

Handreiking Wet zorg en dwang (Wzd)

voor de huisartsenpraktijk - februari 2025.

Expertgroep Ouderen Dokterszorg/Ketenzorg Friesland.

Sinds 2020 is de Wet zorg en dwang van toepassing in zorginstellingen en eerstelijnszorg. Het voornaamste doel is het voorkomen van onvrijwillige zorg. Om bij te dragen aan de toepassing van de Wzd in de eerstelijnszorg en de rol van de huisartsenpraktijk hierin, stellen we deze handreiking op.



In de meeste gevallen wordt de onvrijwillige zorg uitgevoerd, de beoordeling hiervan wordt gedaan door de VVT organisatie (thuiszorg). De huisartsenpraktijk is wel betrokken bij de patiëntenzorg, in een aantal gevallen ook bij de onvrijwillige zorg. In deze handreiking bespreken we beknopt de Wzd, de rol van de huisartsenpraktijk en relevante informatiebronnen voor de provincie Friesland. Dit betreft een dynamisch document; aanpassingen zullen volgen op wetswijzigingen en praktijkervaringen met deze wet in de eerste lijn.

Wet zorg en dwang

Wie?

De Wet zorg en dwang regelt en beschermt de rechten bij onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname van:

- mensen met een verstandelijke beperking en met een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie)

De wet geldt ook voor:

- mensen met gelijkgestelde ziekte of aandoening*
- personen die beschikken over een indicatie van het CIZ voor langdurige zorg, met als grondslag psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking

Let op! De Wzd is alleen van toepassing op zorgverleners die beroepsmatig zorg verlenen (en geldt dus niet voor mantelzorgers). Echter, als de mantelzorger de zorgverlener om advies vraagt, bijvoorbeeld over insluiting, dan valt dit advies wel onder de Wzd.

Wat?

Het uitgangspunt van de Wzd is 'geen dwang, tenzij'. Zorg vindt zoveel mogelijk op vrijwillige basis plaats. Onvrijwillige zorg dient alleen als uiterste middel toegepast te worden als er sprake is van (aanzienlijk risico op) ernstig nadeel** t.g.v. het gedrag van een patiënt. Het alternatief moet passend, proportioneel en doelmatig zijn. Voor de toepassing van onvrijwillige zorg dient het

stappenplan van Vilans gevolgd te worden.

* Op dit moment aangewezen: het syndroom van Korsakov, de ziekte van Huntington en niet-aangeboren hersenletsel (NAH), als er sprake is van gedragsproblemen of regieverlies, vergelijkbaar met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, en dit kan leiden tot ernstig nadeel

** Onder ernstig nadeel wordt verstaan: het bestaan van of het aanzienlijk risico op: levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de cliënt of een ander; bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt; de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept; de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Waar?

De wet beperkt zich niet tot verpleeghuizen, maar geldt ook in thuissituaties en zorginstellingen. In de thuissituatie zijn aanvullende zorgvuldigheidseisen van toepassing. Wanneer de zorgaanbieder van mening is dat hij onvrijwillige zorg niet op verantwoorde wijze kan leveren, kan hij hiertoe ook niet worden verplicht.

Onvrijwillige zorg is:

1. Zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet en die bestaat uit:

- toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische controles of -handelingen en overige therapeutische maatregelen
- beperken van de bewegingsvrijheid
- insluiten
- uitoefenen van toezicht op betrokkene
- onderzoek aan kleding of lichaam
- onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen
- controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen
- aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen
- beperken van het recht op het ontvangen van bezoek

2. Indien een cliënt **wilsonbekwaam** is en de vertegenwoordiger en de cliënt zich **niet verzet** tegen het opnemen in het zorgplan van:

- het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt, vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, indien die medicatie niet wordt toegediend overeenkomstig de geldende professionele

richtlijnen

- een maatregel die tot het gevolg heeft dat de cliënt enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt
- de mogelijkheid tot insluiting

Pm. Een rechterlijke machtiging (RM) of Inbewaringstelling (IBS) valt ook onder de Wzd.

Bij de besluitvorming tot toepassing van de maatregelen 1a, 1b, 1c en 2a, 2b, 2c dient altijd een bij de zorg betrokken arts betrokken te worden!

