

Ambtelijke versie t.b.v. consultatie d.d. 12 augustus 2019

Regeling van de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport van
houdende nadere regels op grond van de Wet zorg en
dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte
cliënten

**Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en
verstandelijk gehandicapte cliënten**

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 1, eerste lid, onder g, 18, tweede lid, 18c, tweede en zesde
lid, 19, eerste lid, 22, tiende lid, 51, vierde lid, 54, vierde lid van de Wet zorg en
dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten en artikel 4.1,
vijfde en zevende lid van het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en
verstandelijk gehandicapte cliënten;

Besluit:

HOOFDSTUK 1 – BEGRIPSBEPALING

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- *locatie*: vestiging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van de
Handelsregisterwet 2007.

HOOFDSTUK 2 – CATEGORIEËN VAN DESKUNDIGEN

Artikel 2

Als categorie van deskundigen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van
de wet worden aangewezen:

- a. verpleegkundige;
- b. verzorgende individuele gezondheidszorg;
- c. degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met
goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding die is
opgenomen in het Centraal register beroepsopleidingen als bedoeld in artikel 6.4.1
van de Wet educatie en beroepsonderwijs, voor:
 - agogisch medewerker GGZ;
 - begeleider gehandicaptenzorg;
 - begeleider specifieke groepen;
 - persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg;
 - persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen;

- thuisbegeleider.

d. degene aan wie een getuigschrift is uitgereikt waaruit blijkt dat betrokkene met goed gevolg het afsluitende examen heeft afgelegd van een opleiding die is opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs als bedoeld in artikel 6.13 van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, voor:

- applied behavioral and social sciences
- behavioural and social sciences
- gezondheid en leven
- pedagogiek
- pedagogische wetenschappen
- sociaal pedagogische hulpverlening

Artikel 3

Als externe deskundigen als bedoeld in artikel 22, tiende lid, van de wet worden aangewezen degenen, genoemd in artikel 3.1, eerste lid, van het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

HOOFDSTUK 3 – GEGEVENSVERWERKING

Artikel 4

1. De zorgaanbieder verstrekt aan de inspectie per locatie het digitale overzicht, bedoeld in artikel 17, tweede lid, van de wet, onder vermelding van het vestigingsnummer van die locatie.
2. De periode waarop het digitale overzicht ziet is 1 januari tot en met 30 juni, respectievelijk 1 juli tot en met 31 december van elk kalenderjaar.
3. De zorgaanbieder verstrekt het digitale overzicht uiterlijk zes weken na afloop van de periode waarop het digitale overzicht betrekking heeft.
4. Bij de verstrekking wordt het bestandstype .xml gehanteerd in een digitaal uitleesbaar formaat.

Artikel 5

Als format als bedoeld in artikel 4.1, zevende lid, van het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten voor het verstrekken van een digitaal overzicht wordt het format in de bijlage bij deze regeling vastgesteld.

Artikel 6

1. De zorgaanbieder verstrekt aan de inspectie per locatie de analyse, bedoeld in artikel 18, eerste lid, van de wet, onder vermelding van het vestigingsnummer van de locatie waar de analyse betrekking op heeft.
2. Ten behoeve van de analyse verwerkt de zorgaanbieder persoonsgegevens als bedoeld in artikelen 16, tweede lid, en 17, tweede lid, van de wet.
3. De periode waarop de analyse betrekking heeft is 1 januari tot en met 30 juni, respectievelijk 1 juli tot en met 31 december van elk kalenderjaar.
4. De zorgaanbieder verstrekt de analyse uiterlijk acht weken na afloop van de periode waarop de analyse betrekking heeft.

5. Bij de verstrekking wordt het bestandstype .pdf/A-1 gehanteerd in een digitaal uitleesbaar formaat.

Artikel 7

1. In de analyse, bedoeld in artikel 18, eerste lid, van de wet neemt de zorgaanbieder op, uitgesplitst per vorm van onvrijwillige zorg zoals weergegeven in het format, bedoeld in artikel 5:
 - a. het aantal unieke cliënten op wie de vorm van onvrijwillige zorg is toegepast;
 - b. stijgingen of dalingen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages;
 - c. de mediaan van de duur en de frequentie van de toegepaste onvrijwillige zorg;
 - d. de verhouding van het aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages;
 - e. per vorm van onvrijwillige zorg: de verhouding van het aantal cliënten dat die vorm van onvrijwillige zorg heeft ontvangen ten opzichte van het totaal aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage; en
 - f. het aantal unieke cliënten dat op grond van artikel 2, tweede lid, van de wet medicatie of vrijheidsbeperkende maatregelen heeft ondergaan, uitgedrukt in cijfers en percentages van de gehele cliëntpopulatie op wie onvrijwillige zorg wordt toegepast.
2. In de analyse, bedoeld in het eerste lid, vermeldt de zorgaanbieder tevens:
 - a. een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van een voorgaande analyse, alsmede of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet;
 - b. indien van toepassing, een duiding van verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg tussen verschillende locaties van de zorgaanbieder;
 - c. welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van onvrijwillige zorg; en
 - d. een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen.
3. De zorgaanbieder stelt de door hem op grond van artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen ingestelde en ter zake betrokken cliëntenraad gedurende vier weken in gelegenheid om een reactie uit te brengen over de analyse, bedoeld in het eerste lid, en voegt deze toe aan de analyse. Indien de cliëntenraad geen reactie heeft gegeven, motiveert de zorgaanbieder de afwezigheid ervan.

Artikel 8

Ten aanzien van gegevensverwerkingen door zorgaanbieders die voortvloeien uit de wet en de daarop berustende bepalingen wordt als technische standaard als bedoeld in artikel 4.1, vijfde lid, van het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten NEN 7510, en de uitwerking daarvan in NEN 7512, aangewezen.

Artikel 9

Deze regeling treedt in werking op het tijdstip waarop de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten in werking treedt.

Artikel 10

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

CONCEPT tbv CONSULTATIE

Bijlage bij artikel 5 van de Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten

FORMAT DIGITAAL OVERZICHT ONVRIJWILLIGE ZORG

Naam van de locatie:

Vestigingsnummer van de locatie:

Algemeen

	Aantal
Totale hoeveelheid cliënten in de locatie:	
1. Totale hoeveelheid cliënten die in de locatie zijn opgenomen op basis van een rechterlijke machtiging:	
2. Totale hoeveelheid cliënten die niet in een locatie verblijven, maar wel onvrijwillige zorg ontvangen (ambulante situatie):	
3. Totale hoeveelheid cliënten die in de locatie zijn opgenomen middels een IBS:	
4. Totale hoeveelheid cliënten die op basis van vrijwilligheid verblijven maar wel onvrijwillige zorg ontvangen:	
5. Totale hoeveelheid cliënten die middels geen bereidheid, geen bezwaar zijn opgenomen:	
6. Totale hoeveelheid cliënten die middels artikel 2.3 Wfz zijn opgenomen:	
7. Totale hoeveelheid cliënten die onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties als bedoeld in artikel 15 Wzd ontvangen:	
8. Totale hoeveelheid cliënten die onvrijwillige zorg op grond van hoofdstuk 3a onvrijwillige zorg ontvangen:	

Verleende onvrijwillige zorg

Vorm van onvrijwillige zorg	Totaal aantal cliënten per juridische titel	Totaal aantal keren toegepaste onvrijwillige zorg & het totale aantal unieke cliënten waarop deze specifieke vorm van onvrijwillige zorg is toegepast
	1= cliënten op basis van rechterlijke machtiging, 2= ambulante cliënten, 3= IBS, 4= cliënten die op vrijwillige basis verblijven, 5= Besluit CIZ bij geen bereidheid, geen verzet,	

	6= rechterlijke beslissing o.g.v. 2.3 Wfz, 7= tijdelijk verplichte zorg in een onvoorziene situatie. 8= hoofdstuk 3a cliënten	
☐ <u>Het 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</u>	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Vocht en voeding	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Medicatie	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Toediening van psychofarmaca in afwijking van professionele richtlijnen	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, dan wel vanwege die	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:

aandoening of beperking, ter behandeling van een somatische aandoening	8:	
☐ <u>Beperken van bewegingsvrijheid</u>	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ Fysieke fixatie	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ Mechanische fixatie	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ Het beperken van de bewegingsruimte, anders dan door fixatie	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ <u>Insluiten</u>	1: 2: 3: 4: 5: 6:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:

	7: 8:	Totale duur: Mediaan duur:
☐ In een separeerverblijf	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ In een afzonderingsruimte	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ Op de eigen kamers/verblijfsruimte	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ Binnen de locatie	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten: Totale duur: Mediaan duur:
☐ <u>Uitoefenen van toezicht op betrokkene</u>	1: 2: 3: 4:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg:

	5: 6: 7: 8:	Aantal cliënten:
☐ Cameramonitoring	1: 2: 3: 4: 5: 6:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Toepassing overige domotica in privéruimte	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Toepassing elektronische traceringsmiddelen	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ <u>Onderzoek aan kleding of lichaam</u>	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ <u>Onderzoek van woon/verblijfruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen</u>	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ <u>Controle op aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen</u>	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:

☐ <u>Aanbrengen van beperkingen het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen</u>	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:
☐ Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8:	Totaal aantal keren onvrijwillige zorg: Aantal cliënten:

TOELICHTING

Algemeen deel

De Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd of wet) (Stb 2018, 36) is voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, de opvolger van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) en biedt het kader waarbinnen onvrijwillige zorg kan worden verleend. Onvrijwillige zorg houdt in: zorg waartegen de cliënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet. De wet regelt de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van onvrijwillige zorg, alsmede de rechtspositie van de betrokkene. De wet stelt betrokkene en zijn zorgbehoefte voorop, waarbij onvrijwillige zorg niet gekoppeld is aan gedwongen opname. Daarmee is het mogelijk dat onvrijwillige zorg ook ambulant kan worden toegepast. Uitgangspunt is te allen tijde dat onvrijwillige zorg een ultimatum remedium is; alleen wanneer er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid meer zijn, kan onvrijwillige zorg worden overwogen, waarbij steeds aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid moet worden voldaan.

De Wzd bevat een aantal delegatiegrondslagen op grond waarvan bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels kunnen of moeten worden gesteld.

Een deel daarvan is uitgewerkt in het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) (Stb 2019, 197). Deze regeling betreft de nadere uitwerking van regels die onder de regelgevende bevoegdheid van de Minister van VWS vallen.

In deze regeling worden in hoofdstuk 2 categorieën van deskundigen aangewezen die als zorgverantwoordelijke kunnen optreden. Tevens wordt bepaald wie als externe deskundige als bedoeld in artikel 22, tiende lid, van de wet kunnen optreden. Op grond van dat artikel vraagt het CIZ een beoordeling bij een externe deskundige, indien het CIZ twijfelt of er sprake is van onvrijwilligheid ten aanzien van het verblijf of voortgezet verblijf.

