

Leven in vrijheid

beleidsplan zorg en dwang

PCSOH

Inhoudsopgave

1. Leven in vrijheid	3
2. Over de Wzd	4
2.1. Voor wie is de wet van toepassing?	4
2.2. Wat is anders in de Wzd?	4
2.3. Waar is de Wzd van toepassing?	5
2.4. Zorgplan	5
3. Wat is onvrijwillige zorg?	6
3.1. Preventie van onvrijwillige zorg	6
3.2. Onvrijwillige zorg	6
3.3. Wat is verzet	7
3.4. Wilsbekwaam en wilsonbekwaam ter zake	7
3.5. Wie kan optreden als wettelijk vertegenwoordiger van een cliënt?	7
3.6. Wat als er geen wettelijk vertegenwoordiger gevonden kan worden?	8
3.7. Wat is goed vertegenwoordigerschap?	8
3.8. Wat is ernstig nadeel?	8
3.9. De 9 categorieën van onvrijwillige zorg	8
3.10. Wat betekent dit voor medewerkers?	9
3.11. Randvoorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg	9
3.12. Wanneer volg je het Wzd stappenplan?	9
3.13. Onvrijwillige zorg in onvoorziene noodsituaties	10
3.14. Huisregels	10
3.15. Overdracht bij ziekenhuisopname	10
3.16. Extra randvoorwaarden voor toepassen onvrijwillige zorg ambulante	11
3.17. Samenwerking met de huisarts	12
4. Het stappenplan	13
4.1. Op zoek naar vrijwillige alternatieven	13
4.2. Het stappenplan Wzd volgen	13
4.3. Bespreekpunten MDO's	14
4.4. Vastleggen in ONS	15
5. Betrokkenen stappenplan	16
5.1. Cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger	16
5.2. Zorgverantwoordelijke	16
5.3. deskundige van een andere discipline	17
5.4. Wzd-functionaris	17
5.5. Behandelend arts	17
5.6. Deskundige 'niet bij de zorg van de cliënt betrokken'	17
5.7. Extern deskundige	17
5.8. Cliëntvertrouwenspersoon	18
6. Onvrijwillige opname	19
6.1. Opname op basis van besluit tot opname en verblijf van CIZ (art. 21)	19
6.2. Onvrijwillige opname	19
6.3. Rechterlijke machtiging	19
6.4. IBS	20
6.5. Verzet tegen voorzetting van het verblijf	20

7. Klachtenregeling Wzd	21
7.1. Wat doet de externe klachtencommissie Wzd?	21
7.2. Op welke klachten is de klachtenregeling van toepassing?	21
8. Borging beleid zorg en dwang	22
8.1. Wzd-commissie	22
8.2. Analyses uit ONS	22
8.3. Scholing	22
Bijlage 1: Begrippenlijst	23
Bijlage 2: Stappenplan	28
Bijlage 3: Bij het stappenplan betrokken zorgverleners	29

1. Leven in vrijheid

Ieder mens is uniek en mag zichzelf zijn. Dat is het uitgangspunt van onze zorg en de relatie met onze bewoners en cliënten. Daar werken we aan vanuit vier kernwaarden: naastenliefde, geborgenheid, verantwoordelijkheid en betrouwbaarheid. Alles in onze organisatie ondersteunt die visie, de rest is daaraan ondergeschikt. Ook buiten onze eigen organisatie willen we daaraan bijdragen. We zijn betrokken bij de samenleving en geven antwoord op de vragen die deze betrokkenheid met zich meebrengt.

Met “Hier ben ik thuis” wil PCSOH alle genoemde kernwaarden samenvatten. De organisatie wil voor haar bewoners een thuishaven zijn, waar zij zich geborgen weten in een sfeer van naastenliefde en waar zij kunnen rekenen op professionele medewerkers.

Onze bewoners hebben 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. Ze hebben weliswaar zorg en ondersteuning nodig, maar dat is bij voorkeur de zorg waar ze zelf mee instemmen. Daar maken de bewoner en de zorgverlener samen afspraken over.

Sinds 1 januari 2020 is de Wet zorg en dwang (Wzd) in werking. Het uitgangspunt van deze wet is dat onvrijwillige zorg niet wordt toegepast, tenzij het vanwege een ernstig nadeel niet anders kan. Onvrijwillige zorg moet zo kort mogelijk en op de minst ingrijpende manier plaatsvinden. Om de Wzd goed uit te kunnen voeren is dit beleidsplan geschreven.

In dit beleidsplan wordt allereerst uitgelegd hoe de Wzd in elkaar zit. Daarna wordt besproken wat onvrijwillige zorg precies is en onder welke voorwaarden onvrijwillige zorg mogelijk is. Vervolgens komt het stappenplan aan de orde en wordt besproken welke professionals betrokken zijn bij het stappenplan. Na de beschrijving van onvrijwillige opname volgt uitleg over de speciale klachtenregeling die van toepassing is op de Wzd. In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de wijze van borging van Het Wzd beleid in de PCSOH- organisatie.

