

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

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

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

Besluit:

## **HOOFDSTUK 1 – BEGRIPSBEPALING**

### **Artikel 1**

In deze regeling wordt verstaan onder:

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

## **HOOFDSTUK 2 – CATEGORIEËN VAN DESKUNDIGEN**

### **Artikel 2**

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

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

### **Artikel 3**

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

### **Artikel 4**

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

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

### **Artikel 5**

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

- arts;
- klinisch psycholoog.

## **HOOFDSTUK 3 – GEGEVENSVERWERKING**

### **Artikel 6**

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

### **Artikel 7**

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

### **Artikel 8**

1. De zorgaanbieder verstrekt aan de inspectie per locatie de analyse, bedoeld in artikel 8:25, eerste lid, van de wet, onder vermelding van het vestigingsnummer van de locatie waar de analyse betrekking op heeft.
2. Ten behoeve van de analyse verwerkt de zorgaanbieder persoonsgegevens als bedoeld in artikel 8:4, eerste lid, en 8:24, eerste lid, van de wet.

3. De periode waarop de analyse betrekking heeft, is 1 januari tot en met 30 juni, respectievelijk 1 juli tot en met 31 december van elk kalenderjaar.
4. De zorgaanbieder verstrekt de analyse uiterlijk acht weken na afloop van de periode waarop de analyse betrekking heeft.
5. Bij de verstrekking wordt het bestandstype .pdf/A-1 gehanteerd in een digitaal uitleesbaar formaat.

## **Artikel 9**

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

## **Artikel 10**

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

## **Artikel 11**

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

**Artikel 12**

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

CONCEPT tbv CONSULTATIE

**Bijlage bij artikel 7 van de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg**

FORMAT DIGITAAL OVERZICHT VERPLICHTE ZORG

Naam locatie:

Vestigingsnummer:

<b>Gegevens betrokkene</b>				
Achternaam, voornaam, tussenvoegsels				
<b>Zelfbindingsverklaring aanwezig?</b>		Ja/Nee		
<b>Vormen van verplichte zorg</b>		<b>Tijdregistratie</b> (een combinatie van datum dd-mm-jjjj en tijd uu:mm)	<b>Juridische titel</b> (1= ZM, 2= CM, 3= tijdelijk verplichte zorg in een onvoorziene situatie, 4= beslissing tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan CM, 5= machtiging voortzetting CM, 6= tbs/PIJ)	
<b>Vorm van verplichte zorg</b>	<b>Subvorm</b>			
<input type="checkbox"/> Het toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening	<input type="checkbox"/> Vocht en voeding		Starttijd	
	<input type="checkbox"/> Medicatie	<input type="checkbox"/> Orale medicatie	Starttijd	1/2/3/4/5/6
		<input type="checkbox"/> Intramusculaire medicatie	Starttijd	1/2/3/4/5/6
		<input type="checkbox"/> Intraveneuze medicatie	Starttijd	1/2/3/4/5/6
	<input type="checkbox"/> Het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening	<input type="checkbox"/> ECT	Starttijd	1/2/3/4/5/6
<input type="checkbox"/> Beperken van de bewegingsvrijheid	<input type="checkbox"/> Fixatie	<input type="checkbox"/> Fysieke fixatie	Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6
		<input type="checkbox"/> Mechanische fixatie	Starttijd Eindtijd	1/2/3/4/5/6

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

brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf				
---	--	--	--	--

CONCEPT tbv CONSULTATIE

## **TOELICHTING**

### ***Algemeen deel***

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

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

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

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

Hoofdstuk 3 van deze regeling geeft nadere invulling aan artikelen 8:24 en 8:25 van de wet. In de eerste plaats worden nadere regels gesteld over het digitale overzicht, de rapportage van de zorgaanbieder aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (inspectie) over de feitelijk verleende verplichte zorg in het afgelopen halfjaar. Hieruit moet onder meer blijken welke vormen van verplichte zorg in welke mate zijn toegepast en in hoeverre verplichte zorg is toegepast op basis van zelfbindingsverklaringen. Om te bewerkstelligen dat deze digitale overzichten op een eenvormige en tussen zorgaanbieders vergelijkbare wijze worden aangeleverd, is het van belang dat eisen worden gesteld aan de ordentelijke presentatie van de data die de zorgaanbieder ten behoeve van het digitale overzicht ten minste moet registreren. Hiertoe is een format opgenomen in de bij de regeling behorende bijlage. Hantering van dat format betekent dat een einde komt aan een voor de inspectie in te vullen papieren formulier voor elk start- en



