



Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 oktober 2019, kenmerk 1604148-181029-WJZ, 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;
- verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.



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, of de technische opvolger daarvan, 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 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 twaalf weken na afloop van de periode waarop de analyse betrekking heeft.
5. Bij de verstrekking wordt het bestandstype .pdf/A-1, of de technische opvolger daarvan, gehanteerd in een digitaal uitleesbaar formaat.
6. In afwijking van het eerste lid kan de zorgaanbieder de analyse, bedoeld in het eerste lid, met redenen omkleed betrekking doen hebben op meerdere locaties.

Artikel 9

1. In de analyse, bedoeld in artikel 8:25, eerste lid, van de wet neemt de zorgaanbieder in ieder geval 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 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;
 - d. 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
 - e. 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 in ieder geval:
 - 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 relevante 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, vermeldt de zorgaanbieder in de analyse wanneer hij de cliëntenraad hiertoe in de gelegenheid heeft gesteld.

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,
P. Blokhuis*



BIJLAGE BIJ ARTIKEL 7 VAN DE REGELING VERPLICHT GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

FORMAT DIGITAAL OVERZICHT VERPLICHT ZORG

Naam locatie:

Vestigingsnummer:

Gegevens betrokkene Achternaam, voornaam, initialen, tussenvoegsels					
Zelfbindingsverklaring aanwezig?			Ja/Nee		
Vormen van verplichte zorg			Tijdregistratie (een combinatie van datum dd-mm-jjjj en tijd uu:mm)	Juridische titel (1= Zorgmachtiging, 2= Crisismaatregel (CM), 3= tijdelijk verplichte zorg in een onvoorzene situatie, 4= beslissing tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan CM, 5= machtiging voortzetting CM, 6= terbeschikkingstelling(tbs)/plaatsing in een inrichting voor jeugdigen(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 ☐ Intramusculaire medicatie ☐ Intraveneuze medicatie ☐ Overige medicatie	Starttijd Starttijd Starttijd Starttijd	1/2/3/4/5/6 1/2/3/4/5/6 1/2/3/4/5/6 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 ☐ Overige medische handelingen	Starttijd Starttijd	1/2/3/4/5/6 1/2/3/4/5/6
	☐ 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, door plaatsen op een gesloten afdeling			Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6	
☐ Overige beperking van de bewegingsvrijheid			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	
	☐ In de eigen kamer/verblijfsruimte		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6	
	☐ Overige vormen van insluiten		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/ verblijfruimte op gedrag- beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen			Starttijd	1/2/3/4/5/6
☐ Controle op aanwezig- heid 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 communica- tiemiddelen		Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
	☐ Overige beperkingen		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 accommoda- tie			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



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 sprake is van ernstig nadeel en er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid meer zijn om dit nadeel te voorkomen, 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. Alle verplichte zorg dient geregistreerd te worden. Zorg die in vrijwilligheid wordt ondergaan, hoeft niet geregistreerd te worden.

Overigens wordt nog eens benadrukt dat alle verzet tegen zorg, dus niet alleen fysiek verzet, als verzet wordt beschouwd, en dat daarmee de uitvoering van die zorg dus als het leveren van verplichte zorg wordt gekwalificeerd.

Hoewel derhalve niet gevraagd wordt in het digitale overzicht verzet en de mate van verzet te vermelden, kan het in de praktijk van waarde zijn de mate van verzet te registreren om te blijven toetsen of er nog steeds sprake is van de noodzaak tot verplichte zorg dan wel dat betrokkene zich niet meer verzet en de zorg vrijwillig accepteert.

