

Consultatiereactie Regeling zorg en dwang

ActiZ en VGN hebben kennisgenomen van de consultatieversie van de Regeling zorg en dwang (Rzd) en hebben hun leden gevraagd om input te leveren voor deze reactie. De leden van ActiZ en VGN blijken in ruime meerderheid zeer kritisch te zijn over de Rzd, in het bijzonder over de digitale overzichten en analyses die zij halfjaarlijks aan de IGJ moeten verstrekken. Dat deze overzichten en analyses per locatie opgesteld moeten worden, wordt in het veld niet begrepen, evenmin als de gedetailleerdheid van het format dat voor de digitale overzicht gebruikt moet worden.

De leden van ActiZ en VGN houden vaak tientallen, soms honderden locaties in stand. Eén van onze leden telt zelfs zo'n 1.200 locaties. Veel locaties worden bewoond door 6 tot 12 cliënten, aan wie niet allemaal onvrijwillige zorg wordt verleend. Voor de leden van ActiZ en VGN is het opstellen van digitale overzichten en analyses per locatie een enorme administratieve belasting. Dit wringt te meer omdat zij niet de indruk hebben dat dit bijdraagt aan kwaliteitsverbetering of vermindering van de toepassing van onvrijwillige zorg.

De Rzd zorgt voor *'veel extra administratieve lasten zonder effect op verlagen van onvrijwillige zorg'* schrijft een specialist ouderengeneeskunde. *'De gedetailleerdheid van de regeling levert onzes inziens weinig kwaliteit en des te meer frustratie op'*, schrijft een Bopz-arts. Een andere arts ziet de Rzd als uiting van *'disproportioneel wantrouwen in deskundigheid en integriteit van professionals'*. Iemand anders vat de kritiek kernachtig samen: *'Per locatie denken is niet meer van deze eeuw'*.

Geen onderbouwing

ActiZ en VGN constateren dat de Wzd bepaalt dat de zorgaanbieder tenminste twee keer per jaar een digitaal overzicht van gegevens met betrekking tot onvrijwillige zorgverlening moet verstrekken aan de IGJ evenals een analyse van de verleende onvrijwillige zorg. Dat het overzicht en de analyse per locatie moeten worden opgesteld, staat niet in de wet en is ook nergens in de wetsgeschiedenis aan de orde gekomen.

Dat niettemin in de Rzd voor het locatieniveau is gekozen, wordt niet onderbouwd in de toelichting. In de toelichting bij de Rzd wordt gesteld dat het voor de inspectie van belang is om te weten op welke locaties onvrijwillige zorg wordt verleend. Dat is echter geen reden om de digitale overzichten en de analyses van de onvrijwillige zorgverlening op locatieniveau op te stellen.

Willekeur

Onder locatie verstaat de Rzd een vestiging zoals bedoeld in de Handelsregisterwet. Of een gebouw als vestiging in het handelsregister wordt geregistreerd, hangt ervan af of van het gebouw een adres is opgenomen in de basisregistratie adressen en gebouwen (BAG). Een rijtjeshuis waar drie cliënten wonen heeft een adres en is dus een locatie in de zin van de Rzd. Een traditioneel instellingsterrein, waarop twintig gebouwen staan en waar tweehonderd cliënten zorg krijgen, heeft ook één adres en geldt dus voor de toepassing van de Rzd eveneens als één locatie. Zou het instellingsterrein een openbare ruimte worden, dan zouden de gebouwen ieder een eigen adres krijgen en daarmee voor de toepassing van de Rzd ieder als een locatie kwalificeren.

Wij zien niet in waarom het feit dat een gebouw volgens de BAG een adres heeft relevant is voor de vraag op welk niveau binnen een zorgorganisatie zorgverlening geëvalueerd moet worden. Het een heeft niets te maken met het ander.

