

# WET ZORG EN DWANG

## INZICHTEN UIT DE PILOTS EN DROOGOEFENSESSIES

**KLANT  
AUTEUR(S)**

Ministerie van VWS  
Lieke van de Camp, Vicky Drost, Paula van Haaren, Coby Peeters,  
Garrit Schumacher, Eline Klein Hofmeijer, Vera de Berk

**DATUM**

10 december 2019

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Vooraf</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
2.1	Introductie Wet zorg en dwang	5
2.2	Het belang van pilots	5
2.3	Uitgevoerde activiteiten	6
2.4	Leeswijzer	6
<b>3</b>	<b>De pilots uitgelicht</b>	<b>7</b>
3.1	Selectieproces pilotlocaties	7
3.2	Thuiszorg Groot Gelre	7
3.3	Dagelijks Leven	8
3.4	't Dijkhuis	10
3.5	Zuidwester	11
3.6	Daelzicht	12
3.7	's Heeren Loo	13
<b>4</b>	<b>Inzichten uit de pilots</b>	<b>14</b>
4.1	Ervaring leert dat de Wzd goed aansluit bij de bestaande werk- en denkwijze om onvrijwillige zorg te voorkomen en leidt tot meer bewustwording	14
4.2	Door de pilots ervaren betrokkenen dat er in veel gevallen geen sprake is van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd	14
4.3	Cliëntvertrouwenspersoon heeft (nog) geen natuurlijke plek in het zorgproces	15
4.4	In ambulante setting onduidelijk wie initiatief neemt om na te gaan of sprake is van onvrijwillige zorg	15
4.5	In ambulante setting verantwoordelijkheid tussen betrokken professionals nog niet duidelijk	15
4.6	Onduidelijkheid over invulling en het betrekken van verschillende Wzd-functies	16
4.7	Inhoudelijke zorgdilemma's	16
4.8	Organisatorische randvoorwaarden	20

<b>5</b>	<b>Inzichten uit de droogoefensessies</b>	<b>23</b>
5.1	Doelstelling en aanpak droogoefensessies	23
5.2	Bevindingen droogoefensessies	24
5.3	Mogelijke oplossingsrichtingen	26
	<b>Bijlage A: Het monitoringsformat</b>	<b>27</b>

# Vooraf

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn er in 2019 pilots uitgevoerd rond de Wet Zorg en Dwang (Wzd). De pilots hadden tot doel om ervaringen op te doen met de uitvoering van het stappenplan dat in de nieuwe wet centraal staat. Deze pilots zijn met enthousiasme van start gegaan. Een groot aantal organisaties heeft zich gemeld om deel te nemen aan de pilots. Zes pilotlocaties zijn geselecteerd (zie hoofdstuk 3). Daarnaast zijn droogoefensessies georganiseerd, waarbij discussie is gevoerd over aandachtspunten die ontstaan bij de inwerkingtreding van de Wzd en de Wet verplichte ggz (Wvvggz) per 1 januari 2020. In de pilots en droogoefensessies zijn knel- en aandachtspunten gesignaleerd die zorgaanbieders kunnen gaan ervaren bij het overwegen van onvrijwillige zorg, zoals dat vanaf 1 januari 2020 kan plaatsvinden onder de Wzd.

Voorliggende rapportage beschrijft de opgedane inzichten. Waar de pilots ervaring hebben opgedaan met oplossingsrichtingen worden deze benoemd in de rapportage. Hierbij merken we op dat de periode waarin de pilots daadwerkelijk zijn uitgevoerd relatief kort is geweest én bovendien in de zomerperiode plaatsvond. Om onder andere deze reden hebben de pilots veel aandachtspunten gesignaleerd en is er minder ruimte ervaren om oplossingsrichtingen uit te werken en te beproeven.

We hebben grote betrokkenheid gezien bij de pilotorganisaties en deelnemers aan de droogoefensessies. Dankzij deze betrokkenheid hebben goede discussies en gesprekken plaatsgevonden die voeding hebben gegeven voor dit rapport. We bedanken dan ook alle betrokkenen voor hun medewerking en bijdrage aan de gesprekken.

Een algemene bevinding is dat vrijwel alle betrokkenen aangeven dat de Wzd goed aansluit bij de bestaande denk- en werkwijze om onvrijwillige zorg te voorkomen.

Pilots zijn aan de slag gegaan met de vraag of en hoe het stappenplan van de Wzd uitgevoerd moet worden. Door te oefenen met de afweging voorafgaand aan de uitvoering van het daadwerkelijke stappenplan van de Wzd worden de definitie en de categorieën van onvrijwillige zorg duidelijker. De praktijk leert de taal en reikwijdte van de Wzd kennen. De geleerde les hierbij is dat er – in tegenstelling tot een hypothese die een aantal pilotlocaties voorafgaand aan de pilot had – in veel gevallen geen sprake is van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd, en daarmee het stappenplan dus niet doorlopen hoeft te worden.

Ten aanzien van de organisatie van het multidisciplinair overleggen zien we dat in de intramurale setting het doorlopen van het stappenplan en de hierbij behorende overlegmomenten organisatorisch over het algemeen in te passen is in de huidige werkwijze. Betrokkenen geven daarbij op een aantal inhoudelijke thema's (zie hoofdstuk 4.5, 4.6 en 4.7) aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid. Deze duidelijkheid wordt door het ministerie van VWS momenteel in de komende periode geboden in de vorm van handreikingen en brochures.

Voor de ambulante setting lijkt de uitdaging om de overleggen en betrokkenheid van diverse functionarissen te organiseren groter. De overlegstructuur die aanwezig is binnen de intramurale setting is in een ambulante setting minder aanwezig. In de ambulante setting spelen daarom vragen over taken en verantwoordelijkheden tussen professionals.

Met voorliggende rapportage hopen we zorgorganisaties die aan de slag gaan met het implementeren van de Wzd (met name de uitvoering van het stappenplan), mee te nemen in de geleerde lessen. De rapportage beschrijft de keuzes, ervaringen en dilemma's die zijn ontstaan en ervaringen in de uitvoering van de pilots en droogoefensessies.

# Inleiding

## 2.1 Introductie Wet zorg en dwang

De huidige Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) wordt vanaf 1 januari 2020 vervangen door de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) en de Wet verplichte ggz (hierna: Wvggz). De Wzd is bedoeld voor cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie). Deze nieuwe wetten hebben als doel om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Het uitgangspunt van deze wet is dan ook: 'Nee, tenzij'. Onder strikte voorwaarden die beschreven staan in de wet, kan onvrijwillige zorg worden geboden aan cliënten in zowel een intramurale als een ambulante setting.

Voor de Wzd is een stappenplan<sup>1</sup> ontwikkeld voor zorgverleners waarbij gezocht wordt naar alternatieven om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Bij het zoeken naar alternatieven vindt overleg in een multidisciplinair team plaats. Dit sluit aan bij het 'nee, tenzij' principe van de wet, namelijk dat onvrijwillige zorg in principe niet mag worden toegepast, tenzij er sprake is van 'ernstig nadeel'. Er is sprake van 'ernstig nadeel' in de volgende situaties:

- a. De cliënt brengt zichzelf of anderen in levensgevaar;
- b. De cliënt brengt zichzelf of anderen ernstig lichamelijk letsel toe;
- c. De cliënt brengt zichzelf of anderen ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade toe;
- d. Verwaarlozing of 'maatschappelijke teloorgang' van de cliënt of anderen;
- e. De veiligheid van de cliënt wordt bedreigd;
- f. Cliënt roept met hinderlijk gedrag de agressie van anderen op;
- g. De algemene veiligheid van personen of goederen is in gevaar.

1

<https://www.zorgvoorbeter.nl/zorgvoorbeter/media/documents/thema/vrijheidsbeperking/stappenplan-wet-zorg-en-dwang.pdf>

Onder onvrijwillige zorg wordt volgens de Wzd zorg verstaan waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt én zorg waarmee de vertegenwoordiger heeft ingestemd maar waartegen de cliënt zich verzet. In de gevallen dat er sprake is van onvrijwillige zorg, moet altijd het stappenplan worden doorlopen. Daarnaast moet ook het stappenplan worden doorlopen voor drie categorieën van onvrijwillige zorg bij een wilsonbekwame cliënt, ook als deze of de vertegenwoordiger met de zorg instemt. Dit betreft het toedienen van gedragsmedicatie buiten de richtlijn, het beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten.

De Wzd onderscheidt de volgende negen categorieën onvrijwillige zorg:

1. Medische handelingen en therapeutische maatregelen;
2. Beperken van de bewegingsvrijheid;
3. Insluiten;
4. Uitoefenen van toezicht op betrokkene;
5. Onderzoek aan kleding of lichaam;
6. Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen of gevaarlijke voorwerpen;
7. Controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
8. Beperken van de vrijheid om het eigen leven in te richten;
9. Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

## 2.2 Het belang van pilots

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) wilde in 2019 samen met betrokken partijen en vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wzd,

oefenen met het multidisciplinair overleggen om duidelijkheid te creëren over de wijze waarop een gedeelte van de uitvoering van onvrijwillige zorg gestalte kan krijgen. In het plan van aanpak implementatie Wet zorg en dwang<sup>2</sup> is er daarom eind 2018 door het ministerie van VWS aangekondigd dat er pilots worden georganiseerd om inzicht te bieden in mogelijke 'goede oplossingen' en het signaleren van knelpunten die zorgaanbieders kunnen ervaren bij het overwegen van onvrijwillige zorg, zoals dat vanaf 1 januari kan plaatsvinden onder de Wzd. Het uitgangspunt hierbij is om de uit de pilots opgedane bevindingen en kennis breed te delen met alle betrokkenen ter kennisdeling, om zich voor te bereiden op de praktische uitvoering van de nieuwe wetgeving.

### 2.3 Uitgevoerde activiteiten

#### 2.3.1 Pilots

Significant Public heeft uit de aanmeldingen van zorgaanbieders voor de pilot (op basis van selectiecriteria zoals besproken met betrokken stakeholders) een selectie gemaakt en is met de zorgaanbieders in gesprek gegaan over voorwaarden voor deelname aan en invulling van de pilots. In paragraaf 3.1 lichten we toe welke zorgaanbieders hebben geparticipeerd in de pilot. Na selectie van deze pilotlocaties, zijn de locaties aan de slag gegaan met de vormgeving en inrichting van de pilot. Om de inzichten die worden opgedaan tijdens de pilots te monitoren zijn er reflectiebijeenkomsten georganiseerd bij de pilotlocaties. In deze reflectiebijeenkomsten is aan de hand van een monitoringsformat (zie bijlage A) met betrokkenen in de pilot besproken hoe het oefenen met de Wzd wordt ervaren en welke inzichten zij hebben opgedaan. Ook heeft een leerbijeenkomst plaatsgevonden tussen alle pilotorganisaties om ervaringen en dilemma's te delen.