eindmoment van een verplichte zorgtoepassing, zoals onder de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz het geval was. Het format standaardiseert de inhoud en het detailniveau van het digitale overzicht en beperkt de gegevensverstrekking aan de inspectie tot tweemaal per jaar. Artikel 8:24, eerste lid, van de wet geeft reeds weer welke gegevens de zorgaanbieder digitaal beschikbaar dient te houden ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht door de inspectie. Het verstrekken van het digitale overzicht houdt uitdrukkelijk geen extra registratieverplichting in, maar kan op digitale wijze uitgelicht worden uit de registratiegegevens die op grond van voornoemd artikel reeds digitaal beschikbaar moeten zijn. Zie over dit onderwerp tevens de artikelsgewijze toelichting bij artikelen 8 en 9.

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

Voorts helpen de registratietaken van de artikelen 8:24 en 8:25 van de wet de zorgaanbieder om zicht te krijgen op de uitvoering van de wet. Daaronder valt onder meer het naleven van de algemene uitgangspunten van de wet. De zorgaanbieder kan namelijk de inzichten die hij met de analyse opdoet, niet alleen aanwenden om het ultimatum remediumkarakter van verplichte zorg te bewaken, maar ook de resultaten van de analyse toetsen aan de algemene uitgangspunten van de wet zoals neergelegd in artikel 2:1 van de wet, zoals proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid, en zo de kwaliteit van verplichte zorg continu verbeteren. Ook zou de zorgaanbieder deze data en de daaruit voortvloeiende conclusies kunnen gebruiken voor de totstandkoming van interne, zorginhoudelijke sturings- en managementinformatie, of – in de toekomst – voor een benchmark. Een benchmark komt zowel de kwaliteit als het leereffect van de analyse ten goede en heeft als meerwaarde dat het mogelijk maakt om (plaatselijke) verschillen in de toepassing van verplichte zorg tussen zorgaanbieders te duiden. Dit wordt mogelijk zodra zorgaanbieders in staat worden gesteld om de trends die uit de eigen analyse naar voren komen, te vergelijken met het landelijke beeld. Dergelijke data zou ook de uitvoering van motie-Voortman (Kamerstukken II, 2017/18, 25424, nr. 381) dienen.

#### *Grondslag gegevensverwerking*

Verplichte zorg maakt in beginsel een inbreuk op de grondwettelijke rechten en vrijheden van een betrokkene. Daarom mag verplichte zorg enkel verleend worden als is voldaan aan de vereisten en uitgangspunten van de wet. Vanwege

het ingrijpende karakter van verplichte zorg, is het van belang dat de inspectie effectief toezicht op de verleende verplichte zorg kan uitoefenen om zo de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen, voor zowel de individuele betrokkene als voor de maatschappij als geheel. De verstrekking van de persoonsgegevens aan de inspectie is beperkt tot de specifieke persoonsgegevens, bedoeld in het format, waaronder ook bijzondere persoonsgegevens kunnen vallen. Dit zijn de gegevens die volgens de wet noodzakelijk zijn voor het toezicht door de inspectie. Artikel 8:24, tweede lid, van de wet biedt de formeelwettelijke grondslag voor de verstrekking aan de inspectie. Indien het door de zorgaanbieder aan de inspectie verstrekte overzicht in een specifiek geval daartoe aanleiding geeft, kan de inspectie op grond van haar wettelijke taken en bevoegdheden nader onderzoek doen. Deze gegevensverwerking, tezamen met de overige waarborgen ter bescherming van de rechtspositie van de betrokkene die de wet biedt, voldoet daarmee aan de vereisten van de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) (AVG), in het bijzonder artikel 6, eerste lid, onderdeel c en artikel 9, tweede lid, onderdeel i, van de AVG.

