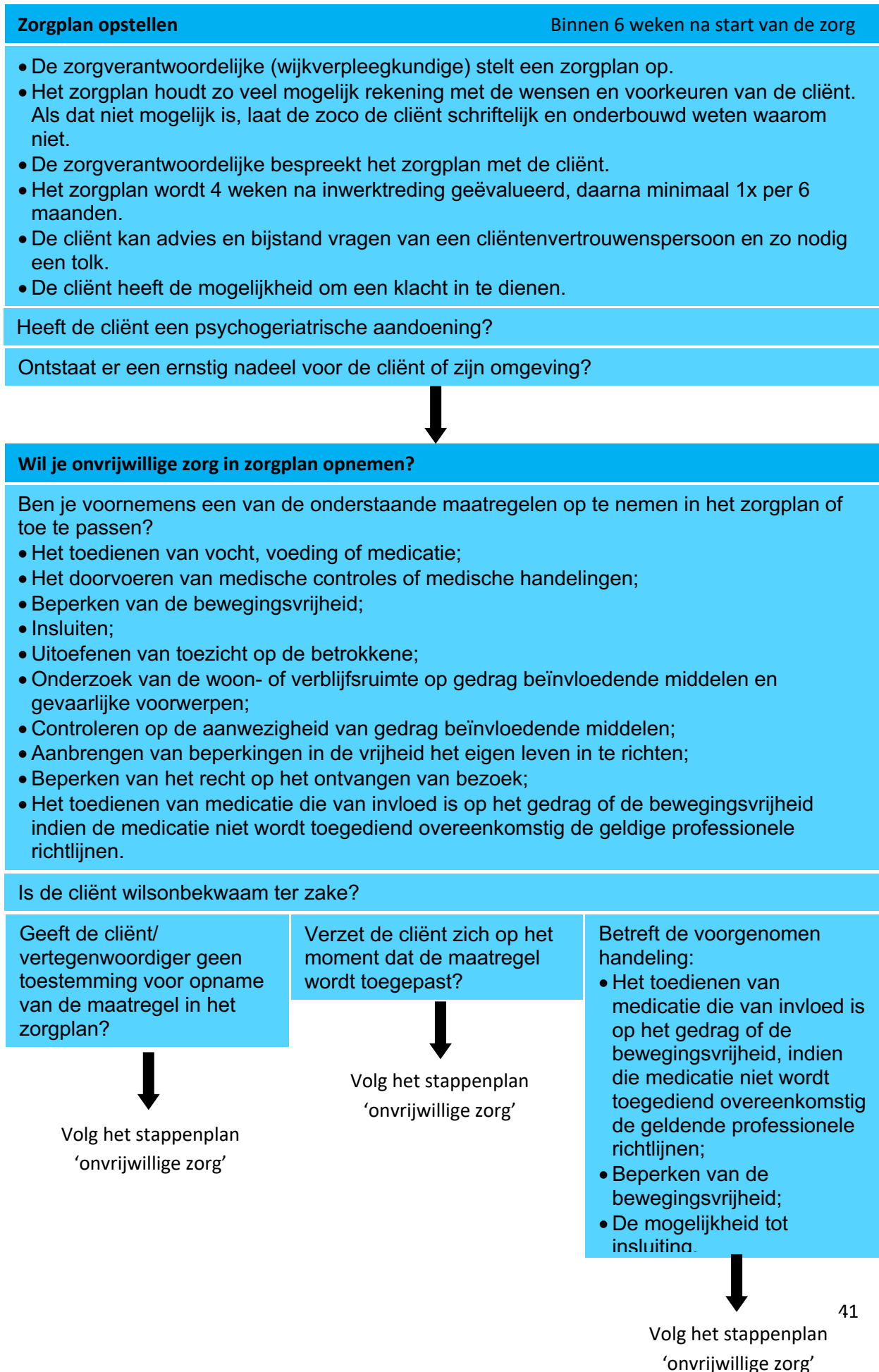
Naar stap 5

Stap 5: Iedere volgende verlenging van onvrijwillige zorg max. 6 maanden

De zorgverantwoordelijke bespreekt met de behandelend arts*, deskundige van een andere discipline (psycholoog/ergotherapeut/fysio/logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) en de deskundige niet bij de zorg betrokken (psycholoog/ergo/fysio/logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) over iedere volgende verlenging van onvrijwillige zorg.

De zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris (SO of GZ-psycholoog) houden toezicht en toetsen op de uitvoering van onvrijwillige zorg.

