

Wet zorg en dwang - artikel

Bron <https://www.innovatiekringdementie.nl/vrijheidsbeperking-en-wet-zorg-en-dwang-wat-mag-er-wel-en-niet> (bijgewerkt op 12 december 2019)



De Wet zorg en dwang (Wzd) gaat in de ouderen- en de gehandicaptenzorg de wet BOPZ vervangen. De nieuwe wet beschermt mensen met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) of een verstandelijke beperking tegen onnodige onvrijwillige zorg, vrijheidsbeperking en gedragsbeïnvloedende medicijnen. Uitgangspunt is 'Nee, tenzij'.

Het [Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten](#) (Bzd), regelt dat onvrijwillig zorg ook mogelijk wordt op andere plekken dan verpleeghuizen waar gedwongen opnames mogelijk zijn. Dus ook in andere woonzorgcentra, thuis, in dagbesteding, maar wel met extra zorgvuldigheidseisen.

De Wzd en het Bzd treden in werking op 1 januari 2020. Het eerste jaar wordt een overgangsjaar om de praktijk goed in te regelen en ermee te leren werken. [De minister stuurde op 5 juli jl. aan de Tweede kamer een brief over de inrichting van dit overgangsjaar.](#)

Hieronder de hoofdpunten van de Wzd en het Bzd voor mensen met dementie op een rij.

Wat en wie valt er onder de Wzd?

In ons land mag professionele zorg in principe alleen op vrijwillige basis worden gegeven: dus alleen als de cliënt instemt (bij wilsonbekwaamheid

diens vertegenwoordiger) én tijdens de uitvoering geen tekenen van verzet toont.

Uitzonderingen worden bij wet geregeld. De Wzd en het Bzd maken het mogelijk dat aan mensen die vanwege een psychogeriatrische aandoening professionele zorg ontvangen tegen hun wil zorg kan worden gegeven, maar ze stellen daar wel regels aan.

Onder een psychogeriatrische aandoening wordt dementie verstaan. In een [notitie d.d. 20-09-2019](#) liet het ministerie het voornemen weten om ook de zorg voor mensen met Korsakov, Huntington of niet-aangeboren hersenletsel (NAH) onder de Wzd te laten vallen, als deze aandoening leidt tot gedragsproblemen of regieverlies en zorgbehoefte die vergelijkbaar is met die bij dementie. Als deze zorgbehoefte er niet is valt de zorg voor mensen met Korsakov en Huntington onder de WvGGZ.

De PG-zorgindicatie (zorg vanwege een psychogeriatrische aandoening) kan worden gesteld door het CIZ of een terzake deskundig arts. En het maakt dan niet uit of het om zorg uit de WLZ gaat of de Wmo of zorgverzekeringswet.

Onvrijwillige zorg

De Wzd en het Bzd beschermen mensen tegen onnodige onvrijwillige zorg. De Wzd onderscheidt 9 categorieën van onvrijwillige zorg, maar die zijn alleen relevant voor de registratie. Onder onvrijwillige zorg wordt namelijk verstaan: alle zorg waarmee de cliënt (bij wilsonbekwaamheid diens vertegenwoordiger) niet instemt en alle zorg waartegen de cliënt zich bij de uitvoering verzet. Bijvoorbeeld: gedwongen vocht, voeding, medicatie en medische of therapeutische behandeling; beperking van de bewegingsvrijheid waaronder fixatie en insluiten; toezicht (ook als dat met domotica gebeurt); onderzoek aan kleding of lichaam; controle op aanwezigheid van drugs, alcohol en gevaarlijke voorwerpen, opgelegde leefregels.

Als de cliënt wilsonbekwaam is, wordt met onvrijwillige zorg gelijk gesteld (dus ook als cliënt en/of diens vertegenwoordiger zich niet verzet):

- Beperking van lichamelijke bewegingsvrijheid, door fixatie. Onduidelijk is voor welke andere vormen van fysieke vrijheidsbeperking deze gelijkstelling geldt.
- Gedragsbeïnvloedende medicijnen (psychofarmaca) als die niet binnen de geldende professionele richtlijnen worden gegeven.

Wilsonbekwaamheid wordt per situatie beoordeeld

Wilsonbekwaam betekent dat iemand:

- De informatie over zijn zorg en/of behandeling niet kan begrijpen en afwegen.
- Niet begrijpt wat de gevolgen van zijn besluit zijn.
- En/of geen besluit kan nemen.