Hoofdstuk 3 van deze regeling geeft nadere invulling aan de artikelen 17 en 18 van de wet. In de eerste plaats worden nadere regels gesteld over het digitale overzicht van de zorgaanbieder aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) over de feitelijk verleende onvrijwillige zorg in het afgelopen halfjaar. Hieruit moet onder meer blijken welke vormen van onvrijwillige zorg in welke mate zijn toegepast. Om te bewerkstelligen dat deze digitale overzichten op een eenvormige en tussen zorgaanbieders vergelijkbare wijze worden aangeleverd, is het van belang dat eisen worden gesteld aan de ordentelijke presentatie van de data die de zorgaanbieder ten behoeve van het digitale overzicht ten minste moet registreren. Hiertoe is een format opgenomen in de bij de regeling behorende bijlage. Hantering van dat format betekent dat een einde komt aan een voor de inspectie in te vullen papieren formulier voor elk start- en eindmoment van een verplichte zorgtoepassing, zoals onder de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz het geval was. Het format standaardiseert de inhoud en het detailniveau van het digitale overzicht en beperkt de gegevensverstrekking aan de inspectie tot tweemaal per jaar.

Artikel 17, eerste lid, van de wet geeft reeds weer welke gegevens de zorgaanbieder digitaal beschikbaar dient te houden ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht door de inspectie. Het verstrekken van het digitale overzicht houdt uitdrukkelijk geen extra registratieverplichting in, maar kan op digitale wijze uitgelicht worden uit de registratiegegevens die op grond van voornoemd artikel reeds digitaal beschikbaar moeten zijn. Zie over dit onderwerp tevens de artikelsgewijze toelichting bij artikelen 6 en 7.

In de tweede plaats worden regels gesteld over de analyse die zorgaanbieders ook halfjaarlijks aan de inspectie doen toekomen. De analyse is bedoeld om het digitale overzicht van context te voorzien en geeft onder meer weer welke inzichten de zorgaanbieder op basis daarvan heeft opgedaan. Het belangrijkste doel van de registratie en analyse daarvan is dat zorgaanbieders lering kunnen trekken over waarom en hoe zij onvrijwillige zorg verlenen. De zorgaanbieder verwerkt de gegevens op grond van deze wet ten behoeve van de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het eigen beleid en ten behoeve van het toezicht door de inspectie. Dat betekent bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder aan de hand van de analyse kan toetsen hoe in de dagelijkse praktijk uitvoering wordt gegeven aan het eigen beleidsplan, en dat men intern vergelijkingen kan maken tussen onvrijwillig zorg toegepast bij vergelijkbare doelgroepen op verschillende locaties.

Regeldruk

De regeling betreft een nadere invulling van het Bzd. De regeldruk is in de memorie van toelichting en de daarop volgende nota's van wijziging van de wet geadresseerd.

Registratie van onvrijwillige zorg was al geregeld in de Wet bopz en blijft onverminderd van belang, daar het gaat om de inperking van de grondrechten van een betrokkene en de bescherming van diens rechtspositie. De wijze waarop is met de komst van de Wzd veranderd. De individuele meldplicht van elke separate dwangmaatregel zoals onder de Wet bopz gold was administratief belastend voor zowel zorgaanbieders als de inspectie en resulteerde door verschillende wijzen van aanlevering (mail, post) in lastig vergelijkbare cijfers. Deze melding van middelen en maatregelen is met de komst van de Wzd vervangen door plicht om halfjaarlijks een digitaal overzicht en een analyse daarvan aan de inspectie te verstrekken over de verleende onvrijwillige zorg. PM

Fraudetoeets

PM LZ

Toezicht- en handhaafbaarheidstoets inspectie

PM

Advies Autoriteit persoonsgegevens

Op grond van onderhavige regeling worden geen persoonsgegevens verstuurd aan de inspectie. Omdat de zorgaanbieders echter wel gegevens moeten verwerken om de op grond van de wet vereiste gegevens aan de inspectie te kunnen sturen, is onderhavige regeling zekerheidshalve ter advisering aan de Autoriteit Persoonsgegevens gestuurd. PM na adviesaanvraag

Consultatie

ActiZ en VGN zijn betrokken geweest bij het vaststellen van hoofdstuk 3 van deze regeling. In augustus heeft consultatie plaatsgevonden. De inbreng van die consultatie heeft tot aanpassingen geleid op het gebied van PM na consultatie.

Voorhang

Artikel 2 van onderhavige regeling is, zoals artikel 1, achtste lid, van de wet bepaalt, voorgehangen bij de beide kamers der Staten-Generaal in de periode PM na voorhang.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Voor de definitie van locatie wordt aangesloten bij het begrip 'vestiging' in de Handelsregisterwet 2007. Artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van de Handelsregisterwet definieert een vestiging als "een gebouw of complex van gebouwen waar duurzame uitoefening van de activiteiten van een onderneming of rechtspersoon plaatsvindt". Voor de inspectie is het van belang om inzicht te hebben op welke locaties de zorgaanbieder verplichte zorg levert.

Zorgaanbieders dienen op grond van artikel 1:2 van de wet elke locatie waar vanuit verplichte zorg wordt geleverd, te registreren. Aansluiting bij de definitie van "vestiging" als bedoeld in de Handelsregisterwet 2007 heeft als voordeel dat locaties eenvoudig identificeerbaar zijn door middel van vestigingsnummers. Wanneer een zorgaanbieder zich registreert in het handelsregister, krijgt hij een KVK-nummer toegekend en worden de locaties met afzonderlijke adressen in de Basisregistratie Adressen en Gebouwen (BAG-adressen) voorzien van afzonderlijke vestigingsnummers. Aansluiten bij een bestaande wijze van registreren heeft als voordeel dat er zo min mogelijk extra administratieve lasten in het leven worden geroepen. De systemen van de inspectie zijn ook al ingericht op het hanteren van vestigingsnummers.

Artikel 2

Ingevolge artikel 1, eerste lid onderdeel g, van de Wzd is de zorgverantwoordelijke een ter zake kundige arts of degene die behoort tot een bij regeling van de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen, die door de zorgaanbieder als zorgverantwoordelijke is aangewezen. Met dit artikel worden deze categorieën van deskundigen aangewezen.

Belangrijke taak van de zorgverantwoordelijke in de zin van de Wzd is het opstellen, coördineren en evalueren van het zorgplan. Deze taken waren in de praktijk van de Wet bopz belegd bij een beroepsbeoefenaar van ten minste niveau mbo-3. In het kader van de Wzd wordt bij deze praktijk aangesloten. Onderhavig artikel wijst de personen aan die als zorgverantwoordelijke kunnen fungeren. Onderdeel a wijst de verpleegkundige aan. Dit zijn beroepsbeoefenaren die in het register voor verpleegkundigen op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg staan ingeschreven.

Onderdeel b wijst de verzorgende individuele gezondheidszorg aan. Dit zijn beroepsbeoefenaren die op grond van het Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg het recht tot het voeren van de desbetreffende titel hebben. Onderdeel c wijst beroepsbeoefenaren aan die een diploma hebben van de in dit onderdeel aangewezen opleidingen, die zijn opgenomen in het Centraal register beroepsopleiding.

Onderdeel d wijst beroepsbeoefenaren aan die een diploma hebben van de in dit onderdeel aangewezen opleidingen, die zijn opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs

De zorgaanbieder beslist zelf wie hij uit deze kring als zorgverantwoordelijke aanwijst. Dit is afhankelijk van de cliënt en diens situatie.

Artikel 3

Artikel 3 regelt aan welke externe deskundige een beoordeling gevraagd moet worden of er sprake is van onvrijwilligheid bij de cliënt in geval van opname en verblijf of voortzetting van het verblijf, indien het CIZ hier aan twijfelt.

Het is van belang dat de deskundige een professioneel oordeel kan geven over de mate waarin de cliënt vrijwillig instemt met de opname, het verblijf of de voortzetting van het verblijf, ook als de cliënt zwaar dementerend is of een ernstige verstandelijke handicap heeft. Daarbij moet de deskundige oog hebben voor de wisselwerking tussen de cliënt en zijn naasten. Voor de invulling van dit

artikel is verwezen naar de deskundigen die op grond van artikel 3.1 Bzd zijn aangewezen als extern deskundige.

Artikel 4

Eerste lid

Het digitale overzicht dat de zorgaanbieder per locatie verstrekt aan de inspectie bevat een selectie van de gegevens die de zorgaanbieder op grond van artikel 17, eerste lid, van de wet digitaal beschikbaar dient te houden ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht door de inspectie. Welke gegevens dat zijn, blijkt uit het format dat in artikel 5 is vastgesteld. De zorgaanbieder vermeldt op het digitale overzicht het vestigingsnummer dat de betreffende locatie door de Kamer van Koophandel toegewezen heeft gekregen.

Tweede en derde lid

Om er voor te zorgen dat digitale overzichten van zorgaanbieders steeds zien op gelijke periodes, is er voor gekozen om vaste halfjaarlijkse periodes per kalenderjaar aan te wijzen waarop een digitaal overzicht betrekking dient te hebben. Het digitale overzicht wordt dus twee keer per jaar door de zorgaanbieder opgesteld en dient uiterlijk zes weken na afloop van elk halfjaar bij de inspectie ingediend te zijn.

Aangezien de analyse van de zorgaanbieder op grond van artikel 18 van de wet steeds terugslaat op het digitale overzicht, worden voor de analyse ook termijnen van een halfjaar gehanteerd (zie verder artikel 5, derde lid).

Vierde lid

Voor de verstrekking van het digitale overzicht door de zorgaanbieder is gekozen voor het bestandstype .xml. De Nederlandse overheid hanteert een openstandaardenbeleid voor het kunnen uitwisselen van digitale gegevens tussen overheden onderling en tussen de overheid, bedrijven en burgers. Het gebruik van open standaarden verbetert deze communicatie omdat dan gewaarborgd is dat de afzonderlijke ICT-systemen elkaar kunnen begrijpen. Open standaarden zijn namelijk niet softwarespecifiek en kunnen door iedere leverancier worden ingebouwd in een ICT-systeem. Het bestandstype .xml is op grond van een besluit van het Nationaal Beraad Digitale Overheid opgenomen in de lijst open standaarden van Forum Standaardisatie¹. De toevoeging dat het digitale overzicht in een digitaal uitleesbaar formaat moet worden verstrekt, betekent dat het document voor de ontvangende partij te bewerken moet zijn. Het document mag dus niet vergrendeld worden en er kunnen bijvoorbeeld geen handgeschreven aantekeningen worden "meegescand".

