



Leven in **vrijheid**

Beleidsplan zorg en dwang Huize Rosa 2023

Revisiedatum: april 2025

Een van de voorwaarden van de Wet Zorg en Dwang (WZD) is het maken van een beleidsplan Wet Zorg en Dwang. In dit beleidsplan legt Zorgcentrum Huize Rosa vast wat de visie is op vrijheid en zorg en hoe Zorgcentrum Huize Rosa in de praktijk vormgeeft aan de onderdelen van de wet. Persoonsgericht kijken en multidisciplinair samenwerken zijn hierbij essentiële uitgangspunten.

1. Leven in vrijheid	5
2. Over de WZD	6
Voor wie is de wet van toepassing?	6
Wat is het verschil tussen WZD en de BOPZ?	7
De rechten van de bewoner/cliënt	7
Waar is de WZD van toepassing?	7
WZD of WVGZ?	7
Zorgplan	8
3. Wat is onvrijwillige zorg?	8
Preventie van onvrijwillige zorg	8
Wat is verzet?	9
Wilsbekwaam of wilsonbekwaam ter zake	10
Wie kan optreden als eerste vertegenwoordiger van een bewoner/cliënt?	10
Wat als er geen eerste vertegenwoordiger gevonden kan worden?	10
Wat is goed vertegenwoordigerschap?	11
Wat is ernstig nadeel?	11
De 9 categorieën van onvrijwillige zorg	11
Wat betekent dit voor medewerkers?	12
Wanneer volg je het WZD-stappenplan?	12
Huisregels	12
Onvrijwillige zorg in onvoorziene of noodsituaties	12
Randvoorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg	13
Overdracht bij ziekenhuisopname	13
4. Het stappenplan	14
Op zoek naar vrijwillige alternatieven (art. 9 WZD)	14
Bespreekpunten MDO's	16
5. Betrokkenen stappenplan	17
De betrokken functies rondom WZD in Zorgcentrum Huize Rosa	17
Bewoner/cliënt of de (wettelijke) vertegenwoordiger	17
Zorgverantwoordelijke	18
Deskundige van een andere discipline	18
WZD-functionaris	18
Behandelend arts	19
Deskundige 'niet bij de zorg van de bewoner/cliënt betrokken'	19
Externe deskundige (nader te bepalen obv mogelijke wetswijziging)	19
Cliëntenvertrouwenspersoon WZD	19

6. Onvrijwillige opname	21
Opname op basis van besluit tot opname en verblijf van CIZ (art. 21)	21
Onvrijwillige opname	21
Rechterlijke machtiging	21
IBS	22
Verzet tegen voortzetting van het verblijf	22
7. Klachtenregeling WZD	23
Bijlagen:	24
Bijlage 1: Begrippenlijst	24
Bijlage 2: Stappenplan	29
Bijlage 3: Contactgegevens betrokkenen stappenplan	30

1. Leven in vrijheid

Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven en eigen keuzes te maken. Zelf beslissen hoe je je dag doorbrengt, waar je woont en naar welke muziek je luistert. Dit geldt ook voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking. Ze hebben weliswaar zorg en ondersteuning nodig, maar dat is bij voorkeur de zorg waar ze zelf mee instemmen. Daar maken de bewoner/cliënt en zorgverlener samen afspraken over.

Zoveel mogelijk vrijwillig

De Wet Zorg en Dwang (WZD) gaat uit van het principe 'nee, tenzij'. Dit betekent dat zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening (bijvoorbeeld dementie) en mensen met een verstandelijke beperking op vrijwillige basis plaatsvindt, tenzij het vanwege een ernstig nadeel, niet kan. Altijd moet eerst geprobeerd worden de situatie met vrijwillige zorg (= met instemming en zonder verzet van de bewoner/cliënt) op te lossen. Pas als dat niet mogelijk is, mag onvrijwillige zorg worden toegepast, onder bepaalde voorwaarden.

Laatste redmiddel

Soms kunnen mensen met dementie of een verstandelijke beperking niet inschatten wat goed voor hen is. Zorgverleners helpen bij die keuzes en houden rekening met veiligheid en kwaliteit van leven. Dat kan betekenen dat de vrijheid van mensen wordt beperkt. Je gaat daar dus zorgvuldig mee om en kiest er alleen voor als het echt niet anders kan. Het inzetten van zorg die iemand echt niet wil, is altijd een laatste redmiddel.

Volg het stappenplan

Is onvrijwillige zorg toch nodig? Dan zo kort mogelijk en op de minst ingrijpende manier. Daarvoor doorloop je een [stappenplan](#). Je onderzoekt de situatie van de bewoner/cliënt, benoemt de noodzaak van onvrijwillige zorg en onderzoekt of er ook andere oplossingen zijn. Dit doe je in overleg met de bewoner/cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger en met de steun van collega's en deskundigen. Hierbij blijf je steeds opnieuw kijken of de onvrijwillige zorg nog nodig is en of er vrijwillige alternatieven zijn.

Iemand die onder de reikwijdte van de WZD valt, heeft de mogelijkheid om beroep te doen op de cliëntvertrouwenspersoon. De gegevens van de cliëntvertrouwenspersoon wordt bij opname dan wel start WZD verstrekt aan bewoner/cliënt en vertegenwoordiger. De cliëntvertrouwenspersoon geeft kosteloos advies en bijstand over alles wat samenhangt met onvrijwillige zorg. Dit kan gaan over de opname of het verblijf in de accommodatie, maar tevens kan de cliëntvertrouwenspersoon ook ondersteuning bieden bij het doorlopen van de klachtenprocedure. De cliëntvertrouwenspersoon behartigt de belangen van de bewoner/cliënt en/of zijn familieleden/vertegenwoordiger.

De visie en kernwaarden van Huize Rosa zijn leidend voor haar strategie en beleid ten aanzien van onvrijwillige zorg in de zorg. Huize Rosa heeft als visie en kernwaarden:

Zorgcentrum Huize Rosa wil **waardevolle zorg** leveren aan ouderen in een **unieke, persoonlijke** relatie samen met anderen, op basis van gelijkwaardigheid en solidariteit.

We streven naar een woon- en werkgemeenschap van niet al te grote schaal. Betrokkenheid en medemenselijkheid horen van oudsher bij Huize Rosa en zijn de basis voor de omgang met elkaar. In

Huize Rosa is veel ruimte voor bezinning, rust en viering; in de accommodatie, de activiteiten en de sfeer in huis zijn de goede tradities uit het verleden terug te vinden.

Dat betekent dat onvrijwillige zorg in Huize Rosa te allen tijde een uiterst middel is. Wij hechten sterk aan de vrijheid van ieder mens en hebben daarnaast de opdracht hen een veilige en vertrouwde woonomgeving te bieden.

Bij Huize Rosa krijgen bewoners/cliënten zo veel mogelijk bewegingsvrijheid en we doen er alles aan om hen zo veilig mogelijk op pad te laten gaan. Voor optimale rust, privacy en veiligheid kan binnen de kaders van de Wet Zorg en Dwang onvrijwillige zorg worden ingezet. Dat wil zeggen, maatregelen die niet op vrijwillige basis plaatsvinden. Dit kan op dit moment op de woongroepen psychogeriatricie voorkomen en op de woontoren bij de somatische zorgvrager.

Huize Rosa sluit vanuit haar missie en visie aan bij de uitgangspunten van de Wet Zorg en Dwang dat ieder mens het recht heeft om in vrijheid te leven en eigen keuzes mag maken

2. Over de WZD

De Wet op de BOPZ is per 1 januari 2020 vervangen door de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ) en de Wet Zorg en Dwang (WZD). De WZD is van toepassing op bewoners die bij Huize Rosa wonen.

De WZD sluit beter aan bij de zorg van nu en van de toekomst en beschermt de rechtspositie van bewoners/cliënten op een betere manier.

Voor wie is de wet van toepassing?

De WZD is van toepassing op:

- mensen van wie op grond van een WLZ-indicatie blijkt dat zij een psychogeriatriche aandoening of verstandelijke beperking hebben of bij wie een ter zake kundig arts een diagnose voor PG of VG heeft gesteld.
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), Korsakov of Huntington die dezelfde gedragsproblemen en hetzelfde regieverlies ervaren als mensen met dementie of een verstandelijke beperking en die vergelijkbare zorg ontvangen in een zorginstelling.

De nieuwe wet regelt ook de opname in een zorginstelling als mensen dit zelf weigeren terwijl een opname wel noodzakelijk is of als ze er niet zelf meer over kunnen beslissen.

Wat is het verschil tussen WZD en de BOPZ?