#### 2.3.2 Droogoefensessies dubbelproblematiek en zwerfjongeren

Naast de begeleiding en evaluatie van de pilots, heeft Significant Public droogoefensessies georganiseerd:

- a. Een sessie over het thema dubbelproblematiek. Hieronder verstaan we cliënten met ten minste twee aandoeningen, zoals cliënten met een verstandelijke beperking die ook een geestesziekte hebben (of ontwikkelen) en cliënten die naast dementie ook een geestesziekte hebben;
- b. Een sessie over het thema acute opname, gericht op de vraag of personen met een verstandelijke beperking door de verschillen tussen de Wzd en de Wvvgz niet onnodig lang in de psychiatrie blijven.

In de droogoefensessies is aan de hand van casussen gediscussieerd over de aandachtspunten die worden voorzien in de nieuwe werkwijze als per 1 januari 2020 de Wzd en de Wvvgz in werking zijn getreden.

### 2.4 Leeswijzer

Deze rapportage is geschreven voor zorgorganisaties die aan de slag willen met het implementeren van de Wzd en ziet met name toe op de uitvoering van het stappenplan. Deze rapportage beschrijft de keuzes, ervaringen en dilemma's die zijn ontstaan en ervaren in de uitvoering van de pilots én verkregen met de uitvoering van de droogoefensessies.

---

<sup>2</sup><https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/plaan-van-aanpak-implementatie-wzd>

# De pilots uitgelicht

Dit hoofdstuk beschrijft voor iedere pilotlocatie de situatie, de doelgroep en de aard van de zorg voor deze doelgroep. Daarbij is ook beschreven welke functionarissen betrokken zijn bij het zorgproces en hoe de verschillende Wzd-functies zijn ingevuld tijdens de pilot.

## 3.1 Selectieproces pilotlocaties

Via brancheorganisaties zijn zorgaanbieders gevraagd deel te nemen aan de pilots Wzd. Uit het feit dat meer zorgaanbieders zich aanmelden dan dat er pilotplekken mogelijk waren, bleek er veel enthousiasme te zijn om te oefenen met het stappenplan van de Wzd. In overleg met VWS is ervoor gekozen om zes pilotlocaties te selecteren. Bij de selectie van deze zes is rekening gehouden met een evenredig aantal zorgaanbieders in de psychogeriatrische (PG) sector en de verstandelijk gehandicaptensector (VG). Daarnaast is gezocht naar een mix ten aanzien van omvang (grotere en kleinere organisaties) en scope (intramurale zorg en zorg in de ambulante setting). Met deze criteria zijn de volgende pilotdeelnemers geselecteerd: Thuiszorg Groot Gelre, Dagelijks Leven, 't Dijkhuis, Zuidwester, Daelzicht en 's Heeren Loo. In onderstaande afbeelding zijn deze pilotlocaties weergegeven.



Figuur 1. Pilotlocaties

We lichten ieder van de zes pilotlocaties in dit hoofdstuk toe.

## 3.2 Thuiszorg Groot Gelre

### Omschrijving situatie

Thuiszorg Groot Gelre is onderdeel van DrieGasthuizengroep (hierna: DGG). Van deze thuiszorgorganisatie neemt het wijkteam Gelderse Vallei, werkzaam rond Arnhem, deel aan de pilot. Zij bereiden zich door deze pilot voor op de Wzd in de extramurale setting. Onder het huidige wettelijke kader is geen sprake van gedwongen zorg voor deze cliënten. DGG is bekend met de Bopz in de intramurale setting (in verpleeghuizen).

Het doel van de pilot is het doorlopen van het stappenplan voor cliënten waarvoor door de aard van hun ziektebeeld in de toekomst mogelijk onvrijwillige zorg onder de Wzd mogelijk wordt. In de pilot is geoefend met het stappenplan en is de conceptwerkinstructie 'onvrijwillige zorg' intern opgesteld voor de Wzd. In deze pilot worden ook andere extramurale zorgverleners rond geselecteerde cliënten betrokken.

### Omschrijving doelgroep

De doelgroep in deze pilot betreft ouderen met dementie die in de thuissituatie zorg ontvangen. Het wijkteam Gelderse Vallei heeft 63 cliënten. In de pilot zijn vier cliënten geselecteerd waarvan de diagnose dementie is vastgesteld. Deze cliënten en hun familie zijn geïnformeerd over de opzet en de impact van deelname aan de pilot.

### *Beschrijving zorgproces en betrokken functionarissen*

In de pilot zijn de rollen ingevuld zoals hieronder uiteengezet. Het is nog niet duidelijk of deze functionarissen deze rollen met de inwerkingtreding van de Wzd ook gaan invullen en welke rol de huisarts neemt in de Wzd:

- a. **Zorgverantwoordelijke:** wijkverpleegkundige in wijkteam;
- b. **Betrokken zorgpartners** (op casusniveau)<sup>3</sup>: casemanager dementie, verpleegkundig specialist, huisarts en apotheek, EVV-er van het team;
- c. **Wzd-functionaris:** specialist ouderengeneeskunde (Bopz-arts DGG)<sup>4</sup>;
- d. Zorgaanbieder: Driegasthuizen groep en woonzorg manager van thuiszorg Groot Gelre (raad van bestuur heeft akkoord gegeven);
- e. **Niet bij de zorg betrokken collega:** verpleegkundig specialist;
- f. **Externe deskundige:** hiermee is in de pilot niet geoefend;
- g. **Cliëntenvertrouwenspersoon** (CVP) van de beroepsvereniging vertrouwenspersonen zorg.

Het is nog niet duidelijk of deze functionarissen deze rollen met de inwerkingtreding van de Wzd gaan invullen en/of welke rol de huisarts in de Wzd neemt. Voor de vier cliënten die deelnemen aan de pilot zijn de zorgplannen bekeken en is gekeken wat er eventueel anders gedaan kon worden. Er heeft bij deze cliënten geen onvrijwillige zorg plaatsgevonden zoals bedoeld in de Wzd. De WGBO is wel van toepassing, in noodsituaties (niet structureel). Indien hier sprake van is, wordt gehandeld volgens de huidige interne werkinstructie 'vrijheidsbeperking' (WGBO). Als iemand het niet eens is met een vorm van zorg wordt gezocht naar alternatieven of wordt geaccepteerd dat het niet gebeurt (bijvoorbeeld dat iemand zich een keer niet laat wassen). Er is wel besproken of het handelen onder de Wzd anders zou zijn.

---

<sup>3</sup> Deze professionals zijn betrokken bij de cliënten in de pilot, ze hebben niet allemaal een rol gehad in (het uitvoeren van het stappenplan) ten behoeve van de pilot.

Een specifiek aandachtspunt in deze pilot was psychofarmaca, voorgeschreven onder verantwoordelijkheid van een behandelend (huis)arts. Deze zorg valt onder 'toediening van gedrag beïnvloedende/sederende medicatie' als daarbij niet gehandeld wordt in overeenstemming met professionele richtlijnen. In de pilot bleek dat de psychofarmaca voorgeschreven was conform de richtlijn.

### 3.3 **Dagelijks Leven**

#### *Omschrijving situatie*

Dagelijks Leven biedt Wlz-zorg in kleinschalige woonzorgvoorzieningen voor mensen met geheugenproblematiek en aanverwante aandoeningen. De zorg wordt geboden via een Volledig Pakket Thuis (op basis van de Wlz). Bewoners huren een studio met zit-/slaapkamer en badkamer. De pilot richt zich op één locatie met 20 bewoners. De huisarts is hoofdbehandelaar. Tevens is er een specialist ouderengeneeskunde betrokken bij de locatie. Onder het huidige wettelijke kader wordt geen onvrijwillige zorg toegepast.

#### *Omschrijving doelgroep*

De doelgroep bestaat uit bewoners met een psychogeriatrische aandoening (voornamelijk zorgprofiel VV05). Van de 21 bewoners hebben er 20 toestemming gegeven voor deelname aan de pilot. Bij enkele van deze 20 bewoners worden binnen de kaders van de huidige wetgeving met toestemming van bewoner / vertegenwoordiger maatregelen ingezet die per 1-1-2020 mogelijk onder de noemer "onvrijwillige zorg" kunnen vallen. Er is nadrukkelijk *geen* sprake van verzet of dwang bij de toepassing van de maatregelen.

<sup>4</sup> De SO in dienst van DGG voor intramurale zorg gaat de rol van Wzd-functionaris voor de extramurale setting met de inwerkingtreding van de Wzd niet vervullen.



### *Beschrijving zorgproces en betrokken functionarissen*

In de pilot zijn de betrokken partijen en zorgverleners als volgt ingevuld, waarbij het nog niet duidelijk is of deze functionarissen deze rollen met de inwerkingtreding van de Wzd gaan invullen en/of welke rol de huisarts in de Wzd neemt:

- a. **Zorgverantwoordelijke:** de verpleegkundige van de locatie;
- b. **Deskundige van een andere discipline:** specialist ouderengeneeskunde van de locatie;
- c. **Betrokken zorgpartners (op casusniveau)<sup>5</sup>:** verpleegkundigen en verzorgenden IG;
- d. **Wzd-functionaris:** specialist ouderengeneeskunde (van een andere locatie);
- e. **Zorgaanbieder:** Dagelijks Leven en de huisarts (hoofdbehandelaar);
- f. **Niet bij de zorg betrokken collega:** specialist ouderengeneeskunde van een andere locatie van Dagelijks Leven;
- g. **Externe deskundige:** specialist ouderengeneeskunde (van een andere locatie). Tijdens de pilot is er contact geweest met twee andere organisaties uit de pilot (Groot Gelre en 't Dijkhuis). De intentie was om te komen tot een uitwisseling van de specialist ouderengeneeskunde van Dagelijks Leven met een deskundige vanuit een andere organisatie om de rol van externe deskundige te vervullen. Gedurende de looptijd van de pilot is het niet tot een daadwerkelijke uitwisseling gekomen;
- h. **Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP):** gedurende de pilot is de rol van CVP (vanwege de beperkte looptijd) niet ingevuld.

Bij de start van de pilot zijn de verwanten geïnformeerd over het doel en de impact van de pilot en hebben zij toestemming verleend voor deelname. Vervolgens heeft de specialist ouderengeneeskunde samen met de verpleegkundige stap 1 van het stappenplan Wzd doorlopen om de bestaande zorgplannen te toetsen aan de Wzd. Uit deze stap kwam naar voren dat er mogelijk drie categorieën van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd worden ingezet bij zes bewoners. Dit met name

vanwege de categorie in combinatie met de wilsonbekwaamheid ter zake van de bewoners, waardoor binnen de Wzd altijd het stappenplan moet worden doorlopen. Het betreft hierbij de inzet van een tag en psychofarmaca en tevens de inzet van een bedsensor. Een tag wordt gebruikt voor bewoners die een gevaar voor zichzelf of voor anderen zijn en die niet zonder begeleiding buiten de poort mogen. Op de locatie is de poort open, maar door de tag gaat deze voor enkele bewoners door middel van een signaal dicht. Nadrukkelijk dient hierbij vermeld te worden dat het maatregelen betreft die met toestemming van bewoner/vertegenwoordiger worden ingezet, waarbij er geen sprake is van dwang of verzet. Indien een cliënt niet wilsbekwaam terzake is moet bij bepaalde categorieën van onvrijwillige zorg het stappenplan worden doorlopen, ook als er geen sprake van verzet is (Wzd, artikel 2, lid 2).