Bijlage 2 Besluitvormingsprocedure (stappenplan extramuraal)



Stap 1: Onderzoek naar alternatieven

De zorgverantwoordelijke (wijkverpleegkundige) bespreekt met één andere deskundige (behandelend arts of collega). Cliënt heeft het recht om erbij te zijn:

- Is er sprake van ernstig nadeel? Hoe groot is het risico?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
- Zijn er alternatieven die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?

Geen alternatieven gevonden

Naar stap 2

Alternatieven gevonden

- Vrijwillige zorg opnemen in het zorgplan

Ontstaat toch risico op ernstig nadeel?
Verzet de cliënt zich tegen de

Naar stap 2

Stap 2: Onvrijwillige zorg in zorgplan max. 3 maanden

De zorgverantwoordelijke (wijkverpleegkundige) bespreekt met een deskundige van andere discipline (casemanager dementie of praktijkondersteuner) en evt. de behandeld arts*:

- Zijn er nieuwe inzichten over de bespreekpunten uit stap 1?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Wat is de impact op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn participatie?
- Met welke aanvullende zorgvuldigheidseisen vermindert of verdwijnt die impact?

Geen alternatieven gevonden

De zorgverantwoordelijke zet in het zorgplan:

- Situaties, vorm, duur en frequentie van onvrijwillige zorg
- Wie de onvrijwillige zorg toepast
- Afbouwplan
- Aanvullende zorgvuldigheidseisen
- Continuïteit in zorg voor de cliënt

Naar stap 3

Alternatieven gevonden

De zorgverantwoordelijke neemt de vrijwillige zorg op in het zorgplan

Blijkt vrijwillige zorg onvoldoende om ernstig nadeel te voorkomen?

herhaling
stap 2

Verzet cliënt zich (alsnog) tegen de uitvoering van het zorgplan?

Naar stap 3

Stap 3: Onvrijwillige zorg afbouwen max. 3 maanden

Indien het niet lukt om onvrijwillige zorg af te bouwen, overlegt de zorgverantwoordelijke (wijkverpleegkundige) met een deskundige van een andere discipline (casemanager dementie of praktijkondersteuner) en een andere deskundige niet bij de zorg betrokken (psycholoog/ergotherapeut/ fysio/logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) en evt. de behandeld arts*.

Lukt het daarna nog niet om het af te bouwen?

Naar stap 4

*alleen bij medisch handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van bewegingsvrijheid of insluiting

Stap 4: Extern advies over (afbouw naar) vrijwillige zorg max. 6 maanden

De zorgverantwoordelijke (wijkverpleegkundige), deskundige van een andere discipline (casemanager dementie of praktijkondersteuner) en een andere deskundige niet bij de zorg betrokken (psycholoog/ergotherapeut/ fysio/logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) van de organisatie met de onafhankelijke deskundige (Wzd-functionaris/Wzd-verpleegkundige van een andere zorglocatie die nog niet betrokken was bij de zorg):

- Zijn er (nieuwe/andere) alternatieven?
- Kunnen veranderingen in de omgeving (inclusief interactie met zorgverleners) de situatie verbeteren?

In afwachting van het advies kan de termijn voor onvrijwillige zorg eenmalig met 3 maanden worden verlengd.

Geen alternatieven gevonden

- In zorgplan opnemen hoe advies van onafhankelijke expertteam is toegepast
- Zorgplan aanpassen zoals in stap 2

Alternatieven gevonden

Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan



Naar stap 5

Stap 5: Iedere volgende verlenging van onvrijwillige zorg max. 6 maanden

De zorgverantwoordelijke (wijkverpleegkundige) bespreekt met de behandelend arts*, deskundige van een andere discipline (casemanager dementie of praktijkondersteuner) en de deskundige niet bij de zorg betrokken (psycholoog/ergo/fysio/logo/diëtist/Wzd-verpleegkundige) over iedere volgende verlenging van onvrijwillige zorg.

De zorgverantwoordelijke en de Wzd-functionaris (SO / GZ psycholoog) houden toezicht en toetsen op de uitvoering van onvrijwillige zorg.

Bijlage 3 Gegevensverstrekking aan IGJ

Gegevensverstrekking aan de IGJ

De Wzd bepaalt dat zorgaanbieders ten minste eens per zes maanden aan de IGJ een overzicht verstrekken van de gegevens die bedoeld zijn in het eerste lid. In deze notitie beschrijven ActiZ en VGN welke gegevens over de verlening van onvrijwillige zorg aan de IGJ verstrekt moeten worden om de IGJ inzichtelijk te maken welke onvrijwillige zorg is verleend.

