

Concept Bvggz Bzd Bfz
december 2017 tbv internetconsultatie

Let op: deze internetconsultatie betreft drie concept-amvb's:
het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz),
het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) en
het Besluit forensische zorg (Bfz).

Deze amvb's bevatten de nadere uitwerking van enkele onderwerpen uit de Wvggz, de Wzd en de Wfz. Vanwege de verwevenheid van deze wetsvoorstellen en besluiten worden deze drie concept-amvb's gezamenlijk ter internetconsultatie aangeboden.

Inhoud

Besluit van _____, houdende regels ter uitvoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg)	2
NOTA VAN TOELICHTING	6
Besluit van _____, houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)	26
NOTA VAN TOELICHTING	31
Besluit van _____, houdende vaststelling van het Besluit forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen van enige andere regelingen (Besluit forensische zorg)	52
Nota van toelichting	63

Besluit van _____, houdende regels ter uitvoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg)

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van _____, gedaan mede namens Onze Minister van Veiligheid en Justitie;

Gelet op de artikelen 2:4, eerste lid, 8:22, tweede lid, 8:24, tweede lid, 9:8, derde lid, 10:2, vierde lid, en 11:1, vijfde lid, van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van _____);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van _____, uitgebracht mede namens Onze Minister van Veiligheid en Justitie;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1 BEGRIPSBEPALING

Artikel 1.1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- ambulante verplichte zorg: verplichte zorg op grond van artikel 3:1, onderdelen a, b en c, van de wet anders dan die in een accommodatie aan een betrokkene wordt verleend;
- verwerker: verwerker als bedoeld in artikel 4 (8) van de Algemene verordening gegevensbescherming
- fixatie: het beperken van de bewegingsmogelijkheden door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van betrokkene;
- persoonsgegevens: persoonsgegevens als bedoeld in 4 (1) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- verwerkingsverantwoordelijke: verwerkingsverantwoordelijke als bedoeld in artikel 4 (7) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- wet: Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

HOOFDSTUK 2 AMBULANTE VERPLICHTE ZORG

Artikel 2.1

Ambulante verplichte zorg omvat het:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid, met uitzondering van fixatie;
- c. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- d. onderzoek aan kleding of lichaam;
- e. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- f. controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
- g. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van

communicatiemiddelen.

Artikel 2.2

1. Ambulante verplichte zorg kan uitsluitend worden toegepast indien:
 - a. de zorgverantwoordelijke voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg heeft gepleegd met ten minste één andere deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet over de wijze waarop toezicht op de betrokkene moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen, en in het zorgplan is beschreven op welke wijze dat toezicht wordt gerealiseerd;
 - b. de zorgverantwoordelijke voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg heeft gepleegd met ten minste één andere deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet over het aantal zorgverleners dat op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg aanwezig moet zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen en dit aantal is vastgelegd in het zorgplan;
 - c. het zorgplan in ieder geval binnen vier weken na de aanvang van de uitvoering van het zorgplan wordt geëvalueerd;
 - d. er permanent een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg, welke zorgverlener zo nodig zorg draagt voor ondersteuning op de locatie waar de betrokkene zich bevindt;
 - e. de zorgaanbieder in het beleidsplan, bedoeld in artikel 2:2 van de wet, heeft vastgelegd:
 - 1° welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling of ambulante verplichte zorg de voorkeur heeft boven opname in een accommodatie, waarbij onder meer rekening wordt gehouden met de belangen van voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten;
 - 2° hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante verplichte zorg op voldoende wijze kan worden geborgd;
 - 3° welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling van het aantal zorgverleners dat met het oog op een verantwoorde zorgverlening aanwezig moet zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg;
 - 4° hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van betrokkene;
 - 5° op welke wijze de permanente bereikbaarheid en ondersteuning, bedoeld in onderdeel d, worden geborgd;
 - 6° op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.
2. De zorgverantwoordelijke betreft bij het in het eerste lid, onderdelen a en b, bedoelde overleg tevens deskundigen van andere disciplines, voor zover de aard van de ambulante verplichte zorg daartoe noodzaakt.

Artikel 2.3

In geval van ambulante verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel zijn artikel 2.2, eerste lid, onderdelen a, b en c, niet van toepassing.

HOOFDSTUK 3 GEGEVENSVERWERKING

Artikel 3.1

1. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet treft de nodige voorzieningen van technische en organisatorische aard teneinde te borgen dat persoonsgegevens zijn beveiligd tegen:
 - a. verlies of aantasting;
 - b. onbevoegde kennisneming, opneming, wijziging, verwijdering of verstrekking.
2. De voorzieningen, bedoeld in het eerste lid, omvatten ten minste:

- a. voorzieningen met betrekking tot personen die werkzaam zijn voor de verwerkingsverantwoordelijke of de verwerker;
 - b. voorzieningen met betrekking tot het beheer van de gegevens, waaronder voorzieningen gericht op de technische beveiliging tegen ongevoegde digitale toegang tot de persoonsgegevens in geval van digitale gegevensverwerking;
 - c. voorzieningen voor het geval de geheimhouding van de vermelde gegevens is geschaad;
 - d. voorzieningen ter voorkoming van calamiteiten en het afhandelen daarvan;
 - e. voorzieningen gericht op het veilig verstrekken van persoonsgegevens.
3. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet draagt zorg voor een zodanige inrichting van die gegevensverwerking dat wordt geborgd dat de verstrekking van gegevens die voortvloeit uit de wet doelmatig en tijdig plaats kan vinden en dat de te verstrekken gegevens actueel, juist en volledig zijn.
4. Over de uitvoering van het eerste, tweede of derde lid, kunnen bij regeling van Onze Minister nadere regels worden gesteld.
5. Bij regeling van Onze Minister worden gegevensverwerkingen aangewezen die moeten voldoen aan bij die regeling omschreven technische standaarden.
6. Aan het bepaalde in het eerste en tweede lid, en het bepaalde krachtens het vierde lid en vijfde wordt tevens uitvoering gegeven door een verwerker die ten behoeve van de verwerkingsverantwoordelijke de betrokken gegevens bewerkt.

Artikel 3.2

1. De zorgaanbieder verstrekt het overzicht, bedoeld in artikel 8:24, tweede lid, van de wet ten behoeve van het risicogestuurde toezicht door de inspectie aan een door Onze Minister aan te wijzen instantie op digitale wijze en met gebruikmaking van een bij ministeriële regeling daartoe vastgesteld format.
2. De door Onze Minister aan te wijzen instantie verwerkt de door de zorgaanbieders verstrekte overzichten op een bij ministeriële regeling bepaalde wijze tot geaggregeerde overzichten op basis waarvan de toepassing van verplichte zorg per zorgaanbieder en per bij ministeriële regeling aangewezen categorieën van zorgaanbieders alsmede voor het gehele veld van zorgaanbieders voor de inspectie inzichtelijk is.
3. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de termijn waarbinnen de door Onze Minister aangewezen instantie de door de zorgaanbieder verstrekte overzichten vernietigt.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de wijze van verstrekken en de wijze van verwerken van de in artikel 8:24, tweede lid, van de wet bedoelde overzichten.

HOOFDSTUK 4 MIDDELEN EN MAATREGELEN WAAR HET ZORGPLAN NIET IN VOORZIET, TEN AANZIEN VAN PERSONEN MET EEN STRAFRECHTELIJKE TITEL

Artikel 4.1

Middelen en maatregelen die kunnen worden toegepast in een situatie als bedoeld in artikel 9:8, eerste lid, van de wet, zijn:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid;
- c. insluiten;
- d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- e. onderzoek aan kleding of lichaam;
- f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- g. controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
- h. 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;
- i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

HOOFDSTUK 5 SAMENSTELLING EN WERKWIJZE VAN DE KLACHTENCOMMISSIE

Artikel 5.1

In een klachtencommissie hebben in ieder geval een jurist en een psychiater zitting.

Artikel 5.2

De klachtencommissie zendt de klager een bewijs van ontvangst van de klacht, waarin de datum van ontvangst is vermeld.

HOOFDSTUK 6 PATIËNTENVERTROUWENSPERSOON

Artikel 6.1

1. De patiëntenvertrouwenspersoon is niet tevens door de zorgaanbieder aangewezen op grond van artikel 15 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
2. De patiëntenvertrouwenspersoon is niet werkzaam voor de zorgaanbieder.

HOOFDSTUK 7 SLOTBEPALINGEN

Artikel 7.1

De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 7.2

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen deel

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvggz) regelt de procedure ten aanzien van de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van verplichte zorg, alsmede de rechtspositie van betrokkene. Voor mensen met een psychische stoornis, niet zijnde een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, is de Wvggz de opvolger van Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wbopz). De Wvggz stelt de behandeling van betrokkene centraal en niet langer zijn gedwongen opname. Verplichte zorg is daarmee niet langer gekoppeld aan een gedwongen opname en kan ook buiten een accommodatie worden toegepast.

De Wvggz bevat een aantal delegatiegrondslagen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) nadere regels te stellen. Dit besluit, het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: 'het besluit'), bevat nadere regels die op grond van de wet bij amvb moeten – en deels mogen – worden gesteld. Het betreft regels over ambulante verplichte zorg, gegevensverwerking, middelen en maatregelen ten aanzien van personen met een strafrechtelijke titel, de klachtencommissie en de patiëntenvertrouwenspersoon. Ten behoeve van de overzichtelijkheid en toegankelijkheid zijn alle bij amvb te stellen nadere regels ondergebracht in één besluit. Omdat het onderwerp van ambulante verplichte zorg van de genoemde onderwerpen de meest ingrijpende is, wordt in het algemeen deel van deze toelichting met name daarop ingegaan. De overige onderwerpen worden in het artikelsgewijze deel besproken.

Ambulante verplichte zorg

In artikel 2:4 Wvggz is bepaald dat bij amvb wordt geregeld welke vormen van verplichte zorg buiten een accommodatie van een zorgaanbieder (hierna: ambulant) zijn toegestaan en onder welke voorwaarden. Ambulante verplichte zorg is nieuw. Onder de Wbopz is het niet mogelijk om verplichte zorg (bijvoorbeeld het gedwongen toedienen van vocht, voeding of medicatie of het uitoefenen van toezicht op betrokkenen) ambulant te verlenen. Wel biedt de Wbopz door middel van de voorwaardelijke machtiging de mogelijkheid van hele sterke drang, omdat met een voorwaardelijke machtiging de ambulante behandeling als voorwaarde gesteld kan worden om een gedwongen opname te voorkomen. Indien een patiënt zich echter niet aan de voorwaarden houdt en ambulante behandeling weigert, moet hij alsnog gedwongen worden opgenomen om tegen zijn wil behandeld te kunnen worden. De verwachting is dat betrokkene, doordat hij weet dat hij zich niet aan zijn behandeling kan onttrekken, in de meeste gevallen ervoor zal kiezen om thuis de behandeling te laten plaatsvinden, zij het niet van harte. In dat geval is er geen sprake van dwang, want betrokkene verzet zich niet, maar van hele sterke drang.

Onder de Wbopz is het mogelijk dat betrokkene gedwongen wordt opgenomen, maar dat alsnog geen behandeling volgt, omdat niet aan de criteria voor dwangbehandeling onder de Wbopz wordt voldaan. Met de instrumenten van de Wvggz kan die situatie voorkomen worden. In geval betrokkene thuis ambulante behandeling (bijvoorbeeld verplichte medicatie) weigert – terwijl dit wel onderdeel is van de zorgmachtiging – kan de zorgverlener thuis dwangmedicatie toepassen als betrokkene beter af is in zijn eigen omgeving of kan hij bijvoorbeeld betrokkene voor dwangmedicatie over laten brengen naar een polikliniek. Bij de Wvggz staat namelijk een wezenlijk ander principe centraal dan bij de Wbopz: waar bij de Wbopz de gedwongen opname als interventie voorop staat, stelt de Wvggz de behandeling centraal.

Onder de Wvggz wordt betrokkene – voor zover dat kan – in zijn eigen omgeving behandeld, en is het streven gedwongen opnamen te voorkomen. Echter, het voorkomen van een gedwongen opname is geen doel op zich. Wanneer intensieve zorg nodig is met een hoog beveiligingsniveau kan worden geoordeeld dat ambulante zorg niet passend is. Voorop staat dat betrokkene de zorg krijgt die hij nodig heeft. De vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van toezicht dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van betrokkene en het mogelijk nadeel dat hij veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Het is met andere woorden maatwerk of verplichte zorg beter thuis of in een accommodatie kan worden toegepast.

Dit besluit beoogt maatwerk mogelijk te maken voor elke betrokkene. Daarom is ervoor gekozen om een brede toepassing van de zorgvormen genoemd in artikel 3:2, tweede lid, van de wet in de ambulante situatie mogelijk te maken en deze met processuele waarborgen te omkleden. In dit verband wordt er met nadruk op gewezen dat de in dit besluit geregelde waarborgen zeker niet de enige waarborgen zijn die gelden voor ambulante verplichte zorg. De in dit besluit opgenomen waarborgen zijn extra waarborgen naast de waarborgen die gelden (a) op grond van de Wvggz, (b) op grond van andere wet- en regelgeving én (c) op grond van de met het oog op goede zorgverlening vastgestelde veldnormen.

a. Waarborgen op grond van de Wvggz

Wat betreft de waarborgen die voortvloeien uit de Wvggz, ongeacht of de zorg binnen of buiten een accommodatie wordt verleend, wordt gewezen op het volgende.

- Verplichte zorg is altijd een ultimum remedium. Eerst moet worden onderzocht of alle alternatieven om vrijwillige zorg te verlenen zijn uitgeput. Als dan toch verplichte zorg nodig is, moet gekozen worden voor de minst ingrijpende vorm en dat zo kort mogelijk. Ook in de ambulante situatie moet deze afweging worden gemaakt: verplichte zorg, alleen als het echt niet anders kan.
- Verplichte zorg moet voldoen aan de uitgangspunten subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Zo mag niet worden gekozen voor een vergaande vrijheidsbeperkende maatregel, indien er minder vergaande maatregelen zijn om hetzelfde doel te bereiken. Ook moet worden gekeken of de interventie bijdraagt aan het te bereiken doel. Als bijvoorbeeld in de zorgmachtiging staat dat de woning mag worden gecontroleerd op gedragsbeïnvloedende middelen, maar betrokkene een dag later via anderen weer over deze middelen kan beschikken, kan de vraag worden gesteld of deze vorm van verplichte zorg doelmatig is.
- De wensen en voorkeuren van betrokkene moeten zoveel mogelijk worden gehonoreerd. Betrokkene kan zijn voorkeuren aangeven op een zorgkaart. Dat geldt ook voor verplichte zorg in de ambulante situatie. Betrokkene kan bijvoorbeeld aangeven dat hij niet uit zijn huis gehaald wil worden om verplichte medicatie te ontvangen, maar dat hij dan liever die gedwongen medicatie in zijn huis ontvangt.
- Familie en naasten moeten zoveel mogelijk worden betrokken. Belangrijk bij het verlenen van verplichte zorg is de context waarbinnen deze wordt uitgevoerd. Leeft iemand alleen of niet, wordt goed voor iemand gezorgd en let iemand op het tijdig innemen van medicatie. In het zorgplan kunnen familie en naasten hun zienswijze geven op de zorgverlening.
- De verlening van verplichte zorg moet veilig zijn, dat geldt zowel voor betrokkene, voor hulpverleners en voor familie en naasten. Voor iedere betrokkene moet een inschatting worden gemaakt of goede zorgverlening in de ambulante situatie mogelijk is, en zo ja, onder welke voorwaarden.
- Alle vormen van verplichte zorg, ook de zorg in de ambulante situatie, worden vooraf door de rechter getoetst.
- Alleen die zorgvormen die door de rechter zijn getoetst en vastgelegd in de zorgmachtiging, mogen ambulant worden toegepast, waarbij de zorgverantwoordelijke pas tot uitvoering daarvan mag overgaan als hij zich op de hoogte heeft gesteld van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene, met betrokkene overleg heeft gevoerd over de uitvoering en, als de zorgverantwoordelijke geen psychiater is, hierover overeenstemming heeft bereikt met de geneesheer-directeur.

b. Waarborgen op grond van andere wet- en regelgeving

Zoals gezegd komen de in dit besluit geregelde extra waarborgen voor ambulante verplichte zorg niet alleen bovenop de vereisten die reeds gelden op grond van de Wvggz, maar ook bovenop de eisen die voortvloeien uit andere kwaliteitswetgeving op het terrein van de gezondheidszorg. De vereisten die reeds uit die andere wetgeving voortvloeien, hoeven dus niet opgenomen te worden in de wet of in dit besluit. Om welke vereisten het gaat is grotendeels al uiteengezet in de toelichting bij de Wvggz. Uit gesprekken met betrokken organisaties bleek desondanks dat er enige vragen leefden met betrekking tot de waarborgen die volgen uit andere wetgeving. Daarom wordt hier kort ingegaan op een aantal belangrijke waarborgen.

Een belangrijke algemene waarborg is dat zorgaanbieders goede zorg moeten verlenen. Dit volgt onder meer uit artikel 2, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz). Wat dit inhoudt wordt in de Wkkgz uitgewerkt en verder gepreciseerd in professionele standaarden (artikel 2, tweede lid).

Uit de Wkkgz volgt onder meer dat zorg van goede kwaliteit, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn. Ook houdt dit in dat zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit professionele standaarden, dat de rechten van de betrokkene zorgvuldig in acht worden genomen en de betrokkene ook overigens met respect wordt behandeld.

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) beschermt bepaalde beroepstitels, ook voor zover ze genoemd worden in de wet of dit besluit. Als bijvoorbeeld een bepaalde rol op grond van dit besluit alleen voor een arts is weggelegd, is dat dus een arts als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG.

Ook zijn op grond van de Wet BIG enige medische handelingen voorbehouden aan degenen die een bepaald door de Wet BIG beschermd beroep uitoefenen, of door een bekwaam persoon die de handelingen uitvoert op grond van de aanwijzingen van en in opdracht van een persoon die een dergelijk beschermd beroep uitoefent (artikel 35 Wet BIG). Dit geldt ook als dergelijke handelingen in het kader van verplichte zorg plaatsvinden. Dus als bijvoorbeeld de betrokkene in de ambulante situatie intraveneus medicatie krijgt toegediend (de voorbehouden handeling injecteren), mag dat alleen geschieden door beroepsbeoefenaars die daartoe bekwaam zijn en op grond van de Wet BIG bevoegd zijn die handeling te verrichten.

Wellicht ten overvloede wordt hier benadrukt dat zolang er sprake is van vrijwillige zorg, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) geldt. Op het moment dat sprake is van verzet van de betrokkene, treedt de WGBO terug en is de Wvggz van toepassing. Dit kan dus verschillend zijn voor onderdelen van het zorgplan: als de betrokkene zich bijvoorbeeld alleen verzet tegen medicatie, maar niet tegen begeleiding, is de WGBO wel van toepassing op begeleiding.

c. Normen van het veld

De toepassing van verplichte zorg dient plaats te vinden aan de hand van een multidisciplinaire richtlijn. Inmiddels is de "Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang" tot stand gekomen en wordt aan de zogenoemde "Generieke module dwang en drang" gewerkt, waarvoor de multidisciplinaire richtlijn de basis vormt.

Hoewel de reeds tot stand gekomen multidisciplinaire richtlijn vooral gaat over de eisen aan de voorbereiding en uitvoering van dwang binnen de accommodatie, zijn deze eisen ook toepasbaar buiten een accommodatie. Zo geldt voor alle situaties dat zorgverleners over expliciet opgenomen competenties moeten beschikken om verplichte zorg te kunnen toepassen, dat methodisch wordt gewerkt en dat dwangtoepassingen worden geregistreerd en geëvalueerd. Dat is binnen een accommodatie niet anders dan buiten een accommodatie. Daarmee geldt het overgrote deel van de eisen zowel voor verplichte zorg binnen als buiten de accommodatie. De Generieke module dwang en drang bevat bovendien een aantal specifieke vereisten voor dwang in de ambulante situatie.

Grondrechten

Omdat verplichte zorg een (gerechtvaardigde) inbreuk maakt op de grondrechten van de betrokkene, zijn grondrechtenbepalingen in de Grondwet en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) relevant. Hierover staat een analyse in de memorie van toelichting bij de wet.

Zorgvormen

Op grond van artikel 2:4 van de wet kunnen de volgende in artikel 3:2 genoemde vormen van verplichte zorg in de ambulante setting worden toegepast, mits deze bij besluit zijn aangewezen:

- het toedienen van vocht, voeding of medicatie;
- het beperken van de bewegingsvrijheid;
- insluiten;
- het uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- onderzoek aan kleding of lichaam;
- onderzoek van de woon- of verblijfsplaats op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- controle op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen; en

- beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, waaronder beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen.

Vooropgesteld zij dat verplichte zorg buiten een accommodatie, gelet op artikel 2:4 van de wet, enkel is toegestaan voor die vormen van verplichte zorg die in dit besluit zijn opgenomen, onder de in dit besluit genoemde voorwaarden. Omdat het kunnen toepassen van ambulante dwang nieuw is, zijn voor het opstellen van dit besluit met verschillende personen met (ervarings)deskundigheid binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of de langdurige zorg – zorgverleners, patiënten en hun vertegenwoordigers – informele overleggen gevoerd over hoe zij zich verplichte zorg in de ambulante situatie voor zich zouden zien: welke vormen en onder welke voorwaarden. Voor de nadere invulling van wat wel en niet toegestaan is in de ambulante situatie en de voorwaarden waaronder, heeft de in ontwikkeling zijnde Generieke module dwang en drang als basis gediend. Hoewel het traject met betrekking tot het ontwikkelen van de zojuist genoemde generieke module dwang en drang nog loopt, komt uit deze module het beeld naar voren dat separatie en fixatie thuis niet uitvoerbaar zijn en daarom altijd in een klinische setting gerealiseerd moeten worden. In dit besluit zijn daarom insluiting (de zorgvorm in deze wet waar separatie onder valt) en fixatie uitgesloten, waarbij opgemerkt moet worden dat de generieke module dwang en drang nog niet definitief is vastgesteld. Voor alle andere vormen van verplichte zorg is ervoor gekozen om deze wel toe te staan in de ambulante situatie. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat zorg op maat mogelijk is en dat zoveel mogelijk kan worden aangesloten bij de voorkeuren van de betrokkene en bij hetgeen voor de betrokkene het beste is. Tijdens bovengenoemde overleggen is door personen die nauw betrokken zijn bij de zorgverlening bij vrijwel elke vorm van verplichte zorg casuïstiek genoemd, waarbij het in het belang van de betrokkene zou zijn geweest als door de toepassing van ambulante dwang, opname had kunnen worden voorkomen. Het veld vraagt bovendien om geen opties uit te sluiten, ook om innovaties die minder belastend kunnen zijn (zoals draagbare sensoren, wearables) niet te belemmeren. Ook de personen die betrokken zijn bij cliëntenorganisaties gaven aan dat de keuzevrijheid voor de betrokkene zo groot mogelijk moet zijn, zodat onnodige gedwongen opnames worden voorkomen. Dat past ook bij de doelstellingen van de Wvggz waarbij betrokkene zorg op maat ontvangt, ongeacht de locatie waar hij zich bevindt, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn voorkeuren. Daarbij is door alle betrokkenen wel steeds benadrukt dat de een belangrijk uitgangspunt is dat de keuze voor een vorm van ambulante verplichte zorg uiteraard alleen zal kunnen worden genomen met inachtneming van de in de wet reeds geregelde waarborgen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, welke waarborgen ook bij ambulante verplichte zorg onverkort gelden. Ook zijn tijdens de overleggen voorstellen gedaan voor een aantal extra waarborgen bij het verlenen van ambulante verplichte zorg. Een en ander heeft geleid tot de extra waarborgen die zijn opgenomen in artikel 2.2 van dit besluit. Mede met het oog op de harmonisatie van de Wvggz en de Wzd is er voor gekozen om geen verschil aan te brengen in de toegestane vormen van de ambulante gedwongen zorg tussen de verschillende doelgroepen van de Wvggz en de Wzd. Ten algemene geldt dat verplichte vormen van zorg thuis per doelgroep of zelfs per betrokkene in verschillende mate voorstelbaar zijn, en er altijd maatwerk moet worden toegepast. Zo zal het beperken van de bewegingsvrijheid van een dementerende (de doelgroep van de Wzd) die anders een gevaarlijke weg op loopt, wellicht eerder plaatsvinden dan bij iemand met een psychiatrische aandoening, terwijl controle op gedragsbeïnvloedende middelen bij laatstgenoemde weer beter voorstelbaar is dan in de psychogeriatric. Bovendien zijn er patiënten met multiproblematiek: ook mensen met een psychiatrische aandoening kunnen dementeren en verstandelijk gehandicapten kunnen een psychiatrische aandoening hebben.

Waarborgen voor verplichte zorg buiten een accommodatie

Meestal kunnen zorgverleners betrokkene 'verleiden' of overhalen tot het ondergaan van een behandeling, al dan niet met enige drang. Pas als dat niet lukt, zal dwang worden overwogen. Indien dwang wordt overwogen, omdat betrokkene zich tegen deze zorg verzet, geldt het uitgangspunt – ook ambulant – dat die dwang alleen als ultimum remedium mag worden toegepast. Voor alle verplichte zorg die wordt verleend, ongeacht de plaats waar die zorg wordt verleend, geldt dat de opvang, beveiliging, het onderzoek, de risicotaxatie, de behandeling en de evaluatie van dwang goed, veilig en volgens goed hulpverlenerschap plaatsvindt. Een belangrijke overweging bij de uitvoering van dwang in de ambulante setting is de beleving van betrokkene, omdat de toepassing van ambulante dwang ertoe kan leiden dat betrokkene zijn huis niet langer als een veilige plek ervaart. Daar tegenover staat dat iemand uit zijn woning halen voor een gedwongen behandeling of zelfs een gedwongen opname ook traumatiserend kan zijn. Dat kan betekenen dat zorgverleners tweemaal "het gevecht moeten aangaan", eerst om iemand uit huis

en opgenomen of in de polikliniek te krijgen en daarna verplicht te behandelen. Dan is het aan betrokkene om aan te geven wat zijn voorkeuren zijn. Uiteindelijk zal bij de vraag of ambulante dwang toepasbaar is, een afweging zijn die is toegespitst op betrokkene, diens aandoening, de mogelijkheden van de zorgaanbieder, de thuissituatie en de sociale context.

Onderdeel van deze afweging is ook de vraag wat de rol is van familie en naasten. In sommige gevallen zal het mogelijk zijn dat het toezicht gedeeltelijk wordt overgelaten aan een mantelzorger. Stel dat dwangmedicatie in de thuissituatie wordt toegediend. Afhankelijk van de te verwachten bijwerkingen, kan het van belang zijn dat er iemand in de buurt blijft. Dat kan een zorgverlener zijn, maar ook een familielid of naaste, die in geval van bijwerkingen snel contact kan opnemen met de zorgaanbieder. Uiteraard kan dit lang niet altijd zo worden vormgegeven, omdat familieleden niet altijd in staat zijn deze rol op zich te nemen of dat simpelweg niet willen omdat bijvoorbeeld hun verstandhouding met betrokkene verstoord is, of omgekeerd, ze de verstandhouding niet op het spel willen zetten. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Verantwoord in dergelijke situaties is, vergelijkbaar met de gevallen waarin medische technologie naar de thuissituatie wordt gebracht, dat de zorgaanbieder zich ervan vergewist dat de persoon aan wie het toezicht wordt overgelaten in staat is die taak uit te oefenen en de consequenties van zijn handelen goed kan overzien. Bovendien moet de zorgaanbieder zorgen voor voldoende instructies en op afroep beschikbaar zijn, indien de familie of naaste aangeven daar in een specifieke situatie behoefte aan te hebben. Indien daar aan is voldaan, kan de zorgaanbieder, samen met het familieleden of naasten, op een verantwoorde wijze invulling geven aan het toezicht gedurende de periode van het toepassen van verplichte zorg. De familie of naaste kan hier dan ook niet verantwoordelijk voor gemaakt worden. Met andere woorden; er rust geen plicht op de familie of naaste om zorg te dragen voor dergelijk toezicht.

Ambulante verplichte zorg moet deskundig, zorgvuldig en veilig worden uitgevoerd. Dit wordt gewaarborgd door het wettelijk kader. De in deze amvb aanvullend gestelde eisen zien vooral op het verschil in setting. Buiten een accommodatie zijn bepaalde randvoorwaarden minder vanzelfsprekend. Zo is, anders dan bij zorg binnen een accommodatie, bij zorg buiten een accommodatie geen sprake van een structuur waarin zorgverleners aanwezig zijn die te allen tijde toegang hebben tot de betrokkenen om noodzakelijke zorg te verlenen. Ook is het minder makkelijk om assistentie van een collega te krijgen en er is minder sociale controle. Met de in dit besluit opgenomen waarborgen wordt beoogd alsnog in deze randvoorwaarden te voorzien door eisen te stellen over de wijze waarop toezicht op de betrokkene wordt gehouden, het aantal zorgverleners dat op het moment van de uitvoering van verplichte zorg aanwezig moet zijn, de termijn van evaluatie van het zorgplan en de permanente bereikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener. Ook zijn er nadere eisen gesteld aan de factoren die een zorgaanbieder dient mee te nemen in het opstellen van het beleidsplan, bedoeld in artikel 2:2 van de wet, die vervolgens moeten worden uitgewerkt in het zorgplan en toegepast bij het verlenen van de verplichte zorg. Deze nadere eisen worden toegelicht in de artikelsgewijze toelichting op artikel 2.2 van dit besluit.

Administratieve lasten

Bij de voorbereiding van dit besluit is aandacht besteed aan de gevolgen voor de regeldruk. Dit besluit betreft de nadere invulling van de Wvggz. In de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel, evenals de toelichting bij de eerste en de tweede nota van wijziging is uitgebreid ingegaan op de regeldruk. Uit dit besluit vloeien als zodanig geen lasten voort die niet reeds voortvloeien uit de wet. Zo is bij de verplichtingen voor het verlenen van verplichte zorg buiten een accommodatie zoveel mogelijk aangesloten bij de eisen en de procedures die op grond van de wet gelden voor verplichte zorg binnen een accommodatie. Ook de eisen aan de gegevensverwerking vinden hun oorsprong in de wet. De partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wvggz werken gezamenlijk aan de inrichting van de keteninformatievoorziening in het ketenprogramma Wvggz. Het Openbaar Ministerie, GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, MIND, de Vereniging Nederlandse Gemeenten, politie, rechtspraak en de ministeries van VWS en VenJ zijn gezamenlijk opdrachtgever van het ketenprogramma.

Toezicht- en Handhavingstoets van de inspectie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ('IGZ' of 'de inspectie') heeft desgevraagd een Toezicht- en Handhavingstoets uitgevoerd. Naar aanleiding van de uitkomsten van deze toets is een aantal wijzigingen aangebracht in het besluit en deze nota van toelichting.

Op verzoek van de inspectie is in de toelichting nader ingegaan op de sociale context. Dit is hierboven toegevoegd onder het kopje 'Waarborgen voor verplichte zorg buiten een accommodatie'.

De inspectie heeft in haar toets verder gevraagd om een verduidelijking van het begrip "accommodatie". De inspectie heeft er in dit opzicht terecht op gewezen dat de reikwijdte van het begrip "accommodatie" bepalend is voor beantwoording van de vraag voor welke verplichte zorg de aanvullende zorgvuldigheidseisen van artikel 2.2 van dit besluit gelden. In de toelichting op artikel 1.1 van dit besluit wordt daarom een verduidelijking gegeven van het begrip "accommodatie".

Het recht op het ontvangen van bezoek mag op grond van de huidige wettekst niet beperkt worden buiten een accommodatie. Deze vorm van ambulante verplichte zorg is dan ook niet in artikel 2.1 opgenomen. Op verzoek van de inspectie is er een extra zin aan de toelichting toegevoegd om te benadrukken dat deze vorm van verplichte zorg op dit moment buiten een accommodatie niet toegestaan is.

De inspectie vroeg zich af of in artikel 2.2 bepaald zou kunnen worden dat de naam van de permanent bereikbare zorgverlener, en eventueel zijn vervanger, in het zorgplan wordt opgenomen. De verwachting is dat een dergelijke plicht voor onnodig zware administratieve lasten zou zorgen. Wel is in de toelichting van beide amvb's benadrukt dat de plicht ervoor te zorgen dat er permanent een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is, ook de plicht omvat om diens contactgegevens aan de betrokkene te verstrekken.

Voor het verwerken van gegevens voor de inspectie verzocht de inspectie om mogelijk te maken dat een derde partij wordt aangewezen die de gegevens namens de inspectie verwerkt. Dit is in artikel 3.2 geregeld.

De inspectie merkte op dat uit dit besluit niet duidelijk werd of een patiëntenvertrouwenspersoon in dienst mag zijn van de zorgaanbieder. In artikel 6.1 Bvggz is daarom ter verduidelijking, en als harmonisatie met de eisen die in het Bzd aan de cliëntenvertrouwenspersoon worden gesteld, toegevoegd dat de patiëntenvertrouwenspersoon niet werkzaam is voor de zorgaanbieder. Ook is de toelichting bij artikel 6.1 hierop aangepast.

Artikelsgewijs

Artikel 1.1

Dit artikel bevat enige definities die gelden voor deze amvb en de ministeriële regelingen die erop gebaseerd zijn. Daarnaast zijn ook de definities uit de Wvggz van toepassing. Onder meer de begrippen Onze Minister, patiëntenvertrouwenspersoon en zorgaanbieder zijn daarmee al gedefinieerd voor deze amvb.

Voor de definitie van ambulante verplichte zorg is aangesloten bij de tekst van artikel 2:4, eerste lid, van de wet, waarin de grondslag van verplichte zorg buiten een accommodatie is opgenomen. In dat artikel wordt verwezen naar artikel 3:1 van de wet.

Op 25 mei 2018 zal Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming, hierna: AVG) van toepassing zijn. De AVG zal, tezamen met de nationale aanpassingswetten, de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) vervangen. Voor de definities van verwerker, persoonsgegeven en verwerkingsverantwoordelijke wordt aangesloten bij de AVG, omdat het onderhavige besluit na 25 mei 2018 in werking treden. De thans nog geldende Wbp hanteert soortgelijke begrippen als de AVG.

Van ambulante verplichte zorg is uitsluitend sprake als de verplichte zorg aan betrokkene buiten een accommodatie wordt verleend. Om te kunnen beoordelen wat ambulante zorg is, dient voldoende helder te zijn afgebakend wat een accommodatie is. Omdat de IGZ in haar Toezicht- en Handhavingstoets aangaf dit niet helder genoeg te vinden, wordt het begrip 'accommodatie' hieronder verduidelijkt.

Bij een accommodatie moet worden gedacht aan een instelling van een zorgaanbieder, dat wil zeggen een pand (en het daarbij behorende terrein) dat door de zorgaanbieder is bestemd en ingericht voor zorg aan mensen met een psychische stoornis en waarin de betrokkene met het oog

op die zorg verblijft. Een belangrijk kenmerk dat is verbonden aan het karakter van een zodanige zorginstelling, is het direct aanwezige toezicht en de directe mogelijkheid van begeleiding/verzorging door zorgverleners die daartoe altijd zonder meer toegang hebben tot de woon- of verblijfsruimte van de betrokkene. Een ruimte die uitsluitend wordt gebruikt als kantoor wordt niet aangemerkt als accommodatie. In een kantoorruimte wordt immers geen zorg verleend.

Gezien het vorenstaande is voor de vraag of een wooneenheid onderdeel uitmaakt van een accommodatie dan wel kan worden beschouwd als een privéwoning, niet alleen van belang of sprake is van een woning die door de zorgaanbieder bestemd en ingericht is voor zorg in de zin van de onderhavige wet, maar ook wie de zeggenschap heeft over de toegang tot de woning. Indien de bewoner zeggenschap heeft over de toegang tot de woning, is sprake van een privéwoning.

Wat betreft 'fixatie' wordt het volgende opgemerkt. Het gaat hierbij om het beperken van betrokkene om zich te bewegen – een subvorm van het beperken van de bewegingsvrijheid. Fixatie van betrokkene kan op verschillende manieren plaatsvinden, namelijk door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van betrokkene.

Wat betreft het beperken van de bewegingsmogelijkheden kan gedacht worden aan het gebruik van Zweedse banden.

Een ander voorbeeld van het beperken van de bewegingsmogelijkheden is "holding", waar het gaat om het vastpakken en vasthouden van een persoon. Deze interventietechniek wordt wel ingezet om de geuite agressie van betrokkene op proportionele wijze te reduceren. Voor het anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen kan worden gedacht aan het aandoen van gepolsterde handschoenen zonder vingerspreiding om automutilatie te voorkomen.

Nu het toepassen van fixatie buiten de accommodatie niet is toegestaan, zijn deze vormen van verplichte zorg dus niet toegestaan in de ambulante setting.