Geen toegevoegde waarde

Veel locaties worden bewoond door een kleine groep cliënten, die niet allemaal onvrijwillige zorg krijgen. Evaluatie op locatieniveau houdt in zulke situaties in dat de onvrijwillige zorgverlening aan één of twee cliënten geëvalueerd wordt. Zo'n evaluatie voegt niets toe aan de evaluatie van individuele onvrijwillige zorgverlening die sowieso al plaatsvindt op basis van het stappenplan uit de Wzd.

Te korte voorbereidingstijd

Wij schatten in dat de Regeling zorg en dwang pas in november in de Staatscourant gepubliceerd zal worden. Zorgorganisaties hebben dan minder dan twee maanden om zich voor te bereiden op de uitvoering van deze regeling. Mede omdat de elektronische cliëntendossiers nog aangepast zullen moeten worden, is deze termijn veel te kort. Wij wijzen erop dat in het implementatieplan Wzd was aangegeven dat de regeling al in het voorjaar beschikbaar zou zijn. Tijdens de behandeling van de wet in de Eerste Kamer heeft de minister zelfs aangegeven dat de uitvoeringsregelgeving anderhalf jaar voor inwerkingtreding van de wet beschikbaar zou zijn.

Conclusie

ActiZ en VGN constateren dat voor de keuze voor het locatieniveau geen draagvlak bestaat in het veld. Wij constateren bovendien dat niet onderbouwd is waarom die keuze is gemaakt en waarom dat voor de IGJ betekenisvol is. Wij constateren verder dat op welk niveau onvrijwillige zorgverlening moet worden geëvalueerd afhankelijk wordt gemaakt van een omstandigheid die daar niets mee te maken heeft, te weten de vraag van welke gebouwen een adres is opgenomen in de BAG.

Wij wijzen er nog op dat in het implementatieplan Wzd werd gesproken over een '*minimale dataset*' en werd aangegeven dat VWS bij het opstellen daarvan '*het zo laag mogelijk houden van de administratieve lasten als uitgangspunt neemt*'. Daarmee is niet verenigbaar dat VWS nu een regeling presenteert die zorgaanbieders verplicht om

halfjaarlijks tientallen en vaak zelfs honderden digitale overzichten en analyses op te stellen. Het kan niet zo zijn dat VWS, na zich eerst niet gehouden te hebben aan de toezegging uit het actieplan *Ontregel de zorg* om de administratieve lasten van de Wzd te verminderen, nu opnieuw een toezegging ten aanzien van de administratieve lasten niet gestand doet.

ActiZ en VGN adviseren de minister van VWS dan ook met klem om terug te komen op de keuze om zorgaanbieders te verplichten om per locatie digitale overzichten in te vullen en analyses op te stellen.

Alternatief

VGN en ActiZ geven als alternatief in overweging om in de Regeling zorg en dwang de volgende elementen uit te werken:

- * Zorgaanbieders verstrekken periodiek een overzicht aan de IGJ van de locaties waarin onvrijwillige zorg wordt verleend.

De toelichting bij de Rzd geeft aan dat de IGJ het van belang vindt om te weten waar onvrijwillige zorg wordt verleend, op deze manier kan daaraan voldaan worden.

- * Het digitale overzicht van gegevens over onvrijwillige zorgverlening wordt niet per locatie opgesteld, maar per zorgaanbieder.

In de bijlage bij deze brief gaan wij in op de inhoud van het digitale overzicht.

- * In de analyse van de onvrijwillige zorgverlening beschrijven zorgaanbieders hoe binnen hun organisatie de onvrijwillige zorgverlening is geanalyseerd, wat daarvan geleerd is, hoe verschillen ten opzichte van het vorige digitale overzicht verklaard kunnen worden en of de analyse aanleiding geeft om het beleidsplan onvrijwillige zorg te wijzigen.