Er is dus altijd sprake van onvrijwillige zorg bij:

- het voorschrijven van **gedrag beïnvloedende medicatie buiten de richtlijn**
- insluiting
- beperking van bewegingsvrijheid

De rol van de huisartsenpraktijk

Bewustzijn over de rol van de Wzd in de dagelijkse huisartsenpraktijk kan de huisarts ondersteunen bij het leveren van goede zorg en het stellen van grenzen (bijlage 1). Het is belangrijk dat het stappenplan van Vilans en de randvoorwaarden duidelijk zijn voor het zorgnetwerk.



De huisartsenpraktijk kan de volgende rollen hebben binnen de Wzd:

a. Voorkomen van onvrijwillige zorg

De huisartsenpraktijk heeft een belangrijke rol in het voorkómen van onvrijwillige zorg (stap/fase 0). Om waar mogelijk een besluit tot onvrijwillige zorg in de thuissituatie te voorkómen of evt. later te kunnen verantwoorden, doorloopt de huisartsenpraktijk de volgende stappen:

- proactieve zorgplanning bij kwetsbare ouderen
- vroegtijdige inzet Casemanager Dementie (CMD) en/of Specialist Ouderengeneeskunde (SO)
- multidisciplinair team en multidisciplinair overleg (MDO)
- meedenken en besluit over alternatieven voor onvrijwillige zorg
- een goede registratie van alle voorgaande acties in het HIS en/of KIS

b. Besluitvorming onvrijwillige zorg

Een bij de zorg betrokken arts wordt altijd bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke geen arts is en de zorg wordt verleend in de categorieën:

- toedienen van vocht, voeding en medicatie, medische controles of -handelingen en overige therapeutische maatregelen
- beperking van bewegingsvrijheid
- insluiting

De huisarts dient zich ervan bewust te zijn dat met het voorschrijven (*en daarmee toepassen*) van *gedrag beïnvloedende medicatie* buiten de richtlijn er sprake is van

onvrijwillige zorg. De huisarts kan te alle tijden een SO consulteren, bij voorkeur voordat de situatie complex wordt.

De samenwerking met een casemanager dementie is hierbij van groot belang.

Voorbeelden onvrijwillige zorg in de thuissituatie vind je hier.

c. Heroverweging van het zorgplan m.b.t. onvrijwillige zorg

Huisartsenpraktijken kunnen betrokken worden bij de afweging of onvrijwillige zorg thuis noodzakelijk is en of dit thuis kan worden ingezet en, indien relevant, meewerken aan het zorgplan. De huisartsenpraktijk en het zorgnetwerk moeten namelijk gezamenlijk en voor zichzelf kunnen beoordelen of het nog veilig en verantwoord is om zorg in de thuissituatie te kunnen blijven bieden aan patiënten bij wie onvrijwillige zorg van toepassing is.

d. Zorgverantwoordelijke

De huisarts kan te maken hebben met patiënten bij wie onvrijwillige zorg wordt ingezet. Er is dan altijd een zorgverantwoordelijke betrokken (verpleegkundige/verzorgende vanaf niveau 3) die de onvrijwillige zorg coördineert. In de thuissituatie is dit vaak de wijkverpleegkundige. Per VVT-organisatie kunnen de rollen binnen de Wzd en het Wzd-stappenplan verschillend zijn ingericht (bijlage 3). De huisarts is in principe niet de zorgverantwoordelijke, maar dat kan/mag volgens de wet wel, mits ter zake kundig. Het zorgplan en daarmee, indien van toepassing, het doorlopen van het Wzd-

stappenplan (bijlage 2) is de verantwoordelijkheid van de zorgverantwoordelijke. Voor de beoordeling van de juiste uitvoering van het Wzd-stappenplan schakelt de zorgverantwoordelijke van de VVT-instelling een WZD-functionaris in.

Conclusie: ouderenzorg is netwerkzorg. De huisartsenpraktijk draagt bij aan het voorkomen en het in goede banen leiden van onvrijwillige zorg. Dit gebeurt door de inzet van proactieve ouderenzorg met een goede samenwerking rondom kwetsbaren en hun naasten. Binnen deze samenwerking is het van belang dat er goed geregistreerd en gedocumenteerd wordt in het HIS/KIS (VIPLive Regiozorg), dat er MDO's plaatsvinden en dat er een goede overweging plaatsvond. Een goede inzet van het geriatrische netwerk draagt bij aan de randvoorwaarden voor uitvoering van de Wzd.

Meer informatie over de inrichting van de ouderenzorg in de huisartsenpraktijk vind je [hier](#).

