



KENNISDOCUMENT

# De Wet zorg en dwang in de praktijk

Zorgtechnologie, vrijheid en veiligheid in balans

# Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	In 1 minuut op de hoogte van de inhoud	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Wet zorg en dwang</b>	<b>4</b>
	Wat is de Wet zorg en dwang?	4
	Onvrijwillige zorg	4
	Stappenplan bij onvrijwillige zorg	5
	<i>Nieuw: Aanpassingen in besluitvorming en toezicht op onvrijwillige zorg (2024–2025)</i>	
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>De toepassing van Wet zorg en dwang in de praktijk</b>	<b>6</b>
	Onderzoeken zorgraag en alternatieven	6
	Toestemming	6
	Zorgplan	6
	<i>Nieuw: Nieuwe IGJ-eisen voor zorgdomotica en vrijwillige zorgoplossingen (2025)</i>	
	Mutaties	7
	Borgen van evaluaties	7
	<i>Nieuw: IGJ-eisen datagedreven evaluaties en alarmbeheer (2025)</i>	
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Wet zorg en dwang in de ziekenhuiszorg</b>	<b>9</b>
	<i>Nieuw: Vooruitlopen op overdrachtsdocument bij acute opname (2025–2028)</i>	
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Wat kan CLB betekenen?</b>	<b>10</b>
	Ontdek de CLB Academy	10





## Inleiding

**Dit document is oorspronkelijk geschreven in 2022 en in 2025 geactualiseerd op basis van de meest recente wet- en regelgeving.**

De Wet zorg en dwang (Wzd) is op 1 januari 2020 in werking getreden en heeft de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) vervangen. De Wzd regelt de rechten van mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening (zoals dementie) die onvrijwillige zorg ontvangen.

Zorgorganisaties kregen het jaar 2020 als transitieperiode om de wet te implementeren in de praktijk. De coronacrisis vertraagde de invoering van de wet in veel organisaties. In de jaren daarna is de wet geëvalueerd, wat heeft geleid tot enkele aanpassingen via een zogenoemde reparatiewet.

Inmiddels is de Wzd stevig verankerd in de praktijk, maar de toepassing blijft soms lastig—vooral wanneer het gaat om persoonsgerichte zorg ondersteund door toezichthoudende domotica en andere vormen van zorgtechnologie. De wet stelt eisen aan hoe toezicht op cliënten wordt ingericht. Veel organisaties worstelen met de vraag: hoe waarborg je de vrijheid van én voorkom je tegelijkertijd ernstig nadeel voor de cliënt of zijn omgeving?

Naast veiligheid en risicobeperking blijft ook het behouden van kwaliteit van leven en eigen regie voorop staan. In dit kennisdocument gaan we in op de kern van de Wzd: wat houdt de wet in, wanneer is sprake van (on)vrijwillige zorg en wat betekent dit in relatie tot het gebruik van zorgtechnologie? We beschrijven belangrijke elementen zoals het onderzoeken van de zorgvraag, het vastleggen van zorgafspraken, het evalueren van de ingezette zorg en het omgaan met mutaties.

Ons doel is om inzicht en praktische handvatten te bieden voor zorgverleners die procesmatig en bewust met deze thema's aan de slag willen.

# Hoofdstuk 1

## Wet zorg en dwang

### Wat is de wet zorg en dwang?

Het uitgangspunt van de Wet zorg en dwang is: géén onvrijwillige zorg, behalve wanneer het niet anders kan. Dit wordt vaak uitgelegd met de bewoording “Nee, tenzij”. Dat betekent dat zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoeningen (zoals dementie) zoveel mogelijk op vrijwillige basis moet gebeuren. Daarnaast is de wet ook van toepassing voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH), het Syndroom van Korsakov of de Ziekte van Huntington die dezelfde gedragsproblemen en hetzelfde regieverlies ervaren als mensen met dementie of een verstandelijke beperking en die vergelijkbare zorg ontvangen in een zorginstelling.