Op welke niveau binnen een zorgorganisatie de verlening van onvrijwillige zorg zinvol geanalyseerd kan worden, verschilt per zorgorganisatie. ActiZ en VGN zijn daarom van mening dat het aan zorgorganisaties overgelaten moet worden om te bepalen op welk niveau onvrijwillige zorgverlening wordt geëvalueerd. Het is de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur om ervoor te zorgen dat op dat niveau analyses gemaakt worden.

ActiZ en VGN zijn van mening dat zorgaanbieders op deze wijze adequaat verantwoording afleggen over de wijze waarop in hun organisatie onvrijwillige zorg is verleend en dat de IGJ zich daarvan een goed beeld kan vormen.

VGN en ActiZ stellen tot slot voor om artikel 17, lid 2 en artikel 18 Wzd pas op 1 september 2020 (zie onze opmerking over artikel 4 in de bijlage bij deze brief) in werking te laten treden, zodat leveranciers van elektronische cliëntendossiers en zorgverleners enige tijd geboden wordt om zich voor bereiden op het opstellen van de digitale overzichten en de analyses.

Bijlage bij consultatiereactie van ActiZ en VGN op de Regeling zorg en dwang.

In deze bijlage maken wij artikelsgewijs onze opmerkingen over de consultatieversie van de Regeling zorg en dwang. Bepalingen die ons geen aanleiding geven tot opmerkingen laten wij daarbij buiten beschouwing.

Artikel 1 Begripsbepaling

Hier ontbreekt een beschrijving van wat onder 'de wet' moet worden verstaan.

Artikel 2 Zorgverantwoordelijke

De consultatieversie beoogt de mogelijkheid te bieden dat zorgverleners vanaf niveau 3 als zorgverantwoordelijke kunnen worden aangewezen. Dit wordt geconcretiseerd door een opsomming te geven van zorgverleners met een beschermde titel (verpleegkundigen en verzorgenden individuele gezondheidszorg) en zorgverleners die beschikken over een getuigschrift van één van de opleidingen die in de tekst worden genoemd.

Wij geven de voorkeur aan een algemene beschrijving, bijvoorbeeld: zorgverleners die tenminste gekwalificeerd zijn op NLQF niveau drie. Het doel, de mogelijkheid creëren dat zorgverleners vanaf niveau 3 als zorgverantwoordelijke kunnen worden aangewezen, wordt dan bereikt, zonder dat dit afhankelijk wordt gesteld van het behalen van een getuigschrift van een specifieke opleiding.

Zo'n algemene beschrijving heeft mede onze voorkeur omdat daarmee makkelijker kan worden ingespeeld op veranderingen in het aanbod van opleidingen, deze hoeven dan immers niet in de Rzd verwerkt te worden.

Als niettemin de voorkeur wordt gegeven aan de systematiek uit de consultatieversie, dan stellen wij de volgende wijzigingen voor:

* psychologen

Psychologen vervullen een belangrijke rol in de sectoren waarop de Wzd van toepassing is. Gezondheidszorgpsychologen kunnen als Wzd-functionaris worden aangewezen. Wij stellen voor om in de Rzd op te nemen dat psychologen in het algemeen, dus ook als zij geen gezondheidszorgpsycholoog zijn, als zorgverantwoordelijke kunnen worden aangewezen.

Dit zou vorm kunnen krijgen door aan de opsomming van opleidingen in artikel 2, onderdeel d, toe te voegen: 'psychologie'.

* verzorgenden

Verzorgenden IG kunnen volgens de consultatieversie als zorgverantwoordelijke worden aangewezen, die mogelijkheid bestaat niet ten aanzien van verzorgenden AG. Het verschil tussen een verzorgende AG en een verzorgende IG is dat de laatste een aantal verpleegtechnische handelingen kan uitvoeren. Dit verschil is voor de toepassing van de Wzd niet relevant. Wij stellen daarom voor om de mogelijkheid te openen dat verzorgen-

den als zorgverantwoordelijke kunnen worden aangewezen, ongeacht of het een verzorgende IG of verzorgende AG betreft.