Na inventarisatie zijn deze categorieën van onvrijwillige zorg (ondanks dat er geen sprake is van dwang of verzet) geëvalueerd door een specialist ouderengeneeskunde van een andere locatie (in de rol van 'een niet bij de zorg betrokken collega'). Deze evaluatie vond plaats op basis van een dossierstudie. De bevindingen zijn teruggekoppeld aan de specialist ouderengeneeskunde die betrokken is bij de betreffende bewoners.

Na inventarisatie zijn deze categorieën van zorg (waarbij geen sprake is van dwang of verzet) geëvalueerd door een SO van een andere locatie (in de rol van 'een niet bij de zorg betrokken collega'). Deze evaluatie vond plaats op basis van een dossierstudie. De bevindingen zijn teruggekoppeld aan de SO die betrokken is bij 'de inzet van deze maatregelen bij de betreffende bewoners. Vervolgens heeft de specialist ouderengeneeskunde de bevindingen besproken met de vertegenwoordigers en de huisarts van de betreffende bewoners. Het is tijdens de korte duur van de pilot niet gelukt om de expertise van een externe deskundige in te zetten.

<sup>5</sup> Deze professionals zijn betrokken bij de cliënten in de pilot, ze hebben niet allemaal een rol gehad in (het uitvoeren van het stappenplan) ten behoeve van de pilot.

Tijdens de drie reflectiebijeenkomsten met Dagelijks Leven, waarbij altijd één van de twee specialisten ouderengeneeskunde aanwezig was, is met hen gereflecteerd op de inzet van de 'categorieën van onvrijwillige zorg en zijn alternatieve vormen van zorg besproken.

### 3.4 't Dijkhuis

#### *Omschrijving situatie*

't Dijkhuis is een kleinschalige organisatie die bestaat uit twee stichtingen: Stichting Woon-, Zorg-, en Dienstencentrum 't Dijkhuis en Stichting Beheer Seniorwoningen Bathmen. 't Dijkhuis biedt zorg aan cliënten met een psychogeriatrische hulpvraag. 't Dijkhuis heeft een besloten afdeling met een Bopz-erkenning (de Banekate). De pilot richt zich op deze Bopz-afdeling. Deze bestaat uit vier wooneenheden voor 26 cliënten met allen een eigen huiskamer. Op iedere wooneenheid wonen zes of zeven cliënten. Zij hebben hun eigen kamer en een gedeelde badkamer.

#### *Omschrijving doelgroep*

Alle 26 cliënten zijn benaderd door 't Dijkhuis om deel te nemen aan de pilot. Een van de cliënten heeft aangegeven niet deel te willen nemen aan de pilot, de andere cliënten en/of de vertegenwoordigers zijn schriftelijk akkoord. Alle cliënten op de Bopz-afdeling bezitten een artikel 60<sup>6</sup> van de Wet Bopz. 't Dijkhuis heeft in de huidige situatie onder de Bopz als uitgangspunt dat alle cliënten die op de Bopz-afdeling verblijven wilsonbekwaam zijn. Onder de Wzd zal dit steeds ter zake moeten worden bekeken.

#### *Beschrijving zorgproces en betrokken functionarissen*

In de pilot zijn de betrokken partijen en zorgverleners als volgt ingevuld, waarbij het nog niet duidelijk is of deze functionarissen deze rollen met de inwerkingtreding van de Wzd gaan invullen:

- a. **Zorgverantwoordelijke:** de eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV-er) op de afdeling fungeerde als zorgverantwoordelijke;
- b. **Betrokken zorgpartners (op casusniveau):** helpende plus, verzorgende IG, verpleegkundigen, **helpenden wonen en welzijn** en facilitaire medewerkers. Daarnaast is er een SO op de afdeling, een arts-assistent, psycholoog, ergotherapie, fysiotherapie, logopedie en diëtiëk;
- c. **Wzd-functionaris:** de SO van Carinova (nu onze BOPZ-arts) fungeert als Wzd-functionaris;
- d. **Zorgaanbieder:** de afdelingsarts(SO), de arts-assistent, psycholoog en de teamcoördinator;
- e. **Niet bij de zorg betrokken collega:** de interne kwaliteitsfunctionaris;
- f. **Externe deskundige:** tijdens de pilot is contact geweest met de specialist ouderengeneeskunde van Dagelijks Leven (een andere PG-organisatie die deelneemt aan de pilot). De intentie was dat de specialist ouderengeneeskunde van beide organisaties in de rol van externe deskundige ging fungeren. Dit heeft gedurende de looptijd van de pilot (nog) niet geleid tot daadwerkelijke inzet van deze functionaris;
- g. **Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP):** de huidige cliëntvertrouwenspersoon is betrokken.

't Dijkhuis is gestart met een multidisciplinair overleg (MDO) waarin alle cliënten aan de hand van het stappenplan van de pilot besproken zijn. 't Dijkhuis heeft gedurende de pilotperiode tijdens de wekelijkse MDO's het onderwerp onvrijwillige zorg structureel op de agenda staan. Het doel hiervan is dat het onderwerp en wettelijk kader meer bekendheid krijgt in het team en meer gaat leven.

't Dijkhuis heeft (met uitzondering van de externe deskundige en de CVP) geoefend met de verschillende rollen. Zij hebben dit gedaan door bijvoorbeeld de 'niet bij de zorg betrokken collega' aan te laten sluiten bij de MDO's. Het doel hiervan is dat zij met een

---

<sup>6</sup> <https://www.dwangindezorg.nl/gedwongen-opname/opname-zonder-instemming-zonder-verzet>

'frisse blik' meedenkt over alternatieven bij cliënten waar sprake is van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Tenslotte heeft 't Dijkhuis tijdens de reflectiebijeenkomsten aan de hand van (deels fictieve) casuïstiek besproken welke stappen gevolgd zouden moeten worden in het kader van de Wzd, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van verzet of van de categorieën waarbij bij cliënten die wilsonbekwaam terzake zijn altijd het stappenplan moet worden doorlopen (Wzd, artikel 2, lid 2).

### 3.5 Zuidwester

#### *Omschrijving situatie*

Zuidwester is een zorg- en dienstverlener voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking, niet aangeboren hersenletsel en stoornis in het autismespectrum. Eigenz is een onderdeel van Zuidwester en verleent zorg en diensten bij mensen thuis (extramuraal). Eigenz, onderdeel van Zuidwester, voert de pilot uit. Er nemen twee teams deel, namelijk het team van het logeerhuis Boegspriet op Voorne Putten en het ambulante team op Voorne Putten.

#### *Omschrijving doelgroep*

Van het logeerhuis De Boegspriet maken 35 cliënten in de leeftijd van 8 tot 58 jaar gebruik. Er wordt 24-uurszorg geboden aan mensen met een (licht) verstandelijke en/of lichamelijke beperking. Het ambulante team bedient 40 cliënten met LVB en Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). De cliënten met NAH vallen buiten de doelgroep voor de pilot. Er zijn tien cliënten aangeschreven en gevraagd om goedkeuring voor deelname aan de pilot. Van deze cliënten hebben er zes toestemming gegeven: vier ambulante cliënten en twee zijn cliënt bij De Boegspriet (waarvan één cliënt ook ambulant wordt ondersteund).

#### *Beschrijving zorgproces en betrokken functionarissen*

In de pilot zijn de betrokken partijen en zorgverleners als volgt ingevuld, waarbij het nog niet duidelijk is of deze functionarissen deze rollen met de inwerkingtreding van de Wzd gaan invullen en/of welke rol de huisarts in de Wzd neemt:

- a. **Zorgverantwoordelijke:** medewerker wonen (ten minste MMZ-niveau 4) en medewerker Eigenz (ten minste MMZ-niveau 4);
- b. **Betrokken zorgpartners** (op casusniveau)<sup>7</sup>: arts voor verstandelijk gehandicapten (intern), GZ-psycholoog (intern), zorgmanager (intern), ondersteunend medewerker Wonen (intern), psycholoog (intern), orthopedagoog (intern), huisarts (extern), psychiater (extern);
- c. **Wzd-functionaris:** huidige Bopz-arts Zuidwester;
- d. **Zorgaanbieder:** manager Eigenz;
- e. Niet bij de zorg betrokken collega: gedragsdeskundige die bij een andere woning c.q. regio werkt;
- f. **Externe deskundige:** Gedragsdeskundige van Zuidwester, die langer dan een jaar maar vaak langer, niet betrokken is bij zorg van de betreffende cliënt;
- g. **Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP)** van het LSR, Landelijk steunpunt (mede)zeggenschap.

Tijdens de pilot hebben de twee teams van Eigenz geoefend met de werkwijze van de Wzd. Voorwaarde voor de pilots in een ambulante context is dat er geen onvrijwillige zorg zou worden toegepast. In het kader van de pilot zijn de zorgplannen van de deelnemende cliënten doorlopen en is besproken of de geleverde zorg onder de definitie van onvrijwillige zorg valt. Dit bleek niet het geval omdat er óf geen sprake is/was van mogelijke onvrijwillige zorg of dat er geen sprake was van verzet en de mogelijke onvrijwillige zorg niet onder de drie categorieën viel waarbij in het geval van wilsonbekwaamheid altijd het stappenplan moet worden doorlopen. Aan de hand van scenario's die zich in de toekomst mogelijk voor kunnen gaan doen bij deze of andere cliënten is gekeken of de Wzd in dat geval wel van toepassing zou zijn. De Wzd-

---

<sup>7</sup> Deze professionals zijn betrokken bij de cliënten in de pilot, ze hebben niet allemaal een rol gehad in (het uitvoeren van het stappenplan) ten behoeve van de pilot.

werkwijze is nieuw in de ambulante setting. Scenario's zijn per cliënt doorgesproken, waarbij is gekeken wie er verantwoordelijk is en welke professionals in welke situatie worden betrokken. Daarbij is ook gekeken naar hoe gehandeld zou moeten worden als de Wzd al wel zou gelden en hoe gehandeld zou moeten worden als er bijvoorbeeld toch in de toekomst sprake zal zijn van verzet.

### 3.6 Daelzicht

#### *Omschrijving situatie*

Daelzicht is een zorgorganisatie met een groot en gevarieerd aanbod voor kinderen, jongeren en volwassenen met een verstandelijke beperking. In deze pilot nam zowel een locatie op het instellingsterrein deel als een locatie 'wonen in de wijk'. In de intramurale setting – de locatie op het instellingsterrein – wonen cliënten op basis van een Wlz-indicatie en is Bopz aangemerkt. Op de locatie wonen in de wijk wonen volwassenen ook op basis van een Wlz-indicatie in een eigen appartement met een redelijke mate van zelfstandigheid, waarbij geen onvrijwillige zorg mag worden toegepast in het huidige wettelijke kader. In de wijk hebben cliënten een eigen huisarts die betrokken is bij de zorg.