Artikel 5

Het in de bijlage opgenomen format is de uitwerking van artikel 4.1 zevende lid, van het Bzd. Hiermee wordt nadere invulling gegeven aan het digitale overzicht dat zorgaanbieders op grond van artikel 17, tweede lid, van de wet aan de inspectie verstrekken. Om te voorkomen dat iedere zorgaanbieder zich het hoofd

¹ www.forumstandaardisatie.nl/standaar/xml.

gaat breken over hoe de gegevens aan de inspectie moeten worden aangeleverd, voorziet deze regeling in enige stroomlijning. Daarnaast zorgt het hanteren van een format ervoor dat de gevraagde data op uniforme wijze en op hetzelfde aggregatieniveau worden aangeleverd. Dit maakt de digitale overzichten voor de inspectie onderling vergelijkbaar.

Ten overvloede wordt opgemerkt dat de verplichting om de gegevens, genoemd in artikel 17 eerste lid, digitaal beschikbaar te houden, onverkort geldt, ook na verstrekking van het digitale overzicht.

Format algemeen

Het format geeft weer welke gegevens op welk detailniveau in het digitale overzicht bij de inspectie aangeleverd moeten worden. Dit format komt in de plaats van het papieren formulier dat onder de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz werd gebruikt. Waar onder de Wet bopz het formulier bij elk start- en eindmoment van gedwongen zorg moest worden ingevuld en aan de inspectie worden verzonden, beperkt de werkwijze onder de Wzd zich tot de halfjaarlijkse verzending van het digitale overzicht. De individuele toepassing van onvrijwillige zorg wordt slechts eenmaal geregistreerd; clustering van die toepassingen per cliënt en de uiteindelijke export naar een halfjaarlijks overzicht kan door de zorgaanbieder ingebouwd worden in zijn eigen computersysteem. Dit betekent dat de regeldruk op dit punt verminderd wordt.

Zoals hierboven reeds aangegeven, gaat het niet om alle gegevens die de zorgaanbieders op grond van artikel 17 eerste lid, van de wet te allen tijde digitaal beschikbaar moeten hebben voor de inspectie. Om de regeldruk voor zorgaanbieders zo beperkt mogelijk te houden, is in overleg met de inspectie bepaald tot welke gegevens het digitale overzicht beperkt kan blijven. De gegevens die in het format zijn opgenomen bieden inzicht in de onvrijwillige zorg die gedurende het afgelopen halfjaar op de locatie is verleend. Het is de verwachting dat zorgaanbieders (een deel van) hun digitaal systeem zodanig zullen inrichten dat het digitaal format met behulp van applicaties automatisch gegenereerd en geaggregeerd kan worden op basis van informatie uit het cliëntendossier.

Registratie op locatieniveau

De analyses dienen op locatieniveau bij de inspectie te worden aangeleverd. Voor het toezicht van de inspectie is van belang dat de vestigingsnummers van de locaties, zoals opgenomen in het handelsregister, worden vermeld bij de analyses. Zo weet de inspectie op welke vestiging van de zorgaanbieder de analyse betrekking heeft. Er hoeven derhalve geen gegevens per cliënt te worden aangeleverd.

Algemeen deel van het format

In het algemeen deel van het format dient een zorgaanbieder aan te geven hoeveel cliënten er op een locatie verblijven. Aangegeven wordt hoeveel cliënten er totaal in een locatie verblijven, en in welke (juridische) titels deze cliënten zijn onder te verdelen. Vervolgens dient de zorgaanbieder, bij het invullen van het format ten aanzien van de verleende onvrijwillige zorg, de informatie te aggregeren op het niveau van de verschillende (juridische) titels.

Vormen van onvrijwillige zorg

In het format is steeds een vorm van onvrijwillige zorg te vinden die vervolgens is uitgewerkt in subvormen.

Hieronder wordt een aantal zorgspecifieke termen nader toegelicht ter ondersteuning van een correcte registratie.

Beperken van de bewegingsvrijheid – fixatie (artikel 2, eerste lid, onderdeel c, van de wet)

- *Fysieke fixatie*: het vasthouden van betrokkene door één of meer zorgverleners, door middel van een binnen de beroepsgroep gebruikelijke methodiek.
- *Mechanische fixatie*: het beperken van de mogelijkheden van betrokkene om onderdelen van zijn lichaam te bewegen, met behulp van mechanische hulpmiddelen. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van polsbandjes of het op de rem zetten van een rolstoel.

Beperken van de bewegingsvrijheid anders dan door fixatie (artikel 2, eerste lid, onderdeel c, van de wet)

Hiervan is sprake als betrokkene de locatie wel zelfstandig kan verlaten, maar waarbij hij in het kader van de behandeling niet in bepaalde ruimtes kan komen binnen de setting waarin hij zorg ontvangt. Een voorbeeld hiervan is het ontzeggen van de toegang tot de keuken, omdat daar spullen liggen die gevaarlijk zijn voor betrokkene.

Insluiten (artikel 2, eerste lid, onderdeel c, van de wet)

- *Separateverblijf*: een ruimte die voldoet aan de eisen die in de Veldnorm voor afzonderings- en separatevoorzieningen in de gehandicaptenzorg (2013) worden gesteld aan een separateunit. De veldnorm is niet van toepassing in de ouderenzorg. In de ouderenzorg vindt geen separatie plaats.
- *Afzonderingsruimte*: een ruimte voldoet aan de eisen die in de Veldnorm voor afzonderings- en separatevoorzieningen in de gehandicaptenzorg (2013) worden gesteld aan een afzonderingsruimte. De veldnorm is niet van toepassing in de ouderenzorg. In de ouderenzorg kan onder afzonderingsruimte worden verstaan: een ruimte die bestemd is voor afzondering van een cliënt.
- *Insluiten binnen de locatie*: hiervan is sprake als betrokkene de locatie niet zelfstandig mag verlaten. Hieronder valt ook de situatie dat betrokkene een specifieke ruimte binnen de locatie (afdeling) niet op eigen initiatief kan verlaten.

Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten – beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen (artikel 2, tweede lid, onderdeel h, van de wet)

Het beperken van mogelijkheden om digitaal of via de ether met anderen te communiceren. Hierbij kan gedacht worden aan het afpakken van de mobiel of de laptop van een betrokkene. Over het algemeen ervaren betrokkenen dit als een ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg.

(Juridische) titel

Om inzichtelijk te maken welk verplichte zorg op grond van welke machtiging of maatregel wordt verleend, wordt achter iedere registratie ook een nummer opgenomen dat verwijst naar de dan geldende juridische titel.

Registratie van de frequentie

De registratie in het format bestaat uit een combinatie van het totaal aantal keren dat de betreffende vorm van onvrijwillige zorg binnen de locatie en het totale aantal unieke cliënten waarop deze vorm van onvrijwillige zorg is toegepast.

De frequentie van de onvrijwillige zorg drukt uit hoe vaak een specifieke zorgvorm gedurende de registratieperiode is toegepast. Dit cijfer kan worden gevonden door binnen de locatie met betrekking tot de specifieke vorm van gedwongen zorg alle toepassingen per cliënt bij elkaar op te tellen. Deze aantallen vormen ook de basis voor de analyse die artikel 18 van de wet vereist.

Samenhang Rvggz

Waar mogelijk is dit format geharmoniseerd met het format van de Regeling verplichte geestelijke gezondheid (Rvggz). Waar de formats verschillen, komen zij voort uit de verschillen in doelgroepen. Zie hiervoor de toelichting het bij format in de Rvggz.

Een ander verschil is dat de Rvggz voorschrijft dat de formats ingevuld dienen te worden op patiëntniveau. Onderhavige regeling echter, aggregeert de gegevens op locatieniveau onderverdeeld naar de (juridische) titel van cliënten. Daarbij wordt opgemerkt dat ook voor de Rzd uiteindelijk gestreefd wordt naar het verstrekken van overzichten aan de inspectie op cliëntniveau. Om echter aan te sluiten bij ontwikkelingen in het veld, is in de Wzd op dit moment nog niet gekozen voor een verstrekking op cliëntniveau. In de evaluatie van de Wzd zal dit punt worden meegenomen.

Artikel 6

Eerste lid

Voor de inspectie is het van belang om te weten op welke locatie de verplichte zorg waar de analyse betrekking op heeft, is verleend. Daartoe vermeldt de zorgaanbieder het vestigingsnummer dat de betreffende locatie door de Kamer van Koophandel toegewezen heeft gekregen. De analyse is vereist op niveau van de locatie. Dit laat uiteraard onverlet dat de zorgaanbieder de inhoudelijke analyse wel op kleinere schaal, zoals op teamniveau of op afdelingsniveau, kan uitvoeren, al zal hij deze dan samengevoegd per locatie aan de inspectie moeten aanleveren. De verwachting is namelijk dat analyses op kleinere schaal vooral voor de zorgverlener zelf waardevolle informatie kunnen opleveren, omdat zo de behandeling ten aanzien van vergelijkbare groepen betrokkenen met elkaar vergeleken kunnen worden.

Tweede lid

Voor het tot stand brengen van de analyse vormen de gegevensverwerkingen op grond van artikelen 16, tweede lid, en 17, eerste lid, van de wet de basis. Gegevens over de (onvrijwillige) zorg van betrokkene worden door de zorgverantwoordelijke bijgehouden in het cliëntendossier op grond van artikel 16, tweede lid van de wet en artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek. In de praktijk zal dit hetzelfde elektronische cliëntendossier zijn dat de zorgaanbieder over

betrokkene bijhoudt. Een deel van die gegevens, namelijk de gegevens, bedoeld in artikel 17, eerste lid, van de wet, houdt de zorgaanbieder digitaal beschikbaar voor de uitvoering van de wet en het toezicht door de inspectie. Een deel daarvan wordt vervolgens verwerkt in het digitale overzicht dat op grond van artikel 17, tweede lid, van de wet ten minste eens per zes maanden aan de inspectie wordt verstrekt. De analyse, ten slotte, dient zoals hierboven uiteengezet ter duiding van de verplichte zorg die blijkt uit het digitale overzicht in de afgelopen periode door de zorgaanbieder is toegepast.

Derde en vierde lid

Vanwege de samenhang tussen het digitale overzicht en de analyse die de zorgaanbieder aan de inspectie verstrekt, worden dezelfde halfjaarlijkse periodes aangewezen waarop de analyses betrekking moeten hebben. Zie in dit verband ook de toelichting bij artikel 4, tweede lid.