2. Over de Wzd

De Wzd heeft samen met de Wvggz de Wet Bopz vervangen.¹ De Wzd sluit beter aan bij de zorg van nu en van de toekomst en beschermt de rechtspositie van cliënten op een betere manier. De wet is cliëntvolgend en geldt dus niet alleen in instellingen, maar bijvoorbeeld ook thuis of op de dagbesteding.

2.1. 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 psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking hebben of bij wie een ter zake kundig arts een diagnose voor PG of VG heeft gesteld.

Ook is de Wzd van toepassing op 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 Wzd regelt ook de opname in een zorginstelling als iemand dit zelf weigert terwijl een opname wel noodzakelijk is, of als iemand er net zelf meer over kan beslissen.

2.2. Wat is het anders in de Wzd?

Zorgorganisaties gaan veel afspraken en procedures op een andere manier vormgeven. Bijvoorbeeld:

- De Wzd schrijft voor dat er een zorgverantwoordelijke wordt aangewezen, die verantwoordelijk is voor het zorgplan
- De Wzd schrijft bij onvrijwillige zorg een stappenplan voor
- In de Wzd zijn meer disciplines zorgprofessionals 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.

In de Wzd is vastgelegd dat de cliënt recht heeft op:

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

Net als in de Wet BOPZ zijn in de Wzd regels vastgelegd over opname op basis van een CIZ indicatie en voor opname op basis van rechterlijke machtiging. Zie hiervoor hoofdstuk 6.

¹ Wvggz: De Wet Verplichte Geestelijk Gezondheidszorg is ook in werking getreden op 1 januari 2020 en geeft regels voor verplichte zorg voor cliënten met een psychiatrische aandoening. De Wet BOPZ, Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen, is per 1 januari 2020 komen te vervallen.

2.3. Waar is de Wzd van toepassing?

De Wzd is cliëntvolgend en kan dus op meerdere plekken gelden. Uitgangspunt hierbij is dat de instelling zelf bepaalt of deze onvrijwillige zorg verleent. De Wzd geldt voor mensen die te maken krijgen met onvrijwillige zorg en/of onvrijwillige opname en die:

- kleinschalig wonen bij PCSOH na een vrijwillige opname
- onvrijwillig zijn opgenomen op de PG afdeling van Horizon of Westerkim
- thuis wonen en thuiszorg ontvangen van PCSOH

2.4. 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 of zijn wettelijk vertegenwoordiger. Het verlenen van zorg vindt plaats op basis van dit zorgplan. Die zorg sluit zoveel mogelijk aan bij de zorgbehoefte van de cliënt met als uitgangspunt dat onvrijwillige zorg niet wordt toegepast, tenzij het niet anders kan.

De Wzd regelt dat het zorgplan op gezette tijden wordt geëvalueerd en aangepast aan de veranderingen in de zorgbehoefte:

- Het eerste zorgplan wordt binnen 6 weken na aanvang van zorg vastgesteld.
- De eerste evaluatie vindt binnen 4 weken na vaststelling plaats.
- Het zorgplan wordt daarna in ieder geval iedere 6 maanden geëvalueerd.
- Als er noodzaak lijkt te zijn om onvrijwillige zorg toe te passen, treedt het stappenplan in werking. De Wzd geeft regels met wie er wanneer overlegd moet worden over eventuele toepassing van onvrijwillige zorg en wat dit voor het zorgplan betekent, zie verder hoofdstuk 4.



3. Wat is onvrijwillige zorg?

3.1. 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 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 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 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 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 cliënt, maar mét de 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.
- Zie ook de [Alternatievenbundel](#) van Vilans.

3.2. Onvrijwillige zorg

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 cliënt niet instemt;
- zorg waarmee de wettelijk vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt niet instemt;
- zorg waarmee de wettelijk vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt instemt maar waartegen de cliënt zich verzet.

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

3.3. Wat is verzet?

Niet alle 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 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 cliënt.

Ieder verzet moet serieus genomen worden en is aanleiding om te beoordelen of hetgeen waartegen de cliënt zich verzet misschien achterwege kan blijven en/of er wellicht alternatieven beschikbaar zijn waartegen de cliënt zich niet verzet (gebruik daarvoor het stappenplan). Als een wilsonbekwame 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 wettelijk vertegenwoordiger met de zorg heeft ingestemd en ongeacht welke vorm van zorg het betreft. Ga bij twijfel over het gedrag uit van verzet.

3.4. 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 bepaalt of iemand wilsonbekwaam ter zake is aan de hand van de volgende punten:

- 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.

Als iemand wilsonbekwaam ter zake is, neemt de wettelijk vertegenwoordiger in beginsel de beslissing. Als er geen vertegenwoordiger is, moet de PCSOH stappen ondernemen om door de rechter een mentor te laten benoemen. Deze beslissing neem je op in het cliëntdossier, samen met bijhorende overwegingen.

3.5. Wie kan optreden als wettelijk vertegenwoordiger van een cliënt?

1. de door de rechter benoemde vertegenwoordiger van de cliënt (curator of mentor);
2. of de persoon die daartoe door de cliënt schriftelijk is gemachtigd is;
3. of de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel;
4. of een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind van de 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 wettelijk vertegenwoordiger zijn.