Zorgorganisaties gaan veel afspraken en procedures op een andere manier vormgeven. 2020 is daarvoor een overgangsjaar geweest. Denk aan:

- De samenstelling van het multidisciplinaire team dat onvrijwillige zorg beoordeelt en evalueert is aangepast. In de WZD zijn meer disciplines betrokken dan voorheen, afhankelijk van de fase van het stappenplan.
- De WZD heeft een onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon, die niet bij de instelling in dienst is, en een externe klachtencommissie.
- Het CIZ heeft een rol bij het aanvragen van een rechterlijke machtiging.
- Wijzigingen rond registratie en aanlevering van gegevens bij de IGJ.

De rechten van de bewoner/cliënt

In de Wet Zorg en Dwang is vastgelegd dat de bewoner/cliënt recht heeft op:

1. Begrijpelijke informatie over zorg;
2. Zorg waarbij onvrijwillige zorg een laatste redmiddel is dat zo kort en proportioneel mogelijk wordt toegepast;
3. Periodieke evaluatie van het zorgplan;
4. Advies en bijstand van een cliëntenvertrouwenspersoon;
5. Zo nodig: bijstand van een tolk;
6. Mogelijkheid om een klacht in te dienen.

Waar is de WZD van toepassing?

De WZD is cliëntvolgend en kan dus op meerdere plekken gelden. Uitgangspunt is dat de organisatie in haar visie omschrijft of er onvrijwillige zorg, indien noodzakelijk, geleverd kan en of de organisatie dit wil.

De wet geldt voor mensen die te maken krijgen met onvrijwillige zorg en/of onvrijwillige opname.

Binnen Huize Rosa is dit vooralsnog alleen van toepassing op de woongroepen van de intramurale locatie, ook de huiskamer waar de dagbesteding plaats vindt.

Huize Rosa is geregistreerd in het [landelijke, openbare locatieregister Wet Zorg en Dwang](#). Meer hierover lees je in hoofdstuk 6. Het locatieregister is er zodat de IGJ in beeld heeft waar bewoner/cliënten zich bevinden die mogelijk te maken krijgen met onvrijwillige zorg.

WZD of WVGZ?

Een belangrijk uitgangspunt bij beide wetten is dat bewoners/cliënten de juiste zorg ontvangen op de juiste plek. Het kan voorkomen dat iemand met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking ook een psychische stoornis heeft. In dat geval is sprake van multi-problematiek. Iemand kan dan een behandeling krijgen op grond van de WZD of de Wet Verplichte GGZ (WVGZ). Dan wordt vastgesteld wat de beste zorg is en welk wettelijk regime daar op dat moment het beste bij past. De problematiek of stoornis die op dat moment overheerst, is dan leidend. Een ter zake deskundige zorgverlener kan dat vaststellen. De zorgverantwoordelijke onderzoekt zo nodig of zorg in een andere sector passender zou zijn en overweegt welk wettelijk regime het beste bijdraagt aan passende zorg. Hij raadpleegt daarbij professionals van andere

sectoren. De zorgbehoefte van de bewoner/cliënt is hierbij leidend. De wet biedt, op basis van een beoordeling door een arts, hierbij de ruimte om psychische stoornissen binnen het kader van de WZD te behandelen, mits de zorgorganisatie deze zorg en behandeling op verantwoorde wijze kan leveren.

Zorgplan

De WZD stelt eisen aan het maken van afspraken over de zorg en ondersteuning

Deze afspraken staan in het zorgplan en stel je op in samenspraak met de bewoner/cliënt of zijn vertegenwoordiger. Het verlenen van zorg vindt plaats op basis van dit zorgplan. Die zorg sluit zoveel mogelijk aan bij de zorgbehoefte van de bewoner/cliënt met als uitgangspunt dat onvrijwillige zorg niet wordt toegepast, tenzij het niet anders kan.

3. Wat is onvrijwillige zorg?

Preventie van onvrijwillige zorg

In de zorg komen onrust, vallen en probleemgedrag regelmatig voor. Met preventieve maatregelen en het zoeken naar alternatieven kun je hier positieve invloed op uitoefenen:

- Zorg voor een fijne omgeving. Voorkom prikkels die onrust veroorzaken en zorg voor prikkels die bijdragen aan ontspanning en plezier.
- Rapporteer de onrust: wanneer, hoe vaak, hoe lang en waardoor vindt onrust plaats?
- Leer de bewoner/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 bewoner/cliënt doet wat hij doet. Zij kunnen antwoord geven op de vraag waarom vader altijd om 3 uur 's nachts onrustig is of waarom hun zus weigert onder de douche te gaan. Kennis over de levensloop is hierbij essentieel. Het gaat altijd om maatwerk en dat ontstaat alleen door samen te praten over de zorg, multidisciplinair én met de familie.
- Zoek naar vrijwillige alternatieven. Wat dat is, verschilt van mens tot mens. De één vindt een sensor een inperking van zijn privacy, bij de ander zorgt het juist voor een veilig gevoel. Het uitgangspunt bij die keuze is dus altijd het individu met zijn of haar geschiedenis, emoties, waarden en behoeften.
- Zorg voor een adequate dagbesteding. Bewoners/cliënten worden onrustig door verveling en draaien het slaap-dagritme om bij een teveel aan energie of door een gebrek aan activiteiten.
- Zorg voor goed 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.
- In de zorg kom je regelmatig terecht in het spanningsveld tussen vrijheid en veiligheid. Waarvoor kies je bij deze persoon? Telkens opnieuw weeg je dat af en bepaal je in overleg met de bewoner/cliënt, familie en collega's wat het beste past. Bekijk welk (risico op) ernstig nadeel je wilt verminderen en bespreek wat nog acceptabel is. Kies vervolgens de best passende maar minst ingrijpende zorg om dit te bereiken. Niet vóór de bewoner/cliënt, maar mét de bewoner/cliënt. Soms zijn die oplossingen heel eenvoudig. Denk bijvoorbeeld aan

een andere tafelschikking of een vertrouwde knuffel in bed. In andere gevallen gaat het meer over bejegening en tegemoetkomen aan iemands wensen of voorkeuren. Soms gaat het ook om producten die je aanschaft. Hiervoor kun je gebruik maken van de Alternatievenbundel van Vilans.

Alleen als het écht niet anders kan, mag onvrijwillige zorg worden toegepast. Zo kort mogelijk en op de minst ingrijpende manier. Onder onvrijwillige zorg verstaan we:

- zorg waarmee een wilsbekwame bewoner/cliënt niet instemt;
- zorg waarmee de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame bewoner/cliënt niet instemt en de bewoner/cliënt wel instemt;
- zorg waarmee de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame bewoner/cliënt instemt maar waartegen de bewoner/cliënt zich verzet.

Voor de vraag of een bewoner/cliënt zich verzet, is het niet relevant of hij wilsbekwaam is. Ook als de bewoner/cliënt wilsonbekwaam is en zijn vertegenwoordiger daarom namens hem beslist, is het van belang wat de bewoner/cliënt vindt. Verzet een wilsonbekwame bewoner/cliënt zich tegen de zorg? Ook dan is sprake van onvrijwillige zorg.

Wat is verzet?

Niet alle bewoners/cliënten kunnen zeggen of ze iets wel of niet willen. Daarom is het belangrijk dat je doorhebt wanneer iemand zich verzet tegen een maatregel. Ook al lijken de maatregelen die je neemt klein of onschuldig. Elk mens reageert op zijn eigen manier op situaties die hij niet prettig vindt. Dat is afhankelijk van zijn persoonlijkheid, culturele achtergrond, levensgeschiedenis of lichamelijke of psychologische gesteldheid.

Er is sprake van verzet als iemand met woorden, gebaren en/of door gedragsverandering aangeeft dat hij bezwaar heeft tegen de situatie waarin hij terecht is gekomen. Dat kan ook op een non-verbale manier door uitingen van pijn, jammeren of kreunen, aanspannen van spieren, verkramping, slaan en schoppen of wegduwen. Dit is voor de bewoner/cliënt vaak de enige manier om duidelijk te maken dat hij het ergens niet mee eens is. Als zorgmedewerker kun je hier pas goed op reageren als je weet en begrijpt waar het verzet vandaan komt. Let daarom goed op verzet of probleemgedrag dat je waarneemt tijdens het verzorgen of begeleiden van de bewoner/cliënt.

