



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 31 oktober 2019, kenmerk 1604138-181029-WJZ, 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, zesde lid, 19, eerste lid, en 22, tiende 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. orthopedagoog-generalist;
- b. gezondheidszorgpsycholoog;
- c. verpleegkundige;
- d. physician assistant;
- e. verzorgende individuele gezondheidszorg;
- f. 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, en die voor het grootste deel gericht is op:
 - agogisch medewerker GGZ;
 - begeleider gehandicaptenzorg;
 - begeleider specifieke groepen;
 - persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg;
 - persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen;
 - thuisbegeleider.
- g. 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, en die voor het grootste deel gericht is op:
 - applied behavioral and social sciences
 - behavioural and social sciences
 - gezondheid en leven
 - pedagogiek
 - pedagogische wetenschappen
 - psychologie
 - 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, of de technische opvolger daarvan, 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 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, 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 7

1. In de analyse, bedoeld in artikel 18, eerste lid, van de wet neemt de zorgaanbieder in ieder geval 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 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; en
 - d. 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.
2. In de analyse, bedoeld in het eerste lid, vermeldt de zorgaanbieder in ieder geval:
 - 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 relevante 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, vermeldt de zorgaanbieder in de analyse wanneer hij de cliëntenraad hiertoe in de gelegenheid heeft gesteld.

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,
H.M. de Jonge*



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 unieke cliënten
Totaal aantal cliënten dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen gedurende de betreffende periode (zowel binnen als buiten de locatie):	
1. Aantal cliënten dat is opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging (RM) en onvrijwillige zorg heeft ontvangen:	
2. Aantal cliënten dat is opgenomen op grond van een IBS en onvrijwillige zorg heeft ontvangen:	
3. Aantal cliënten dat is opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging die is afgegeven door de strafrechter (artikel 2.3 Wfz) en onvrijwillige zorg heeft ontvangen:	
4. Aantal cliënten dat is opgenomen op basis van een besluit tot opname en verblijf van het CIZ (art. 21 Wzd) en onvrijwillige zorg heeft ontvangen:	
5. Aantal forensische cliënten dat is opgenomen op grond van hoofdstuk 3a Wzd en onvrijwillige zorg heeft ontvangen:	
6. Aantal cliënten dat op basis van vrijwilligheid verblijft maar wel onvrijwillige zorg heeft ontvangen:	
7. Aantal cliënten dat onvrijwillige zorg in onvoorziene situaties als bedoeld in artikel 15 Wzd heeft ontvangen:	
8. Aantal cliënten dat niet in de locatie verblijft, maar wel onvrijwillige zorg heeft ontvangen die vanuit deze locatie is verleend (bijv. in hun thuissituatie):	

Verleende onvrijwillige zorg

Vorm van onvrijwillige zorg	Subvorm		Totaal aantal unieke cliënten waarop de specifieke vorm van onvrijwillige zorg is toegepast & aantal keren toegepaste onvrijwillige zorg en /of totale duur hiervan, afgerond op hele uren.
☐ Het toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening	☐ Vocht en voeding		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen:
	☐ Medicatie		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen:
	☐ 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 aandoening of beperking, ter behandeling van een somatische aandoening		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen:
☐ Beperken van bewegingsvrijheid	☐ Fixatie	☐ Fysieke fixatie	Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
		☐ Mechanische fixatie	Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ Beperken van de bewegingsvrijheid door plaatsing op een gesloten afdeling		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ Overig		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:



Vorm van onvrijwillige zorg	Subvorm		Totaal aantal unieke cliënten waarop de specifieke vorm van onvrijwillige zorg is toegepast & aantal keren toegepaste onvrijwillige zorg en /of totale duur hiervan, afgerond op hele uren.
☐ <u>Insluiten</u>	☐ In een separeerverblijf		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ In een afzonderingsruimte		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ In eigen kamer /verblijfsruimte /appartement /woning		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ Overig		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
☐ <u>Uitoefenen van toezicht op de cliënt</u>	☐ Cameramonitoring		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ Toepassing overige toezichthoudende domotica		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ Toepassing elektronische tracerings-middelen		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
☐ <u>Onderzoek aan kleding of lichaam</u>			Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen:
☐ <u>Onderzoek van woon/verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen</u>			Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen:
☐ <u>Controle op aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen</u>			Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen:
☐ <u>Aanbrengen van beperkingen het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen</u>	☐ Beperking in het gebruik van communicatiemiddelen		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
	☐ Overige beperkingen		Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:
☐ <u>Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek</u>			Aantal cliënten: Totaal aantal toepassingen: Totale duur:

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 cliënt. De wet stelt de cliënt 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 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 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. 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. In deze regeling worden deze categorieën van deskundigen aangewezen.