Dit zou vorm kunnen krijgen door in artikel 2, onderdeel b 'individuele gezondheidszorg' te schrappen of door artikel 2, onderdeel b te schrappen en aan artikel 2, onderdeel c toe te voegen: 'verzorgende'.

Artikel 3 Externe deskundigen die het CIZ kan raadplegen

De Wzd bepaalt dat het CIZ in geval van twijfel over het afgeven van een besluit tot opname en verblijf omdat de cliënt zich wellicht toch verzet tegen (voortzetting van) de opname, een externe deskundige moet raadplegen. De consultatieversie van de Rzd bepaalt dat degenen die volgens artikel 3, lid 1 als externe deskundige bij de uitvoeringen van het stappenplan kunnen fungeren, dit ook kunnen doen in deze situatie. Wij onderschrijven deze keuze, maar hebben wel behoefte aan verduidelijking.

Het is ons niet duidelijk wat in deze bepaling wordt verstaan onder een externe deskundige. Is een externe deskundige iemand die niet bij het CIZ werkzaam is? Dit lijkt ons in de context van artikel de meest voor de hand liggende uitleg. Wij zouden dit graag bevestigd zien in de toelichting. Dit is mede van belang omdat dan duidelijk is dat een deskundige die werkzaam is bij de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft in deze situaties als externe deskundige kwalificeert.

Verder zouden wij graag zien dat in de toelichting wordt geëxpliciteerd dat de hier bedoelde externe deskundige door het CIZ wordt geraadpleegd en de kosten hiervan dus voor rekening van het CIZ komen (en niet van de aanvrager van het besluit tot opname en verblijf).

Artikel 4 Digitaal overzicht

Wij zijn van mening dat het digitale overzicht niet per locatie, maar per zorgaanbieder opgesteld zou moeten worden, voor de onderbouwing daarvan verwijzen wij naar de brief waarbij deze bijlage is gevoegd.

De keuze voor de in het tweede lid genoemde periodes impliceert dat het digitale overzicht en de analyse van de eerste helft van het jaar in augustus, dus midden in de zomervakantie, opgesteld moeten worden. Dit is voor de praktijk zeer problematisch. Overigens zijn dan ook cliëntenraden doorgaans niet actief, zodat de in artikel 7, lid 3 genoemde reactie niet tijdig verstrekt zal kunnen worden.

Wij stellen daarom voor te kiezen voor de periodes april t/m september en oktober t/m maart.

Artikel 6, lid 1 Analyse

Wij zijn van mening dat de analyse niet per locatie, maar per zorgaanbieder opgesteld zou moeten worden, voor de onderbouwing daarvan verwijzen wij naar de brief waarbij deze bijlage is gevoegd.

Artikel 6, lid 2 Verwerking persoonsgegevens

Hier wordt vermeld dat de zorgaanbieder persoonsgegevens verwerkt ten behoeve van de analyse zoals bedoeld in artikel 16, tweede lid en artikel 17, tweede lid.

Het is ons niet duidelijk wat beoogd wordt met deze bepaling.

Als deze bepaling zinvol is, zou deze dan niet tevens van toepassing moeten zijn op de verwerking van persoonsgegevens ten behoeve van het digitale overzicht?

Voor de praktijk is het van belang om in de toelichting aan te geven dat voor deze verwerking van persoonsgegevens geen toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger nodig is, omdat de verwerkingsgrondslag in dit geval de uitvoering van een wettelijke verplichting is. Aangenomen dat de gegevens uit de dossiers van cliënten afkomstig zijn en dus voor opstelling van het digitale overzicht inzage in het dossier nodig is, kan inzage op dezelfde grond (en dus zonder instemming van de cliënt) worden verleend.

Artikel 6, lid 4 Termijn

Het digitale overzicht moet binnen 6 weken aan de inspectie worden verstrekt. Voor het verstrekken van een analyse van deze gegevens geldt een termijn van 8 weken. Als reden hiervan vermeldt de toelichting dat de analyse meer tijd van de zorgaanbieder vergt. Het lijkt ons echter voor de hand liggender te vermelden dat een analyse pas gemaakt kan worden als de gegevens die geanalyseerd moeten worden beschikbaar zijn.