Soms zijn deze mensen zelf niet (meer) bekwaam om in te schatten wat goed voor hen is. Zorgverleners en wettelijk vertegenwoordigers helpen de cliënt in deze situatie of maken keuzes in het belang van de cliënt.

Dat betekent dat er in tal van verschillende situaties eerst toestemming verleend moet worden door de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Belangrijk hierbij is dat er altijd gekeken moet worden naar oplossingen die zo min mogelijk ingrijpend en vrijheidsbeperkend zijn voor de cliënt. Er moet daarbij goed gezocht worden naar alternatieven die aansluiten bij de wensen van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Als er geen goede alternatieven ingezet kunnen worden en de zorg voor de cliënt zwaardere middelen en maatregelen vraagt, dan mag er onvrijwillige zorg plaats vinden. De Wzd geeft kaders voor hoe deze onvrijwillige zorg uitgevoerd kan en mag worden.

In de Wzd is onder andere ook vastgelegd dat de cliënt recht heeft op:

- Begrijpelijke informatie over zorg.
- Zorg waarbij onvrijwillige zorg een laatste redmiddel is en dat zo kort en proportioneel mogelijk wordt toegepast.
- Een periodieke evaluatie van het zorgplan.

- De wet stelt dat na aanvang van zorg binnen 6 weken een zorgplan vastgesteld dient te worden. De eerste evaluatie hiervan vindt binnen 4 weken plaats. Nadien wordt het zorgplan elke 6 maanden geëvalueerd.
- Advies en bijstand van een vertrouwenspersoon.

### Onvrijwillige zorg

Het woord “tenzij” wordt van toepassing indien de veiligheid van de cliënt en de omgeving risico loopt door de geboden vrijheden. In veel gevallen lijkt er dan geen (vrijwillig) alternatief te zijn zonder dat de vrijheid van de cliënt in het gedrang komt. Alleen als het dus echt niet anders kan mag onvrijwillige zorg worden toegepast.

Onder onvrijwillige zorg wordt verstaan:

- Zorg waarmee een wilsbekwame cliënt niet instemt.
- 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.

De Wzd heeft 9 categorieën van onvrijwillige zorg omschreven. In relatie tot toezichthoudende domotica zien we 2 categorieën die belangrijk zijn om te benoemen:

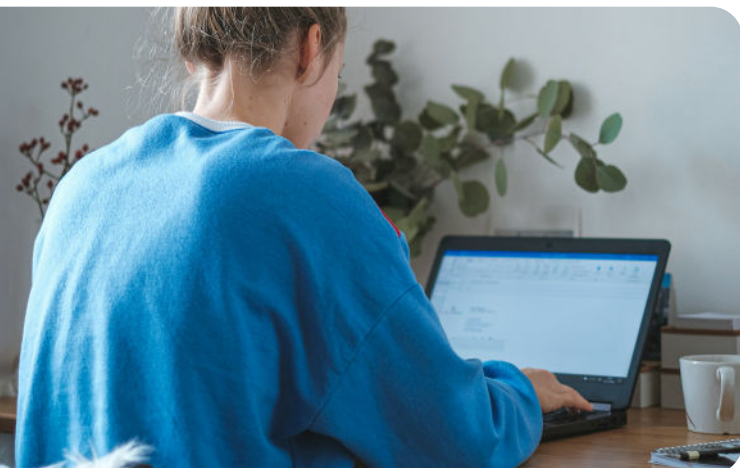
- Het beperken van bewegingsvrijheid.
- Toezicht op de client.

Belangrijk om te weten dat ook bij deze categorieën altijd geldt dat:

- De zorg in verhouding staat met de inbreuk die het maakt op de vrijheid en welzijn van de cliënt
- De minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg wordt gekozen: *op welke wijze kan bijvoorbeeld een sensor de zorgvraag van een client het beste ondersteunen?*
- Dat het geschikt is om ernstig nadeel te voorkomen
- Dat de zorg zo kort als mogelijk mag worden toegepast.