### **Regeldruk**

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

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

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

toepassen van verplichte zorg, wat uiteindelijk ook tot verhoging van de efficiëntie kan leiden.

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

### ***Fraudetoets***

### ***Toezicht- en handhaafbaarheidstoets inspectie***

### ***Advies Autoriteit Persoonsgegevens***

### ***Consultatie***

### ***Artikelsgewijs***

#### *Artikel 1*

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

#### *Artikel 2*

Ingevolge artikel 1:1, eerste lid, onderdeel aa, van de Wvvgz is de zorgverantwoordelijke een persoon die een geregistreerd beroep uitoefent als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en tevens behoort tot een door de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen. Met dit artikel worden deze categorieën van deskundigen aangewezen. Daarbij is zo veel mogelijk aangesloten bij de huidige praktijk door de categorieën van deskundigen aan te wijzen die momenteel ook zijn aangewezen als regiebehandelaar in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ, met uitzondering van de psychotherapeut, omdat deze in de huidige praktijk niet in het gedwongen kader werkzaam is. Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is een veldnorm

die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN).

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

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

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

### *Artikel 3*

Bij het opstellen van een zelfbindingsverklaring is noodzakelijk dat een onafhankelijk arts of een persoon, behorende tot een door de Minister van VWS aangewezen categorie van deskundigen, een verklaring als bedoeld in artikel 4:1, zevende lid, van de wet opstelt waaruit blijkt of betrokkene tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is. De deskundige die bij deze regeling wordt aangewezen, naast artsen, is de klinisch psycholoog. Uitgangspunt is dat in de regel de arts of deskundige zelf voldoende professionele affiniteit heeft met de (verplichte) zorg die in de zelfbindingsverklaring wordt opgenomen, om te toetsen of de betrokkene de gevolgen hiervan kan overzien en zo de rechtsbescherming van de betrokkene te bewaken. Het heeft de voorkeur om binnen de beroepsgroep van artsen een ter zake deskundige arts te raadplegen, met voldoende kennis van het GGZ-werkveld. Hoewel onder de Wet bopz alleen de psychiater ter zake deskundig werd geacht, valt bijvoorbeeld ook te denken aan een verslavingsarts wanneer betrokkene bekend is met verslavingsproblematiek. Om ook aansluiting bij de praktijk te vinden, wordt op

grond van het huidige model-kwaliteitsstatuut in de gespecialiseerde GGZ naast de arts ook de klinisch psycholoog aangewezen, vanwege de overeenkomsten tussen de verantwoordelijkheden van de klinisch psycholoog en artsen.

#### *Artikel 4*

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

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

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

#### *Artikel 5*

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

Uit de huidige praktijk blijkt dat het noodzakelijk is om de volledige beroepsgroep van artsen aan te wijzen, aangezien artsen van verschillende disciplines betrokken kunnen zijn in deze situatie. Uit het Model Kwaliteitsstatuut GGZ blijkt bijvoorbeeld dat bij de aanvraagprocedure van de inbewaringstelling onder de Wet bopz bij dreigend gevaar voor betrokkene zelf of zijn omgeving sprake moet zijn van betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog. Het ligt in de rede om van dezelfde inzet van deskundigen uit te gaan bij de crisismaatregel, die de