Hoofdtak van de zorgverantwoordelijke in de zin van de Wzd is het opstellen, coördineren en evalueren van het zorgplan. In de dagelijkse praktijk binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (VG-sector) of psychogeriatrische aandoening (PG-sector) worden deze taken veelal belegd bij een beroepsbeoefenaar van ten minste niveau mbo-3. Ook in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg wordt de verantwoordelijkheid voor het opstellen van een zorgleefplan belegd bij een verzorgende van ten minste niveau 3, of bij een andere zorgverlener van ten minste niveau 3. Bij voorkeur is dit de contactverzorgende dan wel de eerstverantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige. In het kader van de Wzd wordt bij deze praktijk aangesloten.

De zorgaanbieder beslist uiteindelijk zelf wie hij als zorgverantwoordelijke aanwijst. Dit is afhankelijk van de complexiteit, zorgwaarde en zorgproblematiek van de cliënt en de context waarin hij de zorg ontvangt. Als bijvoorbeeld de (onvrijwillige) zorg complex is, ligt het in de rede dat hier een zorgverlener van hoger niveau als zorgverantwoordelijke bij wordt betrokken.

Het staat aanbieders daarom uiteraard vrij om een hoger opgeleide medewerker aan te wijzen als zorgverantwoordelijke.

Overigens geldt dat de zorgverantwoordelijke uiteindelijk nooit alleen beslissingen neemt over onvrijwillige zorg, maar gezien het stappenplan altijd ten minste na multidisciplinair overleg en nadat het zorgplan door de Wzd-functionaris is getoetst.

Tevens wordt in hoofdstuk 2 van deze regeling 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 dat de zorgaanbieder aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) levert 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. Alle onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg wordt gekwalificeerd.

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 presenta-

tie 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 toepassing van onvrijwillige zorg, 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 17, 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 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 de analyse daarvan is dat zorgaanbieders lering kunnen trekken over waarom en hoe zij onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg en ten behoeve van het toezicht door de inspectie. Dit 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

Deze regeling is voorgelegd aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). De regeling betreft een nadere invulling van het Bzd. Eerder is de regeldruk in de memorie van toelichting bij de wet 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 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 cliënt en de bescherming van diens rechtspositie. De wijze waarop dit gebeurt, 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 de plicht om halfjaarlijks een digitaal overzicht van de verleende onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg blijft, maar de vermindering in de regeldruk wordt behaald door een aanzienlijke vermindering in aanlevermomenten aan de inspectie.

De analyse die zorgaanbieders aan de inspectie moeten aanleveren is bedoeld om te reflecteren op en te leren van de toepassing van onvrijwillige 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 onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg, wat uiteindelijk ook tot verhoging van de efficiëntie kan leiden. Aan ActiZ, VGN en Zorgthuis.nl zal worden gevraagd een nadere invulinstructie te ontwikkelen, waarmee het voor aanbieders makkelijker wordt om het overzicht eenduidig in te vullen.

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.

Fraudedoets

Deze regeling brengt geen verhoogd risico op fraude met zich mee. De financiering van (ambulante) onvrijwillige 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.



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.

Deskundigen

De inspectie geeft aan dat zij er aan hecht dat het duidelijk is dat het kwalificatieniveau van alle in de regeling opgenomen beroepen op minimaal niveau 3 ligt, en dat de curricula van de opleidingen voor deze beroepen aansluiten bij de kennis en vaardigheden van de zorgverantwoordelijke in de Wzd.

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 cliënt bij welke vorm van onvrijwillige zorg op die cliënt is toegepast, hoe vaak en wat de duur van toepassing van de vorm van onvrijwillige zorg is geweest. De registratie in het cliëntendossier is dus niet eenmalig, maar is een continu terugkerend proces dat de zorgaanbieder uitvoert om per cliënt 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 onvrijwillige 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 6 van de regeling is een zesde lid toegevoegd met deze strekking.