## Stappenplan bij onvrijwillige zorg

Als er sprake is van onvrijwillige zorg (geen toestemming of er is sprake van verzet) moet er een stappenplan gevolgd worden. Dit betekent dus ook dat er nu vaker geëvalueerd moet worden.



Beknopt ziet de volgorde van dit stappenplan er als volgt uit:

### Stap 1

Besluit opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan. Betrokken bij de besluitvorming zijn cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger, zorgverantwoordelijke, deskundige andere discipline, arts, Wzd-functionaris. Maximale toepassing van onvrijwillige zorg van 3 maanden.

### Stap 2

Afwegen of onvrijwillige zorg nog noodzakelijk is. De besluitvorming vindt plaats door alle genoemde partijen bij stap 1 in samenspraak met een deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is. Na deze evaluatie start er wederom een maximale toepassing van onvrijwillige zorg van 3 maanden.

### Stap 3

Afwegen of onvrijwillige zorg nog steeds nodig is. Is dit het geval dan zal de zorgverantwoordelijke ervoor zorgdragen dat er een extern deskundig advies ingewonnen wordt. Na deze evaluatie start er wederom een maximale toepassing van onvrijwillige zorg van 3 maanden.

### Stap 4

Overleg over het gegeven advies door extern deskundige over de toepassing van onvrijwillige zorg. Zijn er mogelijkheden tot afbouw of zijn er alternatieven beschikbaar om in te zetten? Het advies van de externe deskundige is niet bindend; hier mag van afgeweken worden mits goed beargumenteerd. De besluitvorming vindt plaats door alle genoemde partijen bij stap 1 in samenspraak met een deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is en de externe deskundige. Na de besluitvorming start een maximale toepassing van 6 maanden.

### Stap 5

Elke 6 maanden een evaluatie onvrijwillige zorg. Het overleg vindt plaats met alle genoemde partijen bij stap 1 in samenspraak met een deskundige collega die niet bij de zorg betrokken is.

### Aanpassingen in besluitvorming en toezicht op onvrijwillige zorg (2024–2025)

Na een wetsevaluatie zijn per 1 januari 2024 bestuurlijke afspraken gemaakt over de besluitvorming rond onvrijwillige zorg. Besluitvorming wordt hiermee vereenvoudigd en er is meer ruimte voor maatwerk.

De eerste evaluatie mag tot 6 maanden worden uitgesteld. Ook kan de maximale toepassingstermijn worden verlengd van 3 naar 6 maanden, mits goed onderbouwd.

Sinds 2025 gelden strengere eisen voor de onafhankelijke deskundige: minimaal één jaar onafhankelijk van de instelling, inhoudelijke ervaring met de problematiek en geen eerdere betrokkenheid bij de zorgverlening.

Daarnaast heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in 2025 aangescherpt toezicht aangekondigd op naleving van het stappenplan, inclusief verslaglegging, betrokkenheid van vertrouwenspersonen en proportionele maatregelen.

## Hoofdstuk 2

# De toepassing van wet zorg en dwang in de praktijk

### Onderzoeken zorgvraag en alternatieven

Uitgangspunt is dat onvrijwillige zorg zoveel als mogelijk voorkomen wordt. Belangrijk is daarom veel aandacht te besteden aan preventie van onvrijwillige zorg. Aspecten als een fijne- en veilige leefomgeving, de wensen en behoeften van jouw cliënt goed (leren) kennen, periodieke rapportage en zoeken naar vrijwillige alternatieven dragen hier onder andere aan bij. Er moet altijd gekeken naar de cliënt als individu. Voor de ene cliënt kan een sensor als beperking op de vrijheid worden ervaren, terwijl dit voor een andere cliënt het een gevoel van geborgenheid en veiligheid geeft.