3.6. Wat als er geen wettelijk vertegenwoordiger gevonden kan worden?

Bij opname van een nieuwe bewoner, of bij start of verzwaring van zorg, wordt met de bewoner en andere betrokkenen besproken wie de wettelijk vertegenwoordiger is of wie de bewoner als zijn wettelijk vertegenwoordiger wenst. Als er op deze manier geen wettelijk vertegenwoordiger te vinden is, dan vraagt PCSOH de kantonrechter om een mentor te benoemen.

3.7. Wat is goed vertegenwoordigerschap?

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

3.8. Wat is ernstig nadeel?

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

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

3.9. 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. *Denk aan: medicatie verdekt toedienen, gedragsmedicatie buiten de richtlijn of zonder medische controles.*
2. Het beperken van de bewegingsvrijheid (ook fixatie). *Denk aan: een diepe stoel, de rolstoel op de rem, of een gordel in de rolstoel.*
3. Insluiten (ook separatie)
4. Toezicht op de cliënt. *Denk aan: een bewegingsmelder, uitluisterapparatuur, een belmat of een valmat.*
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 cliënt iets moet doen of laten. *Denk aan: gebruik van telefoon of computer, wassen of douchen, geen relatie mogen hebben met medebewoners of maximaal 3 koppen koffie per dag mogen.*
9. Beperking in het ontvangen van bezoek.

3.10. Wat betekent dit voor medewerkers?

Voor onvrijwillige zorg geldt dus altijd:

- dat dit het laatste redmiddel is, er zijn geen mogelijkheden meer voor vrijwillige zorg, er dreigt een situatie van ernstig nadeel te ontstaan;
- dat het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
- dat de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden;
- dat altijd de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg wordt gekozen (subsidiar);
- dat de toegepaste onvrijwillige zorg geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen (doelmatig).;
- dat de zorg in verhouding staat met de inbreuk die het maakt op de vrijheid en het welzijn van de cliënt (proportioneel);
- en ook dat de onvrijwillige zorg zo kort als noodzakelijk is 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. en deze onderwerpen komen ook terug in scholing en natuurlijk tijdens het multidisciplinair overleg met cliënten.

3.11. 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 cliënt staat voorop. Dit vraagt om een goede dialoog met de cliënt en zijn wettelijk 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 toezicht op de cliënt wordt gehouden en hoeveel zorgverleners op het moment van de uitvoering aanwezig zijn. Denk bijvoorbeeld aan fysiek verzet of aan bijwerkingen als een cliënt gedwongen medicatie krijgt. De afspraken hierover worden in afstemming met de cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger vastgelegd in het zorgplan.

- **Deskundige zorgverleners**

Als zorgverlener heb je kennis 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, beddekken of sensoren in de kamer of bij het bed. Daarnaast blijf je zoeken naar vrijwillige alternatieven.

3.12. Wanneer volg je het Wzd-stappenplan?

De Wzd geeft regels met wie er wanneer overlegd moet worden over eventuele toepassing van onvrijwillige zorg en wat dit voor het zorgplan betekent, dit wordt het stappenplan genoemd. Je volgt het stappenplan:

- Bij onvrijwillige zorg, dus zorg waar iemand zich tegen verzet of waar een wettelijk vertegenwoordiger niet mee instemt, die nodig is om ernstig nadeel te voorkomen en waarvoor het niet gelukt is om een vrijwillig alternatief te vinden.
- Als je je bij een ter zake wilsonbekwame cliënt overweegt om gedragsbeïnvloedende medicatie toe te passen buiten de richtlijn probleemgedrag, de bewegingsvrijheid te beperken of een vorm

van insluiting toe te passen, óók als de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger instemt en zich hiertegen niet verzet.
Zie verder hoofdstuk 4.

3.13. 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 (de EVVer) 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 (doelmatig). De zorgverantwoordelijke neemt samen met de behandelend (eventueel de dienstdoende) arts de beslissing en legt deze schriftelijk vast. De betrokken arts informeert, zo mogelijk vooraf, de Wzd-functionaris, de wettelijk vertegenwoordiger en de cliënt over het verlenen van onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie, tenzij dit informeren ernstig nadeel voor de cliënt zou opleveren. De toepassing duurt zo kort mogelijk, 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 cliënt agressief wordt - kan een zorgverlener ingrijpen zonder een schriftelijke beslissing.

3.14. Huisregels

PCSOH blijft kritisch beschouwen of (nieuwe) huisregels beperkingen bevatten in het doen en laten van bewoners. De huisregels bevatten alleen regels die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken en voor de veiligheid in huis. 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.

3.15. 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 via een digitale overdracht of op papier.

3.16. Extra randvoorwaarden voor toepassen onvrijwillige zorg ambulant

1. Toezicht

Als voor een bewoner van een zelfstandige woning onvrijwillige zorg noodzakelijk is, dan is besproken op welke wijze toezicht op de cliënt wordt gehouden om zijn veiligheid voldoende te borgen. In het zorgplan staat beschreven op welke wijze dat toezicht wordt gerealiseerd.

2. Geschiktheid thuissituatie

In geval van thuiszorg moet de zorgverantwoordelijke in het multidisciplinaire overleg óók de inschatting gemaakt worden of de thuissituatie geschikt is voor het toepassen van onvrijwillige zorg.