Of iemand wilsbekwaam is, kan per situatie verschillen. Zo kan iemand soms nog wel beslissen over wat hij wel of niet wil eten, maar niet meer over zijn zorg of behandeling. Daarom spreekt de Wzd ook van wilsonbekwaamheid 'ter zake'. Of iemand m.b.t een bepaalde kwestie wilsbekwaam is, wordt beoordeeld door een terzake deskundige [arts of gezondheidspsycholoog](#), die in de zorginstelling belast is met deze rol. Deze arts of psycholoog mag niet de behandelaar van de cliënt zijn en hij/zij moet overleggen met de wettelijk vertegenwoordiger. Als zij er niet samen uitkomen, beslist de behandelend arts i.c. GZ-psycholoog over de wilsbekwaamheid. (artikel 3, lid 2 Wzd)

Op de website [Goed vertegenwoordigd](#) staat [een stappenplan voor het beoordelen van wilsonbekwaamheid](#).

Nee, tenzij

Wat zijn de belangrijkste regels? De Wzd heeft een heel eenvoudig uitgangspunt: onvrijwillige zorg mag niet, behalve als er anders 'ernstig nadeel' dreigt en er geen andere oplossingen zijn om dat te bestrijden. 'Nee, tenzij...' dus. Daarbij moet de gekozen oplossing in de praktijk ook blijken te werken en in verhouding staan tot het nadeel dat bestreden wordt. En er moet worden gezocht naar oplossingen die voor de cliënt de minste nadelen heeft. Kortom, de onvrijwillige zorg moet noodzakelijk, doelmatig en proportioneel zijn. Anders gezegd: alleen als er voor de bestrijding van een ernstig nadeel geen andere oplossingen zijn, mag gekozen worden voor onvrijwillige zorg ('ultimum remedium') maar dan de lichtste vorm en zo kort mogelijk.

a) Ernstig nadeel

Onder 'ernstig nadeel' wordt in de Wzd kortweg verstaan:

- De veiligheid van de cliënt of anderen wordt bedreigd
- Er dreigt ernstige schade of verwaarlozing
- Het gedrag van de cliënt is zo hinderlijk dat het agressie van anderen oproept.

b) Stappenplan

Hoe bepaal je óf en welke onvrijwillige zorg nodig is? Hiervoor schrijft de Wzd in artikel 10 een stappenplan voor, waarmee zorgverleners onderzoeken wat het probleem is, waar het vandaan komt en welke oplossingen daarvoor mogelijk zijn. Dit stappenplan kent een inhoudelijke kant (professioneel wegingskader) en een procedurele kant (zorgvuldigheidseisen).

De inhoud (professioneel wegingskader):

Het probleem:

- Wat is het probleem precies? Voor wie is het een probleem en hoe ernstig is het probleem voor diegene(n)?
- Wanneer doet het probleem zich precies voor?
- Waar kan het probleem vandaan komen? Zijn er dingen die het uitlokken of verergeren? Dingen in de persoon van de cliënt bijvoorbeeld (zoals pijn, angst, onvervulde behoeften, niet begrijpen van dingen, persoonlijkheid etc.), de daginvulling, of dingen in de omgeving, zoals de leefruimte of het gedrag van andere mensen?

De oplossingen:

- Wat zijn oplossingsmogelijkheden?
- Welke oplossing grijpt voor deze persoon het minst in op zijn vrijheid en levenskwaliteit?
- Wat zijn de nadelige effecten voor de persoon en hoe kunnen deze zo veel mogelijk worden weggenomen?
- Hoe kan er aan afbouw gewerkt worden?

Dit professioneel wegingskader is in feite niets anders dan regulier professioneel handelen en gelijk aan de kern van de jongste ['Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie'](#).

[Het CCE maakte een animatiefilmpje over deze manier van kijken](#)

De procedure (zorgvuldigheidseisen):

Als onvrijwillige zorg wordt overwogen, moet de zorgverantwoordelijke de situatie bespreken aan de hand van bovenstaande vragen, met minstens één deskundige van een andere relevante discipline en de cliënt(vertegenwoordiger). Voor medische zorg en fysieke vrijheidsbeperking is altijd toestemming van de behandelend arts nodig.