#### *Omschrijving doelgroep*

Op de locatie op het instellingsterrein wonen volwassenen met gedragsproblematiek die deels wilsonbekwaam zijn in een groepswoning. Hier woont een cliënt op basis van vrijwillige opname en twee op basis van een artikel 60. Op de locatie in de wijk wonen cliënten op vrijwillige basis. Op de locatie op het instellingsterrein is voor een cliënt, waarbij meerdere vrijheidsbeperkende maatregelen gelden, het stappenplan deels doorlopen.

Voor de cliënten die in de wijk wonen is 'droogge oefend'. Voor de cliënten die in de wijk wonen is gekeken waar mogelijk onder de Wzd sprake kan zijn van onvrijwillige

zorg. Uit deze analyse bleek dat er, voor zover Daelzicht dit kan overzien, in veel gevallen geen sprake is van onvrijwillige zorg omdat er veel energie wordt gestoken in afspraken en motiverende gespreksvoering om onvrijwillige zorg te voorkomen.

In de pilot is voor de cliënt in het instellingsterrein het stappenplan uitgebreid doorlopen en is geoefend met het registreren van de onvrijwillige zorg. Bij het doorlopen van het stappenplan werd ervaren dat het voor sommige maatregelen lastig is om in te schatten onder welke categorieën deze vallen, maar dit werd gedurende het proces wel duidelijker. Voor de cliënten die in de wijk wonen is geen sprake van onvrijwillige zorg.

#### *Beschrijving zorgproces en betrokken functionarissen*

In de pilot op het instellingsterrein zijn de betrokken partijen en zorgverleners als volgt ingevuld, waarbij het nog niet duidelijk is of deze functionarissen deze rollen met de inwerkingtreding van de Wzd gaan invullen:

- a. **Zorgverantwoordelijke:** waarschijnlijk de gedragsdeskundige, die vervult nu ook de rol van regiebehandelaar. Eventueel kan een deel van de taken gedelegeerd worden aan de netwerkcoach, waarbij de gedragsdeskundige eindverantwoordelijk is;
- b. **Betrokken zorgpartners (op casusniveau)<sup>8</sup>:** netwerkcoach, gedragsdeskundigen van de eigen locaties, een deskundige van een andere discipline, wettelijk vertegenwoordigers en de huidige Bopz-arts. Ook is er een AVG betrokken;
- c. **Wzd-functionaris:** de huidige Bopz arts;
- d. **Zorgaanbieder:** Daelzicht;
- e. **Niet bij de zorg betrokken collega:** wanneer de zorgverantwoordelijke een gedragsdeskundige is, is dit een andere gedragsdeskundige binnen de organisatie;
- f. **Externe deskundige:** hiermee is in de pilot niet geoefend;

---

<sup>8</sup> Deze professionals zijn betrokken bij de cliënten in de pilot, ze hebben niet allemaal een rol gehad in (het uitvoeren van het stappenplan) ten behoeve van de pilot.

g. **Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP):** de huidige interne CVP.

### 3.7 's Heeren Loo

#### *Omschrijving situatie*

's Heeren Loo is een grote landelijke zorgaanbieder in de VG-sector. Eén van de woongroepen van 's Heeren Loo in Noordwijk neemt deel aan de pilot. De opzet van de pilot gaat uit van drie MDO's waarmee versneld het stappenplan van de Wzd is doorlopen. Professionals betrokken bij de cliënten spreken naast deze MDO's met cliënten over hoe zij aankijken tegen hun vrijheidsbeperkingen. Dit wordt meegenomen in de MDO-besprekingen.

#### *Omschrijving doelgroep*

Dit is een woongroep van zes jongeren tussen de 15 en 25 jaar oud met een Wlz-indicatie. Vijf van de zes cliënten nemen deel aan de pilot. Bij deze jongeren is sprake van een licht verstandelijke beperking, waardoor ze in deze woongroep verblijven. Daarbij is soms ook sprake van psychiatrische problematiek. Voor één van de cliënten is een rechterlijke machtiging afgegeven (RM). De pilotafdeling heeft ervaring met het vrijheidsbeperkende maatregelen en de locatie heeft een Bopz-aanmerking.

De jongeren worden overdag door drie begeleiders begeleid. In de nacht is er een wakkere dienst en een slaapdienst aanwezig. Naast de begeleiders zijn bij iedere cliënt een persoonlijk begeleider, manager, teamleider, een arts en een gedragswetenschapper (GZ-psycholoog) betrokken. Bij sommige jongeren is daarnaast een vaktherapeut of externe behandelaar betrokken. De cliënten gaan naar school of dagbesteding.

#### *Beschrijving zorgproces en betrokken functionarissen*

In de pilot zijn de betrokken partijen en zorgverleners als volgt ingevuld, waarbij het nog niet duidelijk is of deze functionarissen deze rollen met de inwerkingtreding van de Wzd gaan invullen en/of welke rol de huisarts in de Wzd neemt:

- a. **Zorgverantwoordelijke: Gedragswetenschapper;**
- b. **Betrokken zorgpartners (op casusniveau)<sup>9</sup>:** naast de begeleiders zijn er bij iedere cliënt een persoonlijk begeleider, manager, teamleider, een arts en een gedragswetenschapper (GZ-psycholoog) betrokken. Bij sommige jongeren is daarnaast een vaktherapeut of externe behandelaar betrokken;
- c. **Wzd-functionaris:** Bopz-arts en gedragswetenschapper;
- d. **Zorgaanbieder:** manager zorg;
- e. **Niet bij de zorg betrokken collega:** collega gedragswetenschapper van andere groep, arts voor verstandelijk gehandicapten, expert domotica;
- f. **Externe deskundige:** gezocht bij andere VG-pilotorganisaties, dit heeft gedurende de looptijd van de pilot (nog) niet geleid tot daadwerkelijke inzet van deze functionaris;
- g. **Cliëntenvertrouwenspersoon (CVP):** extern via LSR.

De deelnemende cliënten, hun familie en het netwerk zijn geïnformeerd over de opzet en de impact van deelname aan de pilot. De cliënten zijn zorgvuldig geïnformeerd over hun rechtspositie. Voor de vijf cliënten in de pilot is in het eerste MDO stap 1 van het stappenplan doorlopen, waarbij de bestaande zorgplannen zijn getoetst aan de Wzd. In het tweede MDO is een interne deskundige betrokken bij het doorlopen van het stappenplan, wat heeft bijgedragen aan reflectie op het eigen handelen. Na dit MDO is besloten meer de verbinding te zoeken met elkaar. Er is nog geprobeerd een derde MDO te plannen met een externe deskundige, maar dit is binnen de pilot niet gelukt.

---

<sup>9</sup> Deze professionals zijn betrokken bij de cliënten in de pilot, ze hebben niet allemaal een rol gehad in (het uitvoeren van het stappenplan) ten behoeve van de pilot.

# Inzichten uit de pilots

In dit hoofdstuk beschrijven we de inzichten die zijn opgedaan tijdens de uitvoering van de pilots.

## 4.1 Ervaring leert dat de Wzd goed aansluit bij de bestaande werk- en denkwijze om onvrijwillige zorg te voorkomen en leidt tot meer bewustwording

De pilotlocaties kijken over het algemeen positief terug op hun deelname aan de pilots om te oefenen met de stappen van de Wzd. De pilots dragen - zo is de ervaring - bij aan bewustwording onder professionals ten aanzien van onvrijwillige zorg en dragen bij aan professionele reflectie op het eigen handelen.

De betrokkenen bij de pilots geven aan dat de manier van denken en werken volgens de Wzd nauw aansluit bij de huidige werkpraktijk. De Wzd gaat uit van de persoon die zorg ontvangt. Ervaart deze persoon de (te) ontvangen zorg als onvrijwillig? Het centraal stellen van de persoon die zorg ontvangt en het voorkomen van onvrijwillige zorg door te zoeken naar alternatieve vormen van zorg (waar mogelijk), is bij zorgaanbieders ook gebruikelijk in de huidige uitvoering van de zorg.

Bij pilots in de intramurale setting met een Bopz-aanmerking ervaren de pilotorganisaties dat het werken met het stappenplan van de Wzd een motivatie losmaakt voor het afbouwen van onvrijwillige zorg. Er wordt bewuster stilgestaan bij alternatieve vormen van zorg. Het stappenplan biedt hiervoor een mooie leidraad, is de mening van de pilotlocaties.

Met name bij pilots in de ambulante setting bleek het aantal personen dat te maken heeft met onvrijwillige zorg beperkt. De bestaande werkwijze richt zich op afstemming over de verleende zorg en instemming van cliënt en familie. Deze afstemming is

onderdeel van het reguliere zorgproces. In het kader van de Wzd is het noodzakelijk om de afstemming (en instemming) in het zorgplan vast te leggen.

## 4.2 Door de pilots ervaren betrokkenen dat er in veel gevallen geen sprake is van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd

De verwachting van de pilotorganisaties voorafgaand aan de pilot was dat veel van de verleende zorg onder de definitie van onvrijwillige zorg zou vallen en het stappenplan van de Wzd dan dus ook doorlopen moet worden. Uit de pilots blijkt dat in veel gevallen geen sprake is van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd. Er is sprake van onvrijwillige zorg als een cliënt of zijn vertegenwoordiger niet instemt met zorg of waartegen de cliënt zich verzet<sup>10</sup>. Dit was een positief inzicht voor de pilotorganisaties, aangezien zij de 'scope' bijvoorbeeld wat betreft de categorie 'beperking van vrijheid om eigen leven in te richten' groter hadden verwacht. Als de cliënt (of indien wilsonbekwaam ter zake de vertegenwoordiger) instemt met leefstijlinterventies en er geen sprake is van verzet, dan is de Wzd niet van toepassing en hoeft het stappenplan niet te worden doorlopen. Het stappenplan moet wel doorlopen worden bij cliënten die wilsonbekwaam ter zake zijn waarbij sprake is van het toedienen van gedragsmedicatie buiten de richtlijn, beperking van bewegingsvrijheid of insluiting, ook als de vertegenwoordiger van de cliënt hiermee instemt (Wzd, artikel 2, lid 2).

Door te oefenen met de afweging voorafgaand aan het stappenplan van de Wzd wordt de definitie en de categorieën van onvrijwillige zorg duidelijker. De praktijk leert de taal en reikwijdte van de Wzd kennen.

<sup>10</sup> <https://www.zorgvoorbeter.nl/vrijheidsbeperking/wat-is-het>.

### 4.3 Cliëntvertrouwenspersoon heeft (nog) geen natuurlijke plek in het zorgproces

De Wzd legt veel nadruk op de rechtspositie van cliënten. De cliëntvertrouwenspersoon (hierna: CVP) kan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger op diens verzoek advies en bijstand verlenen over aangelegenheden die samenhangen met onvrijwillige zorg, zijn opname of verblijf in een accommodatie of in het doorlopen van een klachtprocedure. Dat maakt de cliënt en/of diens vertegenwoordiger tot een gelijkwaardige gesprekspartner voor de hulpverlener. De CVP is in de uitvoering van zijn werkzaamheden onafhankelijk van de zorgaanbieder en is niet in dienst van de zorgaanbieder<sup>11</sup>.