3. Bereikbaarheid zorgverlener

De beschikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener is vereist. Intramuraal is dit vanuit de 24-uurs aanwezigheid van zorgmedewerkers georganiseerd. Bij onvrijwillige zorg in de thuiszorg kan teruggevallen worden op de verpleegkundige achterwacht en de Wzd- functionaris.

3.17. Samenwerking met de huisarts

In de situatie dat PCSOH thuiszorg verleent, is meestal de huisarts de hoofdbehandelaar. Ook in deze situaties kan sprake zijn van onvrijwillige zorg. Een huisarts kan zelf beoordelen dat (ambulante) onvrijwillige zorg nodig is. Hij maakt dan van tevoren de afweging of hij de (ambulante) onvrijwillige zorg veilig en verantwoord kan en wil leveren. Op grond hiervan kan hij kiezen voor een aantal rollen:

- Hij verleent de ambulante onvrijwillige zorg zelf, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van gedragsmedicatie buiten de professionele richtlijnen. Hij treedt dan op als zorgverantwoordelijke en volgt daarbij het stappenplan van de Wzd. Bij complexe problematiek kan hij zich laten adviseren door een specialist ouderengeneeskunde en/of een gedragsdeskundige.
- Hij verleent de ambulante onvrijwillige zorg niet zelf. Hij zal de cliënt dan doorverwijzen naar een zorgaanbieder die de onvrijwillige zorg verantwoord kan en wil leveren.
- Indien ambulante zorgverleners, bijvoorbeeld thuiszorgmedewerkers, onvrijwillige zorg willen leveren is de huisarts hierbij betrokken. Als de zorgverantwoordelijke van de zorgorganisatie 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. Dit gaat om:
 - medisch of therapeutisch handelen;
 - beperking van de bewegingsvrijheid;
 - insluiting.

Deze instemming wordt ook gevraagd bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend.

De huisarts kan de rol van 'een deskundige van een andere discipline' of de rol van Wzd-functionaris vervullen.

De huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en thuiszorgorganisaties kunnen zelf een keuze maken of zij onvrijwillige zorg willen leveren.

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 cliënt of zijn omgeving. In die situatie gaat de zorgverantwoordelijke in gesprek met een deskundige van een andere discipline, dus multidisciplinair overleg. Doel van dit gesprek: door analyse en overleg komen tot vrijwillige oplossingen voor het ernstig nadeel.

4.1. Op zoek naar vrijwillige alternatieven

Vragen die je hierbij kunt stellen zijn:

- 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?
- Zijn er alternatieven die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?
- Als de 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.

- **Geen vrijwillige alternatieven:**

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 het stappenplan. Je onderzoekt de situatie van de cliënt, benoemt de noodzaak van onvrijwillige zorg en onderzoekt of er ook andere oplossingen zijn. Dit doe je in overleg met de cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger en met de steun van collega's en deskundigen. Samen kom je tot een besluit over het toepassen van dwang en samen kijk je steeds opnieuw of de maatregel nog nodig is. Mocht de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger het er niet mee eens zijn, dan kan de cliënt ook advies en bijstand van een cliëntenvertrouwenspersoon in winnen (zie hoofdstuk5).

- **Wel vrijwillige alternatieven:**

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 cliënt zich alsnog verzet. Dan is het stappenplan Wzd van toepassing.

4.2. Het stappenplan Wzd volgen

Het stappenplan Wzd wordt gevolgd als:

- de cliënt zich verzet tegen de zorg en het niet lukt om een vrijwillig alternatief te vinden;
- je bij een ter zake wilsonbekwame cliënt overweegt gedragsbeïnvloedende medicatie toe te passen buiten de richtlijn probleemgedrag (zoals de richtlijn Probleemgedrag van Verenso of de richtlijn Voorschrijven van psychofarmaca van de NVAVG), of overweegt de bewegingsvrijheid te beperken of bij insluiting, ook als de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger zich hier tegen niet verzet(ten).

Als onvrijwillige zorg écht de enige manier is om ernstig nadeel te voorkomen, wordt dit opgenomen in het zorgplan. Dit is altijd maatwerk. Het multidisciplinaire team kiest voor de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg, voor zo'n kort mogelijke tijd.

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.	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 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.	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 cliënt en/ of diens wettelijk 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.

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

4.3. Bespreekpunten MDO's

Vanaf MDO 1 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?
- Beïnvloedt 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?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?

- Is de 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 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 (thuis)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 (MDO 4)?
- Hoe wordt de continuïteit in zorg gewaarborgd?
- Hoe vindt het toezicht op de onvrijwillige zorg plaats en hoe wordt de kwaliteit bewaakt?

Al deze agendapunten staan in de module onvrijwillige zorg in het cliëntdossier (in ONS) en de bevindingen en overwegingen worden hierin door betrokken disciplines vastgelegd.

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 een nieuwe vorm van onvrijwillige zorg wordt aangemaakt en vastgelegd in ONS. Het stappenplan wordt 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 cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger met deze zorgvorm ingestemd en is er GEEN sprake van verzet?
4. Is de 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?