Als tot onvrijwillige zorg wordt besloten en het lukt niet om deze binnen max. 3 maanden af te bouwen is er weer multidisciplinair overleg nodig, deze keer met een deskundige erbij die niet betrokken is bij de zorg voor de cliënt. Als er dan weer tot een vorm van onvrijwillige zorg wordt besloten, spreken ze daarvoor weer een termijn van max. 3 maanden af.

Mocht het binnen deze tweede termijn wederom niet lukken om de onvrijwillige zorg af te bouwen, dan vraagt de zorgverantwoordelijke aan een onafhankelijke externe deskundige om met een frisse blik naar de situatie te kijken. Na het advies van deze externe deskundige moet de noodzaak en werkzaamheid van de onvrijwillige zorg telkens elke zes maanden opnieuw worden beoordeeld.

Noot:

Voor acute situaties is er een verkorte route: dan kan de behandelend arts onvrijwillige zorg inzetten zonder veel overleg (voor maximaal twee weken).



Multidisciplinaire probleemanalyse, weging en besluitvorming OVZ

Wanneer	Overleg	Toetsing	Steun
1. Vóór inzet	Cliënt (vertegenwoordiger) Zorgverantwoordelijke Minimaal één andere relevante discipline <i>Instemming van de behandelend arts vereist voor:</i> - <i>Medische zaken: gedwongen vocht, voeding, medische of therapeutische behandeling</i> - <i>Vrijheidsbeperking</i>	Wzd functionaris	Cliënt vertrouwens persoon
2. Vóór afloop afbouwtermijn, max. 3 maanden	"	↓	↓
3. Vóór afloop afbouwtermijn, max. 3 maanden	"		
4. Hierna telkens max. 6 maanden	"		
	"		

ActiZ heeft een animatiefilm laten maken over de procedure. Bekijk de video [hier](#).

Aanvullende zorgvuldigheidseisen voor ambulante zorg

Voor zorg thuis, de dagbesteding, of in woonzorgcentra zonder gedwongen-opnamemogelijkheden (tezamen 'ambulante zorg' genoemd) regelt **Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten** aanvullende zorgvuldigheidseisen. Deze houden in dat bij ambulante onvrijwillige zorg altijd moet worden gewogen of de woonsituatie nog geschikt is voor de noodzakelijke zorg, of dat een verpleeghuis nodig is. En als voor ambulante onvrijwillige zorg wordt gekozen, moet er worden besproken en vastgelegd:

- Hoe bij de uitvoering ervan toezicht wordt gehouden op de veiligheid van de cliënt
- Hoeveel zorgverleners erbij aanwezig moeten zijn
- Hoe geregeld is dat een ter zake deskundige zorgverlener voor de cliënt of diens naasten bereikbaar is voor vragen.

De zorgaanbieder neemt verantwoordelijkheid als hij (onvrijwillige) zorg in het zorgplan opneemt, ook als die door naasten wordt gegeven. De zorgaanbieder moet zich er van vergewissen dat de persoon aan wie de onvrijwillige zorg wordt overgelaten in staat is die taak uit te oefenen en de consequenties te overzien. Als een mantelzorger in de privésfeer, buiten het zorgplan, vrijheidsbeperkingen toepast valt dit niet onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder.

c) Geen recht

Onvrijwillige zorg is geen afdwingbaar recht. Zorginstellingen zijn niet verplicht om onvrijwillige zorg te bieden, ze mógen het onder bepaalde condities. Elke zorginstelling die onvrijwillige zorg wil kunnen bieden, moet hiervoor gericht beleid hebben.

Wie is waarvoor verantwoordelijk?

‘Zorgverantwoordelijke’

Dit is degene die verantwoordelijk is voor het zorgplan en het overleg over de onvrijwillige zorg. In de wet staat dat dit altijd een arts moet zijn, of iemand uit een andere categorie van deskundigen die de minister aanwijst. In de Kamerdebatten heeft de minister al aangegeven dat hij wil aansluiten bij de bestaande praktijk en dat ook verzorgenden vanaf niveau 3 zorgverantwoordelijke kunnen zijn. Op 20 september stuurde de minister aan de Tweede en Eerste Kamer hiervoor het concept: [Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten](#). De uiteindelijke plannen zullen ook nog met de Tweede Kamer besproken worden, zo werd op 18 juni jl. per amendement geregeld.