Om op een correcte wijze invulling te geven aan de verschillende opties die zorgdomotica kan bieden in de ondersteuning en zorg van de cliënt, is het belangrijk eerst te kijken naar de gewenste uitkomst. Hiermee bedoelen wij dat het belangrijk is om de vraag achter de zorgvraag te achterhalen. Door dit eerst vast te stellen kan er een betere beoordeling worden gedaan over welke oplossing hieraan bij kan dragen en het minst ingrijpend is.

Op deze wijze voorkom je dat er overhaast en ondoordacht hulp en ondersteuning wordt ingezet dat niet de juiste zal is en waardoor onvrijwillige zorg of verzet ontstaat. Door bij de kern van de zorgvraag te komen is een oplossing (die het minst ingrijpend is) makkelijker te achterhalen.

Idealiter vindt de besluitvorming/het overleg plaats vanuit een multidisciplinair context waarin een arts, gedragskundige en dag- en/of nachtzorgmedewerker betrokken zijn om vanuit ieders expertise input te geven en zo gezamenlijk tot een weloverwogen besluit te komen.

#### Een voorbeeld uit de praktijk

Dwaaldetectie kan het antwoord zijn op vele zorgvragen waarbij zoveel als mogelijk bewegingsvrijheid teruggegeven wordt aan een cliënt. Het informeert de zorgverlener wanneer een cliënt een veilige zone verlaat. Hierdoor hoef je de toegang tot een onveilige zone niet voor een hele locatie (en daarmee voor alle cliënt) te beperken.

### Toestemming

Wanneer de gewenste uitkomst is vastgesteld en samen de best mogelijke, minst vrijheidsbeperkende oplossing is gekozen, is het belangrijk om toestemming te vragen aan de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger. Deze toestemming kan alleen goed worden gegeven als duidelijk wordt uitgelegd welke meerwaarde de verschillende zorgoplossingen in de praktijk hebben, hoe ze worden toegepast en waarom de gekozen sensor het best aansluit bij de individuele zorgvraag. Zo wordt zichtbaar dat de zorgoplossing de zelfstandigheid en veiligheid van de cliënt ondersteunt en de zorg verrijkt, in plaats van de cliënt te beperken.



## Zorgplan

De Wet langdurige zorg (Wlz) stelt dat iedere cliënt een zorgplan heeft. Hierin worden de wijze van ondersteuning en zorgafspraken vastgelegd. Wij adviseren om (ook bij toestemming) de inzet van toezichthoudende domotica en zorgtechnologie vast te leggen in het zorgplan.

Dit maakt het makkelijker om het proces van periodieke evaluatie te volgen, zoals bij de Wzd en voorkom je dat ondersteuning van zorgdomotica na verloop van tijd niet meer aansluit bij de hulpvraag of overbodig is geworden.

Het zorgplan wordt normaliter opgenomen in het elektronisch cliëntendossier (ECD). Niet alle ECD's hebben hiervoor geschikte formulieren. Daarom kan het zinvol zijn om hier als organisatie zelf formulieren voor op te maken en deze als document op te slaan in het zorgplan.

Aandachtsvelden voor deze formulieren zijn:

- Handtekening van de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger als toestemming
- Welke sensoren/oplossingen worden toegepast (met omschrijving van de gewenste uitkomsten als doel) en wanneer?
- Zijn de ingezette oplossingen van permanente of tijdelijke aard?
- Zijn er observatiedoelen bijv. voor een nachtzorgteam?
- Wat zijn zorgafspraken die horen bij de inzet van de sensoren/oplossingen?

Naast dat het belangrijk is om inzet van toezichthoudende domotica vast te leggen in het zorgplan, is ook een belangrijke randvoorwaarde om te duiden wie verantwoordelijk is voor het vastleggen van deze afspraken. In de praktijk zien we veelal dat dit de zorgverantwoordelijke van de cliënt is in samenspraak met een arts of gedragskundige.

### Nieuwe IGJ-eisen voor zorgdomotica en vrijwillige zorgoplossingen (2025)

Vanaf 2025 benadrukt de IGJ dat zorginstellingen ook bij vrijwillige zorgoplossingen inzichtelijk moeten maken waarom deze proportioneel en doelmatig zijn. Evaluatie van zorgdomotica moet worden vastgelegd in het dossier, bij voorkeur gekoppeld aan de zorgdoelen.

## Mutaties

Hoe ga je om met diverse mutaties die kunnen ontstaan omdat de zorgvraag van de cliënt dit vraagt? Het is verstandig goed na te denken over hoe dit in de praktijk eruit moet zien. Met andere woorden; welk proces (checklist) moet doorlopen worden bij een verandering in de zorgvraag en dus een aanpassing van de inzet van toezichthoudende domotica? Een cliënt kan bijvoorbeeld door ziekte tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben; een cliënt vraagt tijdelijk akoestische monitoring daar waar het normaliter niet noodzakelijk is.



Wij adviseren ook tijdelijke inzet van zorgoplossingen te beschrijven en vast te leggen. Door zorgvuldig om te gaan met (tijdelijke) wijzigingen en deze goed te documenteren, blijft altijd duidelijk welke uitkomsten worden nagestreefd en welke oplossingen – al dan niet tijdelijk – worden ingezet om de cliënt optimaal te ondersteunen.

## Borgen van evaluaties

Als er sprake is van onvrijwillige zorg is het noodzakelijk om het stappenplan behorende bij uitvoering Wet zorg en dwang te volgen (zie 1.3).

Wij adviseren toezichthoudende domotica altijd praktijkgericht te evalueren – ook bij vrijwillige zorg. Gebruik de zorgplanevaluatie als hét moment daarvoor.

Onderstaande punten zijn voorbeelden om te bespreken tijdens deze evaluatie:

- Welke sensorische oplossingen worden ingezet in de dagelijkse zorg van de cliënt?
- Sluiten deze oplossingen nog steeds aan in de ondersteuning van de zorgvraag?
- Is er nog steeds sprake van vrijwillige zorg?
- Hebben er veranderingen plaatsgevonden in de zorgvraag?

Als een afgevaardigde van de nachtzorg niet standaard aanwezig is bij het multidisciplinair overleg, adviseren wij hen actief te betrekken. Goede zorg stopt immers niet na kantooruren: de zorg wordt 24 uur per dag geleverd. Dag- en nachtzorg hebben elk hun eigen ervaringen, observaties en perspectieven op de cliënt. Door deze samen te brengen ontstaat een vollediger en genuanceerder beeld van de zorgvraag. Dit versterkt de kwaliteit van de ondersteuning, vergroot het wederzijds begrip tussen zorgteams en leidt tot meer gedragen besluitvorming en betere evaluaties.

Vanzelfsprekend worden alle besluiten, wijzigingen en actiepunten uit het overleg zorgvuldig vastgelegd in het zorgplan, zodat de continuïteit en toetsbaarheid van de zorg altijd gewaarborgd blijven.

### Een voorbeeld uit de praktijk

Data-analyses van de CLB Zorgcoaches en onze Report Generator leveren waardevolle inzichten op die direct bijdragen aan betere besluitvorming. Zo wordt zichtbaar of ingezette technologie daadwerkelijk effectief en doelmatig is.

Voor instellingen als akoestische bewaking geldt dat de wijze van vastleggen afhangt van de impact op de privacy en de mate waarin sprake is van onvrijwillige zorg. Wordt de gevoeligheid verhoogd en leidt dit tot meer privacy-inbreuk, dan moet dit altijd in het zorgdossier worden vastgelegd.

Tegelijkertijd laat data-analyse zien wanneer instellingen te gevoelig zijn en daardoor veel valse alarmen veroorzaken. In zulke gevallen kan het verlagen van de gevoeligheid – zodat alleen écht relevante geluiden worden gedetecteerd – leiden tot minder verstoringen en een betere balans. Zolang dit binnen het bestaande zorgplan past, hoeft een dergelijke aanpassing niet apart te worden vastgelegd.