Voor vragen over de Wzd kun je mailen naar ouderenzorg@ketenzorgfriesland.nl.

(Handige) bronnen:

- Ouderenzorg in de huisartsenpraktijk, B Oostveen en V. Kenter-Hupkes, juni 2023
- Rol huisartsen bij onvrijwillige zorg – LHV: <https://www.lhv.nl/thema/huisarts-patient/onvrijwillige-zorg/>
- <https://www.vilans.nl/kennis/stappenplan-wet-zorg-en-dwang>
- Voorbeelden: [Praktijkvoorbeelden ambulante onvrijwillige zorg | Wet zorg en dwang \(Wzd\) | Informatiepunt dwang in de zorg](#)
- [Meest gestelde vragen Wet zorg en dwang - ambulante zorg \(zorgvoorbeter.nl\)](#)
- Richtlijn wilsonbekwaamheid KNMG of Verenso
- <https://www.zorgvoorbeter.nl/thema-s/zorg-en-dwang/onvrijwillige-zorg-thuis>
- [Aangevulde-Handreiking-Wzd-SO-en-AVG versie-2-1.pdf](#)



Bijlage 1

Routekaart Wzd voor huisartsen

Wanneer een huisarts te maken kan krijgen met de Wzd, hangt af van deze beknopte afweging:

1: Patiënt met dementie (of verstandelijk gehandicapt)?* ja / nee

2: Bent u hoofdbehandelaar van de patiënt? ja / nee

3: Is er sprake van verzet tegen zorg die geboden moet worden ter voorkoming van ernstig

nadeel (onvrijwillige zorg)? ja / nee
Of

4: Is de patiënt wilsonbekwaam ter zake en is er sprake van medicatie buiten de richtlijn of beperking in bewegingsvrijheid of isolatie? ja / nee

Worden de vragen 1 en 2 met ja beantwoord en vraag 3 of 4 ook? Dan valt de patiënt onder de Wzd en start de zorgverantwoordelijke een stappenplan.

Bijlage 2

- Zorgverantwoordelijke: bijv. wijkverpleegkundige (zorgmedewerker niveau ≥ 3), GZ-psycholoog, arts, PA.
- Deskundige van andere discipline: bijv. casemanager dementie, verpleegkundige, POH-O of SO.
- Arts: Huisarts, SO, psychiater of AVG.
- Deskundige die niet bij zorg betrokken is: bijv. SO, paramedicus, verpleegkundige.
- Onafhankelijke deskundige: bijv. verpleegkundige, SO, psychiater, GZ-psycholoog.
- WZD functionaris: SO of GZ-psycholoog, AVG of orthopedagoog.
- Clientvertrouwenspersoon: Deze onafhankelijke persoon kan op verzoek van de cliënt de cliënt bijstaan in het gesprek over de onvrijwillige zorg (<https://www.clientenvertrouwenspersoonwzd.nl/>)

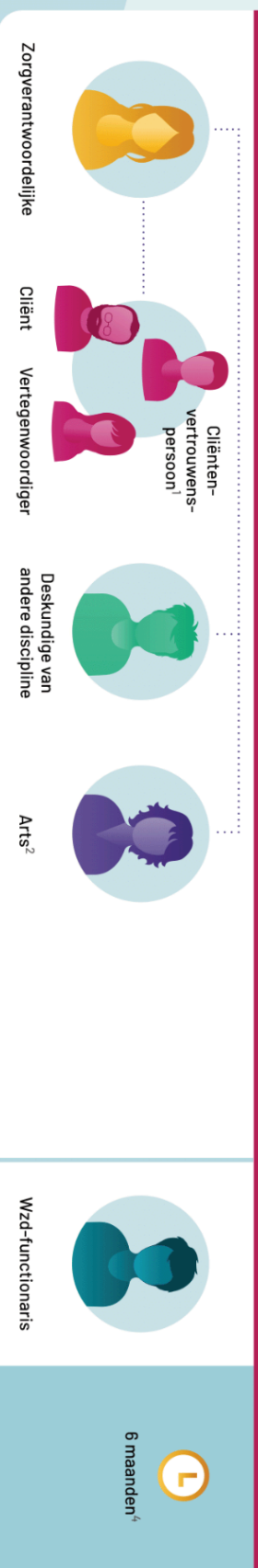
De afbeelding die hierbij hoort, vind je op de volgende pagina >>>