4.4. Vastlegging in ONS

De inhoudelijke vastlegging van de analyse, de verwachte impact van de onvrijwillige zorg op de cliënt, de overwegingen en het multidisciplinaire afstemmen over de inzet van de onvrijwillige zorg wordt bij PCSOH in ONS vastgelegd.

5. Betrokkenen stappenplan

De Wzd kent een aantal specifieke taken, verantwoordelijkheden en rollen. Zie ook bijlage 3.

5.1. Cliënt of de wettelijke vertegenwoordiger

De cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger worden nauw betrokken bij het doorlopen van de stappen. De cliënt en zijn vertegenwoordiger weten dat ze ondersteuning kunnen vragen van de cliëntenvertrouwenspersoon. De zorgverantwoordelijke spant zich in om instemming met het zorgplan te krijgen van de cliënt. Als de cliënt hierover geen weloverwogen besluit kan nemen, is instemming van de wettelijk 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 cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger niet buiten spel. De zorgverantwoordelijke stelt de cliënt of zijn wettelijk 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 cliënt en zijn wettelijk 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 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 cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger zich daartegen niet (meer) verzetten.

5.2. Zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke (dit is de EVV-er van de betreffende cliënt) is verantwoordelijk voor:

- Het opstellen, evalueren en zo nodig aanpassen van het zorgplan.
- Overleggen met de cliënt en de wettelijk 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. Voor die beslissingen moet de zorgverantwoordelijke echter wel anderen raadplegen en/of goedkeuring van anderen krijgen.
- Het voeren van nauw overleg met de verschillende deskundigen en het toetsen bij de Wzd-functionaris.

5.3. 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. Bij PCSOH is dit de verpleegkundige. De deskundige van een andere discipline heeft de rol van overlegpartner. Zij 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.

5.4. 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. Voor PCSOH is dit Peter Wesselink, specialist ouderengeneeskunde bij Cordaan. 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 de raad van bestuur over het beleid rond onvrijwillige zorg.

5.5. Behandelend arts

Omdat de zorgverantwoordelijke bij PCSOH zelf geen arts, maar de EVV-er is, kan zij bepaalde vormen van onvrijwillige zorg alleen in het zorgplan opnemen als een bij de zorg betrokken arts 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.

5.6. Deskundige ‘niet bij de zorg van de 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.

5.7. Externe deskundige

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. Externe gekwalificeerde op verpleegkundigenniveau worden uitgeruild met Zorgcentra Meerlanden. De volgende afspraken zijn gemaakt:

- 2x per jaar nemen de externe deskundige over een weer de bewoners door waarbij onvrijwillige zorg wordt ingezet. Laatste maandag van het kwartaal (m.i.v. 3^{de} kwartaal).
 - Bijeenkomst op De Meerstede voor externe deskundige van PCSOH en uitnodigen SOG, hoofd PG en/of EVV/GVP van Meerstede/Meerwende. **Hoofden PG van Meerstede/Meerwende** zorgen voor inlogmogelijkheid door externe deskundige in ECD en aanwezigheid SOG en anderen. Zij zijn ook verantwoordelijk voor b.v. afzeggen mochten er geen cliënten zijn voor beoordeling door de externe deskundige.
 - Bijeenkomst bij PCSOH voor externe deskundige van De Meerstede/De Meerwende en SOG, hoofd PG en/of EVV van PCSOH **Miranda Verbaas en Stefanie Ooft** van PCSOH zorgen voor inlogmogelijkheid door externe deskundige in ECD en aanwezigheid SOG en anderen. Zij zijn ook verantwoordelijk voor b.v. afzeggen mochten er geen cliënten zijn voor beoordeling door de externe deskundige.
- Ilya van Dam (wijkzorg De Meerwende, Badhoevedorp; i.vandam@zorgcentra-meerlanden.nl)
 - Maartje Vork (wijkzorg De Meerstede, Hoofddorp; m.vork@zorgcentra-meerlanden.nl)

5.8. Cliëntenvertrouwenspersoon Wzd

De Wzd introduceert de cliëntenvertrouwenspersoon Wzd. De cliëntvertrouwenspersoon (CVP) is beschikbaar voor alle cliënten die vallen onder de reikwijdte van de Wzd en of hun wettelijk vertegenwoordigers, zowel in accommodaties als ambulant. Het is de taak van deze persoon om de 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 cliënt, met zijn opname en verblijf in een accommodatie, of met het doorlopen van de klachtenprocedure van de Wzd. De cliëntenvertrouwenspersoon Wzd kan ook signaleren over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van de cliënt. 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 geeft voorlichting over zijn werkzaamheden.

De cliëntenvertrouwenspersoon Wzd is niet in dienst bij de zorgaanbieder om zo zijn werk onafhankelijk te kunnen uitvoeren. De Wzd bepaalt dat deze persoon vrije toegang tot cliënten heeft en dat de organisatie medewerking verleent aan zijn werkzaamheden. Voor de inzet van de CVP hebben de zorgkantoren vier CVP-aanbieders gecontracteerd die allen in een eigen regio werkzaam zijn. Voor PCSOH is dit Manon Lemmers van Zorgstem <https://www.zorgstem.nl/>

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.

6. Onvrijwillige opname

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

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

Is een cliënt niet in staat om weloverwogen te besluiten tot opname maar verzet hij zich niet? Dan kan bij het CIZ een aanvraag gedaan worden voor opname en verblijf op basis van artikel 21 Wzd. Het CIZ neemt uitsluitend een besluit tot opname en verblijf als:

- de 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 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.

6.2. Onvrijwillige opname

We spreken van een onvrijwillige opname als:

- de cliënt 12 jaar of ouder is en zich verzet tegen de opname en het verblijf of de voortzetting van het verblijf;
- de wettelijk vertegenwoordiger zich verzet tegen de opname en het verblijf of voortzetting van het verblijf;

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

6.3. Rechterlijke machtiging

De rechter kan besluiten dat een 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 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.

6.4. 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.

6.5. Verzet tegen voortzetting van het verblijf

Als een 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 PCSOH de nieuwe cliënt en zijn wettelijk vertegenwoordiger over de klachtenregeling en de mogelijkheid van het indienen van een klacht bij de onafhankelijke klachtencommissie Voor klachten die voortkomen uit de Wzd geldt een aparte klachtenregeling Wzd en een externe klachtencommissie Wzd. de KCOZ.

7.1. Wat doet de 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.

7.2. Op welke klachten is de klachtenregeling Wzd van toepassing?

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

- een oordeel over wilsbekwaamheid;
- beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan of verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt toegepast;
- besluiten over de uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan;
- besluiten over de uitvoering van onvrijwillige zorg in onvoorziene omstandigheden;
- naleven van de verplichting om het dossier bij te houden voor zover dat betrekking heeft op onvrijwillige zorg;
- besluiten over verlof en ontslag;
- 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).

8. Borging beleid zorg en dwang

8.1. Wzd-commissie

Binnen PCSOH functioneert onder voorzitterschap van zijn bestuurder de Wzd-commissie. De commissie bestaat uit: de coördinator zorg, de Wzd-functionaris, een arts, een EVV-er (tevens zorgverantwoordelijke), een verpleegkundige, de beleidsadviseur en de bestuursvoorzitter.

De Wzd-commissie komt ten minste 2x per jaar bijeen en bespreekt zowel de cijfers en analyses, als de bevindingen aangaande onvrijwillige zorg. Gezamenlijk wordt onderzocht op welke punten er verbetering kan worden bewerkstelligd. De Wzd-commissie blijft voortdurend kritisch nadenken over het verminderen van onvrijwillige zorg.

Onderhavig beleidsplan wordt, in samenhang met de sturingsgegevens uit het cliëntendossier ONS met regelmaat geëvalueerd. Tijdens deze evaluaties wordt de behoefte aan innovaties en aanvullende scholing eveneens in kaart gebracht en vervolgacties in gang gezet.

8.2. Analyses uit ONS

Ieder kwartaal wordt de in het cliëntendossier ONS geregistreerde informatie over onvrijwillige zorg opgehaald en geanalyseerd. De cijfers en trends dienen als sturingsinformatie voor het bestuur van PCSOH.

- De bestuurder bespreekt deze Wzd gegevens 2 keer per jaar in het management team
- Zowel de cijfers en analyses, als de bevindingen aangaande onvrijwillige zorg van het managementteam worden besproken in de Wzd-commissie.

8.3. Scholing

De Wzd kent een aantal specifieke taken, verantwoordelijkheden en rollen. PCSOH heeft een passend scholingsaanbod waarbij betrokken functionarissen de gelegenheid krijgen zich die specifieke verantwoordelijkheden, taken en rollen (opnieuw) eigen te maken.

Voor alle zorgmedewerkers is er scholingsaanbod die ten doel heeft de visie en het beleid Wzd van PCSOH eigen te maken en kennis en praktische vaardigheden aan te leren ten aanzien van (on)vrijwillige zorg. In het onderwijs komt aan de orde:

- herkennen van onvrijwillige zorg
- denken in vrijwillige alternatieven
- omgaan met probleemgedrag
- weten wat te doen/stappenplan
- dossiervoering in ONS
- kennis van de Wzd

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 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).

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.

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, MDO) wordt het overleg aangeduid dat de zorgverantwoordelijke voert over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend. De zorgverantwoordelijke stelt de 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 cliënt behoort. De externe deskundige is niet in dienst

van of gedetacheerd bij de zorgaanbieder van de cliënt en is ook niet op andere wijze betrokken bij de behandeling of verzorging van de cliënt.

Ernstig nadeel

De Wzd onderscheidt de volgende vormen van ernstig nadeel:

- Levensgevaar voor de cliënt of iemand anders.
- Ernstige psychische, materiële of financiële schade voor de cliënt of iemand anders.
- Ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang van de cliënt of iemand anders.
- Ernstige verstoorde ontwikkeling van de cliënt of iemand anders.
- Bedreiging van de veiligheid van de cliënt bijvoorbeeld doordat hij onder invloed van een ander raakt.
- Hinderlijk gedrag van de 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.