Hierbij wordt uitgegaan van de indeling van vormen van onvrijwillige zorg in de negen categorieën die in de Wzd genoemd worden. Per categorie wordt in deze notitie eerst een definitie gegeven, deze wordt waar nodig kort toegelicht. Vervolgens komt aan de orde of een nadere indeling in subcategorieën wenselijk is. Tot slot wordt concreet aangegeven welke gegevens over de verlening van onvrijwillige zorg uit de betreffende categorie in de rapportage worden opgenomen.

Categorieën onvrijwillige zorg

Categorie a: Toedienen van vocht, voeding en medicatie

Toedienen van 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 beperking, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening.

Definitie

Van onvrijwillige zorg zoals bedoeld in deze categorie is sprake als medische handelingen en overige therapeutische maatregelen onvrijwillig worden uitgevoerd.

Onderverdeling in subcategorieën

De volgende indeling in subcategorieën kan worden gemaakt:

- a. handelingen/ maatregelen die nodig zijn 'ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap'
Bedoeld zijn: handelingen/ maatregelen die worden toegepast naar aanleiding van probleemgedrag dat voortvloeit uit de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap.
- b. handelingen/ maatregelen die nodig zijn ter behandeling van een psychische stoornis (bij een cliënt met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening)
- c. handelingen/ maatregelen die nodig zijn ter behandeling van een somatische aandoening, mits het verzet daartegen voortvloeit uit de psychogeriatrische aandoening/ verstandelijke beperking.
Als iemand zonder psychogeriatrische aandoening / verstandelijke beperking zich ook tegen de behandeling van een somatische aandoening, is de Wzd niet van toepassing, maar kan op basis van de Wgbo zo nodig behandeld worden.

NB

Argus 2.0 voorziet in een indeling van deze categorie in de volgende subcategorieën:

- a. dwangmedicatie;
- b. toediening vocht en voeding;
- c. overige medische handelingen en therapeutische maatregelen.

Zijn er redenen om deze indeling over te nemen?

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. het aantal cliënten dat onvrijwillige zorg uit deze categorie heeft ontvangen, gespecificeerd per subcategorie;
- b. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie b: Beperking bewegingsvrijheid

Definitie

Van beperking van de bewegingsvrijheid is sprake als een cliënt onvrijwillig gefixeerd wordt, waardoor hij zijn ledematen niet kan bewegen of niet van zijn plaats kan komen en dit gebeurt om een cliënt in een acute noodsituatie onder controle te krijgen.

Het gaat bij deze categorie niet om fixatie die wordt toegepast om medische redenen, als daarvan sprake is valt fixatie onder categorie a (medisch handelen of therapeutische maatregelen). Van een medische reden is bijvoorbeeld sprake als fixatie wordt toegepast om te voorkomen dat een cliënt een infuus uittrekt of als een bedhek wordt gebruikt om te voorkomen dat de cliënt uit bed valt. Ook het gebruik van zit- en ligortheses valt in deze categorie.

Onderverdeling in subcategorieën

De volgende indeling in subcategorieën kan worden gemaakt:

- a. fysieke fixatie
Hiervan is sprake als een cliënt wordt vastgehouden.
- b. mechanische fixatie
Hiervan is sprake als een hulpmiddel wordt gebruikt om de cliënt te fixeren.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. het aantal cliënten dat in hun bewegingsvrijheid is beperkt, gespecificeerd naar subcategorie;
- b. de duur van de beperking van de bewegingsvrijheid
Hierbij wordt een indeling gemaakt in perioden, waarbij wordt aangegeven hoeveel cliënten gedurende die periode worden beperkt in hun bewegingsvrijheid.

NB

In Argus wordt beperking van de bewegingsvrijheid die korter duurt dan 10 minuten niet geregistreerd (en kan dus ook niet gerapporteerd worden), tenzij het minderjarigen betreft. Is dat voor registratie op basis van de Wzd ook wenselijk?

- c. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie c: Insluiten

Definitie

Van insluiten is sprake als een cliënt onvrijwillig in een daarvoor bestemde ruimte wordt geplaatst die hij niet zelfstandig kan verlaten of onvrijwillig in zijn privéruimte verblijft, terwijl deze is afgesloten.

Van insluiten is geen sprake als iemand die gedwongen is opgenomen de accommodatie niet kan verlaten. De Wzd geeft hiervoor een apart kader: de regels met betrekking tot onvrijwillige en gedwongen opname en de regels met betrekking tot verlof en ontslag. Als op basis van deze regels een opnametitel beschikbaar is, is daarmee gelegitimeerd dat het iemand niet vrij staat om de geregistreerde accommodatie te verlaten.

Van insluiten is evenmin sprake als gedwongen opgenomen cliënten de afdeling waar zijn verblijven niet zelfstandig kunnen verlaten.