Voor het maken van een analyse zijn dan echter slechts twee weken beschikbaar. Die termijn vinden wij te kort, zeker als het om (vele) analyses per locatie gaat.

Wij zien niet in waarom het digitale overzicht eerder aan de IGJ verstrekt zou moeten worden dan de analyse. Wij stellen daarom voor om voor verstrekking van overzicht en analyse dezelfde termijn te hanteren en deze te verlengen tot 10 weken.

In dit voorstel is geen rekening gehouden met de tijd die nodig is voor het vragen van een reactie van de cliëntenraad, hierop gaan wij hierna in (zie artikel 7, lid 3).

Artikel 7, lid 1 Inhoud analyse

Het eerste lid van dit artikel somt een aantal kwantitatieve gegevens op die in de analyse moeten worden opgenomen. In de toelichting wordt de opsomming nogmaals weergegeven. Waarom het zinvol is deze gegevens te verstrekken, wordt echter niet toegelicht.

Wij vinden het voor de uitvoerbaarheid van de regeling van groot belang dat alle kwantitatieve gegevens in het format worden opgenomen, zodat naast het digitale overzicht geen extra kwantitatieve gegevens verstrekt behoeven te worden. Wij stellen daarom voor de hier genoemde gegevens hetzij te schrappen hetzij in het format op te nemen. Deze bepaling kan dan vervallen.

Overigens sluiten de tekst van de regeling en de tekst van de toelichting niet helemaal op elkaar aan. In de toelichting wordt onderdeel b verondersteld betrekking te hebben op

het aantal gevallen waarin onvrijwillige zorg is toegepast. In de tekst gaat het om een verandering in aantallen ten opzichte van de vorige analyse. Dit laatste wordt in de toelichting geacht in onderdeel c te staan. Ook bij de onderdelen d en e sluiten tekst en toelichting niet op elkaar aan.

Artikel 7, lid 1, onderdeel a

Bij onderdeel a wordt het aantal unieke cliënten genoemd dat onvrijwillige zorg heeft ontvangen, dit is echter ook al vermeld in het format. Naar onze indruk is het overbodig dit hier te noemen.

Artikel 7, lid 1, onderdeel b

Wijzigingen in aantallen ten opzichte van de voorgaande analyse (bedoeld is: het vorige digitale overzicht?) kunnen in het format worden opgenomen en kunnen dan hier vervallen.

Ten overvloede wijzen wij erop dat een stijging of daling van het aantal cliënten aan wie onvrijwillige zorg is verleend, veroorzaakt kan worden door wijzigingen in de samenstelling van de groep cliënten en wijzigingen in hun zorgbehoefte. Zeker in de ouderenzorg kan de samenstelling van de groep cliënten na een half jaar sterk gewijzigd zijn. Aan een stijging of daling kan derhalve niet zondermeer een conclusie worden getrokken ten aanzien van het beleid ten aanzien van onvrijwillige zorgverlening.

Artikel 7, lid 1, onderdeel c

De mediaan van de duur van toepassing van onvrijwillige zorg wordt op basis van het format alleen in het digitale overzicht opgenomen bij onvrijwillige zorgverlening uit de categorieën beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting. Hier wordt opnieuw de mediaan van de duur van de onvrijwillige zorgverlening genoemd, maar nu zonder beperking tot die twee categorieën. Wij nemen aan dat dit een omissie betreft en dat de mediaan hier geschrapt kan worden.

Naast de mediaan van de duur moet ook de frequentie van de toegepaste onvrijwillige zorg worden vermeld. Het is ons niet duidelijk wat hiermee bedoeld wordt. Stel dat bijvoorbeeld in een locatie waar tien cliënten verblijven, twee cliënten drie keer fysiek gefixeerd zijn en één cliënt één keer, wat is dan de frequentie van toepassing van fysieke fixatie in die locatie?