opvolger is van de inbewaringstelling. De Generieke Module Acute Psychiatrie<sup>1</sup> vermeldt ook de huisarts als mogelijke eerst betrokken hulpverlener in een acute setting, bijvoorbeeld wanneer betrokkene niet meer alleen gelaten kan worden door de huisarts tot psychiatrische beoordeling heeft plaatsgevonden. De huisarts beperkt dan feitelijk de bewegingsvrijheid van de betrokkene of brengt hem over naar een tijdelijk verblijf. Mocht de crisismaatregel ingezet worden vanuit de verslavingszorg, kan ook een verslavingsarts betrokken zijn. Ten slotte kan ook vanuit een somatische behandelsetting besloten worden dat een betrokkene op psychiatrische beoordeling dient te wachten, en in afwachting daarvan de bewegingsvrijheid moet worden ingeperkt of medicatie moet worden gegeven. Artsen werkzaam in die behandelsetting kunnen dan ook tijdelijk verplichte zorg leveren op grond van dit artikel.

#### *Artikel 6*

##### *Eerste lid*

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

##### *Tweede en derde lid*

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

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

##### *Vierde lid*

Voor de verstrekking van het digitale overzicht door de zorgaanbieder is gekozen voor het bestandstype .xml. De Nederlandse overheid hanteert een openstandaardenbeleid voor het kunnen uitwisselen van digitale gegevens tussen overheden onderling en tussen de overheid, bedrijven en burgers. Het gebruik van open standaarden verbetert deze communicatie omdat dan gewaarborgd is dat de afzonderlijke ICT-systemen elkaar kunnen begrijpen. Open standaarden zijn namelijk niet softwarespecifiek en kunnen door iedere leverancier worden ingebouwd in een ICT-systeem. Het bestandstype .xml is op grond van een besluit van het Nationaal Beraad Digitale Overheid opgenomen in de lijst open standaarden van Forum Standaardisatie<sup>2</sup>. De toevoeging dat het digitale overzicht in een digitaal uitleesbaar formaat moet worden verstrekt, betekent dat het

<sup>1</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/preview>.

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

document voor de ontvangende partij te bewerken moet zijn. Het document mag dus niet vergrendeld worden en er kunnen bijvoorbeeld geen handgeschreven aantekeningen worden "meegescand".

#### *Artikel 7*

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

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

#### *Format algemeen*

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

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

#### *Tijdsregistratie: moment- of duurregistratie*

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

#### *Juridische titel*

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

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

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

- *Fysieke fixatie*: het vasthouden van betrokkene door één of meer zorgverleners, door middel van een binnen de beroepsgroep gebruikelijke methodiek.



- *Mechanische fixatie*: het beperken van de mogelijkheden van betrokkene om onderdelen van zijn lichaam te bewegen, met behulp van mechanische hulpmiddelen. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van polsbandjes of het op de rem zetten van een rolstoel.

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

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

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

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

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

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

#### *Samenhang Rzd*

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

#### *Artikel 8*

##### *Eerste lid*

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

##### *Tweede lid*

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

##### *Derde en vierde lid*

Vanwege de samenhang tussen het digitale overzicht en de analyse die de zorgaanbieder aan de inspectie verstrekt, worden dezelfde halfjaarlijkse periodes

aangewezen waarop de analyses betrekking moeten hebben. Zie in dit verband ook de toelichting bij artikel 6, tweede lid.

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

#### *Vijfde lid*

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

#### *Artikel 9*

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

Tot slot regelt het derde lid dat een reactie van de betrokken cliëntenraad over de opgestelde analyse wordt opgenomen. Gezien de doelstellingen van de wet is het wenselijk dat ook namens betrokkenen een visie wordt gegeven op de wijze waarop verplichte zorg is toegepast in de periode waar de analyse op ziet. Deze visie kan aanleiding zijn voor de zorgaanbieder om zijn beleid (nader) aan te passen of andere aanvullende maatregelen te treffen. De zorgaanbieder gunt de cliëntenraad een reactietermijn van vier weken en neemt deze reactie, eventueel voorzien van een eigen reactie daarop, integraal op in de analyse. Indien de cliëntenraad geen reactie heeft gegeven, licht de zorgaanbieder toe waarom deze ontbreekt.

*Eerste lid, onderdeel c*

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

*Artikel 10*

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

*Artikel 11*

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,