Wzd-functionaris

Zorginstellingen die de mogelijkheid van onvrijwillige zorg willen hebben, moeten een Wzd-functionaris hebben. Dit kan een ter zake deskundige arts of GZ-psycholoog zijn. De Wzd-functionaris is binnen de organisatie eindverantwoordelijk voor de onvrijwillige zorg en moet erop toezien dat altijd de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg wordt ingezet. Hij /zij is ook verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken m.b.t. onvrijwillige zorg binnen de organisatie. Als de Wzd-functionaris zelf geen arts is, mag deze m.b.t. vocht, voeding, medische zorg en vrijheidsbeperking alleen aanwijzingen geven na overleg en instemming van een niet bij de zorg betrokken arts.

Cliëntenvertrouwenspersoon

Elke zorginstelling die onvrijwillige zorg wil kunnen bieden, moet een onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon hebben. Deze heeft tot taak om de cliënt(vertegenwoordiger) op diens verzoek advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met onvrijwillige zorg, de opname, of de klachtenprocedure. Zorginstellingen moeten ervoor zorgen dat cliënten(vertegenwoordigers) goed weten en begrijpen dat ze terecht kunnen bij een cliëntenvertrouwenspersoon.

Daarnaast moet de cliëntenvertrouwenspersoon het aan de inspectie melden als er tekortkomingen zijn in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname.

De cliëntenvertrouwenspersoon is onafhankelijk van de zorgaanbieder, de Wzd-functionaris, de zorgverantwoordelijke en het CIZ. En hij/zij moet ruime professionele ervaring en deskundigheid hebben m.b.t. de zorgbehoeften van mensen met een psychogeriatrische aandoening en met methoden voor vraag- en probleemherkenning bij deze cliënten

Op dit moment wordt er door veldpartijen gewerkt aan een landelijke functiebeschrijving en financiering. Met subsidie van het ministerie van VWS werd intussen al het '[Kwaliteitskader cliëntenvertrouwenspersoon in de Wet zorg en dwang](#)' ontwikkeld o.l.v. Beroepsvereniging Vertrouwenspersonen Zorg en Stichting Raad op Maat en m.m.v. een aantal andere organisaties. Dit kwaliteitskader bestaat uit een visie op het werk van de cliëntenvertrouwenspersoon in de Wzd, een taak-functieomschrijving, gedragsregels, competenties, opleiding voor de cliëntenvertrouwenspersoon in de Wzd en een inschatting van het aantal uren dat de cliëntenvertrouwenspersoon nodig heeft om te werken vanuit dit kwaliteitskader.

In het voorstel tot wetswijziging van 9 mei 2019 heeft de minister opgenomen dat zorginstellingen ervoor moeten zorgen dat cliënten(vertegenwoordigers) goed weten en begrijpen dat ze terecht kunnen bij een cliëntenvertrouwenspersoon.

Externe deskundige

Deze moet met een frisse blik naar de situatie kijken, als het niet is gelukt om de onvrijwillige zorg binnen de termijn van max. 6 maanden af te bouwen. Wie kan de rol van externe deskundige vervullen? Voor de PG kan dit een Specialist ouderengeneeskunde, psychiater, gezondheidspsycholoog of verpleegkundige zijn die aantoonbare ervaring heeft met het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg in de PG. Diegene moet niet in dienst of gedetacheerd zijn bij de zorginstelling en niet betrokken bij de zorg voor de cliënt.

Stand van zaken

De Wzd en het Bzd gaan in op 1 januari 2020. Het eerste jaar wordt een overgangsjaar om de praktijk goed in te regelen en ermee te leren werken. [De minister stuurde op 5 juli jl. aan de Tweede Kamer een brief over de inrichting van dit overgangsjaar](#), met de zgn. 'roadmap'.

[De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(IGJ\) liet 16 mei weten hoe zij in de eerste jaren toezicht wil houden op de naleving van de nieuwe wet](#). Voor de elementen die nu ook al binnen de BOPZ gelden, verandert er niets in het toezicht en de handhaving. Voor de nieuwe onderdelen zal de inspectie niet direct streng handhaven, maar vooral agenderend, signalerend en stimulerend optreden, schrijft zij in haar *Toezichtvisie IGJ 'Terughoudend en zorgvuldig omgaan met onvrijwillige en verplichte zorg'*.

