

Vrijheid en veiligheid

BELEIDSPLAN WET ZORG EN DWANG

Inhoud

1. Inleiding	3
2. Leven in vrijheid	3
Zoveel mogelijk vrijwillig	3
Maar wat als vrijwillige zorg echt niet lukt?.....	4
Wat is ernstig nadeel?	4
Het stappenplan	4
3. Over de Wzd	5
Voor wie is de wet van toepassing?	5
Wat is het verschil tussen Wzd en BOPZ?	5
De rechten van de cliënt	5
Waar is de Wzd van toepassing binnen InteraktContour?.....	6
Wzd of Wvvgz?	6
4. Wat is onvrijwillige zorg?.....	6
Allereerst: preventie van onvrijwillige zorg. Hoe voorkomen we onvrijwillige zorg?.....	6
Wat is verzet?	7
Wilsbekwaam of wilsonbekwaam ter zake	8
Wie kan optreden als eerste vertegenwoordiger van een cliënt?	8
Wat is goed vertegenwoordigerschap?.....	8
De 9 categorieën van onvrijwillige zorg	8
Huisregels	9
Randvoorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg	9
Onvrijwillige zorg in onvoorziene of noodsituaties.....	9
5. Het stappenplan	10
Op zoek naar vrijwillige alternatieven (art.9 Wzd).....	10
Wanneer volg je het Wzd-stappenplan?	10
Organisatie en bespreekpunten MDO (verplicht in het stappenplan).....	12
6. Betrokkenen stappenplan	13
Cliënt en/of de (wettelijk) vertegenwoordiger	13
Zorgverantwoordelijke	13
Deskundige van een andere discipline	13
Wzd-functionaris	14
Behandelend arts	14

Deskundige 'niet bij de zorg van de cliënt betrokken'	14
Onafhankelijk deskundige	14
Cliëntvertrouwenspersoon Wzd	15
7. Klachtenregeling Wzd.....	15
Wat doet een externe klachtencommissie Wzd?.....	15
Op welke klachten is deze klachtenregeling van toepassing?	15
Bronnen	16
Handreiking huisregels VGN en Actiz (december 2020)	16

1. Inleiding

Sinds januari 2020 is de wetgeving rond dwang in de zorg gewijzigd. De Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz (Wvvgz) vervangen de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). Er is sinds de invoering van de BOPZ veel veranderd in de zorg voor mensen met een beperking in Nederland. Dat betekent dat de Wzd bijvoorbeeld niet alleen in een verpleeghuis geldt zoals bij de BOPZ, maar overal waar professionele zorg wordt geboden. InteraktContour is specialist als het gaat om de zorg voor mensen met hersenletsel in de chronische fase. Deze wetswijziging betekent dat wij (opnieuw) moet bepalen hoe wij ons verhouden tot onvrijwillige zorg, wat wij kunnen doen binnen het hele spectrum aan problemen dat mensen met hersenletsel ervaren, wat wij doen om onvrijwillige zorg te voorkomen en wat onze afspraken zijn als we geen veilige zorg meer kunnen bieden zonder dat een cliënt zich hiertegen verzet.

Daarom is in dit beleidsplan vastgelegd wat de visie van InteraktContour is op vrijheid en veiligheid en hoe wij in de praktijk vormgeven aan de onderdelen van de Wet zorg en dwang. Het beleidsplan geeft informatie over hoe wij er alles aan doen om vrijwillige zorg te bieden, over de Wet zorg en dwang en wat we doen als vrijwillige zorg echt niet lukt. We leggen uit wat de Wet zorg en dwang dan betekent in de uitvoering voor cliënt, de naasten en hulpverleners die hiermee te maken krijgen.

InteraktContour hanteert vijf richtinggevende principes die hier dan ook in terug te vinden zijn, namelijk:

- Er is altijd iets mogelijk
- We zijn er ook voor de naasten
- We kennen de grenzen van onze expertise en schakelen kennis van buiten in wanneer nodig
- We zijn 'onbarmhartig' transparant, ook wat niet lukt laten we zien
- We zijn pragmatisch en resultaatgericht, we denken in praktische oplossingen

2. Leven in vrijheid

Ieder mens heeft het recht om in vrijheid te leven en eigen keuzes te maken. Zelf beslissen hoe je je dag doorbrengt, waar je woont en naar welke muziek je luistert. Dit geldt ook voor de cliënten van InteraktContour. Ze hebben weliswaar zorg en ondersteuning nodig, maar dat is bij voorkeur de zorg waar ze zelf mee instemmen. Daar maken de cliënt en begeleiding samen afspraken over.