Voor de aanlevering van de analyse aan de inspectie is een termijn van acht weken gekozen. Deze termijn is ruimer dan de aanlevertermijn van het digitale overzicht, omdat voorzien wordt dat de totstandkoming van de analyse meer tijd van de zorgaanbieder zal vergen. Ook is met deze aanlevertermijn rekening gehouden met de reactietermijn van de cliëntenraad op de analyse van de zorgaanbieder (artikel 7, derde lid).

Vijfde lid

Voor de verstrekking van de analyse door de zorgaanbieder aan de inspectie is gekozen voor het bestandstype .pdf/A-1. Ook dit bestandstype is opgenomen in de lijst open standaarden van Forum Standaardisatie. Het aanleveren van een digitaal uitleesbare analyse maakt het mogelijk dat de computersystemen van de inspectie een geautomatiseerde eerste duiding van het kwantitatieve deel van de analyse (artikel 7, eerste lid) kunnen maken, voordat inspecteurs de analyse handmatig doornemen. Zie voor toelichting bij open standaarden en digitale uitleesbaarheid ook de toelichting bij artikel 5, vierde lid.

Artikel 7

Dit artikel stelt regels aan de analyse, bedoeld in artikel 18 van de wet: : het bevat een limitatieve opsomming van onderdelen die in de analyse opgenomen moeten worden. De analyse is voor de inspectie een informatiebron om te zien op welke manier de zorgaanbieders aandacht hebben voor en zicht hebben op de wijze waarop zij onvrijwillige zorg uitvoeren, hoe ze daarop reflecteren en op welke manier zij kwaliteitsverbeteringen inzetten om onvrijwillige en verplichte zorg te voorkomen en terug te dringen.

Artikel 7, eerste lid, regelt welke kwantitatieve informatie in de analyse moet worden opgenomen. Op grond van onderdeel a moeten cijfers bekend zijn over het aantal unieke cliënten aan wie onvrijwillige zorg is verleend. Op grond van onderdeel b moet daarbij tevens worden aangegeven in hoeveel gevallen onvrijwillige zorg is toegepast. Op grond van onderdeel c maakt de zorgaanbieder een cijfermatige vergelijking ten opzichte van een eerdere analyse; op grond van onderdeel d moet de mediaan van de duur en de frequentie van de toegepaste onvrijwillige zorg worden weergegeven. Onderdeel e regelt tot slot dat een zorgaanbieder de verhouding van het aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft

ontvangen ten opzichte van het aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg heeft ontvangen, uitdrukt in een percentage.

In het tweede lid is opgenomen welke informatie een zorgaanbieder nog meer moet verstrekken naast het cijfermatige inzicht op grond van het eerste lid. Deze meer kwalitatieve duiding helpt de inspectie toe te zien op de inzet van onvrijwillige zorg en daarmee uiteindelijk ook of de zorgaanbieder er in slaagt om onvrijwillige zorg terug te dringen. De analyse van de gegevens zou zicht moeten geven op het reflectie- en leerproces van de zorgaanbieder.

Onderdeel a regelt dat de zorgaanbieder een toelichting/verklaring voor toename/afname van de cijfers ten opzichte van de vorige rapportage en of dit aanleiding heeft gegeven tot aanpassing van het beleidsplan. Zo kan bijvoorbeeld de vraag worden beantwoord of een vorm van onvrijwillige zorg is vervangen door een andere vorm van onvrijwillige zorg (substitutie) die voor de cliënt minder belastend is.

Op grond van onderdeel b dient de zorgaanbieder te analyseren welke verbetermaatregelen hij moet nemen om het toepassen van onvrijwillige zorg terug te brengen. Tot slot dient de zorgaanbieder op grond van onderdeel c een beschrijving aan te leveren van hoe de analyse tot stand is gekomen, dat wil zeggen welke bronnen zijn gebruikt in de analyse en wie is hierbij betrokken.

Op grond van het eerste lid, onderdeel f, dient een zorgaanbieder tevens het aantal unieke cliënten aan te geven dat op grond van artikel 2, tweede lid, van de wet medicatie of vrijheidsbeperkende maatregelen heeft ondergaan, in absolute aantallen en als percentage van gehele populatie die onvrijwillige zorg krijgt. Het betreft hier de cliënten die wilsonbekwaam zijn en die zich niet verzetten tegen het opnemen van deze zorg in het zorgplan.

Het derde lid vereist dat de zorgaanbieder de cliëntenraad de gelegenheid heeft om een reactie uit te brengen over de analyse. Indien de cliëntenraad een reactie geeft, wordt deze integraal meegestuurd naar de inspectie. Indien de cliëntenraad niet binnen vier weken heeft gereageerd, gaat de analyse zonder reactie naar de inspectie. Is zulks het geval, dan licht de zorgaanbieder toe waarom deze ontbreekt. Het kan voorkomen dat de cliëntenraad later dan vier weken haar reactie geeft. Dan hoeft deze reactie niet te worden nagestuurd naar de inspectie. Het ligt hierbij wel in de rede dat een zorgaanbieder intern bekijkt wat men met deze reactie kan doen.

Artikel 8

NEN 7510:2011 (NEN 7510) en NEN 7512, zijn normen van Stichting Nederlands Normalisatie-instituut inzake de informatiebeveiliging in de zorg. Door deze normen aan te wijzen, wordt nadere invulling gegeven aan artikel 4.1, vijfde lid, van het Bzd. NEN 7510 en NEN 7512 worden reeds in de zorg gebruikt. Momenteel wordt door het veld gewerkt aan een technische standaard voor veilige en gestructureerde gegevensuitwisseling tussen zowel het zorgdomein als het overheidsdomein. Wanneer die technische standaard gereed is, zal worden gezien of aanwijzing daarvan in het kader van deze regeling noodzakelijk is.

Artikel 9

Aangezien deze regeling voorziet in de invulling van een aantal delegatiegrondslagen van de wet, voorziet dit artikel in de inwerkingtreding van deze regeling op het moment dat de wet in werking treedt. Daarbij wordt rekening gehouden met vaste verandermomenten.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

CONCEPT tbv CONSULTATIE

Ambtelijke versie t.b.v. consultatie d.d. 12 augustus 2019

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport van
houdende nadere regels voor het kunnen verlenen van
verplichte zorg aan een persoon met een psychische
stoornis

Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 1:1, eerste lid, onderdeel aa; 4:1, zevende lid; 5:13, derde lid, onderdeel d; 7:3, vierde lid, onderdeel c; en 8:25, tweede lid, van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en artikelen 3.1, vijfde en zevende lid van het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg;

Besluit:

HOOFDSTUK 1 – BEGRIPSBEPALING

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- *locatie*: vestiging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder j, van de Handelsregisterwet 2007.

HOOFDSTUK 2 – CATEGORIEËN VAN DESKUNDIGEN

Artikel 2

Als categorieën van deskundigen als bedoeld in artikel 1:1, eerste lid, onderdeel aa, van de wet worden aangewezen:

- psychiater;
- klinisch psycholoog;
- klinisch neuropsycholoog;
- specialist ouderengeneeskunde;
- arts die als verslavingsarts is ingeschreven in het door het College Geneeskundig Specialismen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst ingestelde profielregister verslavingsgeneeskunde;
- gezondheidszorgpsycholoog;
- klinisch geriater;
- verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 3

Als categorie van deskundigen als bedoeld in artikel 4:1, zevende lid, van de wet wordt de klinisch psycholoog aangewezen.

Artikel 4

Als categorieën van deskundigen als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet worden aangewezen:

- arts;
- verloskundige;
- klinisch psycholoog;
- klinisch neuropsycholoog;
- psychotherapeut.

Artikel 5

Als categorieën van deskundigen als bedoeld in artikel 7:3, vierde lid, onderdeel c, van de wet worden aangewezen:

- arts;
- klinisch psycholoog.

HOOFDSTUK 3 – GEGEVENSVERWERKING

Artikel 6

1. De zorgaanbieder verstrekt aan de inspectie per locatie het digitale overzicht, bedoeld in artikel 8:24, tweede lid, van de wet, onder vermelding van het vestigingsnummer van die locatie.
2. De periode waarop het digitale overzicht betrekking heeft is 1 januari tot en met 30 juni, respectievelijk 1 juli tot en met 31 december van elk kalenderjaar.
3. De zorgaanbieder verstrekt het digitale overzicht uiterlijk zes weken na afloop van de periode waarop het digitale overzicht betrekking heeft.
4. Bij de verstrekking wordt het bestandstype .xml gehanteerd in een digitaal uitleesbaar formaat.

Artikel 7

Als format als bedoeld in artikel 3.1, zevende lid, van het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg voor het verstrekken van een digitaal overzicht wordt het format in bijlage 1 bij deze regeling vastgesteld.

Artikel 8

1. De zorgaanbieder verstrekt aan de inspectie per locatie de analyse, bedoeld in artikel 8:25, eerste lid, van de wet, onder vermelding van het vestigingsnummer van de locatie waar de analyse betrekking op heeft.
2. Ten behoeve van de analyse verwerkt de zorgaanbieder persoonsgegevens als bedoeld in artikel 8:4, eerste lid, en 8:24, eerste lid, van de wet.
3. De periode waarop de analyse betrekking heeft, is 1 januari tot en met 30 juni, respectievelijk 1 juli tot en met 31 december van elk kalenderjaar.
4. De zorgaanbieder verstrekt de analyse uiterlijk acht weken na afloop van de periode waarop de analyse betrekking heeft.
5. Bij de verstrekking wordt het bestandstype .pdf/A-1 gehanteerd in een digitaal uitleesbaar formaat.

Artikel 9

1. In de analyse, bedoeld in artikel 8:25, eerste lid, van de wet neemt de zorgaanbieder op, uitgesplitst per vorm van verplichte zorg zoals weergegeven in het format, bedoeld in artikel 7:
 - a. het aantal unieke betrokkenen op wie de vorm van verplichte zorg is toegepast;
 - b. stijgingen of dalingen in de toepassing van verplichte zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages;
 - c. de mediaan van de duur en de frequentie van de toegepaste verplichte zorg.
 - d. de verhouding van het aantal betrokkenen dat verplichte zorg heeft ontvangen ten opzichte van het aantal betrokkenen dat geen verplichte zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in aantallen en percentages;
 - e. per vorm van verplichte zorg: de verhouding van het aantal betrokkenen dat die vorm van verplichte zorg heeft ontvangen ten opzichte van het totaal aantal betrokkenen dat verplichte zorg heeft ontvangen, uitgedrukt in een percentage; en
 - f. het totaal aantal betrokkenen met een zelfbindingsverklaring als bedoeld in artikel 4:1 van de wet, alsmede de verhouding van dit aantal betrokkenen ten opzichte van het aantal betrokkenen dat verplichte zorg ontvangt zonder zelfbindingsverklaring, uitgedrukt in een percentage.
2. In de analyse, bedoeld in het eerste lid, vermeldt de zorgaanbieder tevens:
 - a. een duiding van verschillen in de toepassing van verplichte zorg ten opzichte van een voorgaande analyse, alsmede of deze verschillen aanleiding geven tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 2:2 van de wet;
 - b. indien van toepassing, een duiding van verschillen in de toepassing van verplichte zorg tussen verschillende locaties van de zorgaanbieder;
 - c. welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van verplichte zorg; en
 - d. een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen.
3. De zorgaanbieder stelt de door hem op grond van artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen ingestelde en ter zake betrokken cliëntenraad gedurende vier weken in de gelegenheid om een reactie uit te brengen over de analyse, bedoeld in het eerste lid, en voegt deze toe aan de analyse. Indien de cliëntenraad geen reactie heeft gegeven, motiveert de zorgaanbieder de afwezigheid ervan.