Om te bewerkstelligen dat de digitale overzichten op een eenvormige en tussen zorgaanbieders vergelijkbare wijze worden aangeleverd, is het van belang dat eisen worden gesteld aan de presentatie van de data die de zorgaanbieder ten behoeve van het digitale overzicht ten minste moet registreren. Hiertoe is een format opgenomen in de bijlage bij de regeling. Met het gebruik van dit format komt een einde 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 (ten minste) tweemaal per jaar. Artikel 8:24, eerste lid, van de wet geeft aan welke gegevens de zorgaanbieder digitaal beschikbaar dient te houden ten behoeve van het toezicht door de inspectie. Het verstrekken van het digitale overzicht houdt uitdrukkelijk geen extra registratieverplichting in, aangezien het overzicht op digitale wijze kan worden samengesteld uit de registratiegegevens die op grond van voornoemd artikel reeds digitaal beschikbaar moeten zijn. Zie over dit onderwerp tevens de artikelsgewijze toelichting bij artikel 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 de analyse daarvan is dat de zorgaanbieder lering kan trekken over waarom en hoe hij verplichte zorg verlenen. De zorgaanbieder verwerkt de gegevens ten behoeve van de beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het eigen beleid over de toepassing van verplichte zorg 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, 25 424, 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 formeel wettelijke 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

Deze regeling is voorgelegd aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). De regeling betreft een nadere invulling van het Bvvgz. Eerder is de regeldruk in de memorie van toelichting bij de wet en de daarop volgende nota's van wijziging omschreven. Hierna volgt een nadere beschrijving van de gevolgen voor de regeldruk van deze regeling. Het ATR heeft medegedeeld zich daarin te kunnen vinden.

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 dit gebeurt, is met de komst van de Wvvgz 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 Wvvgz vervangen door de plicht om halfjaarlijks een digitaal overzicht van de verleende verplichte zorg en een analyse daarvan aan de inspectie te verstrekken. 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 toepassing van 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

Deze regeling brengt geen verhoogd risico op fraude met zich mee. De financiering van (ambulante) verplichte zorg is in andere wetgeving geregeld. Bij de zorg die op grond van de wet en de onderliggende regelgeving zal worden verleend, zijn altijd meerdere mensen betrokken en er is sprake van verplichte verslaglegging. Ook GGZ Nederland ziet geen redenen om aan te nemen dat de regeling risico op fraude meebrengt. De definitiebepalingen in de regeling zijn gebaseerd op hun input. GGZ Nederland zal zorgdragen voor een nadere invulinstructie, waarmee de door de inspectie geuite zorg dat definities op meerdere manieren interpreteerbaar kunnen zijn, wordt ondervangen.

Toezicht- en handhaafbaarheidstoets inspectie

De inspectie heeft desgevraagd een Toezicht- en Handhaafbaarheidstoets (T&H-toets) uitgevoerd. Naar aanleiding van de uitkomsten van deze toets is een aantal wijzigingen aangebracht in regeling en de toelichting.

Algemeen

De inspectie heeft in haar toets enkele opmerkingen gemaakt over het overzicht en de analyse. Allereerst heeft de inspectie in algemene zin opgemerkt dat zij het belangrijk vindt dat gegevensaanlevering aan de inspectie zo min mogelijk extra administratieve lasten geeft voor zorgaanbieders. Als algemeen uitgangspunt stelt de inspectie dat zij voorstander is van zoveel mogelijk aansluiten bij hetgeen de zorgpartijen zelf al (moeten) registreren om in het primaire proces de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen.

Overzicht

De inspectie heeft gevraagd om te verduidelijken dat het format geen (digitaal) formulier betreft dat de zorgaanbieders per locatie per halfjaar als een apart administratief proces moeten invullen en aan de inspectie moeten aanleveren, maar dat het een opzet voor een sjabloon betreft. Dit sjabloon dient als basis voor het eenduidig kunnen ontwerpen van software, waardoor zorgaanbieders zo makkelijk en eenduidig mogelijk de gestructureerde data aan de inspectie digitaal kunnen verzenden. De zorgaanbieder houdt in het eigen digitale dossier van elke betrokkene bij welke vorm van verplichte zorg op die betrokkene is toegepast, hoe vaak en wat de duur van toepassing van de vorm van verplichte zorg is geweest. De registratie in het patiëntendossier is dus niet eenmalig, maar is een continu terugkerend proces dat de zorgaanbieder uitvoert om per betrokkene te weten wat er is gebeurd.