Ieder verzet moet serieus genomen worden en is aanleiding om te beoordelen of hetgeen waartegen de bewoner/cliënt zich verzet misschien achterwege kan blijven en/of er wellicht alternatieven beschikbaar zijn waartegen de bewoner/cliënt zich niet verzet (gebruik daarvoor het stappenplan). Als een wilsonbekwame bewoner/cliënt zich duidelijk en herhaaldelijk verzet tegen een bepaalde vorm van zorg dan zijn daar consequenties aan verbonden: de zorgverlening mag alleen voortgezet worden op basis van het stappenplan voor onvrijwillige zorg. Dit geldt ook als de eerste vertegenwoordiger met de zorg heeft ingestemd en ongeacht welke vorm van zorg het betreft. Ga bij twijfel over het gedrag uit van verzet.

Wilsbekwaam of wilsonbekwaam ter zake

Iemand is wilsbekwaam tenzij is vastgesteld dat hij wilsonbekwaam ter zake is voor een beslissing. Dat wil zeggen: als hij informatie niet goed begrijpt, de gevolgen van een besluit niet overziet of geen besluit kan nemen. Ter zake wil zeggen: wilsonbekwaam voor die specifieke situatie. Iemand kan bijvoorbeeld nog wel zeggen waar hij trek in heeft, maar niet of hij wil verhuizen.

De behandelaar (arts en/of psycholoog) bepaalt of iemand wilsonbekwaam ter zake is aan de hand van de volgende punten:

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

Als iemand wilsonbekwaam ter zake is, neemt de vertegenwoordiger in beginsel de beslissing. Als er geen vertegenwoordiger is, moet de zorgaanbieder stappen ondernemen voor het benoemen van een mentor. Deze beslissing neem je op in het cliëntdossier, samen met bijhorende overwegingen.

Wie kan optreden als eerste vertegenwoordiger van een bewoner/cliënt?

1. de wettelijke eerste vertegenwoordiger van de bewoner/cliënt (curator of mentor);
2. of de persoon die daartoe door de bewoner/cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats te treden;
3. of de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel;
4. of een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de bewoner/cliënt.

Deze opsomming is in volgorde. Bij beslissingen over zorg en behandelingen kijk je dus eerst of er een mentor of curator is, dan of er een schriftelijke gemachtigde is. Zo niet, dan kunnen de partner of de genoemde familieleden eerste vertegenwoordiger zijn.

De vertegenwoordiger moet bij opname geregeld zijn of worden. Er moet een verklaring van bereidheid worden ingevuld, ook door de niet-formele vertegenwoordiger. Bij mentor/curator/bewindvoerder is deze altijd al aanwezig via rechtbank, in andere gevallen veelal niet. In voorkomende gevallen kan altijd met de WZD-functionaris overlegd worden over aanpak en wijze van vastleggen.

Wat als er geen eerste vertegenwoordiger gevonden kan worden?

Als er op deze manier geen eerste vertegenwoordiger te vinden is, dan vraagt de zorginstelling de kantonrechter om een mentor te benoemen.

Wat is goed vertegenwoordigerschap?

Uitgangspunt bij goed eerste vertegenwoordigerschap is dat de bewoner/cliënt zo veel mogelijk zelf beslissingen neemt. Pas als de bewoner dit niet zelf kan (wilsonbekwaam) of wil, neemt de eerste vertegenwoordiger de beslissing. Het belang van de bewoner/cliënt staat voorop. Dat de bewoner/cliënt een eerste vertegenwoordiger heeft, betekent overigens niet dat deze altijd namens de bewoner/cliënt beslist. Als de bewoner/cliënt bij een onderwerp zelf kan beslissen, heeft de eerste vertegenwoordiger geen rol. Samenwerking in de driehoek bewoner/cliënt, vertegenwoordiger en zorgverlener is natuurlijk van belang.

Wat is ernstig nadeel?

Het doel van de inzet van onvrijwillige zorg is het afwenden van ernstig nadeel en het creëren van een veilige woon- en zorgomgeving, waarbij in uiterste gevallen op basis van een zorgvuldig doorlopen besluitvormingsproces het toepassen van onvrijwillige zorg noodzakelijk is gebleken.

We spreken van ernstig nadeel (of een aanzienlijk risico daarop) als:

- de bewoner/cliënt zichzelf of anderen in levensgevaar brengt;
- de bewoner/cliënt zichzelf of anderen ernstig lichamelijk letsel toebrengt;
- de bewoner/cliënt zichzelf of anderen ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade toebrengt;
- de bewoner/cliënt zichzelf of anderen ernstig verwaarloost of maatschappelijk ten onder gaat;
- de ontwikkeling van de bewoner/cliënt ernstig verstoord is of hij andermans ontwikkeling ernstig verstoort;
- de veiligheid van de bewoner/cliënt wordt bedreigd, al dan niet onder invloed van een ander;
- het gedrag van de bewoner/cliënt zo hinderlijk is dat het agressie van anderen oproept;
- de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

De 9 categorieën van onvrijwillige zorg

De WZD geeft 9 categorieën aan van onvrijwillige zorg:

1. Het toedienen van vocht, voeding en medicatie en medische (be)handelingen voor een lichamelijke aandoening bij mensen met een verstandelijke beperking of dementie.
2. Het beperken van de bewegingsvrijheid (ook fixatie).
3. Insluiten (ook separatie).
4. Toezicht op de bewoner/cliënt.
5. Onderzoek van kleding of lichaam.
6. Onderzoek van woonruimte op drugs en gevaarlijke voorwerpen.
7. Controle op drugs.
8. Beperking in het inrichten van het eigen leven waardoor de bewoner/cliënt iets moet doen of laten.
9. Beperking in het ontvangen van bezoek.

Denk aan: medicatie verdekt toedienen, gedragsmedicatie buiten de richtlijn of medische controles.

Denk aan: een diepe stoel, rolstoel op rem of een gordel in rolstoel.

Denk aan: een bewegingsmelder, uitluisterapparatuur, een belmat of valmat.

Denk aan: gebruik van telefoon of computer, wassen of douchen, geen relatie mogen hebben met medebewoners of maximaal 3 koppen koffie per dag mogen.

Wat betekent dit voor medewerkers?

Voor onvrijwillige zorg geldt dus altijd:

- dat dit het laatste redmiddel is;
- dat de zorg in verhouding staat met de inbreuk die het maakt op de vrijheid en het welzijn van de bewoner/cliënt;
- dat altijd de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg wordt gekozen;
- dat het geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen.
- en ook dat de onvrijwillige zorg zo kort als noodzakelijk toegepast mag worden.

Het is belangrijk dat alle medewerkers zich hiervan bewust zijn. Dat betekent dat je onvrijwillige zorg kunt signaleren en herkennen, dat je kennis hebt van en inzicht in valpreventie, probleemgedrag en het voorkomen van onrust en dat je alternatieven kunt inzetten om onvrijwillige zorg te voorkomen. Hiervoor kun je ook gebruik maken van de [Alternatievenbundel](#) van Vilans en deze onderwerpen komen ook terug in scholing en natuurlijk tijdens het multidisciplinair overleg met bewoner/cliënten.

Wanneer volg je het WZD-stappenplan?

- Bij onvrijwillige zorg, dus zorg waar iemand zich tegen verzet of waar een vertegenwoordiger niet mee instemt, die nodig is om ernstig nadeel te voorkomen en waarvoor het niet gelukt is om een vrijwillig alternatief te vinden.
- bij 3 van de eerdergenoemde 9 categorieën onvrijwillige zorg, moet altijd het stappenplan gevolgd worden. Ook al is bewoner/cliënt en/of vertegenwoordiger akkoord met de maatregelen. Dit zijn: psychofarmaca buiten de richtlijn, het beperken van de bewegingsvrijheid of het toepassen van een vorm van insluiting (art. 2.2. WZD).

Huisregels

Ook de huisregels van een organisatie kunnen beperkingen bevatten in het doen en laten van bewoner/cliënten. Het is belangrijk dat huisregels alleen regels bevatten die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken en voor de veiligheid in de accommodatie. Huisregels zijn voor iedereen geldig en bevatten dus nooit individuele zorgafspraken. Ook mogen huisregels niet gebruikt worden als verkapt middel om onvrijwillige zorg in op te nemen.

Onvrijwillige zorg in onvoorziene of noodsituaties

Soms moet je ingrijpen om ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen in een nood- of onvoorziene situatie en heb je geen tijd om te overleggen. Ook in deze gevallen maakt de zorgverantwoordelijke altijd de afweging of de onvrijwillige zorg die je gaat toepassen in verhouding staat tot het ernstig nadeel (proportioneel), of er geen andere vrijwillige alternatieven zijn (subsidiar) en of het daadwerkelijk helpt bij het tegengaan van het ernstig nadeel (effectiviteit).

De zorgverantwoordelijke beslist of onvrijwillige zorg moet worden toegepast als het zorgplan daar niet in voorziet. De zorgverantwoordelijke moet dit besluit schriftelijk vastleggen. Daarin moet staan;

- waarom onvrijwillige zorg noodzakelijk is;
- hoe het toezicht is geregeld;
- hoe lang de onvrijwillige zorg verleend kan worden (dit is maximaal twee weken).

Is de zorgverantwoordelijke zelf geen arts? Dan moet hij of zij het besluit vooraf bespreken met een arts die bij de zorg betrokken is. Dit geldt alleen als de onvrijwillige zorg bestaat uit:

- medisch handelen
- een beperking van de bewegingsvrijheid
- insluiting

De zorgverantwoordelijke informeert, zo mogelijk vooraf, de WZD-functionaris over het verlenen van onvrijwillige zorg in deze situaties.

De zorgverantwoordelijke neemt samen met de arts, de beslissing. De zorgverantwoordelijke informeert, zo mogelijk vooraf, de WZD-functionaris, de vertegenwoordiger en de bewoner/cliënt over het verlenen van onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie, tenzij dit informeren ernstig nadeel voor de bewoner/cliënt zou opleveren. De toepassing duurt zo kort mogelijk, en maximaal twee weken. Als de inschatting is dat de onvrijwillige zorg verlengd moet worden, dan wordt binnen deze twee weken het stappenplan gestart. De zorgverantwoordelijke stemt hierin altijd af met de WZD-functionaris. In een acute noodsituatie - bijvoorbeeld als de bewoner/cliënt agressief wordt - kan een zorgverlener ingrijpen zonder een schriftelijke beslissing.

Randvoorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg

Aan de toepassing van onvrijwillige zorg in de praktijk zijn een aantal voorwaarden verbonden. De veiligheid van de bewoner/cliënt staat voorop. Dit vraagt om een goede dialoog met de bewoner/cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger, een goede risico-inschatting en deskundige medewerkers.

Risico-inschatting

In het verplichte multidisciplinaire overleg over de toepassing van onvrijwillige zorg wordt de risico-inschatting besproken. Onder andere op welke wijze men toezicht op de bewoner/cliënt houdt en hoeveel zorgverleners op het moment van de uitvoering aanwezig zijn. Denk bijvoorbeeld aan fysiek verzet of aan een bewoner/cliënt die gedwongen medicatie krijgt en na de toediening in de gaten moet worden gehouden. Er kunnen immers bijwerkingen optreden en het is niet duidelijk hoe de bewoner/cliënt hierop gaat reageren. De afspraken hierover worden in afstemming met de bewoner/cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger vastgelegd in het zorgplan.

Deskundige zorgverleners

Van zorgverleners wordt gevraagd kennis te hebben van en ervaring met het daadwerkelijk toepassen van de diverse vormen van onvrijwillige zorg en de risico's daarvan. Bijvoorbeeld het gebruik van een gordel in de rolstoel, bedhekken of sensoren in de kamer of bij het bed. Daarnaast is het van belang dat zij blijven zoeken naar vrijwillige alternatieven en zich ervan bewust zijn dat deze alternatieven er kunnen zijn.

Overdracht bij ziekenhuisopname

Als een bewoner/cliënt die onvrijwillige zorg krijgt wordt opgenomen in het ziekenhuis dan gaat alle informatie uit het ECD over onvrijwillige zorg mee naar het ziekenhuis via een digitale overdracht of op papier. De WZD Functionaris wordt hiervan op de hoogte gesteld.

4. Het stappenplan

Door gedrag dat voortkomt uit de dementie of de verstandelijke beperking of een gelijkgestelde aandoening, kan een situatie ontstaan met (risico op) ernstig nadeel voor de bewoner/cliënt of zijn omgeving. In die situatie gaat de zorgverantwoordelijke in gesprek met een deskundige van een andere discipline. Doel van dit gesprek: door analyse en overleg komen tot vrijwillige oplossingen voor het ernstig nadeel.

Op zoek naar vrijwillige alternatieven (art. 9 WZD)

Vragen die je hierbij kunt stellen zijn:

1. Hoe groot is het risico op ernstig nadeel?
2. Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
3. Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
4. Zijn er alternatieven die voor deze bewoner/cliënt vallen onder vrijwillige zorg?
5. Als de bewoner/cliënt thuis woont: is de thuissituatie geschikt voor toepassing van de alternatieven?

Bij het zoeken naar alternatieven kun je gebruik maken van de [Alternatievenbundel](#) van Vilans.

Kun je geen vrijwillige alternatieven vinden en is onvrijwillige zorg nodig? Pas dat dan zo kort mogelijk en op de minst ingrijpende manier toe. Daarvoor volg je een stappenplan. Je onderzoekt de situatie van de bewoner/cliënt, benoemt de noodzaak van onvrijwillige zorg en onderzoekt of er ook andere oplossingen zijn. Dit doe je in overleg met de bewoner/cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger en met de steun van collega's en deskundigen. Samen kom je tot een besluit over het toepassen van onvrijwillige zorg en samen kijk je steeds opnieuw of de maatregel nog nodig is. Mocht de bewoner/cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger het er niet mee eens zijn, dan kan de bewoner/cliënt ook advies en bijstand van een cliëntenvertrouwenspersoon in winnen. De bewoner/cliënt heeft altijd recht op een cliëntenvertrouwenspersoon.

Kun je wel vrijwillige alternatieven vinden? Neem deze dan op in het zorgplan als vrijwillige zorg. Wees je ervan bewust dat de situatie kan veranderen waardoor toch een risico op ernstig nadeel ontstaat of de bewoner/cliënt zich alsnog verzet. Dan is het stappenplan WZD van toepassing.

Het stappenplan WZD wordt gevolgd als:

1. de bewoner/cliënt zich verzet tegen de zorg en het niet lukt om een vrijwillig alternatief te vinden;
2. je bij een ter zake wilsonbekwame bewoner/cliënt overweegt gedrag beïnvloedende medicatie toe te passen buiten de richtlijn probleemgedrag, de bewegingsvrijheid te beperken of bij insluiting, ook als de bewoner/cliënt of de eerste vertegenwoordiger zich hiertegen niet verzet(ten).

De WZD geeft vier onderwerpen op die in ieder geval besproken worden tijdens de overweging:

1. Welk ernstig nadeel dreigt en hoe groot is het risico dat dit ernstig nadeel zich inderdaad zal voordoen? En wat zijn de consequenties?
2. Waardoor wordt het gedrag veroorzaakt dat tot ernstig nadeel leidt?

3. Welke rol speelt de interactie tussen bewoner/cliënt en omgeving hierbij?
4. Kan het ernstig nadeel worden voorkomen met zorg op vrijwillige basis?

Als onvrijwillige zorg écht de enige manier is om ernstig nadeel te voorkomen, wordt dit opgenomen in het zorgplan. Dit is altijd maatwerk. Een multidisciplinair team kiest voor de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg, voor zo'n kort mogelijke tijd. De inhoudelijke vastlegging van de analyse, de verwachte impact van de onvrijwillige zorg op de bewoner/cliënt, de overwegingen en het multidisciplinaire afstemmen over de inzet van de onvrijwillige zorg wordt bij Huize Rosa in het Elektronisch Cliëntendossier vastgelegd.

In bijlage 2 vind je het stappenplan in een stroomschema weergegeven.

Tabel 1. Stappenplan

Stap /MDO	Wat doe je?	Wie is bij de besluitvorming betrokken?	Maximale toepassing onvrijwillige zorg?
1.	Besluiten over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan.	Bewoner/cliënt en/of diens vertegenwoordiger ¹ , zorgverantwoordelijke, deskundige van andere discipline, arts ² , WZD-functionaris (beoordeelt het plan).	3 maanden
2.	Afwegen of onvrijwillige zorg nog steeds nodig is, in overleg met niet bij de zorg betrokken deskundige collega (1 ^e verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden).	Zie Stap/MDO 1 + deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is.	3 maanden
3.	Afwegen of onvrijwillige zorg nog steeds nodig is. Zo ja, dan wordt in de komende 3 maanden georganiseerd dat een externe deskundige advies geeft (2 ^e verlenging).	Zorgverantwoordelijke.	3 maanden
4.	Overleg over het advies van de externe deskundige over de toepassing van onvrijwillige zorg, mogelijkheden tot afbouw of inzet van alternatieven (3 ^e verlenging).	Zie MDO 1 + deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is + externe deskundige. NB. Het voornemen is om de wet aan te passen en de externe deskundige niet meer op te nemen.	6 maanden
5.	MDO met evaluatie onvrijwillige zorg, iedere 6 maanden.	Zie MDO 1 + deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is.	6 maanden

1. Met bewoner/cliënt en/ of diens vertegenwoordiger afstemmen hoe ze bij de besluitvorming betrokken willen worden.
2. De arts wordt bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiten

Let op!

Als tijdens het MDO wordt besloten om de onvrijwillige zorg te vervangen door een andere vorm van onvrijwillige zorg dan wordt de huidige maatregel beëindigd en wordt een nieuwe vorm van onvrijwillige zorg aangemaakt en vastgelegd. Het [stappenplan](#) kan worden vervolgd.

Tip: De [casuschecker](#) van Zorg voor Beter kan je helpen te bepalen om het stappenplan in te zetten. Samengevat:

1. Is de wet op deze persoon van toepassing (kijk naar de doelgroep)?
2. Is er sprake van ernstig nadeel en is er aanleiding om zorg behorend tot de negen categorieën van de WZD op te nemen in het zorgplan?
3. Heeft de bewoner/cliënt of de eerste vertegenwoordiger met deze zorgvorm ingestemd en is er GEEN sprake van verzet?
4. Is de bewoner/cliënt wilsonbekwaam ter zake en is er sprake van zorg behorende tot de drie uitzonderingen: insluiting, beperking bewegingsvrijheid, gedragsmedicatie buiten richtlijn? Hierbij is altijd het stappenplan van toepassing.
5. Bij toepassing van onvrijwillige zorg: zijn de randvoorwaarden geregeld?

In hoofdstuk 5 beschrijven we de verschillende rollen in het stappenplan.

Bespreekpunten MDO's

Vanaf MDO 1 vervolg en vastlegging in het zorgplan. Inhoudelijk bespreek je samen in de MDO's de volgende punten:

- Welk risico op ernstig nadeel is er? Voor wie? En hoe ernstig is het?
- Wat veroorzaakt het gedrag?
- Beïnvloed de omgeving het gedrag en kunnen veranderingen hierin de situatie verbeteren?
- Zijn er (nieuwe) alternatieven voor vrijwillige zorg?
- Is de onvrijwillige zorg (nog steeds) noodzakelijk om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden?
- Welke vorm van onvrijwillige zorg is (het meest) effectief om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden?
- Zijn er geen minder ingrijpende mogelijkheden om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden (subsidiariteit)?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Is de bewoner/cliënt wilsbekwaam of wilsonbekwaam om te kunnen beslissen over de inzet van deze zorg?
- Wat is de impact van de onvrijwillige zorg op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de bewoner/cliënt en hoe kun je die verminderen?
- Hoe lang duurt de onvrijwillige zorg en hoe vaak wordt het toegepast?
- Wie past de onvrijwillige zorg toe?
- Is de situatie geschikt voor de toepassing van onvrijwillige zorg?
- Is een afbouwplan van de onvrijwillige zorg naar vrijwillige zorg of een minder ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg mogelijk?
- Wordt het advies van de externe deskundige opgevolgd en hoe?
- Hoe wordt de continuïteit in zorg gewaarborgd?
- Hoe vindt het toezicht op de onvrijwillige zorg plaats en hoe wordt de kwaliteit bewaakt?

5. Betrokkenen stappenplan

De WZD kent een aantal specifieke taken, verantwoordelijkheden en rollen. Een passend scholingsaanbod kan nuttig en nodig zijn om de betrokken functionarissen van dienst te zijn hun taken goed uit te voeren. De betrokken functies rondom WZD in Huize Rosa zijn:

De betrokken functies rondom WZD in Zorgcentrum Huize Rosa

- Cliëntvertrouwenspersoon
- Zorgverantwoordelijke
- Deskundige andere discipline
- WZD functionaris
- Behandelend arts
- Deskundige niet bij de zorg betrokken
- Externe deskundige
- Klachtenfunctionaris WZD

Voor specifieke contactgegevens zie [bijlage 3](#).

Bewoner/cliënt of de (wettelijke) vertegenwoordiger

De bewoner/cliënt en zijn (wettelijk) vertegenwoordiger worden nauw betrokken bij het doorlopen van de stappen. De bewoner/cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger weten dat ze ondersteuning kunnen vragen van de bewoner/cliëntenvertrouwenspersoon. De zorgverantwoordelijke spant zich in om instemming met het zorgplan te krijgen van de bewoner/cliënt. Als de bewoner/cliënt hierover geen weloverwogen besluit kan nemen, is instemming van de eerste vertegenwoordiger nodig. Lukt het niet om die instemming te krijgen? Dan kan de zorgverantwoordelijke een besluitvormingsprocedure starten om de zorg toch in het zorgplan op te nemen.

Bij die procedure staan de bewoner/cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger niet buiten spel. De zorgverantwoordelijke stelt de bewoner/cliënt of zijn eerste vertegenwoordiger in de gelegenheid om aanwezig te zijn bij het multidisciplinaire overleg over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan (stap 1) én bij het uitgebreide multidisciplinaire overleg over iedere verlenging van de termijn waarin onvrijwillige zorg wordt verleend (stap 2, 4, 5). Als de bewoner/cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger in de loop van de besluitvormingsprocedure hun verzet tegen de zorgverlening staken, is er geen sprake meer van onvrijwillige zorg. Het zorgplan kan dan weer halfjaarlijks geëvalueerd worden op basis van overleg met de zorgverantwoordelijke. Is de bewoner/cliënt wilsonbekwaam ter zake en voorziet het zorgplan in het toedienen van gedrag beïnvloedende of sederende medicatie in strijd met de professionele richtlijn probleemgedrag? Of in een beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting? Dan is evaluatie in het uitgebreid deskundigenoverleg altijd nodig, óók als de bewoner/cliënt of zijn eerste vertegenwoordiger zich daartegen niet (meer) verzetten.

Zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke (bij Huize Rosa is dit de EVV-er) is verantwoordelijk voor:

- Het opstellen, evalueren en zo nodig aanpassen van het zorgplan.
- Overleggen met de bewoner/cliënt en de eerste vertegenwoordiger.
- Het multidisciplinair overleg volgens het stappenplan en het uitnodigen van alle betrokkenen.
- De aanpassing van het zorgplan volgens het stappenplan als blijkt dat de vrijwillige zorg in het zorgplan niet voldoende is om ernstig nadeel te voorkomen.
- Het geven van toestemming in een situatie waarin onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt toegepast.
- Het voeren van nauw overleg met de verschillende deskundigen en het toetsen bij de WZD-functionaris.

De zorgaanbieder beslist zelf wie hij als zorgverantwoordelijke aanwijst. Dit is afhankelijk van de complexiteit, zorgzwaarte en zorgproblematiek van de bewoner/cliënt en de context waarin hij de zorg ontvangt. De zorgverantwoordelijke is een beroepsbeoefenaar van ten minste mbo-niveau 3. Bij Huize Rosa wordt vooralsnog voor de EVV-ers gekozen voor wat betreft het vervullen van deze rol. Zij kunnen altijd de hulp in roepen van een teamleider en de WZD-functionaris.

Deskundige van een andere discipline

Bij beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan overlegt de zorgverantwoordelijke met een deskundige van een andere discipline dan de zijne, dus iemand met een andere opleiding of functie dan de zorgverantwoordelijke. Wie dat is laat de wet open. De deskundige van een andere discipline heeft de rol van overlegpartner. Hij is betrokken bij ieder besluit tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij ieder besluit tot verlenging van de termijn waarin die onvrijwillige zorg verleend wordt.

WZD-functionaris

Beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan legt de zorgverantwoordelijke ter beoordeling voor aan de WZD-functionaris. De WZD-functionaris is een ter zake kundige arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die niet als behandelaar betrokken is. De WZD-functionaris 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. Vindt hij dat dit niet het geval is? Dan moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan wijzigen.

De WZD-functionaris toetst het zorgplan ook bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend wordt. De WZD-functionaris bewaakt de kwaliteit van de onvrijwillige zorg en geeft zo nodig advies aan manager welzijn en zorg en/of bestuurder over het beleid rond onvrijwillige zorg.

Behandelend arts

Als de zorgverantwoordelijke bij Huize Rosa zelf geen arts is, kan hij bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan opnemen als een bij de zorg betrokken specialist ouderenzorg daarmee heeft ingestemd. Het gaat dan om medisch of therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting. De behandelend arts beoordeelt dan of het gedrag dat aanleiding is om onvrijwillige zorg te overwegen, wellicht een medische oorzaak heeft. Deze instemming is ook nodig bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend.

Deskundige 'niet bij de zorg van de bewoner/cliënt betrokken'

Deze deskundige heeft alleen een rol bij beslissingen over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend. Van hem wordt de frisse blik van een buitenstaander verwacht die wellicht leidt tot nieuwe inzichten waardoor onvrijwillige zorg niet meer nodig is. Deze deskundige heeft de rol van overlegpartner voor de zorgverantwoordelijke. De wet stelt als enige eis dat het om een deskundige gaat die niet bij de zorgverlening is betrokken. Het mag dus iemand zijn met dezelfde functie als de zorgverantwoordelijke.

Externe deskundige (nader te bepalen obv mogelijke wetswijziging)

De zorgverantwoordelijke vraagt advies aan een externe deskundige als hij overweegt om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen en als het niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen zes maanden af te bouwen. Het advies van de externe deskundige is niet per definitie bindend. Als het team van dit advies af wil wijken dan moet dat goed beargumenteerd worden. De externe 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.

Cliëntenvertrouwenspersoon WZD

De WZD introduceert de cliëntenvertrouwenspersoon WZD. De cliëntvertrouwenspersoon (CVP) is beschikbaar voor alle bewoner/cliënten die vallen onder de reikwijdte van de WZD en/of hun vertegenwoordigers. Het is de taak van deze persoon om de bewoner/cliënt en/of diens vertegenwoordiger op hun verzoek te adviseren en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de bewoner/cliënt, met zijn opname en verblijf in een accommodatie, of met het doorlopen van de klachtenprocedure van de WZD. Daarnaast legt de CVP WZD proactieve locatiebezoeken af om laagdrempelig met de doelgroep in contact te komen. De cliëntenvertrouwenspersoon WZD heeft ook een wettelijke taak (WZD, art 57 t/m 59) om signalen over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf te melden, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van de bewoner/cliënt. Een signaal attendeert de zorgaanbieder op het feit dat er ergens in de uitvoering of structuur van de zorg een objectief meetbare tekortkoming in het cliëntrecht is. Het signaleren kan bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de zorg en gebeurt in principe, conform het signaleringskader CVP WZD van de Landelijke Faculteit, bij de zorgaanbieder. De CVP bespreekt dit met de zorgaanbieder en als het signaal niet of niet voldoende wordt opgepakt moet de CVP dit melden aan de IGJ. De CVP WZD signaleert, maar handhaaft niet. Dit is een taak van de IGJ. De CVP

WZD geeft voorlichting over zijn werkzaamheden.

De cliëntenvertrouwenspersoon WZD is niet in dienst bij de zorgaanbieder om zo zijn werk onafhankelijk te kunnen uitvoeren. Voor de inzet van de CVP hebben de zorgkantoren vier CVP-aanbieders gecontracteerd die allen in een eigen regio werkzaam zijn.

Er is een [Landelijke Faciliteit](#) die de kwaliteit van het CVP werk monitort aan de hand van het kwaliteitskader wat is opgesteld. Daar vind je alle informatie over de cliëntenvertrouwenspersoon en de CVP-aanbieders.

Tabel 2. Overzicht CVP-aanbieder per zorgkantorregio

Zorgkantorregio	CVP-aanbieder	Website
Friesland, Groningen en Drenthe	Quasir	www.quasir.nl
Twente en Zwolle	LSR	www.hetlsr.nl
Arnhem, Apeldoorn/Zutphen, Midden IJssel	Zorgbelang	www.adviespuntzorgbelang.nl
Nijmegen, Noordoost Brabant, Waardenland en Midden Brabant	Zorgbelang	www.adviespuntzorgbelang.nl
Zuidoost Brabant, Noord en Midden Limburg en Zuid-Limburg	Zorgbelang	www.adviespuntzorgbelang.nl
Zeeland, Zuid-Hollandse-Eilanden, West-Brabant, Rotterdam	LSR	www.hetlsr.nl
Westland Schieland Delfland, Haaglanden, Midden Holland, Zuidholland Noord	AKJ (Zorgstem)	www.zorgstemvertrouwenspersonen.nl
Amstelland en de Meerlanden, Kennemerland, Amsterdam, Zaanstreek /Waterland, Noord-Holland Noord	AKJ (Zorgstem)	www.zorgstemvertrouwenspersonen.nl
Utrecht, 't Gooi en Flevoland	AKJ (Zorgstem)	www.zorgstemvertrouwenspersonen.nl

6. Onvrijwillige opname

Bijna iedereen komt vrijwillig naar Zorgcentrum Huize Rosa. We spreken van een vrijwillige opname als een bewoner/cliënt weloverwogen besluit om te verhuizen naar een locatie waar zorg in combinatie met verblijf wordt geboden. Kan de bewoner/cliënt geen weloverwogen besluit nemen of verzet hij zich? Dan zijn er verschillende andere mogelijkheden.

Opname op basis van besluit tot opname en verblijf van CIZ (art. 21)

Is een bewoner/cliënt niet in staat om weloverwogen te besluiten tot opname maar verzet hij zich niet? Dan kun je bij het CIZ een aanvraag doen voor opname en verblijf (de opvolger van beoordeling op basis van art. 60 Bopz).

Het CIZ neemt uitsluitend een besluit tot opname en verblijf als:

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

Onvrijwillige opname

We spreken van een onvrijwillige opname als:

- de bewoner/cliënt 12 jaar of ouder is en zich verzet tegen de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf;
- de eerste vertegenwoordiger zich verzet tegen de opname en het verblijf of voortzetting van het verblijf;
- de ouders, die gezamenlijk het gezag over de betrokkene uitoefenen, van mening verschillen over de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf.

In deze gevallen kan de bewoner/cliënt alleen worden opgenomen op basis van een rechterlijke machtiging (RM) of een beschikking tot inbewaringstelling (IBS).

Rechterlijke machtiging

De rechter kan besluiten dat een bewoner/cliënt die zich verzet, voor zijn eigen veiligheid, toch beter bij een zorgorganisatie kan wonen. Dit gebeurt met een rechterlijke machtiging (RM). De rechter verleent deze machtiging voor maximaal 6 maanden, op verzoek van het CIZ, als naar het oordeel van de rechter:

- het gedrag van de bewoner/cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
- de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
- de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en;
- er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

IBS

In crisissituaties kan iemand met een beschikking tot inbewaringstelling (IBS) worden opgenomen voor maximaal 3 dagen. De beschikking wordt afgegeven door de burgemeester en wordt alleen genomen als naar zijn oordeel:

- er sprake is van ernstig nadeel;
- het ernstig nadeel zodanig onmiddellijk dreigend is dat een RM niet kan worden afgewacht;
- het ernstige vermoeden bestaat dat dit ernstige nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan;
- de IBS noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
- de IBS geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en;
- er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

Verzet tegen voortzetting van het verblijf

Als een bewoner/cliënt vrijwillig of met een besluit tot opname en verblijf door het CIZ (artikel 21) is opgenomen en zich verzet tegen de zorg en/of tegen voortzetting van het verblijf, moet tijdig een RM of een IBS worden aangevraagd als dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen en er geen alternatieven zijn. De zorgverantwoordelijke overlegt hierover met de betrokkenen van het stappenplan en vraagt zo nodig advies van de externe deskundige.

7. Klachtenregeling WZD

Binnen twee weken na de start van de zorgverlening informeert Huize Rosa de bewoner/cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger over het klachtenreglement en het indienen van de klacht bij de externe commissie. Voor klachten die voortkomen uit de WZD geldt een aparte klachtenregeling WZD en een externe klachtencommissie WZD.

Wat doet een externe klachtencommissie WZD?

De klachtencommissie WZD behandelt uitsluitend klachten over onvrijwillige zorg op basis van de WZD. De klachtencommissie WZD doet een bindende uitspraak en kan de klager een schadevergoeding toekennen. De klacht kan vervolgens, zowel door de klager als door de zorgaanbieder, worden voorgelegd aan de rechtbank.

Op welke klachten is deze klachtenregeling van toepassing?

Er zijn zeven onderwerpen waarover op basis van de WZD een klacht kan worden ingediend:

1. een oordeel over wilsbekwaamheid;
2. beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan of verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt toegepast;
3. besluiten over de uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan;
4. besluiten over de uitvoering van onvrijwillige zorg in onvoorziene omstandigheden;
5. naleven van de verplichting om het dossier bij te houden voor zover dat betrekking heeft op onvrijwillige zorg;
6. besluiten over verlof en ontslag;
7. naleving van verplichtingen door de WZD-functionaris en besluiten van de WZD-functionaris.