Artikel 2.1

Het verlenen van verplichte zorg aan betrokkene op grond van een zorgmachtiging, crisismaatregel of machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel kan uitsluitend in ambulante situaties plaatsvinden, indien en voor zover deze zorgvormen op grond van artikel 2:4, eerste lid, van de wet bij amvb zijn aangewezen. Het onderhavige artikel betreft de uitvoering daarvan.

In artikel 2:4 van de wet wordt verwezen naar de vormen van verplichte zorg die aangewezen kunnen worden voor toepassing in de ambulante setting. Het betreft de zorgvormen, genoemd in artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a tot en met h. In het onderhavige artikel zijn deze zorgvormen aangewezen, met uitzondering van insluiting (artikel 3:2, eerste lid, onderdeel c, van de wet). Daarnaast is in de zorgvorm van onderdeel b van dit artikel ("beperken van de bewegingsvrijheid") een uitzondering gemaakt, in die zin dat deze zorgvorm niet de subvorm 'fixatie' mag inhouden. Zie in dit verband de toelichting op artikel 1.1, waarin is toegelicht wat onder deze term wordt verstaan. De overige vormen van verplichte zorg uit de wet zijn in dit artikel aangewezen, wat betekent dat geen van deze vormen bij voorbaat zijn uitgesloten voor toepassing buiten de accommodatie. De redenen voor deze keuzes zijn toegelicht in het algemeen deel van deze nota.

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat wat betreft het beperken van de bewegingsvrijheid uitsluitend de subvorm fixatie is uitgesloten. Die vorm van verplichte zorg is dus niet toegestaan buiten een accommodatie. Zo is het vastpakken van betrokkene (tegen zijn wil) om hem medicatie toe te dienen niet toegestaan. Het beperken van de bewegingsvrijheid, anders dan door fixatie, is wel toegestaan buiten een accommodatie. Een voorbeeld hiervan is het afsluiten van de balkondeur zodat betrokkene niet het balkon op kan (maar wel door de voordeur naar buiten kan). Extra aandacht wordt nog gevestigd op het feit dat de inzet van een bedhek niet langer wordt gezien als fixatie, terwijl deze in sommige instellingen voorheen wel als zodanig werd bestempeld. Aangezien bij een bedhek geen sprake is van het rechtstreeks beperken van de bewegingsmogelijkheden door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van betrokkene, valt de inzet van dit middel niet onder fixatie, maar wel onder het beperken van de bewegingsmogelijkheden.

Bij het opstellen van deze amvb is geconstateerd dat in artikel 2:4 van de wet sprake moet zijn van een onjuiste verwijzing van de formele wetgever. In dat artikel wordt verwezen naar artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a tot en met h, van de wet. Ten onrechte is niet verwezen naar onderdeel i (verplichte zorg in de vorm van het beperken van het recht op het ontvangen van

bezoek), terwijl dat uit de aard der zaak juist wel aangewezen had moeten worden. Aldus is aannemelijk dat artikel 2:4 van de wet had moeten verwijzen naar de onderdelen a tot en met i van artikel 3:2. Aannemelijk is dat de formele wetgever dit op enig moment in de toekomst zal willen rechtzetten. Tot die tijd kan het recht op het ontvangen van bezoek dus niet beperkt worden als vorm van ambulante verplichte zorg.

Artikel 2.2

Op grond van artikel 2:4, eerste lid, van de wet moeten bij amvb tevens regels worden gesteld over de toepassing van de in dit besluit aangewezen zorgvormen. Deze regels zijn opgenomen in het onderhavige artikel. Dit artikel beoogt aanvullende waarborgen te stellen, naast de algemene uitgangspunten, criteria voor en doelen van verplichte zorg die al in de Wvggz zijn opgenomen en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet BIG). Ambulante verplichte zorg mag uitsluitend worden verleend indien is voldaan aan de genoemde wettelijke voorwaarden en de in artikel 2.2 opgenomen aanvullende voorwaarden.

Zoals aangegeven in het algemeen deel van deze toelichting, is voorafgaand aan het opstellen van deze amvb informeel overleg gevoerd met een aanzienlijk aantal personen die vanuit verschillende invalshoeken veel (ervarings)deskundigheid hebben op het terrein van verplichte zorg. Uit die gesprekken kwam het beeld naar voren dat de waarborgen voor de toepassing van dwang binnen en buiten een accommodatie niet veel van elkaar dienen te verschillen. Waarom volgens betrokkenen voor dwang buiten een accommodatie toch aanvullende waarborgen nodig zijn, komt met name door het verschil tussen de setting binnen een accommodatie en de setting buiten een accommodatie. Zo is, anders dan bij zorg binnen een accommodatie, bij zorg buiten een accommodatie geen sprake van een structuur waarin zorgverleners aanwezig zijn die te allen tijde toegang hebben tot betrokkene voor het noodzakelijke toezicht en het bieden van begeleiding of ondersteuning. Een en ander heeft gevolgen voor, onder andere, de mogelijkheid om toezicht op betrokkene te houden met het oog op diens veiligheid, de mogelijkheid om bij escalatie direct collegiale ondersteuning te vragen en de risico's van minder zicht op mogelijk grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners.

Op basis van de input uit het informele overleg met de verschillende deskundigen is besloten tot de in dit artikel neergelegde waarborgen die aansluiten bij de setting buiten een accommodatie.

Eerste lid

Onderdeel a

Het onderhavige onderdeel heeft tot doel de veiligheid van betrokkene aan wie buiten een accommodatie verplichte zorg wordt verleend, voldoende te waarborgen door middel van toezicht op betrokkene. Uit de informele gesprekken met deskundigen is gebleken dat de wijze waarop de veiligheid van betrokkene door middel van toezicht moet worden geborgd, niet alleen verschilt per (sub)vorm van de in artikel 2.1 genoemde zorg, maar met name ook afhangt van de persoon van betrokkene en zijn sociale context. Er zal – zoals bij alle verplichte zorg – sprake moeten zijn van maatwerk.

Als voorbeeld kan worden gegeven het toezicht op de buiten de accommodatie verblijvende betrokkene na het gedwongen toedienen van medicatie. Hierbij zijn vele mogelijkheden. Indien sprake is van een medicijn dat mogelijkerwijs bijwerkingen heeft, zal onder meer van belang zijn of sprake is van een eerste toediening of dat dit medicijn al regelmatig is toegediend aan betrokkene en bekend is hoe betrokkene op dat medicijn reageert. Indien het middel al regelmatig door betrokkene is gebruikt en bekend is dat hij daar goed op reageert, zal na toediening van de medicatie toezicht veelal niet nodig zijn. Als echter sprake is van een eerste toediening, dan wel van een medicijn waarvan bekend is dat dit regelmatig bijwerkingen veroorzaakt bij betrokkene, zal bezien moeten worden welk toezicht met het oog op de veiligheid van betrokkene noodzakelijk is. Dit zal met name afhangen van de aard en de duur van de (mogelijke) bijwerkingen en de ervaringen met betrokkene. Zo kan het in sommige gevallen nodig zijn dat een professionele zorgverlener gedurende enige tijd bij betrokkene aanwezig blijft om zo nodig direct te kunnen ingrijpen; daarbij is onder meer van belang over welke deskundigheid een zodanige zorgverlener

moet beschikken. Verder kan ook toezicht door middel van domotica in sommige gevallen een goed instrument zijn, waarbij tevens de aanrijtijd van een deskundige zorgverlener een rol kan spelen. In dit kader is voorts van belang dat sommige medicijnen via een depot worden toegediend en een zeer lange werking kunnen hebben. Ingeschat zal moeten worden of het verantwoord is betrokkene vervolgens in de ambulante setting te laten, en zo ja, op welke wijze en hoe lang zo nodig toezicht moet worden gehouden. Ook de sociale context kan hierbij een rol spelen; als sprake is van familie of naasten die wijzigingen in het gedrag van betrokkene kunnen signaleren en in staat kunnen worden geacht in dat geval adequaat te handelen en de hulp van een zorgverlener in te roepen, kan dit worden meegewogen bij de beoordeling of het verantwoord is betrokkene in de ambulante setting te laten.

Ook bij andere (sub)vormen van ambulante verplichte zorg zijn vele scenario's mogelijk, afhankelijk van de persoon van betrokkene en zijn omstandigheden. Het is niet wenselijk in de amvb strikte en gedetailleerde inhoudelijke regels ter zake te stellen over de omstandigheden waaronder ambulante verplichte zorg is toegestaan, aangezien het al dan niet toepassen daarvan te allen tijde maatwerk inhoudt. Gedetailleerde wettelijke voorschriften kunnen een goede zorgverlening aan betrokkene belemmeren en kunnen bovendien in de weg staan aan de mogelijkheid om snel in te spelen op de meest actuele ontwikkelingen (bijvoorbeeld het via geavanceerde domotica houden van toezicht op een voor betrokkene zo min mogelijk belastende manier). Daarom is ervoor gekozen om niet per (sub)zorgvorm te bepalen hoe het toezicht vorm moet worden gegeven, maar in onderdeel a de inhoudelijke norm vast te leggen: het houden van toezicht op betrokkene om diens veiligheid voldoende te borgen. De wijze waarop het toezicht voor de specifieke betrokkene het beste kan worden gerealiseerd, moet worden besproken in het overleg dat de zorgverantwoordelijke op grond van artikel 5:13, derde lid, pleegt voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan, en vervolgens worden neergelegd in dat zorgplan. Net als bij de uitvoering van de overige onderdelen van de wet, zal het perspectief van betrokkene hierbij altijd voorop moeten staan.

In dit kader wordt nog opgemerkt dat domotica die ingezet wordt als toezichtmaatregel nooit zover kan gaan dat er sprake is van feitelijke insluiting. Als voorbeeld kan gedacht worden aan domotica die ingezet wordt waardoor deuren automatisch dicht blijven indien een betrokkene in de buurt komt. In dat geval is er sprake van insluiting en deze vorm is op grond van deze amvb niet toegestaan buiten een accommodatie.

De procedurele voorwaarden van de onderhavige bepaling zijn een nadere uitwerking van het reeds bestaande wettelijke systeem. In de wet is al bepaald dat, alvorens verplichte zorg kan worden toegepast, een zorgmachtiging dient te zijn afgegeven door de rechter. Daaraan gaat vooraf dat de zorgverantwoordelijke in overleg met betrokkene en de vertegenwoordiger een zorgplan vaststelt, waarin de voorgenomen verplichte zorg is omschreven. Dat zorgplan wordt door de geneesheer-directeur beoordeeld en zo nodig aangevuld, en vormt vervolgens onderdeel van het verzoekschrift van de officier van justitie voor een zorgmachtiging bij de rechter.

Bij de voorbereiding van de zorgmachtiging in zijn geheel, waaronder begrepen het opstellen van het zorgplan, worden onder meer de proportionaliteit en subsidiariteit van verplichte zorg in ambulante omstandigheden, alsmede de doelmatigheid en veiligheid beoordeeld (artikel 2:1, derde lid, van de wet). Voorafgaand aan het opstellen van het zorgplan pleegt de zorgverantwoordelijke op grond van artikel 5:13, derde lid, van de wet overleg met de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten, de zorgverleners, en zo mogelijk de huisarts. Indien de aard van de psychische stoornis daartoe noodzaakt, wordt voorts ten minste één andere deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet geraadpleegd.

Dit laatste punt wordt door middel van het huidige artikelonderdeel nader ingevuld. De zorgverantwoordelijke dient voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg te voeren met een deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet over de wijze waarop toezicht op de betrokkene moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te

borgen. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de manier waarop dit toezicht wordt gerealiseerd uitdrukkelijk wordt besproken en vervolgens in het zorgplan wordt opgenomen. Indien de aard van de beoogde ambulante verplichte zorg daartoe aanleiding geeft, betreft de zorgverantwoordelijke daarbij tevens deskundigen van andere disciplines (zie artikel 2.2, derde lid).

Bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel is dit onderdeel niet van toepassing. Zie de toelichting bij artikel 2.3.

Onderdeel b

Met name op het moment waarop bijvoorbeeld tegen de wil van betrokkene medicatie wordt toegediend, betrokkene de toegang tot bepaalde voorwerpen of ruimten wordt ontzegd (ofwel: bij de daadwerkelijke uitvoeringshandeling van verplichte zorg), is er risico op een uiting van verzet van betrokkene. Dit verzet kan zich uiten in verbaal verzet, maar ook in meer fysiek verzet. Fysiek verzet kan bestaan uit een afwerend gebaar, maar kan ook een stevigere vorm aannemen. Iedere vorm van verzet kan leiden tot escalatie; of dit gebeurt hangt vaak in belangrijke mate af van de persoon, de aandoening van de individuele betrokkene, de context en de wijze waarop de zorgverlener op dit verzet inspeelt. Zoals reeds opgemerkt, heeft de setting bij zorgverlening buiten een accommodatie onder meer tot gevolg dat het vaak niet mogelijk zal zijn om bij escalatie direct collegiale ondersteuning te krijgen. Met het oog op een verantwoorde zorgverlening, waarbij niet alleen de veiligheid van betrokkene, maar ook de veiligheid van de zorgverlener en eventuele familie of naasten van belang is, moet daarom voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan op basis van een risico-inschatting uitdrukkelijk worden beoordeeld hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg. Bij die beoordeling kunnen de betrokken vorm van verplichte zorg, de persoon en aandoening van betrokkene, de sociale omgeving, de bekendheid met de reacties van betrokkene, de aanrijtijd van collega-zorgverleners en eventuele andere relevante factoren worden betrokken.

Wederom zal sprake moeten zijn van maatwerk, waarbij de resultaten na overleg als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, van de wet dienen te worden neergelegd in het zorgplan van betrokkene. De norm van verantwoorde zorgverlening, rekening houdend met de veiligheid van betrokkene, de zorgverleners en familie en naasten, is daarbij een vereiste. Het aspect van het aantal noodzakelijke zorgverleners bij de daadwerkelijke uitvoeringshandeling moet worden besproken voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan tijdens het overleg, bedoeld in artikel 5:13, derde lid, van de wet, waarna de conclusie moet worden opgenomen in het zorgplan. Indien de aard van ambulante verplichte zorg daartoe aanleiding geeft, betreft de zorgverantwoordelijke tevens deskundigen van andere disciplines (zie artikel 2.2, tweede lid).

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat het uiteraard ook mogelijk is dat betrokkene pas een tijd na de uitvoeringshandeling zodanig verzet toont dat dit gevolgen kan hebben voor de veiligheid (bijvoorbeeld een onverwachte bijwerking van toegediende medicatie of als uitvloeisel van een psychose). Dit is echter een aspect dat meegenomen zal moeten worden bij de beoordeling van het vereiste toezicht (onderdeel a).

Bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel is dit onderdeel niet van toepassing. Zie de toelichting bij artikel 2.3.

Onderdeel c

Op grond van artikel 5:14, eerste lid, onderdeel i, van de wet vermeldt het door de zorgverantwoordelijke opgestelde zorgplan de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder het zorgplan en de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid van de verplichte zorg met betrokkene, de vertegenwoordiger, alsmede het familielid of de naaste en de patiëntvertrouwenspersoon worden geëvalueerd en het zorgplan wordt geactualiseerd. De

geneesheer-directeur beoordeelt dit zorgplan (artikel 5:15) en doet een voorstel voor een zorgmachtiging, waarin op grond van artikel 5:17, vierde lid, onderdeel e, van de wet de frequentie waarmee en omstandigheden waaronder de evaluatie en actualisering van het zorgplan wederom wordt meegenomen. Beide stukken worden gevoegd bij het verzoekschrift van de officier van justitie (artikel 5:17, derde lid, onder c, en vierde lid). Het is aan de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur overgelaten qua evaluatie van het zorgplan maatwerk toe te passen, toegesneden op de behandeling van betrokkene.

Uit het voorafgaand aan het opstellen van deze amvb gevoerde informele overleg met verschillende personen werkzaam op het terrein van verplichte zorg is echter gebleken dat het van belang is dat in geval van verplichte zorg evaluatie op korte termijn plaatsvindt. Bij die evaluatie dient onder meer te worden gezien of de verplichte zorg kan worden afgebouwd. Dit overleg is met name van belang na verplichte zorg in de ambulante setting, waarin, 'even sparren met een collega' minder voor de hand ligt dan binnen een accommodatie. Het is aan de zorgaanbieder om dit overleg te faciliteren. Onderdeel c regelt de uiterste termijn waarbinnen het zorgplan, in aanvulling op de wijze van evaluatie en actualisering van het zorgplan zoals vermeld in het zorgplan zelf en in het voorstel voor een zorgmachtiging van de geneesheer-directeur, moet worden geëvalueerd. Namelijk in elk geval binnen vier weken na aanvang van de uitvoering ervan.

Onderdeel d

De problematiek van personen met een psychische stoornis beperkt zich niet tot kantoortijden. Weliswaar zullen veel uitvoeringshandelingen van verplichte zorg plaatsvinden tijdens reguliere werktijden, maar de gevolgen daarvan en de daarmee verband houdende vragen en verzoeken om hulp van betrokkenen en hun naasten zullen zich op ieder moment van het etmaal voor kunnen doen. Anders dan bij verplichte zorg binnen een accommodatie, zijn in de setting buiten de accommodatie in het algemeen minder zorgverleners aanwezig of direct beschikbaar.

Om die reden is het belangrijk dat de zorgaanbieder er zorg voor draagt dat in geval van verleende ambulante verplichte zorg permanent een deskundige zorgverlener bereikbaar is voor de betrokkene en zijn familie en naasten. Die deskundige zal voorts zo nodig zorg moeten dragen voor ondersteuning op de locatie waar betrokkene zich bevindt. Dit betekent dat een zodanige voorziening moet worden gerealiseerd dat de betrokken zorgverlener daarvoor ofwel zelf beschikbaar is ofwel zo nodig daartoe de hulp van een andere ter zake deskundige zorgverlener in kan roepen. Het wordt aan de zorgaanbieder overgelaten hoe hij dit realiseert. Zo kan een zorgaanbieder bijvoorbeeld een centrale telefonische hulplijn hebben die bemand wordt door een zorgverlener die de deskundigheid heeft om direct advies te verstrekken en/of in te schatten welke zorgverlener (nog meer) moet worden ingeschakeld. Een zorgaanbieder kan een voorziening voor de permanente bereikbaarheid en ondersteuning zelf organiseren, maar kan ook samenwerkingsafspraken maken met andere zorgaanbieders in de regio of aansluiten bij een bestaande infrastructuur als 'front office', mits de deskundigheid op het gebied van verplichte zorg is gewaarborgd. Het resultaat moet zijn dat iedere betrokkene (en zijn familie of naasten) voor verzoeken om hulp naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg altijd een ter zake deskundige zorgverlener kan bereiken en de noodzakelijke ondersteuning krijgt.

De plicht voor zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is, omvat ook de plicht om de relevante contactgegevens van deze zorgverlener aan de betrokkene te verstrekken.

Overigens is de voorwaarde van de permanente bereikbaarheid van en noodzakelijke ondersteuning door een deskundige zorgverlener op het terrein van de verplichte zorg in geval van verleende ambulante verplichte zorg weliswaar geformuleerd als een nieuwe wettelijke eis, maar de noodzaak van het borgen van zodanige bereikbaarheid en ondersteuning onder deze omstandigheden vloeit strikt genomen ook al voort uit de eis dat sprake moet zijn van goede zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wkkgz. Op grond van dat artikel moet goede zorg niet alleen veilig en doelmatig zijn, maar moet de zorg ook cliëntgericht zijn, tijdig worden verleend en zijn afgestemd op de reële behoefte van de betrokkene. Vanwege het verplichte karakter van ambulante verplichte zorg en het belang van permanente bereikbaarheid van en noodzakelijke ondersteuning door een deskundige zorgverlener voor de voortgang van een verantwoorde

ambulante behandeling van betrokkene wordt deze eis echter tevens expliciet vastgelegd in deze amvb.

Onderdeel e

In artikel 2:2 van de wet is reeds bepaald dat een zorgaanbieder die verplichte zorg verleent, zorg moet dragen voor een beleidsplan. In dat plan dient hij vast te leggen wat nodig is voor het verlenen van verplichte zorg overeenkomstig de wet, rekening houdend met in het bijzonder de algemene uitgangspunten zoals opgenomen in artikel 2:1 van de wet. Het gaat om aspecten die van belang zijn voor zowel de verplichte zorg die wordt verleend binnen een accommodatie als de verplichte zorg die wordt verleend buiten een accommodatie. De verplichting om een analyse van deze aspecten vast te leggen in een beleidsplan dwingt de zorgaanbieder om vooraf zorgvuldig over deze zaken na te denken, en biedt de zorgverantwoordelijke en zorgverleners verbonden aan de zorgaanbieder inzicht in de visie van de organisatie op de manier waarop binnen de organisatie wordt omgegaan met verplichte zorg. Waar nodig brengt de zorgaanbieder differentiatie aan tussen de uitvoering van verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging, een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.

Op grond van artikel 2:2, vierde lid, van de wet dient de zorgaanbieder er zorg voor te dragen dat het beleidsplan wordt toegepast bij de voorbereiding, de uitvoering, de evaluatie, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg. Daarnaast mag een zorgaanbieder op grond van de onderhavige bepaling uitsluitend ambulante verplichte zorg verlenen indien de zorgaanbieder tevoren ook heeft voldaan aan de in het onderhavige onderdeel e gestelde aanvullende eisen ten aanzien van het beleidsplan.

De IGZ kan in het kader van het toezicht op de naleving van de wet het beleidsplan opvragen en beoordelen of voldaan wordt aan de aan het beleidsplan gestelde eisen.

In het onderstaande wordt ingegaan op de verschillende eisen.

Onderdeel e, onder 1°

Een belangrijk voordeel van het verlenen van verplichte zorg in de ambulante setting kan zijn dat opname in een accommodatie daarmee wordt voorkomen. Het voorkomen van een opname in een accommodatie is echter geen doel op zich. Het gaat erom wat het beste is voor betrokkene. Daarnaast moeten ook de belangen van de relevante familie en naasten van betrokkene bij de keuze worden betrokken.

Vaak zal het voor betrokkene het beste zijn om in zijn eigen vertrouwde omgeving te blijven. Er zijn echter ook situaties waarin opname in een accommodatie beter is voor betrokkene, bijvoorbeeld omdat een belangrijk deel van de verplichte zorg dan (sneller) kan worden afgebouwd. Ook kan het zijn dat de ambulante verplichte zorg die aan betrokkene wordt verleend, ernstige nadelige gevolgen voor zijn familie of naasten met zich brengt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als cameratoezicht nodig is of andere vormen van zorgdomotica worden toegepast, waarmee de privacy van familie of naasten in het geding raken. Dit zijn slechts enkele factoren die een rol zouden kunnen spelen bij de beoordeling of ambulante verplichte zorg al dan niet de voorkeur heeft boven een opname in een accommodatie. De zorgaanbieder zal in zijn beleidsplan moeten vastleggen welke factoren in ieder geval bij deze beoordeling moeten worden meegewogen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het rekening houden met de voorkeur van de betrokkene. Met deze factoren zal bij het opnemen van verplichte zorg in het zorgplan rekening moeten worden gehouden.

Onderdeel e, onder 2°

Het wordt van groot belang geoordeeld dat de zorgaanbieder in geval van ambulante verplichte zorg tevoren zorgvuldig nadenkt over de wijze waarop door middel van toezicht de veiligheid op voldoende wijze kan worden geborgd, en dit vastlegt in zijn beleidsplan. Ook wat betreft toezicht geldt de eis van proportionaliteit. Zo kan een sensor die onverwachte bewegingen registreert de

voorkeur hebben boven 24-uurs-cameratoezicht, maar zal bijvoorbeeld bij sommige vormen van beperking van de bewegingsvrijheid fysieke aanwezigheid van een zorgverlener nodig zijn. Dit is aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan daarbij rekening houden met onder meer zijn cliëntenpopulatie, de sociale omgeving, de verschillende subvormen van zorg, nieuwe ontwikkelingen en andere relevante factoren. Het resultaat zal moeten zijn dat de veiligheid voldoende wordt geborgd.

De zorgaanbieder dient er zorg voor te dragen dat het beleidsplan wordt toegepast bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van verplichte zorg (artikel 2:2, vierde lid, van de wet). De op de persoon van betrokkene toegesneden uitwerking hiervan dient op grond van het bepaalde in het eerste lid, onderdeel a, vervolgens door de zorgverantwoordelijke in het zorgplan opgenomen te worden, dat weer de basis vormt van een verzoekschrift tot een zorgmachtiging. Zie de toelichting bij onderdeel a.

Onderdeel e, onder 3°

Het is van belang dat de zorgaanbieder tevoren in zijn beleidsplan vastlegt welke factoren in ieder geval moeten worden meegewogen bij de beoordeling van het aantal noodzakelijke zorgverleners in geval van ambulante verplichte zorg. De op de persoon van betrokkene toegesneden uitwerking hiervan dient op grond van het bepaalde in het eerste lid, onderdeel b, vervolgens door de zorgverantwoordelijke in het zorgplan opgenomen te worden, dat weer de basis vormt van een verzoekschrift tot een zorgmachtiging. Zie de toelichting bij onderdeel b.

Onderdeel e, onder 4°

Overwogen is om ambulante verplichte zorg niet mogelijk te maken in geval van fysiek verzet. Dit met name omdat dwang buiten de accommodatie (en met name in de eigen woning) inbreuk maakt op het veilige gevoel van betrokkene in zijn eigen woonomgeving. Hier is om meerdere redenen van afgezien. Een van deze redenen is dat er zeer veel verschillende vormen van fysiek verzet mogelijk zijn die lastig op objectieve wijze zijn te onderscheiden. Een enkel afwerende armbeweging richting de zorgverlener hoeft bijvoorbeeld niet tot escalatie te leiden. Als het hierbij blijft en om reden van dit 'fysiek verzet' overgegaan zo moeten worden tot opname in een accommodatie kan dat buitenproportioneel zijn en zal dit veelal niet in het voordeel van betrokkene geacht kunnen worden. Voorts moet bedacht worden dat, ook als sprake is van steviger fysiek verzet, het overbrengen naar een accommodatie in feite twee 'gevechten' in plaats van één kan opleveren, namelijk eerst bij het vervoer met mogelijk medewerking van de politie en ambulancepersoneel, en vervolgens bij het alsnog in de accommodatie toepassen van de verplichte zorg. Ook in dat geval kan het veilige gevoel van betrokkene dus worden aangetast. Tot slot wordt erop gewezen dat ook binnen een accommodatie betrokkenen zich thuis en veilig kunnen voelen en er in dat aspect dan ook vaak geen verschil is met het gevoel van een betrokkene buiten de accommodatie.

Dit wil overigens niet zeggen dat er geen grenzen zijn bij ambulante verplichte zorg in het geval van fysiek verzet. Beoordeeld zal moeten worden hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet. Het is van belang dat iedere zorgaanbieder hier tevoren over nadent, uitgaand van zijn eigen patiëntenpopulatie, en dit vastlegt in zijn beleidsplan (onderdeel e, onder 4°). Hierbij zullen meerdere aspecten aan de orde kunnen komen. Gedacht kan worden aan zaken als manieren om te de-escaleren, wanneer de hulp van collega's moet worden ingeschakeld (bijvoorbeeld een gedragsdeskundige), de benodigde deskundigheid en ervaring van het personeel in het omgaan met agressie, hoe de veiligheid van betrokkene en zorgverleners kan worden geborgd en wanneer het verlenen van gedwongen zorg, gezien de mate van verzet, niet verantwoord is en opname van betrokkene om die reden de voorkeur heeft. Het is aan de zorgaanbieder hier nader invulling aan te geven, mede rekening houdend met zijn eigen patiëntenpopulatie. In het kader van het toezicht kan de IGZ beoordelen of hetgeen door de

zorgaanbieder ter zake in het beleidsplan is vastgelegd redelijkerwijs kan leiden tot het op verantwoorde wijze omgaan met fysiek verzet.

Onderdeel e, onder 5°

Op grond van het eerste lid, onderdeel d, moet de zorgaanbieder permanente bereikbaarheid realiseren voor verzoeken om hulp van betrokkenen aan wie verplichte zorg is verleend en hun naasten, alsmede de in dat kader noodzakelijke ondersteuning. De zorgaanbieder zal hiervoor samenwerkingsafspraken moeten maken of andere voorzieningen moeten treffen. Hoe de zorgaanbieder deze bereikbaarheid en ondersteuning borgt (dus de samenwerkingsafspraken of andere voorzieningen), moet in het beleidsplan worden vastgelegd. Onder het borgen van de bereikbaarheid valt ook het zorg dragen dat de betrokkene op de hoogte is met wie zo nodig contact kan worden opgenomen. In het beleidsplan zal moeten worden neergelegd hoe hierin wordt voorzien.

Onderdeel e, onder 6°

In een setting binnen een accommodatie zullen in beginsel meerdere zorgverleners aanwezig zijn. In geval van verplichte zorg buiten de accommodatie is het echter voorstelbaar dat naast de zorgverlener en betrokkene geen andere personen aanwezig zijn. Dit zal in het algemeen niet bezwaarlijk zijn, uitgaande van de professionele houding van de zorgverleners. Gezien het feit dat sprake is van verplichte zorg waarbij bovendien vaak sprake is van een één-op-één zorgrelatie, is het desondanks van belang dat een waarborg wordt ingebouwd, gericht op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. Om die reden is in onderdeel e, onder 6°, bepaald dat in het beleidsplan moet zijn vastgelegd op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

Tweede lid

Op grond van het eerste lid, onderdelen a en b, moet in geval van ambulante verplichte zorg in elk geval overleg plaatsvinden met ten minste een andere deskundige die behoort tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie. Het kan echter zijn dat de aard van de verplichte zorg die in de ambulante setting wordt verleend, met zich meebrengt dat ook met andere disciplines overleg moet worden gevoerd. Het onderhavige artikellid verplicht ertoe in dat geval ook deskundigen van die andere disciplines bij dat overleg te betrekken.

Artikel 2.3

Bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel geldt een andere procedure dan bij verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging. Gegeven het spoedeisend karakter van deze maatregelen is geen sprake van een zorgplan dat vooraf door de zorgverantwoordelijke wordt opgesteld. Om die reden zijn het eerste lid, onderdelen a en b, van dit artikel niet van toepassing in geval van verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel. Aanknopingspunt vormt in plaats daarvan het beleidsplan, waarin de zorgaanbieder waar nodig differentiatie aanbrengt tussen de uitvoering van verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging, een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (zie de toelichting bij artikel 2.2, eerste lid, onderdeel e). Zodoende is geborgd dat de zorgverantwoordelijke bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel kan teruggrijpen op hetgeen de zorgaanbieder vooraf hierover heeft vastgelegd.

Aangezien het eerste lid, onderdeel c, ziet op evaluatie van het zorgplan, is ook dit onderdeel niet van toepassing in geval van ambulante verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.

Artikel 3.1

Het eerste lid van artikel 3.1 sluit aan bij artikel 5(1) onder e en f van de AVG, waarin is geregeld dat passende technische of organisatorische maatregelen moeten worden genomen zodat de

gegevensverwerking is beschermd tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging. Soortgelijke voorwaarden staan eveneens in het huidige artikel 13 Wbp. Het voorgestelde artikel 3.1, eerste lid, van onderhavig besluit biedt het uitgangspunt voor het tweede lid, waarin wordt geregeld wat ten minste van de verwerkingsverantwoordelijke wordt verwacht om te voldoen aan de eisen uit het eerste lid. De term voorzieningen dient breed te worden opgevat en omvat maatregelen, praktische handelingen en procedures.

Het derde lid eist dat verwerkingsverantwoordelijken gegevensverwerkingen zodanig inrichten dat die verwerkingsverantwoordelijken kunnen voldoen aan de verplichtingen tot het verstrekken van gegevens die volgen uit de Wvggz. Het verstrekken van gegevens omvat het bekend maken door middel van doorzending, verspreiden of het op andere wijze en het ter beschikking stellen van gegevens, naar analogie van de definitie van het verwerken van persoonsgegevens in artikel 4 (2) van de AVG (en de definitie van het verstrekken van persoonsgegevens (en de definitie van verstrekken van persoonsgegevens in artikel 1, onderdeel n, van de Wbp. Voor de duidelijkheid: in dit lid wordt gesproken van 'gegevens'. Dat is dus ruimer dan 'persoonsgegevens' en omvat daarmee ook de in artikel 8:25 van de wet bedoelde analyse, die aan de IGZ moet worden gestuurd.

Wat betreft de 'tijdigheid': de Wvggz stelt niet steeds concrete termijnen, maar vanwege het doel van de verstrekking – beslissen over gedwongen zorg t.a.v. een persoon voor wie ernstig nadeel dreigt – zal verstrekking op zo kort mogelijke termijn vaak nodig zijn. Het is dus van belang dat de inrichting van alle gegevensverwerkingen zodanig is dat de termijnen waar nodig zo kort mogelijk kunnen zijn.

In het vierde lid wordt de mogelijkheid gegeven om nadere regels te stellen over de uitvoering van de eerste drie leden. Daarbij is het mogelijk te differentiëren naar onder meer verschillende gegevensverwerkingen (bijvoorbeeld toegespitst op bepaalde gegevensstromen of verwerkingsverantwoordelijken). Gedacht kan worden aan de eis dat een bij die regeling aangewezen gegevensverwerking dient te voldoen aan een bij diezelfde regeling aangewezen NEN-norm dan wel dat een gegevensverwerking met het oog op tijdige en doelmatige verstrekking, op digitale wijze moet plaatsvinden.

Artikel 3.2

Eerste en tweede lid

In artikel 8:24, eerste lid, van de wet zijn gegevens opgesomd die de zorgaanbieder beschikbaar moet houden ten behoeve van het de uitvoering van de wet en het toezicht door de IGZ. Volgens het tweede lid van artikel 8:24 van de wet moet de zorgaanbieder ten minste eens per zes maanden een digitaal overzicht van die gegevens aan de IGZ verstrekken. Bij of krachtens amvb kan worden bepaald dat deze gegevens in plaats van aan de IGZ bij een door de minister aan te wijzen instantie worden aangeleverd. Daarnaast kunnen bij of krachtens amvb regels worden gesteld over de wijze van verstrekken.

In het eerste en tweede lid wordt invulling gegeven aan de in artikel 8:24, tweede lid, van de wet beschreven constructie waarin door de minister een derde instantie wordt aangewezen waaraan de betrokken overzichten worden verstrekt en die de overzichten vervolgens verwerkt. Er wordt bepaald dat de overzichten door de zorgaanbieders digitaal verstrekt moeten worden. Voorts wordt geregeld dat de overzichten verstrekt dienen te worden via een format dat bij ministeriële regeling wordt vastgesteld. Door dit format wordt bewerkstelligd dat alle zorgaanbieders op uniforme wijze gegevens aanleveren. Met deze uniforme wijze van aanleveren kan de aan te wijzen derde partij vervolgens voor de IGZ bruikbare overzichten maken.

De IGZ heeft de aan te leveren gegevens nodig voor het risicogestuurde toezicht. Met alleen overzichten die aangeleverd worden door iedere zorgaanbieder, heeft de IGZ onvoldoende informatie om dit risicogestuurde toezicht vorm te geven. Het doel is dat de overzichten door de aan te wijzen derde instantie worden verwerkt tot geaggregeerde overzichten, niet alleen per zorgaanbieder maar ook bijvoorbeeld per categorieën van zorgaanbieders en per regio. Op die manier kunnen de gegevens goed benut worden voor risicogestuurde toezicht. Bij ministeriële regeling zal worden geregeld hoe de geaggregeerde overzichten eruit moeten zien en zal ook worden bepaald voor welke categorieën van zorgaanbieders aparte overzichten zullen moeten worden gemaakt.

Persoonsgegevens

Afhankelijk van de wijze waarop de in artikel 8:24, tweede lid, Wvvggz bedoelde overzichten tot stand worden gebracht, kunnen de overzichten bijzondere persoonsgegevens bevatten. Uiteraard heeft het uit een oogpunt van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer de voorkeur dat de overzichten geen (bijzondere) persoonsgegevens bevatten. Omdat nog niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat het mogelijk is de overzichten zodanig tot stand te brengen dat geen sprake is van (bijzondere) persoonsgegevens, wordt er in deze nota van uitgegaan dat wel (bijzondere) persoonsgegevens zullen worden verwerkt. Hieronder wordt daarom het inschakelen van een derde instantie voor het ontvangen en verwerken van de overzichten getoetst aan artikel 8 van het EVRM, de Grondwet en de Wbp/AVG

EVRM

In artikel 3:2 van het onderhavige besluit wordt bepaald dat de in artikel 8:24, tweede lid, van de wet bedoelde overzichten niet aan de IGZ moeten worden gezonden maar aan een door de minister daartoe aangewezen instantie die de in die overzichten opgenomen gegevens vervolgens verwerkt. Het doel is dat de overzichten door die derde instantie worden verwerkt tot geaggregeerde overzichten, niet alleen per zorgaanbieder maar ook bijvoorbeeld per categorieën van zorgaanbieders en per regio. De gegevens die de zorgaanbieders daarvoor aan de derde instantie moeten aanleveren zullen goed vergelijkbaar moeten zijn; om die reden zal bij ministeriële regeling een format worden vastgesteld dat door alle zorgaanbieder moet worden gebruikt voor het aanleveren van de gegevens.