Veel cliënten hebben al een persoonlijk begeleider en vaak een wettelijk vertegenwoordiger, waardoor cliënten zich af kunnen vragen wat een CVP toevoegt. Het gesprek over de rechtspositie en de cliëntvertrouwenspersoon heeft (nog) geen natuurlijke plek in het zorgproces. De zorgaanbieders in de pilots proberen daarom de drempel voor een cliëntvertrouwenspersoon zo laag mogelijk te leggen en cliënten te wijzen op de mogelijkheid van een cliëntvertrouwenspersoon.

### 4.4 In ambulante setting onduidelijk wie initiatief neemt om na te gaan of sprake is van onvrijwillige zorg

Ten aanzien van de ambulante setting hebben pilotlocaties ervaren dat voor hen uit de wetgeving onvoldoende duidelijk werd welke functionaris het initiatief in de thuissituatie moet nemen om te achterhalen of er sprake is van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd. Wanneer meerdere zorgorganisaties betrokken zijn, moeten zij in veel gevallen afstemmen omdat een professional niet over alle relevante informatie over bijvoorbeeld diagnoses, inzet van gedragsmedicatie of wilsonbekwaamheid beschikt om te kunnen beoordelen of de Wzd van toepassing is.

Een voorbeeld betreft het toedienen van psychofarmaca door de zorgaanbieder. Indien psychofarmaca buiten de richtlijnen wordt voorgeschreven en toegediend, is sprake van onvrijwillige zorg en zal het stappenplan van de Wzd moeten worden doorlopen. Zorgaanbieders dienen de medicatie vaak toe maar weten niet of deze psychofarmaca conform de richtlijn is voorgeschreven. Huisartsen schrijven de medicatie voor en hebben hier zicht op. De vraag is wie het initiatief moet nemen om na te gaan of er sprake is van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd.

*Als reactie op deze onduidelijkheid die de pilots hebben ervaren, geeft het ministerie van VWS aan dat de hulpverlener die het noodzakelijk vindt om de gedwongen zorg toe te passen hiertoe het initiatief neemt. De verschillende rollen en taken van de hulpverleners (ook in de ambulante setting) wordt uitgebreid uitgewerkt in een brochure Actiz/VGN op <https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/wet-zorg-en-dwang-voor-zorgaanbieders>*

### 4.5 In ambulante setting verantwoordelijkheid tussen betrokken professionals nog niet duidelijk

In de ambulante setting zijn vaak meerdere professionals betrokken bij de zorg aan een cliënt. De deelnemers aan de pilot geven aan dat het onvoldoende duidelijk is hoe de verschillende professionals zich in de ambulante setting tot elkaar verhouden. Zo kan in overleg met de cliënt worden besloten tot het inperken van de bewegingsvrijheid. Als dit met toestemming van de cliënt plaatsvindt is er geen sprake van onvrijwillige zorg volgens de definitie van de Wzd, tenzij iemand wilsonbekwaam ter zake is. Wat als een andere professional die bij de cliënt thuiskomt twijfels heeft over de wilsbekwaamheid? Wie signaleert naar wie en wie neemt dan welke verantwoordelijkheid?

---

11

<https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diverse/n/kwaliteitskader-clientenvertrouwenspersoon-in-de-wet-zorg-en-dwang>

In de ambulante setting is de rol van de huisarts belangrijk<sup>12</sup>. De pilotlocaties uiten hun zorgen of de huisarts deze rol gaat invullen. Eén van de betrokken zorgaanbieders geeft aan geen onvrijwillige zorg toe te passen in de thuissituatie zolang ze niet met (onder andere) huisartsen afspraken hebben gemaakt over de verdeling van verantwoordelijkheden. Uit de pilots is niet duidelijk geworden wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn.

### 4.6 Onduidelijkheid over invulling en het betrekken van verschillende Wzd-functies

Uit de pilots blijkt dat de invulling van de verschillende Wzd-functies nog niet altijd duidelijk is voor de zorgaanbieders, bijvoorbeeld als het gaat om de rollen van zorgverantwoordelijke, de Wzd-functionaris, de niet bij de zorg betrokken collega en de externe deskundige. Wie mag welke rol invullen? Zo zijn er zorgaanbieders die zich afvragen of een Eerste Verantwoordelijk Verpleegkundige niveau 3 op grond van het vastgelegde profiel, de rol van zorgverantwoordelijke mag vervullen. Ook over de rol van de 'niet bij de zorg betrokken collega's' bestaan vragen over aan welke functie-eisen iemand moet voldoen om deze rol in te vullen<sup>13</sup>. Het invullen van deze functies heeft in ieder van de organisaties geleid tot het inzicht dat de organisatorische en formatieve invulling veel uitdagingen kent, zie ook de beschrijvingen in paragraaf 4.7.

De vraag omtrent de rol van de externe deskundige gaat met name over de praktische uitvoerbaarheid van het betrekken van de externe deskundige. De verwachting is dat zorgaanbieders vanaf de inwerkingtreding van de Wzd extern deskundigen onderling uitruilen. Het betrekken van een extern deskundige was in de pilotfase extra ingewikkeld omdat andere zorgaanbieders nog niet volgens Wzd werkten. Daarnaast zijn er vragen over de wijze waarop deze deskundige moet worden betrokken, of dit op afstand kan plaatsvinden of dat de externe deskundige de cliënt ook moet zien om het

---

<sup>12</sup> In deze brief wordt door VWS ingegaan op de rol van de huisarts <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/07/05/kamerbrief-over-wet-zorg-en-dwang>

<sup>13</sup> Er wordt gewerkt aan specifieke brochures voor de zorgverantwoordelijke en voor de Wzd-functionaris. Zie voor de publicatie van deze brochures

te kunnen beoordelen? En op welke wijze krijgt de externe deskundige inzicht in het dossier?

---

*Eén van de pilotlocaties (PG) geeft aan dat zij voornemens is om de specialist ouderengeneeskunde de wilsonbekwaamheid te laten vaststellen in een MDO. Vervolgens leggen ze deze voorgenomen beslissing voor aan de Wzd-functionaris van een andere organisatie (binnen de regio) om dit te toetsen.*

---

### 4.7 Inhoudelijke zorgdilemma's

#### *Vaststellen wilsonbekwaamheid voor het toepassen van onvrijwillige zorg*

Als een cliënt wilsonbekwaam ter zake is moet het stappenplan van de Wzd voor een aantal categorieën<sup>14</sup> van onvrijwillige zorg worden doorlopen. Wilsbekwaamheid betekent dat de cliënt in staat is om op basis van voldoende relevante informatie, afgestemd op zijn begripsvermogen, een beslissing te nemen over een bepaald onderwerp. Hij overziet de aard en de gevolgen van de beslissing.

Deelnemers van de pilots gaven aan het vaststellen van wilsonbekwaamheid tot praktische problemen kan leiden. De Wzd (artikel 3 lid 2) bepaalt dat degene die de wilsonbekwaamheid van een cliënt beoordeelt daartoe deskundig moet zijn en dit niet door de bij de zorg betrokken arts beoordeeld mag worden. In de Memorie van Toelichting bij de Wzd staat dat deze deskundige geen arts hoeft te zijn. Belangrijk is dat 'de deskundigheid waarover bedoelde deskundige beschikt, ligt op het terrein van

<https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diverse-n/wet-zorg-en-dwang-voor-zorgaanbieders>

<sup>14</sup> Het toedienen van gedragsmedicatie buiten de richtlijn, beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten (Wzd, artikel 2, lid 2).



het kunnen beoordelen of de cliënt in kwestie de gevolgen van zijn of haar keuze voldoende kan overzien<sup>15</sup>.

Een verschil ten opzichte van de huidige situatie is volgens de deelnemers dat de wilsonbekwaamheid onder de Wzd door een onafhankelijke deskundige vastgesteld moet worden. De vraag die deelnemers hierbij zichzelf stelden is of dit een deskundige van een andere organisatie moet zijn of dit een deskundige mag zijn die binnen de organisatie werkzaam is? Conform de wetgeving zijn allebei de opties mogelijk. De organisaties uiten ook hun vraag of een deskundige die de cliënt niet kent, dit kan vaststellen. En hieraan voegde een betrokken professional bij de pilot ook de vraag toe hoe het op familie en naasten van een cliënt overkomt als een functionaris die de cliënt niet kent, deze beslissing over wilsonbekwaamheid ter zake neemt.

Een aantal pilotlocaties uiten de behoefte aan een kader, waarin wordt omschreven wie de 'onafhankelijke deskundige' kan zijn voor het vaststellen van de wilsonbekwaamheid ter zake. Een andere vraag die de pilotlocaties zichzelf - op basis van 'het oefenen met het stappenplan Wzd' - stellen is hoe vaak de wilsonbekwaamheid ter zake opnieuw beoordeeld moet worden? Moet dit bij ieder besluit voor elke maatregel opnieuw beoordeeld worden? En moet de wilsonbekwaamheid tussen de evaluatiemomenten opnieuw worden vastgesteld als de situatie verandert?

Op 8 november 2019 is het Beleidsstandpunt Wet zorg en dwang en wils(on)bekwaamheid op de website Dwang in de zorg gepubliceerd. In deze notitie legt het ministerie van VWS uit wat er vanuit Wzd bedoeld wordt met de ter zake deskundige die de wils(on)bekwaamheid vaststelt. Deze deskundige hoeft geen arts te zijn. Belangrijk is dat 'de deskundigheid waarover bedoelde deskundige beschikt, ligt op het terrein van het kunnen beoordelen of de cliënt in kwestie de gevolgen van zijn of haar keuze voldoende kan overzien'. Het is aan de zorgaanbieder om binnen zijn instelling de personen aan te wijzen die daartoe over de juiste deskundigheid beschikken. Gelet op de ingrijpendheid van de beslissing om iemand ter zake wilsonbekwaam te verklaren vindt het ministerie van VWS het gewenst dat een ter zake kundige behoort tot een van de beroepsgroepen, die vanwege hun opleiding en vakgebied over het vereiste inzicht beschikken in het ziekteproces of de verstandelijke beperking en de gedragskundige aspecten daarvan. Concreet gaat het dan ook om de beroepsgroepen van artsen, gezondheidszorgpsychologen en orthopedagogen-generalist. Deze beroepsgroepen zijn ook bevoegd om de functie van Wzd-functionaris te vervullen. Beide functies sluiten elkaar niet uit.

Ook wordt hierin aangegeven dat er geen vaste momenten te benoemen zijn wanneer de wilsonbekwaamheid moet worden vastgesteld<sup>1</sup>.

---

15

<https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/beloidstandpunt-wet-zorg-en-dwang-en-wilsonbekwaamheid>.

### *Achterhalen van de diagnose van cliënten binnen de thuiszorg*

De Wzd is onder meer van toepassing voor cliënten met een psychogeriatrische aandoening met bijvoorbeeld de diagnose dementie of voor cliënten die vanwege hun verstandelijke beperking zijn aangewezen op zorg. De betrokkenen in de pilots gaven aan dat het voor professionals in de thuissituatie niet altijd duidelijk is of er bij oudere cliënten een psychogeriatrische diagnose (zoals dementie) is gesteld, omdat dit niet standaard wordt vermeld in het zorgplan.