Onderverdeling in subcategorieën

De volgende indeling in subcategorieën kan worden gemaakt:

- a. insluiting in een separeerruimte
Een separeerruimte is een ruimte die voldoet aan de eisen die in de Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de gehandicaptenzorg (2013) worden gesteld aan een separeerunit.
- b. insluiting in een afzonderingsruimte
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.
- c. insluiting in privéruimte van de cliënt
- d. overig insluiten
In deze subcategorie valt insluiting in een daarvoor bestemde ruimte die niet in één van de andere subcategorieën valt.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. het aantal cliënten dat is ingesloten, gespecificeerd naar subcategorie;
- b. de duur van insluiting.
Er wordt een indeling in periodes gemaakt, bijvoorbeeld: insluiting korter dan een uur, instelling langer dan een uur maar korter dan vier uur en insluiting langer dan vier uur. Per periode wordt vermeld hoeveel cliënten werden ingesloten.

NB

Ook insluiting wordt volgens Argus niet geregistreerd als het korter duurt dan 10 minuten en het geen minderjarigen betreft. Nemen we dit over?

- c. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie d: Uitoefenen van toezicht op betrokkene

Definitie

Van uitoefenen van toezicht is sprake als besloten wordt om ten aanzien van een individuele cliënt onvrijwillig toezicht te houden door gebruik van domotica in diens privéruimte of door toepassing van technologie waardoor kan worden getraceerd waar de cliënt zich bevindt. Het gaat in deze categorie altijd om besluiten die ten aanzien van een individuele cliënt worden genomen. Wordt op cliënten toezicht gehouden middels een systeem waarbij geen individuele keuzes per cliënt worden gemaakt, dan is geen sprake van onvrijwillige zorg. Toezicht dat erop gericht is te voorkomen dat een gedwongen opgenomen cliënt de accommodatie verlaat, is geen onvrijwillige zorg. Dit toezicht vloeit voort uit de gedwongen opname.

Onderverdeling in subcategorieën

De volgende indeling in subcategorieën kan worden gemaakt:

- a. toepassing van domotica in de privéruimte van de cliënt;
- b. toepassing van domotica waardoor getraceerd kan worden waar de cliënt zich bevindt.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. het aantal cliënten op wie op deze manier toezicht wordt gehouden, gespecificeerd naar subcategorie;
- b. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie e: Onderzoek aan kleding of lichaam

Van onderzoek aan kleding is sprake als een client onvrijwillig om Onderzoek aan kleding is hetzelfde als fouilleren.

Van onderzoek aan het lichaam is sprake als een cliënt onvrijwillig wordt onderzocht
Onderzoek aan het lichaam is *'het onderzoek aan de oppervlakte van het lichaam en het uitwendig schouwen van de openingen en holten van het bovenlichaam'*.

Van onderzoek aan het lichaam moet onderzoek in het lichaam worden onderscheiden.
Onderzoek 'in het lichaam' is: *'het uitwendig schouwen van de openingen en holten van het onderlichaam, röntgenonderzoek, echografie en het inwendig manueel onderzoek van de openingen en holten van het lichaam'* (artikel 56, lid 2 Sv). De Wzd biedt niet de mogelijkheid om een cliënt onvrijwillig in het lichaam te onderzoeken op de aanwezigheid van gevaarlijke voorwerpen of gedrag beïnvloedende middelen.

Onderverdeling in subcategorieën

Onderverdeling in subcategorieën is niet nodig.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. hoeveel cliënten aan lichaam of kleding zijn onderzocht;
- b. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie f: Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen

Van onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen is sprake als besloten wordt om onvrijwillig te onderzoeken of zich in de woon- of verblijfsruimte van de cliënt gedrag beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen bevinden.

Onderverdeling in subcategorieën

Onderverdeling in subcategorieën is niet nodig.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. hoe vaak een woon- of verblijfsruimte van een cliënt is onderzocht;
- b. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie g: Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen

Definitie

Van controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen is sprake als besloten wordt om onvrijwillig te controleren of een cliënt gedrag beïnvloedende middelen heeft gebruikt.

Zo'n controle kan bijvoorbeeld plaatsvinden door de cliënt een urinetest, speekseltest, blaastest te laten ondergaan.

Onderverdeling in subcategorieën

Onderverdeling in subcategorieën is niet nodig.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. hoeveel cliënten zijn gecontroleerd op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- b. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie h: Beperkingen van de vrijheid het eigen leven in te richten

Beperkingen van de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moeten doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen

Definitie

Van een beperking van de vrijheid het eigen leven in te richten is sprake als besloten wordt dat een individuele cliënt iets moet doen of nalaten en deze beperking niet voortvloeit uit de wetgeving, de huisregels of het budget dat voor zorgverlening aan de cliënt beschikbaar is en het een beperking betreft die niet in één van de andere categorieën van onvrijwillige zorg valt.