Wij stellen voor dit onderdeel te schrappen.

Artikel 7, lid 1, onderdeel f

Hier wordt bepaald dat in de analyse moet worden aangegeven hoeveel cliënten zorg hebben gekregen zoals bedoeld in artikel 2, lid 2 van de wet. De analyse heeft betrekking op onvrijwillige zorgverlening. De zorg bedoeld in artikel 2, lid 2 Wzd is echter geen onvrijwillige zorg, maar vrijwillige zorg waarop bepalingen met betrekking tot onvrijwillige zorg van overeenkomstige toepassing worden verklaard. Nu het gaat om vrijwillige zorg en artikel 17 en 18 daarop niet van overeenkomstige toepassing zijn

verklaard, zien wij niet in waarom deze gegevens in een analyse van onvrijwillige zorgverlening moeten worden opgenomen.

Wij wijzen er nog op dat gegevens over de toepassing van artikel 2, lid 2 niet worden genoemd in artikel 17, lid 1 Wzd. Dit impliceert dat een wettelijke basis om te bepalen dat deze gegevens in het digitale overzicht kunnen worden opgenomen ontbreekt.

Dit onderdeel zou daarom geschrapt moeten worden.

Artikel 7, lid 2, onderdeel b

Het valt op dat in de tekst van de regeling het tweede lid uit vier onderdelen bestaat, terwijl in de toelichting kennelijk van drie onderdelen wordt uitgegaan. Waar in de toelichting gesproken wordt over onderdeel b, heeft dat betrekking op onderdeel c uit de regeling. Onderdeel b uit de tekst komt in de toelichting niet aan de orde. Is het de bedoeling onderdeel b te schrappen in de tekst van de regeling of moet in de toelichting nog een passage over onderdeel b worden toegevoegd?

Onderdeel b bepaalt dat, 'indien van toepassing' de analyse moet voorzien in een duiding van de verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg tussen locaties van de zorgaanbieder. Het is ons niet duidelijk wat tot uitdrukking wordt gebracht met 'indien van toepassing'. Wellicht wordt hiermee bedoeld: indien de zorgaanbieder meerdere locaties in stand houdt. Het is echter niet zinvol om iedere locatie met iedere andere locatie te vergelijken. De verschillen tussen locaties zij zodanig groot dat dit niet zinvol is.

Wij stellen voor onderdeel b uit de tekst van de regeling te schrappen.

Artikel 7, lid 2, onderdeel c

In de analyse moet op grond van deze bepaling worden aangegeven welke maatregelen zijn getroffen om onvrijwillige zorgverlening terug te dringen. Dit onderdeel is naar onze indruk overbodig. Het beleidsplan beschrijft wat gedaan wordt om onvrijwillige zorgverlening zoveel mogelijk te voorkomen. Als de analyse aanleiding geven om het beleidsplan te wijzigen, wordt dat al op basis van onderdeel a in de analyse vermeld.

Artikel 7, lid 3 Reactie cliëntenraad

Deze bepaling geeft aan dat de 'ter zake betrokken cliëntenraad' gelegenheid moet krijgen om te reageren op de analyse en dat de reactie bij de analyse gevoegd moet worden. De toelichting geeft niet aan waarom hiervoor gekozen is, het is daardoor niet duidelijk tot wie de cliëntenraad zich richt in zijn reactie en wat daarmee beoogd wordt.