Overige klachten worden niet behandeld door de externe klachtencommissie WZD, maar op basis van de klachtenregeling van de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz).

In de klachtenregeling van Huize Rosa is opgenomen dat WZD-klachten worden behandeld door de landelijke klachtencommissie **KCOZ**.

Bijlagen:

Bijlage 1: Begrippenlijst

Accommodatie

Bouwkundige voorziening of een deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend.

Besluit tot opname en verblijf (artikel 21)

Een besluit tot opname en verblijf is bedoeld voor bewoner/cliënten die zelf geen weloverwogen beslissing kunnen nemen over een opname, maar zich er ook niet tegen verzetten. Het CIZ geeft dit besluit af. Het besluit tot opname en verblijf is de nieuwe naam voor de Bopz-toets (opname zonder instemming, zonder verzet op grond van artikel 60 Wet Bopz).

Bewoner/cliënten met een besluit tot opname en verblijf kunnen alleen worden opgenomen in een geregistreerde accommodatie.

Een besluit tot opname en verblijf is maximaal vijf jaar geldig. Als voortzetting van de opname nodig is, kan het CIZ een nieuw besluit tot opname en verblijf nemen.

Bewoner/cliënt

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

Deskundige van een andere discipline

Bij beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan overlegt de zorgverantwoordelijke met een deskundige van een andere discipline dan de zijne. Wie dat is laat de wet open. De deskundige van een andere discipline heeft de rol van overlegpartner van de zorgverantwoordelijke. Hij wordt betrokken bij ieder besluit tot opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan en bij ieder besluit tot verlenging van de termijn waarin die onvrijwillige zorg verleend kan worden.

Deskundigenoverleg

Het overleg dat de zorgverantwoordelijke volgens het stappenplan WZD voert met de deskundige van een andere discipline over opname van onvrijwillige zorg. Met de term 'uitgebreid deskundigenoverleg' (ook wel multidisciplinair overleg) wordt het overleg aangeduid dat de zorgverantwoordelijke voert over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend. De zorgverantwoordelijke stelt de bewoner/cliënt of zijn eerste vertegenwoordiger in de gelegenheid om aanwezig te zijn bij dit overleg.

Externe deskundige

Een externe deskundige wordt betrokken als de onvrijwillige zorg voor de tweede keer wordt verlengd. Deze personen kunnen als externe deskundige optreden:

- In de gehandicaptenzorg: een arts voor verstandelijk gehandicapten, een psychiater, een gezondheidspsycholoog, een orthopedagoog-generalist of een verpleegkundige.

- In de ouderenzorg: een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, een gezondheidspsycholoog of een verpleegkundige.

De externe deskundige heeft de rol van adviseur van de zorgverantwoordelijke.

De externe deskundige heeft aantoonbare ervaring in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe de betrokken bewoner/cliënt behoort. De externe deskundige is niet in dienst van of gedetacheerd bij de zorgaanbieder van de bewoner/cliënt en is ook niet op andere wijze betrokken bij de behandeling of verzorging van de bewoner/cliënt.

Ernstig nadeel

Artikel 1, lid 2 WZD onderscheidt de volgende vormen van ernstig nadeel:

- Levensgevaar voor de bewoner/cliënt of iemand anders.
- Ernstige psychische, materiële of financiële schade voor de bewoner/cliënt of iemand anders.
- Ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang van de bewoner/cliënt of iemand anders.
- Ernstige verstoorde ontwikkeling van de bewoner/cliënt of iemand anders.
- Bedreiging van de veiligheid van de bewoner/cliënt bijvoorbeeld doordat hij onder invloed van een ander raakt.
- Hinderlijk gedrag van de bewoner/cliënt, dat agressie van anderen oproept.
- Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Mentor

Mentorschap is een maatregel om iemand te beschermen die niet goed kan beslissen over zijn verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. De kantonrechter kan een mentor aanstellen die de persoonlijke (niet-financiële) zaken van deze persoon regelt. De persoon voor wie de rechter een mentor benoemt, heet de betrokkene. De betrokkene blijft handelingsbekwaam en mag bijvoorbeeld zelf zijn testament laten opstellen.

Bewindvoerder

Dit is een wettelijk eerste vertegenwoordiger van de bewoner/cliënt, benoemd door de rechter. Bewind is een maatregel om iemand te beschermen die niet goed voor zijn geldzaken en zijn bezit kan zorgen. De persoon van wie het bezit onder bewind staat, heet de betrokkene. De betrokkene mag bijvoorbeeld niet alleen beslissen over zijn geld, auto en woning.

Curator

Dit is een wettelijk eerste vertegenwoordiger van de bewoner/cliënt, benoemd door de rechter. Als iemand zijn geldzaken én persoonlijke zaken niet kan regelen. De kantonrechter benoemt een curator die dit voor hem doet. Iemand die onder curatele staat is handelingsonbekwaam. Dit betekent dat hij bijvoorbeeld geen gezag over kinderen kan hebben. En hij kan niet alleen besluiten om te trouwen of een testament te maken.

Onvrijwillige opname

Als een bewoner/cliënt zich tegen opname verzet kan hij worden opgenomen op basis van een rechterlijke machtiging (RM) of, in crisissituaties, op basis van een beschikking tot inbewaringstelling (ibs). Een RM wordt afgegeven door het CIZ, een Ibs wordt afgegeven door de burgemeester.

Onvrijwillige zorg

Onder onvrijwillige zorg verstaat de WZD zorg waarmee de bewoner/cliënt of zijn vertegenwoordiger

niet instemt en zorg waarmee de eerste vertegenwoordiger heeft ingestemd, maar waartegen de bewoner/cliënt zich verzet. Onvrijwillige zorg kan bestaan uit:

- toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- beperken van de bewegingsvrijheid;
- insluiten;
- uitoefenen van toezicht op 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, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Als de volgende drie vormen van zorgverlening in het zorgplan van een wilsonbekwame bewoner/cliënt worden opgenomen, is de besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige zorg *altijd van toepassing*, ook als de eerste vertegenwoordiger instemt met deze zorg en de bewoner/cliënt zich daartegen niet verzet:

- toediening van gedrag beïnvloedende/sederende medicatie als daarbij niet gehandeld wordt in overeenstemming met professionele richtlijnen, zoals de richtlijn Probleemgedrag van Verenso of de richtlijn Voorschrijven van psychofarmaca van de NVAVG;
- beperking van de bewegingsvrijheid: wanneer een bewoner/cliënt niet kan gaan en staan waar hij wil en als de mogelijkheden van de bewoner/cliënt om zijn lichaam of lichaamsdelen te bewegen worden beperkt;
- insluiting: wanneer de ruimte waarin de bewoner/cliënt zich bevindt wordt afgesloten.

Eerste vertegenwoordiger van de bewoner/cliënt

1. Wettelijke eerste vertegenwoordiger (bij minderjarige bewoner/cliënten).
2. Gemachtigden.
3. Echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel van bewoner/cliënt.
4. Ouder, kind, broer, zus, grootouders, kleinkinderen van de bewoner/cliënt.
5. Wettelijke eerste vertegenwoordigers hebben voorrang en vervolgens gemachtigden. Ontbreken deze, dan kunnen personen uit de categorieën 3 respectievelijk 4, de bewoner/cliënt vertegenwoordigen.

WZD-functionaris

De zorgverantwoordelijke moet een zorgplan waarin hij onvrijwillige zorg wil opnemen ter beoordeling voorleggen aan de WZD-functionaris. De WZD-functionaris beoordeelt of het zorgplan of ondersteuningsplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen. Is dit zijns inziens niet het geval, dan moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan wijzigen. De WZD-functionaris toetst het zorgplan niet alleen als de zorgverantwoordelijke opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan

noodzakelijk vindt, maar ook bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.

De WZD-functionaris is aangewezen om toe te zien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg. In dat kader kan hij het zorgplan laten aanpassen. Ook verlof en ontslag is alleen mogelijk met zijn toestemming, eventueel onder met hem afgestemde voorwaarden of beperkingen.

De functie van WZD-functionaris kan worden vervuld door een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk beperkten, gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog-generalist. Om de kleine zorgaanbieders niet te benadelen, hoeft de WZD-arts niet in dienst te zijn bij de zorgaanbieder, maar kan ook op contractbasis worden aangesteld.

Zorgplan

Behandelplan en het zorg(leef)plan.