Voorbeeld: dat in de algemene ruimte niet gerookt mag worden, houdt een beperking in van de vrijheid om het eigen leven in te richten en heeft tot gevolg dat de cliënt iets moet nalaten, maar het is geen onvrijwillige zorg omdat deze beperking niet voortvloeit uit een besluit van de zorgverantwoordelijke, maar uit de wetgeving.

Alle andere categorieën van onvrijwillige zorg kunnen opgevat worden als een beperking van de vrijheid om het leven naar eigen inzicht in te richten. Niettemin worden deze andere categorieën afzonderlijk genoemd in de Wzd. Deze categorie moet derhalve opgevat worden als een restcategorie. In de definitie wordt dat tot uitdrukking gebracht door de toevoeging dat een vorm van onvrijwillige zorg die in een andere categorie kan ondergebracht worden niet in deze categorie moet worden ingedeeld.

Indeling in subcategorieën

De Wzd noemt in de beschrijving van deze categorie beperking van het gebruik van communicatiemiddelen expliciet. Kennelijk wordt daaraan in het bijzonder hecht wordt deze van belang geacht. Hiervan uitgaand kan de volgende indeling worden in subcategorieën worden gemaakt:

- a. beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen/ sociale media;
- b. overige beperkingen.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. het aantal cliënten dat beperkt is in zijn vrijheid om het eigen leven in te richten, gespecificeerd naar subcategorie;
- b. de periode waarvoor deze beperkingen gelden.
Hierbij wordt een indeling gemaakt in perioden, waarbij wordt aangegeven hoeveel cliënten gedurende die periode worden beperkt in hun vrijheid om het eigen leven in te richten.

NB

Is zo'n indeling in perioden hier zinvol??

- c. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Categorie i: Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Definitie

Van een beperking van het recht op het ontvangen van bezoek is sprake als om zorginhoudelijke redenen besloten wordt dat een cliënt minder mogelijkheden krijgt om bezoek te ontvangen dan waarin de huisregels voorzien.

Met het recht op het ontvangen van bezoek wordt bedoeld: het recht om bezoek te ontvangen, zoals geregeld in de huisregels. Als op een afdeling bezoektijden gelden, dan houdt dat geen onvrijwillige zorg in. In deze categorie gaat het dus om individuele beperkingen.

Het gaat om beperkingen om zorginhoudelijke redenen (bijvoorbeeld voorkomen dat een cliënt overprikkeld raakt). Als een bezoeker wegens wangedrag beperkt wordt in zijn mogelijkheden om op bezoek te komen, is dat geen onvrijwillige zorg. Bezoekers die zich daartegen willen verzetten kunnen een beroep doen op de rechter.

Indeling in subcategorieën

Indeling in subcategorieën is niet nodig.

Rapportage

Gerapporteerd wordt:

- a. het aantal cliënten dat beperkt is in het recht op ontvangen van bezoek;
- b. de periode waarvoor deze beperking geldt.
Hierbij wordt een indeling gemaakt in perioden, waarbij wordt aangegeven hoeveel cliënten gedurende die periode werden beperkt in hun recht op ontvangen van bezoek.
- c. de aard van het ernstig nadeel dat onvrijwillige zorg noodzakelijk maakte (welke van de vier vormen van ernstig nadeel die genoemd worden in artikel 1, lid 2 Wzd).

Bijlage 4 stappenplan wilsbekwaamheid

Dit Stappenplan biedt een toetsingskader aan hulpverleners die zich een oordeel moeten vormen over de wilsbekwaamheid van een patiënt. Afhankelijk van de context en de situatie (bijvoorbeeld bij een comateuze patiënt of een spoedeisende situatie) kan de hulpverlener bepaalde stappen beargumenteerd achterwege laten.