Ervan uitgaand dat de in de overzichten opgenomen overzichten (bijzondere) persoonsgegevens kunnen inhouden, wordt de keuze om deze in de wet voorgeschreven overzichten te laten aanleveren aan een derde instantie en ook door die derde instantie te laten verwerken, getoetst aan artikel 8, eerste lid, van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Dat artikel bepaalt dat een ieder recht heeft op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie. Het tweede lid van artikel 8 EVRM stelt dat beperking van dit recht op respect voor de persoonlijke levenssfeer alleen is toegestaan voor zover die:

- a) bij wet is voorzien,
- b) noodzakelijk is in een democratische samenleving en
- c) een geoorloofd, expliciet genoemd doel dient.

a) Bij de wet voorzien

Met het bepaalde in artikel 8:24 Wvvggz, juncto artikel 3:2 van dit besluit alsmede de daarop te baseren ministeriële regeling wordt aan deze voorwaarde voldaan. Artikel 8 EVRM en de daarop gebaseerde jurisprudentie stellen ook eisen aan de kwaliteit van de wettelijke regeling. Deze houden in dat de wettelijke regeling voor de burger voldoende toegankelijk en kenbaar moet zijn. De regeling moet voldoende precies zijn geformuleerd, zodat de burger vooraf kan weten onder welke omstandigheden en voorwaarden persoonsgegevens mogen worden verwerkt. De regeling moet bovendien waarborgen bieden tegen willekeurige inmenging van de overheid in het persoonlijke leven van de burger en tegen misbruik van bevoegdheid. Dit betekent dat de wet moet omschrijven in welke gevallen en voor welke doelen persoonsgegevens verwerkt mogen worden. Artikel 8:24, tweede lid, van de wet en de uitwerking daarvan in artikel 3.2 van dit besluit geven duidelijk aan voor welk doel de gegevens moeten worden verstrekt en mogen worden verwerkt. Dit doel is uitdrukkelijk bepaald in artikel 3.2, eerste lid, van dit besluit en is het risicogestuurde toezicht door de IGZ. Voorts zullen de in artikel 8:24, tweede lid, Wvvggz bedoelde overzichten uitsluitend de gegevens, bedoeld in het eerste lid van dat artikel mogen betreffen. Bij ministeriële regeling zal voorts een format worden vastgesteld, waarin exact wordt vastgelegd welke gegevens de zorgaanbieder ten behoeve van de toezicht moet verstrekken aan de door de minister aangewezen instantie. Op die wijze is voor een ieder inzichtelijk welke gegevens zullen worden verstrekt. Op grond van artikel 3.2, tweede lid, van dit besluit zal bij ministeriële regeling worden bepaald op welke wijze de in de overzichten opgenomen gegevens moeten worden verwerkt tot de voor het risicogestuurde toezicht noodzakelijke geaggregeerde overzichten. Ook zal in de ministeriële regeling worden bepaald binnen welke termijn de door de zorgaanbieder verstrekte gegevens door de aangewezen instantie moeten worden vernietigd (artikel 3.2, derde lid). Gezien artikel 17 AVG (artikel 10 Wbp) zullen onder andere persoonsgegevens gewist moeten worden zodra de persoonsgegevens niet meer noodzakelijk zijn voor het doel waarvoor zij zijn verstrekt. De in de ministeriële regeling op te nemen termijn zal hier uiteraard bij aansluiten.

b) Noodzakelijk in een democratische samenleving

Het begrip «noodzaak» vervult in het EVRM een belangrijke functie waar het gaat om de begrenzing van de kernbevoegdheden tot het verwerken, machtigen en verstrekken van gegevens. Het noodzaakcriterium wordt in de jurisprudentie van het Europese Hof voor de rechten van de mens (EHRM) nader ingevuld met de vereisten van een dringende maatschappelijke behoefte, proportionaliteit en subsidiariteit. Hieronder wordt aan deze vereisten getoetst.

– Er is sprake van een dringende maatschappelijke behoefte

De Wvggz bevat regels over het verlenen van verplichte zorg. Voor een goede naleving van deze wet is het noodzakelijk dat de IGZ op toereikende en doeltreffende wijze toezicht kan houden op de uitvoering van de wet en de daarop gebaseerde bepalingen. De IGZ zal in ieder geval toezicht houden op basis van een signaal of melding over een individuele casus of over een specifieke zorgaanbieder. Naast het toezicht naar aanleiding van signalen en meldingen over een individuele casus of een specifieke zorgaanbieder (incidententoezicht), houdt de IGZ ook risicogestuurd toezicht, waarbij proactief risico's in kwaliteit en veiligheid worden gedetecteerd.

In dit kader is van belang dat de IGZ naar verwachting van heel veel zorgaanbieders overzichten zal ontvangen die bovendien betrekking zullen hebben op veel meer dwangvormen dan onder de Wbopz. Tevens is van belang dat de IGZ zowel overzichten zal ontvangen op grond van de Wvggz als op grond van de Wzd (artikel 17, tweede lid, Wzd). Verder zal ook de ambulante gedwongen zorg onder de beide wetten komen te vallen, terwijl de begrippen 'verplichte zorg' en 'onvrijwillige zorg' breder zijn gedefinieerd dan de vormen van gedwongen zorg die onder het bereik van de Wbopz vallen. Het toezichtbereik van de IGZ zal hierdoor aanzienlijk worden uitgebreid, terwijl ook de te ontvangen informatie fors zal toenemen. Het is noodzakelijk dat de IGZ wat betreft het toezicht op de gedwongen zorg, haar capaciteit volledig inzet op haar primaire taak, namelijk het houden van toezicht en de handhaving ter zake en niet mede op het ontvangen van overzichten en het bewerken van die overzichten. Het verwerken van dergelijke hoeveelheden informatie vereist capaciteit en specifieke deskundigheid. Het is van groot belang dat een derde instantie hierin een faciliterende rol vervult. Om die reden is het noodzakelijk gebruik te maken van de in artikel 8:24, tweede lid, van de wet opgenomen grondslag om een derde instantie aan te wijzen waaraan de zorgaanbieders de betrokken overzichten moeten verstrekken, welke instantie vervolgens de overzichten verwerkt tot overzichten die door de IGZ direct gebruikt kunnen worden voor het risicogestuurde toezicht. Dit stelt de IGZ in staat om snel en doeltreffend risicogestuurd toezicht te houden. Het aanwijzen van een derde instantie voldoet daarmee aan een dringende maatschappelijke behoefte.

– De regeling voldoet aan de eis van proportionaliteit

Het proportionaliteitsbeginsel houdt in dat de inbreuk op de belangen van de betrokkene door het verwerken van diens persoonsgegevens niet onevenredig mag zijn in verhouding tot het met de verwerking te dienen doel. Dit betekent dat er een redelijke verhouding moet bestaan tussen de zwaarte van de inmenging in de persoonlijke levenssfeer en het gewicht van het belang dat met de inmenging wordt gediend. Het belang van het aanwijzen van een derde instantie is dat dat noodzakelijk is om te borgen dat de IGZ op toereikende en doeltreffende wijze (risicogestuurd) toezicht kan houden.

De inbreuk die hiervoor worden gemaakt op de belangen van de betrokkene is relatief gering. De gegevens die aan de door de minister aangewezen instantie moeten worden verstrekt, zouden hoe dan ook moeten worden verstrekt ten behoeve van het door de IGZ te houden toezicht. Op grond van artikel 3.2 van dit besluit dienen ze niet te worden verstrekt aan de IGZ, maar aan een door de minister aangewezen derde instantie. Een zodanige instantie zal alle noodzakelijke technische en organisatorische voorzieningen moeten treffen om de gegevens onder meer te beveiligen tegen verlies of aantasting en onbevoegde kennisneming en verstrekking. Dit is geregeld in artikel 3.1, eerste lid, van dit besluit. Een en ander is voorts nader uitgewerkt in artikel 3.1, tweede lid, waarin is bepaald wat zodanige voorzieningen in elk geval dienen in te houden. Dit moeten onder meer voorzieningen zijn met betrekking tot het personeel, voorzieningen met betrekking tot het beheer van de gegevens, waaronder voorzieningen gericht op de technische beveiliging tegen onbevoegde digitale toegang, alsmede voorzieningen voor het geval de geheimhouding van de vermelde gegevens is geschaad. Ook zal bij ministeriële regeling worden bepaald binnen welke termijn de door de zorgaanbieder verstrekte gegevens door de aangewezen instantie moeten worden vernietigd (artikel 3.2, derde lid). Voorts heeft de derde instantie een geheimhoudingsplicht op grond van artikel 2:5 van de Awb (overtreding daarvan kan op grond van artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht worden gesanctioneerd met een gevangenisstraf of boete). Daarnaast mag de aan te wijzen instantie de betreffende gegevens alleen gebruiken voor de in de wet en dit besluit beschreven doel. Mede gezien de door de betrokken instantie op grond van artikel 3.1 van het besluit te treffen voorzieningen en de voor die instantie geldende geheimhoudingsplicht, staat

de inmenging in het privéleven van betrokkene in een redelijke verhouding tot het zwaarwegende doel van de verwerking, te weten het in staat stellen van de IGZ om op toereikende en doeltreffende wijze risicogestuurd toezicht te houden op de naleving van de bepalingen van de Wvvgz.

– Er wordt voldaan aan de eis van subsidiariteit

Dit houdt in dat het doel waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt in redelijkheid niet op een andere, voor de bij de verwerking van persoonsgegevens betrokkene minder nadelige wijze kan worden verwezenlijkt. Zoals in het vorenstaande is opgemerkt, is het in verband met de forse uitbreiding van het toezichtbereik van de IGZ alsmede de grote toename van de te ontvangen informatie over gedwongen zorg, noodzakelijk dat de IGZ haar capaciteit volledig inzet op het houden van toezicht en handhaving van de Wzd en de Wvvgz, en dat het ontvangen van overzichten alsmede het bewerken daarvan door een andere instantie plaatsvindt. Er is op dit moment geen minder ingrijpende manier om een toereikend en doeltreffend risicogestuurd toezicht te bewerkstelligen. Ook een constructie waarin de overzichten eerst naar de IGZ worden gestuurd en vervolgens door de IGZ worden doorgestuurd naar de andere instantie, wordt niet gezien als een minder ingrijpende manier, aangezien ook in dat geval dezelfde gegevens naar de derde instantie worden gezonden en door die derde instantie moeten worden verwerkt. Sterker nog, in dat geval is een extra gegevensverwerking nodig, waardoor de kans op fouten toeneemt en de veiligheid afneemt. Daarbij zorgt deze constructie enkel voor meer lasten voor de IGZ, terwijl geen sprake is van een geringere inmenging in het privéleven.

c) Een geoorloofd, expliciet doel

Artikel 8, tweede lid, van het EVRM, stelt als legitimiteitscriterium dat een inmenging in het privéleven uitsluitend mag geschieden binnen de kaders van de limitatief in artikel 8, tweede lid, van het EVRM, opgesomde belangen. Onder deze belangen vallen onder meer de bescherming van de gezondheid. Het toepassing geven aan de in artikel 8:24, tweede lid, van de wet opgenomen mogelijkheid om een instantie aan te wijzen voor het ontvangen en bewerken van de in dat artikellid bedoelde overzichten is noodzakelijk voor het op toereikende en doeltreffende wijze (risicogestuurd) toezicht houden door de IGZ op de naleving van de bij of krachtens de Wvvgz gestelde bepalingen. Dit toezicht is van groot belang voor de bescherming van de gezondheid van degenen die onder de reikwijdte van deze wet vallen. Artikel 3.2 van dit besluit heeft dus een legitiem doel in de zin van artikel 8, tweede lid, van de EVRM.

Grondwet en AVG

De verwerking van persoonsgegevens kan een onaanvaardbare inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen met zich meebrengen. In artikel 10 van de Grondwet is uitdrukkelijk bepaald dat de wet regels moet stellen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in verband met het vastleggen en verstrekken van persoonsgegevens. Daarnaast kent de AVG regels over de verwerking van persoonsgegevens in verband met de bescherming van natuurlijke personen. De AVG bevat algemene normen voor een zorgvuldige verwerking van persoonsgegevens. Zo moeten persoonsgegevens worden verwerkt op een wijze die ten aanzien van de betrokkene rechtmatig, behoorlijk en transparant is.

In artikel 6 van de AVG is een limitatieve opsomming opgenomen van de gronden die verwerking van persoonsgegevens rechtvaardigen. Verwerking van persoonsgegevens is onder meer mogelijk indien de betrokkene daarvoor zijn ondubbelzinnige toestemming heeft verleend. Er kan niet van worden uitgegaan dat personen aan wie gedwongen zorg wordt verleend - ondubbelzinnig - toestemming zullen verlenen om die gegevens te verstrekken. De betrokken personen zijn op dat moment ook vaak wilsonbekwaam. Gezien het grote belang van het toezicht door de IGZ, zal dan ook een andere rechtvaardiging nodig zijn. Die rechtvaardiging kan worden gevonden in artikel 6 (1) onder e; de gegevensverwerking is noodzakelijk voor de goede vervulling van een taak van algemeen belang. Zoals reeds is opgemerkt in de toets aan het EVRM is het voor de goede vervulling van de toezichthoudende taak van de IGZ van groot belang dat de betrokken overzichten worden verstrekt aan en verwerkt door een door de minister daartoe aangewezen instantie.

Indien de in de betrokken overzichten herleidbaar zijn tot personen en dus persoonsgegevens zijn, zullen dit gezien de in artikel 8:24, eerste lid, van de Wvvgz genoemde gegevens, bijzondere categorieën van persoonsgegevens zijn. Aan het verwerken van zodanige gegevens worden in de AVG strenge eisen gesteld. Het zal daarbij gaan om persoonsgegevens betreffende diens gezondheid. In sommige gevallen kan het ook gaan om persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten, namelijk in geval van een beslissing als bedoeld in artikel 8:24, eerste lid, onderdeel m, van de Wvvgz.

Rechtvaardiging voor het verwerken van deze gegevens moet gevonden worden in de artikelen 9 en 10 AVG.

De rechtvaardiging van de verwerking van gegevens over iemands gezondheid wordt gevonden in artikel 9(1), onder g, van de AVG (23, eerste lid, onderdeel f, van de Wbp). Dit houdt in dat de verwerking noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald. De rechtvaardiging van de verwerking van strafrechtelijke gegevens wordt gevonden in artikel 10 AVG (artikel 23, eerste lid, onderdeel f, van de Wbp). In de toets aan het EVRM is gemotiveerd waarom de onderhavige gegevensverwerking noodzakelijk is met het oog op het zwaarwegende algemeen belang van een toereikend en doeltreffend (risicogestuurd) toezicht door de IGZ op de naleving van de Wvggz. De waarborgen die daarbij worden gesteld, zijn hierboven vermeld in het kader van de toets aan de proportionaliteit. Tot slot is onder het kopje 'Bij de wet voorzien' aangegeven dat de gegevensverwerking is gebaseerd op artikel 8:24, tweede lid, van de Wvggz en artikel 3.2 van het onderhavige besluit. Daarbij is ook betoogd dat zal worden geborgd dat de wettelijke regeling omtrent de betrokken gegevensverwerking voor de burger voldoende toegankelijk en kenbaar zal zijn.

Derde lid

Het derde lid regelt dat bij ministeriële regeling regels worden gesteld over de bewaartermijn van de aangeleverde gegevens bij de derde instantie. Omdat de aan te leveren gegevens mede persoonsgegevens kunnen bevatten, mogen de gegevens niet langer worden bewaard dan noodzakelijk voor de doeleinden waarvoor zij zijn verzameld of verwerkt. Door de bij ministeriële regeling te stellen regels zal dit worden geborgd.

Vierde lid

Het vierde lid geeft de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de wijze van verstrekken en de wijze van verwerken van de overzichten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan nadere regels over de wijze waarop de overzichten digitaal verstrekt moeten worden, de momenten waarop de overzichten uiterlijk bij de derde instantie aanwezig moeten zijn, de periode waarop die overzichten betrekking moeten hebben en de frequentie van aanlevering van de overzichten.

Artikel 4.1

Artikel 4.1 wijst, op grond van artikel 9:8, derde lid, de middelen en maatregelen aan die kunnen worden toegepast ter afwending van noodsituaties bij betrokkenen die in een accommodatie verblijven en aan wie tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege of de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd.

Noodsituaties kunnen zich ten aanzien van elke betrokkene, op elk moment en op allerlei manieren voordoen. Zo ook wanneer het gaat om personen die met een strafrechtelijke titel worden geplaatst in een accommodatie. Daarom is het van belang dat alle relevante vormen van verplichte zorg die de wet toestaat in artikel 3:2 tot beschikking van de zorgverlener staan. Dit betekent niet dat alle vormen in elke noodsituatie toegestaan zijn. Zoals in alle gevallen waarbij verplichte zorg wordt toegepast, zijn alle voorwaarden uit de wet van toepassing en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet BIG). Daaronder vallen onder meer de uitgangspunten dat gedwongen zorg proportioneel, doelmatig en veilig moet zijn en alleen dient te worden toegepast als het strikt noodzakelijk is.

Opname in een accommodatie wordt niet genoemd in artikel 4.1; het gaat hier altijd om betrokkenen die al zijn opgenomen.

Artikel 5.1

Artikel 5.1 betreft de samenstelling van de klachtencommissie. In dit artikel is aangesloten bij de eisen van artikel 4, tweede lid, van het Besluit klachtenbehandeling Bopz.

Artikel 5.2

In dit artikel is bepaald dat de klachtencommissie aan de klager een ontvangstbevestiging van de klacht moet sturen, waarin de datum van ontvangst is vermeld. Dit betreft een uitwerking van artikel 10:2, vierde lid, van de wet met betrekking tot de werkwijze van de klachtencommissie. De regel dat de klachtencommissie een ontvangstbevestiging moet sturen heeft twee redenen. In de eerste plaats is het voor de klager van belang om te weten dat een klacht in goede orde is ontvangen en dus door de klachtencommissie in behandeling wordt genomen. Daarnaast is door het vastleggen van de ontvangstdatum duidelijk op welke datum de beslistermijn, bedoeld in artikel 10:5, tweede lid, van de wet, is aangevangen. Deze termijn is immers gekoppeld aan de datum van ontvangst van de klacht. Met een ontvangstbevestiging, waarin de datum van ontvangst wordt vermeld, is het voor de klager duidelijk wanneer hij uiterlijk een beslissing mag verwachten.

Artikel 6.1

Eerste lid

Artikel 11:1, vijfde lid, van de wet biedt de mogelijkheid om nadere regels te stellen met betrekking tot de patiëntenvertrouwenspersoon. Op basis daarvan wordt met dit artikel uitgesloten dat de patiëntenvertrouwenspersoon met meerdere petten op, namelijk tevens als klachtenfunctionaris als bedoeld in artikel 15 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, kan optreden.

De taken en verantwoordelijkheden van de klachtenfunctionaris en de patiëntenvertrouwenspersoon overlappen elkaar gedeeltelijk: beide functionarissen kunnen patiënten op verzoek bijstaan, adviseren en begeleiden bij een klacht. Er bestaat echter ook belangrijke verschillen tussen beide functionarissen. De taken van de patiëntenvertrouwenspersoon zijn volledig gericht op het bieden van partijdige ondersteuning aan de betrokkene en op het opkomen voor diens belangen: de patiëntenvertrouwenspersoon is per definitie partijdig. De klachtenfunctionaris heeft mede tot taak onpartijdig te bemiddelen tussen de klager enerzijds en de zorgaanbieder of medewerker van de zorgaanbieder anderzijds.

Doordat de klachtenfunctionaris niet vanuit zijn functie partijdig is voor betrokkene, zou een klachtenfunctionaris die ook patiëntenvertrouwenspersoon is, bij de betrokkene twijfel kunnen opwekken over de vraag of de patiëntenvertrouwenspersoon zich volledig richt op de (partijdige) ondersteuning van de betrokkene.

Juist bij verplichte zorg, waar er sprake kan zijn van een heftige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer, mag er voor betrokkene en diens vertegenwoordiger immers geen enkele twijfel over bestaan dat degene die betrokkene bijstaat onvoorwaardelijk aan diens kant staat.

Tweede lid

De onafhankelijkheid van de patiëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder wordt daarnaast gewaarborgd door de eis uit het tweede lid dat de patiëntenvertrouwenspersoon niet werkzaam mag zijn voor de zorgaanbieder. Dat houdt in dat hij niet in dienst mag zijn bij de zorgaanbieder en ook niet door deze partijen mag worden ingehuurd, bijvoorbeeld als zzp'er of op detacheringsbasis, terwijl er ook niet anderszins sprake mag zijn van een contractuele relatie tussen de zorgaanbieder en de patiëntenvertrouwenspersoon.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,

Besluit van _____, houdende regels ter uitvoering van de Wet zorg en dwang voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten)

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van _____, gedaan mede namens Onze Minister van Veiligheid en Justitie;

Gelet op de artikelen 2a, eerste lid, 8, vijfde lid, 17, tweede lid, 18c, zesde lid, 21, vierde lid, 54, vierde lid, en 57, vierde lid, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van _____);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van _____, uitgebracht mede namens Onze Minister van Veiligheid en Justitie;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1 BEGRIPSBEPALING

Artikel 1.1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- ambulante onvrijwillige zorg: onvrijwillige zorg, anders dan die in een accommodatie aan een cliënt wordt verleend;
- verwerker: verwerker als bedoeld in artikel 4 (8) van de Algemene verordening gegevensbescherming
- cliëntenvertrouwenspersoon: cliëntenvertrouwenspersoon als bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de wet;
- fixatie: het beperken van de bewegingsmogelijkheden door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van de cliënt.
- klachtencommissie: klachtencommissie als bedoeld in artikel 53 van de wet;
- persoonsgegevens: persoonsgegevens als bedoeld in 4 (1) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- verwerkingsverantwoordelijke: verwerkingsverantwoordelijke als bedoeld in artikel 4 (7) van de Algemene verordening gegevensbescherming
- wet: Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten;
- zorgplan: zorgplan als bedoeld in artikel 7 van de wet.

HOOFDSTUK 2 AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG

Artikel 2.1

Ambulante onvrijwillige zorg omvat het:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid, met uitzondering van fixatie;
- c. uitoefenen van toezicht op de cliënt;
- d. onderzoek aan kleding of lichaam;
- e. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- f. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- g. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- h. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Artikel 2.2

2. Ambulante onvrijwillige zorg kan uitsluitend worden toegepast indien:
- a. in het overleg, bedoeld in artikel 10, derde lid, en, indien van toepassing, 10, tiende lid, van de wet, is besproken op welke wijze toezicht op de cliënt moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen, en in het zorgplan is beschreven op welke wijze dat toezicht wordt gerealiseerd;
 - b. in het overleg, bedoeld in artikel 10, derde lid, en, indien van toepassing, artikel 10, tiende lid, van de wet, is besproken hoeveel zorgverleners op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg aanwezig moeten zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen, en dit aantal is vastgelegd in het zorgplan;
 - c. er permanent een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van de cliënt of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante onvrijwillige zorg, welke zorgverlener zo nodig zorg draagt voor ondersteuning op de locatie waar de cliënt zich bevindt;
 - d. de zorgaanbieder in het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet, heeft vastgelegd:
 - 1° welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling of ambulante onvrijwillige zorg de voorkeur heeft boven opname in een accommodatie, waarbij onder meer rekening wordt gehouden met de belangen van voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten;
 - 2° hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante onvrijwillige zorg op voldoende wijze kan worden geborgd;
 - 3° welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling van het aantal zorgverleners dat met het oog op een verantwoorde zorgverlening aanwezig moet zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg;
 - 4° hoe in geval van ambulante onvrijwillige zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van de cliënt;
 - 5° op welke wijze de permanente bereikbaarheid en ondersteuning, bedoeld in onderdeel c, worden geborgd;
 - 6° op welke wijze in geval van ambulante onvrijwillige wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.
3. In een situatie als bedoeld in artikel 15, eerste lid, van de wet:
- a. is het eerste lid, onderdelen a en b, niet van toepassing;
 - b. wordt uitsluitend ambulante onvrijwillige zorg verleend als de zorgverantwoordelijke in de beslissing, bedoeld in artikel 15, eerste lid, van de wet, heeft vastgesteld:
 - 1° op welke wijze toezicht moet worden gehouden op de cliënt om diens veiligheid voldoende te borgen en hoe dit toezicht plaats moet vinden;
 - 2° hoeveel zorgverleners op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg aanwezig moeten zijn om een verantwoorde zorgverlening te

borgen.

HOOFDSTUK 3 EISEN DESKUNDIGEN

Artikel 3.1

1. De externe deskundige, bedoeld in artikel 11 van de wet, is:
 - a. een arts voor verstandelijk gehandicapten, een psychiater of een gezondheidszorgpsycholoog als het een cliënt betreft met een verstandelijke handicap;
 - b. een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater of een gezondheidszorgpsycholoog als het een cliënt betreft met een psychogeriatrische aandoening.
2. De externe deskundige heeft aantoonbare ervaring in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe de betrokken cliënt behoort.
3. De externe deskundige is niet in dienst van of gedetacheerd bij de zorgaanbieder van de cliënt en is ook niet op andere wijze betrokken bij de behandeling of verzorging van de cliënt.

Artikel 3.2

1. Bij het voorbereiden van het besluit, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de wet, de verzoeken, bedoeld in de artikelen 24, derde lid, 28aa, eerste lid, 28ab, tweede lid, en 37, eerste lid, van de wet en het advies, bedoeld in artikel 28a, tweede lid, onderdeel d, van de wet, is in ieder geval een arts betrokken.
2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de deskundigheid van anderen die zijn betrokken bij de voorbereiding van een besluit, verzoek of advies als bedoeld in het eerste lid.

HOOFDSTUK 4 GEGEVENSVERWERKING

Artikel 4.1

1. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet treft de nodige voorzieningen van technische en organisatorische aard teneinde te borgen dat persoonsgegevens zijn beveiligd tegen:
 - a. verlies of aantasting;
 - b. onbevoegde kennisneming, opneming, wijziging, verwijdering of verstrekking.
2. De voorzieningen, bedoeld in het eerste lid, omvatten ten minste:
 - a. voorzieningen met betrekking tot personen die werkzaam zijn voor de verwerkingsverantwoordelijke of de verwerker;
 - b. voorzieningen met betrekking tot het beheer van de gegevens, waaronder voorzieningen gericht op de technische beveiliging tegen onbevoegde digitale toegang tot de persoonsgegevens in geval van digitale gegevensverwerking;
 - c. voorzieningen voor het geval de geheimhouding van de vermelde gegevens is geschaad;
 - d. voorzieningen ter voorkoming van calamiteiten en het afhandelen daarvan;
 - e. voorzieningen gericht op het veilig verstrekken van persoonsgegevens.
3. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet draagt zorg voor een zodanige inrichting van die gegevensverwerking dat wordt geborgd dat de verstrekking van gegevens die voortvloeit uit de wet doelmatig en tijdig plaats kan vinden en dat de te verstrekken gegevens actueel, juist en volledig zijn.
4. Over de uitvoering van het eerste, tweede of derde lid, kunnen bij regeling van Onze Minister nadere regels worden gesteld.
5. Bij regeling van Onze Minister worden gegevensverwerkingen aangewezen die moeten voldoen aan bij die regeling omschreven technische standaarden.
6. Aan het bepaalde in het eerste en tweede lid, en het bepaalde krachtens het vierde lid en vijfde wordt tevens uitvoering gegeven door een verwerker die ten behoeve van de verwerkingsverantwoordelijke de betrokken gegevens bewerkt.

Artikel 4.2

5. De zorgaanbieder verstrekt het overzicht, bedoeld in artikel 17, tweede lid, van de wet ten behoeve van het risicogestuurd toezicht door de inspectie aan een door Onze Minister aan te wijzen instantie op digitale wijze en met gebruikmaking van een bij ministeriële regeling daartoe vastgesteld format.

6. De door Onze Minister aan te wijzen instantie verwerkt de door de zorgaanbieders verstrekte overzichten op een bij ministeriële regeling bepaalde wijze tot geaggregeerde overzichten op basis waarvan de toepassing van onvrijwillige zorg per zorgaanbieder en per bij ministeriële regeling aangewezen categorieën van zorgaanbieders alsmede voor het gehele veld van zorgaanbieders voor de inspectie inzichtelijk is.
7. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de termijn waarbinnen de door Onze Minister aangewezen instantie de door de zorgaanbieder verstrekte overzichten vernietigt.
8. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de wijze van verstrekken en de wijze van verwerken van de in artikel 17, tweede lid, van de wet bedoelde overzichten.

HOOFDSTUK 5 SAMENSTELLING EN WERKWIJZE VAN DE KLACHTENCOMMISSIE

Artikel 5.1

In een klachtencommissie hebben in ieder geval zitting een jurist alsmede:

- a. een orthopedagoog of een arts voor verstandelijk gehandicapten als het een cliënt betreft met een verstandelijke handicap;
- b. een specialist ouderengeneeskunde als het een cliënt betreft met een psychogeriatrische aandoening.

Artikel 5.2

De klachtencommissie zendt de klager een bewijs van ontvangst van de klacht, waarin de datum van ontvangst is vermeld.

HOOFDSTUK 6 CLIËNTENVERTROUWENSPERSOON

Artikel 6.1

De cliëntenvertrouwenspersoon heeft aantoonbare ervaring met het verrichten van werkzaamheden die kennis vereisen van:

- a. de specifieke zorgbehoeften van cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening;
- b. het toepassen van methoden voor vraag- en probleemherkenning bij cliënten als bedoeld onder a, en
- c. de rechten van personen aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend.

Artikel 6.2

1. De cliëntenvertrouwenspersoon is niet tevens door de zorgaanbieder aangewezen op grond van artikel 15 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
2. De cliëntenvertrouwenspersoon is niet werkzaam voor de zorgaanbieder of het CIZ.

Artikel 6.3

De cliëntenvertrouwenspersoon geeft voorlichting aan de cliënten en hun vertegenwoordigers en aan de medewerkers van de zorgaanbieder over de aard en uitvoering van zijn taken op grond van artikel 57 van de wet.

HOOFDSTUK 7 SLOTBEPALINGEN

Artikel 7.1

De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 7.2

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

Concept Byggz Bzd Bfz
december 2017 tbv internetconsultatie

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen deel

De Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wzd) regelt de procedure ten aanzien van de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van onvrijwillige zorg, de onvrijwillige opname en verblijf, alsmede de rechtspositie van de cliënt. Voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening is de Wzd de opvolger van Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wbopz). De Wzd stelt de behandeling van de cliënt centraal en niet langer zijn gedwongen opname. Onvrijwillige zorg is daarmee niet langer gekoppeld aan een gedwongen opname en kan ook buiten een accommodatie worden toegepast.

De Wzd bevat een aantal delegatiegrondslagen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) nadere regels te stellen. Dit besluit, het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: 'het besluit'), bevat nadere regels die op grond van de wet bij amvb moeten – en deels mogen – worden gesteld. Het betreft regels over ambulante onvrijwillige zorg, eisen ten aanzien van deskundigen, gegevensverwerking, de klachtencommissie en de cliëntenvertrouwenspersoon. Ten behoeve van de overzichtelijkheid en toegankelijkheid zijn alle bij amvb te stellen nadere regels ondergebracht in één besluit. Omdat het onderwerp van ambulante onvrijwillige zorg van de genoemde onderwerpen de meest ingrijpende is, wordt in het algemeen deel van deze toelichting met name daarop ingegaan. De overige onderwerpen worden in het artikelsgewijze deel besproken.

Ambulante onvrijwillige zorg

In artikel 2a Wzd is bepaald dat bij amvb wordt geregeld welke vormen van onvrijwillige zorg buiten een accommodatie van een zorgaanbieder (hierna: ambulant) zijn toegestaan en onder welke voorwaarden. Ambulante onvrijwillige zorg is nieuw. Onder de Wbopz is het niet mogelijk om onvrijwillige zorg (bijvoorbeeld het onvrijwillig toedienen van vocht, voeding of medicatie of het onvrijwillig uitoefenen van toezicht op cliënten) ambulant te verlenen. In antwoord op de ontwikkeling van toenemende ambulantisering in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten wil de regering het mogelijk maken dat deze en andere vormen van onvrijwillige zorg, onder strikte voorwaarden, ook buiten de accommodatie – bijvoorbeeld in de thuissituatie van de cliënt – kunnen worden verleend. De cliënt is immers vaak beter af in zijn eigen vertrouwde omgeving.

Onder de Wzd wordt de cliënt – voor zover dat kan – in zijn eigen omgeving verzorgd, en is het streven gedwongen opname te voorkomen. Echter, het voorkomen van een gedwongen opname is geen doel op zich. Wanneer intensieve verzorging nodig is met een hoger toezichtsniveau kan worden geoordeeld dat ambulante zorg niet passend is. Voorop staat dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft. De vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van toezicht dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de cliënt en het mogelijk nadeel dat hij veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Het is afhankelijk van de cliënt en de concrete situatie of onvrijwillige zorg beter thuis of in een accommodatie kan worden toegepast.

Dit besluit beoogt maatwerk mogelijk te maken voor elke cliënt. Daarom is ervoor gekozen om een brede toepassing van de zorgvormen genoemd in artikel 2, eerste lid, van de wet in de ambulante situatie mogelijk te maken en deze met processuele waarborgen te omkleden. In dit verband wordt er met nadruk op gewezen dat de in dit besluit geregelde waarborgen zeker niet de enige waarborgen zijn die gelden voor ambulante onvrijwillige zorg. De in dit besluit opgenomen waarborgen zijn extra waarborgen naast de waarborgen die gelden op grond van (a) de Wzd, (b) op grond van andere wet- en regelgeving én (c) op grond van de met het oog op goede zorgverlening vastgestelde veldnormen.

a. Waarborgen op grond van de Wzd

Wat betreft de waarborgen die voortvloeien uit de Wzd, ongeacht of de zorg binnen of buiten de accommodatie wordt verleend, wordt gewezen op het volgende.

- Onvrijwillige zorg is altijd een ultimum remedium. Eerst moet worden onderzocht of alle alternatieven om vrijwillige zorg te verlenen zijn uitgeput. Als dan toch onvrijwillige zorg

nodig is, moet gekozen worden voor de minst ingrijpende vorm en dat zo kort mogelijk. Ook in de ambulante situatie moet deze afweging worden gemaakt.

- Onvrijwillige zorg moet voldoen aan de uitgangspunten subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Zo mag niet worden gekozen voor een vergaande vrijheidsbeperkende maatregel, indien er minder vergaande maatregelen zijn om hetzelfde doel te bereiken. Ook moet worden gekeken of de interventie geschikt is voor het te bereiken doel. Als bijvoorbeeld in het zorgplan staat dat de woning mag worden gecontroleerd op gedragsbeïnvloedende middelen, maar de cliënt een dag later via anderen weer over deze middelen kan beschikken, kan de vraag worden gesteld of deze vorm van onvrijwillige zorg doelmatig is.
- Om te voorkomen dat onvrijwillige zorg wordt toegepast zonder dat alle vrijwillige alternatieven zijn uitgeput draagt de zorgverantwoordelijke er zorg voor dat het zogeheten stappenplan van de wet doorlopen wordt. Dat houdt kort gezegd in dat zodra de zorgverantwoordelijke van mening is dat vrijwillige alternatieven niet meer voldoende zijn en onvrijwillige zorg overwogen zou moeten worden, er multidisciplinair overleg plaatsvindt over vrijwillige alternatieven. Indien uit dit overleg blijkt dat er geen vrijwillige alternatieven zijn
- wordt een uitgebreide deskundigenoverleg gehouden. Mocht er ook na het uitgebreide deskundigenoverleg nog onvrijwillige zorg worden overwogen dan wordt een externe deskundige om advies gevraagd. Indien in het zorgplan uiteindelijk toch onvrijwillige zorg wordt opgenomen, dan moet het zorgplan worden voorgelegd aan de Wzd-arts. De cliënt en een eventuele vertegenwoordiger worden nauw betrokken bij het doorlopen van dit stappenplan.
- De wensen en voorkeuren van cliënt moeten zoveel mogelijk worden gehonoreerd. Zo bepaalt artikel 7, derde lid, Wzd dat de zorgverantwoordelijke zich inspanst om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan te verkrijgen, waarbij hij zoveel als mogelijk rekening houdt met de wensen en voorkeuren van de cliënt. Dat geldt ook voor onvrijwillige zorg in de ambulante situatie.
- De verlening van onvrijwillige zorg moet veilig zijn, dat geldt zowel de cliënt als voor de hulpverleners. Indien de zorg niet zal worden verleend terwijl de cliënt is opgenomen, moet een inschatting worden gemaakt in hoeverre de thuissituatie van de cliënt geschikt is voor de zorg die aan de cliënt zal worden verleend.
- Ten slotte geldt voor de Wzd dat alle vormen van onvrijwillige zorg, ook de zorg in de ambulante situatie, in het stappenplan moeten zijn opgenomen. De daadwerkelijke toepassing moet vervolgens worden getoetst aan de beginselen van de Wzd, zoals hierboven genoemd.

b. Waarborgen op grond van andere wet- en regelgeving

Zoals gezegd komen de waarborgen uit de wet bovenop de vereisten die reeds gelden op grond van andere kwaliteitswetgeving op het terrein van de gezondheidszorg. De vereisten uit andere wetgeving hoeven dus niet opgenomen te worden in de wet of in deze amvb. Om welke vereisten het gaat is grotendeels al uiteengezet in de toelichting bij de Wzd. Uit gesprekken met betrokken organisaties bleek desondanks dat er enige vragen leefden met betrekking tot de waarborgen die volgen uit andere wetgeving. Daarom wordt hier kort ingegaan op een aantal belangrijke waarborgen.