Met de derde generatie akoestische bewaking wordt bovendien een nieuwe stap gezet: naast instellingen als volume en tijd kan ook het geluidstype worden herkend. Eén keer hoesten is bijvoorbeeld niet zorgwekkend, maar herhaald hoesten kan wijzen op een verslikking. Deze verrijkte informatie maakt alarmen relevanter, verlaagt het aantal valse meldingen en ondersteunt zorgprofessionals bij sneller en adequater handelen.

### IGJ-eisen voor datagedreven evaluaties en alarmbeheer (2025)

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verwacht sinds 2025 dat organisaties proactief sturen op datagedreven evaluaties. Te veel of te weinig alarmen zonder actie worden gezien als tekortkoming in kwaliteit van zorg.

## Hoofdstuk 3

# Wet zorg en dwang in de ziekenhuiszorg

Een cliënt kan ook tijdelijk opgenomen worden in het ziekenhuis. In principe is op dat moment in beginsel de Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) van toepassing. Echter de Wzd is een cliëntvolgende wet; dit betekent dat de wet geldt voor zorginstellingen, thuiszorg, school etc. Bij handeling en/of opname in het ziekenhuis is daarom belangrijk dat er sprake is van duidelijke afspraken en goede samenwerking tussen deze verschillende lijnen van zorg.

In januari 2022 is er een handreiking verschenen met betrekking tot Wzd in ziekenhuizen en revalidatiecentra. De handreiking is ontwikkeld door experts van onder meer de brancheorganisaties NVZ, NFU, Revalidatie Nederland, kennisorganisatie Vilans, de beroepsvereniging V&VN, Artsenfederatie KNMG en een aantal wetenschappelijke verenigingen, in opdracht van het ministerie van VWS.

### Handreiking Wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra

Klik hier om de handreiking 'Wet zorg en dwang in ziekenhuizen en revalidatiecentra' in te lezen.

Deze handleiding stelt dat bij een opname in het ziekenhuis of revalidatiecentrum het Wzd-zorgplan verstrekt wordt door de primaire zorgaanbieder met als uitgangspunt dat deze ook uitgevoerd dient te worden bij opname in het ziekenhuis of revalidatiecentrum. Dit vraagt dus om een goede en duidelijke overdracht.

Er kan hier onder een aantal condities vanaf geweken worden, bijv. omdat de uitvoering niet mogelijk of wenselijk is bij het verlenen van de zorg in het ziekenhuis of revalidatiecentrum. Ook dit dient dan uiteraard zorgvuldig besproken te worden met de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger.



### Vooruitlopen op overdrachtsdocument bij acute opname (2025–2028)

In het consultatievoorstel voor de wetwijzigingen (2025) is opgenomen dat instellingen verplicht een overdrachtsdocument moeten aanleveren bij (acute) opname in een ander type instelling. Dit document moet de continuïteit van zorg en de zorgvuldige uitvoering van onvrijwillige zorg beter borgen.

Hoewel de beoogde wetwijziging door politieke vertraging naar verwachting pas rond 2028 in werking zal treden, adviseren wij zorgorganisaties om dit proces nu al in hun werkprocessen op te nemen. Het systematisch overdragen van relevante informatie draagt immers direct bij aan veilige, samenhangende en cliëntgerichte zorg, ongeacht de wettelijke verplichting.

## Hoofdstuk 4

# Wat kan CLB hierin betekenen?

Bij ons staan de cliënt en het zorgproces altijd centraal. De technologische mogelijkheden zijn groot, maar zorgtechnologie moet bovenal de ondersteuning van cliënten én zorgverleners dienen. Omdat geen cliënt en geen zorgvraag hetzelfde is, moet technologie zowel specifiek als flexibel inzetbaar zijn.

Dat realiseren wij met ons open, merkonafhankelijk softwareplatform: het kloppend hart van jouw zorgorganisatie. Hierin komen alle soft- en hardware van CLB én derden samen en worden (kritische) alarmen, oproepen en cliëntdata realtime verbonden met de verantwoordelijke zorgverlener(s).