1. **Wilsbekwaamheid is een contextafhankelijk begrip.** De patiënt moet namelijk in staat zijn tot een redelijke waardering terzake. Het waarderen van een complexe situatie stelt hogere eisen aan het vermogen om informatie te begrijpen en (logisch) te beredeneren dan een relatief eenvoudige situatie. De aard van de situatie heeft echter niet alleen invloed op de mate waarin een bepaalde vaardigheid, zoals begripsvermogen, nodig is. De context heeft ook invloed op het type vaardigheid dat nodig is. Zo kan de informatie niet complex zijn, maar een beslissing wel ernstige gevolgen hebben. Wilsbekwaamheid zal dan vooral afhangen van het besef en de waardering van de informatie en minder van het begripsvermogen. Daarnaast kan men in het algemeen stellen dat de vereisten van beslisvaardigheid hoger zijn bij het instemmen met ingrijpende en belastende ingrepen en bij weigering van behandelingen die levensreddend zijn of waarbij de risk-benefit ratio zeer gunstig is. Het gaat er dan niet om of de beslissing goed genoeg is, maar of de beslisvaardigheid goed genoeg is gezien de ernst van de situatie. Tenslotte is het oordeel over de wilsbekwaamheid - vooral in grensgevallen - altijd een resultaat van een afweging van waarden. Als zelfbeschikking sterk gewaardeerd wordt dan zal de balans eerder doorslaan naar wilsbekwaamheid dan wanneer veel waarde gehecht wordt aan de bestwil van de patiënt. Het is daarom van groot belang om bij **ingrijpende medische beslissingen** de invloed van deze afweging transparant te maken. De hulpverlener doet dat door zo zorgvuldig en concreet mogelijk de beslisvaardigheid te beoordelen, te registreren en door belangrijke betrokkenen te laten toetsen.

2. Wat kan de **aanleiding** zijn voor de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid?

- Weigering van een noodzakelijk geachte behandeling, de wens om tegen het advies van de hulpverlener het ziekenhuis te willen verlaten en/of een abrupte verandering in het psychologisch functioneren.
- Twijfel aan de weloverwogenheid van een gegeven toestemming bij ingrijpende of belastende verrichtingen met een ongunstige risk-benefit ratio voor de patiënt.

Vragen kunnen dan zijn:

- Wat is de huidige medische conditie en de prognose?
- Welke behandelbeslissing ligt voor?
- Hoe reageerde de patiënt op het behandelingsplan of zorgplan?
- Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem, toezicht en dergelijke, bij een gewenst vertrek uit het ziekenhuis tegen het advies van de hulpverlener.
- Is er een wilsbeschikking aanwezig?

3. **Neem een besluit om wel of niet de wilsbekwaamheid formeel te beoordelen.**

Vragen die de hulpverlener kan stellen, zijn:

- Is een beslissing aan de orde waarvoor een expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is vanwege het belang van de beslissing voor de patiënt?
- Zijn er gereede twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt voor de te nemen beslissing? Wat vinden andere direct bij de zorg betrokken hulpverleners van de situatie?

- Is er reden om bij de beoordeling een consulent te betrekken vanwege klinische comorbiditeit of complexiteit, zoals een psychiater, arts voor verstandelijk gehandicapten, neuroloog of verpleeghuisarts?
- Is het wenselijk om de contactpersoon/-personen en de huisarts, verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten van de patiënt bij de procedure van beoordeling te betrekken?

De beoordeling van wilsbekwaamheid kan vanwege comorbiditeit door een consulent gedaan worden. De primaire behandelaar blijft verantwoordelijk voor de behandelingsovereenkomst en de uitvoering daarvan (zie ook stap 15).

4. Bereid de patiënt voor op de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid.

- Geef uitleg over de reden om de wilsbekwaamheid nader te beoordelen.

Zeg bijvoorbeeld:

- *Wij willen met een kleine camera in uw maag kijken. Dat vinden wij voor uw gezondheid belangrijk. Ik heb begrepen dat u dat niet wilt. Ik ben uw behandelaar. Daarom moet ik weten of u wel goed hebt begrepen waarom wij dat onderzoek belangrijk vinden. Ook wil ik weten of u goed over uw beslissing hebt kunnen nadenken.*

- Geef uitleg over de aard en het doel van de beoordeling.

Zeg bijvoorbeeld:

- *Ik wil nog eens de belangrijkste informatie op een rijtje zetten: wat wij weten over uw ziekte en wat de voordelen en nadelen van het maagonderzoek zijn. Ook wil ik met u praten over wat er mogelijk is als u de behandeling niet ondergaat. Daarna vraag ik u wat u van die informatie vindt. Tenslotte wil ik weten hoe u uw situatie zelf beoordeelt en hoe u tot uw beslissing bent gekomen.*

5. Verstrek adequaat informatie.

- Geef de patiënt voldoende gelegenheid om kennis te nemen van de situatie en de opties voor onderzoek en/of behandeling. Het kan in geval van bijkomende psychiatrische problematiek voordelen hebben als een consulent/psychiater aanwezig is bij de informatieverstrekking door de hulpverlener die zich bezighoudt met de somatische problematiek.
- Bepaal van tevoren, afhankelijk van de aard van de klinische situatie en de context, per onderwerp 1 tot 3 feiten die de patiënt moet weten voor een voldoende informed consent. (aard en doel van het onderzoek en/of de behandeling, de gevolgen en risico's, alternatieven)
- Houd bij het verstrekken van informatie rekening met het bevattingsvermogen en eventuele cognitieve en emotionele beperkingen van de patiënt. Een gesprek 'op maat' dat aansluit bij de belevingswereld en het intellectuele niveau van de patiënt, vergroot diens mogelijkheid tot zelfbeschikking.