Zorgverantwoordelijke

De zorgaanbieder moet voor iedere bewoner/cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijzen. Zijn (of haar) taak is het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan. De zorgverantwoordelijk overlegt met de bewoner/cliënt en zijn vertegenwoordiger over het zorgplan. Verder richt de zorgverantwoordelijke een dossier voor de bewoner/cliënt in. De zorgverantwoordelijke heeft de rol van beslisser. Voor die beslissingen moet hij echter wel anderen raadplegen en/of goedkeuring van anderen krijgen.

De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor het opstellen, het vaststellen, het uitvoeren, het evalueren en zo nodig het periodiek aanpassen van een zorgplan. De zorgverantwoordelijke overlegt met de bewoner/cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger voorafgaand het dossier van de bewoner/cliënt wordt inricht. De zorgverantwoordelijke is verder verantwoordelijk voor:

- de opstelling van een zorgplan waar de bewoner/cliënt mee instemt;
- de aanpassing van het zorgplan volgens het stappenplan als de opgenomen vrijwillige zorg niet volstaat om ernstig nadeel te voorkomen;
- het geven van toestemming als er een situatie ontstaat waarin onvrijwillige zorg voor de eerste keer wordt toegepast;
- schriftelijk toestemming geven voor onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie;
- nauw overleg voeren met de verschillende deskundigen, waaronder ook de WZD-arts;
- de afbouw van de onvrijwillige zorg, zo nodig met advies van een externe deskundige;
- coördineren van de inzet van alle betrokken zorgverleners;
- invoeren van specifieke deskundigheid als nodig;
- waar nodig aanspreken van andere betrokken professionals op hun rol in en hun bijdrage aan de geleverde (onvrijwillige) zorg.

Wie mag zorgverantwoordelijke zijn?

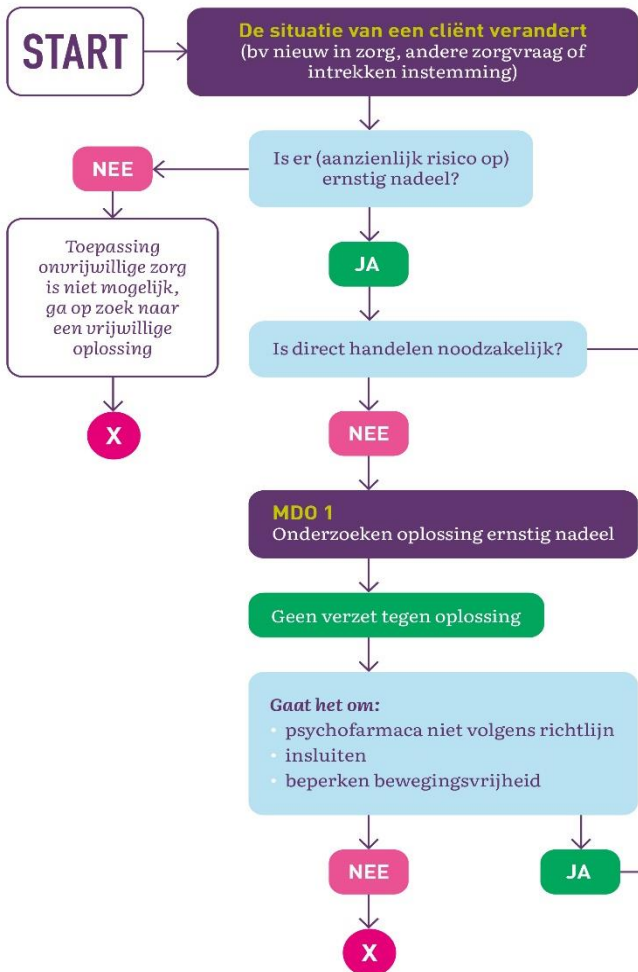
- een arts;
- orthopedagoog-generalist;
- gezondheidszorgpsycholoog;
- verpleegkundige;
- verzorgende individuele gezondheidszorg;
- degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding die is opgenomen in het Centraal

register beroepsopleidingen, genoemd in artikel 6.4.1 van de Wet educatie en beroepsonderwijs, en die voor het grootste deel gericht is op:

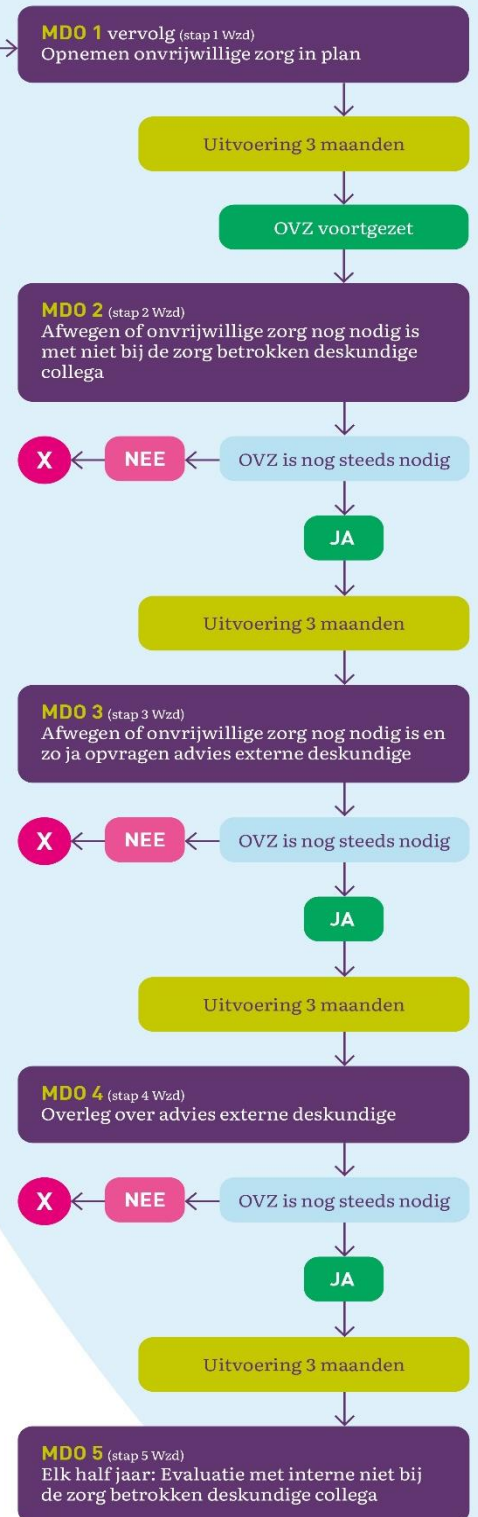
- agogisch medewerker GGZ;
 - begeleider gehandicaptenzorg;
 - begeleider specifieke groepen;
 - persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg;
 - persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen;
 - thuisbegeleider.
- degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs, genoemd in artikel 6.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, en die voor het grootste deel gericht is op:
 - applied behavioral and social sciences;
 - behavioural and social sciences;
 - gezondheid en leven;
 - pedagogiek;
 - pedagogische wetenschappen;
 - psychologie;
 - sociaalpedagogische hulpverlening;
 - toegepaste psychologie.

Bijlage 2: Stappenplan

Vrijwillige zorg



Wet zorg en dwang



Stappenplan Wet zorg en dwang

Legenda

X Geen onvrijwillige zorg (OVZ) (meer).
Maatregel beëindigen en/of plan aanpassen

Bijlage 3: Contactgegevens betrokkenen stappenplan

Functie WZD	Naam Functionaris
Cliëntvertrouwenspersoon	G. Fleuren, Zorgbelang gyongyverfleuren@zorgbelangcvp.nl 06-30441912 www.adviespuntzorgbelang.nl
Zorgverantwoordelijke	Eerst Verantwoordelijke Verzorgende van bewoner/cliënt zoals vastgelegd in het ECD
Deskundige andere discipline	Maaike van Kooten mvankooten@novicare.nl 06-12833775
WZD functionaris	Alize Hietbrink – de Jongh ahietbrink@novicare.nl 06-51240492
Behandelend arts	Anja Gijsberts agijsberts@novicare.nl 06-20880077
Deskundige niet bij de zorg betrokken	Een deskundige die niet bij de zorgverlening aan de bewoner/cliënt betrokken is, kan iemand zijn met dezelfde functie als de zorgverantwoordelijke. Een voorwaarde is dat iemand gedurende een jaar geen inhoudelijke betrokkenheid bij de bewoner/cliënt heeft gehad.
Externe deskundige	Sanneke Bolder s.bolder@waalboog.nl 06-20890783
Klachtenfunctionaris WZD	KCOZ info@kcoz.nl 085-0772060