Een belangrijke algemene waarborg is dat zorgaanbieders goede zorg moeten verlenen. Dit volgt onder meer uit artikel 2, eerste lid, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (hierna: Wkkgz). Wat dit inhoudt wordt in de Wkkgz uitgewerkt en verder gepreciseerd in professionele standaarden (artikel 2, tweede lid).

Uit de Wkkgz volgt onder meer dat zorg van goede kwaliteit, veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht moet zijn. Ook houdt dit in dat zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit professionele standaarden, dat de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) beschermt bepaalde beroepstitels, ook voor zover ze genoemd worden in de wet of dit besluit. Als bijvoorbeeld een

bepaalde rol op grond van dit besluit alleen voor een arts is weggelegd, is dat dus een arts als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG.

Ook zijn op grond van de Wet BIG enige medische handelingen voorbehouden aan degenen die een bepaald door de Wet BIG beschermd beroep uitoefenen, of door een bekwaam persoon die de handelingen uitvoert op grond van de aanwijzingen van en in opdracht van een persoon die een dergelijk beschermd beroep uitoefent (artikel 35 Wet BIG). Dit geldt ook als dergelijke handelingen in het kader van onvrijwillige zorg plaatsvinden. Dus als bijvoorbeeld de cliënt in de ambulante situatie intraveneus medicatie krijgt toegediend (de voorbehouden handeling injecteren), mag dat alleen geschieden door beroepsbeoefenaars die daartoe bekwaam zijn en op grond van de Wet BIG bevoegd zijn die handeling te verrichten.

Wellicht ten overvloede wordt hier benadrukt dat zolang er sprake is van vrijwillige zorg, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) geldt. Op het moment dat sprake is van verzet van de cliënt, treedt de WGBO terug en is de Wzd van toepassing. Dit kan dus verschillend zijn voor onderdelen van het zorgplan: als de cliënt zich bijvoorbeeld alleen verzet tegen medicatie, maar niet tegen begeleiding, is de WGBO wel van toepassing op begeleiding.

c. Normen van het veld

Op dit moment werken veldpartijen in de ouderenzorg, aan bijstelling van de richtlijn probleemgedrag voor deze sector. Een belangrijke wijziging ten opzichte van de 'oude' versie is dat, conform het gedachtegoed van de Wzd, aandacht is voor het inzetten van psychosociale interventies. De bijgestelde richtlijn wordt ontwikkeld in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) - sectie ouderenpsychologie, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, V&VN en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, aangevuld met patiëntvertegenwoordiging vanuit Alzheimer Nederland en NHG/LAEGO. Deze multidisciplinaire richtlijn komt eind 2017 beschikbaar en vervangt de op dit vlak reeds bestaande richtlijnen binnen de pg-sector.

In de vg-sector wordt, onder regie van de NVAVG, gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag ten behoeve van deze doelgroep. Naar verwachting is deze richtlijn in de loop van 2018 operationeel.

Grondrechten

Omdat onvrijwillige zorg een (gerechtvaardigde) inbreuk maakt op de grondrechten van de cliënt, zijn grondrechtenbepalingen in de Grondwet en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens relevant. Hierover staat een analyse in de memorie van toelichting bij de wet.

Zorgvormen

De Wzd kent in artikel 2, eerste lid, de volgende vormen van onvrijwillige zorg:

- het toedienen van vocht, voeding of medicatie,
- het beperken van de bewegingsvrijheid,
- insluiten,
- het uitoefenen van toezicht op de cliënt,
- onderzoek aan kleding of lichaam,
- onderzoek van de woon- of verblijfsplaats op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen,
- controle op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen,
- beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, waaronder beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen, en
- beperkingen van het recht op het ontvangen van bezoek.

Omdat het kunnen toepassen van ambulante dwang nieuw is, zijn voor het opstellen van dit besluit met verschillende personen met (ervarings)deskundigheid binnen de geestelijke gezondheidszorg of de langdurige zorg – zorgverleners, patiënten en hun vertegenwoordigers – informele overleggen gevoerd over hoe zij zich onvrijwillige zorg in de ambulante situatie voor zich zouden zien: welke vormen en onder welke voorwaarden.

In dit besluit zijn insluiting en fixatie uitgesloten, omdat er vragen kunnen worden gesteld over de uitvoerbaarheid hiervan in een ambulante situatie.

Er is voor gekozen om de overige vormen van onvrijwillige zorg wel toe te staan in de ambulante situatie. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat zorg op maat mogelijk is en dat zoveel mogelijk kan worden aangesloten bij de voorkeuren van de cliënt en bij hetgeen voor de betrokken cliënt het beste is. Tijdens bovengenoemde overleggen is door personen die nauw betrokken zijn bij de zorgverlening bij vrijwel elke vorm van onvrijwillige zorg casuïstiek genoemd, waarbij het in het belang van de cliënt zou zijn geweest als door de toepassing van ambulante dwang, opname had kunnen worden voorkomen. Het veld vraagt bovendien om geen opties uit te sluiten, ook om innovaties die minder belastend kunnen zijn (zoals draagbare sensoren, wearables) niet te belemmeren. Ook de personen die betrokken zijn bij cliëntenorganisaties gaven aan dat de keuzevrijheid voor de cliënt zo groot mogelijk moet zijn, zodat onnodige gedwongen opnames worden voorkomen. Dat past ook bij de doelstellingen van de Wzd waarbij de cliënt zorg op maat ontvangt, ongeacht de locatie waar hij zich bevindt, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn voorkeuren. Daarbij is door alle betrokken partijen wel steeds benadrukt dat de een belangrijk uitgangspunt is dat de keuze voor een vorm van ambulante onvrijwillige zorg uiteraard alleen zal kunnen worden genomen met inachtneming van de in de wet reeds geregelde waarborgen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, welke waarborgen ook bij ambulante onvrijwillige zorg onverkort gelden. Ook zijn tijdens de overleggen voorstellen gedaan voor een aantal extra waarborgen bij het verlenen van ambulante onvrijwillige zorg. Een en ander heeft geleid tot de extra waarborgen die zijn opgenomen in artikel 2.2 van dit besluit.

Mede met het oog op de harmonisatie van de Wvvgz en de Wzd is er voor gekozen om geen verschil aan te brengen in de toegestane vormen van de ambulante gedwongen zorg tussen de verschillende doelgroepen van de Wvvgz en de Wzd. Ten algemene geldt dat onvrijwillige vormen van zorg thuis per doelgroep of zelfs per de cliënt in verschillende mate voorstelbaar zijn, en er altijd maatwerk moet worden toegepast. Zo zal het beperken van de bewegingsvrijheid van een persoon met dementie (de doelgroep van de Wzd) wellicht eerder plaatsvinden dan bij iemand met een psychiatrische aandoening, terwijl controle op gedragsbeïnvloedende middelen (drugs) bij laatstgenoemde weer beter voorstelbaar is dan in de psychogeriatric. Bovendien zijn er patiënten met multiproblematiek: ook mensen met een psychiatrische aandoening kunnen dementie krijgen en personen met een verstandelijke beperking kunnen een psychiatrische aandoening hebben.

Waarborgen voor onvrijwillige zorg buiten een accommodatie

Meestal kunnen zorgverleners hun cliënt 'verleiden' of overhalen tot het ondergaan van de benodigde zorg, al dan niet met enige drang. Pas als dat niet lukt, zal dwang worden overwogen. Indien dwang wordt overwogen, omdat de cliënt zich tegen deze zorg verzet, geldt het uitgangspunt – ook ambulant – dat die dwang alleen als ultimum remedium mag worden toegepast. Voor alle onvrijwillige zorg die wordt verleend, ongeacht de plaats waar die zorg wordt verleend, geldt dat de opvang, beveiliging, het onderzoek, de risicotaxatie, de behandeling, het professioneel toezicht en de evaluatie van dwang goed, veilig en volgens goed hulpverlenerschap plaatsvindt.

Een belangrijke overweging bij de uitvoering van dwang in de ambulante setting is het besef dat het huis van een cliënt als veilig plek gezien wordt en dat onvrijwillige zorg dit idee van een veilige plek kan schaden. Daar tegenover staat dat iemand uit die veilige plek halen voor een gedwongen opname ook traumatiserend kan zijn. Dat kan betekenen dat zorgverleners tweemaal "het gevecht moeten aangaan", eerst om iemand uit huis en opgenomen of in de polikliniek te krijgen en daarna onvrijwillig te behandelen. Dan is het aan de cliënt om aan te geven wat zijn voorkeuren zijn. Uiteindelijk zal bij de vraag of ambulante dwang toepasbaar is, een afweging zijn die is toegespitst op de cliënt, diens aandoening, de mogelijkheden van de zorgaanbieder, de thuissituatie en de sociale context.

Onderdeel van deze afweging is ook de vraag wat de rol is van een familie of naaste. Het is daarbij denkbaar dat in bepaalde gevallen het mogelijk is dat het toezicht gedeeltelijk wordt overgelaten aan de mantelzorger.

Als voorbeeld kan gedacht worden aan de een thuiswonende vrouw met beginnende dementie waarbij het ter voorkoming van ernstig nadeel noodzakelijk is dat bepaalde delen van de woning, bijvoorbeeld de keuken, afgesloten worden, omdat zij als gevolg van haar dementie de gevaren van het aanlaten van het gas en het gebruik van scherpe voorwerpen niet meer herkent. Indien deze vrouw een fitte thuiswonende partner heeft, is het denkbaar dat die partner gedurende een deel van de tijd het toezicht op zich neemt omdat het niet altijd noodzakelijk is dat een professionele zorgverlener aanwezig is om de veilige toepassing van onvrijwillige zorg te garanderen. De combinatie van zorg door een professionele zorgverlener en extra

toezicht door een mantelzorger maakt dat er niet continu een professionele zorgverlener in huis hoeft te zijn, waardoor een indicatie voor intramurale zorg nog even kan worden uitgesteld en de dame uit het voorbeeld langer in haar eigen woning kan blijven.

Uiteraard kan dit lang niet altijd zo worden vormgegeven, omdat veel partners of mantelzorgers fysiek dan wel mentaal niet in staat zijn deze rol op zich te nemen of dat simpelweg niet willen. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Verantwoord in dergelijke situaties is, vergelijkbaar met de gevallen waarin medische technologie naar de thuissituatie wordt gebracht, dat de zorgaanbieder zich ervan vergewist dat de persoon aan wie het toezicht wordt overgelaten in staat is die taak uit te oefenen en de consequenties van zijn handelen goed kan overzien. Bovendien moet de zorgaanbieder zorgen voor voldoende instructies en op afroep beschikbaar zijn, indien de familie of naaste aangeven daar in een specifieke situatie behoefte aan te hebben. Indien daar aan is voldaan, kan de zorgaanbieder, samen met het familieleden of naasten, op een verantwoorde wijze invulling geven aan het toezicht gedurende de periode van het toepassen van onvrijwillige zorg. De mantelzorger kan hier dan ook niet verantwoordelijk voor gemaakt worden. Met andere woorden; er rust geen plicht op de mantelzorger om zorg te dragen voor dergelijk toezicht.

Ambulante onvrijwillige zorg moet deskundig, zorgvuldig en veilig worden uitgevoerd. Dit wordt gewaarborgd door het wettelijk kader. De in deze amvb aanvullend gestelde eisen zien vooral op het verschil in setting. Buiten een accommodatie zijn bepaalde randvoorwaarden minder vanzelfsprekend. Zo is, anders dan bij zorg binnen een accommodatie, bij zorg buiten een accommodatie geen sprake van een structuur waarin zorgverleners aanwezig zijn die te allen tijde toegang hebben tot de cliënten voor het noodzakelijke toezicht en het bieden van verzorging, begeleiding of ondersteuning. Ook is het minder makkelijk om assistentie van een collega te krijgen en is er minder sociale controle. Met de in dit besluit opgenomen waarborgen wordt beoogd alsnog in deze randvoorwaarden te voorzien door eisen te stellen over de wijze waarop toezicht op de cliënt wordt gehouden, het aantal zorgverleners dat op het moment van de uitvoering van onvrijwillige zorg aanwezig moet zijn en de permanente bereikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener. Ook zijn er nadere eisen gesteld aan de factoren die een zorgaanbieder dient mee te nemen in het opstellen van het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet, die vervolgens moeten worden uitgewerkt in het zorgplan en toegepast bij het verlenen van de onvrijwillige zorg. Deze nadere eisen worden toegelicht in de artikelsgewijze toelichting op artikel 2.2 van dit besluit.

Administratieve lasten

Bij de voorbereiding van dit besluit is aandacht besteed aan de gevolgen voor de regeldruk. Het besluit betreft de nadere invulling van de wet. In de memorie van toelichting en de daarop volgende nota's van wijziging is uitgebreid ingegaan op de regeldruk. Uit dit besluit vloeien als zodanig geen lasten voort die niet reeds voortvloeien uit de wet. Zo is bij de verplichtingen voor het verlenen van onvrijwillige zorg buiten een accommodatie zoveel mogelijk aangesloten bij de eisen en procedures die op grond van de wet gelden voor onvrijwillige zorg binnen een accommodatie. Ook de eisen aan de gegevensverwerking vinden hun oorsprong in de wet.

Toezicht- en Handhavingstoets van de inspectie

De Inspectie voor de gezondheidszorg ('IGZ' of 'de inspectie') heeft desgevraagd een Toezicht- en Handhavingstoets uitgevoerd. Naar aanleiding van de uitkomsten van deze toets is een aantal wijzigingen aangebracht in het besluit en deze nota van toelichting.

Onder het kopje "Normen van het veld" hierboven wordt verwezen naar een richtlijn. Volgens de inspectie was het niet duidelijk welke richtlijn hier bedoeld wordt. De toelichting is op dit punt verduidelijkt.

Ook is er op verzoek van de inspectie in de toelichting nader ingegaan op de sociale context. Dit is hierboven toegevoegd onder het kopje 'Waarborgen voor onvrijwillige zorg buiten een accommodatie'.

De inspectie heeft in haar toets verder gevraagd om een verduidelijking van het begrip "accommodatie". De inspectie heeft er in dit opzicht terecht op gewezen dat de reikwijdte van het begrip "accommodatie" bepalend is voor beantwoording van de vraag voor welke onvrijwillige zorg de aanvullende zorgvuldigheidseisen van artikel 2.2 van dit Besluit gelden. In de toelichting op

artikel 1.1 van dit besluit wordt daarom een verduidelijking gegeven van het begrip "accommodatie".

De inspectie wees er verder op dat in de praktijk onder de noemer 'toezichthoudende domotica' systemen worden gebruikt die feitelijk het effect van insluiting hebben. Ter verduidelijking is in de toelichting bij artikel 2.2, eerste lid, onderdeel a, uitgelegd dat de inzet van domotica met dit doel niet is toegestaan buiten de accommodatie omdat het een vorm van insluiting is.

De inspectie vroeg zich af of in artikel 2.2 bepaald zou kunnen worden dat de naam van de permanent bereikbare zorgverlener, en eventueel zijn vervanger, in het zorgplan wordt opgenomen. De verwachting is dat een dergelijke plicht voor onnodig zware administratieve lasten zou zorgen. Wel is in de toelichting van beide amvb's is benadrukt dat de plicht ervoor te zorgen dat er permanent een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is, ook de plicht omvat om diens contactgegevens aan de cliënt te verstrekken.

Voor het verwerken van gegevens voor de inspectie verzocht de inspectie om mogelijk te maken dat een derde partij wordt aangewezen die de gegevens namens de inspectie verwerkt. Dit is in artikel 4.2 geregeld.

Artikelsgewijs

Artikel 1.1

Dit artikel bevat enige definities die gelden voor deze amvb en de ministeriële regelingen die erop gebaseerd zijn. Daarnaast zijn ook de definities uit de Wzd van toepassing. Daaronder vallen onder meer de begrippen: Onze Minister, het CIZ, en zorgaanbieder.

Voor de definitie van ambulante onvrijwillige zorg is aangesloten bij de tekst van artikel 2a, eerste lid, van de wet.

Op 25 mei 2018 zal Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming, hierna: AVG) van toepassing zijn. De AVG zal, tezamen met de nationale aanpassingswetten, de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) vervangen. Voor de definities van verwerker, persoonsgegeven en verwerkingsverantwoordelijke wordt aangesloten bij de AVG, omdat het onderhavige besluit na 25 mei 2018 in werking treden. De thans nog geldende Wbp hanteert soortgelijke begrippen als de AVG.

Van ambulante onvrijwillige zorg is uitsluitend sprake als de onvrijwillige zorg aan de cliënt buiten een accommodatie wordt verleend. Om te kunnen beoordelen wat ambulante zorg is, dient voldoende helder te zijn afgebakend wat een accommodatie is. Omdat de IGZ in haar Toezicht- en Handhavingstoets aangaf dit niet helder genoeg te vinden, wordt het begrip 'accommodatie' hieronder verduidelijkt.

Bij een accommodatie moet worden gedacht aan een instelling van een zorgaanbieder, dat wil zeggen een pand (en het daarbij behorende terrein) dat door de zorgaanbieder is bestemd en ingericht voor zorg aan mensen met een psychische stoornis en waarin de cliënt met het oog op die zorg verblijft. Een belangrijk kenmerk dat is verbonden aan het karakter van een zodanige zorginstelling is het direct aanwezige toezicht en de directe mogelijkheid van begeleiding/verzorging door zorgverleners die daartoe altijd zonder meer toegang hebben tot de woon- of verblijfsruimte van de betrokken cliënt. Een ruimte die uitsluitend wordt gebruikt als kantoor wordt niet aangemerkt als accommodatie. In een kantoorruimte wordt immers geen zorg verleend.

Gezien het vorenstaande is voor de vraag of een wooneenheid onderdeel uitmaakt van een accommodatie dan wel kan worden beschouwd als een privéwoning, niet alleen van belang of sprake is van een woning die door de zorgaanbieder bestemd en ingericht is voor zorg in de zin van de onderhavige wet, maar ook wie de zeggenschap heeft over de toegang tot de woning. Indien de bewoner zeggenschap heeft over de toegang tot de woning, is sprake van een privéwoning. Voor de duidelijkheid wordt in dit kader opgemerkt dat dit betekent dat 'aanleunwoningen' worden aangemerkt als privéwoningen en niet als een accommodatie, ook niet als een behoefte aan (thuis)zorg een voorwaarde is om in aanmerking te komen voor het huren van een zodanige

woning. Dit ervan uitgaand dat bij een aanleunwoning sprake is van een eigen (huur)woning die weliswaar in de buurt staat van een verzorgingshuis – van de service van welk huis veelal gebruik kan worden gemaakt- maar waar de cliënt zeggenschap heeft over de toegang tot de woning.

Wat betreft het begrip 'fixatie' wordt het volgende opgemerkt. Het gaat hierbij om het beperken van een cliënt om zich te bewegen. Het beperken van de bewegingsmogelijkheden van de cliënt kan op verschillende manieren plaatsvinden, door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van de cliënt. Wat betreft het beperken van de bewegingsmogelijkheden door het vastbinden van het lichaam of lichaamsdelen van de cliënt, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het vastgespen aan de rolstoel, het vastbinden op een douchekruk ter voorkoming van vallen tijdens het douchen of het vastzetten van iemands handen tijdens het helpen met eten (polsbanden).

Een ander voorbeeld van het beperken van de bewegingsmogelijkheden is "holding", waar het gaat om het vastpakken en vasthouden van een persoon. Deze interventietechniek wordt wel ingezet om de geuite agressie van een cliënt op proportionele wijze te reduceren.

De bewegingsmogelijkheden van de cliënt kunnen voorts beperkt worden door het anderszins 'vastzetten' van het lichaam van de cliënt, zoals door het toepassen van verpleegdekens, het in een diepe stoel zetten van een cliënt die niet in staat is daar zelf uit op te staan, het dicht aan tafel aanschuiven van een cliënt waardoor de cliënt niet meer zelfstandig op kan staan, het op de rem zetten van een –normaliter met de handen voort te bewegen- rolstoel, of het plaatsen van een tafelblad voor de rolstoel om opstaan te voorkomen.

Nu het toepassen van fixatie buiten de accommodatie niet is toegestaan, zijn deze vormen van onvrijwillige zorg dus niet toegestaan in de ambulante setting.

Artikel 2.1

Op grond van artikel 2a, eerste lid, van de wet kunnen buiten een accommodatie uitsluitend de vormen van onvrijwillige zorg worden toegepast voor zover die zorgvormen daartoe bij amvb zijn aangewezen. Hieraan wordt uitvoering gegeven in het onderhavige artikel. In dit artikel zijn alle zorgvormen aangewezen die zijn genoemd in artikel 2, eerste lid, van de wet, met uitzondering van insluiting. Ook is in onderdeel b van het onderhavige artikel ("beperken van de bewegingsvrijheid") een uitzondering gemaakt voor een subvorm daarvan, te weten fixatie (in de toelichting op artikel 1.1 is reeds toegelicht wat daaronder wordt verstaan). Het aanwijzen van alle overige vormen van onvrijwillige zorg betekent dat die vormen niet bij voorbaat zijn uitgesloten buiten de accommodatie. De redenen voor deze keuze zijn toegelicht in het algemeen deel van deze toelichting.

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat wat betreft het beperken van de bewegingsvrijheid uitsluitend de subvorm fixatie is uitgesloten; die vorm van onvrijwillige zorg is dus niet toegestaan buiten een accommodatie. Het beperken van de bewegingsvrijheid, anders dan door fixatie, is dus niet uitgesloten buiten een accommodatie. Een voorbeeld hiervan is het afsluiten van kelderkast zodat de cliënt daar niet naar binnen kan en onverhoopt de kelder in valt. Andere voorbeelden zijn het plaatsen van een bedhek, het plaatsen van een traphek of het afsluiten van de balkondeur zodat de cliënt niet het balkon op kan (maar wel door de voordeur naar buiten kan).

Extra aandacht wordt nog gevestigd op het feit dat de inzet van middelen die weliswaar bedoeld zijn ter beperking van de bewegingsvrijheid van de cliënt, maar die niet direct of dicht op het lichaam van de cliënt worden aangebracht, als bijvoorbeeld een traphekje of een bedhek, niet langer wordt gezien als fixatie, terwijl deze in sommige instellingen voorheen wel als zodanig werd bestempeld. Aangezien bij dit soort middelen geen sprake is van het rechtstreeks beperken van de bewegingsmogelijkheden door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van de cliënt, valt de inzet hiervan niet onder fixatie, maar wel onder het beperken van de bewegingsmogelijkheden.

Artikel 2.2

Op grond van artikel 2a, eerste lid, van de wet moeten bij amvb tevens regels worden gesteld over de toepassing van de in artikel 2.1 aangewezen zorgvormen. Deze regels zijn opgenomen in het onderhavige artikel. Dit artikel beoogt aanvullende waarborgen te stellen, naast de belangrijke waarborgen die al in de Wzd zijn opgenomen voor onvrijwillige zorg (zoals het uitgebreide

stappenplan met de eisen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit, multidisciplinair overleg, overleg met externe deskundige, evaluatie en de vereiste beoordeling door de Wzd-arts) en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet BIG). Ambulante onvrijwillige zorg mag uitsluitend worden verleend indien is voldaan aan de genoemde wettelijke voorwaarden en de in artikel 2.2 opgenomen aanvullende voorwaarden.

Zoals aangegeven in het algemeen deel van deze toelichting, is voorafgaand aan het opstellen van deze amvb informeel overleg gevoerd met een aanzienlijk aantal personen die vanuit verschillende invalshoeken veel (ervarings)deskundigheid hebben op het terrein van de onvrijwillige zorg. Uit die gesprekken kwam het beeld naar voren dat de waarborgen voor de toepassing van dwang binnen en buiten een accommodatie niet veel van elkaar dienen te verschillen. Waarom volgens cliënten voor dwang buiten een accommodatie toch aanvullende waarborgen nodig zijn, komt met name door het verschil tussen de setting binnen een accommodatie en de setting buiten een accommodatie. Zo is, anders dan bij zorg binnen een accommodatie, bij zorg buiten een accommodatie geen sprake van een structuur waarin gedurende de hele periode van het verblijf van de cliënten zorgverleners aanwezig zijn die te allen tijde toegang hebben tot de cliënten voor het noodzakelijke toezicht en het bieden van verzorging, begeleiding of ondersteuning. Een en ander heeft gevolgen voor, onder andere, de mogelijkheid om toezicht op de cliënt te houden met het oog op diens veiligheid, de mogelijkheid om bij escalatie direct collegiale ondersteuning te vragen en de risico's van minder zicht op mogelijk grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners. Op basis van de input uit het informele overleg met de verschillende deskundigen is besloten tot de in dit artikel neergelegde waarborgen die aansluiten bij de setting buiten een accommodatie.

Eerste lid

Onderdeel a

Het onderhavige onderdeel heeft tot doel de veiligheid van de cliënt waaraan buiten een accommodatie onvrijwillige zorg wordt verleend, voldoende te waarborgen door middel van toezicht op die cliënt. Uit de informele gesprekken met deskundigen is gebleken dat de wijze waarop de veiligheid van de cliënt door middel van toezicht moet worden geborgd, niet alleen verschilt per (sub)vorm van de in artikel 2.1 genoemde zorg, maar met name ook afhangt van de betrokken cliënt en zijn sociale context. Er zal – zoals bij alle onvrijwillige zorg – sprake moeten zijn van maatwerk.

Als voorbeeld kan worden gegeven het toezicht op de buiten de accommodatie verblijvende cliënt na het gedwongen toedienen van medicatie. Hierbij zijn vele mogelijkheden. Indien sprake is van een medicijn dat mogelijkwerwijs bijwerkingen heeft, zal onder meer van belang zijn of sprake is van een eerste toediening of dat dit medicijn al regelmatig is toegediend aan de betrokken cliënt en bekend is hoe de cliënt op dat medicijn reageert. Indien het middel al regelmatig door de cliënt is gebruikt en bekend is dat hij daar goed op reageert, zal na toediening van de medicatie toezicht veelal niet nodig zijn. Als echter sprake is van een eerste toediening dan wel van een medicijn waarvan bekend is dat dit soms bijwerkingen veroorzaakt bij de betrokken cliënt, zal bezien moeten worden welk toezicht met het oog op de veiligheid van de cliënt noodzakelijk is. Dit zal met name afhangen van de aard en de duur van de (mogelijke) bijwerkingen en de ervaringen met de betrokken cliënt. Zo kan het in sommige gevallen nodig zijn dat een professionele zorgverlener gedurende enige tijd bij de cliënt aanwezig blijft om zo nodig direct te kunnen ingrijpen; daarbij is onder meer van belang over welke deskundigheid een zodanige zorgverlener moet beschikken. Verder kan ook toezicht door middel van domotica in sommige gevallen een goed instrument zijn, waarbij tevens de aanrijtijd van een deskundige zorgverlener een rol kan spelen. In dit kader is voorts van belang dat sommige medicijnen via een depot worden toegediend en een zeer lange werking kunnen hebben. Ingeschat zal moeten worden of het verantwoord is de cliënt vervolgens in de ambulante setting te laten en zo ja, op welke wijze en hoe lang zo nodig toezicht moet worden gehouden. Ook de sociale context kan hierbij een rol spelen; als sprake is van een of meer familieleden of naasten die wijzigingen in het gedrag van de cliënt kunnen signaleren en in staat kunnen worden geacht in dat geval adequaat te handelen en de hulp van een zorgverlener in te roepen, kan dit worden meegewogen bij de beoordeling of het verantwoord is de cliënt in de ambulante setting te laten.

Bij medicatie is er voorts het onderscheid tussen verschillende methodes van toedienen. Zo kan de medicatie 'verborgen' worden toegediend (bijvoorbeeld door de vla), maar ook kan sprake zijn van het onder dwang geven van een injectie. In het laatste geval kan, onafhankelijk van de aard van de medicatie, grote onrust zijn ontstaan bij de cliënt, hetgeen eveneens toezicht gedurende een bepaalde periode noodzakelijk kan maken.

Ook bij andere (sub)vormen van ambulante onvrijwillige zorg zijn vele scenario's mogelijk, afhankelijk van de betrokken cliënt en zijn omstandigheden. Het is niet wenselijk in de amvb strikte en gedetailleerde inhoudelijke regels ter zake te stellen over de omstandigheden waaronder ambulante onvrijwillige zorg is toegestaan, aangezien het al dan niet toepassen daarvan te allen tijde maatwerk inhoudt. Gedetailleerde wettelijke voorschriften kunnen een goede zorgverlening aan de cliënt belemmeren en kunnen bovendien in de weg staan aan de mogelijkheid om snel in te spelen op de meest actuele ontwikkelingen (bijvoorbeeld het via geavanceerde domotica houden van toezicht op een voor de cliënt zo min mogelijk belastende manier). Daarom is ervoor gekozen om niet per (sub)zorgvorm te bepalen hoe het toezicht vorm moet worden gegeven, maar in onderdeel a de inhoudelijke norm vast te leggen: het houden van toezicht op de cliënt om diens veiligheid voldoende te borgen. De wijze waarop het toezicht voor de specifieke cliënt het beste kan worden gerealiseerd, moet worden besproken in een multidisciplinair overleg en vervolgens worden neergelegd in het zorgplan. Net als bij de uitvoering van de overige onderdelen van de wet, zal het cliëntperspectief hierbij altijd voorop moeten staan.

In dit kader wordt nog opgemerkt dat domotica die ingezet wordt als toezichtmaatregel nooit zover kan gaan dat er sprake is van feitelijke insluiting. Als voorbeeld kan gedacht worden aan domotica die ingezet wordt waardoor deuren automatisch dicht blijven indien een cliënt in de buurt komt. In dat geval is er sprake van insluiting en deze vorm is op grond van deze amvb niet toegestaan buiten een accommodatie.

De procedurele voorwaarden van de onderhavige bepaling zijn een nadere uitwerking van het reeds bestaande wettelijke systeem. In de wet is al bepaald dat, alvorens onvrijwillige zorg kan worden toegepast, eerst een stappenplan moet worden gevolgd, met als resultaat een zorgplan waarin de onvrijwillige zorg is omschreven (een uitzondering geldt alleen voor een noodsituatie; zie het tweede lid van het onderhavige artikel).

Bij het opstellen van het zorgplan dient reeds uitvoering te worden gegeven aan de artikelen 8 tot en met 11a van de wet. Dit brengt met zich mee dat, indien het na multidisciplinair overleg niet mogelijk blijkt een goed vrijwillig alternatief te vinden (artikel 9, derde lid, van de wet), op grond van artikel 10, derde lid, van de wet in een multidisciplinair overleg, onder meer bezien moet worden of onvrijwillige zorg – kortweg - noodzakelijk en proportioneel is. Tevens moet in dat overleg worden besproken in hoeverre de thuissituatie van de cliënt geschikt is voor de zorg die aan de cliënt zal worden verleend. Dit laatste wordt door middel van het huidige artikelonderdeel nader ingevuld doordat in het multidisciplinaire overleg, bedoeld in artikel 10, derde lid, van de wet, in geval van ambulante onvrijwillige zorg tevens het noodzakelijke toezicht op de cliënt met het oog op diens veiligheid uitdrukkelijk moet worden beoordeeld.

Op grond van artikel 10, achtste lid, van de wet dient de zorgverantwoordelijke het zorgplan aan te passen op basis van de conclusies van laatstbedoeld multidisciplinair overleg. In aanvulling op hetgeen daarover reeds is geregeld in artikel 10, achtste lid, van de wet, verplicht het onderhavige onderdeel a, de zorgverantwoordelijke ertoe om aan de in dat lid bedoelde beschrijving toe te voegen op welke wijze in geval van ambulante onvrijwillige zorg, met het oog op de veiligheid van de cliënt voldoende toezicht op de cliënt wordt gehouden. Indien het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de daarvoor gestelde termijn af te bouwen, moet op grond van de wet opnieuw multidisciplinair overleg plaatsvinden, met dien verstande dat daaraan in ieder geval ook een niet bij de zorg betrokken deskundige deel moet nemen (artikel 10, tiende lid, van de wet). Ook daarbij zal wederom moeten worden bezien of zodanig toezicht wordt gehouden dat de veiligheid van de cliënt voldoende is gewaarborgd.

In dit kader wordt nog opgemerkt dat het zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen, moet worden overgelegd aan de Wzd-arts. De Wzd-arts moet onder meer beoordelen of het zorgplan

geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen. De Wzd-arts zal daar alle relevante aspecten bij moeten betrekken, waaronder of sprake is van voldoende toezicht.

Onderdeel b

Met name op het moment dat de onvrijwillige zorg daadwerkelijk door zorgverleners wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld als tegen de wil van de cliënt een keukenkastje of de gaskraan wordt afgesloten, een bedhek omhoog wordt gezet, medicatie wordt toegediend, een cliënt wordt gedoucht e.d., is er risico op een uiting van verzet van de cliënt. Dit verzet kan zich uiten in verbaal verzet ('nee' zeggen), maar ook in meer fysiek verzet. Fysiek verzet kan bestaan uit een afwerend gebaar, maar kan ook een stevigere vorm aannemen. Iedere vorm van verzet kan leiden tot escalatie; of dit gebeurt hangt vaak in belangrijke mate af van de persoon, de aandoening van de individuele cliënt, de context en de wijze waarop de zorgverlener op dit verzet inspeelt. Zoals reeds opgemerkt, heeft de setting bij zorgverlening buiten een accommodatie onder meer tot gevolg dat het vaak niet mogelijk zal zijn om bij escalatie direct collegiale ondersteuning te krijgen. Met het oog op een verantwoorde zorgverlening, waarbij niet alleen de veiligheid van de cliënt maar ook de veiligheid van de zorgverlener en eventuele mantelzorgers/huisgenoten van belang is, moet daarom te voren in een multidisciplinair overleg op basis van een risico-inschatting uitdrukkelijk worden beoordeeld hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg. Bij die beoordeling kunnen de vorm van onvrijwillige zorg, de persoon en aandoening van de cliënt, de sociale omgeving, de bekendheid met de reacties van de cliënt, de aanrijtijd van collega-zorgverleners en eventuele andere relevante factoren worden betrokken.

Wederom zal sprake moeten zijn van maatwerk, waarbij de resultaten na multidisciplinair overleg dienen te worden neergelegd in het zorgplan van de cliënt. De norm van verantwoorde zorgverlening, rekening houdend met de veiligheid van de cliënt, de zorgverleners en eventuele familie en naasten, is daarbij een vereiste. Net als bij onderdeel a is in onderdeel b het wettelijk systeem nader uitgewerkt: het aspect van het aantal noodzakelijke zorgverleners bij de daadwerkelijke uitvoeringshandeling moet worden besproken tijdens het multidisciplinair overleg, bedoeld in artikel 10, derde lid, van de wet, en de conclusie moet vervolgens worden beschreven in het zorgplan. Dit betreft een aanvulling op artikel 10, achtste lid, van de wet. Het aspect van het aantal zorgverleners dat in de specifieke situatie noodzakelijk is voor een verantwoorde zorgverlening, zal verder ook beoordeeld moeten worden in het overleg, bedoeld in artikel 10, tiende lid, van de wet.

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat het uiteraard ook mogelijk is dat een cliënt pas een tijd na de uitvoeringshandeling zodanig verzet toont dat dit gevolgen kan hebben voor de veiligheid (bijvoorbeeld als het bedhek al een tijdje omhoog staat). Dit is echter een aspect dat meegenomen zal moeten worden bij de beoordeling van het vereiste toezicht (onderdeel a).