6. Evalueer vervolgens **de beslisvaardigheid.**

Het gaat daarbij om de volgende vaardigheden (of criteria):

- Het vermogen een keuze uit te drukken

Vraag bijvoorbeeld:

- *Heeft u besloten of u met het voorstel voor onderzoek en/of behandeling van uw arts (of van mij) akkoord gaat?*

- *Kunt u mij vertellen wat uw beslissing is?*

Herhaal deze vragen eventueel aan het einde van het interview.

Onvermogen om een keuze uit te drukken kan een gevolg zijn van bijvoorbeeld bewusteloosheid, mutisme, ernstige desorganisatie van het denken of pathologische twijfelzucht. Als de patiënt niet in staat is tot verbale communicatie, probeer dan andere middelen te gebruiken zoals schrijven, een letterkaart of het laten knippen met de ogen. Bij non-verbaal verzet van de patiënt, hij trekt bijvoorbeeld een infuus uit, is de vraag aan de orde of de patiënt daarmee een keuze of slechts ondervonden hinder uit.

- Het begrijpen van informatie die relevant is voor de beslissing over het onderzoek en/of de behandeling.

Vraag bijvoorbeeld:

- *Kunt u mij in uw eigen woorden zeggen wat ik u verteld heb (of wat uw arts u verteld heeft) over de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling en over de gevolgen of risico's?*
- *Kunt u ook in uw eigen woorden vertellen wat ik u verteld heb (of uw arts u verteld heeft) over ander mogelijkheden van onderzoek of behandeling en wat het onderzoek of de behandeling, of het nalaten daarvan, zal betekenen voor uw gezondheid?*

Tekorten in begripsvermogen kunnen het gevolg zijn van bijvoorbeeld bijwerkingen van medicatie, verstoorde 'coping' en angst, psychiatrische stoornissen, verstandelijke handicaps of de gevolgen van een hersentrauma.

- Het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie.

Vraag bijvoorbeeld:

- *Kunt u mij vertellen wat u echt denkt dat er nu mis is met uw gezondheid?*
- *Gelooft u dat u onderzoek of behandeling nodig heeft?*
- *Wat zal het effect daarvan zijn?*
- *Wat denkt u dat er gebeurt als u niet onderzocht of behandeld wordt?*
- *Waarom denkt u dat uw dokter onderzoek of behandeling heeft aangeraden?*

Beperkingen van deze vaardigheid treden bijvoorbeeld op door wanen, hallucinaties en cognitieve stoornissen.

- Logisch redeneren en het betrekken van informatie in het overwegen van behandelopties.

Vraag bijvoorbeeld:

- *Kunt u mij vertellen hoe u tot het besluit bent gekomen om het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling te accepteren (of af te wijzen)?*
- *Wat waren de factoren die belangrijk waren bij het komen tot het besluit?*
 - *Hoe heeft u die factoren tegen elkaar afgewogen?*

Deze vaardigheid kan beperkt zijn door stoornissen in zogenaamde 'executieve' cognitieve functies die noodzakelijk zijn voor het beredeneren van complexe situaties.