Curator

Dit is een wettelijk eerste vertegenwoordiger van de 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 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 cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt en zorg waarmee de eerste vertegenwoordiger heeft ingestemd, maar waartegen de 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 gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende 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 cliënt worden opgenomen, is de besluitvormingsprocedure voor onvrijwillige zorg *altijd van toepassing*, ook als de eerste vertegenwoordiger instemt met deze zorg en de 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 cliënt niet kan gaan en staan waar hij wil en als de mogelijkheden van de cliënt om zijn lichaam of lichaamsdelen te bewegen worden beperkt;
- insluiting: wanneer de ruimte waarin de cliënt zich bevindt wordt afgesloten.

Wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt

1. Door de rechter aangewezen vertegenwoordiger (bij minderjarige cliënten).
2. Schriftelijk gemachtigde door de client.
3. Echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel van cliënt.
4. Ouder, kind, broer, zus, grootouders, kleinkinderen van de cliënt.

Door de rechter aangewezen vertegenwoordigers hebben voorrang en vervolgens gemachtigden. Ontbreken deze, dan kunnen personen uit de categorieën 3 respectievelijk 4, de 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 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 Wzd bepaalt dat als Wzd-functionaris kunnen worden aangewezen: * ter zake kundige artsen; * gezondheidszorgpsychologen; * orthopedagogen-generalist.

Onder ter zake kundige artsen worden specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten verstaan. Ook andere artsen kunnen ter zake kundig zijn en dus als Wzd-functionaris worden benoemd.

Hierbij kan gedacht worden aan psychiaters en aan huisartsen.

Om de kleine zorgaanbieders niet te benadelen, hoeft de Wzd-arts niet in dienst te zijn bij de zorgaanbieder, maar kan ook op contactbasis worden aangesteld.

Zorgplan

Behandelplan en het zorg(leef)plan.

Zorgverantwoordelijke

De zorgaanbieder moet voor iedere cliënt een zorgverantwoordelijke aanwijzen, bij PCSOH is dit de EVVer. Zij is verantwoordelijk voor het opstellen, vaststellen, uitvoeren, evalueren en zo nodig periodiek aanpassen van een zorgplan. De zorgverantwoordelijk overlegt met de cliënt en zijn vertegenwoordiger over het zorgplan. Verder richt de zorgverantwoordelijke een dossier voor de 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 verder verantwoordelijk voor:

- de opstelling van een zorgplan waar de 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;
- inroepen 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?

Volgens de Wzd beslist de zorgaanbieder zelf wie hij als zorgverantwoordelijke aanwijst. Dit is afhankelijk van de complexiteit, zorgzwaarte en zorgproblematiek van de cliënt en de context waarin hij de zorg ontvangt. De zorgverantwoordelijke is een beroepsbeoefenaar van ten minste mbo-niveau 3, binnen PCSOH is dit de EVV-er van de betreffende cliënt.

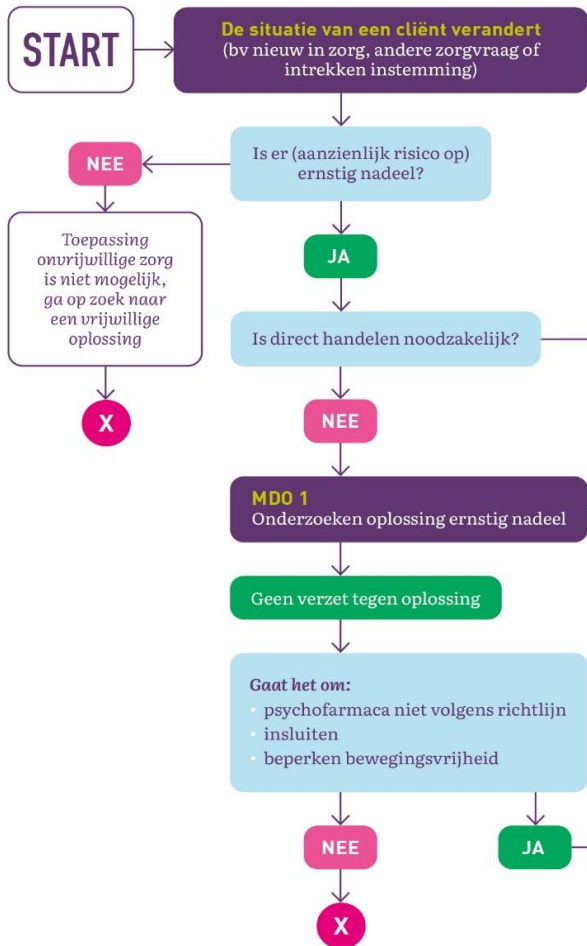
De Wzd geeft de volgende mogelijkheden:

- 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;