Implementatie-ondersteuning

Scholing en advies

Met scholing en advies ondersteunt IDé zorgorganisaties om bij de Wzd- implementatie de inhoud centraal te stellen. Zorg voor vrijheid & veiligheid; hoe doe je dat, los van de wet? Welke extra's vraagt de Wzd en hoe gaat de organisatie daarmee om? In onze scholing wisselen informatie, dialoog en oefenen elkaar af. Elk scholingsprogramma wordt op maat gemaakt. [Lees meer](#)

Stappenplan Wzd voor de zorgverlening

In veel publicaties over het Wzd stappenplan staan de procedures en registratie centraal, met ingewikkelde taal en schema's. IDé maakte [een gebruikersvriendelijke versie van het Wzd-stappenplan](#), inclusief de zorgvuldigheidseisen, opgesteld vanuit het probleem van de cliënt.

ActiZ Toolkit voor zorginstellingen

Om zorgorganisaties te helpen bij de implementatie van de nieuwe wet maakte ActiZ **een toolkit Wet Zorg en Dwang**. In de komende tijd zullen hieraan nieuwe handreikingen worden toegevoegd.

Alternatievenbundel Vilans

Naslagwerk voor het vinden van oplossingen rond vrijheid en veiligheid: [de alternatievenbundel van Vilans](#).

Handreiking 'Kwetsbare ouderen thuis'

Dertien landelijke organisaties ontwikkelden samen [een handreiking voor goede samenwerking tussen zorg- en hulpverleners in de cure, care en het sociaal domein bij thuiswonende ouderen](#). Handig bij de implementatie van de Wet zorg en dwang.

Verpleegkundige richtlijn onvrijwillige zorg

In november 2019 start de Academische Werkplaats Ouderen Zuid-Limburg met het ontwikkelen van een landelijke verpleegkundige richtlijn onvrijwillige zorg. De richtlijn zal straks aan verpleegkundigen en verzorgenden handvatten en adviezen geven om goed om te gaan met onvrijwillige zorg en deze waar mogelijk te voorkomen of verminderen. Dr. Michel Bleijlevens van de Universiteit Maastricht gaat leidinggeven aan deze richtlijnontwikkeling. Onderzoekers van Tilburg University en UMC Amsterdam gaan ook meedoen. De beroepsvereniging V&VN en ZonMW zijn de opdrachtgevers.

Wetstekst, regelingen en beleid

- Op de VWS website [dwangindezorg](#) staan alle officiële publicaties van het ministerie: wetstekst en overige publicaties, voornemens en standpunten.
- De brancheorganisaties ActiZ en VGN maakten samen met VWS de Handreiking '[Wzd voor zorgaanbieders](#)'.

Vragen?

Het [Informatiepunt Dwang in de zorg van het ministerie van VWS](#) geeft algemene informatie over de wetgeving. Voor vragen over de wet kunt u per mail terecht bij het ministerie van VWS: WvggzWzdWfz@minvws.nl.

Heeft u een vraag over uw [persoonlijke situatie](#)? [Dan kunt u uw vraag mailen](#) via een contactformulier van het ministerie van VWS. Vragen worden afgehandeld door Stichting PVP (vertrouwenspersonen in de zorg), in opdracht van het ministerie. Waar nodig worden vragen doorgezet naar het ministerie zelf.

Bronnen

Dit artikel is met de grootst mogelijke zorg samengesteld. Mocht u punten ter aanvulling, verduidelijking of verbetering hebben, dan stellen wij het op prijs als u ons daarvan op de hoogte stelt via contact@innovatiekringdementie.nl.

Zorg voor vrijheid kaartjes



Kern van de wet Zorg en Dwang is artikel 9 en 10: hoe om te gaan met risico's en probleemgedrag. Dit artikel beschrijft feitelijk het methodisch handelen dat ook in de jongste '[Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie](#)' staat. Voor de scholing van medewerkers -en als praktisch hulpmiddel- zette IDé de methodiek op een handzaam kaartje.

[U kunt dit kaartje bestellen](#), en ook ander relevant voorlichtingsmateriaal met betrekking tot Zorg voor vrijheid en veiligheid.