Onderdeel c

De problematiek van personen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening beperkt zich uiteraard niet tot kantoortijden. Weliswaar zullen veel uitvoeringshandelingen van onvrijwillige zorg plaatsvinden tijdens reguliere werktijden, maar de gevolgen daarvan en de daarmee verband houdende vragen en verzoeken om hulp van cliënten en hun naasten, zullen zich op ieder moment van het etmaal voor kunnen doen. Anders dan bij onvrijwillige zorg binnen een accommodatie, zijn in de setting buiten de accommodatie in het algemeen minder zorgverleners aanwezig of direct beschikbaar. Om die reden is het belangrijk dat de zorgaanbieder er zorg voor draagt dat in geval van verleende ambulante onvrijwillige zorg permanent een deskundige zorgverlener bereikbaar is voor die cliënt en zijn familie en naasten. Die deskundige zal voorts zo nodig zorg moeten dragen voor ondersteuning op de locatie waar de cliënt zich bevindt. Dit betekent dat een zodanige voorziening moet worden gerealiseerd dat de betrokken zorgverlener daarvoor ofwel zelf beschikbaar is ofwel zo nodig daartoe de hulp van een

andere ter zake deskundige zorgverlener in kan roepen. Het wordt aan de zorgaanbieder overgelaten hoe hij dit realiseert. Zo kan een zorgaanbieder bijvoorbeeld een centrale telefonische hulplijn hebben die bemand wordt door een zorgverlener die de deskundigheid heeft om direct advies te verstrekken en/of in te schatten welke zorgverlener (nog meer) moet worden ingeschakeld. Een zorgaanbieder kan een voorziening voor de permanente bereikbaarheid en ondersteuning zelf organiseren, maar kan ook samenwerkingsafspraken maken met andere zorgaanbieders in de regio of aansluiten bij een bestaande infrastructuur als 'front office', mits de deskundigheid op het gebied van onvrijwillige zorg is gewaarborgd. Het resultaat moet zijn dat iedere cliënt (en zijn familie of naaste) voor verzoeken om hulp naar aanleiding van de verleende ambulante onvrijwillige zorg altijd een ter zake deskundige zorgverlener kan bereiken en de noodzakelijke ondersteuning krijgt.

De plicht voor zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is, omvat ook de plicht om de relevante contactgegevens van deze zorgverlener aan de cliënt te verstrekken.

Overigens is de voorwaarde van de permanente bereikbaarheid van en noodzakelijke ondersteuning door een deskundige zorgverlener op het terrein van de onvrijwillige zorg in geval van verleende ambulante onvrijwillige zorg weliswaar geformuleerd als een aanvullende eis, maar de noodzaak van het borgen van zodanige bereikbaarheid en ondersteuning onder deze omstandigheden vloeit strikt genomen ook al voort uit de eis dat sprake moet zijn van goede zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wkkgz. Op grond van dat artikel moet goede zorg niet alleen veilig en doelmatig zijn, maar moet de zorg ook cliëntgericht zijn, tijdig worden verleend en zijn afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Vanwege het onvrijwillige karakter van ambulante onvrijwillige zorg en het belang van permanente bereikbaarheid van en noodzakelijke ondersteuning door een deskundige zorgverlener voor de voortgang van een verantwoorde ambulante behandeling van cliënt wordt deze eis echter tevens expliciet vastgelegd in deze amvb.

Onderdeel d

In artikel 19 van de wet is reeds bepaald dat een zorgaanbieder die onvrijwillige zorg verleent, zorg moet dragen voor een beleidsplan. In dat plan moet hij in ieder geval vastleggen door middel van welke alternatieven hij onvrijwillige zorg zoveel mogelijk zal proberen te voorkomen, hoe hij omgaat met het toepassen en afbouwen van onvrijwillige zorg en op welke wijze het interne toezicht zal worden geregeld. Het gaat om aspecten die van belang zijn voor zowel de onvrijwillige zorg die wordt verleend binnen een accommodatie als de onvrijwillige zorg die wordt verleend buiten een accommodatie. Door de verplichting deze aspecten vast te leggen in een beleidsplan, zal de zorgaanbieder zorgvuldig over deze zaken moeten nadenken. Gezien artikel 19, tweede lid, van de wet zal bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan én bij de verlening van de onvrijwillige zorg, onder meer in een noodsituatie, met het beleidsplan rekening moeten worden gehouden. Dit biedt derhalve belangrijke handvatten voor de zorgverantwoordelijke en de zorgverleners.

Op grond van de onderhavige bepaling mag een zorgaanbieder uitsluitend ambulante onvrijwillige zorg verlenen indien de zorgaanbieder te voren ook heeft voldaan aan de in het onderhavige onderdeel d gestelde aanvullende eisen ten aanzien van het beleidsplan.

De IGZ kan in het kader van het toezicht op de naleving van de wet het beleidsplan opvragen en beoordelen of voldaan wordt aan de aan het beleidsplan gestelde eisen.

In het onderstaande wordt ingegaan op de verschillende eisen.

Onderdeel d, onder 1°

Een belangrijk voordeel van het verlenen van onvrijwillige zorg in de ambulante setting kan zijn dat opname in een accommodatie daarmee wordt voorkomen. Het voorkomen van een opname in een accommodatie is echter geen doel op zich. Het gaat erom wat het beste is voor de cliënt. Daarnaast moeten ook de belangen van de relevante familie en naasten van de cliënt bij de keuze worden betrokken.

Vaak zal het voor de cliënt het beste zijn om in zijn eigen vertrouwde omgeving te blijven. Er zijn echter ook situaties waarin opname in een accommodatie beter is voor een cliënt, bijvoorbeeld omdat een belangrijk deel van de onvrijwillige zorg dan (sneller) kan worden afgebouwd. Ook kan het zijn dat de ambulante onvrijwillige zorg die aan de cliënt wordt verleend, ernstige nadelige gevolgen voor zijn huisgenoten met zich brengt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als cameratoezicht nodig is of andere vormen van zorgdomotica worden toegepast, waarmee de privacy van huisgenoten in het geding raakt. Dit zijn slechts enkele factoren die een rol zouden kunnen spelen bij de beoordeling of ambulante onvrijwillige zorg al dan niet de voorkeur heeft boven een opname in een accommodatie. De zorgaanbieder zal in zijn beleidsplan moeten vastleggen welke factoren in ieder geval bij deze beoordeling moeten worden meegewogen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het rekening houden met de voorkeur van de cliënt (zoals die tot uitdrukking is gebracht door de cliënt of zijn vertegenwoordiger). Ook de draagkracht/draaglast van eventuele mantelzorgers zal hier een rol kunnen spelen. Met deze in het beleidsplan omschreven factoren zal bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan rekening moeten worden gehouden. Indien de voorbereiding van dat zorgplan tot de conclusie leidt dat onvrijwillige opname in een accommodatie de beste optie is, kan de zorgaanbieder of de Wzd-arts bij het CIZ een verzoek indienen om een rechterlijke machtiging aan te vragen.

Onderdeel d, onder 2°

Het wordt van groot belang geoordeeld dat de zorgaanbieder in geval van ambulante onvrijwillige zorg tevoren zorgvuldig nadenkt over de wijze waarop door middel van toezicht de veiligheid op voldoende wijze kan worden geborgd en dit vastlegt in zijn beleidsplan. Ook wat betreft toezicht geldt de eis van proportionaliteit. Zo kan een sensor die onverwachte bewegingen registreert de voorkeur hebben boven permanent cameratoezicht, maar zal bijvoorbeeld bij sommige vormen van beperking van de bewegingsvrijheid de fysieke aanwezigheid van een zorgverlener nodig zijn. Dit is aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan daarbij rekening houden met onder meer zijn cliëntenpopulatie, de sociale omgeving, de verschillende subvormen van zorg, nieuwe ontwikkelingen – bijvoorbeeld op het terrein van domotica- en andere relevante factoren. Het resultaat zal moeten zijn dat de veiligheid voldoende wordt geborgd.

Onderdeel d, onder 3°

In de toelichting op onderdeel b is uiteengezet waarom in geval van ambulante onvrijwillige zorg in het zorgplan van de specifieke cliënt moet worden vastgelegd hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn. Het is van belang dat de zorgaanbieder tevoren in zijn beleidsplan vastlegt welke factoren in ieder geval moeten worden meegewogen bij de beoordeling van het aantal noodzakelijke zorgverleners. Deze factoren zullen vervolgens bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan moeten worden meegewogen.

Onderdeel d, onder 4°

Overwogen is om ambulante onvrijwillige zorg niet mogelijk te maken in geval van fysiek verzet. Dit met name omdat dwang buiten de accommodatie (en met name in de eigen woning) inbreuk maakt op het veilige gevoel van de cliënt in zijn eigen woonomgeving. Hier is om meerdere redenen van afgezien. Een van deze redenen is dat er zeer veel verschillende vormen van fysiek verzet mogelijk zijn die lastig op objectieve wijze zijn te onderscheiden. Een enkel afwerende armbeweging richting de zorgverlener hoeft bijvoorbeeld niet tot escalatie te leiden. Als het hierbij blijft en om reden van dit 'fysiek verzet' overgegaan zou moeten worden tot opname in een accommodatie kan dat buitenproportioneel zijn en zal dit veelal niet in het voordeel van de cliënt geacht kunnen worden. Voorts moet bedacht worden dat, ook als sprake is van steviger fysiek verzet, het overbrengen naar een accommodatie in feite twee 'gevechten' in plaats van één kan opleveren, namelijk eerst bij het vervoer met mogelijk medewerking van de politie en

ambulancepersoneel, en vervolgens bij het alsnog in de accommodatie toepassen van de onvrijwillige zorg.- Ook in dat geval kan het veilige gevoel van de cliënt dus worden aangetast. Tot slot wordt erop gewezen dat ook binnen een accommodatie cliënten zich thuis en veilig kunnen voelen en er in dat opzicht dan ook vaak geen verschil is met het gevoel van een cliënt buiten de accommodatie.

Dit wil overigens niet zeggen dat er geen grenzen zijn bij ambulante onvrijwillige zorg in het geval van fysiek verzet. Beoordeeld zal moeten worden hoe in geval van ambulante onvrijwillige zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet. Het is van belang dat iedere zorgaanbieder hier te voren over nadenkt, uitgaand van zijn eigen cliëntenpopulatie, en dit vastlegt in zijn beleidsplan; dit is bepaald in het onderhavige artikelonderdeel. Hierbij zullen meerdere aspecten aan de orde kunnen komen. Gedacht kan worden aan zaken als manieren om te de-escaleren, wanneer de hulp van collega's moet worden ingeschakeld, wanneer een gedragsdeskundige wordt ingeschakeld, hoe de veiligheid van de cliënt en zorgverleners kan worden geborgd, de benodigde deskundigheid en ervaring van het personeel in het omgaan met agressie en wanneer het verlenen van gedwongen zorg, gezien de mate van verzet, niet verantwoord is en opname van de cliënt om die reden de voorkeur heeft. Het is aan de zorgaanbieder hier nader invulling aan te geven, mede rekening houdend met zijn eigen cliëntenpopulatie. In het kader van het toezicht kan de IGZ beoordelen of hetgeen door de zorgaanbieder ter zake in het beleidsplan is vastgelegd redelijkerwijs kan leiden tot het op verantwoorde wijze omgaan met fysiek verzet.

Onderdeel d, onder 5°

Op grond van onderdeel c moet de zorgaanbieder permanente bereikbaarheid realiseren voor verzoeken om hulp van cliënten waaraan onvrijwillige zorg is verleend en hun naasten, alsmede de in dat kader noodzakelijke ondersteuning. De zorgaanbieder zal hiervoor samenwerkingsafspraken moeten maken of andere voorzieningen moeten treffen. Hoe de zorgaanbieder deze bereikbaarheid en ondersteuning borgt (dus de samenwerkingsafspraken of andere voorzieningen), moet in het beleidsplan worden vastgelegd. Onder het borgen van de bereikbaarheid valt ook het zorg dragen dat de cliënt of diens vertegenwoordiger op de hoogte is met wie zo nodig contact kan worden opgenomen. In het beleidsplan zal moeten worden neergelegd hoe hierin wordt voorzien.

Onderdeel d, onder 6°

In een setting binnen een accommodatie zullen in beginsel meerdere zorgverleners aanwezig zijn. In geval van onvrijwillige zorg buiten de accommodatie is het echter voorstelbaar dat naast de zorgverlener en de cliënt geen andere personen aanwezig zijn (of uitsluitend een andere kwetsbare persoon aanwezig is). Dit zal in het algemeen niet bezwaarlijk zijn, uitgaande van de professionele houding van de zorgverleners. De doelgroep van de wet betreft echter zeer kwetsbare cliënten die vaak niet alleen moeilijk voor zichzelf kunnen opkomen maar zich soms ook moeilijk kunnen uiten. Het is daarom van belang dat er in geval van onvrijwillige zorg buiten de accommodatie een waarborg wordt ingebouwd, gericht op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. Om die reden is in onderdeel d, onder 6°, bepaald dat in het beleidsplan moet zijn vastgelegd op welke wijze in geval van ambulante onvrijwillige zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. In artikel 11, vierde lid, van de wet is reeds bepaald dat in het zorgplan moet worden vastgelegd hoe de zorgaanbieder en de Wzd-arts de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg. Daarbij zal hetgeen op grond van onderdeel d, onder 6°, in het beleidsplan ter zake is opgenomen, moeten worden meegenomen. Op deze wijze wordt bewerkstelligd dat er in het kader van het toezicht op de uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg uitdrukkelijk aandacht is voor het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

Tweede lid

Dit artikellid heeft betrekking op situaties als bedoeld in artikel 15 van de wet. Dit betreft situaties waarin onvrijwillige zorg nodig is waarin het zorgplan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien, dan wel noodsituaties ingeval er nog geen zorgplan tot stand is gekomen. In beide gevallen zal er geen gelegenheid zijn om ten aanzien van de cliënt en de beoogde onvrijwillige zorg eerst het stappenplan, bedoeld in de artikelen 8 tot en met 11a van de wet, te doorlopen. Dit betekent dat

toepassing van de onderdelen a en b van het eerste lid van het onderhavige artikel, in deze situaties niet passend is. De toepassing van deze artikelonderdelen is om die reden voor deze situaties uitgesloten.

Het is echter wel van belang dat ook in deze situaties voldoende toezicht op de cliënt wordt gehouden en dat er voldoende zorgverleners aanwezig zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de onvrijwillige zorg. Om die reden is bepaald dat ambulante onvrijwillige zorg in deze situaties uitsluitend plaats kan vinden indien zulks is vastgelegd in de in artikel 15 van de wet bedoelde schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke.

Artikel 3.1

Artikel 3.1 stelt eisen aan degenen die als externe deskundigen mogen optreden. Vereist is dat ze tot een van de in het eerste lid genoemde categorieën behoren. Omdat het belangrijk is dat de deskundige kennis heeft op het terrein van de doelgroep wordt slechts een bepaalde groep experts toegestaan om als externe deskundige op te treden. Daarnaast is van belang dat de deskundige aantoonbare ervaring heeft in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg. Dit zal met name zo zijn bij degenen die ervaring hebben in het begrijpen en het kunnen voorkomen en terugdringen van probleemgedrag.

Het is namelijk belangrijk dat de externe deskundige is gericht op het zoeken van vrijwillige alternatieven voor onvrijwillige zorg waar dat de zorgverantwoordelijke tot dan toe niet gelukt is. Daarbij moet hij oog hebben voor de wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving. Het is niet de bedoeling dat de externe deskundige slechts optreedt om het voortzetten van de onvrijwillige zorg te verantwoorden.

Specialisten ouderengeneeskunde (so's), artsen verstandelijk gehandicapten (avg's), gezondheidszorgpsychologen en psychiaters worden gezien hun specialisatie geschikt geacht, mits zij voldoen aan de eis uit het tweede lid. In beginsel voldoen zij hieraan als zij werkzaam zijn voor de Stichting Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). Het CCE is namelijk gespecialiseerd in consultaties op het vlak van langdurige zorg en heeft een uitgebreid competentieprofiel voor hun consulenten, gericht op aantoonbare inhoudelijke ervaring met het afwenden en voorkomen van onvrijwillige zorg.

Het derde lid houdt verband met de vereiste onafhankelijkheid van de betrokken externe deskundige. Het is van belang dat een externe deskundige uitsluitend adviseert op basis van inhoudelijke deskundige argumenten. Het is de bedoeling dat de externe deskundige daarbij niet wordt beïnvloed door eventuele andere belangen van de zorgaanbieder en dat (een eventuele schijn van) belangenverstrengeling wordt vermeden. In het derde lid is daarom bepaald dat de externe deskundige niet in dienst is bij de betrokken zorgaanbieder, niet bij die zorgaanbieder mag zijn gedetacheerd en ook niet op andere wijze betrokken mag zijn bij de behandeling of verzorging van de cliënt. Voor alle duidelijkheid: het is daarmee nog wel mogelijk om een arts te betrekken van een instelling die in een samenwerkingsverband zit met de instelling die de cliënt behandelt, voor zover hij aan de genoemde voorwaarden voldoet.

Artikel 3.2

Uit de wet vloeien verschillende taken voort voor het CIZ. Met deze bepaling worden eisen gesteld aan de personen die die taken voorbereiden. Vanwege de grote gevolgen die de beslissingen van het CIZ op grond van deze taken kunnen hebben op het leven van een cliënt is het belangrijk dat er in ieder geval een arts bij betrokken is. Voor andere cliënten kunnen nadere eisen worden gesteld bij ministeriële regeling.

Hiermee wordt ook aangesloten bij het proces dat het CIZ hanteert voor het voorbereiden van opnamebesluiten op basis van de Wbopz. Dat proces bestaat er gewoonlijk uit dat één onderzoeker een voorbereidende studie doet en vervolgens samen met een arts een conceptbesluit opstelt. Het CIZ neemt uiteindelijk zelf het besluit.

Dit proces blijkt in de praktijk goed te werken en met artikel 3.2 krijgen deze 'best practices' een juridische status. Mocht er op termijn toch behoefte zijn aan nadere uitwerking, dan biedt het tweede lid dus de mogelijkheid om dat in een ministeriële regeling te doen.

Artikel 4.1

Het eerste lid van artikel 4.1 sluit aan bij artikel 5(1) onder e en f van de AVG, waarin is geregeld dat passende technische of organisatorische maatregelen moeten worden genomen zodat de

gegevensverwerking is beschermd tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging. Soortgelijke voorwaarden staan eveneens in het huidige artikel 13 Wbp. Het voorgestelde artikel 4.1, eerste lid, van onderhavig besluit biedt het uitgangspunt voor het tweede lid, waarin wordt geregeld wat ten minste van de verwerkingsverantwoordelijke wordt verwacht om te voldoen aan de eisen uit het eerste lid. De term voorzieningen dient breed te worden opgevat en omvat maatregelen, praktische handelingen en procedures.

Het derde lid eist dat verwerkingsverantwoordelijke gegevensverwerkingen zodanig inrichten dat die verwerkingsverantwoordelijke kunnen voldoen aan de verplichtingen tot het verstrekken van gegevens die volgen uit de Wzd. Het verstrekken van gegevens omvat het bekend maken door middel van doorzending, verspreiden of het op andere wijze en het ter beschikking stellen van gegevens, naar analogie van de definitie van het verwerken van persoonsgegevens in artikel 4 (2) van de AVG (en de definitie van het verstrekken van persoonsgegevens in artikel 1, onderdeel n, van de Wbp). Voor de duidelijkheid: in dit lid wordt gesproken van 'gegevens'. Dat is dus ruimer dan 'persoonsgegevens' en omvat daarmee ook de in artikel 18 van de wet bedoelde analyse, die aan de IGZ moet worden gestuurd.

Wat betreft de 'tijdigheid': de Wzd stelt niet steeds concrete termijnen, maar vanwege het doel van de verstrekking – beslissen over gedwongen zorg t.a.v. een persoon voor wie ernstig nadeel dreigt – zal verstrekking op zo kort mogelijke termijn vaak nodig zijn. Het is dus van belang dat de inrichting van alle gegevensverwerkingen zodanig is dat de termijnen waar nodig zo kort mogelijk zijn.

In het vierde lid wordt de mogelijkheid gegeven om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de uitvoering van de eerste drie leden. Daarbij is het mogelijk te differentiëren naar onder meer verschillende gegevensverwerkingen (bijvoorbeeld toegespitst op bepaalde gegevensstromen of verwerkingsverantwoordelijken). Gedacht kan worden aan de eis dat een bij die ministeriële regeling aangewezen gegevensverwerking dient te voldoen aan een bij die regeling aangewezen NEN-norm dan wel dat een gegevensverwerking met het oog op tijdige en doelmatige verstrekking, op digitale wijze plaats moet vinden.

Artikel 4.2

Eerste en tweede lid

In artikel 17, eerste lid, van de wet zijn gegevens opgesomd die de zorgaanbieder beschikbaar moet houden ten behoeve van het toezicht door de IGZ. Volgens het tweede lid van artikel 17 van de wet moet de zorgaanbieder ten minste eens per zes maanden een digitaal overzicht van die gegevens aan de IGZ verstrekken. Bij of krachtens amvb kan worden bepaald dat deze gegevens bij een door de minister aan te wijzen instantie worden aangeleverd. Daarnaast kunnen bij of krachtens amvb regels worden gesteld over de wijze van verstrekken.

In het eerste en tweede lid wordt invulling gegeven aan de in artikel 17, tweede lid, van de wet beschreven constructie waarin door de minister een derde instantie wordt aangewezen waaraan de betrokken overzichten worden verstrekt en die de overzichten vervolgens verwerkt. Er wordt bepaald dat de overzichten door de zorgaanbieders digitaal verstrekt moeten worden. Voorts wordt geregeld dat de overzichten verstrekt dienen te worden via een format dat bij ministeriële regeling wordt vastgesteld. Door dit format wordt bewerkstelligd dat alle zorgaanbieders op uniforme wijze gegevens aanleveren. Met deze uniforme wijze van aanleveren kan de aan te wijzen derde partij vervolgens voor de IGZ bruikbare overzichten maken. De IGZ heeft de aan te leveren gegevens nodig voor het risicogestuurde toezicht. Met alleen overzichten die aangeleverd worden door iedere zorgaanbieder, heeft de IGZ onvoldoende informatie om dit risicogestuurde toezicht vorm te geven. Het doel is dat de overzichten door de aan te wijzen derde instantie worden verwerkt tot geaggregeerde overzichten, niet alleen per zorgaanbieder maar ook bijvoorbeeld per categorieën van zorgaanbieders en per regio. Op die manier kunnen de gegevens goed benut worden voor het risicogestuurde toezicht. Bij ministeriële regeling zal worden geregeld hoe de geaggregeerde overzichten eruit moeten zien en zal ook worden bepaald voor welke categorieën van zorgaanbieders aparte overzichten zullen moeten worden gemaakt.

Persoonsgegevens

Afhankelijk van de wijze waarop de in artikel 17, tweede lid, Wzd bedoelde overzichten tot stand worden gebracht, kunnen de overzichten bijzondere persoonsgegevens bevatten. Uiteraard heeft het uit een oogpunt van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer de voorkeur dat de

overzichten geen (bijzondere) persoonsgegevens bevatten. Omdat nog niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat het mogelijk is de overzichten zodanig tot stand te brengen dat geen sprake is van (bijzondere) persoonsgegevens, wordt er in deze nota van uitgegaan dat wel (bijzondere) persoonsgegevens zullen worden verwerkt. Hieronder wordt daarom het inschakelen van een derde instantie voor het ontvangen en verwerken van de overzichten getoetst aan artikel 8 van het EVRM, de Grondwet en de AVG

EVRM

In artikel 4:2 van het onderhavige besluit wordt bepaald dat de in artikel 17, tweede lid, van de wet bedoelde overzichten niet aan de IGZ moeten worden gezonden maar aan een door de minister daartoe aangewezen instantie die de in die overzichten opgenomen gegevens vervolgens verwerkt. Het doel is dat de overzichten door die derde instantie worden verwerkt tot geaggregeerde overzichten, niet alleen per zorgaanbieder maar ook bijvoorbeeld per categorieën van zorgaanbieders en per regio. De gegevens die de zorgaanbieders daarvoor aan de derde instantie moeten aanleveren zullen goed vergelijkbaar moeten zijn; om die reden zal bij ministeriële regeling een format worden vastgesteld dat door alle zorgaanbieder moet worden gebruikt voor het aanleveren van de gegevens.

Ervan uitgaand dat de in de overzichten opgenomen overzichten (bijzondere) persoonsgegevens kunnen inhouden, wordt de keuze om deze in de wet voorgeschreven overzichten te laten aanleveren aan een derde instantie en ook door die derde instantie te laten verwerken, getoetst aan artikel 8, eerste lid, van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Dat artikel bepaalt dat een ieder recht heeft op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie. Het tweede lid van artikel 8 EVRM stelt dat beperking van dit recht op respect voor de persoonlijke levenssfeer alleen is toegestaan voor zover die:

- a) bij wet is voorzien,
- b) noodzakelijk is in een democratische samenleving en
- c) een geoorloofd, expliciet genoemd doel dient.

a) Bij de wet voorzien

Met het bepaalde in artikel 17 Wzd, juncto artikel 4:2 van dit besluit alsmede de daarop te baseren ministeriële regeling wordt aan deze voorwaarde voldaan. Artikel 8 EVRM en de daarop gebaseerde jurisprudentie stellen ook eisen aan de kwaliteit van de wettelijke regeling. Deze houden in dat de wettelijke regeling voor de burger voldoende toegankelijk en kenbaar moet zijn. De regeling moet voldoende precies zijn geformuleerd, zodat de burger vooraf kan weten onder welke omstandigheden en voorwaarden persoonsgegevens mogen worden verwerkt. De regeling moet bovendien waarborgen bieden tegen willekeurige inmenging van de overheid in het persoonlijke leven van de burger en tegen misbruik van bevoegdheid. Dit betekent dat de wet moet omschrijven in welke gevallen en voor welke doelen persoonsgegevens verwerkt mogen worden. Artikel 17, tweede lid, van de wet en de uitwerking daarvan in artikel 4.2 van dit besluit geven duidelijk aan voor welk doel de gegevens moeten worden verstrekt en mogen worden verwerkt. Dit doel is uitdrukkelijk bepaald in artikel 4.2, eerste lid, van dit besluit en is het risicogestuurd toezicht door de IGZ. Voorts zullen de in artikel 17, tweede lid, Wzd bedoelde overzichten uitsluitend de gegevens, bedoeld in het eerste lid van dat artikel mogen betreffen. Bij ministeriële regeling zal voorts een format worden vastgesteld, waarin exact wordt vastgelegd welke gegevens de zorgaanbieder ten behoeve van de toezicht moet verstrekken aan de door de minister aangewezen instantie. Op die wijze is voor een ieder inzichtelijk welke gegevens zullen worden verstrekt. Op grond van artikel 4.2, tweede lid, van dit besluit zal bij ministeriële regeling worden bepaald op welke wijze de in de overzichten opgenomen gegevens moeten worden verwerkt tot de voor het risicogestuurd toezicht noodzakelijke geaggregeerde overzichten. Ook zal in de ministeriële regeling worden bepaald binnen welke termijn de door de zorgaanbieder verstrekte gegevens door de aangewezen instantie moeten worden vernietigd (artikel 4.2, derde lid). Gezien artikel 17 AVG (artikel 10 van de Wbp) zullen onder andere persoonsgegevens gewist moeten worden zodra de persoonsgegevens niet meer noodzakelijk zijn voor het doel waarvoor zij zijn verstrekt. De in de ministeriële regeling op te nemen termijn zal hier uiteraard bij aansluiten.

b) Noodzakelijk in een democratische samenleving

Het begrip «noodzaak» vervult in het EVRM een belangrijke functie waar het gaat om de begrenzing van de kernbevoegdheden tot het verwerken, machtigen en verstrekken van gegevens. Het noodzaakcriterium wordt in de jurisprudentie van het Europese Hof voor de rechten van de mens (EHRM) nader ingevuld met de vereisten van een dringende maatschappelijke behoefte, proportionaliteit en subsidiariteit. Hieronder wordt aan deze vereisten getoetst.

– Er is sprake van een dringende maatschappelijke behoefte

De Wzd bevat regels over het verlenen van onvrijwillige zorg. Voor een goede naleving van deze wet is het noodzakelijk dat de IGZ op toereikende en doeltreffende wijze toezicht kan houden op de uitvoering van de wet en de daarop gebaseerde bepalingen. De IGZ zal in ieder geval toezicht houden op basis van een signaal of melding over een individuele casus of over een specifieke zorgaanbieder. Naast het toezicht naar aanleiding van signalen en meldingen over een individuele casus of een specifieke zorgaanbieder (incidententoezicht), houdt de IGZ ook risicogestuurd toezicht, waarbij proactief risico's in kwaliteit en veiligheid worden gedetecteerd.

In dit kader is van belang dat de IGZ naar verwachting van heel veel zorgaanbieders overzichten zal ontvangen die bovendien betrekking zullen hebben op veel meer dwangvormen dan onder de Wbopz. Tevens is van belang dat de IGZ zowel overzichten zal ontvangen op grond van de Wzd als op grond van de Wvggz (artikel 8:24, tweede lid, Wvggz). Verwacht wordt dat het aantal zorgaanbieders dat onder de reikwijdte van de Wzd valt aanzienlijk zal toenemen ten opzichte van het aantal zorgaanbieders dat onder de Wbopz valt. Verder zal ook de ambulante gedwongen zorg onder de beide wetten komen te vallen, terwijl de begrippen 'verplichte zorg' en 'onvrijwillige zorg' breder zijn gedefinieerd dan de vormen van gedwongen zorg die onder het bereik van de Wbopz vallen. Het toezichtsbereik van de IGZ zal hierdoor aanzienlijk worden uitgebreid, terwijl ook de te ontvangen informatie fors zal toenemen. Het is noodzakelijk dat de IGZ wat betreft het toezicht op de gedwongen zorg, haar capaciteit volledig inzet op haar primaire taak, namelijk het houden van toezicht en de handhaving ter zake en niet mede op het ontvangen van overzichten en het bewerken van die overzichten. Het verwerken van dergelijke hoeveelheden informatie vereist capaciteit en specifieke deskundigheid. Het is van groot belang dat een derde instantie hierin een faciliterende rol vervult. Om die reden is het noodzakelijk gebruik te maken van de in artikel 17, tweede lid, van de wet opgenomen grondslag om een derde instantie aan te wijzen waaraan de zorgaanbieders de betrokken overzichten moeten verstrekken, welke instantie vervolgens de overzichten verwerkt tot overzichten die door de IGZ direct gebruikt kunnen worden voor het risicogestuurde toezicht. Dit stelt de IGZ in staat om snel en doeltreffend risicogestuurd toezicht te houden. Het aanwijzen van een derde instantie voldoet daarmee aan een dringende maatschappelijke behoefte.

– De regeling voldoet aan de eis van proportionaliteit

Het proportionaliteitsbeginsel houdt in dat de inbreuk op de belangen van de cliënt door het verwerken van diens persoonsgegevens niet onevenredig mag zijn in verhouding tot het met de verwerking te dienen doel. Dit betekent dat er een redelijke verhouding moet bestaan tussen de zwaarte van de inmenging in de persoonlijke levenssfeer en het gewicht van het belang dat met de inmenging wordt gediend. Het belang van het aanwijzen van een derde instantie is dat dat noodzakelijk is om te borgen dat de IGZ op toereikende en doeltreffende wijze (risicogestuurd) toezicht kan houden.

De inbreuk die hiervoor worden gemaakt op de belangen van de cliënt is relatief gering. De gegevens die aan de door de minister aangewezen instantie moeten worden verstrekt, zouden hoe dan ook moeten worden verstrekt ten behoeve van het door de IGZ te houden toezicht. Op grond van artikel 4.2 van dit besluit dienen ze niet te worden verstrekt aan de IGZ, maar aan een door de minister aangewezen derde instantie. Een zodanige instantie zal alle noodzakelijke technische en organisatorische voorzieningen moeten treffen om de gegevens onder meer te beveiligen tegen verlies of aantasting en onbevoegde kennisneming en verstrekking. Dit is geregeld in artikel 4.1, eerste lid, van dit besluit. Een en ander is voorts nader uitgewerkt in artikel 4.1, tweede lid, waarin is bepaald wat zodanige voorzieningen in elk geval dienen in te houden. Dit moeten onder meer voorzieningen zijn met betrekking tot het personeel, voorzieningen met betrekking tot het beheer van de gegevens, waaronder voorzieningen gericht op de technische beveiliging tegen onbevoegde digitale toegang, alsmede voorzieningen voor het geval de geheimhouding van de vermelde gegevens is geschaad. Ook zal bij ministeriële regeling worden bepaald binnen welke termijn de door de zorgaanbieder verstrekte gegevens door de aangewezen instantie moeten worden vernietigd (artikel 4.2, derde lid). Voorts heeft de derde instantie een geheimhoudingsplicht op grond van artikel 2:5 van de Awb (overtreding daarvan kan op grond van artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht worden gesanctioneerd met een gevangenisstraf of boete). Daarnaast mag de aan te wijzen instantie de betreffende gegevens alleen gebruiken voor de in de wet en het Besluit beschreven doel. Mede gezien de door de betrokken instantie op grond van artikel 4.1 van het Besluit te treffen voorzieningen en de voor die instantie geldende geheimhoudingsplicht, staat de inmenging in het privéleven van de cliënt in een redelijke verhouding tot het zwaarwegende doel van de verwerking, te weten het in staat stellen van de IGZ om op toereikende en doeltreffende wijze risicogestuurd toezicht te houden op de naleving van de bepalingen van de Wzd.

– Er wordt voldaan aan de eis van subsidiariteit

Dit houdt in dat het doel waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt in redelijkheid niet op een andere, voor de bij de verwerking van persoonsgegevens betrokkene minder nadelige wijze kan worden verwezenlijkt. Zoals in het vorenstaande is opgemerkt, is het in verband met de forse uitbreiding van het toezichtbereik van de IGZ alsmede de grote toename van de te ontvangen informatie over gedwongen zorg, noodzakelijk dat de IGZ haar capaciteit volledig inzet op het houden van toezicht en handhaving van de Wzd en de Wvvggz, en dat het ontvangen van overzichten alsmede het bewerken daarvan door een andere instantie plaatsvindt.

Er is op dit moment geen minder ingrijpende manier om een toereikend en doeltreffend risicogestuurd toezicht te bewerkstelligen. Ook een constructie waarin de overzichten eerst naar de IGZ worden gestuurd en vervolgens door de IGZ worden doorgestuurd naar de andere instantie, wordt niet gezien als een minder ingrijpende manier, aangezien ook in dat geval dezelfde gegevens naar de derde instantie worden gezonden en door die derde instantie moeten worden verwerkt. Sterker nog, in dat geval is een extra gegevensverwerking nodig, waardoor de kans op fouten toeneemt en de veiligheid afneemt. Daarbij zorgt deze constructie enkel voor meer lasten voor de IGZ, terwijl geen sprake is van een geringere inmenging in het privéleven.

c) Een geoorloofd, expliciet doel

Artikel 8, tweede lid, van het EVRM, stelt als legitimiteitsgrond dat een inmenging in het privéleven uitsluitend mag geschieden binnen de kaders van de limitatief in artikel 8, tweede lid, van het EVRM, opgesomde belangen. Onder deze belangen vallen onder meer de bescherming van de gezondheid. Het toepassing geven aan de in artikel 17, tweede lid, van de wet opgenomen mogelijkheid om een instantie aan te wijzen voor het ontvangen en bewerken van de in dat artikellid bedoelde overzichten is noodzakelijk voor het op toereikende en doeltreffende wijze (risicogestuurd) toezicht houden door de IGZ op de naleving van de bij of krachtens de Wzd gestelde bepalingen. Dit toezicht is van groot belang voor de bescherming van de gezondheid van degenen die onder de reikwijdte van deze wet vallen. Artikel 4.2 van dit besluit heeft dus een legitiem doel in de zin van artikel 8, tweede lid, van de EVRM.

Grondwet en AVG

De verwerking van persoonsgegevens kan een onaanvaardbare inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen met zich meebrengen. In artikel 10 van de Grondwet is uitdrukkelijk bepaald dat de wet regels moet stellen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer in verband met het vastleggen en verstrekken van persoonsgegevens. Daarnaast kent de AVG regels over de verwerking van persoonsgegevens in verband met de bescherming van natuurlijke personen. De AVG bevat algemene normen voor een zorgvuldige verwerking van persoonsgegevens. Zo moeten persoonsgegevens worden verwerkt op een wijze die ten aanzien van de betrokkene rechtmatig, behoorlijk en transparant is.

In artikel 6 van de AVG is een limitatieve opsomming opgenomen van de gronden die verwerking van persoonsgegevens rechtvaardigen. Verwerking van persoonsgegevens is onder meer mogelijk indien de betrokkene daarvoor zijn ondubbelzinnige toestemming heeft verleend. Er kan niet van worden uitgegaan dat personen aan wie gedwongen zorg wordt verleend - ondubbelzinnig - toestemming zullen verlenen om die gegevens te verstrekken. De betrokken personen zijn op dat moment ook vaak wilsonbekwaam. Gezien het grote belang van het toezicht door de IGZ, zal dan ook een andere rechtvaardiging nodig zijn. Die rechtvaardiging kan worden gevonden in artikel 6 (1) onder e; de gegevensverwerking is noodzakelijk voor de goede vervulling van een taak van algemeen belang. Zoals reeds is opgemerkt in de toets aan het EVRM is het voor de goede vervulling van de toezichthoudende taak van de IGZ van groot belang dat de betrokken overzichten worden verstrekt aan en verwerkt door een door de minister daartoe aangewezen instantie.

Indien de in de betrokken overzichten herleidbaar zijn tot personen en dus persoonsgegevens zijn, zullen dit gezien de in artikel 17, eerste lid, van de Wzd genoemde gegevens, bijzondere categorieën van persoonsgegevens zijn. Aan het verwerken van zodanige gegevens worden in de AVG strenge eisen gesteld. Het zal daarbij gaan om persoonsgegevens betreffende diens gezondheid. In sommige gevallen kan het ook gaan om persoonsgegevens betreffende strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten, namelijk in geval van een beslissing als bedoeld in artikel 17, eerste lid, onderdeel f, van de Wzd.

Rechtvaardiging voor het verwerken van deze gegevens moet gevonden worden in de artikelen 9 en 10 AVG.

De rechtvaardiging van de verwerking van gegevens over iemands gezondheid wordt gevonden in artikel 9(1), onder g, van de AVG (23, eerste lid, onderdeel f, van de Wbp). Dit houdt in dat de

verwerking noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald. De rechtvaardiging van de verwerking van strafrechtelijke gegevens wordt gevonden in artikel 10 AVG (artikel 23, eerste lid, onderdeel f, van de Wbp). In de toets aan het EVRM is gemotiveerd waarom de onderhavige gegevensverwerking noodzakelijk is met het oog op het zwaarwegende algemeen belang van een toereikend en doeltreffend (risicogestuurd) toezicht door de IGZ op de naleving van de Wzd. De waarborgen die daarbij worden gesteld, zijn hierboven vermeld in het kader van de toets aan de proportionaliteit. Tot slot is onder het kopje 'Bij de wet voorzien' aangegeven dat de gegevensverwerking is gebaseerd op artikel 17, tweede lid, van de Wzd en artikel 4.2 van het onderhavige besluit. Daarbij is ook betoogd dat zal worden geborgd dat de wettelijke regeling omtrent de betrokken gegevensverwerking voor de burger voldoende toegankelijk en kenbaar zal zijn.

Derde lid

Het derde lid regelt dat bij ministeriële regeling regels worden gesteld over de bewaartermijn van de aangeleverde gegevens bij de derde instantie. Omdat de aan te leveren gegevens mede persoonsgegevens kunnen bevatten, mogen de gegevens niet langer worden bewaard dan noodzakelijk voor de doeleinden waarvoor zij zijn verzameld of verwerkt. Door de bij ministeriële regeling te stellen regels zal dit worden geborgd.

Vierde lid

Het vierde lid geeft de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de wijze van verstrekken en de wijze van verwerken van de overzichten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan nadere regels over de digitale wijze waarop de overzichten verstrekt moeten worden, de momenten waarop de overzichten uiterlijk bij de derde instantie aanwezig moeten zijn, de periode waarop die overzichten betrekking moeten hebben en de frequentie van aanlevering van de overzichten.

Artikel 5.1

Artikel 5.1 betreft de samenstelling van de klachtencommissie. In dit artikel is aangesloten bij de eisen van artikel 4, tweede lid, van het Besluit klachtenbehandeling Bopz, met dien verstande dat het onderhavige artikel is toegespitst op de Wzd en qua terminologie is geactualiseerd. Zo is de verouderde term 'verpleeghuisarts' vervangen door de actuele term 'specialist ouderengeneeskunde'. Die term is in 2009 aangepast omdat 'verpleeghuisartsen' steeds vaker ook buiten het verpleeghuis werkten.

Daarnaast is de arts verstandelijk gehandicapten toegevoegd omdat deze beroepsgroep veel expertise heeft op het terrein van de problematiek van verstandelijk gehandicapten.

Artikel 5.2

In dit artikel is bepaald dat de klachtencommissie aan de klager een ontvangstbewijs van de klacht moet sturen, waarin de ontvangstdatum is vermeld. De redenen hiervoor zijn tweeledig. In de eerste plaats is het voor de klager van belang te weten dat een klacht in goede orde is ontvangen en dus door de klachtencommissie in behandeling wordt genomen. Daarnaast is door het vastleggen van de ontvangstdatum duidelijk op welke datum de beslistermijn, bedoeld in artikel 56a, tweede lid, van de wet, is aangevangen. Deze termijn is immers gekoppeld aan de datum van ontvangst van de klacht. Met een ontvangstbevestiging, waarin de datum van ontvangst wordt vermeld, is het voor de klager duidelijk wanneer hij uiterlijk een beslissing mag verwachten.

Artikel 6.1

Artikel 57, vierde lid, van de wet vereist nadere regels met betrekking tot de deskundigheid van de cliëntenvertrouwenspersoon, de onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder en het indicatieorgaan en de taken en bevoegdheden van de cliëntenvertrouwenspersoon.

Artikel 6.1 bevat eisen ten aanzien van de deskundigheid waarover een cliëntenvertrouwenspersoon moet beschikken. Om zijn werk goed te kunnen doen, is het allereerst van groot belang dat de cliëntenvertrouwenspersoon de doelgroep van cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening goed kent. Hij moet ervaring hebben

met werkzaamheden waarvoor kennis is vereist van de specifieke zorgbehoeften van deze doelgroepen. Omdat cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening hun zorgbehoefte vaak zelf niet goed kunnen verwoorden, is het voorts van belang dat de cliëntenvertrouwenspersoon over kennis en ervaring beschikt om de 'vraag achter de vraag' te achterhalen en hij ervaring heeft met het toepassen van methoden voor vraag- en probleemherkenning. Tot slot zal een cliëntenvertrouwenspersoon ook aantoonbare ervaring moeten hebben met werkzaamheden die kennis vereisen van de rechten van personen aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend. Deze ervaring kan zijn opgedaan bij werkzaamheden voor de betrokken doelgroep, maar ook in het kader van werkzaamheden voor bijvoorbeeld patiënten met een psychiatrische stoornis.

In dit kader wordt opgemerkt dat, net als bij de Stichting Patiëntenvertrouwenspersonen, ook van de aanbieders van cliëntenvertrouwenspersonen wordt verwacht dat zij zorg dragen voor de noodzakelijke interne scholingen op onder andere het terrein van cliëntenrechten en de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Wet zorg en dwang.

Artikel 6.2

De onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder en de taken en bevoegdheden van de cliëntenvertrouwenspersoon worden onder meer uitgewerkt in het onderhavige artikel. Dat artikel bepaalt dat een cliëntenvertrouwenspersoon niet tegelijkertijd een klachtenfunctionaris in de zin van artikel 15 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg kan zijn.

De taken en verantwoordelijkheden van deze klachtenfunctionaris en de cliëntenvertrouwenspersoon overlappen elkaar gedeeltelijk: beide functionarissen kunnen patiënten op verzoek bijstaan, adviseren en begeleiden bij een klacht. Er bestaat echter ook een belangrijke verschil tussen beide functionarissen. De taken van de cliëntenvertrouwenspersoon zijn volledig gericht op het bieden van partijdige ondersteuning aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en op het opkomen voor de belangen van de cliënt. De klachtenfunctionaris heeft mede tot taak onpartijdig te bemiddelen tussen de klager enerzijds en de zorgaanbieder of medewerker van de zorgaanbieder anderzijds.

Doordat de klachtenfunctionaris niet vanuit zijn functie partijdig is voor de cliënt, zou een klachtenfunctionaris die ook cliëntenvertrouwenspersoon is, bij de cliënt twijfel kunnen opwekken over de vraag of de cliëntenvertrouwenspersoon zich volledig richt op de (partijdige) ondersteuning van de cliënt. Juist bij onvrijwillige zorg, waar er sprake kan zijn van een heftige inbreuk op de vrijheid of persoonlijke levenssfeer van mensen, mag er voor de cliënt en diens vertegenwoordiger immers geen enkele twijfel over bestaan dat degene die de cliënt bijstaat onvoorwaardelijk aan diens kant staat. Dit laat overigens onverlet dat, zoals beschreven in de brief aan de Tweede Kamer d.d. 12 september 2016 'Beleidsvisie organisatorische en financiële borging van de cliëntenvertrouwenspersoon in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten', dat de cliëntenvertrouwenspersoon over competenties moet beschikken om vanuit zijn partijdige gerichtheid op (de belangen van) de cliënt de verbinding te kunnen leggen met degenen met wie de belangen van de cliënt botsen, zodat problemen zo snel en zo laagdrempelig mogelijk kunnen worden opgelost.

De onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder wordt daarnaast gewaarborgd door de eis uit artikel 6.2, tweede lid, dat de cliëntenvertrouwenspersoon niet werkzaam mag zijn voor de zorgaanbieder of het CIZ. Dat houdt in dat hij niet in dienst mag zijn bij de zorgaanbieder of het CIZ en ook niet door deze partijen mag worden ingehuurd, bijvoorbeeld als zzp'er of op detacheringsbasis, terwijl er ook niet anderszins sprake mag zijn van een contractuele relatie tussen de zorgaanbieder dan wel het CIZ en de cliëntenvertrouwenspersoon. Wel is de zorgaanbieder ervoor verantwoordelijk dat 'zijn' cliënten een beroep kunnen doen op een cliëntenvertrouwenspersoon. In de Beleidsvisie van 12 september 2016 is gesteld dat de beschikbaarheid van de cliëntenvertrouwenspersoon op regionaal niveau wordt georganiseerd. In het Verslag van het schriftelijk overleg naar aanleiding van deze Beleidsvisie d.d. 21 maart 2017 wordt het model geschetst waarbij zorgkantoren namens de zorgaanbieders het benodigde vertrouwenswerk inkopen bij de beschikbare aanbieders van vertrouwenswerk.

Artikel 6.3

Omdat cliënten in de vg-sector en de pg-sector soms niet in staat zijn om zelf om advies en bijstand te vragen is het belangrijk dat de hulp die een cliëntenvertrouwenspersoon aan een cliënt kan bieden duidelijk zichtbaar is voor cliënten en hun naasten en vertegenwoordigers. Ook is het

van belang dat medewerkers van een zorgaanbieder goed op de hoogte zijn van de rol en de rechten van de cliëntenvertrouwenspersoon. Daarom bepaalt artikel 6.3 dat de cliëntenvertrouwenspersoon voorlichting moet geven aan de cliënten en hun vertegenwoordigers en aan de medewerkers van de zorgaanbieder over de aard en uitvoering van zijn taken. Dit kan hij bijvoorbeeld mondeling doen of door middel van het uitdelen van brochures of ander visueel materiaal aan huis of in de accommodatie waar de cliënt verblijft.

Het volgt uit de rol van de cliëntenvertrouwenspersoon en de verhouding met de zorgaanbieder dat de zorgaanbieder de cliëntenvertrouwenspersoon alle ruimte dient te geven om voorlichting te kunnen geven.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,

Besluit van, houdende vaststelling van het Besluit forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen van enige andere regelingen (Besluit forensische zorg)

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Justitie en Veiligheid van 2017, nr. gedaan mede namens onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Gelet op de artikelen 1.1, tweede lid, 2.6, derde tot en met het zesde lid, 2.7, 3.5, 4.2, 5.3, eerste en derde lid, 6.10a, vijfde lid en artikel 6.11 van de Wet forensische zorg en artikel 37, eerste lid, van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, advies van ... 2017, nr. ...; Gezien het nader rapport van Onze Minister van Justitie en Veiligheid van, uitgebracht mede namens Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

Hebben goed gevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1. BEGRIPSBEPALINGEN

Artikel 1.1

In dit besluit wordt verstaan onder:

- de wet: de Wet forensische zorg;
- organisatorische eenheid: een in bouwkundig opzicht herkenbare eenheid van een instelling;
- persoonsgegevens: persoonsgegevens als bedoeld in artikel 4 (1) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- verwerker: verwerker als bedoeld in artikel 4 (8) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- verwerkingsverantwoordelijke: verwerkingsverantwoordelijke als bedoeld in artikel 4 (7) van de Algemene verordening gegevensbescherming.

Artikel 1.2

Onze Minister kan andere vormen van zorg aanmerken als forensische zorg, bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de wet, dan wel daarvan uitsluiten.

HOOFDSTUK 2. GEGEVENSVERWERKING EN TOEZICHT

Artikel 2.1

Indien het strafrechtssketennummer van de forensische patiënt ontbreekt, geldt bij

verstrekking van gegevens, bedoeld in artikel 2.6, derde lid, van de wet en verwerking van gegevens, bedoeld in artikel 2.6, vierde lid, van de wet, het burgerservicenummer of het vreemdelingennummer als persoonsidentificerend nummer.

Artikel 2.2

1. De gegevens, bedoeld in artikel 2.6, vijfde lid, van de wet, die het openbaar ministerie aan de reclassering ten behoeve van de begeleiding en het toezicht op de forensische zorg verstrekt zijn dan wel hebben betrekking op:

- a. de ten uitvoer te leggen straffen en maatregelen;
- b. de periode waarin het toezicht dient te worden uitgevoerd;
- c. het parketnummer;
- d. de dadelijke uitvoerbaarheid van de straffen en maatregelen;
- e. de ingangsdatum van het toezicht;
- f. de beschikbaarheid van een persoonsdossier;
- g. de beschikbaarheid van uitvoeringsopdrachten;
- h. de wijziging van de uitvoeringsopdracht;
- i. de begin- en einddatum van de proeftijd;
- j. de begin- en einddatum van de opschorting van de proeftijd;
- k. de aanhouding van de veroordeelde;
- l. onregelmatigheden of voor het toezicht relevante voorvallen.

2. De gegevens, bedoeld in artikel 2.6, vijfde lid, van de wet, die het openbaar ministerie aan de reclassering kan verstrekken indien dat noodzakelijk is ten behoeve van de begeleiding en het toezicht op de forensische zorg, zijn of kunnen afkomstig zijn uit:

- a. het proces-verbaal
- b. het advies van het openbaar ministerie;
- c. het reclasseringsadvies;
- d. overwegingen van de rechter inzake de tenuitvoerlegging;
- e. (een extract van) de strafbeslissing;
- f. de Pro Justitia rapportage.

Artikel 2.3

1. De gegevens betreffende de behandeltrouw, bedoeld in artikel 2.6, zesde lid, van de wet, die de zorgaanbieder aan het openbaar ministerie dan wel de reclasseringsinstelling verstrekt, zijn dan wel hebben betrekking op:

- a. de constatering of het vermoeden van een overtreding van een voorwaarde die in de strafbeslissing is opgelegd;
- b. de aanwijzing dat ernstig gevaar dreigt vanwege de forensisch patiënt;
- c. de data dat aan de forensische patiënt zorg is verleend, dan wel afwezig of te laat was;
- d. de medewerking van de forensische patiënt aan de verleende forensische zorg, met inbegrip van:
 - de naleving van behandelafspraken;
 - het weigeren van voorgeschreven medicatie tegen het advies van de behandelaar in, voor zo ver dit van invloed is op het recidiverisico;
 - de mate van motivatie voor behandeling;
 - de beëindiging van de behandeling;
- e. omstandigheden die een signaal vormen voor verhoogd risico op recidive.

2. De zorgaanbieder die forensische zorg verleent aan een forensisch patiënt, die buiten de instelling voor de verpleging van ter beschikking gestelden of penitentiaire inrichting verblijft bij welke de algemene verantwoordelijkheid ligt voor de tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel, verstrekt de gegevens bedoeld in het eerste lid aan die instelling of penitentiaire inrichting dan wel aan de reclasseringsinstelling.

Artikel 2.4

Het openbaar ministerie verstrekt door tussenkomst van Onze Minister aan de zorgaanbieder de noodzakelijke gegevens uit het strafdossier ten behoeve van de verpleging en behandeling van een ter beschikking gestelde aan wie een bevel tot

verpleging van overheidswege is gegeven. Deze gegevens betreffen in ieder geval:

- a. een extract van de strafbeslissing;
- b. de strafbeslissingen;
- c. akte van betekening;
- d. Pro Justitia rapportages;
- e. overige rapportages ten behoeve van de maatregel ter beschikking stelling.

Artikel 2.5

1. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet treft de nodige voorzieningen van technische en organisatorische aard teneinde te borgen dat persoonsgegevens zijn beveiligd tegen:

- a. verlies of aantasting;
- b. onbevoegde kennisneming, opnemning, wijziging, verwijdering of verstrekking.

2. De voorzieningen, bedoeld in het eerste lid, omvatten ten minste:

- a. voorzieningen met betrekking tot personen die werkzaam zijn voor de verwerkingsverantwoordelijke of de verwerker;
- b. voorzieningen met betrekking tot het beheer van de gegevens, waaronder voorzieningen gericht op de technische beveiliging tegen onbevoegde digitale toegang tot de persoonsgegevens ingeval van digitale gegevensverwerking;
- c. voorzieningen voor het geval de geheimhouding van de vermelde gegevens is geschaad;
- d. voorzieningen ter voorkoming van informatiebeveiligingsincidenten en het afhandelen daarvan.
- e. voorzieningen gericht op het veilig verstrekken van persoonsgegevens.

3. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet draagt zorg voor een zodanige inrichting van die gegevensverwerking dat wordt geborgd dat de verstrekking van gegevens die voortvloeit uit de wet doelmatig en tijdig plaats kan vinden en dat de te verstrekken gegevens actueel, juist en volledig zijn.

4. Over de uitvoering van het eerste, tweede of derde lid, kunnen bij regeling van Onze Minister nadere regels worden gesteld.

5. Bij regeling van Onze Minister worden regels gesteld over:

- a. de wijze waarop de gegevens, bedoeld in artikel 2.6 van de wet, worden verstrekt en verder worden verwerkt;
- b. de technische standaarden volgens welke gegevensverwerking plaatsvindt.

Artikel 2.6

De reclasseringsinstelling en de zorgaanbieder kunnen gegevens en bescheiden aan een ander verstrekken voor zover dit noodzakelijk is met het oog op wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden, indien:

- a. het onderzoek voorziet in zodanige waarborgen dat de persoonlijke levenssfeer van betrokkene niet wordt geschaad,
- b. het onderzoek een zwaarwegend algemeen belang dient, en
- c. betrokkene niet uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt tegen verstrekking van zijn persoonsgegevens.

Artikel 2.7

1. Onze Minister kan gegevens verwerken die betrekking hebben op forensische zorg teneinde een zorgvuldig en samenhangend beleid ter zake te kunnen voeren en de stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen.

2. De zorgaanbieder die forensische zorg verleent, hoofd van de instelling of directeur van de inrichting waar forensische zorg wordt verleend en de reclasseringsinstelling verstrekken desgevraagd en kosteloos gegevens aan Onze Minister ten behoeve van de verwerking, bedoeld in het eerste lid.

3. De gegevens, bedoeld in het eerste en tweede lid, kunnen persoonsgegevens zijn, inclusief het burgerservicenummer, voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn voor de taak, bedoeld in het eerste lid.

4. De gegevens, bedoeld in het eerste lid, worden niet verwerkt voor andere doeleinden

dan aldaar bedoeld en worden daar waar mogelijk verwerkt op een wijze die waarborgt dat zij niet tot een persoon herleidbaar zijn.

5. Bij regeling van Onze Minister kunnen regels worden gesteld omtrent de inhoud van de gegevens, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, de wijze waarop de verwerking en de verstrekking plaatsvindt, de tijdvakken waarop de gegevens die worden verwerkt betrekking hebben en de tijdstippen waarop de gegevens verstrekt dienen te worden.

6. Bij regeling van Onze Minister kan worden bepaald dat deze gegevens in plaats van aan Onze Minister op een door Onze Minister aangewezen wijze verstrekt worden aan en verwerkt worden door een door Onze Minister aan te wijzen instantie.

Artikel 2.8

Bij regeling van Onze minister worden regels gesteld over het uit te oefenen toezicht, als bedoeld in artikel 2.4, tweede lid, van de wet.

HOOFDSTUK 3. INSTELLINGEN

Artikel 3.1

1. Een aanvraag tot aanwijzing als private instelling voor forensische zorg, bedoeld in artikel 3.2, eerste lid, van de Wet wordt bij Onze Minister ingediend. Onze Minister stelt een model voor de aanvraag vast.

2. Bij de aanvraag worden de volgende bescheiden overgelegd:

- a. de toelating als bedoeld in artikel 5, eerste lid van de Wet toelating zorginstellingen;
- b. de statuten of reglementen van de rechtspersoon die de private instelling beheert;
- c. de door Onze Minister verlangde gegevens over de bouwkundige voorzieningen die van belang zijn voor de beoordeling van de veiligheid binnen de instelling en de maatschappelijke veiligheid daarbuiten;
- d. de door Onze Minister verlangde gegevens over de personele en materiële toerusting die van belang zijn voor de beoordeling van de geschiktheid van de instelling.

3. Onze Minister bepaalt in de aanwijzing dat de private instelling in het bijzonder is bestemd voor de verpleging van ter beschikking gestelden, indien minimaal vijfenzeventig procent van de zorgplaatsen in de instelling of de organisatorische eenheid bestemd is voor de verpleging van personen aan wie de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd.

4. Een aanwijzing voor de verpleging van ter beschikking gestelden krachtens artikel 37d, eerste lid, onder a, in samenhang met artikel 90quinquies, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht en artikel 2 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden, zoals deze luiden voor het tijdstip van inwerkingtreding van de wet, wordt op het tijdstip van inwerkingtreding van dit besluit voor een periode van vier jaar aangemerkt als een aanwijzing dat de private instelling of de organisatorische eenheid in het bijzonder bestemd is voor de verpleging van ter beschikking gestelden krachtens artikel 3.3, eerste lid, van de wet.

Artikel 3.2

1. De aanwijzing als private instelling wordt door Onze Minister opgeschort of ingetrokken:

- a. op verzoek van de rechtspersoon die de private instelling beheert;

b. indien de beveiliging dan wel de personele of materiële toerusting van de instelling, bedoeld in artikel 3.1, niet meer voldoet aan de eisen die daaraan naar het oordeel van Onze Minister moeten worden gesteld.

2. De aanwijzing als private instelling kan door Onze Minister worden opgeschort of ingetrokken, indien de rechtspersoon die de private instelling beheert heeft gehandeld in strijd met de toepasselijke wet- en regelgeving.

3. De aanwijzing als private instelling kan door Onze Minister worden opgeschort of ingetrokken, na beëindiging van de contractuele afspraken met de rechtspersoon die de private instelling beheert.

Artikel 3.3

1. Onze Minister stelt eisen aan de beveiliging van de private instelling.

2. De zorgaanbieder stelt een integraal beveiligingsplan op.

3. Onze Minister stelt eisen aan de bouwkundige staat van de private instelling.

4. Onze Minister controleert periodiek of naar aanleiding van belangrijke voorvallen of de beveiliging en de bouwkundige staat van de private instelling aan de gestelde eisen voldoen.

Artikel 3.4

1. Het hoofd van de instelling waar een ter beschikking gestelde is geplaatst houdt aantekeningen, bedoeld in artikel 509o, tweede lid, onder 2^o, van het Wetboek van Strafvordering, omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van ter beschikking gestelden die van overheidswege worden verpleegd.

2. De aantekeningen bevatten in elk geval:

a. zo volledig mogelijke gegevens betreffende de afkomst en het verleden van de ter beschikking gestelde;

b. gegevens omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid bij binnenkomst;

c. gegevens omtrent de ontwikkelingen gedurende de verpleging;

d. gegevens omtrent belangrijke voorvallen gedurende de verpleging.

3. Onze Minister stelt het model voor de aantekeningen vast.

Artikel 3.5

1. Het hoofd van de private instelling met een bijzondere aanwijzing als bedoeld in artikel 3.3, eerste lid, van de wet en het hoofd van de rijksinstelling houden aantekening van de beslissingen tot beperking van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam van de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde, genoemd in de artikelen 24 tot en met 28 en 30, alsmede van de beslissingen tot afzondering of separatie, genoemd in artikel 34, en van elke strafoplegging genoemd in artikel 49 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

2. De aantekening bevat in elk geval:

a. de personalia van de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde;

b. de aard van de genomen beslissing;

c. de omstandigheden die aanleiding gaven tot het nemen van de beslissing;

d. de diagnose, voor zover de beslissing wordt genomen ter afwending van ernstig nadeel dat voortvloeit uit de psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap van de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde;

e. indien de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde zich tegen de beslissing heeft verzet, een mededeling daarvan.

3. Onze Minister stelt het model voor de aantekeningen vast.

Artikel 3.6

1 Het hoofd van de private instelling met een aanwijzing bedoeld in artikel 3.3, eerste lid, van de wet en het hoofd van de rijksinstelling kunnen de uitoefening van een bij of krachtens de Wet forensische zorg of de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden gestelde bevoegdheid of de naleving van een bij of krachtens de wet gestelde plicht, met uitzondering van de bevoegdheden en plichten genoemd in het tweede en derde lid en in het eerste lid van artikel 3.4 van de Wet forensische zorg, overdragen aan personeelsleden of medewerkers.

2. Voor zover in de wet niet anders wordt bepaald, zijn aan het hoofd van de instelling voorbehouden:

a. de beslissingen met betrekking tot plaatsing of voortzetting van het verblijf op een afdeling van intensieve zorg als bedoeld in artikel 32 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden;

b. de separatie of de verlenging van de separatie als bedoeld in artikel 34 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden;

c. een beperking van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam als bedoeld in de artikelen 25 tot en met 28 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden;

d. de beslissing tot het verrichten van geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 16b, onder a of b, van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden;

e. de beslissingen met betrekking tot de onderbrenging van een kind in de instelling als bedoeld in artikel 47 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden;

f. de beslissingen met betrekking tot disciplinaire straffen als bedoeld in de artikelen 48 en 49 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

3. Aan het hoofd van de instelling zijn voorbehouden:

a. de beslissingen met betrekking tot het verlof en proefverlof als bedoeld in artikel 50, onderscheidenlijk artikel 51 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden;

b. de hoorplicht als bedoeld in artikel 53 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en de mededelingsplicht als bedoeld in artikel 54 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, voor zover het hoofd van de instelling de desbetreffende beslissing zelf neemt onderscheidenlijk heeft genomen.

Artikel 3.7

Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de eisen omtrent het beheer van de rijksinstellingen, de huisvesting van forensische patiënten en het aantekenen van andere belangrijke voorvallen omtrent de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde en kunnen nadere regels worden gesteld ten aanzien van de in dit hoofdstuk geregelde onderwerpen.

HOOFDSTUK 4. INKOOP

Artikel 4.1

1. Ingevolge artikel 4.1, eerste lid, van de wet, sluit Onze Minister schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders, als bedoeld in artikel 1.1, eerste lid, aanhef en onder o, van de wet. De instelling dient te beschikken over een aanwijzing als private instelling voor forensische zorg.
2. Onze Minister maakt voorafgaand aan de aanbesteding bekend volgens welke modellen hij aan zorgaanbieders overeenkomsten aanbiedt.
3. De overeenkomsten, bedoeld in het eerste lid, bevatten ten minste bepalingen over:
 - a. het tijdstip waarop de overeenkomst aanvangt, de duur van de overeenkomst en de tussentijdse beëindiging van de overeenkomst;
 - b. de aard, de kwaliteit, de doelmatigheid, de omvang, de prestaties en de prijs van de te verlenen forensische zorg;
 - c. de plaatsing, aanvang en continuïteit van de te verlenen forensische zorg;
 - d. de voorwaarden met het oog op de veiligheid van de samenleving, van de forensische patiënten en van het personeel en overige voorwaarden waaronder de overeengekomen zorg wordt geleverd;
 - e. de informatie die door de zorgaanbieder moet worden verstrekt in verband met het toezicht op de tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke titel en het door Onze Minister te voeren beleid, alsmede de gegevensverstrekking ten behoeve van onderzoek en statistieken;
 - f. de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen, waaronder in elk geval de eisen waaraan de registratie, de declaratie en betaling van de verleende forensische zorg moeten voldoen;
 - g. de controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder begrepen de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen;
 - h. niet nakoming van de overeenkomst en de wijze waarop geschillen worden beslecht.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de inhoud van de overeenkomsten.

HOOFDSTUK 5. INDICATIESTELLING

Artikel 5.1

In spoedeisende gevallen kan de officier van justitie in verband met de veiligheid van personen, goederen, of de algemene veiligheid gelasten dat forensische zorg wordt verleend alvorens een indicatiestelling is afgegeven en de strafrechtelijke titel is verleend. Onze Minister plaatst de forensische patiënt dan zonder indicatiestelling bij een zorgaanbieder. Er wordt zo spoedig mogelijk alsnog een indicatiestelling opgesteld.

Artikel 5.2

Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van artikel 5.1 en de termijnen waarbinnen de indicatiestellingen worden verricht en kunnen nadere regels worden gesteld ten aanzien van de organisaties die de indicatiestelling verrichten,

de deskundigheid van de personen die het onderzoek verrichten, de kwaliteit van de indicatiestellingen, het toezicht op de kwaliteitseisen die aan de indicatiestelling worden gesteld, de ontwikkeling en de implementatie van kwaliteitsinstrumenten, scholing, deskundigheidsbevordering en onderzoek en de procedure met betrekking tot de indicatiestelling en de daarbij te gebruiken modellen.

HOOFDSTUK 6. PLAATSING, OVERPLAATSING EN OVERBRENGING

Artikel 6.1

De plaatsing bij een zorgaanbieder bedoeld in artikel 6.1, eerste lid, van de wet, wordt door de Minister gedaan, dan wel namens deze, onder diens regie, volgens de bij ministeriële regeling te stellen nadere regels.

Artikel 6.2

1. Van een voor tenuitvoerlegging vatbare rechterlijke beslissing of strafbeschikking of een in het kader van de tenuitvoerlegging genomen beslissing waaruit voor de forensische patiënt een aanspraak op forensische zorg voortvloeit, doet het openbaar ministerie onverwijld mededeling aan Onze Minister, onder bijvoeging van de indicatiestelling.
2. Het plaatsingsbesluit, als bedoeld in artikel 6.1 van de wet, bevat een aanduiding van het beveiligingsniveau dat van toepassing is op de forensische patiënt. Tevens bevat het een aanduiding van welke aard categorale zorg, te weten psychiatrische zorg, verslavingszorg dan wel gehandicaptenzorg of psychogeriatrische zorg, van toepassing is. Voorts geeft het besluit aan bij welke zorgaanbieder en op welke behandellocatie behandeling zal plaatsvinden.
3. De beslissing van Onze Minister omtrent de plaatsing in een instelling die strekt tot de tenuitvoerlegging van de maatregel van terbeschikkingstelling met het bevel tot verpleging van overheidswege wordt door hem zo spoedig mogelijk medegedeeld aan de officier van justitie bij de rechtbank die in de eerste aanleg heeft kennis genomen van het misdrijf ter zake waarvan de maatregel van terbeschikkingstelling is gelast.

Artikel 6.3

1. Onze Minister kan, indien de omstandigheden zulks wenselijk maken, ambtshalve, op schriftelijk verzoek van het hoofd van de instelling waarin de forensische patiënt verblijft, dan wel op verzoek van de forensische patiënt zelf, of op verzoek van de toezichthoudende instantie, beslissen dat een forensische patiënt naar een andere instelling zal worden overgeplaatst of overgebracht. Bij deze beslissing betreft de Minister in ieder geval in zijn overwegingen:
 - a. de eisen die de bescherming van de maatschappij stelt in verband met het risico dat van de forensische patiënt uitgaat voor de veiligheid van anderen dan de forensische patiënt of de algemene veiligheid van personen of goederen;
 - b. de eisen die de behandeling van de forensische patiënt stelt gezien de aard van de bij hem geconstateerde psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap.

2. De overplaatsing of overbrenging van een forensische patiënt naar een andere zorgaanbieder geschiedt, door of vanwege Onze Minister, op basis van een gedagtekend plaatsingsbesluit. Het hoofd van de instelling stelt in dit geval een eindverslag op betreffende het verblijf, de behandeling en in voorkomende gevallen de verpleging van de forensische patiënt in diens instelling. Hij voegt dit toe aan het behandel dossier en draagt dit dossier over aan de nieuwe zorgaanbieder.
3. De beslissing van Onze Minister tot overplaatsing of overbrenging, bedoeld in het vorige lid, wordt zo spoedig mogelijk meegedeeld aan het hoofd van de instelling waarin de forensische patiënt verblijft en aan het hoofd van de instelling waarheen de forensische patiënt zal worden overgeplaatst of overgebracht.
4. Op de beslissing van Onze Minister, bedoeld in artikel 6.5, eerste, tweede of vierde lid, en artikel 6.7 van de wet is het vorige lid van overeenkomstige toepassing.

Artikel 6.4

1. Onze Minister kan beslissen dat het verblijf in de instelling op grond van artikel 13 of artikel 19 van het Wetboek van Strafrecht wordt beëindigd. Het hoofd van de instelling waarin de forensische patiënt is geplaatst, wordt hierover om advies gevraagd.
2. De plaatsing in een instelling aangewezen voor de verpleging van ter beschikking gestelden van een veroordeelde tot gevangenisstraf, die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd, geschiedt indien het ten uitvoer te leggen gedeelte van de gevangenisstraf is ondergaan.
3. In afwijking van het tweede lid kan Onze Minister bepalen dat de plaatsing op een eerder tijdstip plaatsvindt, indien:
 - a. er dringende medische redenen aanwezig zijn die plaatsing op een eerder tijdstip noodzakelijk maken;
 - b. de veroordeelde jonger is dan 23 jaar en plaatsing op een eerder tijdstip met het oog op zijn ontwikkeling noodzakelijk is;
 - c. het advies van de rechter, bedoeld in artikel 37b, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht, daartoe aanleiding geeft.
4. Ten aanzien van veroordeelden tot gevangenisstraf die tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege is opgelegd wordt zo spoedig mogelijk na het onherroepelijk worden van de rechterlijke uitspraak een plaatsingsbesluit genomen.
5. Ten aanzien van de in het tweede lid bedoelde veroordeelden vindt na het onherroepelijk worden van de rechterlijke uitspraak, een periodieke beoordeling plaats omtrent de noodzaak tot plaatsing in een instelling aangewezen voor de verpleging van ter beschikking gestelden.

Artikel 6.5

De genoemde elementen in artikel 2 van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling zijn van overeenkomstige toepassing op een meldcode, bedoeld in artikel 6.10a, van de wet.

Artikel 6.6

1. Indien de zorgaanbieder niet voldoet aan de verplichting tot opneming en verlening van de geïndiceerde forensische zorg en beveiliging, bedoeld in artikel 6.1, derde lid, van de Wet, kan Onze Minister bij een eerste overtreding een bestuurlijke boete van ten hoogste € 12.500 opleggen.
2. Bij een tweede overtreding binnen een periode van vijf jaar kan Onze Minister een bestuurlijke boete van ten hoogste € 25.000 opleggen.

Artikel 6.7

1. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld ten aanzien van de bestuurlijke boete, de plaatsing en overplaatsing van forensische patiënten en de wijze waarop het vervoer plaatsvindt, de overbrenging van forensische patiënten met het oog op de aanvang of voortzetting van de tenuitvoerlegging van de uitspraak of de beslissing en de te volgen procedure bij de ongeoorloofde afwezigheid van forensische patiënten.
2. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld omtrent de inhoud en wijze van melding bij ongeoorloofde afwezigheid van de forensische patiënt en andere bijzondere voorvallen, bedoeld in artikel 6.10 van de wet.

HOOFDSTUK 7. WIJZIGINGEN IN ANDERE REGELINGEN

PM Wordt nog aangevuld

PARAGRAAF 1. JUSTITIE EN VEILIGHEID

Artikel 7.1

Het Besluit justitiële en strafvorderlijke gegevens wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 17, derde lid, wordt ' het Interimbesluit forensische zorg' vervangen door: de Wet forensische zorg.

B

In artikel 46, onder e, wordt 'inrichting' vervangen door: instelling.

C

Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel b door een puntkomma, wordt aan artikel 47 een onderdeel toegevoegd, luidende:

- c. een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1.1, onder o, van de Wet forensische zorg ten behoeve van de te verlenen forensische zorg.

Artikel 7.2

De Penitentiaire maatregel wordt als volgt gewijzigd:

A

Hoofdstuk 9 vervalt.

Artikel 7.3

Het Reglement verpleging ter beschikking gestelden wordt als volgt gewijzigd:

A

Hoofdstuk 2 tot en met 4, 6 en 18 vervallen.

B

1. Het opschrift van hoofdstuk 7 komt te luiden:

Hoofdstuk 7. ONGEORLOOFDE AFWEZIGHEID, BIJZONDERE VOORVALLEN EN
TOELATING BEZOEK EN PERSONEEL

2. Na artikel 24 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 24a

Onze Minister kan bij ministeriële regeling nadere regels stellen aan instellingen, bedoeld in artikel 3.3, eerste lid, van de wet. Deze regels hebben met het oog op de veiligheid in de instelling en de naleving van de bij of krachtens de wet gegeven regels, betrekking op:

- a. de toelating en de weigering van bezoek aan die instellingen, en
- b. de toegang van personeel werkzaam bij die instellingen.

C

Het tweede lid van artikel 32 komt te luiden:

2. Na de in het eerste lid genoemde termijn worden de bescheiden, opgenomen in het verpleeggedossier, met uitzondering van de vingerafdrukken die overeenkomstig artikel 22, tweede lid, van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden zijn genomen, overeenkomstig de Archiefwet 1995 overgebracht naar een rijksarchiefbewaarpplaats of naar de algemene rijksarchiefbewaarpplaats.

PARAGRAAF 2. SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Artikel 7.4

In artikel 4, eerste lid, onder d, van het Besluit Wfsv wordt 'als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg' vervangen door: als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of in of krachtens een bij dat artikellid vastgestelde algemene maatregel van bestuur.

PARAGRAAF 3. VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Artikel 7.5

In artikel 6 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG wordt “forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg of in een krachtens artikel 3, vierde lid, van dat besluit vastgestelde ministeriële regeling” vervangen door: forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of in of krachtens een bij dat artikellid vastgestelde algemene maatregel van bestuur.

Artikel 7.6

In artikel 2.1, vierde lid, van het Besluit zorgverzekeringswet wordt ‘forensische zorg als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg’ vervangen door: forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of in of krachtens een bij dat artikellid vastgestelde algemene maatregel van bestuur.

Artikel 7.7

In artikel 2.3 van het Uitvoeringsbesluit WTZi wordt ‘forensische zorg als bedoeld in het Interimbesluit forensische zorg’ vervangen door: forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of in of krachtens een bij dat artikellid vastgestelde algemene maatregel van bestuur.

HOOFDSTUK 8 SLOTBEPALINGEN

Artikel 8.1

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen (hoofdstukken) of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 8.2

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit forensische zorg.

Nota van toelichting

Algemeen deel

Deze algemene maatregel van bestuur regelt diverse onderwerpen die betrekking hebben op het stelsel van forensische zorg, zoals dat in het wetsvoorstel Wet forensische zorg is neergelegd. Het gaat om de vervolmaking van een brede stelselwijziging, met regelingen die betrekking hebben op de forensische instellingen, de inkoop en financiering van forensische zorg, de indicatiestelling, de plaatsing en enkele andere onderwerpen die met de besturing en de zorgcontinuïteit samenhangen. Een aantal onderdelen van de beoogde werkwijze, te weten de inkoop, indicatiestelling en plaatsing, zijn reeds in de praktijk beproefd, omdat hiermee reeds sinds 1 januari 2011 ervaring wordt opgedaan op basis van het Interimbesluit forensische zorg. Deze ervaringen zijn meegenomen in het

onderhavige besluit. Het Interimbesluit forensische zorg komt met de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg te vervallen.

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, met inbegrip van psychogeriatrische zorg, die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere justitiële titel. De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding van de zorg door het Ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV). De verlening van forensische zorg vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de Minister van JenV.

Forensische zorg is gericht op de behandeling van stoornissen en beperkingen die aan delictgedrag ten grondslag liggen. Een kwalitatief goede behandeling kan het recidiverisico terugdringen. De Wet forensische zorg en het Besluit forensische zorg maken het mogelijk om justitiabelen met een zorgbehoefte te plaatsen op de juiste plek, zowel wat betreft hun zorgvraag als het vereiste beveiligingsniveau. Andere doelen van de Wet forensische zorg en het Besluit forensische zorg zijn het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, een goede aansluiting tussen de curatieve en de forensische zorg en het bieden van kwalitatief goede zorg, gericht op het vergroten van de veiligheid in de samenleving. Met het veld wordt continu gewerkt aan verdere verbetering van de kwaliteit van de forensische zorg. Denk in dit verband bijvoorbeeld aan de inspanningen van het kwaliteitsnetwerk forensische zorg (KFZ). De gehele forensische zorgsector is bij het programma KFZ betrokken vanuit de gedeelde wens om gezamenlijk te werken aan de ontwikkeling van kwaliteit en transparantie van de zorg en daarmee de positie van de sector te versterken.

De systematiek van dit besluit is dezelfde als die ten aanzien van het wetsvoorstel is gehanteerd. Dit besluit bestaat uit 8 hoofdstukken, die als volgt zijn ingedeeld.

Hoofdstuk 1

In dit hoofdstuk zijn de begripsbepalingen vastgelegd.

Hoofdstuk 2 Gegevensverwerking

Goede zorg voor de groep die zich op het grensvlak tussen straf en zorg bevindt vereist een goede samenwerking tussen instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor forensische zorg en een goede aansluiting tussen het straf- en het zorgdomein. Belangrijk element van die samenwerking is adequate informatie-uitwisseling. Artikel 2.6, eerste lid, van de wet bepaalt dat voor de verwerking van gegevens in verband met de indicatiestelling, de plaatsing van forensische patiënten bij zorgaanbieders, de verlening van forensische zorg, de declaratie en de betaling van de forensische zorg en het toezicht op de forensische zorg persoonsgegevens, waaronder bijzondere persoonsgegevens, worden verwerkt. De Minister van JenV, het openbaar ministerie, het orgaan voor de indicatiestelling, de reclassering en de zorgaanbieder verwerken op deze grond persoonsgegevens ten behoeve van deze doeleinden. Ingevolge artikel 2.7, onder a, van de wet wordt in lagere regelgeving bepaald tot welke gegevens

de verplichting in artikel 2.6 zich in ieder geval uitstrekt. De artikelen 2.1. tot en met 2.4 van het besluit bepalen welke gegevens de in de wet genoemde partijen kunnen of moeten uitwisselen.

De bepalingen over gegevensverwerking staan niet geheel op zichzelf. Deze moeten in samenhang worden gezien met andere relevante wetgeving die betrekking heeft op de verwerking van persoonsgegevens, waaronder de verwerking van gegevens over de gezondheid en gegevens van strafrechtelijke aard. De bepalingen in de Wet forensische zorg en onderhavig besluit geven immers niet alle regels ten aanzien van de bescherming van persoonsgegevens bij zorgverlening in een strafrechtelijk kader. In dit verband wordt gewezen op Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming, hierna: AVG). Voor het verwerken van bijzondere categorieën van persoonsgegevens zoals de gegevens over iemands gezondheid stelt de AVG in artikel 9 nadere voorwaarden. Voor het verwerken van strafrechtelijke gegevens geeft artikel 10 AVG nadere voorwaarden. Kort weergegeven volgt uit de AVG dat verwerking van bijzondere persoonsgegevens verboden is, tenzij een uitzondering geldt. Verwerking van bijzondere persoonsgegevens is onder meer toegestaan wanneer dit noodzakelijk is vanwege een zwaarwegend belang en daar een wettelijke grondslag voor is. Gegevens over strafrechtelijke veroordelingen en strafbare feiten mogen alleen onder toezicht van de overheid worden verwerkt of op grond van de wet. De AVG laat dus ruimte voor de nationale wetgever om uitzonderingen op de verordening of elementen van de verordening in de nationale wetgeving op te nemen. De rechtsbasis kan gelegen zijn in een sectorspecifieke wet zoals in de Wet forensische zorg, of in een algemene regeling voor afwijking van het verbod in de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensverwerking (hierna: UAVG). Voor verwerking van gegevens over gezondheid is in artikel 23 UAVG gebruik gemaakt van de hiervoor beschreven ruimte, voor verwerkingen van strafrechtelijke gegevens in artikel 31 UAVG. Verstrekkingen van gegevens over gezondheid of strafrechtelijke aard die voorheen hun rechtsgrond in de Wbp vonden, vinden deze nu in de UAVG.

Verstrekkingen van gegevens van strafrechtelijke aard vallen daarnaast voor een deel als verstrekking van justitiële of strafvorderlijke gegevens onder de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (hierna: Wjsg). Voor de rechtmatigheid van de verstrekking is het in dat geval noodzakelijk dat een grondslag bestaat in de Wjsg. Op grond van artikel 9 Wjsg kunnen in het Besluit justitiële en strafvorderlijke gegevens (hierna: Bjsjg) organisaties worden aangewezen als instanties aan wie justitiële gegevens kunnen worden verstrekt. In artikel 17, derde lid van het Bjsjg is de grondslag voor de verstrekking van justitiële gegevens aan zorgaanbieders voor de uitvoering van forensische zorg. Voor die uitvoering is het noodzakelijk gebleken dat de zorgaanbieder ook beschikt over gegevens die zijn verzameld in verband met berechting, tenuitvoerlegging van opgelegde straf of reclassering, zoals de pro Justitia rapportages en de rapporten van de reclassering. Dergelijke rapporten vallen in de Wjsg onder de regeling van het persoonsdossier (artikelen 1 en 40 tot en met 51 Wjsg). Met een wijziging van artikel 47 van het Bjsjg wordt geregeld dat deze gegevens worden verstrekt aan de zorgaanbieder die forensische zorg verleent. Gegevens die het openbaar ministerie in een strafdossier verwerkt zijn op grond van de Wjsg strafvorderlijke gegevens. Op grond van artikel 39e, onder g, van de Wjsg kan het openbaar ministerie verstrekken aan instanties die belast zijn met de tenuitvoerlegging van rechterlijke beslissingen of vrijheidsbenemende maatregelen die gegevens. Artikel 2.4 van dit besluit is een aanvulling hierop. Dat artikel bepaalt welke gegevens het openbaar ministerie, via de Minister van JenV, in ieder geval verstrekt aan de tbs-instelling die belast is met de tenuitvoerlegging van de vrijheidsbenemende maatregel.

Artikel 2.5 stelt regels over de wijze waarop de gegevensverwerkingen die voortvloeien uit deze wet worden ingericht en met aanvullende waarborgen worden omkleed.

Artikelen 2.6 regelt de gegevensverstrekking voor wetenschappelijk of historisch onderzoek of statistische doeleinden. Artikel 2.7 biedt de regels en waarborgen voor gegevensverwerking met als doel beleidsinformatie. Bij deze bepalingen is zo veel mogelijk aangesloten bij de bepalingen hieromtrent in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de op die wet gebaseerde algemene maatregel van bestuur.

Hoofdstuk 3. Instellingen

Hoofdstuk 3 van dit besluit heeft evenals hoofdstuk 3 van de wet betrekking op de instellingen waarin forensische zorg wordt verleend. Deze zijn te onderscheiden in rijksinstellingen en private instellingen.

Rijksinstellingen

Onder de rijksinstellingen in de zin van de Wfz vallen zowel de vier penitentiaire psychiatrische centra als de rijks forensisch psychiatrische centra (fpc) de Oostvaarderskliniek en Veldzicht. Kenmerk van deze instellingen is dat zij onderdeel zijn van het Ministerie van JenV. Doordat het Rijk enkele instellingen in eigen beheer heeft, is er een garantie dat patiënten met een strafrechtelijke titel altijd kunnen worden opgenomen. Het beheer van deze instellingen wordt bij ministeriële regelingen nader geregeld.

Private instellingen

Het merendeel van de forensische patiënten wordt behandeld in private instellingen. Er zijn twee typen private instellingen: instellingen met een 'gewone' aanwijzing als private instelling en private instellingen waarvan de aanwijzing bepaalt dat zij in het bijzonder bestemd zijn voor de verpleging van ter beschikking gestelden.

Aanwijzing als private instelling

In artikel 3.1 is de aanwijzing tot private instelling geregeld. Artikel 2 van het Rvt komt hiermee te vervallen. Bij de aanvraag moeten de in artikel 3.1 genoemde bescheiden worden overgelegd. In dit kader kan onder meer een beoordeling plaatsvinden van de veiligheid binnen de instelling en de maatschappelijke veiligheid daarbuiten, door gegevens over de bouwkundige voorzieningen. De aanwijzing kan worden opgeschort of ingetrokken in de gevallen omschreven in artikel 3.2.

Aanwijzing als private instelling die in het bijzonder bestemd is voor de verpleging van ter beschikking gestelden

Private instellingen die dat wensen kunnen, indien zij aan bepaalde voorwaarden voldoen, worden aangewezen als private instelling die in het bijzonder bestemd is voor de verpleging van ter beschikking gestelden. In het derde lid van artikel 3.1 is voor die bijzondere aanwijzing het volgende criterium opgenomen: "Onze Minister bepaalt in de aanwijzing dat de private instelling in het bijzonder is bestemd voor de verpleging van ter beschikking gestelden, indien minimaal vijfenzeventig procent van de zorgplaatsen in de instelling of de organisatorische eenheid bestemd is voor de verpleging van personen aan wie de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd. Deze aanwijzing heeft tot gevolg dat de bevoegdheden en verplichtingen,

zoals vastgelegd in artikel 3.3, derde tot en met het tiende lid, van de Wfz van toepassing zijn en dat de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) geldt. Deze laatste wet is een rechtspositiewet, die naast behandeling ook beveiliging als uitgangspunt heeft voor de interne en de externe rechtspositie. Het gaat dan zowel om de veiligheid in de instelling als de veiligheid in de samenleving.

De aanwijzing als private tbs-instelling heeft tot gevolg dat de bevoegdheden en verplichtingen, zoals vastgelegd in artikel 3.3, derde tot en met het tiende lid, van de wet van toepassing zijn en dat de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) in de instelling geldt. Deze laatste wet is een rechtspositiewet, die naast behandeling ook beveiliging als uitgangspunt heeft voor de interne en de externe rechtspositie. Het gaat dan om de veiligheid in de inrichting en de veiligheid in de samenleving. De aanwijzing als private tbs-instelling zal slechts gaan gelden voor een zeer klein deel van de private instellingen voor forensische zorg. Het gaat dan om de huidige justitiële particuliere inrichtingen (deze term vervalt in de nieuwe wet), waar nu al de Bvt geldt. Deze inrichtingen zullen worden aangewezen als private tbs-instelling, omdat daarvoor geldt dat de zorgplaatsen geheel of nagenoeg geheel bestemd zijn voor tbs-gestelden met verpleging van overheidswege: FPC Van Mesdag, FPC De Kijvelanden, FPC Van der Hoeven kliniek, FPC De Rooyse Wissel, en FPC de Pompe. Mogelijk zal daarnaast ook een zeer beperkt aantal van de huidige niet-justitiële particuliere inrichtingen (ook deze term vervalt in de nieuwe wet) aangewezen willen worden. Dit zijn de huidige zogeheten forensisch psychiatrische klinieken (FPK's).

Alleen ten opzichte van de private tbs-instellingen kunnen de bevoegdheden die zijn genoemd in artikel 3.3, vijfde en zesde lid, worden uitgeoefend. Deze bevoegdheden staan in het teken van de naleving van de vigerende wet- en regelgeving, in het bijzonder de Wfz, de Bvt en de daarop gebaseerde regelgeving. Dit mede vanuit het oogpunt van veiligheid in de instelling en de beveiliging van de samenleving. De aanwijzingsbevoegdheid van artikel 3.3, vijfde lid, van de Wfz maakt onderdeel uit van een getrappt systeem van bevoegdheden. Eerst moet blijken dat de desbetreffende instelling de regels die bij of krachtens de wet zijn gegeven, niet heeft nageleefd. In de regel zal dit blijken uit inspectierapporten. Als dat het geval is, kan de minister een aanwijzing geven, die gericht is op naleving van de bij of krachtens de wet gestelde regels. Dit is een aanwijzing richting de Raad van bestuur, of het hoofd van de instelling.

Aantekeningen

Artikel 3.4 van dit besluit vloeit voort uit artikel 3.4, derde lid, van de Wfz. De tekst van deze bepaling is, met aanpassing van de terminologie, overgenomen uit artikel 5 Rvt. Artikel 3.5 handelt over het register bijzondere beslissingen. Dit was voorheen geregeld in artikel 6 van het Rvt.

Beveiligingsplan en eisen bouwkundige staat

Voor alle private instellingen geldt dat deze de beschikking moeten hebben over een beveiligingsplan. Ook kan de MJenV eisen stellen aan de bouwkundige staat. De ZZP- en

DBBC-beveiligingsniveaus die worden vastgesteld en omschreven door de Nederlandse Zorgautoriteit gelden thans als bouwkundige eisen. Voor private instellingen die aangewezen willen worden als in het bijzonder bestemd voor de verpleging van ter beschikking gestelden gelden daarnaast de aanvullende bouwkundige beveiligingseisen uit het programma van eisen van DJI. Reeds bij de aanwijzing als private instelling (die in het bijzonder bestemd is voor de verpleging van ter beschikking gestelden) wordt op basis van de gegevens die bij de aanvraag worden aangeleverd, bezien of aan de betreffende eisen wordt voldaan. Uiteraard dient voortdurend aan deze normen te worden voldaan, op grond waarvan periodiek of naar aanleiding van incidenten kan worden bezien of de instelling aan het beveiligingsplan en/of bouwkundige eisen voldoet.

Hoofdstuk 4 Inkoop

Doordat het Ministerie van JenV zelf zorg inkoop en deze inkoop vraaggestuurd is, komt een gedifferentieerd zorgaanbod tot stand, waarbij de zorgvraag van de forensische patiënten bepalend is. Hierdoor sluit het aanbod beter aan bij de problematiek van forensische patiënten.

Zorgaanbieders in de forensische zorg moeten goede zorg leveren als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Hiernaast moeten deze zorgaanbieders beschikken over een toelating op grond van de Wet toelating zorginstellingen die betrekking heeft op de prestaties van de inschrijving (verblijf, behandeling, begeleiding) en over een kwaliteitscertificaat (HKZ, ISO 9001 of ISO Healthcare 15224). Bij de jaarlijkse inkoop van forensische zorg worden kwaliteitseisen gesteld. Deze hebben betrekking op specifieke kenmerken van de forensische zorg, zoals het werken aan recidivevermindering, ketensamenwerking en de continuïteit van zorg. De zorgaanbieders leggen in hun jaarverslag verantwoording af over de kwaliteit van de forensische zorg aan de hand van een aantal prestatie-indicatoren. Bovendien houden de Inspectie Justitie en Veiligheid en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht op alle zorgaanbieders waar forensische zorg wordt ingekocht.

In artikel 4.1 wordt geregeld dat de Minister van JenV contracten sluit met zorgaanbieders ten behoeve van de inkoop van forensische zorg. Deze inkoop vindt alleen plaats bij instellingen, die beschikken over een aanwijzing als private instelling voor de verlening van forensische zorg. Met rijksinstellingen worden geen inkoopcontracten gesloten. Deze instellingen vallen immers onder het Ministerie van JenV.

De inkoop vindt plaats via een aanbestedingsprocedure, die jaarlijks plaatsvindt. Daarbij wordt op dit moment gewerkt met zogeheten raamovereenkomsten, waarbij niet in aantallen wordt ingekocht en er voor de Minister van JenV geen afnameverplichting is. In het derde lid van artikel 4.1 is vastgelegd wat in ieder geval in de contracten wordt vastgelegd. Het gaat daarbij om de termijn van opname van de forensische patiënt of de te observeren verdachte, de leveringshoeveelheid, tarief of prijs, de kwaliteit van de forensische zorg of observatie, de voorwaarden waaronder de zorg of observatie wordt geleverd en de wederzijdse verplichtingen van de zorgaanbieder en de Minister van JenV,

als de zorg of observatie niet langer geleverd kunnen worden. Ten behoeve van de inkoopcontracten worden modellen opgesteld, die voorafgaand aan de aanbestedingsronde bekend worden gemaakt. maakt de Minister de modellen ten behoeve van de te sluiten contracten modellen opstelt, die voorafgaand aan de aanbestedingsronde bekend worden gemaakt

In het vierde lid van artikel 4.1 is de mogelijkheid geopend om bij ministeriele regeling nadere regels te stellen.

Hoofdstuk 5

Dit hoofdstuk heeft betrekking op de indicatiestelling. De indicatiestelling is een advies aan de rechter, officier van justitie, of de Minister van JenV over de aan een justitiabele te verlenen forensische zorg. Dit advies wordt betrokken bij het vonnis of het besluit. Als de justitiële autoriteit afwijkt van het advies, moet dat worden gemotiveerd. Uiteindelijk is het vonnis leidend en krijgt de justitiabele in lijn met dat vonnis passende zorg. Op basis van de indicatiestelling wordt de forensische zorg ingekocht en wordt de forensische patiënt geplaatst.

De indicatiestelling omvat een objectieve inschatting van de zorgbehoefte van een justitiabele. Daarnaast wordt bij de indicatiestelling gekeken naar het noodzakelijke beveiligingsniveau. Doel van de indicatiestelling is om passende zorg te realiseren op de voor betrokkene juiste plek en meer inzicht te krijgen in de zorgbehoefte van de totale justitiëpopulatie. Hier kan de zorginkoop op afgestemd worden. Verder wordt gestreefd naar beheersing van de kosten voor de forensische zorg. Met het oog op de continuïteit van zorg is het voorts wenselijk dat een indicatiestelling wordt overgenomen in de aansluitende zorg na afloop van de strafrechtelijke titel. De afspraken over vereenvoudiging verwijzing ggz die per 1 april jl. zijn ingegaan dragen hieraan bij. Daarnaast wil de NZa onderzoeken wat de invoering van de Wvggz betekent op het terrein van de bekostiging en of aanvullende regelgeving nodig is.

De indicatiestelling is onafhankelijk van de zorginkoop gepositioneerd. De indicatiestellers hebben geen belang bij of binding met de uitvoering van de geïndiceerde forensische zorg. Op dit moment is de indicatiestelling belegd bij het NIFP, het Psycho Medisch Overleg van een Penitentiare Inrichting en bij de drie reclasseringsorganisaties. Het NIFP geeft vorm aan het kwaliteitsbeleid ten aanzien van de indicatiestelling. Dit gaat zowel over de kwaliteit van de indicatiestelling zelf als de deskundigheid van de indicatiestellers. Zij doet dit in samenspraak met de andere indicerende organisaties.

In artikel 5.1 is een voorziening getroffen teneinde een plaatsing te kunnen realiseren zonder dat een indicatiestelling beschikbaar is. Dit kan het geval zijn als acuut gevaar dreigt voor personen of goederen en dus acute zorg nodig is. Te denken valt onder andere aan ernstige psychische problematiek of een crisissituatie, de veiligheid van de omgeving in verband met direct gevaar of sprake van problematiek waarbij ketenafspraken zijn gemaakt (huiselijk geweld).

Op grond van artikel 5.2 kunnen bij ministeriele regeling nadere regels worden gesteld ten aanzien van de indicatiestelling, de daarbij te volgen procedure en de te hanteren modellen.

Hoofdstuk 6 Plaatsing, overplaatsing en overbrenging

Sinds 1 januari 2008 ligt de eindverantwoordelijkheid voor de plaatsing van forensische patiënten bij de Minister van Veiligheid en Justitie. Dit vloeit voort uit zijn verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van rechterlijke vonnissen. De divisie forensische zorg en jeugdinrichtingen oefent deze eindverantwoordelijkheid momenteel namens de Minister uit. De plaatsing geschiedt op basis van het geïndiceerde zorg- en beveiligingsniveau. De plaatsing is afgerond op het moment dat een patiënt klinisch wordt opgenomen of dat een ambulante behandeling start.

Door middel van plaatsing wordt de forensische patiënt naar de juiste zorgaanbieder toegeleid. Bij plaatsing wordt dan ook een persoonsgerichte aanpak gehanteerd. Dit betekent dat bij elke individuele justitiabele bezien wordt welke zorgaanbieder passend is. Hierbij wordt aan de hand van een set plaatsingscriteria een individuele afweging gemaakt. Niet alleen moet de te verlenen zorg passen bij de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak die is opgenomen in de indicatiestelling, maar er dient ook zo snel mogelijk gestart te kunnen worden met de behandeling. Deze en andere criteria worden bij ministeriële regeling vastgesteld. Daarnaast geldt dat de plaatser in individuele gevallen een specifieke afweging kan maken om tot een plaatsing te komen. Bijvoorbeeld om te voorkomen dat dader en slachtoffer op één afdeling worden geplaatst.

Voor de volledigheid wordt in dit verband opgemerkt dat de Wfz geen eigen klachtenregeling of andere beroepsgang tegen een plaatsingsbesluit kent en dat een forensische patiënt dan ook slechts in bepaalde gevallen een rechtsmiddel kan aanwenden tegen zijn plaatsing. Dat is voor ter beschikking gestelden en anderszins verpleegden het geval in die situaties waarin artikel 69 van de Bvt beroep openstelt tegen de plaatsing of overplaatsing en voor gedetineerden in die gevallen waarin artikel 72 van de Pbw voorziet. Voor de overige situaties en de overige forensische patiënten geldt dat zij met de forensische zorgverlening of hun overbrenging hebben ingestemd of dat ten behoeve van hen een zorgmachtiging op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg is afgegeven, dan wel een opnamemachtiging op grond van de Wet zorg en dwang. In die gevallen is beklag of beroep tegen de plaatsing niet aan de orde. Nu de forensische zorg eigen beklag- en beroepsprocedures kent, kan de forensische patiënt ook geen gebruik maken van de algemene klachtenregeling in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz). De forensische zorgwetgeving is op dit punt aan te merken als een *lex specialis* ten opzichte van de Wkkgz. Aldus is geen materiële wijziging beoogd ten opzichte van de huidige situatie.

Na plaatsing van de forensische patiënt is de zorgaanbieder verplicht om de geïndiceerde zorg en beveiliging te bieden. Voldoet de zorgaanbieder onverhoopt niet aan deze

verplichting, dan kan de Minister van JenV de zorgaanbieder een bestuurlijke boete opleggen. Nu de verplichting tot verlening van de forensische zorg uit de wet voortvloeit en de situatie zich kan voordoen dat de betrokkene of de maatschappij in gevaar is, is een op de wet gebaseerde boete (op te leggen door de Minister van JenV) passend. In dit besluit zijn normen vastgelegd voor de oplegging van deze boete, die alleen kan worden opgelegd aan instellingen die zich contractueel hebben verplicht om patiënten op te nemen of ambulant te behandelen. Het opleggen van een bestuurlijke boete is altijd een laatste redmiddel.

Hoofdstuk 7 Wijzigingen in andere regelingen

In hoofdstuk 7 worden een aantal wijzigingen in andere besluiten doorgevoerd. Dit betreft voor een groot deel de overheveling van bepalingen van organisatorische aard uit het Rvt en de Pm naar het onderhavige besluit en voor een ander deel technische wijzigingen. In het Besluit justitiële en strafvorderlijke gegevens (Bjsg) en in het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt) worden echter ook een aantal inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd. Dit betreft de verstrekking van gegevens uit het persoonsdossier aan zorgaanbieders (BJSG), toegangscontroles voor bezoek en personeel (Rvt) en het bewaarbeleid inzake verpleegdedossiers (Rvt). Deze wijzigingen worden in het artikelsgewijze deel van deze toelichting besproken.

Hoofdstuk 8 Slotbepalingen

Dit hoofdstuk bevat bepalingen inzake de inwerkingtreding en de citeertitel van het besluit.

VERHOUDING TOT ANDERE REGELGEVING

Reglement verpleging ter beschikking gestelden en Penitentiare maatregel

De bepalingen in het onderhavige besluit hebben betrekking op de organisatie van de forensische zorg. De bestaande algemene maatregelen van bestuur die (mede) zien op forensische patiënten, het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt) en de Penitentiare maatregel (Pm), worden in dit besluit aangepast. De bepalingen van organisatorische aard uit het Rvt en de Pm worden overgeheveld naar het onderhavige besluit. Het Rvt en de PM bevatten voortaan hoofdzakelijk bepalingen die betrekking hebben op de (externe en interne) rechtspositie van de forensische patiënt.

Besluit weigerende observandi

Naast de bepalingen over de forensische zorg, bevat de Wfz een wijziging van artikel 37a van het Wetboek van Strafrecht. Op grond van de nieuwe leden 5 tot en met 9 van dat artikel kunnen – met doorbreking van het medisch beroepsgeheim – van behandelaren bestaande gegevens betreffende de gezondheid worden gevorderd over verdachten die weigeren medewerking te verlenen aan het opstellen van pro Justitia-rapportages.

Het negende lid schrijft voor dat deze zogeheten 'Regeling weigerende observandi' bij algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) nader wordt uitgewerkt. Regels moeten worden gesteld over de werkwijze, de geheimhouding en de besluitvorming van de op te richten multidisciplinaire commissie en over de gegevens die in het advies van die commissie worden verwerkt. Die uitwerking is niet meegenomen in het onderhavige

besluit. Dit zal plaatsvinden in een separate amvb onder het Wetboek van Strafrecht. Bij die uitwerking worden relevante partijen betrokken, zodat een efficiënte en werkbare procedure tot stand komt, zonder onnodige belasting voor betrokkenen. Ook de voorzitter van de op te richten multidisciplinaire commissie zal bij het vaststellen van de werkwijze van de commissie worden betrokken. Zoals bij brief van 6 november 2014 reeds is aangegeven, wordt met de werving van de voorzitter niet vooruit gelopen op de verdere behandeling van de Wfz door de Eerste Kamer der Staten-Generaal.

FINANCIËLE GEVOLGEN EN ADMINISTRATIEVE LASTEN

De naleving van dit besluit door de Minister van JenV, het openbaar ministerie, de reclassering en de zorgaanbieders verandert er weinig aan de bestaande administratieve en financiële lasten. Dat vloeit mede voort uit het gegeven dat thans het Interimbesluit forensische zorg van kracht is. Op basis van het Interimbesluit wordt grotendeels reeds gewerkt volgens de Wfz en het onderhavige besluit.

Het bewaarbeleid inzake verpleegdedossiers dat met dit besluit van kracht wordt, heeft wel duidelijk financiële gevolgen. De kosten met betrekking tot het bewaren van verpleegdedossiers behoren tot de bedrijfsvoering van de tbs-instellingen. De bestaande papieren archieven met verpleegdedossiers (circa 1.250 meter aan dossiers) zullen moeten worden bewerkt teneinde deze dossiers geschikt te maken voor archivering. Naar verwachting zal dit tussen de 550.000 en 687.500 euro kosten. De inrichting van een systeem om bestaande en toekomstige verpleegdedossiers digitaal toegankelijk te maken zal naar schatting 100.000 euro bedragen. Daarnaast zijn er jaarlijks (geringe) kosten te verwachten voor onderhoud en beheer. Na overbrenging van de dossiers naar het archief ligt daar de verantwoordelijkheid voor het beheer en de bijbehorende kosten.

ADVIEZEN

PM

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1.1

In aanvulling op de definities die al in de wet zijn opgenomen en die gelden voor dit besluit en de ministeriële regelingen die erop gebaseerd zijn, bevat dit artikel een definitie voor het begrip organisatorische eenheid. Een organisatorische eenheid is een in bouwkundig opzicht herkenbare eenheid van een instelling. Dit kan een bijgebouw zijn, maar bijvoorbeeld ook een afdeling of gang. In die eenheid kan een andere rechtspositie, bijvoorbeeld die van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, van toepassing zijn dan in de overige eenheid of eenheden van de instelling.

Op 25 mei 2018 zal de AVG van toepassing zijn. De AVG zal, samen met de nationale aanpassingswetten, de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) vervangen. Voor de

definities van verwerker, persoonsgegevens en verwerkingsverantwoordelijke wordt nu reeds aangesloten bij de AVG, omdat het onderhavige besluit na 25 mei 2018 in werking treedt. De thans nog geldende Wbp hanteert soortgelijke begrippen als de AVG.

Artikel 1.2

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg, met inbegrip van psychogeriatrische zorg, die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere justitiële titel. Forensische zorg omvat de zorg als bedoeld in artikel 3:2 van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvggz) en artikel 1, vierde lid, en artikel 2, eerste lid, van de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd). De wet zelf bevat al een uitzondering op deze hoofdregel: zorg die onderdeel uitmaakt van een straf of maatregel op grond van het adolescentenstrafrecht is geen forensische zorg in de zin van de wet. In aanvulling daarop bevat artikel 1.1, tweede lid, van de wet een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur ook andere vormen van zorg aan te wijzen als forensische zorg dan wel om deze juist van de definitie van forensische zorg uit te sluiten. Op grond van het onderhavige artikel zal dit in voorkomende gevallen gebeuren op het niveau van een ministeriële regeling.

Artikel 2.1

Het strafrechtsketennummer is een bij wet (artikel 27b van het Wetboek van Strafvordering) voorgeschreven persoonsidentificerend nummer. Het Wetboek van Strafvordering bepaalt de doeleinden waarvoor het strafrechtsketennummer mag worden gebruikt. Hoofdregel is de Minister van Veiligheid en Justitie ten behoeve van de plaatsing, de zorgverlening, de declaratie en de betaling van forensische zorg het strafrechtsketennummer verstrekt aan de zorgaanbieder en dat de zorgaanbieder dat strafrechtsketennummer gebruikt voor de gegevensverwerking in het kader van declaratie en de betaling. Niet in alle gevallen is een strafrechtsketennummer echter beschikbaar. In dat geval kan gebruik worden gemaakt van het burgerservicenummer, bedoeld in artikel 1, onder b, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer. Voor zover er geen strafrechtsketennummer of burgerservicenummer is toegekend en de betreffende persoon is een vreemdeling als bedoeld in de Vreemdelingenwet 2000, kan de gegevensverstrekking plaatsvinden met gebruikmaking van het unieke vreemdelingennummer uit de vreemdelingenadministratie dat aan de vreemdeling is toegekend bij de aanvraag voor toelating, zoals bedoeld in artikel 107, derde lid, van de Vreemdelingenwet 2000.

Artikel 2.2

Het eerste lid van onderhavig artikel bepaalt welke gegevens het openbaar ministerie aan de reclasseringsinstelling dient te verstrekken voor de uitvoering van de begeleiding van en het toezicht op de forensisch patiënt. Hierbij inbegrepen zijn de wijziging van genoemde gegevens en nieuwe veroordelingen. Voor verstrekking van deze gegevens hoeft het openbaar ministerie geen afweging te maken ten aanzien van de noodzakelijkheid van de verstrekking. Met de verplichting tot verstrekken in het eerste lid staat de noodzakelijkheid van de verstrekking van genoemde gegevens immers vast. De gegevens opgenomen in het tweede lid van artikel 2.2 zijn niet in alle gevallen noodzakelijk voor de uitvoering van de taak van de reclassering. Ten aanzien van deze gegevens zal het openbaar ministerie, veelal in samenspraak met de reclassering, een afweging moeten maken of en zo ja, welke gegevens het dient te verstrekken. Hierbij is dataminimalisatie steeds het uitgangspunt. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat slechts een onderdeel van een van de in het tweede lid genoemde documenten dient te worden verstrekt en niet het gehele document.

Artikel 2.3

Uitgangspunt van de gegevensverstrekking is dat de bij de uitvoering van de bij de wet betrokken instanties, waaronder de reclassering, over alle gegevens kunnen beschikken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van hun wettelijke taak, doch dat niet méér gegevens worden verstrekt dan strikt noodzakelijk. De in het eerste lid van artikel 2.3 van dit besluit opgenomen gegevens betreffen de voor de uitoefening van de taak van de reclassering relevante gegevens met betrekking tot de behandeltrouw van de forensisch patiënt die door de zorgaanbieder worden verstrekt. Deze gegevens vormen een aanvulling op de gegevens die reeds in artikel 2.6, zesde lid van de wet zelf zijn opgenomen.

Het voorkomen van recidive vormt de kern van de begeleiding en toezicht van de reclassering en de behandeling van de zorgaanbieder. Alleen indien de reclassering over voldoende informatie beschikt is zij in staat het toezicht op de naleving van de voorwaarden effectief in te vullen. De zorgaanbieder informeert de reclasseringsinstelling periodiek over het verloop van de behandeling. Daarbij kunnen de onder a tot en met e van het eerste lid genoemde gegevens worden gedeeld. Informatie over voortgang van de verlening van forensische zorg door de zorgaanbieder is essentieel. Een gebrekkige behandeltrouw kan immers directe gevolgen hebben voor het recidiverisico. Voor het toezicht van de reclassering is het van belang om tijdig geïnformeerd te zijn indien de patiënt zich niet meer houdt aan zijn behandeling of voor de behandeling nadelig gedrag vertoont. Gelet op het doel van de forensische zorg en het toezicht op de naleving daarvan is ook informatie betreffende het begaan van een overtreding van een voorwaarde, waaronder ook moet worden verstaan het begaan van een strafbaar feit, in de meeste gevallen noodzakelijk voor de uitoefening van de taak van de reclassering. Het tweede lid van artikel 2.3 van dit besluit vloeit voort uit artikel 2.7, onder a, van de wet. Dit onderdeel heeft betrekking op de gegevens over de behandeltrouw van twee specifieke categorieën forensische patiënten, namelijk gedetineerden en personen aan wie de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd. Aan een gedetineerde of ter beschikking gestelde die onder de verantwoordelijkheid valt van een penitentiaire inrichting of instelling voor de verpleging van ter beschikking gestelden, kan onder omstandigheden buiten die inrichting of die instelling forensische zorg worden verleend door een zorgaanbieder. Ook kan een reclasseringsinstelling belast zijn met de begeleiding en het toezicht. De algemene verantwoordelijkheid blijft dan steeds bij de betreffende inrichting of instelling. De zorgaanbieder die forensische zorg verleent dient in deze gevallen de gegevens betreffende de behandeltrouw te verstrekken aan de verantwoordelijke penitentiaire inrichting of instelling voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Indien een reclasseringsinstelling begeleiding en toezicht uitvoert dient de zorgaanbieder de gegevens te verstrekken aan de reclasseringsinstelling. De te verstrekken gegevens betreffen de gegevens als genoemd in het eerste lid.

Artikel 2.4

Gegevens die door het openbaar ministerie in een strafdossier worden verwerkt zijn op grond van de Wjsg strafvorderlijke gegevens. Artikel 2.4 van dit besluit moet in samenhang met de Wjsg worden gelezen. Op grond van de Wjsg kan het openbaar ministerie aan de Minister van Veiligheid en Justitie en instellingen voor de verpleging van ter beschikking gestelden strafvorderlijke gegevens verstrekken. Artikel 2.4 van dit besluit bepaalt dat indien door een rechter ten aanzien van een ter beschikking gestelde met toepassing van artikel 37b of artikel 38c van het Wetboek van Strafrecht een bevel tot verpleging van overheidswege is gegeven, het openbaar ministerie zo spoedig mogelijk de relevante gegevens uit het strafdossier verstrekt aan de Minister van JenV ten behoeve van de plaatsing van de forensisch patiënt. De Minister van JenV verstrekt deze gegevens vervolgens aan de instelling voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Deze instelling, ofwel de zorgaanbieder, heeft deze gegevens nodig voor de

verlening van de forensische zorg, die mede omvat de delict-analyse en risicotaxatie. Het artikel bevat geen uitputtende opsomming van de voor het genoemde doel noodzakelijke gegevens. Ook andere gegevens in het strafdossier kunnen van belang zijn voor een adequate delict-analyse of risicotaxatie. Het openbaar ministerie verstrekt in ieder geval de in onderdelen a tot en met e genoemde documenten. Indien de zorgaanbieder meer gegevens uit het strafdossier nodig heeft kan het openbaar ministerie deze gegevens desgevraagd verstrekken.

Artikel 2.5

Het eerste lid van artikel 2.5 sluit aan bij artikel 5(1) onder e en f van de AVG, waarin is geregeld dat passende technische of organisatorische maatregelen moeten worden genomen zodat de gegevensverwerking is beschermd tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging. De term voorzieningen dient breed te worden opgevat en omvat maatregelen, praktische handelingen en procedures.

Het derde lid eist dat verantwoordelijken gegevensverwerkingen zodanig inrichten dat die verantwoordelijken kunnen voldoen aan de verplichtingen tot het verstrekken van gegevens die volgen uit de wet. Het verstrekken van gegevens omvat het bekend maken door middel van doorzending, verspreiden of het op andere wijze ter beschikking stellen van gegevens, naar analogie van de definitie van het verwerken van persoonsgegevens in artikel 4 (2) van de AVG (en de definitie van het verstrekken van persoonsgegevens).. In het vierde lid wordt de mogelijkheid gegeven om nadere regels te stellen over de uitvoering van de eerste drie leden. Daarbij is het mogelijk te differentiëren naar onder meer verschillende gegevensverwerkingen (bijvoorbeeld toegespitst op bepaalde gegevensstromen of verantwoordelijken).

Het vijfde lid schrijft voor dat in een ministeriele regeling voorschriften worden opgenomen over de wijze waarop de gegevens worden verstrekt en volgens welke technische standaarden. Gedacht kan worden aan de eis dat een bij die regeling aangewezen gegevensverwerking dient te voldoen aan een bij diezelfde regeling aangewezen NEN-norm dan wel dat een gegevensverwerking met het oog op tijdige en doelmatige verstrekking, op digitale wijze moet plaatsvinden.

Artikel 2.6

Ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek kunnen gegevens door de reclasseringsinstelling of de zorgaanbieder worden verstrekt. Voorwaarde daarbij is wel dat het onderzoek moet voorzien in voldoende waarborgen voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkene en een zwaarwegend algemeen belang dient. De bescherming van de privacy van betrokkene kan bijvoorbeeld worden bereikt door het anonimiseren van de gegevens waardoor gegevens niet tot de persoon herleidbaar zijn. Betrokkene kan de verstrekking van zijn gegevens voor wetenschappelijk onderzoek voorkomen door uitdrukkelijk bezwaar te maken tegen verstrekking voor dit doel.

Artikel 2.7

Dit artikel bevat een regeling om ten behoeve van de beoordeling van het beleid rond forensische zorg gegevens te verzamelen. Op rijksniveau worden gegevens verwerkt teneinde de doelmatigheid en doeltreffendheid van het stelsel te kunnen beoordelen en daarover verantwoording te kunnen afleggen in het parlement. Daar hoort bij dat inzicht bestaat in gegevens die nodig zijn om als stelselverantwoordelijke een samenhangend beeld van de forensische zorg te verkrijgen. Gezien zijn ministeriële stelselverantwoordelijkheid zal de Minister van JenV de effectiviteit van het beleid van forensische zorg willen beoordelen. Hierbij kan ook worden gedacht aan benchmarking. Hiervoor kan het verzamelen van beleidsinformatie noodzakelijk zijn. Daarom is in een verplichting opgenomen voor zorgaanbieders en de reclassering om desgevraagd tot verstrekking van gegevens ten behoeve van de beleidsinformatie over te gaan. Dit maakt het mogelijk dat de bij de uitvoering van de wet betrokken instanties rechtmatig aan de Minister van JenV of een door hen aan te wijzen instantie gegevens kunnen verstrekken, voor zover dat voor de beleidsinformatie noodzakelijk is. Indien nodig kan hierbij ook het

burgerservicenummer worden verwerkt. Uitgangspunt is echter dat voor het hier bedoelde doel, de invulling van de stelselverantwoordelijkheid, zo veel mogelijk gebruik wordt gemaakt van gegevens die niet tot de persoon herleidbaar zijn.

Voor de bruikbaarheid van gegevens is van groot belang dat zij betrouwbaar en actueel zijn en op uniforme wijze worden aangeleverd. In verband hiermee voorziet het artikel in de mogelijkheid bij ministeriële regeling te bepalen welke gegevens worden verstrekt, de wijze waarop en de termijnen waarbinnen dat moet gebeuren. De uitwerking van de ministeriële regeling zal plaatsvinden na overleg met (vertegenwoordigers van) de partijen die de gegevens dienen aan te leveren. Uitgangspunt is de administratieve lasten niet te verzwaren.

In het zesde lid wordt de mogelijkheid gecreëerd om de gegevens te laten aanleveren bij een aan te wijzen instantie die voor de minister de nodige bewerkingen uitvoert. Die verwerking zal er dan toe leiden dat de minister zelf uiteindelijk een beperkte set geanonimiseerde gegevens zal ontvangen die niet tot de persoon herleidbaar zijn.

Artikel 2.8

De formele verantwoordelijkheid voor voorwaardelijke sanctiemodaliteiten ligt bij het openbaar ministerie. Het feitelijke toezicht wordt hoofdzakelijk verricht door de politie en de reclassering. De Minister van JenV kan de reclassering de opdracht geven om de forensische patiënt begeleiding te bieden en toezicht te houden op de naleving van de bijzondere voorwaarden. Nadere regels over dit uit te oefenen toezicht zullen in een ministeriële regeling worden neergelegd.

Artikel 3.1

In artikel 3.1 is de aanwijzing tot private instelling voor forensische zorg, bedoeld in artikel 3.2, eerste lid, van de wet, geregeld. Artikel 2 van het Rvt komt hiermee te vervallen. Bij de aanvraag moeten de in het tweede lid genoemde bescheiden worden overgelegd. In dit kader kan onder meer een beoordeling plaatsvinden van de veiligheid binnen de instelling en de maatschappelijke veiligheid daarbuiten, door gegevens over de bouwkundige voorzieningen. De Minister stelt een model vast voor deze aanvraag (eerste lid).

In dat model kan de rechtspersoon die de instelling beheert tevens aangeven of de instelling, of een deel ervan dat kan worden aangemerkt als een organisatorische eenheid, aangewezen wenst te worden als private instelling die in het bijzonder bestemd is als private instelling voor de verpleging van ter beschikking gestelden. In het derde lid van dit artikel is voor die bijzondere aanwijzing het volgende criterium opgenomen:

“Onze Minister bepaalt in de aanwijzing dat de private instelling in het bijzonder is bestemd voor de verpleging van ter beschikking gestelden, indien minimaal vijfenzeventig procent van de zorgplaatsen in de instelling of de organisatorische eenheid bestemd is voor de verpleging van personen aan wie de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege is opgelegd.”

Deze norm van 75% is in samenspraak met het veld tot stand gekomen. Dat thans - anders dan eerder richting het Parlement is aangegeven - niet langer gerefereerd wordt aan de *ingekochte* zorgplaatsen, hangt samen met de betreffende recente aanbestedingswetgeving. Als gevolg van die wetgeving heeft de divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen er op dit moment voor gekozen om zogeheten raamovereenkomsten te sluiten. Onder dergelijke overeenkomsten wordt niet in aantallen ingekocht en is er geen afnameverplichting. Het is daarom vooraf niet bekend

hoeveel plekken bezet zullen worden door ter beschikking gestelden. Om die reden is voor het criterium bepalend dat de plaatsen bestemd zijn voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Dat een instelling niet tegen zijn wil kan worden aangewezen als tbs-instelling, is afdoende geborgd doordat de aanwijzing op aanvraag geschiedt en de instelling bij die aanvraag moet aangeven wat haar totale capaciteit is en hoeveel van die capaciteit zij bestemd heeft als zorgplaats voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Een verruiming van het criterium is met deze nieuwe formulering dan ook niet beoogd.

De aanwijzing als private tbs-instelling heeft tot gevolg dat de bevoegdheden en verplichtingen, zoals vastgelegd in artikel 3.3, derde tot en met het tiende lid, van de wet van toepassing zijn en dat de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) in de instelling geldt. Deze laatste wet is een rechtspositiewet, die naast behandeling ook beveiliging als uitgangspunt heeft voor de interne en de externe rechtspositie. Het gaat dan om de veiligheid in de instelling en de veiligheid in de samenleving. Alleen ten opzichte van de private tbs-instellingen kunnen de bevoegdheden die zijn genoemd in artikel 3.3, vijfde en zesde lid, worden uitgeoefend. Deze bevoegdheden staan in het teken van de naleving van de Wfz, de Bvt en de daarop gebaseerde regelgeving, mede vanuit het oogpunt van veiligheid in de instelling en de beveiliging van de samenleving.

In het vierde lid van dit artikel is voor de eerste aanwijzing na de inwerkingtreding van de wet voor de huidige Bvt-instellingen een uitzondering op de hiervoor uiteengezette hoofdregel opgenomen in de vorm van een overgangsregeling. Voor de instellingen die op dit moment al beschikken over een aanwijzing voor de verpleging van ter beschikking gestelden – en waar nu dus al de Bvt geldt – geldt dat die aanwijzing op het moment van inwerkingtreding van de wet van rechtswege voor een periode van vier jaar wordt aangemerkt als een aanwijzing dat de private instelling of de organisatorische eenheid in het bijzonder bestemd is voor de verpleging van ter beschikking gestelden. De reden voor deze regeling is gelegen in het bijzondere karakter van de tbs met verpleging van overheidswege en het grote belang van een continuïteit van passende zorg aan deze zware patiëntenpopulatie. Mede in acht genomen de strenge eisen die aan de beveiliging van deze instellingen worden gesteld en de grote investeringen die daarvoor moeten worden gedaan alsmede voor het trainen van het personeel in de Bvt, achten wij deze overgangsregeling het in het belang van de rechtszekerheid en het borgen van de continuïteit van bedrijfsvoering gerechtvaardigd. Dit laat onverlet dat mocht een instelling onverhoopt niet langer over een aanwijzing als tbs-instelling willen beschikken, deze de Minister van JenV kan verzoeken de aanwijzing in te trekken. Dat kan zowel voor als na de inwerkingtreding van de wet. Voor andere zorgaanbieders die voortaan aangewezen willen worden als tbs-instelling geldt gewoon dat zij voor deze aanwijzing in aanmerking kunnen komen indien minimaal 75% van de totale capaciteit bestemd is voor de verpleging van ter beschikking gestelden.

Artikel 3.2

Dit artikel zet de gronden uiteen waarop aanwijzing als private instelling door de Minister van JenV wordt geschorst of ingetrokken of door hem kan worden geschorst of ingetrokken. Dat kan zowel op verzoek van de instelling zelf, maar kan ook aan de orde zijn wanneer de personele of materiële toerusting van de instelling niet op orde is of de instelling handelt in strijd met de toepasselijke wet- en regelgeving. Tot slot kan de aanwijzing worden opgeschort of ingetrokken na beëindiging van de contractuele afspraken met de rechtspersoon die de private instelling beheert.

Artikel 3.3

Voor alle private instellingen geldt dat deze moeten beschikken over een beveiligingsplan. Ook kan de Minister van JenV eisen stellen aan de bouwkundige staat van de instelling. Reeds bij de aanwijzing als private instelling (artikel 3.1) wordt op basis van de gegevens die bij de aanvraag worden aangeleverd, bezien of aan de betreffende eisen wordt voldaan. Uiteraard dient voortdurend aan deze normen te worden voldaan, op grond waarvan periodiek of naar aanleiding van bijzondere voorvallen kan worden bezien of de instelling aan het beveiligingsplan en/of bouwkundige eisen voldoet.

Artikelen 3.4 en 3.5

Artikel 3.4 van dit besluit, over de aantekeningen die de hoofden van de instellingen moeten houden omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van ter beschikking gestelden die van overheidswege worden verpleegd, vloeit voort uit artikel 3.4, derde lid, van de wet. De tekst van deze bepaling is, met aanpassing van de terminologie, overgeheveld vanuit artikel 5 van het Rvt. Artikel 3.5 handelt over het register bijzondere beslissingen, waaronder beslissingen tot beperking van het recht op de onaantastbaarheid van het lichaam van de ter beschikking gestelde en beslissingen tot afzondering of separatie. Ook van deze beslissingen moeten aantekeningen worden gehouden. Voor het houden van deze aantekeningen worden modellen opgesteld. Het veld zal worden betrokken bij het opstellen van die modellen. Dit was voorheen geregeld in artikel 6 van het Rvt. Deze verplichtingen zien beide op zowel de rijksinstelling als de private instellingen met een bijzondere aanwijzing als tbs-instelling. Evenals thans onder artikel 5 Rvt het geval is, geldt de verplichting van artikel 3.4 om aantekeningen te houden daarnaast ook voor hoofden van overige instellingen waarin ter beschikking gestelden geplaatst zijn. De verplichting van artikel 3.5 geldt voor de hoofden van deze instellingen niet, omdat de genoemde bevoegdheden van de Bvt niet van toepassing zijn in deze instellingen. Dat betekent evenwel niet dat de hoofden van deze instellingen geen aantekeningen hoeven te houden van bijvoorbeeld een beslissing tot afzondering. De verplichting om aantekeningen te houden vloeit in dat geval echter voort uit artikel 8:4 van de wvvgz.

Artikel 3.6

Artikel 3.6 van dit besluit ziet op bevoegdheden die aan het hoofd van de rijksinstelling of van de private instelling met een bijzondere aanwijzing toekomen en die door hem overgedragen kunnen worden aan personeelsleden of medewerkers of die aan hem zelf zijn voorbehouden en die thans zijn neergelegd in artikel 7 van de Bvt. Dat artikel komt met de inwerkingtreding van de wet te vervallen, doch is slechts gedeeltelijk overgeheveld naar de wet forensische zorg. Voor het overige werd dit niet nodig geacht.

Omdat ons ter ore is gekomen dat daardoor in het veld onduidelijkheid is ontstaan en in de voorbehouden bevoegdheden een belangrijke rechtswaarborg is gelegen zien wij aanleiding om dit nu in het onderhavige besluit alsnog te regelen. Het betreft hier nadere regelgeving krachtens, onder meer, artikel 3.5, tweede lid, van de Wfz: de verlening van forensische zorg.

De eveneens in artikel 7 van de Bvt opgenomen bevoegdheid om, voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de instelling of een ongestoord verloop van de verpleging of behandeling, aanwijzingen te geven aan forensische patiënten, die deze verplicht zijn op te volgen, is niet overgenomen. Deze bevoegdheid kan in de huisregels worden neergelegd. De aanwijzingsbevoegdheid geldt daarmee eveneens ten aanzien van ggz-patiënten die op basis van een zorgmachtiging in een tbs-instelling worden opgenomen.

Artikel 3.7

Dit artikel opent de mogelijkheid om bij ministeriële regeling regels te stellen over de in hoofdstuk 3 van de wet neergelegde onderwerpen, waaronder het beheer van de rijksinstelling en de huisvesting van forensische patiënten.

Artikel 4.1

In artikel 4.1 wordt geregeld dat de Minister van JenV contracten sluit met zorgaanbieders ten behoeve van de inkoop van forensische zorg. Deze inkoop vindt alleen plaats bij private instellingen, die beschikken over een aanwijzing als private instelling voor de verlening van forensische zorg.

In het tweede lid is bepaald dat de Minister ten behoeve van de te sluiten contracten modellen opstelt, die voorafgaand aan de aanbestedingsronde bekend worden gemaakt. Dit met het oog op de uniformiteit van de overeenkomsten en de ingevolge de Aanbestedingswet 2012 vereiste transparantie. Over de in het derde lid opgesomde onderwerpen worden in een inkoopcontract in ieder geval bepalingen opgenomen en deze onderwerpen worden - met uitzondering van de omvang, de prestaties en de prijs van de te verlenen forensische zorg - dan ook in de modellen verwerkt. Dit betreft de volgende onderwerpen:

- het tijdstip waarop de overeenkomst aanvangt, de duur van de overeenkomst en de tussentijdse beëindiging van de overeenkomst;
- de aard, de kwaliteit en de doelmatigheid van de te verlenen forensische zorg;
- de indicatiestelling en plaatsing, aanvang en continuïteit van de te verlenen forensische zorg;
- de voorwaarden met het oog op de veiligheid van de samenleving en van de forensische patiënten en het personeel en overige voorwaarden waaronder de zorg wordt geleverd;
- de informatie die door de zorgaanbieder moet worden verstrekt in verband met het toezicht op de tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke titel en het door de Minister te voeren beleid, alsmede de gegevensverstrekking ten behoeve van onderzoek en statistieken;
- de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in

acht zullen nemen, waaronder in elk geval de eisen waaraan de registratie, de declaratie en betaling van de verleende forensische zorg moeten voldoen;

- de controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder begrepen de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen; en de

- niet nakoming van de overeenkomst en de wijze waarop geschillen worden beslecht.

In het vierde lid is tot slot de mogelijkheid geopend om bij ministeriele regeling nadere regels te stellen.

Artikel 5.1

In het onderhavige artikel is een voorziening getroffen om een plaatsing te kunnen realiseren zonder dat een indicatiestelling beschikbaar is. Dit kan noodzakelijk zijn als er bijvoorbeeld acuut gevaar dreigt voor personen of goederen en dus acute zorg nodig is. Te denken valt onder andere aan ernstige psychische problematiek of een crisissituatie, of wanneer sprake is van huiselijk geweld of andere ernstige problematiek waarover ketenafspraken zijn gemaakt. Een indicatiestelling wordt binnen twee werkdagen alsnog opgesteld.

Artikel 5.2

Dit artikel bevat de grondslag om nadere regels te stellen over verschillende aspecten van de indicatiestelling.

Artikel 6.1

De Minister van JenV is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van sancties en hij beslist daarom bij welke zorgaanbieder tenuitvoerlegging plaatsvindt. Door middel van een plaatsingsbesluit wordt de patiënt naar de juiste zorgaanbieder toegeleid. Daarbij wordt een persoonsgerichte aanpak gehanteerd. Dit betekent dat bij elke individuele justitiabele gezien wordt welke zorgaanbieder passend is. Hierbij wordt aan de hand van een set criteria een individuele afweging gemaakt. Niet alleen moet de te verlenen zorg passen bij de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak die is opgenomen in de indicatiestelling, maar er dient ook zo snel mogelijk gestart te kunnen worden met de behandeling. Deze en andere criteria worden bij ministeriële regeling vastgesteld. Daarnaast geldt dat de plaatsver in individuele gevallen een specifieke afweging kan maken om tot een plaatsing te komen. Bijvoorbeeld om te voorkomen dat dader en slachtoffer op één afdeling worden geplaatst.

Artikel 6.2

In dit artikel, dat in de plaats komt van de artikelen 18 en 19 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden, wordt geregeld dat mededeling wordt gedaan van een voor tenuitvoerlegging vatbare rechterlijke beslissing of strafbeschikking of een in het kader van de tenuitvoerlegging genomen beslissing waaruit voor de forensische patiënt een aanspraak op forensische zorg voortvloeit (lid 1), alsmede dat zo spoedig mogelijk mededeling wordt gedaan van de beslissing van de Minister van JenV omtrent de plaatsing in een instelling die strekt tot de tenuitvoerlegging van de maatregel van terbeschikkingstelling met het bevel tot verpleging van overheidswege (lid 3). Het

tweede lid geeft een nadere duiding aan het plaatsingsbesluit. Dit besluit bevat in ieder geval een aanduiding van welke aard categorale zorg (psychiatrische zorg, verslavingszorg dan wel gehandicaptenzorg of psychogeriatrische zorg) van toepassing is, het beveiligingsniveau dat van toepassing is op de forensische patiënt en bij welke zorgaanbieder en op welke behandellocatie de behandeling zal plaatsvinden.

Artikel 6.3

In dit artikel is geregeld dat een forensisch patiënt ambtshalve, op schriftelijk verzoek van het hoofd van de instelling waarin hij verblijft, op eigen verzoek, of op verzoek van de toezichthoudende instantie, naar een andere instelling kan worden overgeplaatst of overgebracht. Ook in die gevallen neemt de Minister van JenV een plaatsingsbesluit. Ingevolge het tweede lid betreft de Minister van JenV bij die beslissing in ieder geval in zijn overwegingen:

- de eisen die de bescherming van de maatschappij stelt in verband met het risico op ernstig nadeel dat van de ter beschikking gestelde uitgaat voor de veiligheid van anderen dan de ter beschikking gestelde of de algemene veiligheid van personen of goederen; en
- de eisen die de behandeling van de ter beschikking gestelde stelt gezien de aard van de bij hem geconstateerde psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Wordt de forensische patiënt inderdaad overgeplaatst of overgebracht, dan is het hoofd van de oorspronkelijke instelling gehouden een eindverslag betreffende het verblijf, de behandeling en in voorkomende gevallen de verpleging van de forensische patiënt op te stellen en dit toe te voegen aan het behandeldossier. Dat dossier verstrekt hij vervolgens aan het hoofd van de nieuwe instelling.

Artikel 6.4

Het eerste lid van dit artikel heeft betrekking op het beëindigen van het verblijf van een gedetineerde of gehechte in een tbs-instelling op grond van artikel 13, respectievelijk artikel 19, van het Wetboek van Strafrecht. De Minister van JenV kan hiertoe besluiten nadat hij het hoofd van de instelling waarin de forensisch patiënt is geplaatst om advies heeft gevraagd. Het tweede tot en met vijfde lid ziet op de veroordeelde die naast (onvoorwaardelijke) gevangenisstraf tevens de maatregel van ter beschikking stelling met verpleging van overheidswege opgelegd heeft gekregen. De hoofdregel is dat deze persoon eerst het ten uitvoer te leggen gedeelte van zijn gevangenisstraf ondergaat en daarna wordt overgeplaatst naar een tbs-instelling (tweede lid). De Minister kan evenwel besluiten dat de plaatsing in een tbs-instelling eerder plaatsvindt. In het derde lid van dit artikel is neergelegd wanneer dat het geval is. Ten aanzien van deze personen wordt zo spoedig mogelijk na het onherroepelijk worden van de uitspraak waarbij de maatregel van terbeschikkingstelling is opgelegd onherroepelijk is geworden een plaatsingsbesluit genomen (vierde lid) en vindt een periodieke beoordeling plaats omtrent de noodzaak tot plaatsing in een tbs-instelling (vijfde lid). Dit was voorheen geregeld in de artikelen 41 en 42 van de Penitentiaire maatregel.

Artikel 6.5

Op grond van artikel 6.10a van de wet dient het hoofd van de instelling een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling vast te stellen. Deze meldcode dient in ieder geval de in artikel 2 van het Besluit verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling te bevatten. Dat betreft onder meer een stappenplan, inhoudende een omschrijving van de stappen voor het omgaan door professionals met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling.

Artikel 6.6

In dit artikel zijn normen vastgelegd voor de oplegging van de bestuurlijke boete in het geval de zorgaanbieder niet voldoet aan de verplichting tot verlening van de geïndiceerde forensische zorg en beveiliging. Het opleggen van een bestuurlijke boete is een laatste redmiddel. De situatie kan zich voordoen dat de forensische patiënt zelf of de maatschappij in gevaar is. De bestuurlijke boete kan alleen worden opgelegd aan zorgaanbieders die zich contractueel hebben verplicht om forensische patiënten op te nemen en te behandelen. Als een zorgaanbieder een contract heeft gesloten voor het opnemen en behandelen van forensische patiënten is deze daartoe ook verplicht. Omdat deze verplichting uit de wet voortvloeit, is een op de wet gebaseerde boete (op te leggen door de Minister van JenV) passend. Gekozen is voor een progressief boetestelsel: bij een eerste overtreding kan een bestuurlijke boete van ten hoogste € 12.500 worden opgelegd terwijl dit bedrag bij een tweede of volgende overtreding binnen een periode van vijf jaar kan oplopen tot € 25.000.

Artikel 6.7

Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld ten aanzien van de bestuurlijke boete, de plaatsing en overplaatsing van forensische patiënten en de wijze waarop het vervoer plaatsvindt, de overbrenging van forensische patiënten met het oog op de aanvang of voortzetting van de tenuitvoerlegging van de uitspraak of de beslissing en de te volgen procedure bij de ongeoorloofde afwezigheid van forensische patiënten. Daarnaast kunnen nadere regels worden gesteld over de inhoud en wijze van melding bij ongeoorloofde afwezigheid van de forensische patiënt en andere bijzondere voorvallen, bedoeld in artikel 6.10 van de wet.

Hoofdstuk 7

HOOFDSTUK 7. WIJZIGINGEN IN ANDERE REGELINGEN

PM Wordt nog aangevuld

In hoofdstuk 7 worden een aantal wijzigingen in andere besluiten doorgevoerd. Dit betreft voor een groot deel de overheveling van bepalingen van organisatorische aard uit het Rvt en de Pm naar het onderhavige besluit en voor een ander deel technische wijzigingen. In het Besluit justitiële en strafvorderlijke gegevens (Bjsg) en in het Reglement verpleging ter beschikking gestelden worden echter ook een aantal inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd. Dit betreft de verstrekking van gegevens uit het persoonsdossier aan zorgaanbieders (BJSG), toegangscontroles voor bezoek en personeel (Rvt) en het bewaarbeleid inzake verpleeggedossiers (Rvt). Deze wijzigingen worden

hieronder besproken.

Artikel 7.1 A en B

Dit betreft technische wijzigingen.

Artikel 7.1 C

De wijziging van artikel 47 van het Besluit justitiële en strafvorderlijke gegevens vormt de grondslag voor de verstrekking van gegevens uit het zogeheten persoonsdossier als bedoeld in de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens aan de zorgaanbieder die forensische zorg verleent. Dit betreft onder meer de pro Justitia rapportage en reclasseringsrapporten over een forensische patiënt. Voor de zorgaanbieders zijn deze gegevens noodzakelijk voor een goede uitoefening van hun taak, niet slechts in het kader van de delict-analyse en risicotaxatie ten behoeve van de verpleging en behandeling van ter beschikking gestelden, maar voor de verlening van forensische zorg in algemene zin. Het bijzondere van forensische zorg is dat deze niet alleen beoogt om de forensische patiënt goede zorg te verlenen, maar dat deze zorg daarnaast gericht is op het terugdringen van recidive. Daarvoor is het essentieel dat de zorgaanbieder objectieve informatie ontvangt over het delictgedrag en andere relevante gegevens omtrent de forensische patiënt en dat deze daarvoor niet afhankelijk is van hetgeen de forensische patiënt hem daarover verstrekt. De behandeling van de forensische patiënt kan daar dan op worden afgestemd.

Artikel 7.2

A

Hetgeen in hoofdstuk 9 van de Penitentiaire maatregel geregeld werd, de overplaatsing naar een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, wordt thans geregeld in hoofdstuk 6 van het onderhavige besluit.

Artikel 7.3

A

Hetgeen in de hoofdstukken 2 tot en met 4, 6 en 18 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden geregeld werd, de aanwijzing van particuliere inrichtingen, rijksinrichtingen, het houden van aantekeningen over ter beschikking gestelden, de plaatsing en overplaatsing van ter beschikking gestelden en de vereisten aan inrichtingen wordt thans geregeld in de hoofdstukken 3 (instellingen) en 6 (plaatsing, overplaatsing en overbrenging) van het onderhavige besluit.

B

In meerdere rapporten van de voorlopers van de Inspectie Justitie en Veiligheid, de Inspectie voor Veiligheid en Justitie respectievelijk de Inspectie voor de Sanctietoepassing, over forensisch psychiatrische centra is de aanbeveling opgenomen om toegangscontroles in te voeren, voor bezoek maar ook voor het personeel. Door de in de Wet forensische zorg opgenomen aanpassing van de Beginselenwet Verpleging ter beschikking gestelden (artikel 37 over bezoek) heeft de Minister van JenV de

mogelijkheid gekregen nadere regels voor toegangscontrole uit te vaardigen. Het hoofd van de instelling bepaalt of een bezoeker wordt onderzocht op de aanwezigheid van voorwerpen die een gevaar kunnen opleveren voor de orde en veiligheid in de instelling. Voor de aanbeveling om ook personeel aan een toegangscontrole te onderwerpen, is met de wijziging van artikel 37 een wettelijke grondslag geschapen. In het onderhavige besluit wordt voorzien in een wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden, in die zin dat een nieuw artikel 24a is ingevoegd, dat het mogelijk maakt dat bij ministeriele regeling nadere regels kunnen worden gesteld aan instellingen met een bijzondere aanwijzing als tbs-instelling over de toelating en weigering van bezoek en personeel werkzaam bij die instelling met het oog op de veiligheid in de instelling en de naleving van de bij of krachtens de wet gegeven regels. Hiertoe is tevens het opschrift van hoofdstuk 7 aangepast.

C

Met deze wijziging wordt niet langer voorgeschreven dat verpleegdedossiers tien jaar na beëindiging van de terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege worden vernietigd, maar dat deze overeenkomstig de Archiefwet 1995 worden overgebracht naar een rijksarchiefbewaarplaats of naar de algemene rijksarchiefbewaarplaats. Hier worden de dossiers voor altijd bewaard.

De Archiefwet 1995 is van toepassing op overheidsorganen. Daaronder moeten in het kader van het bewaren van verpleegdedossiers onder de Bvt en het Rvt de instellingen voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 90quinquies van het Wetboek van Strafrecht worden verstaan, bestaande uit zowel de rijksinstellingen als de private instellingen met een tbs-aanwijzing. Overheidsarchieven kunnen op grond van de Archiefwet 1995 uitsluitend worden vernietigd wanneer de betreffende archiefbescheiden op basis van een vastgestelde selectielijst als (na een bepaalde termijn) te vernietigen zijn aangemerkt. De ontwerpselectielijst is in 2008 wel vastgesteld voor het gevangeniswezen, maar in verband met kritiek van de Raad voor Cultuur niet voor terbeschikkingstelling. De Raad oordeelde onder andere dat de ontwerplijst onvoldoende garanties biedt dat de historisch-maatschappelijk relevante archiefbescheiden op dit belangrijke beleidsterrein met het oog op historisch onderzoek worden bewaard. Ten gevolge hiervan ontbreekt momenteel een grond voor de vernietiging van verpleegdedossiers, zodat deze moeten worden bewaard in afwachting van de vaststelling van een selectielijst. Naar aanleiding van de kritiek van de Raad is een Ad hoc commissie bewaarbeleid tbs-dossiers ingesteld, die in 2016 advies heeft uitgebracht. Om tegemoet te komen aan het belang van wetenschappelijk onderzoek adviseert de commissie om de verpleegdedossiers niet te vernietigen, maar voor te schrijven dat deze worden overgebracht naar een archiefbewaarplaats. Ik neem het advies van de Ad hoc commissie over om alle verpleegdedossiers conform de Archiefwet 1995 permanent te bewaren in een archiefbewaarplaats, waarbij deze dossiers ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de personen op wie de verpleegdedossiers zien, hun directe familieleden en slachtoffers of nabestaanden, gedurende honderd jaar na beëindiging van de terbeschikkingstelling voor derden alleen zijn in te zien voor wetenschappelijke

doeleinden. Voor deze termijn van honderd jaar is gekozen met het oog op de gemiddelde levensverwachting. Inzage aan derden wordt alleen verleend ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van beleid, wetenschappelijk onderzoek gericht op de verbetering van de behandeling van terbeschikkinggestelden en historisch onderzoek. Ter verzekering hiervan zal het vereiste worden gesteld dat de verzoekende wetenschapper niet alleen een onderzoeksopzet dient te overleggen, maar ook dat hij beschikt over een aanbeveling van een aanbevelingscommissie. Voorts wordt – conform het advies van de Ad hoc commissie – het vereiste gesteld dat de gebruikte informatie niet tot individuele personen herleid kan worden. Informatie uit dossiers dient daartoe geanonimiseerd in het onderzoek te worden verwerkt en mag niet op een tot personen herleidbare wijze worden beschreven in publicaties die uit het onderzoek voortkomen.

Conform de Archiefwet 1995 zijn de zorgdragers van archiefbescheiden verantwoordelijk voor het overbrengen hiervan naar een archiefbewaarplaats en zijn zij degenen die hierbij – krachtens een beperkingsbesluit – voorwaarden kunnen stellen aan de openbaarheid ervan. Zorgdragers voor de in de private instellingen gevormde verpleegdedossiers zijn de hoofden van die instellingen. Voor de rijksinstellingen is dat de Minister van Veiligheid en Justitie. Om ervoor te zorgen dat het bovenstaande gevolg zal krijgen en door eenieder op uniforme wijze zal worden toegepast, zal ik in overleg met het Nationaal Archief een modelbeperkingsbesluit opstellen. Hierin zal worden vermeld dat gedurende honderd jaar na beëindiging van de terbeschikkingstelling – deze beperkingstermijn zal ingevolge artikel 15, vierde lid, van de Archiefwet 1995 steeds door de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap worden bekrachtigd – krachtens artikel 15, eerste lid, onderdeel a, een beperking aan de openbaarheid zal worden gesteld met het oog op de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer. In dit besluit zullen de hierboven genoemde vereisten worden opgenomen voor toegang tot en gebruik van de archiefgegevens. Iedere keer dat de Minister van JenV of een private tbs-instelling verpleegdedossiers overdraagt aan het archief, zal deze overdracht vergezeld gaan van het modelbeperkingsbesluit. Dit besluit wordt steeds gepubliceerd in de Staatscourant.

De overeenkomstig artikel 22, tweede lid, van de Bvt genomen vingerafdrukken worden niet overgebracht naar een archiefbewaarplaats. Zij worden na de in het eerste lid genoemde termijn vernietigd op grond van artikel 10, tweede lid, Besluit identiteitsvaststelling verdachten en veroordeelden. De reden hiervoor is dat de vingerafdrukken niet in het belang van wetenschappelijk onderzoek naar terbeschikkingstelling zijn; zij worden slechts genomen om de identiteit in de instelling te kunnen vaststellen.

Artikel 7.4 tot en met 7.7

Dit betreft wijzigingen van technische aard.

Artikel 8.1

Het besluit, of onderdelen daarvan, treedt gelijktijdig met de Wfz, of onderdelen daarvan, in werking. Gefaseerde inwerkingtreding van het besluit is mitsdien mogelijk.

Artikel 8.2

Dit artikel bevat de citeertitel van het besluit.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister voor Rechtsbescherming,

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,