Analyse

Het opstellen van de analyse dient naar de mening van de inspectie als instrument voor de aanbieder zelf om een goed inzicht te krijgen in de effecten van zijn eigen beleid ten aanzien van verplichte zorg. Deze eigen analyse geeft daarmee ook de inspectie inzicht in de wijze waarop door de zorgaanbieder terughoudend en zorgvuldig met deze ingrijpende vorm van zorg wordt omgegaan. De inspectie kan begrijpen dat zorgaanbieders bij de uitvoering van deze analyse (onderdelen van) locaties samen wil nemen. De inspectie hoeft dus niet per locatie afzonderlijke analyses te ontvangen, maar wil wel kunnen zien welke onderdelen van de analyse betrekking hebben op welke locaties. Aan artikel 8 van de regeling is een zesde lid toegevoegd met deze strekking.

Advies Autoriteit Persoonsgegevens

Op grond van de onderhavige regeling verstrekt de zorgaanbieder (bijzondere) persoonsgegevens aan de inspectie. Derhalve is de regeling ter advisering aan de Autoriteit Persoonsgegevens voorgelegd.



Het advies van de AP is op 3 oktober 2019 ontvangen. De regeling heeft niet geleid tot opmerkingen van de AP.

Consultatie

De concept-Rvvggz is in samenhang met de concept-Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Rzd) geconsulteerd via internet¹. Hierop zijn reacties gekomen van ActiZ en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), GGZ Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapt (NVAVG), de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP), de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), verscheidene EPD-leveranciers en enkele particulieren, zorginstellingen en individuele zorgprofessionals. Deze reacties zagen op de afzonderlijke concept-regelingen, en zijn, voor zover mogelijk en relevant, in samenhang verwerkt. De input en suggesties hebben er mede toe geleid dat de regeling op enkele onderdelen is aangepast. Dit betreft zowel inhoudelijke aanpassingen als technische verbeteringen en verduidelijkingen. Ook is het format en de toelichting op diverse plekken aangevuld en verduidelijkt.

Op hoofdstuk 2 – categorieën van deskundigen – hebben beroepsverenigingen (NVvP, NIP/NVO), brancheorganisaties (GGZNL) en individuele zorginstellingen en -professionals gereageerd. Dit betrof met name overwegingen om verantwoordelijkheden in het kader van de Wvvggz uit te breiden dan wel te beperken voor categorieën deskundigen in de GGZ. Leidend hierin zijn de mogelijkheid om zorg op maat voor de betrokkene te kunnen bieden conform het Model Kwaliteitsstatuut GGZ en handelingsverlegenheid te kunnen beperken in acute situaties enerzijds, en kwaliteitswaarborging van de geleverde zorg anderzijds. Deze reacties hebben uiteindelijk geleid tot de aanwijzing van deskundigen zoals nu in deze regeling beschreven, met als doel om op een verantwoorde wijze ruimte te bieden aan uitvoering van de wet in de praktijk.

Wat betreft de inhoud van het overzicht en de wijze van aanlevering aan de IGJ is vooraf overleg gevoerd met GGZ Nederland en de inspectie. Het document 'de definities en registratie van verplichte zorg' zoals GGZ Nederland heeft opgesteld, vormde het uitgangspunt voor hoofdstuk 3 van deze regeling. Zo is in het format de registratie van het plaatsen op een gesloten afdeling na de consultatie onder de zorgvorm 'beperken van de bewegingsvrijheid' gebracht, conform het genoemde document. Een belangrijk kritiekpunt uit de internetconsultatie betrof het aanleveren van de analyse op locatieniveau. Uiteraard is het niet de bedoeling dat een zorgaanbieder voor elke locatie apart een (door het bestuur ondertekende) analyse aanlevert. In de toelichting is verduidelijkt dat de analyse op betekenisvol niveau uitgevoerd mag worden. Daarnaast is in artikel 8, mede naar aanleiding van de T&H-toets opgenomen dat de analyse meerdere locaties kan betreffen, mits gemotiveerd. Ook is de periode van aanlevering van de analyse verlengd tot twaalf weken na afloop van de periode waarop het overzicht en de analyse betrekking hebben.