Ons platform is inzetbaar als totaaloplossing of modulair samen te stellen. Altijd afgestemd op jouw zorgproces, met eenvoudige integratie van bestaande oplossingen, sensoren en systemen in één omgeving. Veilig, schaalbaar, toekomstbestendig en met behoud van keuzevrijheid.

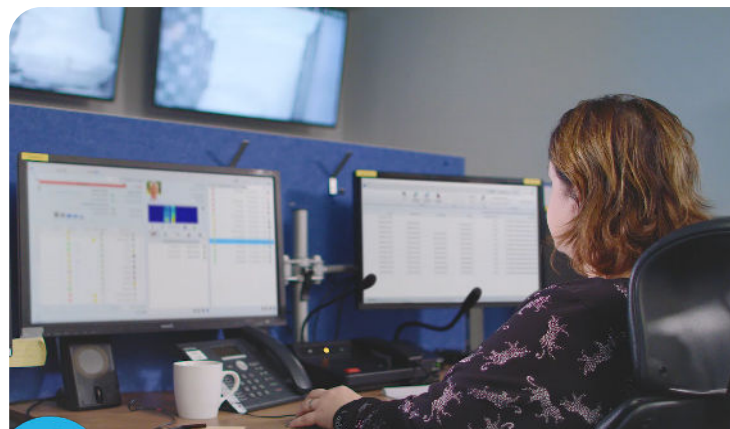
### Innovatie met AI-gestuurde incidentdetectie

Ons softwareplatform wordt continu doorontwikkeld. Zo hebben we AI-gestuurde incidentdetectie toegevoegd, waarmee patronen in gedrag vroegtijdig zichtbaar worden. Dit maakt het mogelijk om proactief in gesprek te gaan met het zorgteam en preventief te handelen. Hiermee sluiten we direct aan bij de verwachting van de IGJ om datagedreven zorg te stimuleren en te ondersteunen.

### Ondersteuning bij de Wet zorg en dwang

Wil jij ondersteund worden bij een zorgvuldige en gepersonaliseerde invulling van de Wet zorg en dwang op cliëntniveau? Wij omarmen het principe "Niets, tenzij" en helpen je bij het vinden van passende maatregelen en alternatieven, waarbij de veiligheid én vrijheid van cliënten en zorgverleners altijd vooropstaan.

Met onze innovatieve en praktijkgerichte oplossingen, gecombineerd met onze blauwdruk, maken we het mogelijk om in elke kamer "Niets, tenzij" als uitgangspunt te hanteren. Per cliënt kan vervolgens flexibel en eenvoudig de juiste interventie worden gekozen en direct door de zorg zelf worden ingezet. Ons doel: onvrijwillige zorg zoveel mogelijk voorkomen en zorgen dat beschikbare alternatieven bekend, toegankelijk en toepasbaar zijn.



Meer over onze zorgoplossingen

### Ontdek de CLB Academy

CLB heeft de CLB Academy ontwikkeld om zorgorganisaties te ondersteunen bij een optimaal zorgproces. We focussen op twee hoofddoelen: het verbeteren van de cliëntbeleving en het vergroten van de gebruikerstevredenheid.

Met ruim 45 jaar ervaring weten we dat implementatie meer vraagt dan techniek alleen: het draait om duurzame verandering in processen en cultuur. Draagvlak, adoptie en begeleiding zijn cruciaal — daarom bieden wij maatwerk voor een soepele overgang en optimaal gebruik.

De experts van de CLB Academy slaan de brug tussen zorg en techniek. Met hun praktijkervaring adviseren en begeleiden zij organisaties van implementatie tot nazorg. Onze zorgcoaches en trainers bieden maatwerk dat aansluit op de unieke werkwijze van iedere organisatie en zo bijdraagt aan een efficiënter en toekomstbestendig zorgproces.