---

*Een van de pilotorganisaties geeft aan een oplossing hiervoor gevonden te hebben door als huisarts samen te gaan werken met een specialist ouderengeneeskunde. Deze specialist ouderengeneeskunde zou bijvoorbeeld (net zoals de POH-GGZ) consulten kunnen gaan doen bij de huisarts.*

---

Wanneer thuiszorgorganisaties of familie bepaalde vormen van zorg voor een cliënt overwegen die mogelijk onder de definitie van onvrijwillige zorg vallen, is afstemming nodig met een arts zoals de huisarts of een geriatr over de diagnose van een cliënt. In overleg met de huisarts kunnen afspraken gemaakt worden over de invulling en rolverdeling om onvrijwillige zorg voor de cliënt te voorkomen. Gedurende de pilot hebben organisaties ervaren dat huisartsen zich scharen achter de standpunten van de LHV en geven aan dat zij geen rol hebben bij de toepassing van onvrijwillige zorg thuis.

### *Vaststellen/herkennen van verzet*

Bij de uitvoering van de Wzd is het vaststellen van verzet belangrijk. Maar wanneer is er sprake van verzet? De memorie van toelichting (31996, nr. 3)<sup>16</sup> geeft aan dat er

---

<sup>16</sup> Workshop Verzet, Regionale bijeenkomsten Wzd september 2019; NVO NIP i.s.m. Vilans.

sprake is van verzet als de zorgverlener 'weet' dat de cliënt niet langer instemt, bij niet juiste machtsuitoefening in een afhankelijkheidsrelatie of wanneer zorg als niet juist wordt ervaren of het belet wordt. Het herkennen van verzet kan in de huidige praktijk ook vragen oproepen en is in dat opzicht geen dilemma als gevolg van de Wzd. De invoering van de Wzd zorgt voor bewustwording over het herkennen van verzet. De betrokkenen geven aan dat de gesprekken tussen professionals die zijn gevoerd tijdens de pilotperiode positief bijdragen aan bewustzijn, signaleren en herkennen van verzet. Ook dragen de pilots bij aan het tijdig in gesprek gaan met cliënten en naasten over alternatieven.

Uit de pilotperiode blijkt dat professionals enkele vragen hebben rond het thema verzet. Zo is niet altijd duidelijk wanneer iets verzet is, als de cliënt een aantal keren nee zegt, maar na aanmoediging wel instemt, is er dan sprake van verzet? Daarnaast blijkt het niet altijd duidelijk of er sprake is van verzet tegen de vorm, tegen de inhoud of tegen bijvoorbeeld de verandering.

Een ander dilemma betrof de vraag rond acceptatie of hospitalisering. Is er op een gegeven moment geen verzet meer vanwege gewenning bijvoorbeeld? In de doelgroep PG met dementie is na verloop van tijd wellicht geen verzet meer tegen bepaalde vormen van zorg, omdat dit niet meer goed bij de cliënt doordringt. Ook wordt een voorbeeld genoemd dat bepaalde cliënten verzet niet altijd uiten, maar dat ze wellicht de zorg ondergaan terwijl ze het er wel degelijk mee oneens zijn. Hoe wordt met dit soort 'stille' en moeilijk herkenbare vormen van verzet omgegaan?

In december verschijnt een factsheet over verzet op de website

[www.dwangindezorg.nl](http://www.dwangindezorg.nl)

Daarnaast is er een belevingsonderzoek uitgevoerd, waarbij wordt ingegaan op het herkennen van verzet bij cliënten met ernstige verstandelijke of cognitieve beperkingen (Belevingsonderzoek Dwang in de zorg; Hertogh en Embregts).

---

*Een aantal aanbieders geeft aan dat zij op basis van de ervaringen uit de pilots, voornemens zijn om scholing te organiseren over het thema 'verzet'. Deze scholing richt zich dan met name op het in gesprek gaan met cliënten over het verzet en medewerkers (nog meer) stimuleren om aan alternatieven te denken. Er zou gestimuleerd kunnen worden om de zorg uit het zorgplan niet 'klakkeloos' te volgen, maar om mee te denken en creatief te worden in alternatieven (bijvoorbeeld bij verzet tegen douchen). Ook kan deze scholing ingaan op de dilemma's rond verzet tegen de vorm, inhoud of verandering én het dilemma ten aanzien van acceptatie.*

---

*Vertegenwoordigers willen soms 'strengere' maatregelen of meer afspraken dan de zorgprofessionals en/of cliënt*

Een van de rode draden uit de reflectiebijeenkomsten met professionals was het bespreekpunt dat vertegenwoordigers van cliënten soms 'strengere' maatregelen willen dan de cliënt of dan de zorgprofessionals. Dit dilemma speelt ook in de huidige situatie. Met de invoering van de Wzd wordt dit dilemma echter nog zichtbaarder omdat in het kader van de Wzd wordt gezocht naar alternatieven om vormen van onvrijwillige zorg te voorkomen. Professionals stuiten hiermee soms op weerstand van de familie, zoals in de volgende voorbeelden:

- De familie wil ondanks dat de cliënt zich verzet toch 'doorpakken' in het laten douchen, verschonen of toepassen van incontinentiemateriaal;
- Een cliënt in de VG-sector met een fixatieband in de rolstoel, wat in eerste instantie door de zorgaanbieder niet als wenselijk wordt gezien (dit beperkt de bewegingsvrijheid). Tegelijkertijd geeft de familie aan dat zonder fixatieband de cliënt wellicht uit de rolstoel valt;
- Bij een cliënt wordt in het kader van de Wzd bekeken of de beddekken omlaag kunnen zonder dat dit het risico op een val vergroot. Het voorstel om het bed lager

te zetten werd door de familie echter niet wenselijk geacht, omdat dit het vrije uitzicht van de cliënt zou beperken.

In dergelijke situaties geven de pilotorganisaties aan dat het belangrijk is om het gesprek aan te gaan met de familie, maar daarbij wel te belichten wat vanuit zorgperspectief beter zou zijn. De voorbeelden waarbij de vertegenwoordigers 'strengere' maatregelen willen dan de zorgprofessionals of de cliënt betreffen zowel lichtere als meer ingrijpende vormen van onvrijwillige zorg, zoals opsluiting of gesloten opname onder de Bopz.

---

*Enkele zorgaanbieders uit de pilots organiseren informatiebijeenkomsten over de Wzd voor familie van cliënten om hen mee te nemen in het gedachtegoed van het zoeken naar alternatieven om onvrijwillige zorg te voorkomen.*

---

De Wzd gaat uit van een goede analyse van de situatie waarbij de alternatieve vormen van zorg worden belicht vanuit verschillende invalshoeken (cliënt en naasten, zorgprofessional die direct bij de zorg is betrokken, Wzd-functionaris, cliëntvertrouwenspersoon en externe deskundige). Wanneer de Wzd van kracht is, is het belangrijk dat zorgprofessionals in het gesprek met naasten zorgvuldig de alternatieven afwegen en bespreken. Door dit proces worden mogelijk alternatieven belicht die momenteel onder de Bopz of WGBO minder aan bod komen.

*Onvrijwillige zorg bij afspraken over leefstijlinterventies*

In de huidige situatie worden afspraken met cliënten gemaakt over leefstijl. Het gesprek over leefstijlinterventies zien de pilotorganisaties, zowel in de PG- als in de VG-sector, als een regulier proces. Door motiverende gesprekken - waarin de cliënt als voorwaardig gesprekspartner wordt gezien - kan onvrijwillige zorg worden voorkomen. Deelnemende professionals ervaren dat ze door de Wzd bewust zijn

geworden van de glijdende schaal tussen motiveren en beïnvloeden van cliënten als het gaat om het inrichten van het eigen leven. Onderstaande situaties zijn voorbeelden van leefstijlinterventies met toestemming van wilsbekwame cliënten, waarbij dus geen sprake is van onvrijwillige zorg:

- Cliënt (PG) begrijpt dat gas afsluiten beter is voor zijn veiligheid, hoewel hij/zij initieel wel de wens heeft om nog te kunnen koken;
- Cliënt (VG) krijgt zakgeld, maar levert kassabonnen en wisselgeld in bij de begeleiding. Wanneer er geen controle is kan cliënt de uitdaging niet weerstaan bij het kopen van alcohol. Door de controle ervaart de cliënt rust.

Het ziektebeeld versterkt echter de neiging tot het vertonen van het gedrag waar de leefstijlinterventie op van toepassing is, waardoor dat geïnterpreteerd zou kunnen worden als verzet. In de praktijk beoordeelt de zorgprofessional of er sprake is van verzet. Uitdaging is kritisch te blijven of een cliënt echt instemt.

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is dit gesprek feitelijk de kern van de zorg: het vinden van een balans tussen interventies en het in kleine stapjes ontwikkelen van vaardigheden van een cliënt. Met deze doelgroep duurt het soms wat langer voordat cliënten goed hebben kunnen nadenken over de maatregelen. Ook speelt bij deze doelgroep vaak gedragsproblematiek, waarbij wordt aangegeven dat deze cliënten vaak mondig zijn en moeite hebben bepaalde afspraken te accepteren. In praktijk neemt een zorgverantwoordelijke dan de rol op zich om samen een reële inschatting te maken van dit traject, het probleem in stukjes te hakken en het gesprek met de cliënt te blijven voeren.

Pilotorganisaties hebben ook gekeken naar de mogelijkheid om afspraken over leefstijl te borgen in huisregels, echter bleek dat bijvoorbeeld afspraken over het gebruik van frisdrank niet passen binnen de huisregels. Huisregels zijn gericht op de algemene veiligheid in een instelling en op omgangsafspraken met elkaar. Voorbeelden van huisregels zijn afspraken over plaatsen waar gerookt kan worden, afspraken over huisdieren of tijdstippen waarop rust in de instelling is.

### 4.8 Organisatorische randvoorwaarden

#### *Organisatie van betrekken externe deskundige*

In de pilots is zeer beperkt ervaring opgedaan met het betrekken van externe deskundigen. Een van de redenen is de korte doorlooptijd van de pilots. Enkele pilotorganisaties hebben wel gepoogd een MDO met een externe deskundige te organiseren. De pilotorganisaties hebben elkaar hiervoor benaderd, maar een dergelijk MDO heeft niet plaatsgevonden. In de praktijk bleek dit lastig vorm te geven, gezien de korte tijd en de volle agenda's van de betrokken deskundigen. Tevens speelde mee dat de pilotsorganisaties actief waren met het doorlopen van een stappenplan en daarmee ervaring wilden opdoen met het betrekken van een externe deskundige, maar de zorgorganisaties 'om hen heen' (los van de pilotorganisaties) nog niet hiermee aan de slag waren gegaan ten tijden van de pilot. Dit maakt het ook lastiger om de extern deskundige te organiseren.