Advies Autoriteit persoonsgegevens

Op grond van de 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 (AP) gestuurd. Het advies van de AP is op 3 oktober 2019 ontvangen. De regeling heeft niet geleid tot opmerkingen van de AP.

Consultatie

ActiZ, GGZ Nederland, VGN en Zorgthuis.nl zijn betrokken geweest bij het vaststellen van hoofdstuk 3 van deze regeling. In augustus jongstleden heeft consultatie plaatsgevonden.

De concept-Rzd is in samenhang met de concept-Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg (Rvvgz) 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 Gehandicapten (NVAVG), de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP), de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), de Nederlandse Vereniging

¹ <https://www.internetconsultatie.nl/regelingengedwongen Zorg>

voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), verscheidene ECD-leveranciers en enkele particulieren, zorginstellingen en individuele zorgprofessionals. Deze reacties zagen in verschillende mate 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 om onder meer de administratieve lasten te reduceren, 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 (LHV, NIP, NVAVG, N-VGzP, NVO en V&VN), brancheorganisaties (ActiZ /VGN) en individuele zorginstellingen en -professionals gereageerd.

ActiZ en VGN geven ten aanzien van de zorgverantwoordelijke aan de voorkeur te geven aan een algemene beschrijving welke beroepsbeoefenaren zorgverantwoordelijke kunnen zijn. Zo geven zij de suggestie om bijvoorbeeld op te nemen: zorgverleners die ten minste gekwalificeerd zijn op NLQF niveau drie. Deze suggestie is niet overgenomen. 'NLQF niveaus' vinden op dit moment geen grondslag in wet- en regelgeving en zijn daarmee onvoldoende bepaald. Daarom is gekozen aansluiting te zoeken bij bestaande wet- en regelgeving.

ActiZ en VGN doen ook enkele suggesties voor de in deze regeling opgesomde deskundigen. Zij stellen voor om in onderhavige regeling psychologen in het algemeen op te nemen, dus ook als zij geen gezondheidszorgpsycholoog zijn. Ook vanuit de NVAVG wordt deze suggestie gedaan. Deze suggestie is overgenomen.

De NVAVG constateert daarnaast dat ook gedragswetenschappers moeten worden opgenomen. Zij geven de suggestie om pedagogiek ook op te nemen in de opsomming van aangewezen opleidingen. De opleidingen pedagogiek en pedagogische wetenschappen stonden reeds in de opsomming die ter internetconsultatie is aangeboden. Wel is naar aanleiding van de inbreng van de NVAVG tevens de orthopedagoog-generalist als mogelijke zorgverantwoordelijke opgenomen.

Ten aanzien van verzorgende individuele gezondheidszorg stellen ActiZ en VGN voor om verzorgenden als zorgverantwoordelijke aan te wijzen, ongeacht of het een verzorgende individuele gezondheidszorg of verzorgende algemene gezondheidszorg betreft. Deze suggestie is niet overgenomen, omdat er voor is gekozen om aan te sluiten bij de relevante opleidingen die zijn opgenomen in het Centraal register beroepsopleidingen dan wel het Centraal register opleidingen hoger onderwijs. Dit om te waarborgen dat de zorgverleners die de functie van zorgverantwoordelijke uitoefenen in elk geval voldoende gekwalificeerd zijn, zoals blijkt uit het bezit van een diploma voor een van deze opleidingen. De functie van verzorgende algemene gezondheidszorg komt in geen van beide registers voor. Deze kan derhalve niet worden aangewezen als een van de categorieën van deskundigen die zorgverantwoordelijke kunnen zijn.

Als reactie op de geconsulteerde concept-ministeriële regeling is door V&VN aangegeven dat in haar visie expliciet in de regeling dient te worden opgenomen dat het niveau van de beroepsbeoefenaar afhankelijk is van de cliënt (zorgzwaarte en zorgproblematiek) en de setting waar de cliënt verblijft. Die suggestie is niet overgenomen. De zorgaanbieder dient een zorgverantwoordelijke aan te wijzen. Daarbij heeft hij een zorginhoudelijke verantwoordelijkheid om iemand aan te wijzen die past bij de cliënt en zijn situatie. De diversiteit aan cliënten en situaties leent zich niet voor regels op het niveau van deze ministeriële regeling.

Tevens benadrukt V&VN terecht het belang van scholing en training voor de zorgverantwoordelijke, zodat de zorgverantwoordelijke in staat wordt gesteld om zijn taken op basis van de Wzd 'bevoegd en bekwaam' uit te oefenen. Deze opmerking heeft niet tot aanpassing van de ministeriële regeling geleid. Wel is mede naar aanleiding van de reactie van – onder meer – V&VN in de toelichting nog eens extra benadrukt dat de complexiteit, zorgzwaarte en zorgproblematiek van de cliënt en de setting waarin hij verblijft, bepalend is voor het opleidingsniveau van de zorgverantwoordelijke die ten behoeve van deze cliënt wordt ingezet.

De LHV geeft in haar reactie op de internetconsultatie aan teleurgesteld te zijn dat een brede categorie zorgverleners van een wisselend opleidingsniveau wordt aangewezen als mogelijk zorgverantwoordelijk. Zorgverleners met een niveau 3 opleidingsniveau zijn volgens de LHV onvoldoende toegerust om de rol van zorgverantwoordelijke op zich te nemen.

Een zorgverantwoordelijke dient ervoor zorg te dragen dat er een zorgplan wordt opgesteld, vastgesteld en geëvalueerd en neemt in dat kader deel aan multidisciplinaire overleggen. Zowel een arts als een deskundige die behoort tot de in deze ministeriële regeling aangewezen categorie van deskundigen, kunnen zorgverantwoordelijke zijn. In de VG- en PG-sector werken verschillende deskundigen met een verschillend opleidingsniveau. Zo zijn ook zorgverleners met een niveau 3 opleidingsniveau in de dagelijkse zorgpraktijk belast met het opstellen, uitvoeren en evalueren van zorgplannen. Dit is

zeker vaak het geval in een context waar de (onvrijwillige) zorg doorgaans niet medisch van aard is. Bij deze praktijk wordt in de regeling aangesloten. De regering acht het daarbij van belang dat de persoon die als zorgverantwoordelijke wordt aangewezen een opleiding heeft afgerond waarmee hij over de vereiste kwalificaties beschikt om zijn rol verantwoord te kunnen vervullen. Naar mening van de regering zijn in deze regeling uitsluitend categorieën van deskundigen aangewezen, die voldoende geëquipeerd zijn voor de uitvoering van de betrokken taken.

De LHV maakt zich zorgen over de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg, zeker in de ambulante setting en kleinschalige woonvoorzieningen waar regelmatig geen ter zake kundig arts aanwezig is. De LHV meent dat de rechtsbescherming voor cliënten die onvrijwillige zorg ontvangen op grond van de Wzd niet gelijk is aan de rechtsbescherming voor patiënten die gedwongen zorg ontvangen op grond van de Wvvgz.

In reactie op de LHV merkt de regering op dat de rechtsbescherming voor beide groepen cliënten/patiënten voldoende is geborgd. De Wzd is zo ingericht dat zowel de zorgverantwoordelijke als de Wzd-functionaris de beginselen van ultimatum remedium, proportionaliteit en subsidiariteit altijd moeten betrekken voordat onvrijwillige zorg opgenomen kan worden in het zorgplan. Daarnaast hebben de cliënt en diens vertegenwoordiger op grond van de Wzd toegang tot de rechter als zij het niet eens zijn met de onvrijwillige zorg die wordt verleend. Gegeven de waarborgen van de wet acht de regering het dan ook niet noodzakelijk om de rol van zorgverantwoordelijke alleen bij bijvoorbeeld een arts te leggen. Juist degenen die in de praktijk veel met bepaalde doelgroepen werken, kunnen bij uitstek deze rol vervullen. De onafhankelijke Wzd-functionaris krijgt immers ook altijd het zorgplan te zien en beoordeelt dit. Zonder deze extra waarborg van de Wzd-functionaris zou enkel de zorgverantwoordelijke een doorslaggevende stem hebben bij de beslissing over het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan of het toepassen daarvan, hetgeen onwenselijk zou zijn. Het zijn dus de waarborgen uit de wet die ervoor zorgen dat het veilig is om de functie van zorgverantwoordelijke breed te laten vervullen.