Voor de nadere invulling van de technische standaarden voor de gegevensverwerking zijn leveranciers van Elektronische Patiëntendossiers aangeschreven in de consultatie. Verscheidene hebben inhoudelijk gereageerd. De keuze voor technische standaarden in regelgeving brengt het risico met zich mee dat de regeling op dit punt binnen korte termijn achterhaald kan zijn door technische ontwikkelingen. De regeling zal daarom mogelijk in de nabije toekomst geactualiseerd dienen te worden. Een actualisatie van de regeling zal in overleg met het veld worden opgesteld. Bij de inwerkingtreding van een gewijzigde regeling wordt het kabinetsstandpunt inzake de vaste verandermomenten in acht genomen.

Waar de reacties in de internetconsultatie meer zagen op de praktische uitwerking van de regelgeving, zullen deze worden meegenomen in de implementatie. Zo zal GGZ Nederland een nadere handleiding opstellen voor de registratie. Nadere informatie zal worden gepubliceerd op de website dwanginzorg.nl.

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

¹ <https://www.internetconsultatie.nl/regelingengedwongenzorg>

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. Op grond van de Handelsregisterwet zijn zorgaanbieders reeds verplicht om hun locaties als zijnde vestigingen te registreren in het handelsregister. Wanneer een zorgaanbieder zich registreert in het handelsregister, krijgt hij door de Kamer van Koophandel een uniek 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.

Artikel 2

Ingevolge artikel 1:1, eerste lid, onderdeel aa, van de Wvvggz 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). Ook voor de nadere verdeling van taken en verplichtingen kan worden aangesloten bij het Model Kwaliteitsstatuut GGZ. Taken en verplichtingen die bij de zorgverantwoordelijke zijn belegd, kunnen waar mogelijk en verantwoord uitgevoerd worden door andere zorgverleners binnen de instelling. Te denken valt aan administratieve taken en deelname aan overleggen.

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 modelkwaliteitsstatuut 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 daarvoor 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 op consult is bij zijn huisarts, of tijdens een visite van de huisarts niet meer alleen gelaten kan worden tot psychiatrische beoordeling heeft plaatsgevonden. De huisarts kan dan feitelijk de bewegingsvrijheid van de betrokkene beperken of hem overbrengen naar een tijdelijk verblijf, met bijstand van de aldaar aanwezige crisisdienst, ambulante team of politie. Hierbij gaat het niet om een specifieke extra taak voor de huisarts op grond van de Wvvgz, maar voorkomt de regeling dat er handelingsverlegenheid ontstaat door mogelijk te maken dat de huisarts in spoedeisende situaties veiligheidsmaatregelen kan nemen, bijvoorbeeld wanneer de crisisdienst of het ambulante team nog niet ter plaatse is.

In aanvulling daarop is ook de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg als deskundige aangewezen. Het is mogelijk dat deze verpleegkundig specialist als lid van een crisisteam of ambulante team als eerste ter plaatse is, bijvoorbeeld wanneer een incident in het openbaar plaatsvindt. Zo wordt mogelijk gemaakt dat, ook wanneer er (nog) geen (huis)arts ter plaatse is, de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg tijdelijke verplichte zorg kan toepassen. Zo wordt de kans op handelingsverlegenheid ook verkleind. Aanwijzing van de klinisch psycholoog heeft om dezelfde reden plaatsgevonden.

Mocht de crisismaatregel ingezet worden vanuit de verslavingszorg, kan ook een verslavingsarts betrokken zijn. Ook vanuit een somatische behandelsetting kan besloten worden dat een betrokkene

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

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 het vestigingsnummer dat de betreffende locatie door de Kamer van Koophandel toegewezen heeft gekregen, waardoor de gegevens per locatie zijn te bundelen.

Tweede en derde lid

Om ervoor 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 minimaal twee keer per jaar door de zorgaanbieder opgesteld en dient uiterlijk zes weken na afloop van elk halfjaar bij de inspectie ingediend te zijn. Overigens mag een zorgaanbieder ook vaker dan twee keer per jaar een overzicht aanleveren bij de inspectie.