Is het de bedoeling dat de cliëntenraad zich in zijn reactie richt tot de inspectie of tot de zorgaanbieder? En mocht het laatste het geval zijn, is het de bedoeling dat de zorgaanbieder naar aanleiding van deze reactie de analyse wellicht nog wijzigt? Is dit het geval, dan is feitelijk een adviesrecht ten aanzien van de analyse geconstrueerd. Wij zien hierin geen meerwaarde. De Wmcz / Wmcz 2018 voorziet in een adequate regeling van de medezeggenschap. Toegepast op de analyse houdt deze in dat de analyse op basis

van artikel 5, lid 1 Wmcz aan de cliëntenraad wordt gestuurd. De analyse kan desgewenst worden geagendeerd voor een overleg met de zorgaanbieder. De cliëntenraad kan tevens een ongevraagd advies uitbrengen over later op te stellen analyses. Voor zover de analyse aanleiding is tot wijzigingen in het beleid zullen deze beleidswijzigingen doorgaans adviesplichtig zijn. Naar onze indruk is de betrokkenheid van de cliëntenraad hiermee goed geregeld en bestaat geen behoefte aan een bepaling zoals nu is opgenomen in de Rzd.

Mocht deze bepaling niettemin gehandhaafd blijven dan zou in de toelichting nog aangegeven moeten worden wat wordt verstaan onder de 'ter zake betrokken cliëntenraad'. Gaat het, nu het om een analyse per locatie gaat, om de voor de locatie ingestelde cliëntenraad? Wij wijzen erop dat in dat geval vaak tientallen cliëntenraden halfjaarlijkse een reactie gevraagd zal moeten worden.

Indien deze bepaling gehandhaafd blijft zal ook een probleem ten aanzien van de termijn moeten worden opgelost. De Rzd bepaalt dat de cliëntenraad vier weken gelegenheid moet krijgen om op de analyse te reageren en dat deze reactie bij de analyse moet worden gevoegd (en derhalve dus binnen 8 weken beschikbaar moet zijn). Dit impliceert dat de analyse dus al binnen 4 weken aan de cliëntenraad moet worden voorgelegd. Dit is dus al voordat het digitale overzicht waarop de analyse betrekking moet hebben beschikbaar moet zijn!

Bovendien, als beoogd is dat de zorgaanbieder de analyse aanpast naar aanleiding van de reactie van de cliëntenraad, dan zal daarvoor dus ook enige tijd beschikbaar moeten zijn nadat de reactie is gegeven.

Wij concluderen dat de wens om de analyse binnen 8 weken aan te leveren niet verenigbaar is met de wens de cliëntenraad eveneens binnen die termijn gelegenheid te geven te reageren. Als de verplichting om een reactie van de cliëntenraad te vragen gehandhaafd blijft, is het gevolg daarvan dat de analyse dus pas aanmerkelijk later aan de inspectie kan worden verstrekt. Hiervoor (zie reactie op artikel 6, lid 4) stelden wij voor om te bepalen dat de analyse na tien weken aan de inspectie wordt verstrekt, als de reactie van de cliëntenraad daarbij gevoegd moet zijn en de analyse aangepast moet kunnen worden naar aanleiding van deze reactie zou, deze termijn verlengd moeten worden met tenminste zes weken.

Voor zover deze bepaling gehandhaafd mocht blijven, stellen wij voor de laatste zin te schrappen. Het is niet aan de zorgaanbieder om te motiveren waarom de cliëntenraad niet reageert op de analyse. De zorgaanbieder kan wel vermelden wanneer hij de cliëntenraad daartoe gelegenheid heeft gegeven, zodat duidelijk is dat hij aan zijn verplichting heeft voldaan.

Format, algemeen deel

In het algemeen deel van het format moet worden aangegeven hoeveel cliënten in de locatie wonen. Dit aantal wordt vervolgens in acht groepen onderverdeeld. Deze onderverdeling wordt gemaakt op basis van verblijfstitel, daarnaast zijn twee groepen

toegevoegd, te weten cliënten die niet in de locatie verblijven en cliënten die onvrijwillige zorg ontvangen op basis van artikel 15 Wzd. Het is ons niet duidelijk waarom de verblijfstitel relevant is voor een rapportage over verlening van onvrijwillige zorg. Het verlenen van onvrijwillige zorg is in de Wzd nu juist losgekoppeld van de verblijfstitel. Wij stellen derhalve voor de onderverdeling op basis van verblijfstitels te schrappen.