Besluitvorming over onvrijwillige zorgverlening

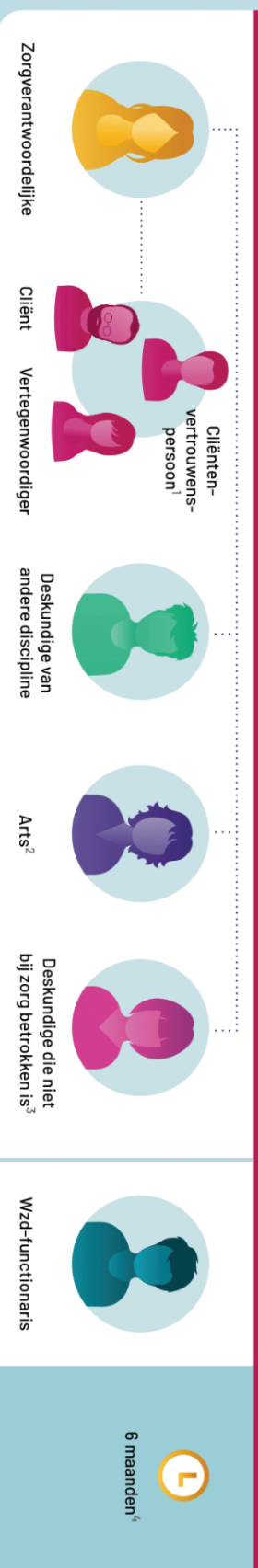
Volgens de bestuurlijke afspraken over uitvoering van de Wet zorg en dwang

Maximale periode
toepassing
onvrijwillige zorg

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



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



1. De cliënt of zijn vertegenwoordiger kan desgewenst een cliëntenvertrouwenspersoon inschakelen.
2. De arts wordt bij de besluitvorming betrokken als de zorgverantwoordelijke zelf geen arts is en onvrijwillige zorg wordt verleend uit de categorieën medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, beperking van de bewegingsvrijheid of insluiten.
3. Bij de tweede verlenging kan dit ook een onafhankelijke deskundige zijn. Als die wordt ingeschakeld, hoeft niet tevens een niet bij de zorg betrokken deskundige te worden ingeschakeld. Een onafhankelijke deskundige is een deskundige die een jaar niet bij de behandeling van de cliënt is betrokken en aantoonbare ervaring heeft met afbouw van onvrijwillige zorg.
4. De termijn bedraagt drie maanden als geen overeenstemming is bereikt over de termijn of geen termijn in het zorgplan is opgenomen.

Bijlage 3

Voorbeeld proces onvrijwillige zorg in de wijk (voor wijkverpleegkundigen)

Fase 0:

Bewustwording: Welke onvrijwillige zorg wordt ambulante toegepast? Is deze wel nodig? Hoe kan deze worden teruggedrongen? Welke alternatieven zijn er? Welke informatie wordt verstrekt over onvrijwillige zorg naar cliënten, mantelzorgers, naasten en professionals in de wijk?

Fase 1:

Signalering: Vanuit de wijkverpleegkundige of begeleider (of iemand anders) ontstaat de behoefte of noodzaak om onvrijwillige zorg toe te gaan passen. Een client begint zich te verzetten tegen zorghandelingen.

Fase 2:

Samen met de hoofdbehandelaar (huisarts) en deskundigen (bijv. casemanager of POH) wordt besproken:

- de rechtspositie
- of de onvrijwillige zorg voorkomen kan worden d.m.v. alternatieven
- of de onvrijwillige zorg noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel
- of de maatregel ambulante uitvoerbaar is (in lijn met de zorgvuldigheidseisen)

Fase 3:

Als het nodig is, wordt het proces van beoordeling wilsbekwaam ter zake gestart door de arts of door de daarvoor opgeschakelde SO.

Fase 4:

Er wordt besloten dat de onvrijwillige zorg noodzakelijk en uitvoerbaar is.

Fase 5:

De zorgverantwoordelijke (bijv. wijkverpleegkundige of begeleider) start het Wzd-stappenplan vanwege het verzet of vanwege de wilsonbekwaamheid ter zake in het EPD en legt de maatregel voor aan de Wzd-functionaris van de eigen organisatie (lees de 'Let op' bij de WZD rollen).

Fase 6:

Het verdere proces vindt in het Wzd-stappenplan plaats.