Vierde lid

Voor de verstrekking van het digitale overzicht door de zorgaanbieder is gekozen voor het bestands-type .xml, of de technische opvolger daarvan. 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 Standaardisatie². 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 wordt aangeleverd. 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 nogmaals opgemerkt dat het format niet is bedoeld als feitelijk formulier dat uitsluitend op deze voorgeschreven wijze moet worden ingevuld, maar dat het dient als standaard voor de inhoud en het detailniveau van het digitale overzicht, dat tweemaal per jaar aan de inspectie moet worden aangeleverd. Het is de verwachting dat zorgaanbieders (een deel van) hun digitale systeem zodanig zullen inrichten dat het digitale format met behulp van applicaties automatisch gegenereerd of samengevoegd kan worden op basis van informatie uit het patiëntendossier.

Voorts wordt ten overvloede opgemerkt dat de verplichting om de gegevens, bedoeld 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

² <http://www.forumstandaardisatie.nl/standaard/xml>.

aangeleverd moeten worden. Het gaat om de registratie van alle door de zorgaanbieder verleende verplichte zorg, zowel binnen als buiten de accommodatie. 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 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 Wvvgz 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 en het veld 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.

Format: Vormen van verplichte zorg

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

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. Indien fysieke fixatie wordt toegepast uitsluitend ter uitvoering van een andere vorm van verplichte zorg (bijvoorbeeld iemand vastpakken om in te sluiten of dwangmedicatie toe te dienen), wordt deze fixatie niet als separate verplichte zorgvorm geregistreerd. Dit is in lijn met voornoemd document van GGZ Nederland.
- *Mechanische fixatie*: het beperken van de mogelijkheden van betrokkene om onderdelen van zijn lichaam te bewegen, met behulp van mechanische hulpmiddelen.

Beperken van de bewegingsvrijheid – plaatsen op een gesloten afdeling (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel b, van de wet)

Belangrijk te vermelden is dat de zorgvorm 'opname in een accommodatie' (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel j, van de wet) op zichzelf niet betekent dat betrokkene ook wordt opgenomen op een gesloten afdeling zonder de mogelijkheid om deze te kunnen verlaten. Gedwongen opname houdt onder de Wvvgz immers niet noodzakelijkerwijs in dat betrokkene de accommodatie niet meer zelfstandig zou mogen verlaten. Wanneer er bij een gedwongen opname wordt gekozen voor plaatsing in een gesloten setting, bijvoorbeeld een gesloten afdeling, dan levert dat een grotere inperking van de vrijheden van de betrokkene op, en valt dit onder beperken van de bewegingsvrijheid. Daarin ligt het belang van aparte registratie van deze subvorm. In dat geval levert die opname dus twee registraties van zorgvormen op: 'opnemen in een accommodatie' en 'beperken van de bewegingsvrijheid' (subvorm: binnen de locatie) (artikel 3:2, tweede lid, onderdelen b en j, van de wet).

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

Hiervan is bijvoorbeeld sprake als betrokkene de afdeling 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. Voor de goede orde: het gaat hier om beperkingen waartoe in het kader van de zorgmachtiging wordt besloten en dus niet om beperkingen van de toegang tot ruimtes binnen een locatie op basis van de huisregels (bijvoorbeeld de beperking dat privéruimtes van anderen niet onuitgenodigd betreden mogen worden).

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

Een separeerverblijf is 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.

Insluiten – Extra Beveiligde Kamer (EBK) (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel c, van de wet)

Een EBK is 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.

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

Een afzonderingsruimte is 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 – in de eigen kamer/verblijfsruimte (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel c, van de wet)

Insluiten hoeft niet altijd plaats te vinden in een speciaal daarvoor ingerichte ruimte zoals een separeerverblijf of afzonderingsruimte. Dit kan ook plaatsvinden in de eigen kamer of verblijfsruimte van betrokkene. Er zijn geen specifieke eisen waaraan deze ruimten dienen te voldoen. Dit laat onverlet dat insluiten altijd veilig en verantwoord dient te gebeuren, dat adequaat toezicht is geregeld en dat er een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar moet zijn voor betrokkene.

Uitoefenen van toezicht op betrokkene

Bij de subvorm 'cameratoezicht' is van belang te vermelden dat het hier niet gaat om toezicht in de algemene ruimten van een instelling uit veiligheidsoverwegingen, maar om cameratoezicht in de individuele ruimte waar de betrokkene op dat moment verblijft.