Ten aanzien van de inhoud van hoofdstuk 3 van deze regeling is vooraf overleg gevoerd met ActiZ, GGZ Nederland, VGN, Zorgthuis.nl en de inspectie. Het document 'Registratie, rapportage en analyse onvrijwillige zorg', dat ActiZ, VGN en Zorgthuis.nl hebben opgesteld, vormde het uitgangspunt voor dit hoofdstuk 3. Met oog op de harmonisatie met de Rvvgz is ook het document 'de definities en registratie van verplichte zorg' van GGZ Nederland hierbij betrokken.

Een belangrijk kritiekpunt uit de internetconsultatie betrof het aanleveren van de analyse op locatieniveau. Het is 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 6, mede naar aanleiding van de TenH-toets opgenomen dat de analyse meerdere locaties kan betreffen, mits gemotiveerd. Ook is naar aanleiding van diverse reacties de periode van aanlevering van de analyse verlengd tot twaalf weken na afloop van de periode waarop het overzicht en de analyse betrekking hebben.

Het format voor het overzicht is naar aanleiding van de consultatiereacties en reacties nadien verduidelijkt en aangepast. Bij een aantal zorgvormen is de categorie 'overig' toegevoegd. Verder is, op verzoek van de zorgaanbieders, de kolom geschrapt, waarin per toegepaste zorgvorm (onvrijwillige toediening van vocht, voeding en medicatie, beperken van de bewegingsvrijheid, insluiting, etc.) moest worden aangegeven bij hoeveel unieke cliënten per juridische verblijfstitel (rechterlijke machtiging, inbewaringstelling, art. 21 Wzd, forensische plaatsing, vrijwillig, etc.) de betreffende zorgvorm is toegepast. De aanbieders noemen dit een overbodige administratieve last, omdat het verlenen van onvrijwillige zorg in de Wzd nu juist losgekoppeld is van verblijfstitel.

Voor de nadere invulling van de technische standaarden voor de gegevensverwerking zijn leveranciers van Elektronische Cliëntendossiers 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 zagen op de praktische uitwerking van de regelgeving, zullen deze worden meegenomen in de implementatie.

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 van 20 september 2019 tot en met 18 oktober 2019. In de inbreng voor het Verslag van een Schriftelijk Overleg over de Voorhang ontwerpregeling zorg en dwang – zorgverantwoordelijke zijn door leden van diverse fracties in de Tweede Kamer vragen

gesteld over de keuze om de rol van de zorgverantwoordelijke te beleggen bij zorgprofessionals van ten minste niveau 3 of hoger. Deze leden geven in meer of mindere mate aan te betwijfelen of een zorgmedewerker niveau 3 bevoegd en bekwaam is om deze rol te vervullen in complexere zorgsituaties.

Naar aanleiding van de inbreng van deze leden is in de toelichting nog eens extra benadrukt dat de complexiteit, zorgzwaarte en zorgproblematiek van de cliënt en de setting waarin hij verblijft, bepalend is voor het opleidingsniveau van de zorgverantwoordelijke die ten behoeve van deze cliënt wordt ingezet.

Daarnaast hadden de vragen van de leden tevens betrekking op zaken die niet in direct verband staan met onderhavige regeling. Deze vragen hebben derhalve niet tot aanpassing van de regeling of toelichting geleid.

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 onvrijwillige zorg levert. Zorgaanbieders dienen op grond van artikel 20 van de wet elke locatie waar onvrijwillige 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

Onderhavig artikel wijst de personen aan die als zorgverantwoordelijke kunnen fungeren.

Onderdeel a wijst de orthopedagoog-generalist aan. Dit zijn beroepsbeoefenaren die in het register voor orthopedagogen-generalist op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg staan ingeschreven.

Onderdeel b wijst de gezondheidszorgpsycholoog aan. Dit zijn beroepsbeoefenaren die in het register voor gezondheidszorgpsychologen op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg staan ingeschreven.

Onderdeel c 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 d wijst de physician assistent aan. Dit zijn beroepsbeoefenaren die in het register voor physician assistants op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg staan ingeschreven.

Onderdeel e 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 f wijst beroepsbeoefenaren aan die een diploma hebben van de in dit onderdeel aangewezen opleidingen, die zijn opgenomen in het Centraal register beroepsopleidingen.

Onderdeel g 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. Naar aanleiding van reacties uit de consultatie en de voorhang wordt nog eens extra benadrukt dat het daarbij van belang is dat de complexiteit, zorgzwaarte en zorgproblematiek van de cliënt en de setting waarin hij verblijft, wordt meegewogen bij de beslissing over het niveau van de in te zetten zorgverantwoordelijke.

Artikel 3

Artikel 3 regelt aan welke externe deskundige gevraagd moet worden te beoordelen of de cliënt zich verzet tegen opname en verblijf of voortzetting van het verblijf, indien het CIZ hieraan 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 lijdt aan een zware vorm van dementie 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 externe deskundige. De externe deskundige is niet in dienst van of gedetacheerd bij de zorgaanbieder van de betreffende cliënt, noch mag hij op andere wijze betrokken zijn bij diens behandeling of verzorging.

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 het toezicht door de inspectie. Welke gegevens dat zijn, blijkt uit het format dat in artikel 5 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 openstaardenbeleid 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 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 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.

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 en geaggregeerd kan worden op basis van informatie uit het cliëntendossier.

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

² www.forumstandaardisatie.nl/standaar/xml.

Format algemeen

Het format geeft weer welke gegevens op welk detailniveau in het digitale overzicht bij de inspectie aangeleverd moeten worden. Het gaat om de registratie van alle door de zorgaanbieder verleende onvrijwillige zorg, zowel binnen als buiten de locatie. 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 en het veld 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.

Registratie op locatieniveau

De digitale overzichten dienen op locatieniveau bij de inspectie te worden aangeleverd. Voor het toezicht van de inspectie is van belang dat op elk overzicht het vestigingsnummer van de locatie, zoals opgenomen in het handelsregister, wordt vermeld. Zo weet de inspectie op welke vestiging van de zorgaanbieder het overzicht betrekking heeft. Er hoeven 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 in de periode waar het overzicht op ziet, in of vanuit de locatie zorg hebben ontvangen, zowel vrijwillig als op onvrijwillige basis. Voorts dient, onderverdeeld per (juridische) titel, het aantal cliënten te worden vermeld dat in deze periode totaal in de locatie verbleef. Tevens dient het aantal cliënten te worden vermeld dat buiten de locatie verbleef en waarbij onvrijwillige zorg is toegepast die door zorgverleners vanuit de betreffende locatie is geleverd.

Bij de onderverdeling naar (juridische) titel en verblijfssituatie dienen steeds de aantallen *unieke* cliënten te worden vermeld. Unieke wil zeggen, dat wanneer een cliënt gedurende het halfjaar waar het overzicht op ziet, een of meerdere malen van juridische titel of verblijfssituatie is veranderd, deze cliënt in het overzicht twee of meer keer wordt meegeteld. Een cliënt die binnen het halfjaar aanvankelijk in zijn thuissituatie onvrijwillige zorg ontving, vervolgens via een artikel 21 besluit is opgenomen, maar voor wie uiteindelijk een rechterlijke machtiging nodig was, telt dus drie keer mee.

Format: 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 de cliënt 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 onvrijwillige zorg (bijvoorbeeld iemand vastpakken om in te sluiten of gedwongen medicatie toe te dienen), wordt deze fixatie niet als separate onvrijwillige zorgvorm geregistreerd.
- *Mechanische fixatie*: het beperken van de mogelijkheden van de cliënt 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 – plaatsen op een gesloten afdeling (artikel 2, eerste lid, onderdeel c, van de wet)

Belangrijk te vermelden is dat onvrijwillige opname op grond van een rechterlijke machtiging, inbewaringstelling of artikel 21 Wzd op zichzelf niet betekent dat de cliënt ook op een gesloten afdeling wordt geplaatst zonder de mogelijkheid deze te kunnen verlaten. Opname op grond van deze titels houdt onder de Wzd immers niet noodzakelijkerwijs in dat de cliënt de accommodatie niet zelfstandig zou mogen verlaten. Wanneer er bij een gedwongen opname op voorhand al wordt gekozen voor plaatsing in een gesloten setting, bijvoorbeeld een gesloten afdeling of achter een gesloten deur, dan levert dat een grotere inperking van de vrijheden van de cliënt op, en valt dit onder beperken van de bewegingsvrijheid. Daarin ligt het belang van aparte registratie van deze subvorm.

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

Hierbij kan gedacht worden aan een cliënt die een locatie niet zelfstandig mag verlaten. Bijvoorbeeld omdat de voordeur op slot zit, of dat de cliënt altijd eerst toestemming moet vragen om naar buiten te mogen.