Zorgaanbieders zijn nu met elkaar in gesprek om hier afspraken over te maken. Hierbij worden zorgen geuit ten aanzien van het tekort aan artsen, met name specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. De huisartsen maken zoals eerder in deze rapportage benoemd ook een terugtrekkende beweging ten aanzien van de Wzd, is de indruk van de pilotdeelnemers. De zorg is dat hiermee de werkdruk op specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten groter wordt.

#### *Afhankelijk huidige werkwijze wordt het doorlopen van het stappenplan als tijdsintensief ervaren*

Afhankelijk van hoe zorgaanbieders hun processen nu georganiseerd hebben, voorzien pilotorganisaties dat het toepassen van de Wzd extra inspanning gaat vragen van de eigen organisatie, zowel initieel als structureel. Tegelijkertijd geven zorgaanbieders aan dat de uitvoering van de Wzd ook tot minder werklust kan leiden. Enkele zorgaanbieders gaven aan nu alle vrijheidsbeperkende maatregelen te registreren, ook als de cliënt en/of de naaste hiermee instemt. Onder de Wzd hoeft dit niet maar mag dit wel als er geen verzet is.

De initiële inspanning wordt volgens deelnemers aan de pilots veroorzaakt door:

- a. Het informeren en instrueren van alle personeelsleden die met de Wzd te maken kunnen krijgen. De pilotorganisaties ervoeren dat vanwege volle agenda's en werkdruk het informeren van professionals die een rol hebben bij het doorlopen van het stappenplan een uitdaging is. Het kost tijd om de kennis over de Wzd en de uitvoering daarvan binnen de eigen organisatie op het gewenste niveau te brengen. Op basis van de kaders die in de wet beschreven staan, zal een vertaalslag naar de eigen organisatie moeten plaatsvinden en moet het beleid aangepast worden. Ook moet de registratie worden aangepast, wat een tijdsintensief proces is;
- b. Tijdens de pilotperiode hebben de pilotorganisaties de zorgplannen van de betrokken cliënten opnieuw bekeken en gekeken of er sprake is van onvrijwillige zorg onder het nieuwe wettelijke kader. Deze initiële inspanning moet voor alle cliënten gedaan worden als de Wzd in werking treedt;
- c. Het informeren van cliënten en hun familie. Dit vraagt tijd en zorgvuldige communicatie. Tijdens de pilotperiode vroegen betrokken families zich af waarom er zoveel professionals betrokken zijn. Daarnaast heeft een afwijkend advies extra uitleg aan de familie.

De structureel hogere werklast wordt naar mening van de betrokkenen bij de pilot veroorzaakt door:

- a. Het aantal te betrekken professionals bij een cliënt wordt groter dan in de huidige situatie. Wanneer het stappenplan van de Wzd wordt doorlopen, moeten meerdere mensen hiervoor tijd maken in agenda's voor MDO's, registratie en toetsing van het Wzd-proces in de organisatie. De deelgenomen zorgaanbieders geven aan niet altijd de meerwaarde te zien van het betrekken van meer (externe) professionals, soms zou het de kwaliteit zelfs niet ten goede komen is hun mening;
- b. De frequentie van evaluatie wordt verhoogd; de inzet van onvrijwillige zorg zal vaker geëvalueerd moeten worden dan in de huidige situatie het geval is. Het risico is volgens de betrokkenen bij de pilots dat cliënten korter (en daarmee minder grondig) worden besproken;

- c. Het stappenplan moet voor meer interventies doorlopen worden dan in de huidige situatie plaatsvindt. Dit komt omdat het stappenplan doorlopen moet worden wanneer cliënten ofwel wilsonbekwaam ter zake zijn (voor de eerste drie categorieën van onvrijwillige zorg) of verzet tonen/niet instemmen (voor de overige categorieën van onvrijwillige zorg). Daarnaast zijn er cliënten die al vanaf hun geboorte beperkt zijn (en wilsonbekwaam). In deze situaties worden maatregelen genomen zonder dat sprake is van verzet. Het gaat dan bijvoorbeeld om vrijheidsbeperking en/of insluiting. Bij deze categorieën van onvrijwillige zorg moet in de Wzd altijd het stappenplan doorlopen worden. Dit zien de deelnemers van de pilot als een ongewenst bijeffect van regelgeving.

Dit betreffen subjectieve bevindingen die tijdens de uitvoering van de pilots naar voren zijn gekomen. De pilots hadden niet als doel om de (extra) werklast te meten.

### *Afbouw onvrijwillige zorg stuit op knelpunten en/of niet altijd (op korte termijn) mogelijk*

Wanneer medicatie wordt afgebouwd, is de verwachting van de betrokkenen bij de pilot dat er meer toezicht nodig zal zijn (vanwege verandering in gedrag). Dit vraagt om capaciteit van personeel, die momenteel op veel plekken al schaars is. Tevens geven deelnemers aan dat de afbouw van medicatie soms jaren kan duren.

Een andere bevinding is dat onvrijwillige zorg niet altijd kan worden voorkomen, in verband met bijvoorbeeld de functionaliteiten van een gebouw of de omgeving. De implementatie van sommige alternatieven, zoals werken met sensoren om cliënten meer bewegingsvrijheid te geven, is niet mogelijk in iedere setting. Wanneer een locatie dusdanig is verouderd of een bepaalde constructie kent, kunnen deze (ICT-afhankelijke) alternatieven niet worden ingezet. Daarnaast vraagt dit een flinke investering, die op korte termijn vaak niet te realiseren is.

### *Onduidelijkheid wat te registreren en ondersteunende ICT (registratie) is nog niet op orde*

Artikel 17, eerste lid, van de wet geeft aan welke gegevens de zorgaanbieder digitaal beschikbaar dient te houden ten behoeve van het toezicht door de IGJ. Het is voor de

pilotlocaties onduidelijk waarom zij dit gedetailleerd en per locatie moeten bijhouden<sup>17</sup>. Veel van de pilotorganisaties hebben de administratie rond de pilot uitgevoerd in een parallel, apart systeem. Zij kunnen dan ook geen uitspraken doen over de administratieve lasten als gevolg van registratie.

Deelnemers aan de pilots geven daarnaast aan dat de halfjaarlijkse analyse van de onvrijwillige zorg per locatie een administratielast met zich meebrengt. Het belangrijkste doel van de registratie en de analyse daarvan is dat zorgaanbieders lering kunnen trekken over waarom en hoe zij onvrijwillige zorg verlenen. De zorgaanbieder verwerkt de gegevens ten behoeve van de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het eigen beleid over de toepassing van onvrijwillige zorg en ten behoeve van het toezicht door de IGJ.

Enkele van de pilotorganisaties waren betrokken bij het ontwikkelen van registratiesystemen in het kader van de Wzd. Zij hebben gedurende de pilots ook deze (in ontwikkeling zijnde) ICT-systemen getest. De ervaringen in de pilotorganisaties zijn in die gevallen meegenomen door de softwareleveranciers. De pilotorganisaties die gebruik maakten van systemen merkten op dat het behulpzaam is om zo'n applicatie te gebruiken. De applicatie ondersteunt immers bij het stellen van de juiste vragen en het categoriseren van eventuele onvrijwillige zorg.

---

17

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

# Inzichten uit de droogoefensessies

## 5.1 Doelstelling en aanpak droogoefensessies

De doelstelling van de droogoefensessies was om deelnemers gezamenlijk inzicht te laten verkrijgen in de aandachtspunten en de werkwijze bij cliënten met dubbelproblematiek (situaties waarbij de ene keer de ggz- dan wel de VG- of PG-problematiek de oorzaak is)<sup>18</sup> wanneer de Wzd in werking is getreden.

Tijdens de droogoefensessies zijn de deelnemers aan de hand van casuïstiek aan de slag gegaan. Op deze manier is de discussie heel concreet gevoerd. Na de bijeenkomst is inzicht ontstaan in mogelijke werk- en denkwijzen hoe om te gaan met situaties waarin sprake is van dubbelproblematiek, inclusief de benodigde/gewenste afspraken die hiervoor intern en extern gemaakt moeten worden. Tevens leverde de bijeenkomst een overzicht op van verwachte belemmeringen die in het overgangsjaar aandacht vragen van ministerie en veldpartijen. Ook is het gesprek gevoerd over oplossingsrichtingen en zijn (ook reeds bestaande) knelpunten genoemd waar (nog) geen oplossingen voor zijn gevonden.

In de droogoefensessies stonden de volgende twee onderwerpen centraal:

- Dubbelproblematiek;
- Acute opname.

In de droogoefensessie '**Dubbelproblematiek**' stond de problematiek van mensen met een verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en/of psychiatrische problemen centraal. Deze droogoefensessie is mede georganiseerd door expertisecentrum

<sup>18</sup> Van Bopz naar Wzd; Plan van aanpak implementatie Wet zorg en dwang.

<sup>19</sup> Trajectum, Fivoor, Ipse de Bruggen en Dichterbij.

<sup>20</sup> 's-Heeren Loo en ASVZ.

De Borg; een samenwerkingsverband van vier behandelcentra<sup>19</sup> voor mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en/of psychiatrische problemen (SGLVG-cliënten). De uitkomsten uit deze droogoefensessie zijn door middel van telefonische interviews aangevuld door andere zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg<sup>20</sup> die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking en zorgaanbieders in de ouderenzorg die zorg bieden aan mensen met gerontopsychiatrie<sup>21</sup> (ouderen die te maken hebben met psychiatrische problemen en door het ouder worden in toenemende mate last krijgen van lichamelijke en (psycho)sociale problemen), korsakov en chronische psychiatrie<sup>22</sup>.

De droogoefensessie '**Acute opname**' komt voort uit bedenkingen vanuit het veld over de procedure die moet worden gevolgd als iemand met een verstandelijke beperking acuut moet worden opgenomen. De vraag is met name of mensen met een verstandelijke beperking door de verschillen tussen de Wzd en de Wvvgz niet onnodig lang in de psychiatrie blijft hangen. Michiel Vermaak, Arts voor Verstandelijk Gehandicapten bij Stichting Zuidwester, was medeorganisator van deze droogoefensessie en heeft zijn contacten uit Rotterdam en omgeving (Veiligheidshuis) die bij dit onderwerp betrokken zijn uitgenodigd. De uitkomsten zijn relevant voor het hele land en zowel van toepassing op de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking als mensen met psychogeriatrische aandoening die acuut moeten worden opgenomen en te maken krijgen met twee wettelijke regimes.

De bevindingen van de droogoefensessies en de aanvullende telefonische interviews worden in paragraaf 5.2 toegelicht. Paragraaf 5.3 beschrijft mogelijke

<sup>21</sup> Het Parkhuis

<sup>22</sup> Hilverzorg

oplossingsrichtingen voor de knelpunten die uit de droogoefensessies naar voren komen.

### 5.2 Bevindingen droogoefensessies

#### *Verplaatsen cliënten als de voorliggende problematiek verandert*

De samenloop van een psychiatrische en een verstandelijke beperking is omvangrijk bij cliënten met SGLVG-problematiek. Bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen is het de vraag of de Wzd of de Wvvgz op de SGLVG-clieënten van toepassing is. Er is geen specifieke wetgeving voor deze groep. De cliënt kan dan zowel op grond van zijn VG-kenmerken onder de Wzd vallen, als op grond van de psychiatrische problematiek onder de Wvvgz, al naar gelang van wat de cliënt nodig heeft.