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 in beslag nemen van de mobiel of de laptop van een betrokkene.

Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten – overige beperkingen

Te denken valt aan gedragsregels met betrekking tot eten, drinken, bedtijd of verplicht douchen. Deze maatregelen worden geregistreerd onder 'overig'.

Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek

Het betreft hier een beperking om zorginhoudelijke redenen, bijvoorbeeld vanwege loverboyproblematiek.

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 toegepaste verplichte zorg.

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.

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

Het is aan de zorgaanbieder om de analyse uit te voeren op een betekenisvol niveau. Dat wil zeggen: op een zodanig niveau dat de verplichte zorg zinvol geanalyseerd kan worden en de inspectie op basis hiervan een goed beeld kan vormen. De regeling geeft hieraan richting door als hoofdregel uit te gaan van een analyse op locatieniveau. Dit laat onverlet dat de zorgaanbieder ervoor kan kiezen de inhoudelijke analyse op kleinere schaal, zoals op teamniveau of op afdelingsniveau, uit te voeren. 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.

Overigens is aanlevering van analyses op grotere schaal, namelijk over meerdere locaties in één analyse, ook toegestaan, mits duidelijk gemotiveerd. Zie de toelichting bij het zesde lid. Voor de inspectie is het van belang om te weten op welke locatie(s) de verplichte zorg waarop de analyse betrekking heeft, is verleend. Daartoe vermeldt de zorgaanbieder bij de analyse de unieke vestigingsnummers dat de betreffende locatie(s) door de Kamer van Koophandel toegewezen heeft/hebben gekregen. De zorgaanbieder kan er vervolgens voor kiezen één analyse aan te bieden: hij hoeft niet per locatie een door het bestuur ondertekende analyse aan de inspectie te sturen.

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 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 plaatsvinden in het patiëntendossier dat de zorgaanbieder al 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 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 6, tweede lid.

Voor de aanlevering van de analyse aan de inspectie is een termijn van twaalf 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, of de technische opvolger daarvan. Ook dit bestandstype staat is opgenomen in de lijst open standaarden van Forum Standaardisatie. Zie voor toelichting bij open standaarden en digitale uitleesbaarheid ook de toelichting bij artikel 6, vierde lid.

Zesde lid

Hoofdregel is dat de analyse op locatieniveau wordt aangeleverd en rechtstreeks verband houdt met het digitaal overzicht, bedoeld in artikel 8:24, tweede lid, van de wet. Het zesde lid biedt de mogelijkheid dat de zorgaanbieder één analyse over meerdere locaties opstelt en aanlevert. De zorgaanbieder dient deze keuze dan deugdelijk te motiveren.

Artikel 9

Dit artikel stelt regels aan de analyse, bedoeld in artikel 8:25 van de wet. Het bevat een opsomming van onderdelen die in elk geval 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 kunnen worden door een complexe patiëntenpopulatie, door de zorgaanbieder in de juiste context worden geplaatst. De analyse dient ten minste duidingen te bevatten van verschillen ten opzichte van een voorgaande analyse, en, indien van toepassing, 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. De zorgaanbieder kan overigens ook een nadere invulling geven aan de analyse, bijvoorbeeld op een bepaald thema. Zo zou een zorgaanbieder er bijvoorbeeld voor kunnen kiezen om de analyse uit te voeren op basis van de juridische verblijfstitels of om verplichte zorg binnen de accommodatie en ambulant geleverde verplichte zorg afzonderlijk te analyseren. Indien vergelijking met een voorgaande analyse niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat het gaat om een nieuwe zorgaanbieder die pas een halfjaar actief is en er dus geen voorgaande analyse bestaat, dan kan de vergelijking achterwege blijven. 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, vermeldt de zorgaanbieder wanneer hij de cliëntenraad in de gelegenheid heeft gesteld om een reactie te geven op de analyse.

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

Deze regeling voorziet in de invulling van een aantal delegatiegrondslagen van de Wvvgz. De inwerkingtreding van deze regeling zal geschieden op het moment dat de Wvvgz in werking treedt. Daarbij wordt rekening gehouden met het kabinetsstandpunt inzake vaste verandermomenten.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis*