

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

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

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

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

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

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

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1 BEGRIPSBEPALING

Artikel 1.1

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

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

HOOFDSTUK 2 AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG

Artikel 2.1

Ambulante onvrijwillige zorg omvat het:

- a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- b. beperken van de bewegingsvrijheid, met uitzondering van fixatie;

- c. uitoefenen van toezicht op de cliënt;
- d. onderzoek aan kleding of lichaam;
- e. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- f. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- g. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
- h. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Artikel 2.2

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

HOOFDSTUK 3 EISEN DESKUNDIGEN

Artikel 3.1

1. De externe deskundige, bedoeld in artikel 11 van de wet, is:

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

Artikel 3.2

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

HOOFDSTUK 4 GEGEVENSVERWERKING

Artikel 4.1

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

Artikel 4.2

1. De zorgaanbieder verstrekt het overzicht, bedoeld in artikel 17, tweede lid, van de wet ten behoeve van het risicogestuurde toezicht door de inspectie aan een door Onze Minister aan te wijzen instantie op digitale wijze en met gebruikmaking van een bij ministeriële regeling daartoe vastgesteld format.
2. De door Onze Minister aan te wijzen instantie verwerkt de door de zorgaanbieders verstrekte overzichten op een bij ministeriële regeling bepaalde wijze tot geaggregeerde overzichten op basis waarvan de toepassing van onvrijwillige zorg per zorgaanbieder en per bij ministeriële regeling aangewezen categorieën van zorgaanbieders alsmede voor het gehele veld van zorgaanbieders voor de inspectie inzichtelijk is.

3. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de termijn waarbinnen de door Onze Minister aangewezen instantie de door de zorgaanbieder verstrekte overzichten vernietigt.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de wijze van verstrekken en de wijze van verwerken van de in artikel 17, tweede lid, van de wet bedoelde overzichten.

HOOFDSTUK 5 SAMENSTELLING EN WERKWIJZE VAN DE KLACHTENCOMMISSIE

Artikel 5.1

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

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

Artikel 5.2

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

HOOFDSTUK 6 CLIËNTENVERTROUWENSPERSOON

Artikel 6.1

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

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

Artikel 6.2

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

Artikel 6.3

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

HOOFDSTUK 7 SLOTBEPALINGEN

Artikel 7.1

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

Artikel 7.2

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

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Concept Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd)
december 2017 tbv internetconsultatie

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen deel

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

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

Ambulante onvrijwillige zorg

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

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

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

a. Waarborgen op grond van de Wzd

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

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

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

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

b. Waarborgen op grond van andere wet- en regelgeving

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

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

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

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

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

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

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

c. Normen van het veld

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

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

Grondrechten

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

Zorgvormen

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

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

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

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

Er is voor gekozen om de overige vormen van onvrijwillige zorg wel toe te staan in de ambulante situatie. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat zorg op maat mogelijk is en dat zoveel mogelijk

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

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

Waarborgen voor onvrijwillige zorg buiten een accommodatie

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

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

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

Als voorbeeld kan gedacht worden aan de een thuiswonende vrouw met beginnende dementie waarbij het ter voorkoming van ernstig nadeel noodzakelijk is dat bepaalde delen van de woning, bijvoorbeeld de keuken, afgesloten worden, omdat zij als gevolg van haar dementie de gevaren van het aanlaten van het gas en het gebruik van scherpe voorwerpen niet meer herkent. Indien deze vrouw een fitte thuiswonende partner heeft, is het denkbaar dat die partner gedurende een deel van de tijd het toezicht op zich neemt omdat het niet altijd noodzakelijk is dat een professionele zorgverlener aanwezig is om de veilige toepassing van onvrijwillige zorg te garanderen. De combinatie van zorg door een professionele zorgverlener en extra toezicht door een mantelzorger maakt dat er niet continu een professionele zorgverlener in huis hoeft te zijn, waardoor een indicatie voor intramurale zorg nog even kan worden uitgesteld en de dame uit het voorbeeld langer in haar eigen woning kan blijven.

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

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

Administratieve lasten

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

Toezicht- en Handhavingstoets van de inspectie

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

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

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

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

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

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

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

Artikelsgewijs

Artikel 1.1

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

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

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

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

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

Gezien het vorenstaande is voor de vraag of een wooneenheid onderdeel uitmaakt van een accommodatie dan wel kan worden beschouwd als een privéwoning, niet alleen van belang of sprake is van een woning die door de zorgaanbieder bestemd en ingericht is voor zorg in de zin van de onderhavige wet, maar ook wie de zeggenschap heeft over de toegang tot de woning. Indien de bewoner zeggenschap heeft over de toegang tot de woning, is sprake van een privéwoning. Voor de duidelijkheid wordt in dit kader opgemerkt dat dit betekent dat 'aanleunwoningen' worden aangemerkt als privéwoningen en niet als een accommodatie, ook niet als een behoefte aan (thuis)zorg een voorwaarde is om in aanmerking te komen voor het huren van een zodanige woning. Dit ervan uitgaand dat bij een aanleunwoning sprake is van een eigen (huur)woning die weliswaar in de buurt staat van een verzorgingshuis – van de service van welk huis veelal gebruik kan worden gemaakt- maar waar de cliënt zeggenschap heeft over de toegang tot de woning.

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

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

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

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

Artikel 2.1

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

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

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

Artikel 2.2

Op grond van artikel 2a, eerste lid, van de wet moeten bij amvb tevens regels worden gesteld over de toepassing van de in artikel 2.1 aangewezen zorgvormen. Deze regels zijn opgenomen in het onderhavige artikel. Dit artikel beoogt aanvullende waarborgen te stellen, naast de belangrijke waarborgen die al in de Wzd zijn opgenomen voor onvrijwillige zorg (zoals het uitgebreide stappenplan met de eisen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit, multidisciplinair overleg, overleg met externe deskundige, evaluatie en de vereiste beoordeling door de Wzd-arts) en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet

BIG). Ambulante onvrijwillige zorg mag uitsluitend worden verleend indien is voldaan aan de genoemde wettelijke voorwaarden en de in artikel 2.2 opgenomen aanvullende voorwaarden.

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

Eerste lid

Onderdeel a

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

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

In dit kader is voorts van belang dat sommige medicijnen via een depot worden toegediend en een zeer lange werking kunnen hebben. Ingeschat zal moeten worden of het verantwoord is de cliënt vervolgens in de ambulante setting te laten en zo ja, op welke wijze en hoe lang zo nodig toezicht moet worden gehouden. Ook de sociale context kan hierbij een rol spelen; als sprake is van een of meer familieleden of naasten die wijzigingen in het gedrag van de cliënt kunnen signaleren en in staat kunnen worden geacht in dat geval adequaat te handelen en de hulp van een zorgverlener in te roepen, kan dit worden meegewogen bij de beoordeling of het verantwoord is de cliënt in de ambulante setting te laten.

Bij medicatie is er voorts het onderscheid tussen verschillende methodes van toedienen. Zo kan de medicatie 'verborgen' worden toegediend (bijvoorbeeld door de vla), maar ook kan sprake zijn van

het onder dwang geven van een injectie. In het laatste geval kan, onafhankelijk van de aard van de medicatie, grote onrust zijn ontstaan bij de cliënt, hetgeen eveneens toezicht gedurende een bepaalde periode noodzakelijk kan maken.

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

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

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

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

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

In dit kader wordt nog opgemerkt dat het zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen, moet worden overgelegd aan de Wzd-arts. De Wzd-arts moet onder meer beoordelen of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen. De Wzd-arts zal daar alle relevante aspecten bij moeten betrekken, waaronder of sprake is van voldoende toezicht.

Onderdeel b

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

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

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

Onderdeel c

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

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

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

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

Onderdeel d

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

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

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

In het onderstaande wordt ingegaan op de verschillende eisen.

Onderdeel d, onder 1°

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

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

Onderdeel d, onder 2°

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

Onderdeel d, onder 3°

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

Onderdeel d, onder 4°

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

voelen en er in dat opzicht dan ook vaak geen verschil is met het gevoel van een cliënt buiten de accommodatie.

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

Onderdeel d, onder 5°

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

Onderdeel d, onder 6°

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

Tweede lid

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

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

Artikel 3.1

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

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

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

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

Artikel 3.2

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

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

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

Artikel 4.1

Het eerste lid van artikel 4.1 sluit aan bij artikel 5(1) onder e en f van de AVG, waarin is geregeld dat passende technische of organisatorische maatregelen moeten worden genomen zodat de gegevensverwerking is beschermd tegen ongeoorloofde of onrechtmatige verwerking en tegen onopzettelijk verlies, vernietiging of beschadiging. Soortgelijke voorwaarden staan eveneens in het huidige artikel 13 Wbp. Het voorgestelde artikel 4.1, eerste lid, van onderhavig besluit biedt het uitgangspunt voor het tweede lid, waarin wordt geregeld wat ten minste van de

verwerkingsverantwoordelijke wordt verwacht om te voldoen aan de eisen uit het eerste lid. De term voorzieningen dient breed te worden opgevat en omvat maatregelen, praktische handelingen en procedures.

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

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

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

Artikel 4.2

Eerste en tweede lid

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

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

Persoonsgegevens

Afhankelijk van de wijze waarop de in artikel 17, tweede lid, Wzd bedoelde overzichten tot stand worden gebracht, kunnen de overzichten bijzondere persoonsgegevens bevatten. Uiteraard heeft het uit een oogpunt van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer de voorkeur dat de overzichten geen (bijzondere) persoonsgegevens bevatten. Omdat nog niet met zekerheid kan worden vastgesteld dat het mogelijk is de overzichten zodanig tot stand te brengen dat geen sprake is van (bijzondere) persoonsgegevens, wordt er in deze nota van uitgegaan dat wel (bijzondere) persoonsgegevens zullen worden verwerkt. Hieronder wordt daarom het inschakelen

van een derde instantie voor het ontvangen en verwerken van de overzichten getoetst aan artikel 8 van het EVRM, de Grondwet en de AVG

EVRM

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

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

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

a) Bij de wet voorzien

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

b) Noodzakelijk in een democratische samenleving

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

– *Er is sprake van een dringende maatschappelijke behoefte*

De Wzd bevat regels over het verlenen van onvrijwillige zorg. Voor een goede naleving van deze wet is het noodzakelijk dat de IGZ op toereikende en doeltreffende wijze toezicht kan houden op de

uitvoering van de wet en de daarop gebaseerde bepalingen. De IGZ zal in ieder geval toezicht houden op basis van een signaal of melding over een individuele casus of over een specifieke zorgaanbieder. Naast het toezicht naar aanleiding van signalen en meldingen over een individuele casus of een specifieke zorgaanbieder (incidententoezicht), houdt de IGZ ook risicogestuurd toezicht, waarbij proactief risico's in kwaliteit en veiligheid worden gedetecteerd.

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

– De regeling voldoet aan de eis van proportionaliteit

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

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

– Er wordt voldaan aan de eis van subsidiariteit

Dit houdt in dat het doel waarvoor de persoonsgegevens worden verwerkt in redelijkheid niet op een andere, voor de bij de verwerking van persoonsgegevens betrokkene minder nadelige wijze

kan worden verwezenlijkt. Zoals in het vorenstaande is opgemerkt, is het in verband met de forse uitbreiding van het toezichtbereik van de IGZ alsmede de grote toename van de te ontvangen informatie over gedwongen zorg, noodzakelijk dat de IGZ haar capaciteit volledig inzet op het houden van toezicht en handhaving van de Wzd en de Wvzggz, en dat het ontvangen van overzichten alsmede het bewerken daarvan door een andere instantie plaatsvindt.

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

c) Een geoorloofd, expliciet doel

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

Grondwet en AVG

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

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

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

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

De rechtvaardiging van de verwerking van gegevens over iemands gezondheid wordt gevonden in artikel 9(1), onder g, van de AVG (23, eerste lid, onderdeel f, van de Wbp). Dit houdt in dat de verwerking noodzakelijk is met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, waarbij de evenredigheid met het nagestreefde doel wordt gewaarborgd, de wezenlijke inhoud van het recht op bescherming van persoonsgegevens wordt geëerbiedigd en passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald. De

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

Derde lid

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

Vierde lid

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

Artikel 5.1

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

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

Artikel 5.2

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

Artikel 6.1

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

Artikel 6.1 bevat eisen ten aanzien van de deskundigheid waarover een cliëntenvertrouwenspersoon moet beschikken. Om zijn werk goed te kunnen doen, is het allereerst van groot belang dat de cliëntenvertrouwenspersoon de doelgroep van cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening goed kent. Hij moet ervaring hebben met werkzaamheden waarvoor kennis is vereist van de specifieke zorgbehoeften van deze doelgroepen. Omdat cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening hun zorgbehoefte vaak zelf niet goed kunnen verwoorden, is het voorts van belang dat de cliëntenvertrouwenspersoon over kennis en ervaring beschikt om de 'vraag achter de vraag' te

achterhalen en hij ervaring heeft met het toepassen van methoden voor vraag- en probleemherkenning. Tot slot zal een cliëntenvertrouwenspersoon ook aantoonbare ervaring moeten hebben met werkzaamheden die kennis vereisen van de rechten van personen aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend. Deze ervaring kan zijn opgedaan bij werkzaamheden voor de betrokken doelgroep, maar ook in het kader van werkzaamheden voor bijvoorbeeld patiënten met een psychiatrische stoornis.

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

Artikel 6.2

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

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

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

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

Artikel 6.3

Omdat cliënten in de vg-sector en de pg-sector soms niet in staat zijn om zelf om advies en bijstand te vragen is het belangrijk dat de hulp die een cliëntenvertrouwenspersoon aan een cliënt kan bieden duidelijk zichtbaar is voor cliënten en hun naasten en vertegenwoordigers. Ook is het van belang dat medewerkers van een zorgaanbieder goed op de hoogte zijn van de rol en de rechten van de cliëntenvertrouwenspersoon. Daarom bepaalt artikel 6.3 dat de cliëntenvertrouwenspersoon voorlichting moet geven aan de cliënten en hun vertegenwoordigers en aan de medewerkers van de zorgaanbieder over de aard en uitvoering van zijn taken. Dit kan

Concept Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd)
december 2017 tbv internetconsultatie

hij bijvoorbeeld mondeling doen of door middel van het uitdelen van brochures of ander visueel materiaal aan huis of in de accommodatie waar de cliënt verblijft.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,