Zoveel mogelijk vrijwillig

In onze zorg streven we naar vrijheid en veiligheid. De Wet zorg en dwang (Wzd) gaat uit van het principe '*nee, tenzij*'. Dit betekent dat zorg voor de cliënten op vrijwillige basis plaatsvindt (*zij wonen namelijk ook vrijwillig bij ons*), tenzij dit vanwege een (risico op) ernstig nadeel niet kan. Onvrijwillige zorg komt dus pas om de hoek kijken nadat alles is onderzocht om dit (risico op) ernstig nadeel te voorkomen. Zo zien wij dat ook binnen InteraktContour. Hierin speelt een belangrijk kenmerkend richtinggevend principe van InteraktContour een cruciale rol, namelijk: er is altijd iets mogelijk. Dit vraagt kennis van onze cliënt, het 'ontsluiten' van creatieve oplossingen die ernstig nadeel kunnen voorkomen zonder verzet en het in het dossier zichtbaar maken wat de afspraken zijn met cliënt. Altijd moet eerst geprobeerd worden de situatie met vrijwillige zorg (= met instemming of zonder verzet van de cliënt) op te lossen. We maken gebruik van competentie gericht begeleiden en voeren met de cliënt het gesprek over wat hij wil bereiken en hoe dit bereikt kan worden. Bovendien wordt altijd eerst onderzoek gedaan naar alternatieven als een cliënt zich niet kan vinden in interventies die ernstig nadeel kunnen voorkomen. De persoonlijk ondersteuner van de cliënt spreekt met minimaal 1 andere deskundige, in veel gevallen de gedragskundige, de volgende onderwerpen: Hoe groot is het risico op ernstig nadeel? Wat zijn de oorzaken van het gedrag? Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel? Zijn er alternatieven die voor deze cliënt te bedenken waar hij wel in mee kan

stemmen? Er wordt samen gesproken met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger over de verschillende mogelijkheden, voors en tegens besproken en gebruik gemaakt van de inschatting van onze professionals.

Maar wat als vrijwillige zorg echt niet lukt?

Soms lukt het cliënten (even) niet keuzes te overzien en wat het gevolg daarvan is voor hun en/of andermans gezondheid en/of veiligheid en er dan sprake is van (risico op) ernstig nadeel. Zorgverleners helpen hen bij die keuzes en houden rekening met hun veiligheid en kwaliteit van leven. Dat kan betekenen dat de vrijheid van mensen wordt beperkt. We gaan daar dus zeer zorgvuldig mee om en kiezen er alleen voor als het echt niet anders kan. Dit gebeurt altijd in overleg met een naaste van de cliënt. Het inzetten van zorg die iemand echt niet wil, is altijd een laatste redmiddel om ernstig nadeel te voorkomen.

Wat is ernstig nadeel?

Zoals eerder beschreven vindt de zorg voor onze cliënten op vrijwillige basis plaats, tenzij het vanwege een (risico op) ernstig nadeel niet kan. We spreken van ernstig nadeel (of een aanzienlijk risico daarop) als:

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

Het stappenplan

Als we toch interventies moeten plegen die verzet geven en we geen alternatieven kunnen bieden, dan maken we gebruik van het [stappenplan](#) zoals voorgeschreven door de Wzd. Dit stappenplan helpt ons verder in het nadenken over de casuïstiek door collega's en professionals te betrekken, die buiten de directe zorg van de betreffende cliënt staan. Ook hier maken we gebruik van elkaars kennis of roepen we hulp in van anderen. Hierin komt een ander belangrijk richtinggevend principe van InteraktContour naar voren, namelijk dat we niet alles zelf weten en we de grenzen kennen van onze eigen expertise, waardoor we ook gebruik maken van kennis van buiten. We onderzoeken de situatie van de cliënt, benoemen de noodzaak van onvrijwillige zorg en onderzoeken of er ook andere oplossingen zijn. Dit doen we in overleg met de cliënt en zijn¹ wettelijk vertegenwoordiger en met de steun van collega's en deskundigen. Hierbij blijven we steeds opnieuw kijken of er vrijwillige alternatieven zijn en de onvrijwillige zorg nog wel nodig is. Dit blijft maatwerk per cliënt, waarbij we in een leercurve zitten en we naarmate de tijd verstrijkt, kunnen terugrijpen op eerdere situaties waarin we geleerd hebben.

Elke cliënt mag altijd een beroep doen op een cliëntenvertrouwenspersoon, dus ook iemand die onder reikwijdte van de Wzd valt. Als er sprake is van een Wzd situatie, zijn er voor cliënten van

¹ Waar 'hij' of 'zijn' staat, kan ook gelezen worden als 'zij' of 'haar'.

InteraktContour onafhankelijke cliëntvertrouwenspersonen beschikbaar die veel expertise hebben op het gebied van de Wzd. Deze persoon geeft kosteloos advies en bijstand over alles wat samenhangt met onvrijwillige zorg. Deze cliëntenvertrouwenspersoon behartigt de belangen van de cliënt en/of zijn familieleden/vertegenwoordiger. Klik hier om te zien wie de Wzd-cliantvertrouwenspersoon is (linkje nog maken).

3. Over de Wzd

Vanaf 1 januari 2020 hebben de Wzd en de Wet verplichte ggz (Wvvgz) de wet Bopz vervangen. De Wzd beoogt beter aan te sluiten bij de zorg van nu en van de toekomst en beschermt de rechtspositie van cliënten op een betere manier. De wet is cliëntvolgend en geldt dus niet alleen in instellingen, maar bijvoorbeeld ook thuis of op de dagbesteding.

Voor wie is de wet van toepassing?

De Wzd is van toepassing op:

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

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

Wat is het verschil tussen Wzd en BOPZ?

- De Wzd is van toepassing ongeacht de locatie waar de cliënt verblijft, dus ook bij ambulante zorg (zoals in de thuiszorg). Dit in tegenstelling tot de BOPZ dat aan een locatie was gebonden.
- De samenstelling van het multidisciplinaire team dat onvrijwillige zorg beoordeelt en evalueert is aangepast. In de Wzd zijn meer disciplines betrokken dan voorheen, afhankelijk van de fase van het stappenplan.
- De Wzd kent een onafhankelijke cliëntenvertrouwenspersoon die niet bij de instelling in dienst is en een externe klachtencommissie.
- Het CIZ heeft een rol bij het aanvragen van een rechterlijke machtiging. Een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd als een cliënt of zijn vertegenwoordiger geen opname wil en er dus sprake is van verzet. Het CIZ verzamelt en beoordeelt de (medische) informatie, zodat de rechter een zorgvuldig besluit kan nemen. Onvrijwillige opname zonder rechterlijke machtiging is in een crisissituatie mogelijk. De burgemeester geeft dan een inbewaringstelling af. Op dezelfde dag informeert de burgemeester het CIZ hierover. Het CIZ oordeelt vervolgens of er is voldaan aan de voorwaarden voor het afgeven van een machtiging tot verlenging van de inbewaringstelling. Als dat het geval is, vraagt het CIZ de rechter een beslissing te nemen over de verlenging van de inbewaringstelling. Het CIZ heeft geen eigen crisisdienst.

De rechten van de cliënt

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

- Begrijpelijke informatie over zorg;

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

Waar is de Wzd van toepassing binnen InteraktContour?

Uitgangspunt van de Wzd is dat de zorgaanbieder zelf bepaalt of deze onvrijwillige zorg verleent. Omdat InteraktContour nog niet bekend is met het bieden van onvrijwillige zorg willen we eerst leren en ontwikkelen op de woonlocatie Nieuw Bloemensteijn (beoogd Regionaal Expertise Centrum). De woonlocatie Nieuw Bloemensteijn is daarom geregistreerd in het landelijke, openbare locatieregister Wet zorg en dwang. Het locatieregister is er zodat de IGJ in beeld heeft waar cliënten zich bevinden die mogelijk te maken krijgen met onvrijwillige zorg.

Toch kan het voorkomen dat op een andere woonlocatie van InteraktContour tevens onvrijwillige zorg noodzakelijk is. De ervaring die op Nieuw Bloemensteijn wordt opgedaan, kan dan worden ingezet. De Wzd functionaris beoordeelt in overleg met management en raad van bestuur of onvrijwillige zorg op die betreffende locatie ook daadwerkelijk kan worden uitgevoerd of dat er een meer passende oplossing geboden kan worden binnen InteraktContour. Indien de onvrijwillige zorg op die locatie geboden kan worden, wordt ook die locatie geregistreerd bij de IGJ om eerder genoemde reden.

Voor de volledigheid: binnen heel InteraktContour is er geen sprake van onvrijwillige opnames, ook niet op Nieuw Bloemensteijn. Wanneer iemand vrijwillig komt wonen op een woonlocatie van InteraktContour die geregistreerd is in het locatieregister, dan is er geen sprake van een onvrijwillige opname.

Wzd of Wvggz?

Een belangrijk uitgangspunt van beide wetten is dat cliënten de juiste zorg ontvangen op de juiste plek. Het kan voorkomen dat iemand met NAH, een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking ook een psychische stoornis heeft. In dat geval is sprake van multi-problematiek. Iemand kan dan een behandeling krijgen op grond van de Wzd of de Wvggz. Dan wordt vastgesteld wat de beste zorg is en welk wettelijk regime daar op dat moment het beste bij past. De problematiek of stoornis die op dat moment overheerst, is dan leidend. Een ter zake deskundige zorgverlener, zoals een specialist ouderengeneeskunde, AVG of een psychiater kan dat vaststellen. De zorgverantwoordelijke onderzoekt zo nodig of zorg in een andere sector passender zou zijn en overweegt welk wettelijk regime het beste bijdraagt aan passende zorg. Hij raadpleegt daarbij professionals van andere sectoren. De zorgbehoefte van de cliënt is hierbij leidend. De wet biedt, op basis van een beoordeling door een arts, hierbij de ruimte om psychische stoornissen binnen het kader van de Wzd te behandelen, mits de zorgorganisatie deze zorg en behandeling op verantwoorde wijze kan leveren.

4. Wat is onvrijwillige zorg?

Allereerst: preventie van onvrijwillige zorg. Hoe voorkomen we onvrijwillige zorg?

Om onvrijwillige zorg te voorkomen moeten we de redenen voor toepassing hiervan voorkomen.

- ✓ Dit doe je door cliënt goed te kennen. Dit zorgt voor een goede aansluiting bij de beleving en begrip voor oorzaken van gedrag. Hierbij gaat het altijd om maatwerk en dat ontstaat door multidisciplinair en samen met het netwerk te overleggen en praten over de zorg.

- ✓ Belangrijk is een adequate dagbesteding en dagindeling die past bij de cliënt. Denk hierbij aan slaap-waakritme, hoeveelheid prikkels, energieniveau, interesses van cliënt.
- ✓ Zorg voor een prettige omgeving. Veel prikkels uit de omgeving kunnen ook oorzaak zijn voor onrust bij cliënten. Denk aan harde geluiden, onprettige stoelen, lichtval enz.
- ✓ Doe een valanalyse bij valincidenten. Dit helpt in het vinden van oorzaken en daarmee mogelijke oplossingen die bij cliënt passen.
- ✓ In de zorg kom je regelmatig terecht in het spanningsveld tussen vrijheid en veiligheid. Waarvoor kies je bij deze persoon? Dit weeg je continu af en bepaal je in overleg met de cliënt, familie en collega's. Bekijk welk (risico op) ernstig nadeel je wilt verminderen en bespreek wat nog acceptabel is. Kies vervolgens de best passende en tegelijkertijd minst ingrijpende zorg om dit te bereiken. Niet vóór de cliënt, maar mét de cliënt. Soms zijn die oplossingen heel eenvoudig. Denk bijvoorbeeld aan een andere tafelschikking of een vertrouwde knuffel in bed. In andere gevallen gaat het meer over bejegening en tegemoetkomen aan iemands wensen of voorkeuren. Soms gaat het ook om producten die je aanschaft. Hiervoor kun je gebruik maken van de [Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg | Vilans](#)

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

- Zorg waarmee de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt niet instemt;
- Zorg waarmee de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt instemt, maar waartegen de cliënt zich verzet;
- Zorg waarmee een wilsbekwame cliënt niet instemt.

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

Wat is verzet?

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

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

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

Wilsbekwaam of wilsonbekwaam ter zake

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

De behandelaar bepaalt of iemand wilsonbekwaam ter zake is aan de hand van de volgende punten:

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

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

Wie kan optreden als eerste vertegenwoordiger van een cliënt?

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

Bij beslissingen over zorg en behandelingen kijk je dus eerst of er een mentor of curator is, dan of er een schriftelijke gemachtigde is. Zo niet, dan kunnen de partner of de genoemde familieleden eerste vertegenwoordiger zijn. Als er geen eerste vertegenwoordiger gevonden kan worden, dan vraagt InteraktContour de kantonrechter een mentor te benoemen.

Wat is goed vertegenwoordigerschap?

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

De 9 categorieën van onvrijwillige zorg

De Wzd geeft 9 categorieën aan van onvrijwillige zorg:

1. Het toedienen van vocht, voeding en medicatie en medische (be)handelingen voor een lichamelijke aandoening bij mensen met een verstandelijke beperking of dementie.
2. Het beperken van de bewegingsvrijheid (ook fixatie).
3. Insluiten (ook separatie).
4. Toezicht op de cliënt (inclusief domotica).
5. Onderzoek aan kleding of lichaam.
6. Onderzoek van woonruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en gevaarlijke voorwerpen.
7. Controle op middelen die gedrag beïnvloeden.

8. Beperking van vrijheid om het eigen leven in te richten, waardoor de cliënt iets moet doen of laten (incl. Gebruik communicatiemiddelen).
9. Beperking in het ontvangen van bezoek.

Samenvattend; voor onvrijwillige zorg geldt dus altijd:

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

Huisregels

Huisregels beperken iemands mogelijkheden om te doen en laten wat hij wil. In die zin beperken huisregels, net als andere regels, iemands vrijheid. Huisregels zijn echter geen vorm van onvrijwillige zorg. Besluiten over onvrijwillige zorgverlening worden altijd genomen ten aanzien van een individuele cliënt. Huisregels zijn daarentegen van toepassing op alle cliënten die op een bepaalde locatie, afdeling of groep verblijven. Als een cliënt het niet eens is met een bepaalde regel die voor de hele groep geldt (bijvoorbeeld 's avonds na een bepaald tijdstip muziek hard aanzetten), is er geen sprake van onvrijwillige zorgverlening. Het betreft immers een huisregel die geldt voor alle cliënten.

Het is belangrijk dat huisregels alleen regels bevatten die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken en voor de veiligheid binnen de locatie. De huisregels mogen niet gebruikt worden als verkapt middel om onvrijwillige zorg in op te nemen.

Randvoorwaarden voor het toepassen van onvrijwillige zorg

Aan de toepassing van onvrijwillige zorg in de praktijk is een aantal voorwaarden verbonden. De veiligheid van de cliënt staat voorop. Dit vraagt om een goede dialoog met de cliënt en (als hiervan sprake is) zijn eerste vertegenwoordiger, een goede risico-inschatting en deskundige medewerkers. In het verplichte multidisciplinaire overleg over de toepassing van onvrijwillige zorg wordt de risico-inschatting besproken. Onder andere op welke wijze men toezicht houdt op cliënt en wie er aanwezig zijn op het moment van de uitvoering van de onvrijwillige zorg. De afspraken hierover worden in afstemming met de cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger vastgelegd in het zorgplan.

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

Onvrijwillige zorg in onvoorziene of noodsituaties

Soms moet ingegrepen worden om ernstig nadeel te voorkomen of op te heffen in een nood- of onvoorziene situatie en is er geen tijd om te overleggen. Ook in deze gevallen maakt de zorgverantwoordelijke altijd de afweging of de onvrijwillige zorg die toegepast gaat worden in verhouding staat tot het ernstig nadeel (proportioneel), of er geen andere vrijwillige alternatieven zijn (subsidiar) en of het daadwerkelijk helpt bij het tegengaan van het ernstig nadeel (doelmatig). De zorgverantwoordelijke informeert, zo mogelijk vooraf, de Wzd-functionaris, de vertegenwoordiger (indien van toepassing) en de cliënt over het verlenen van onvrijwillige zorg in een onvoorziene situatie, tenzij dit informeren ernstig nadeel voor de cliënt zou opleveren. Is er sprake is van

onvrijwillige zorg in de categorieën medische handelingen of overige therapeutische maatregelen, beperking in de bewegingsvrijheid of insluiting? Dan overlegt de zorgverantwoordelijke altijd met de behandelend arts.

De toepassing duurt zo kort mogelijk, en maximaal twee weken. Als de inschatting is dat de onvrijwillige zorg verlengd moet worden, dan wordt binnen deze twee weken het stappenplan gestart. De zorgverantwoordelijke stemt hierin altijd af met de Wzd-functionaris. In een acute noodsituatie – bijvoorbeeld als de cliënt agressief wordt – kan een zorgverlener ingrijpen zonder een schriftelijke beslissing.

5. Het stappenplan

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

Op zoek naar vrijwillige alternatieven (art.9 Wzd)

Vragen die je hierbij kunt stellen zijn:

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

Bij het zoeken naar alternatieven kun je gebruik maken van de [Alternatievenbundel voor meer vrijheid in de zorg | Vilans](#).

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

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

Wanneer volg je het Wzd-stappenplan?

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

óók als de cliënt of de eerste vertegenwoordiger instemt en zich hier niet tegen verzet (art. 2.2. Wzd).

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

1. Welk ernstig nadeel dreigt en hoe groot is het risico dat dit ernstig nadeel zich inderdaad zal voordoen? En wat zijn de consequenties?
2. Waardoor wordt het gedrag veroorzaakt dat tot ernstig nadeel leidt?
3. Welke rol speelt de interactie tussen cliënt en omgeving hierbij?
4. Kan het ernstig nadeel worden voorkomen met zorg op vrijwillige basis?

Als onvrijwillige zorg écht de enige manier is om ernstig nadeel te voorkomen, wordt dit opgenomen in het zorgplan door middel van de module 'Maatregelen' in ONS. Hierin wordt de inhoudelijke vastlegging van de analyse, de verwachte impact van de onvrijwillige zorg op de cliënt, de overwegingen en het multidisciplinaire afstemmen over de inzet van de onvrijwillige zorg vastgelegd.

Stap	Afweging/besluitvorming	Betrokken hulpverleners MDO bij InteraktContour (zie hoofdstuk 6)	Maximale tijd toepassing onvrijwillige zorg
1.	Besluit over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan.	Cliënt en/of vertegenwoordiger ² Persoonlijk begeleider (PB) Gedragskundige Huisarts WZD functionaris	3 maanden
2.	Afwegen of onvrijwillige zorg nog nodig is. <i>(eerste verlenging)</i>	Zie stap 1 + gedragskundige die niet bij de zorg betrokken is	3 maanden
3.	Afwegen of onvrijwillige zorg nog nodig is. Zo ja, dan wordt in de komende 3 maanden georganiseerd dat een externe deskundige advies geeft. <i>(tweede verlenging)</i>	Persoonlijk begeleider	3 maanden
4.	Overleg over het advies van de externe deskundige over de toepassing van onvrijwillige zorg, mogelijkheden tot afbouw of inzet van alternatieven. <i>(derde verlenging)</i>	Zie stap 2 + onafhankelijk deskundige	6 maanden
5.	Overleg evaluatie onvrijwillige zorg, iedere 6 maanden	Zie stap 2	6 maanden

Tabel 1. Schematische weergave van het stappenplan

² Met cliënt en/of diens vertegenwoordiger afstemmen hoe ze bij de besluitvorming betrokken willen worden.

Klik op deze [link](#) voor het stappenplan in een stroomschema.

Let op!

- Als tijdens een stap in het stappenplan wordt besloten de onvrijwillige zorg te vervangen door een andere vorm van onvrijwillige zorg, dan wordt de huidige maatregel beëindigd en een nieuwe vorm van onvrijwillige zorg aangemaakt en vastgelegd. Het stappenplan kan worden vervolgd.
- Is de cliënt wilsonbekwaam ter zake en is er sprake van zorg behorende tot de drie categorieën: insluiting, beperking bewegingsvrijheid, gedragsmedicatie buiten richtlijn? Hierbij is altijd het stappenplan van toepassing. Oók als er sprake is van instemming en geen verzet van cliënt.

Tip: De [casuschecker](#) van Zorg voor Beter helpt te bepalen of het stappenplan ingezet moet worden.

Organisatie en bespreekpunten MDO (verplicht in het stappenplan)

Het MDO waarin wordt besloten tot onvrijwillige zorg en deze wordt geëvalueerd, sluit zoveel mogelijk aan bij reeds bestaande (online) overlegvormen. Daar waar een onafhankelijk deskundige bij betrokken moet worden, wordt gebruik gemaakt van de netwerken waarin InteraktContour deel van uitmaakt. Denk hierbij aan Leernetwerk Wzd IZO Twente, VGU, maar ook samenwerkingsverbanden met GGZ organisaties als Mediant, Dimence en GGZ Centraal. De extern deskundige hoeft niet aanwezig te zijn bij het MDO, maar moet wel van te voren geconsulteerd worden.

In het MDO worden de volgende punten besproken:

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

Bovenstaande inhoudelijk punten worden vastgelegd in de module 'Maatregelen' in ONS. Hiervoor is een aparte werkinstructie ([linkje](#)) beschreven.

6. Betrokkenen stappenplan

Cliënt en/of de (wettelijk) vertegenwoordiger

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

Bij die procedure staan de cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger niet buiten spel. De zorgverantwoordelijke stelt de cliënt of zijn eerste vertegenwoordiger in de gelegenheid om aanwezig te zijn bij het multidisciplinaire overleg over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan (stap 1) én bij het multidisciplinaire overleg over iedere verlenging van de termijn waarin onvrijwillige zorg wordt verleend (stap 2, 4, 5). Als de cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger in de loop van de besluitvormingsprocedure hun verzet tegen de zorgverlening staken, is er geen sprake meer van onvrijwillige zorg. Het zorgplan kan dan weer halfjaarlijks geëvalueerd worden.

Is de cliënt wilsonbekwaam ter zake en voorziet het zorgplan in het toedienen van gedragbeïnvloedende of sederende medicatie in strijd met de professionele richtlijn probleemgedrag? Of is er sprake van beperking van de bewegingsvrijheid of insluiting? Dan moet altijd het stappenplan gevolgd worden, óók als de cliënt of zijn eerste vertegenwoordiger zich daartegen niet (meer) verzetten.

Zorgverantwoordelijke

De zorgverantwoordelijke is verantwoordelijk voor:

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

Bij InteraktContour is de persoonlijk ondersteuner (PO) de zorgverantwoordelijke.

Deskundige van een andere discipline

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

verleend wordt. Bij InteraktContour wordt met name gebruik gemaakt van de gedragskundige, maar de zorgverantwoordelijke kan ook besluiten gebruik te maken van bijvoorbeeld een HBO-verpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut. Wie de rol van de andere discipline vervult, is afhankelijk van de casuïstiek.

Wzd-functionaris

Beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan legt de zorgverantwoordelijke ter beoordeling voor aan de Wzd-functionaris. De Wzd-functionaris is een ter zake kundige arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die niet als behandelaar betrokken is. De Wzd-functionaris beoordeelt of het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen. Vindt hij dat dit niet het geval is? Dan moet de zorgverantwoordelijke het zorgplan wijzigen.

De Wzd-functionaris toetst het zorgplan ook bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg verleend wordt. De Wzd-functionaris bewaakt de kwaliteit van de onvrijwillige zorg en geeft zo nodig rechtstreeks advies aan de raad van bestuur over het beleid rond onvrijwillige zorg. Bij InteraktContour is de Wzd-functionaris de teamleider gedragskundigen (GZ-psycholoog). De Wzd-functionaris legt haar bevindingen vast in de module 'Maatregelen' in ONS.

Behandelend arts

De zorgverantwoordelijke bij InteraktContour is zelf geen arts. Bepaalde vormen van onvrijwillige zorg mogen alleen in het zorgplan opgenomen worden als een bij de zorg betrokken arts daarmee heeft ingestemd. Het gaat dan om medisch of therapeutisch handelen, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting. De behandelend arts beoordeelt dan of het gedrag dat aanleiding is om onvrijwillige zorg te overwegen, wellicht een medische oorzaak heeft. Deze instemming is ook nodig bij iedere verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend. In de meeste gevallen is de behandelend arts bij InteraktContour de huisarts, in sommige gevallen echter ook een psychiater of een specialist ouderengeneeskunde.

Deskundige 'niet bij de zorg van de cliënt betrokken'

Deze deskundige heeft alleen een rol bij beslissingen over verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt verleend. Van hem wordt de frisse blik van een buitenstaander verwacht die wellicht leidt tot nieuwe inzichten waardoor onvrijwillige zorg niet meer nodig is. Deze deskundige heeft de rol van overlegpartner voor de zorgverantwoordelijke. De wet stelt als enige eis dat het om een deskundige gaat die niet bij de zorgverlening is betrokken. Het mag dus ook iemand zijn met dezelfde functie als de zorgverantwoordelijke. Binnen InteraktContour kan afhankelijk van de casuïstiek, gekozen worden een gedragskundige, een verpleegkundige of een teamleider van een andere locatie te betrekken. Zolang deze maar niet betrokken is bij de zorg van de cliënt.

Onafhankelijk deskundige

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

bij de zorg van de cliënt betrokken is. De zorgverantwoordelijke kan er ook voor kiezen een onafhankelijk deskundige buiten InteraktContour te kiezen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de netwerken waarvan InteraktContour deel uitmaakt. Denk hierbij aan het Leernetwerk Wzd IZO Twente, VGU, NAH+ netwerk, maar ook samenwerkingsverbanden met de GGZ organisaties Mediant, Dimence, Pro Persona en GGZ Centraal.

Cliëntvertrouwenspersoon Wzd

De Wzd introduceert de cliëntvertrouwenspersoon Wzd. De cliëntvertrouwenspersoon (CVP) is beschikbaar voor alle cliënten die vallen onder de reikwijdte van de Wzd en/of hun vertegenwoordigers, zowel in accommodaties als ambulante. Het is de taak van deze persoon om de cliënt en/of diens vertegenwoordiger op hun verzoek te adviseren en bijstand te verlenen in aangelegenheden die samenhangen met het verlenen van onvrijwillige zorg aan de cliënt, met zijn opname en verblijf in een accommodatie, of met het doorlopen van de klachtenprocedure van de Wzd. De cliëntvertrouwenspersoon Wzd kan ook signaleren over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname en verblijf, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van de cliënt. De cliëntvertrouwenspersoon bespreekt dit met de zorgaanbieder en als het signaal niet of niet voldoende wordt opgepakt moet de cliëntvertrouwenspersoon dit melden aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De CVP geeft voorlichting over zijn werkzaamheden.

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

Omdat de inzet van onvrijwillige zorg nog nieuw is voor InteraktContour is er een halfjaarlijks overleg tussen de contactpersoon van de verschillende CVP's Wzd, de manager Zorg & Wonen, de bestuurssecretaris, de klachtenfunctionaris, de CVP Zorg en de Wzd functionaris. Hierin worden de samenwerkingsafspraken geëvalueerd, informatie uitgewisseld en leerpunten en bijbehorende acties geformuleerd.

7. Klachtenregeling Wzd

Bij de start van de zorgverlening informeert de organisatie de cliënt en zijn eerste vertegenwoordiger over het klachtenreglement en het indienen van een klacht bij de externe commissie. Voor klachten die voortkomen uit de Wzd geldt een aparte klachtenregeling Wzd en een externe klachtencommissie Wzd.

Wat doet een externe klachtencommissie Wzd?

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

Op welke klachten is deze klachtenregeling van toepassing?

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

- een oordeel over wilsbekwaamheid;
- beslissingen over opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan of verlenging van de periode waarin onvrijwillige zorg wordt toegepast;
- besluiten over de uitvoering van onvrijwillige zorg op basis van het zorgplan;

- besluiten over de uitvoering van onvrijwillige zorg in onvoorziene omstandigheden;
- naleven van de verplichting om het dossier bij te houden voor zover dat betrekking heeft op onvrijwillige zorg;
- besluiten over verlof en ontslag;
- naleving van verplichtingen door de Wzd-functionaris en besluiten van de Wzd-functionaris.

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

[Linkje klachtenreglement](#)

Bronnen

www.vilans.nl

[Handreiking Wet Zorg en Dwang](#)

[Wet zorg en dwang \(Wzd\) | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

Handreiking huisregels VGN en Actiz (december 2020)