7. Als de hulpverlener (co morbide) psychiatrische problematiek vermoedt, dan moet bij belangrijke beslissingen ook een algemeen **psychiatrisch onderzoek** plaatsvinden. Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid is relevant of die psychiatrische problematiek interfereert met bovengenoemde vaardigheden. Bovendien is het relevant te onderzoeken of een eventuele wilsbekwaamheid tijdelijk is en of er mogelijkheden zijn om die wilsbekwaamheid te verbeteren met psychofarmaca of andere interventies. Bij neuro psychiatrische cognitieve stoornissen kan een neuropsychologisch onderzoek indicaties geven voor wilsbekwaamheid. En met name handvatten geven voor een aangepaste wijze van voorlichting.
8. Verpleegkundigen of verzorgenden die dagelijks omgang hebben met de patiënt kunnen relevante informatie of inzichten aanreiken. **Overleg met andere betrokken hulpverleners**. Over ingrijpende beslissingen die in een somatisch ziekenhuis worden genomen, moet met de huisarts overlegd worden. Voor personen die langdurig in een verpleeghuis zijn opgenomen, zal een verpleeghuisarts mogelijk de aangewezen persoon zijn; voor verstandelijk gehandicapten zal dat mogelijk de AVG (arts voor verstandelijk gehandicapten) zijn. De hulpverlener moet wel het beroepsgeheim in acht nemen.
9. **Overleg met de vertegenwoordiger** van de patiënt voor aanvullende informatie over eventuele beperkingen van de beslisvaardigheid en over de relevante context, zoals bijvoorbeeld het toezicht en de ondersteuning in de eigen leefsituatie na ontslag uit het ziekenhuis tegen advies.
10. **Beoordeel** aan de hand van de criteria ad. 4 of de patiënt als **wilsbekwaam of wilsbekwaam** moet worden beschouwd. Heeft de patiënt voldoende vaardigheid voor de aard en de reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing?
11. **Bespreek dit** oordeel zo goed als mogelijk met de betrokken patiënt. En ga na of en hoe de beslisvaardigheid kan worden bevorderd. Overweeg meer tijd te nemen om de situatie met de patiënt te exploreren, om diens opvattingen, angsten en onzekerheden verder te bespreken. Mogelijk is er een beter moment voor het informed consent of is het nuttig een vertrouwenspersoon bij het gesprek te betrekken.
12. Is de patiënt wilsbekwaam? **Overweeg de kans op herstel van wilsbekwaamheid** en beoordeel de gebieden waarin de patiënt wel beslisvaardig is. Overweeg verdere besluitvorming uit te stellen.
13. Bespreek de beoordeling van wilsbekwaamheid met de **vertegenwoordiger**, verstrek de benodigde informatie en vraag **toestemming**. Onderzoek of de vertegenwoordiger zich in zijn of haar afweging laat leiden door het belang van de patiënt. Kan met behulp van deze of andere informanten, of met een beschikbare wilsbeschikking, de wil 'gereconstrueerd' worden? Als de keuze van de vertegenwoordiger ernstig nadeel voor de patiënt oplevert, kan de hulpverlener in het belang van de patiënt zelfstandig een beslissing nemen.
14. Als de patiënt zich **verzet** tegen onderzoek of behandeling, bepaal dan extra zorgvuldig:

- de noodzaak van het onderzoek en/of de behandeling,
- de kans op succes,
- het gevaar en de belasting,
- de indicatiestelling volgens de regels der kunst en
- de somatische, psychische en sociale gevolgen van het wel of niet onder dwang behandelen.

Zijn er minder ingrijpende alternatieven, zoals een tijdelijk uitstel van onderzoek of behandeling in de verwachting dat de beslisvaardigheid tijdig zal herstellen? Overleg bij verzet als het gaat om ingrijpende beslissingen altijd met een collega. Consulteer altijd een psychiater als het gaat om psychiatrische comorbiditeit.

15. **Besluit**, na bovengenoemd overleg, of **uitvoering van het onderzoek of de behandeling** nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Het is voor de transparantie van de besluitvorming en de helderheid van de daarbij gebruikte argumenten nuttig om de wilsbekwaamheid los te beoordelen van de ernst en de gevolgen van de beslissing. Zo kan een bepaalde mate van wilsonbekwaamheid binnen de ene context tot het oordeel leiden dat de hulpverlener het (wilsonbekwame) verzet respecteert, terwijl de omstandigheden en de gevolgen van eenzelfde type beslissing bij een andere patiënt tot het oordeel kunnen leiden dat de hulpverlener in het belang van de zich verzettende wilsonbekwame patiënt wel handelt. Bij het besluit om een wilsonbekwame patiënt wel - eventueel onder verzet - of niet te behandelen, heeft de behandelaar een eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid die niet overgedragen kan worden aan bijvoorbeeld een ethische commissie.
16. Blijf de wilsonbekwame patiënt zoveel mogelijk informeren en bij het onderzoek en de behandeling betrekken.
17. Overweeg, als het om een langduriger wilsonbekwaamheid gaat, het belang van een structurele vertegenwoordiging. Als de patiënt niet eerder zelf schriftelijk een persoonlijk gemachtigde heeft aangewezen (hetgeen uit oogpunt van belangenbehartiging zekere voordelen kan hebben), en de partner of andere in de WGBO genoemde familieleden niet als (vaste) vertegenwoordiger optreden, rest de mogelijkheid om de rechter te verzoeken een curator of een mentor te benoemen.
18. Het is verstandig om de wijze en inhoud van de beoordeling van wilsonbekwaamheid ende overwegingen die tot dwang leiden, als ook het gevoerde overleg daarbij, in **het dossier** vast te leggen.