Indien in een kleinschalige woonvorm de deur van de gesloten afdeling tevens de voordeur van de locatie is, valt dit eveneens onder deze subvorm.

Ook is hiervan bijvoorbeeld sprake indien de cliënt de locatie wel zelfstandig kan verlaten, maar waarbij hij binnen de setting waarin hij zorg ontvangt in het kader van zijn behandeling niet in bepaalde ruimtes kan komen. Een voorbeeld hiervan is het ontzeggen van de toegang tot de keuken, omdat daar spullen liggen die gevaarlijk zijn voor de cliënt. Voor de goede orde: het gaat hier om beperkingen waartoe in het kader van het zorgplan 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 andere cliënten niet onuitgenodigd betreden mogen worden).

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

Een separeerverblijf is een ruimte die voldoet aan de eisen die in de Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen in de gehandicaptenzorg (2013) worden gesteld aan een separeerunit. De veldnorm is niet van toepassing in de ouderenzorg. In de ouderenzorg vindt geen separatie plaats.

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

Een afzonderingsruimte is een ruimte die voldoet aan de eisen die in de Veldnorm voor afzonderings- en separeervoorzieningen 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 – in eigen kamer, verblijfsruimte, appartement of woning (artikel 2, eerste 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, appartement of woning van de cliënt. 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 de cliënt.

Uitoefenen van toezicht op de cliënt (artikel 2, eerste lid, onderdeel d, van de wet)

Bij de subvormen 'cameratoezicht' en 'toepassing overige domotica' is van belang te vermelden dat het hier niet gaat om het gebruik van deze toezichtsvormen in de algemene ruimten van een instelling uit veiligheidsoverwegingen, maar om toepassing ervan om zorginhoudelijke redenen in de individuele ruimte waar de cliënt op dat moment verblijft. Ook voor 'toepassing elektronische traceringsmiddelen' geldt dat het hier gaat om een toepassing om zorginhoudelijke redenen. Bijvoorbeeld het gebruik van een gps-tracker als de cliënt naar buiten gaat om ervoor te zorgen dat de cliënt kan worden teruggevonden als hij de weg kwijtraakt.

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 in beslag nemen van de mobiel of de laptop van de cliënt.



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 (artikel 2, tweede lid, onderdeel i, van de wet)

Het betreft hier een beperking om zorginhoudelijke redenen. Bijvoorbeeld in geval van loverboyproblematiek.

Registratie van aantal en duur

Het overzicht wordt opgesteld op basis van de registraties per zorgvorm in het cliëntendossier. Per zorgvorm of subvorm worden hierin vermeld: de totalen van het aantal keren dat de betreffende onvrijwillige zorg binnen en vanuit de locatie is toegepast, en, indien aan de orde, de duur van de toepassing ervan alsmede het totale aantal unieke cliënten waarop deze vorm van onvrijwillige zorg is toegepast.

Ten aanzien van de berekening van de totale duur van de toegepaste onvrijwillige zorg geldt het volgende.

De tijdsregistratie die ten grondslag ligt aan de berekening van de totale duur in het overzicht bestaat uit een combinatie van de datum in de vorm 'dag-maand-jaar' en het tijdstip in 'uur:minuut' waarop de onvrijwillige zorg is toegepast.

Voor de zorgvormen 'toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening'; '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 2, eerste lid, onderdelen a, e, f en g, van de wet) wordt *momentregistratie* toegepast: het moment waarop deze vormen van onvrijwillige zorg zijn toegepast. De tijdsregistratie blijft dus beperkt tot de starttijd, omdat de toepassing uit een uit de aard van de onvrijwillige zorg in tijd beperkte handeling bestaat. Exact hoeveel tijd die beperkte handeling in de praktijk heeft geduurd, is voor het toezicht niet van belang. Voor deze zorgvormen hoeft de totale tijdsduur van de toepassingen niet in het overzicht te worden vermeld, maar wel het aantal keren dat deze zijn toegepast. Dit is anders bij de overige verplichte zorgvormen 'beperken van de bewegingsvrijheid'; 'insluiten'; 'uitoefenen van toezicht op de cliënt'; 'aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten' en 'beperken van het recht op het ontvangen van bezoek' (artikel 2, eerste lid, onderdelen b, c, d, h tot en met i) wordt wel *duurregistratie* gehanteerd: vermelding van starttijd en eindtijd van de toepassing van de onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg. Voor deze zorgvormen geldt dat zowel de totale tijdsduur van de toepassingen in het overzicht worden vermeld in afgeronde hele uren, evenals het aantal keren dat deze zijn toegepast.

Voor het juist optellen van de onvrijwillige zorgtoepassingen is het volgende relevant. Als in het zorgplan van een cliënt is opgenomen dat in elk geval tot het volgende moment van evaluatie een bepaalde zorgvorm dagelijks binnen een vooraf bepaalde frequentie mag worden toegepast – bijvoorbeeld twee à drie keer per dag gedwongen medicatie – kan deze automatisch voor de gehele duur van deze periode worden geregistreerd als drie keer per dag. In het overzicht kan deze toepassing dan worden meegeteld als: het aantal dagen waarop de zorgvorm binnen het halfjaar waarop het overzicht ziet, is toegepast, maal drie. Moet deze zorgvorm vervolgens gedurende deze periode incidenteel afwijkend worden toegepast, dan kan deze afwijking afzonderlijk worden geregistreerd en meegeteld.

Samenhang Rvggz

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

Op deze plaats wordt nog opgemerkt dat de Rvggz voorschrijft dat de formats bestemd zijn voor het niveau van individuele patiënten. De onderhavige regeling echter, aggregeert de gegevens op locatieniveau. Hierdoor heeft de inspectie een verminderde informatiepositie ten opzichte van de

Rvvgz. Er wordt naar gestreefd zo snel mogelijk te realiseren dat ook voor de Rzd de overzichten aan de inspectie op cliëntniveau worden verstrekt. In 2020 zal het wetstraject dat hiertoe moet leiden worden gestart.

Artikel 6

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 onvrijwillige 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. Ook is aanlevering van analyses op grotere schaal, namelijk meer locaties in één analyse, 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 onvrijwillige zorg waarop de analyse betrekking heeft, is verleend. Daartoe vermeldt de zorgaanbieder bij de analyse het vestigingsnummer 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 16, tweede lid, en 17, eerste lid, van de wet de basis. Gegevens over de (onvrijwillige) zorg van de cliënt worden 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 plaatsvinden in het cliëntendossier dat de zorgaanbieder al over de cliënt bijhoudt. Een deel van die gegevens, namelijk de gegevens bedoeld in artikel 17, eerste lid, van de wet, houdt de zorgaanbieder digitaal beschikbaar voor 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 onvrijwillige 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 4, 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 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, of de technische opvolger daarvan. Ook dit bestandstype is opgenomen in de lijst open standaarden van Forum Standaardisatie. Zie voor toelichting bij open standaarden en digitale uitleesbaarheid ook de toelichting bij artikel 4, vierde lid.

Zesde lid

Hoofdregel is dat de analyse op locatieniveau wordt aangeleverd en rechtstreeks verband houdt met het digitaal overzicht, bedoeld in artikel 18, tweede lid, van de wet. Het zesde lid biedt de mogelijkheid dat de zorgaanbieder één analyse over meer locaties opstelt en aanlevert. De zorgaanbieder dient deze keuze dan deugdelijk te motiveren.

Artikel 7

Dit artikel stelt regels aan de analyse bedoeld in artikel 18 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 18, tweede lid, van de wet. Hierdoor kunnen de gegevens van zorgaanbieders, die op



zichzelf beschouwd voor verschillende interpretaties vatbaar kunnen zijn of sterk gekleurd kunnen worden door een complexe cliëntenpopulatie, 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 locaties van dezelfde zorgaanbieder, welke maatregelen zijn getroffen ter terugdringing van onvrijwillige 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 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 onvrijwillige 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 voor kunnen kiezen om de toegepaste onvrijwillige zorg binnen de accommodatie en ambulant geleverde onvrijwillige 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. Hoewel de analyse duiding geeft aan het digitale overzicht, wordt voor de volledigheid opgemerkt dat er sprake is van twee op zichzelf staande verplichtingen op grond van de wet van de zorgaanbieder jegens de inspectie.

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 bezien of aanwijzing daarvan in het kader van deze regeling noodzakelijk is.

Artikel 9

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

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*