Artikel 10

Ten aanzien van gegevensverwerkingen door zorgaanbieders die voortvloeien uit de wet en de daarop berustende bepalingen wordt als technische standaard als bedoeld in artikel 3.1, vijfde lid, van het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg NEN 7510, en de uitwerking daarvan in NEN 7512, aangewezen.

Artikel 11

Deze regeling treedt in werking op het tijdstip waarop de Wet verplichte geestelijke gezondheid in werking treedt.

Artikel 12

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

CONCEPT tbv CONSULTATIE

Bijlage bij artikel 7 van de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg

FORMAT DIGITAAL OVERZICHT VERPLICHTE ZORG

Naam locatie:

Vestigingsnummer:

Gegevens betrokkene Achternaam, voornaam, tussenvoegsels				
Zelfbindingsverklaring aanwezig?		Ja/Nee		
Vormen van verplichte zorg			Tijdregistratie (een combinatie van datum dd-mm-jjjj en tijd uu:mm)	Juridische titel (1= ZM, 2= CM, 3= tijdelijk verplichte zorg in een onvoorziene situatie, 4= beslissing tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan CM, 5= machtiging voortzetting CM, 6= tbs/PIJ)
Vorm van verplichte zorg	Subvorm			
☐ Het 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	☐ Vocht en voeding		Starttijd	1/2/3/4/5/6
	☐ Medicatie	☐ Orale medicatie	Starttijd	1/2/3/4/5/6
		☐ Intramusculaire medicatie	Starttijd	1/2/3/4/5/6
		☐ Intraveneuze medicatie	Starttijd	1/2/3/4/5/6
	☐ 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	☐ ECT		Starttijd

☐ Beperken van de bewegingsvrijheid	☐ Fixatie	☐ Fysieke fixatie	Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
		☐ Mechanische fixatie	Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
	☐ Het beperken van de bewegingsvrijheid, anders dan door fixatie		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
☐ Insluiten	☐ In een separeerverblijf		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
	☐ In een Extra Beveiligde Kamer (EBK)		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
	☐ In een afzonderingsruimte		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
	☐ Op de eigen kamers/verblijfsruimte		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
	☐ Binnen de locatie		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
☐ Uitoefenen van toezicht op betrokkene	☐ Cameramonitoring		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
	☐ Andere elektronische middelen		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
☐ Onderzoek aan kleding of lichaam			Starttijd	1/2/3/4/5/6
☐ Onderzoek van woon/verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen			Starttijd	1/2/3/4/5/6
☐ Controle op aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen			Starttijd	1/2/3/4/5/6
☐ Aanbrengen van beperkingen het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen	☐ Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
☐ Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek			Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6

☐ Opnemen in accommodatie			Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
☐ Ontnemen van de vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf			Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6

CONCEPT tbv CONSULTATIE

TOELICHTING

Algemeen deel

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz of wet) (Stb 2018, 37) is voor mensen met een psychische stoornis, niet zijnde een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, de opvolger van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) en biedt het kader waarbinnen verplichte zorg kan worden verleend. Verplichte zorg houdt in: zorg voor betrokkene, ondanks verzet, ter voorkoming of beperking van ernstig nadeel voor betrokkene of anderen. De wet regelt de procedure van de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van verplichte zorg, alsmede de rechtspositie van betrokkene. De wet stelt betrokkene en zijn zorgbehoefte voorop, waarbij verplichte zorg niet langer is gekoppeld aan gedwongen opname. Daarmee wordt mogelijk dat verplichte zorg ook ambulant kan worden toegepast. Uitgangspunt is te allen tijde dat verplichte zorg een ultimum remedium is; alleen wanneer er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid meer zijn, kan verplichte zorg worden overwogen, waarbij steeds aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid moet worden voldaan.

De Wvggz bevat een aantal delegatiegrondslagen op grond waarvan bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels kunnen of moeten worden gesteld. Een deel daarvan is uitgewerkt in het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz) (Stb 2019, 198). Deze regeling betreft de nadere uitwerking van regels die onder de regelgevende bevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vallen.

In hoofdstuk 2 worden verschillende categorieën van deskundigen aangewezen die respectievelijk:

- als zorgverantwoordelijke kunnen optreden;
- als onafhankelijk arts of persoon een verklaring kunnen opstellen over de wilsbekwaamheid van betrokkene;
- vanwege hun specifieke deskundigheid met betrekking tot de aard van een psychische stoornis betrokken kunnen worden in overleggen over het zorgplan; of
- tijdelijke verplichte zorg kunnen leveren voorafgaand aan een crisismaatregel.

Hoofdstuk 3 van deze regeling geeft nadere invulling aan artikelen 8:24 en 8:25 van de wet. In de eerste plaats worden nadere regels gesteld over het digitale overzicht, de rapportage van de zorgaanbieder aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) over de feitelijk verleende verplichte zorg in het afgelopen halfjaar. Hieruit moet onder meer blijken welke vormen van verplichte zorg in welke mate zijn toegepast en in hoeverre verplichte zorg is toegepast op basis van

zelfbindingsverklaringen. Om te bewerkstelligen dat deze digitale overzichten op een eenvormige en tussen zorgaanbieders vergelijkbare wijze worden aangeleverd, is het van belang dat eisen worden gesteld aan de ordentelijke presentatie van de data die de zorgaanbieder ten behoeve van het digitale overzicht ten minste moet registreren. Hiertoe is een format opgenomen in de bij de regeling behorende bijlage. Hantering van dat format betekent dat een einde komt aan een voor de inspectie in te vullen papieren formulier voor elk start- en eindmoment van een verplichte zorgtoepassing, zoals onder de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz het geval was. Het format standaardiseert de inhoud en het detailniveau van het digitale overzicht en beperkt de gegevensverstrekking aan de inspectie tot tweemaal per jaar. Artikel 8:24, eerste lid, van de wet geeft reeds weer welke gegevens de zorgaanbieder digitaal beschikbaar dient te houden ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht door de inspectie. Het verstrekken van het digitale overzicht houdt uitdrukkelijk geen extra registratieverplichting in, maar kan op digitale wijze uitgelicht worden uit de registratiegegevens die op grond van voornoemd artikel reeds digitaal beschikbaar moeten zijn. Zie over dit onderwerp tevens de artikelsgewijze toelichting bij artikelen 8 en 9.

In de tweede plaats worden regels gesteld over de analyse die zorgaanbieders ook halfjaarlijks aan de inspectie doen toekomen. De analyse is bedoeld om het digitale overzicht van context te voorzien en geeft onder meer weer welke inzichten de zorgaanbieder op basis daarvan heeft opgedaan. Het belangrijkste doel van de registratie en analyse daarvan is dat de zorgaanbieder lering kan trekken over waarom en hoe hij verplichte zorg verlenen. De zorgaanbieder verwerkt de gegevens op grond van deze wet ten behoeve van de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van hun eigen beleid en ten behoeve van het toezicht door de inspectie. Dat betekent bijvoorbeeld dat de zorgaanbieder aan de hand van de analyse kunnen toetsen hoe in de dagelijkse praktijk uitvoering wordt gegeven aan het eigen beleidsplan, en dat men intern vergelijkingen kan maken tussen verplichte zorg toegepast bij vergelijkbare doelgroepen op verschillende locaties.

Voorts helpen de registratietaken van de artikelen 8:24 en 8:25 van de wet de zorgaanbieder om zicht te krijgen op de uitvoering van de wet. Daaronder valt onder meer het naleven van de algemene uitgangspunten van de wet. De zorgaanbieder kan namelijk de inzichten die hij met de analyse opdoet, niet alleen aanwenden om het ultimatum remediumkarakter van verplichte zorg te bewaken, maar ook de resultaten van de analyse toetsen aan de algemene uitgangspunten van de wet zoals neergelegd in artikel 2:1 van de wet, zoals proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid, en zo de kwaliteit van verplichte zorg continu verbeteren. Ook zou de zorgaanbieder deze data en de daaruit voortkomende conclusies kunnen gebruiken voor de totstandkoming van interne, zorginhoudelijke sturings- en managementinformatie, of – in de toekomst – voor een benchmark. Een benchmark komt zowel de kwaliteit als het leereffect van de analyse ten goede en heeft als meerwaarde dat het mogelijk maakt om (plaatselijke) verschillen in de toepassing van verplichte zorg tussen zorgaanbieders te duiden. Dit wordt mogelijk zodra zorgaanbieders in staat worden gesteld om de trends die uit de eigen analyse naar voren komen, te

vergelijken met het landelijke beeld. Dergelijke data zou ook de uitvoering van motie-Voortman (Kamerstukken II, 2017/18, 25424, nr. 381) dienen.

Grondslag gegevensverwerking

Verplichte zorg maakt in beginsel een inbreuk op de grondwettelijke rechten en vrijheden van een betrokkene. Daarom mag verplichte zorg enkel verleend worden als is voldaan aan de vereisten en uitgangspunten van de wet. Vanwege het ingrijpende karakter van verplichte zorg, is het van belang dat de inspectie effectief toezicht op de verleende verplichte zorg kan uitoefenen om zo de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen, voor zowel de individuele betrokkene als voor de maatschappij als geheel. De verstrekking van de persoonsgegevens aan de inspectie is beperkt tot de specifieke persoonsgegevens, bedoeld in het format, waaronder ook bijzondere persoonsgegevens kunnen vallen. Dit zijn de gegevens die volgens de wet noodzakelijk zijn voor het toezicht door de inspectie. Artikel 8:24, tweede lid, van de wet biedt de formeelwettelijke grondslag voor de verstrekking aan de inspectie. Indien het door de zorgaanbieder aan de inspectie verstrekte overzicht in een specifiek geval daartoe aanleiding geeft, kan de inspectie op grond van haar wettelijke taken en bevoegdheden nader onderzoek doen. Deze gegevensverwerking, tezamen met de overige waarborgen ter bescherming van de rechtspositie van de betrokkene die de wet biedt, voldoet daarmee aan de vereisten van de 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) (AVG), in het bijzonder artikel 6, eerste lid, onderdeel c en artikel 9, tweede lid, onderdeel i, van de AVG.

Regeldruk

De regeling betreft een nadere invulling van het Bvggz. De regeldruk is in de memorie van toelichting en de daarop volgende nota's van wijziging van de wet geadresseerd.

Registratie van verplichte zorg was al geregeld in de Wet bopz en blijft onverminderd van belang, daar het gaat om de inperking van de grondrechten van een betrokkene en de bescherming van diens rechtspositie. De wijze waarop is met de komst van de Wvggz veranderd. De individuele meldplicht van elke separate dwangmaatregel zoals onder de Wet bopz gold was administratief belastend voor zowel zorgaanbieders als de inspectie en resulteerde door verschillende wijzen van aanlevering (mail, post) in lastig vergelijkbare cijfers. Deze melding van middelen en maatregelen is met de komst van de Wvggz vervangen door de plicht om halfjaarlijks een digitaal overzicht en een analyse daarvan aan de inspectie te verstrekken over de verleende verplichte zorg. In afstemming met het veld is zo veel mogelijk aangesloten bij de reeds bestaande registratie van dwangzorg, om zo geen verzwaring van de regeldruk te bewerkstelligen. Voor de regeldruk betekent dit voor een zorgaanbieder dat de registratie van verplichte zorg blijft, maar de vermindering in de regeldruk wordt behaald door een aanzienlijke vermindering in aanlevermomenten aan de inspectie. Voor de inspectie vermindert de regeldruk doordat zij de overzichten van verplichte zorg gestructureerd en digitaal ontvangt.

De analyse die zorgaanbieders aan de inspectie moeten aanleveren is bedoeld om te reflecteren op en te leren van de toegepaste verplichte zorg. Dit is een nieuw element ten opzichte van de Wet bopz. Het maken van de analyse zal tijd kosten van de betrokken professionals, hoewel dat mede afhankelijk zal zijn van de grootte van de populatie die verplichte zorg ontvangt en zaken die cijfermatig opvallen en geduid dienen te worden. Daar staat tegenover dat het leereffect de betrokken professionals meer inzicht geeft in de afwegingen omtrent wel of niet toepassen van verplichte zorg, wat uiteindelijk ook tot verhoging van de efficiëntie kan leiden.

Met de aanwijzing van de NEN 7510 en NEN 7512 als technische standaarden voor informatiebeveiliging in de zorg wordt eveneens aangesloten bij de huidige praktijk. Deze normen worden reeds door het zorgveld gebruikt en de aanwijzing daarvan in deze regeling heeft daarom geen gevolgen voor de regeldruk.

Fraudetoets

Toezicht- en handhaafbaarheidstoets inspectie

Advies Autoriteit Persoonsgegevens

Consultatie

Artikelsgewijs

Artikel 1

Voor de definitie van locatie wordt aangesloten bij het begrip 'vestiging' in de Handelsregisterwet 2007. Artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van de Handelsregisterwet 2007 definieert een vestiging als "een gebouw of complex van gebouwen waar duurzame uitoefening van de activiteiten van een onderneming of rechtspersoon plaatsvindt". Voor de inspectie is het van belang om inzicht te hebben op welke locaties de zorgaanbieder verplichte zorg levert. Zorgaanbieders dienen op grond van artikel 1:2 van de wet elke locatie waar vanuit verplichte zorg wordt geleverd, te registreren. Aansluiting bij de definitie van "vestiging" als bedoeld in de Handelsregisterwet 2007 heeft als voordeel dat locaties eenvoudig identificeerbaar zijn door middel van vestigingsnummers. Wanneer een zorgaanbieder zich registreert in het handelsregister, krijgt hij een KVK-nummer toegekend en worden de locaties met afzonderlijke adressen in de Basisregistratie Adressen en Gebouwen (BAG-adressen) voorzien van afzonderlijke vestigingsnummers. Aansluiten bij een bestaande wijze van registreren heeft als voordeel dat er zo min mogelijk extra administratieve lasten in het leven worden geroepen. De systemen van de inspectie zijn ook al ingericht op het hanteren van vestigingsnummers.

Artikel 2

Ingevolge artikel 1:1, eerste lid, onderdeel aa, van de Wvggz is de zorgverantwoordelijke een persoon die een geregistreerd beroep uitoefent als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en tevens behoort tot een door de Minister van VWS aangewezen

categorie van deskundigen. Met dit artikel worden deze categorieën van deskundigen aangewezen. Daarbij is zo veel mogelijk aangesloten bij de huidige praktijk door de categorieën van deskundigen aan te wijzen die momenteel ook zijn aangewezen als regiebehandelaar in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ, met uitzondering van de psychotherapeut, omdat deze in de huidige praktijk niet in het gedwongen kader werkzaam is. Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN).

De regiebehandelaar is thans verantwoordelijk voor het overzicht en de afstemming van de geleverde zorg door verschillende zorgprofessionals. De afweging is gemaakt dat deze rolbeschrijving overeenkomt met de functie van de zorgverantwoordelijke op grond van de Wvvggz, die verantwoordelijk is voor de zorg, en een sleutelrol speelt in de totstandkoming en uitvoering van de zorgmachtiging. De aangewezen beroepen zijn alle BIG-geregistreerd en vallen derhalve onder publiekrechtelijk geregeld tuchtrecht. Met deze aanwijzing is voorts geborgd dat deze zorgprofessionals een GGZ-specifieke opleiding hebben genoten.

Aangezien de zorg op grond van de Wvvggz patiëntvolgend en niet locatiegebonden is, waarbij er binnen de reikwijdte van de zorgmachtiging op- en afgeschaald kan worden in de zorgintensiteit, is ervoor gekozen om alle beroepen die regiebehandelaar kunnen zijn ook als zorgverantwoordelijke aan te wijzen, ook wanneer zij onder de Wet bopz nog niet met deze taak belast waren. Hiermee wordt mogelijk gemaakt dat de inzet van zorgverantwoordelijken zo veel mogelijk gericht kan worden naar de behoeften van de patiëntpopulatie. Denkbaar is dat de psychiater de zorgverantwoordelijke zal zijn voor een nieuwe patiënt, maar deze verantwoordelijkheid bij een langer lopende machtiging over kan gaan op een verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg. Ook hier is maatwerk mogelijk naar de zorgbehoefte van de betrokkene op een bepaald moment.

De geneesheer-directeur bewaakt, samen met de zorgaanbieder, de kwaliteit van de verplichte zorg, en is als zodanig ook reeds betrokken bij de totstandkoming van het zorgplan. Wanneer de zorgverantwoordelijke zelf geen psychiater is, wordt de beslissing tot het verlenen van verplichte zorg op grond van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel of zorgmachtiging ook pas genomen nadat (onder meer) overeenstemming is bereikt met de geneesheer-directeur (artikel 8:9 Wvvggz). De uitvoering door een arts van voorbehouden handelingen, zoals het voorschrijven van verplichte medicatie, wordt conform de Wet BIG geborgd.

Artikel 3

Bij het opstellen van een zelfbindingsverklaring is noodzakelijk dat een onafhankelijk arts of een persoon, behorende tot een door de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen, een verklaring als bedoeld in artikel 4:1, zevende lid, van de wet opstelt waaruit blijkt of betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is. De deskundige die bij deze regeling wordt aangewezen, naast artsen, is de klinisch psycholoog. Uitgangspunt is dat in de regel de arts of deskundige zelf voldoende professionele affiniteit heeft met de (verplichte) zorg die in de zelfbindingsverklaring wordt opgenomen, om te toetsen of de betrokkene de gevolgen hiervan kan overzien en zo de

rechtsbescherming van de betrokkene te bewaken. Het heeft de voorkeur om binnen de beroepsgroep van artsen een ter zake deskundige arts te raadplegen, met voldoende kennis van het GGZ-werkveld. Hoewel onder de Wet bopz alleen de psychiater ter zake deskundig werd geacht, valt bijvoorbeeld ook te denken aan een verslavingsarts wanneer betrokkene bekend is met verslavingsproblematiek. Om ook aansluiting bij de praktijk te vinden, wordt op grond van het huidige model-kwaliteitsstatuut in de gespecialiseerde GGZ naast de arts ook de klinisch psycholoog aangewezen, vanwege de overeenkomsten tussen de verantwoordelijkheden van de klinisch psycholoog en artsen.

Artikel 4

Dit artikel betreft de uitwerking van artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet. Dit artikel beoogt te voorzien in multidisciplinaire zorg in het zorgplan, voor zover de aard van de psychische stoornis daartoe noodzaakt. Ten minste de betrokkenheid van één van de aangewezen deskundigen moet bij het multidisciplinair overleg betrokken zijn, zodat de benodigde expertise van de verschillende GGZ-disciplines of bij gesubspecialiseerde GGZ-professionals wordt ingezet. Dergelijk overleg kan geïndiceerd zijn wanneer zich meer complexe psychische problematiek voordoet, of wanneer meer gespecialiseerde behandeling noodzakelijk is, bijvoorbeeld bij comorbiditeit (multiproblematiek, zoals de combinatie van een psychische stoornis met een verstandelijke beperking, verslaving, of specifieke ouderenproblematiek).

Wanneer er ook somatische zorg in het zorgplan wordt opgenomen, dient dit bij de totstandkoming van het zorgplan met de uitvoerende somatische behandelaar overlegd te worden. Bijvoorbeeld in het specifieke geval van psychische problematiek en zwangerschap met dreigend ernstig nadeel voor moeder of kind kan ook verloskundige zorg in het zorgplan worden opgenomen.

Deze bepaling laat uiteraard onverlet dat een zorgverantwoordelijke naast de genoemde deskundigen advies wint van andere zorgverleners of deskundigen. Zo kan een arts met een ander medisch specialisme, of een paramedisch beroepsbeoefenaar ook gevraagd worden om zijn visie. Dat de huisarts zo veel mogelijk betrokken wordt, is een algemeen uitgangspunt van de Wvvgz.

Artikel 5

Dit artikel regelt de aanwijzing van de categorieën van deskundigen die tijdelijke verplichte zorg als bedoeld in artikel 7:3 van de Wvvgz mogen verlenen. Het gaat hier om acute situaties, waarin redelijkerwijs mag worden verondersteld dat een crisismaatregel zal worden genomen, maar de afgifte ervan door de burgemeester, of zelfs de komst van de psychiater die de medische verklaring ex artikel 7:1, derde lid, Wvvgz daarvóór dient af te leggen, niet afgewacht kan worden. Vanwege de aard van de tijdelijke verplichte zorg, is te meer van belang dat de deskundige die bevoegd is om deze verplichte zorg te verlenen een gedegen afweging kan maken van de noodzaak daartoe.

Uit de huidige praktijk blijkt dat het noodzakelijk is om de volledige beroepsgroep van artsen aan te wijzen, aangezien artsen van verschillende disciplines betrokken kunnen zijn in deze situatie. Uit het Model Kwaliteitsstatuut GGZ blijkt

bijvoorbeeld dat bij de aanvraagprocedure van de inbewaringstelling onder de Wet bopz bij dreigend gevaar voor betrokkene zelf of zijn omgeving sprake moet zijn van betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog. Het ligt in de rede om van dezelfde inzet van deskundigen uit te gaan bij de crisismaatregel, die de opvolger is van de inbewaringstelling. De Generieke Module Acute Psychiatrie² vermeldt ook de huisarts als mogelijke eerst betrokken hulpverlener in een acute setting, bijvoorbeeld wanneer betrokkene niet meer alleen gelaten kan worden door de huisarts tot psychiatrische beoordeling heeft plaatsgevonden. De huisarts beperkt dan feitelijk de bewegingsvrijheid van de betrokkene of brengt hem over naar een tijdelijk verblijf. Mocht de crisismaatregel ingezet worden vanuit de verslavingszorg, kan ook een verslavingsarts betrokken zijn. Ten slotte kan ook vanuit een somatische behandelsetting besloten worden dat een betrokkene op psychiatrische beoordeling dient te wachten, en in afwachting daarvan de bewegingsvrijheid moet worden ingeperkt of medicatie moet worden gegeven. Artsen werkzaam in die behandelsetting kunnen dan ook tijdelijk verplichte zorg leveren op grond van dit artikel.

Artikel 6

Eerste lid

Het digitale overzicht dat de zorgaanbieder per locatie verstrekt aan de inspectie bevat een selectie van de gegevens die de zorgaanbieder op grond van artikel 8:24, eerste lid, van de wet digitaal beschikbaar dient te houden ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht door de inspectie. Welke gegevens dat zijn, blijkt uit het format dat in artikel 7 is vastgesteld. De zorgaanbieder vermeldt op het digitale overzicht het vestigingsnummer dat de betreffende locatie door de Kamer van Koophandel toegewezen heeft gekregen.

Tweede en derde lid

Om er voor te zorgen dat digitale overzichten van zorgaanbieders steeds zien op gelijke periodes, is er voor gekozen om vaste halfjaarlijkse periodes per kalenderjaar aan te wijzen waarop een digitaal overzicht betrekking dient te hebben. Het digitale overzicht wordt dus twee keer per jaar door de zorgaanbieder opgesteld en dient uiterlijk zes weken na afloop van elk halfjaar bij de inspectie ingediend te zijn.

Aangezien de analyse van de zorgaanbieder op grond van artikel 8:25 van de wet steeds terugslaat op het digitale overzicht, worden voor de analyse ook termijnen van een halfjaar gehanteerd (artikel 8, derde lid).

Vierde lid

Voor de verstrekking van het digitale overzicht door de zorgaanbieder is gekozen voor het bestandstype .xml. De Nederlandse overheid hanteert een openstandaardenbeleid voor het kunnen uitwisselen van digitale gegevens tussen overheden onderling en tussen de overheid, bedrijven en burgers. Het gebruik van open standaarden verbetert deze communicatie omdat dan gewaarborgd is dat de afzonderlijke ICT-systemen elkaar kunnen begrijpen. Open standaarden zijn namelijk niet softwarespecifiek en kunnen door iedere leverancier worden ingebouwd in een ICT-systeem. Het bestandstype .xml is op grond van een besluit

² <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/preview>.

van het Nationaal Beraad Digitale Overheid opgenomen in de lijst open standaarden van Forum Standaardisatie³. De toevoeging dat het digitale overzicht in een digitaal uitleesbaar formaat moet worden verstrekt, betekent dat het document voor de ontvangende partij te bewerken moet zijn. Het document mag dus niet vergrendeld worden en er kunnen bijvoorbeeld geen handgeschreven aantekeningen worden "meegescand".

Artikel 7

Het in de bijlage opgenomen format is de uitwerking van artikel 3.1, zevende lid, van het Bvggz. Hiermee wordt nadere invulling gegeven aan het digitale overzicht dat zorgaanbieders op grond van artikel 8:24, tweede lid, van de wet aan de inspectie verstrekken. Om te voorkomen dat iedere zorgaanbieder zelf moet bedenken hoe de gegevens aan de inspectie moeten worden aangeleverd, voorziet deze regeling in enige stroomlijning. Daarnaast zorgt het hanteren van een format ervoor dat de gevraagde data op uniforme wijze en op hetzelfde aggregatieniveau worden aangeleverd. Dit maakt de digitale overzichten voor de inspectie onderling vergelijkbaar, ongeacht of het gaat om één of meerdere zorgaanbieders. Het format is op onderdelen vergelijkbaar met de Argus-registratie zoals die gold onder de Wet bopz, en is door GGZ Nederland vertaald naar het document "Definities en registratie van verplichte zorg".

Ten overvloede wordt opgemerkt dat de verplichting om de gegevens, genoemd in artikel 8:24, eerste lid, van de wet digitaal beschikbaar te houden, onverkort geldt, ook na verstrekking van het digitale overzicht.

Format algemeen

Het format geeft weer welke gegevens op welk detailniveau in het digitale overzicht bij de inspectie aangeleverd moeten worden. Hanteren van dit format betekent dat niet meer wordt gewerkt met het papieren formulier dat onder de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz zoals onder de Wet bopz werd gebruikt. Waar onder de Wet bopz het formulier bij elk start- en eindmoment van gedwongen zorg moest worden ingevuld en aan de inspectie worden verzonden, beperkt de werkwijze onder de Wvggz zich tot de tweejaarlijkse verzending van het digitale overzicht. De start- en eindtijd van de individuele toepassing van verplichte zorg wordt slechts eenmaal geregistreerd. De uiteindelijke export naar een halfjaarlijks overzicht kan door de zorgaanbieder ingebouwd worden in zijn eigen computersysteem. Dit betekent dat de regeldruk op dit punt verminderd wordt.

Zoals hierboven reeds aangegeven, gaat het niet om alle gegevens die de zorgaanbieders op grond van artikel 8:24, eerste lid, van de wet te allen tijde digitaal beschikbaar moeten hebben voor de inspectie. Om de regeldruk voor zorgaanbieders zo beperkt mogelijk te houden, is in overleg met de inspectie bepaald tot welke gegevens het digitale overzicht beperkt kan blijven. De gegevens die in het format zijn opgenomen bieden per betrokkene inzicht in de verplichte zorg die gedurende het afgelopen halfjaar aan betrokkene is verleend. Het is de verwachting dat zorgaanbieders (een deel van) hun digitaal systeem

³ <http://www.forumstandaardisatie.nl/standaard/xml>.

zodanig zullen inrichten dat het digitaal format met behulp van applicaties automatisch gegenereerd of samengevoegd kan worden op basis van informatie uit het patiëntendossier.

Tijdsregistratie: moment- of duurregistratie

De tijdsregistratie in het format bestaat uit een combinatie van de datum in de vorm "dag-maand-jaar" en het tijdstip in "uur:minuut" waarop de verplichte zorg is toegepast. Voor de verplichte zorgvormen "toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of ander medische handelingen en therapeutische maatregelen"; "onderzoek aan kleding of lichaam"; "onderzoek van woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen" en "controleren op de aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen" (artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a, e, f en g, van de wet) wordt *momentregistratie* toegepast: het moment waarop deze vormen van verplichte zorg zijn toegepast. De tijdsregistratie blijft dus beperkt tot de starttijd, omdat de toepassing uit een uit de aard van de verplichte zorg in tijd beperkte handeling bestaat. Exact hoeveel tijd die beperkte handeling in de praktijk heeft geduurd, is voor het toezicht niet van belang. Dat is anders bij de overige verplichte zorgvormen "beperken van de bewegingsvrijheid"; "insluiten"; "uitoefenen van toezicht op betrokkene"; aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten", "beperken van het recht op het ontvangen van bezoek"; en "ontnemen van de vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf" (artikel 3:2, tweede lid, onderdelen b, c, d, h tot en met k) wordt wel *duurregistratie* gehanteerd: vermelding van starttijd en eindtijd van de toepassing van de verplichte zorgvorm. Voor deze zorgvormen zijn namelijk aparte handelingen nodig voor het opstarten en beëindigen van de toepassing van de verplichte zorg, en is de duur op zichzelf van belang voor de toetsing van proportionaliteit en subsidiariteit van de dwangtoepassing.

Juridische titel

Voorts wordt in het digitale overzicht per toepassing van verplichte zorg in het digitale overzicht opgenomen op grond van welke juridische titel dit gebeurt. Over het algemeen zal verplichte zorg binnen dezelfde registratieperiode van een halfjaar op grond van dezelfde zorgmachtiging worden verleend. Het kan echter ook voorkomen dat betrokkene binnen die periode op grond van meerdere machtigingen of maatregelen verplichte zorg ontvangt. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer betrokkene voor het eerst in aanraking komt met verplichte zorg op grond van een crisismaatregel, waarna binnen datzelfde halfjaar verplichte zorg aan betrokkene wordt verleend op grond van een machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel en ten slotte een zorgmachtiging. Om inzichtelijk te maken welk verplichte zorg op grond van welke machtiging of maatregel wordt verleend, wordt achter iedere registratie ook een nummer opgenomen dat verwijst naar de dan geldende juridische titel.

Hieronder wordt een aantal zorgspecifieke termen nader toegelicht ter ondersteuning van een correcte registratie. Hierbij is wederom aangesloten bij het document "Definities en registratie van verplichte zorg" van GGZ Nederland.

Beperken van de bewegingsvrijheid – fixatie (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel b, van de wet)

- *Fysieke fixatie*: het vasthouden van betrokkene door één of meer zorgverleners, door middel van een binnen de beroepsgroep gebruikelijke methodiek.
- *Mechanische fixatie*: het beperken van de mogelijkheden van betrokkene om onderdelen van zijn lichaam te bewegen, met behulp van mechanische hulpmiddelen. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van polsbandjes of het op de rem zetten van een rolstoel.

Beperken van de bewegingsvrijheid, anders dan door insluiten (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel b, van de wet)

Hiervan is sprake als betrokkene de locatie wel zelfstandig kan verlaten, maar waarbij hij in het kader van de behandeling niet in bepaalde ruimtes kan komen binnen de setting waarin hij zorg ontvangt. Een voorbeeld hiervan is het ontzeggen van de toegang tot de keuken, omdat daar spullen liggen die gevaarlijk zijn voor betrokkene.

Insluiten (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel c, van de wet)

- *Separeerverblijf*: een ruimte die bedoeld is voor insluiten en voldoet aan de veiligheidseisen uit de "Separeer- en afzonderingsvoorzieningen: bouwmaatstaven voor nieuwbouw" die op 13 januari 2003 zijn vastgesteld door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en op 12 maart 2003 zijn goedgekeurd door de Minister van VWS. Dit verblijf behoort niet tot de standaard gebruiksruimtes van de locatie, en dient specifiek tot insluiting van betrokkene in de nabijheid van de afdeling.
- *Extra Beveiligde Kamer (EBK)*: een ruimte die bedoeld is voor insluiten en voldoet aan de bouwkundige eisen, weergegeven in het TNO-Rapport "Vrijheidsbeperking in de GGZ: veldnorm insluiting" van april 2013. Deze veldnorm is specifiek voor EBK's opgesteld in opdracht van de inspectie en afgestemd met GGZ Nederland.
- *Afzonderingsruimte*: een ruimte die bedoeld is voor insluiten en voldoet aan de veiligheidseisen uit de "Separeer- en afzonderingsvoorzieningen: bouwmaatstaven voor nieuwbouw" die op 13 januari 2003 zijn vastgesteld door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en op 12 maart 2003 zijn goedgekeurd door de Minister van VWS. Anders dan bij een separeerverblijf kan deze ruimte een aanvulling vormen op de standaard gebruiksruimtes van de afdeling.
- *Insluiten binnen de locatie*: hiervan is sprake als betrokkene de locatie niet zelfstandig kan verlaten. Hieronder valt ook de situatie dat betrokkene een specifieke ruimte binnen de locatie (afdeling) niet op eigen initiatief kan verlaten. Het verschil tussen deze zorgvorm en de gedwongen opname ("opnemen in een accommodatie"; artikel 3:2, tweede lid, onderdeel j, van de wet) is dat een gedwongen opname op zichzelf niet inhoudt dat betrokkene de accommodatie niet zelfstandig kan verlaten. Betrokkene zou in theorie de accommodatie weer zelfstandig kunnen verlaten. Wordt voor gedwongen opname in een gesloten setting gekozen, bijvoorbeeld een gesloten afdeling levert dat een grotere inperking van zijn vrijheden op. Daarin ligt het belang van aparte registratie van deze subvorm. Feitelijk levert die opname twee registraties van zorgvormen op: "opnemen in een accommodatie" en

“insluiten” (subvorm: binnen de locatie) (artikel 3:2, tweede lid, onderdelen c en j, van de wet).

Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten – beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel h, van de wet)

Het beperken van mogelijkheden om digitaal of via de ether met anderen te communiceren. Hierbij kan gedacht worden aan het afpakken van de mobiel of de laptop van een betrokkende. Over het algemeen ervaren betrokkenen dit als een ingrijpende vorm van verplichte zorg.

Samenhang Rzd

Waar mogelijk is dit format geharmoniseerd met het format van de Regeling zorg en dwang. Waar de formats verschillen, worden die verschillen gerechtvaardigd door de verschillen in doelgroepen. Zie hiervoor de toelichting bij het format in de Rzd.

Artikel 8

Eerste lid

Voor de inspectie is het van belang om te weten op welke locatie de verplichte zorg waar de analyse betrekking op heeft, is verleend. Daartoe vermeldt de zorgaanbieder het unieke vestigingsnummer dat de betreffende locatie door de Kamer van Koophandel toegewezen heeft gekregen. Dit laat uiteraard onverlet dat de zorgaanbieder de inhoudelijke analyse wel op kleinere schaal, zoals op teamniveau of op afdelingsniveau, kan uitvoeren, al zal hij deze dan samengevoegd per locatie aan de inspectie moeten aanleveren. De verwachting is namelijk dat analyses op kleinere schaal in bepaalde gevallen waardevolle informatie kunnen opleveren, omdat zo de behandeling ten aanzien van vergelijkbare groepen betrokkenen met elkaar vergeleken kunnen worden. Zo kunnen gegevens van een High & Intensive Care (HIC) afdeling van een locatie beter vergeleken worden met een HIC op een andere locatie van de zorgaanbieder dan met andere afdelingen.

Tweede lid

Voor het tot stand brengen van de analyse vormen de gegevensverwerkingen op grond van artikelen 8:4 en 8:24, eerste lid, van de wet de basis. Gegevens over de (verplichte) zorg van betrokkene worden door de zorgverantwoordelijke bijgehouden in het patiëntendossier van betrokkene op grond van artikel 8:4 van de wet en artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek. In de praktijk zal dit hetzelfde elektronische patiëntendossier zijn dat de zorgaanbieder over betrokkene bijhoudt. Een deel van die gegevens, namelijk de gegevens, bedoeld in artikel 8:24, eerste lid, van de wet, houdt de zorgaanbieder digitaal beschikbaar voor de uitvoering van de wet en het toezicht door de inspectie. Een deel daarvan wordt vervolgens verwerkt in het digitale overzicht dat op grond van artikel 8:24, tweede lid, van de wet ten minste eens per zes maanden aan de inspectie wordt verstrekt. De analyse, ten slotte, dient zoals hierboven uiteengezet ter duiding van de verplichte zorg die blijkens het digitale overzicht in de afgelopen periode door de zorgaanbieder is toegepast.

Derde en vierde lid

Vanwege de samenhang tussen het digitale overzicht en de analyse die de zorgaanbieder aan de inspectie verstrekt, worden dezelfde halfjaarlijkse periodes aangewezen waarop de analyses betrekking moeten hebben. Zie in dit verband ook de toelichting bij artikel 6, tweede lid.

Voor de aanlevering van de analyse aan de inspectie is een termijn van acht weken gekozen. Deze termijn is ruimer dan de aanlevertermijn van het digitale overzicht, omdat voorzien wordt dat de totstandkoming van de analyse meer capaciteit en tijd van de zorgaanbieder zal vergen. Ook is met deze aanlevertermijn rekening gehouden met de reactietermijn van vier weken van de cliëntenraad op de analyse van de zorgaanbieder (artikel 9, derde lid).

Vijfde lid

Voor de verstrekking van de analyse door de zorgaanbieder aan de inspectie is gekozen voor het bestandstype .pdf/A-1. Ook dit bestandstype staat is opgenomen in de lijst open standaarden van Forum Standaardisatie. Het aanleveren van digitaal uitleesbare analyse maakt mogelijk dat de computersystemen van de inspectie een geautomatiseerde eerste duiding van het kwantitatieve deel van de analyse (artikel 9, eerste lid) kunnen maken, voordat inspecteurs de analyse handmatig doornemen. Zie voor toelichting bij open standaarden en digitale uitleesbaarheid ook de toelichting bij artikel 6, vierde lid.

Artikel 9

Dit artikel stelt regels aan de analyse, bedoeld in artikel 8:25 van de wet: het bevat een limitatieve opsomming van onderdelen die in de analyse opgenomen moeten worden. De analyse bevat zowel een kwantitatief deel (eerste lid) als een kwalitatief deel (tweede lid). De analyse is bedoeld als duiding van de digitale overzichten die eens per zes maanden door de zorgaanbieder worden verstrekt op grond van artikel 8:24, tweede lid, van de wet. Hierdoor kunnen de gegevens van ggz-instellingen, die op zichzelf beschouwd voor verschillende interpretaties vatbaar kunnen zijn of sterk gekleurd worden door een complexe patiëntenpopulatie, door de zorgaanbieder in de juiste context worden geplaatst. De analyse dient duidingen te bevatten van verschillen ten opzichte van een voorgaande analyse, en van verschillen tussen meerdere locaties van dezelfde zorgaanbieder, welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van verplichte zorg, en een beschrijving van de wijze waarop de analyse tot stand is gekomen. De analyse zou op deze wijze dus een beeld moeten geven van welke inzichten de zorgaanbieder in de afgelopen periode heeft opgedaan en welke acties zijn ondernomen om de kwaliteit van zorg te bevorderen en het ultimatum remedium-karakter van verplichte zorg te bewaken. Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat, hoewel de analyse duiding geeft aan het digitale overzicht, er sprake is van twee op zichzelf staande verplichtingen op grond van de wet van de zorgaanbieder jegens de inspectie.

Tot slot regelt het derde lid dat een reactie van de betrokken cliëntenraad over de opgestelde analyse wordt opgenomen. Gezien de doelstellingen van de wet is het wenselijk dat ook namens betrokkenen een visie wordt gegeven op de wijze waarop verplichte zorg is toegepast in de periode waar de analyse op ziet. Deze visie kan aanleiding zijn voor de zorgaanbieder om zijn beleid (nader) aan te passen of andere aanvullende maatregelen te treffen. De zorgaanbieder gunt de

cliëntenraad een reactietermijn van vier weken en neemt deze reactie, eventueel voorzien van een eigen reactie daarop, integraal op in de analyse. Indien de cliëntenraad geen reactie heeft gegeven, licht de zorgaanbieder toe waarom deze ontbreekt.

Eerste lid, onderdeel c

Omdat bij het aanleveren van gemiddelden de uitschieters naar boven of beneden een vertekend beeld kunnen creëren, wordt gevraagd de mediaan aan te leveren voor de duur en de frequentie van verplichte zorg. Hierdoor kan een betrouwbaardere trend in kaart worden gebracht van de toepassing van verplichte zorg per locatie.

Artikel 10

NEN 7510:2011 (NEN 7510) en NEN 7512, zijnde de verdere uitwerking van de NEN 7510, zijn normen van Stichting Nederlands Normalisatie-instituut inzake de informatiebeveiliging in de zorg. Door deze normen aan te wijzen, wordt nadere invulling gegeven aan artikel 3.1, vijfde lid, van het Bvggz. NEN 7510 en NEN 7512 worden reeds in de zorg gebruikt. Momenteel wordt door het veld gewerkt aan een technische standaard voor veilige en gestructureerde gegevensuitwisseling tussen zowel het zorgdomein als het overheidsdomein. Wanneer die technische standaard gereed is, zal worden bezien of aanwijzing daarvan in het kader van deze regeling noodzakelijk is.

Artikel 11

Aangezien deze regeling voorziet in de invulling van een aantal delegatiegrondslagen van de Wvggz, voorziet dit artikel in de inwerkingtreding van deze regeling op het moment dat de Wvggz in werking treedt. Daarbij wordt rekening gehouden met vaste verandermomenten.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

CONCEPT tbv CONSULTATIE