## Training

Onze oplossingen zijn cliëntspecifiek en flexibel inzetbaar, zodat ze meegroeien met veranderende zorgvragen. We denken mee over alternatieven om onvrijwillige zorg te voorkomen en, als dit niet kan, hoe zorgoplossingen bijdragen aan de minst ingrijpende vorm, conform de Wzd.

Met trainingen voor zorgmedewerkers en gedragswetenschappers geven we deze inzichten praktisch vorm. Vanuit een 24-uurs perspectief verkleinen we de kloof tussen dag- en nachtzorg, versterken we samenwerking en dragen we bij aan meer samenhangende en cliëntgerichte zorg.



Kom in contact op met de CLB Academy



### Bibliografie

Bestuurlijke afspraken Uitvoering Wet zorg en dwang 2024 tot inwerkingtreding herziening WZD. (2023, 12 01). Opgehaald van [www.eerstekamer.nl](https://www.eerstekamer.nl): [https://www.eerstekamer.nl/overig/20231201/bestuurlijke\\_afspraken\\_uitvoering](https://www.eerstekamer.nl/overig/20231201/bestuurlijke_afspraken_uitvoering)

Bestuurlijke afspraken Wet zorg en dwang ondertekend. (2024, 02 06). Opgehaald van [www.dwanginzorg.nl](https://www.dwanginzorg.nl): <https://www.dwanginzorg.nl/actueel/nieuws/2024/02/06/bestuurlijke-afspraken-wzd>

Grote verschillen in omgang met gedwongen zorg. (2024, 06 20). Opgehaald van [www.igj.nl](http://www.igj.nl): <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2024/06/20/grote-verschillen-in-omgang-met-gedwongen-zorg>

## Coaching & advies

Evaluatiemomenten bij onvrijwillige zorg zijn verplicht. Daarnaast schrijft de Wlz voor dat minimaal één keer per jaar een zorgplanevaluatie plaatsvindt. Rondom deze momenten kunnen wij waardevolle adviezen geven om samen te komen tot de best mogelijke oplossing.

## (Data) analyse

Met een meeloopdag (dag of nacht) of via analyse van beschikbare data brengen wij in kaart hoe zorgoplossingen in de praktijk worden gebruikt. Welke resultaten leveren ze op, gewenst en ongewenst? Hoe worden ze ervaren door cliënten en zorgprofessionals? Zijn er te veel of juist te weinig alarmen? Kortom: zijn de interventies passend en effectief?

## Begeleiding

Wij begeleiden zorgorganisaties in elke fase van de implementatie – van ingebruikname tot evaluatie en nazorg. Dit doen we met uitgebreide analyses, gebaseerd op data én gebruikerservaringen.

Wij ondersteunen bovendien bij de toepassing van nieuwe beleidsafspraken rondom extramurale inzet van de Wzd, zoals toezichtdomotica in thuisituaties of kleinschalige woonvormen. Ook helpen zij bij het interpreteren van dashboards en analyses, en vertalen de inzichten naar aanpassingen in zorg en monitoring tijdens multidisciplinaire overleggen.

Internetconsultatie wijziging Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang. (2025, 03 21). Opgehaald van [www.dwanginzorg.nl](https://www.dwanginzorg.nl): <https://www.dwanginzorg.nl/actueel/nieuws/2025/03/18/start-internetconsultatie-wvggz-en-wzd>

Toepassen gedwongen zorg gebeurt vaak niet zorgvuldig. (2025, 06 12). Opgehaald van [www.igj.nl](http://www.igj.nl): <https://www.igj.nl/onderwerpen/dwang-in-de-zorg/documenten/publicaties/2025/06/12/toepassing-gedwongen-zorg-gebeurt-nog-niet-zorgvuldig>

Wijziging regelgeving over analyse gedwongen zorg. (2023, 09 04). Opgehaald van [www.dwanginzorg.nl](https://www.dwanginzorg.nl): <https://www.dwanginzorg.nl/actueel/nieuws/2023/09/04/wijziging-regelgeving-over-analyse-gedwongen-zorg>