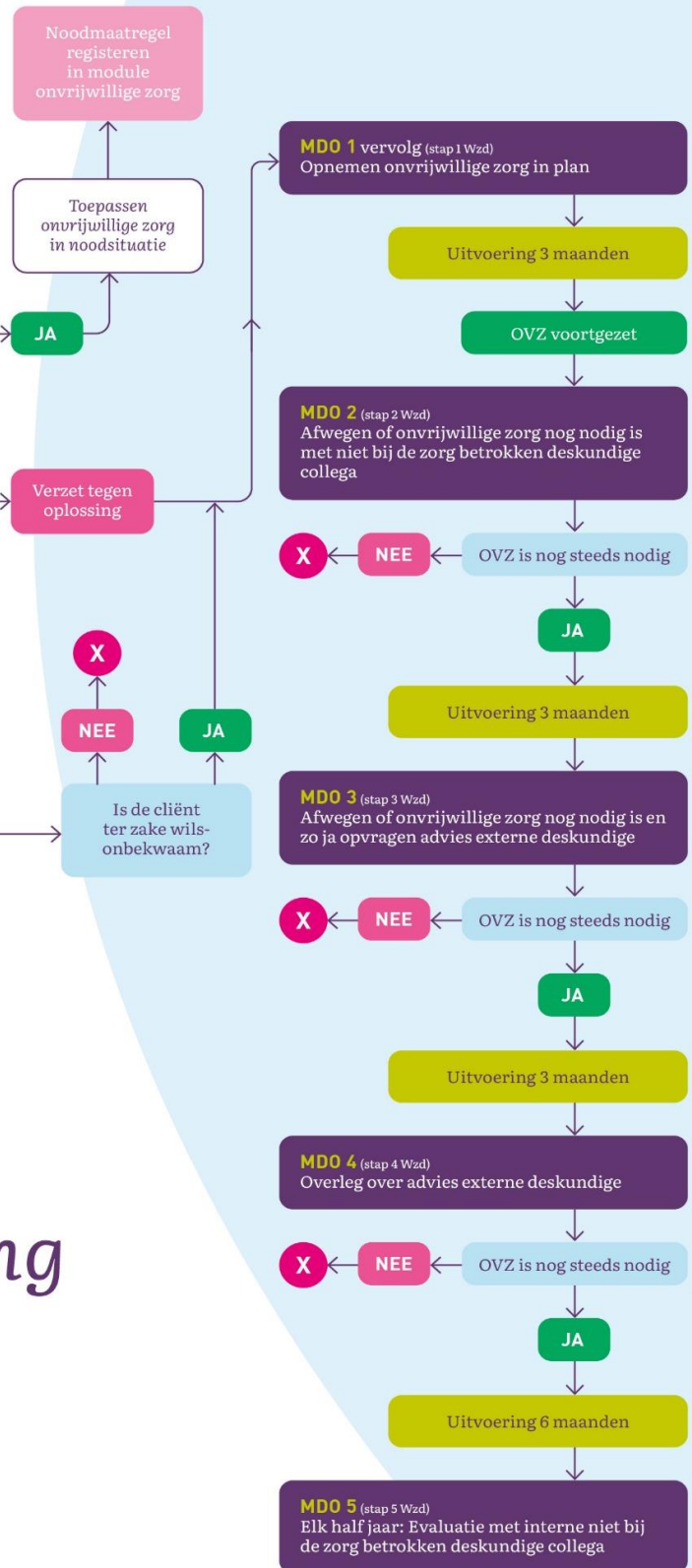
- pedagogiek;
- pedagogische wetenschappen;
- psychologie;
- sociaalpedagogische hulpverlening;
- toegepaste psychologie.

Bijlage 2: Stappenplan

Vrijwillige zorg



Wet zorg en dwang



Stappenplan Wet zorg en dwang


Legenda

Bijlage 3: Bij het stappenplan betrokken zorgverleners

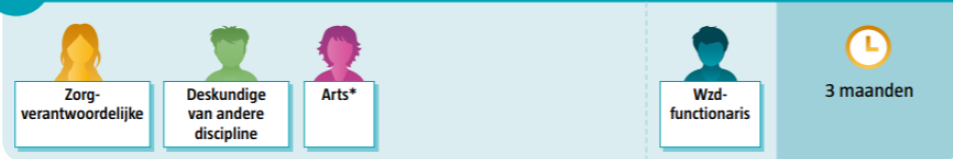
Actiz56

Stappenplan Wzd

Bij de besluitvorming betrokken zorgverleners

 Maximale periode toepassing onvrijwillige zorg

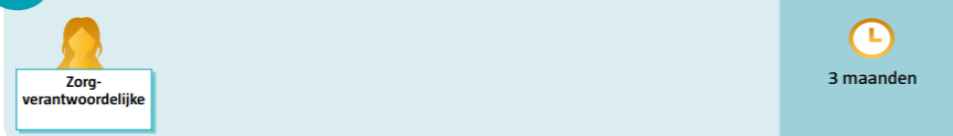
1 Heroverweging van het zorgplan / opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan.



2 Eerste verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.



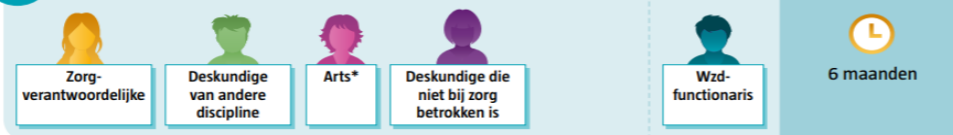
3 Tweede verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden om extern advies te vragen.



4 Derde verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.



5 Vierde en iedere volgende verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend kan worden.



* 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.