De Borg-instellingen geven aan dat zij per zorgaanbieder kiezen voor het uitvoeren van de Wzd of Wvvgz en daarmee dus niet twee wettelijke regimes op één locatie uitvoeren vanwege de verschillende verantwoordingsvereisten (dus extra administratieve lasten) en hoge eisen aan wetkennis van de begeleiders voor het uitvoeren van twee wettelijke regimes. De zorgaanbieders die wij aanvullend gesproken hebben en die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking en aan mensen met gerontopsychiatrie, korsakov<sup>23</sup> en chronische psychiatrie geven aan ook alleen voor de Wzd als wettelijk regime te kiezen.

De voorliggende problematiek van SGLVG-clieënten is niet stabiel. De onderliggende problematiek (verstandelijke beperking) kan verschillen van de voorliggende problematiek (verstandelijke beperking of psychische stoornis). Gevolg is volgens SGLVB-aanbieders dat cliënten naar verwachting verplaatst worden als de voorliggende problematiek verandert en een ander wettelijk kader van toepassing is

---

23

<https://www.dwangindezorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/belidsvoornemen-gelijkgestelde-aandoeningen>

dan het wettelijk kader dat binnen de betreffende instelling waar de cliënt verblijft gehandhaafd wordt. Andere zorgaanbieders die zorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking geven aan de benodigde expertise rondom de cliënten te willen organiseren door goed met de psychiatrie samen te werken, psychiaters in dienst nemen of te consulteren zodat cliënten zo min mogelijk overgeplaatst moeten worden. De registratie van onvrijwillige zorg wordt volgens de Wzd-werkwijze voortgezet.

#### *Vrees dat 'over de schutting zetten' cliënten toeneemt*

De keuze voor type crisismaatregel en wettelijk regime zou vanuit de inhoud op basis van voorliggende problematiek gemaakt moeten worden, maar in de praktijk hebben VG-aanbieders een beperkt aantal crisisbedden. De VG leunt voor crisis op de acute psychiatrie, zo werd gesteld tijdens de sessies. Het gevolg van de invoering van de Wzd en Wvvgz is naar mening van de deelnemers dat er nieuwe schotten ontstaan bijvoorbeeld als de acute psychiatrie cliënten niet meer opneemt in verband met de verstandelijke beperking. In de droogoefensessie werd de vrees uitgesproken dat door het uiteenvallen van de Bopz in de Wvvgz en de Wzd het 'over de schutting' zetten van cliënten toeneemt en de acute psychiatrie geen patiënten met een verstandelijke beperking opneemt. (Dit betreft ook een knelpunt in de huidige situatie).

#### *Onduidelijkheid over de termijnen bij overgang van Wvvgz naar Wzd bij acute opname in de crisis ggz*

Deelnemers vragen zich af hoe zij bij acute opnames van cliënten met een verstandelijke beperking ervoor kunnen zorgen dat deze mensen snel de juiste zorg krijgen binnen het voor hen passende wettelijk kader van de Wzd. Als cliënten met een verstandelijke beperking en psychische problematiek wel in de acute psychiatrie onder de Wvvgz met een Crisis Machtiging (hierna: CM) worden opgenomen, bestaat het risico dat mensen onnodig lang in de crisis ggz verblijven doordat psychiaters cliënten



## HOOFDSTUK 5

beoordelen en de VG-problematiek mogelijk niet herkennen. Als de cliënt daarna overgaat naar Wzd, moet (opnieuw) een machtiging tot opname en verblijf worden aangevraagd<sup>24</sup>. De vraag is hoe snel het Centrum Indicatiestelling zorg (hierna: CIZ) een verzoek tot machtiging bij de rechter kan indienen en de rechter een machtiging tot opname en verblijf verlenen als iemand met een (verlengde) crisis machtiging in de Wvvgz zit<sup>25</sup>



Figuur 2. Overzicht termijnen crisisopname Wvvgz en Wzd

Bij de overgang van Wvvgz CM en Verlengde Crisis Machtiging (hierna: VCM) naar een besluit tot opname en verblijf onder de Wzd lijkt het zo dat termijnen waarin CIZ en rechter moeten besluiten, niet aansluiten op de duur van een VCM (drie weken). Daardoor ontstaat er een gat tussen afloop van het VCM en vervolgbesluit. Om dit te voorkomen zou je naar mening van de deelnemers een dubbele aanvraag moeten gaan doen: een Zorg Machtiging onder de Wvvgz en een machtiging tot Opname en Verblijf onder Wzd. Voor de overgang tussen wettelijke regimes hebben deelnemers behoefte aan een stromenschema waarin termijnen voor overgang Wvvgz naar Wzd

<sup>24</sup> Brochure: 'Opname en verblijf met een rechterlijke machtiging':

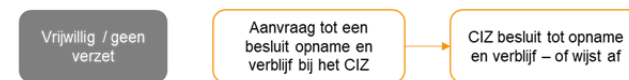
<https://www.dwangindezorg.nl/wzd/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diverse/n/brochure-rm>

worden weergegeven. Op basis hiervan kan een werkwijze worden afgesproken over het aanvragen van een machtiging voor opname en verblijf onder de Wzd, als een cliënt met een crisis machtiging onder de Wvvgz in de ggz is opgenomen.

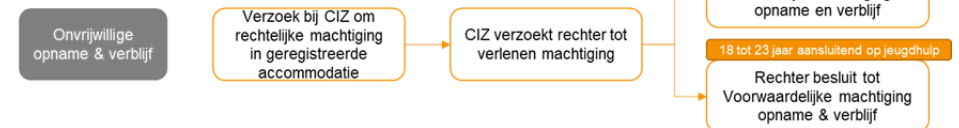
### De mogelijkheden voor het toepassen van drang nemen af

Deelnemers geven aan dat de Wzd minder mogelijkheden heeft voor het toepassen van drang, zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk om een voorwaardelijke machtiging tot opname en verblijf op te leggen (kan alleen in aansluiting op jeugdhulp worden afgegeven (zie figuur 3). Hierdoor hebben professionals minder instrumenten en geven ze aan dat een situatie eerst moet escaleren voordat ze in kunnen grijpen met verzoek een machtiging voor opname of verblijf of een IBS. Dit leidt tot meer onwenselijke kortdurende (crisis)opname en grotere druk op behandelcapaciteit en acute opname in de verstandelijke gehandicaptenzorg, is de verwachting van de deelnemers.

#### Wzd Artikel 22 t/m 24



#### Wzd Artikel 25 t/m 28



#### Wzd Artikel 29 t/m 37



<sup>25</sup> Het ministerie van VWS heeft op 12-9-2019 een brochure over Samenloop tussen Wvvgz en Wzd uitgebracht:

<https://www.dwangindezorg.nl/uitvoering/documenten/publicaties/implementatie/keten/producten/producten-wvvgz/samenloop-tussen-wvvgz-en-wzd---vws>







Figuur 3. Overzicht verschillende vormen van opname Wzd

### 5.3 Mogelijke oplossingsrichtingen

Om te voorkomen dat als gevolg van het veranderen van voorliggende problematiek cliënten verplaatst moeten worden, roepen deelnemers op tot het realiseren van meer kwalitatief hoogwaardig aanbod van acute verstandelijk gehandicaptenzorg. Tegelijkertijd geven zij aan dat dit (zeker op korte termijn) niet realiseerbaar is. Er zijn regionale verschillen in hoeveelheid en type aanbod, afhankelijk van de samenwerking tussen professionals en zorgaanbieders. Dit knelpunt speelt ook in de ouderenzorg. Een andere mogelijke oplossing voor het verplaatsen en over de 'schutting zetten' van cliënten betreft een regionale crisisdienst met ggz- en VG-crisisbedden, waardoor bijvoorbeeld bij VG-aanbieders ggz-crisisbedden gerealiseerd kunnen worden. Dit vraagt om regionale samenwerkingsafspraken over crisis tussen ggz- en VG-zorgaanbieder. Hier zijn al enkele voorbeelden van in het land, dus deze oplossingsrichting lijkt binnen de bestaande structuren op korte termijn haalbaar.

Om te voorkomen dat mensen met een verstandelijke beperking onnodig lang in de ggz blijven is een intensieve samenwerking tussen behandelteam van ggz en VG nodig. De crisisdienst ggz en psychiater zouden hiervoor vroegtijdig een arts voor verstandelijk gehandicapten moeten betrekken voor de beoordeling van cliënten die veelal naast ggz-problematiek ook (mogelijke) VG-problematiek hebben.

# Bijlage A: Het monitoringsformat

<b>Voorbeeldvragen bij verschillende thema's</b> <b>Focus: Welke ervaringen zou je met andere organisaties willen delen?</b> <b>Wat ging goed? Waar liep je tegenaan? Hoe heb je dit opgelost?</b>	
 <b>Doelgroep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is altijd duidelijk of de WZD voor een cliënt van toepassing is?</li> <li>• Zijn er bijzonderheden of kenmerken van de doelgroep van de pilot die speciale aandacht vragen in WZD?</li> <li>• ..</li> </ul>
 <b>Zorgorganisatie en -landschap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zijn alle relevante partijen betrokken bij toepassing van de WZD?</li> <li>• Lukt het om alle interne en externe functionarissen op tijd te betrekken bij het doorlopen v.h. stappenplan?</li> <li>• Op welke manier geeft de externe deskundige advies over de toepassing van onvrijwillige zorg?</li> <li>• ..</li> </ul>
 <b>Zorginhoud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is duidelijk in welke (praktijk)situatievrijheidsbeperkingen vallen onder onvrijwillige zorg in de WZD?</li> <li>• Is het stappenplan behulpzaam om keuzes rond vrijheidsbeperkingen te onderbouwen?</li> <li>• ..</li> </ul>
 <b>Professionals</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door welke functionarissen worden de verschillende WZD-functies ingevuld?</li> <li>• Is kennis/kunde van betrokken professionals voldoende om het stappenplan te doorlopen</li> <li>• Is rolverdeling tussen professionals die betrokken zijn bij de eventuele toepassing van onvrijwillige zorg helder?</li> <li>• ..</li> </ul>
 <b>Cliënten en naasten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In welke mate lukt het cliënten of hun vertegenwoordigers te betrekken bij doorlopen van het stappenplan?</li> <li>• In welke mate en in welk gevallen is er sprake van verzet?</li> <li>• Is er een cliëntvertrouwenspersoon betrokken en wat gaat goed, wat kan beter?</li> <li>• ..</li> </ul>
 <b>Registratie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is duidelijk <u>wat</u>, <u>wanneer</u>, <u>door wie</u> moet worden vastgelegd op grond van de WZD?</li> <li>• Zijn systemen geschikt en beschikbaar voor deze vastlegging?</li> <li>• ..</li> </ul>
<b>Overig</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe ervaar je het werken met de WZD (de pilot)?</li> <li>• Heb je vragen aan de begeleiders van de pilots of aan andere pilot-organisaties?</li> <li>• ..</li> </ul>