Het is ons niet duidelijk waarom cliënten die op basis van artikel 15 Wzd onvrijwillige zorg ontvangen als groep worden onderscheiden, maar cliënten die op basis van het zorgplan onvrijwillige zorg ontvangen niet.

Wij zijn geen voorstander van het verstrekken van gegevens per locatie. Mocht daar niettemin voor worden gekozen, dan stellen wij voor gegevens over cliënten die niet in een locatie verblijven apart te verstrekken en deze ambulante cliënten niet simpelweg bij een locatie op te tellen. Het gaat immers om een wezenlijk andere groep cliënten.

Een zinnigere onderverdeling zou zijn wat ons betreft kunnen zijn: het totaal aantal cliënten van de zorgaanbieder, onderverdeeld in intramuraal en ambulante. Beide categorieën kunnen worden onderverdeeld in:

- * aantal cliënten dat onvrijwillige zorg ontvangt op basis van zorgplan;
- * aantal cliënten dat onvrijwillige zorg ontvangt op basis van besluit zorgverantwoordelijke;
- * aantal cliënten dat geen onvrijwillige zorg ontvangt.

Tot slot stellen wij voor om in het algemeen deel een peildatum te noemen waarop het aantal cliënten moet worden bepaald (dit varieert immers in de periode waarop de gegevens betrekking hebben) en het niet te hebben over de totale 'hoeveelheid' cliënten, maar over het totale aantal cliënten.

Format, beperking bewegingsvrijheid

Wij stellen voor alleen fixatie als crisismaatregel onder de categorie beperking van de bewegingsvrijheid te brengen. Als fixatie om medische redenen wordt toegepast, valt dat onder categorie a (andere medische handelingen en therapeutische maatregelen).

In het format wordt als subcategorie genoemd: 'beperken van de bewegingsvrijheid anders dan door fixatie'. Blijkens de toelichting is hiervan sprake als een cliënt 'in het kader van de behandeling' geen toegang heeft tot bepaalde ruimtes binnen een locatie. Als voorbeeld wordt ontzegging van de toegang tot de keuken genoemd 'omdat daar spullen liggen die gevaarlijk zijn voor betrokkene'.

Dit betreft een nieuwe subcategorie waarvan ons niet duidelijk is waarom deze wordt geïntroduceerd. Voor zover aan deze categorie behoefte bestaat, stellen wij voor deze toe te voegen aan de categorie beperking van de vrijheid om het leven naar eigen inzicht in te richten.

Het gaat hier kennelijk om beperkingen waartoe in het kader van de behandeling, dus in het zorgplan, wordt besloten en dus niet om beperkingen van de toegang tot ruimtes

binnen een locatie op basis van de huisregels (bijvoorbeeld de beperking dat privé-ruimtes van andere cliënten niet onuitgenodigd betreden mogen worden). Ter voorkoming van misverstanden stellen wij voor dit in de toelichting op te nemen.

Format, insluiting

Als subcategorie binnen de categorie 'insluiten' wordt 'insluiten binnen de locatie' genoemd. Hiervan is sprake als een cliënt de locatie of een afdeling 'niet zelfstandig mag verlaten'. Wij vragen ons af hoe dit zich verhoudt tot een gedwongen opname.

Als een cliënt niet gedwongen is opgenomen, vragen wij ons af of insluiting eigenlijk wel mogelijk is op basis van het zorgplan. Kwalificeert insluiting in zo'n geval niet als vrijheidsontneming? Het is dan in strijd met het EVRM als daartoe niet door de rechter is besloten.

Als een cliënt wel gedwongen is opgenomen, impliceert dat dat het hem niet vrij staat om de opname te onderbreken of te beëindigen. Dat de cliënt de locatie niet zelfstandig mag verlaten vloeit derhalve voort uit de verblijfstitel, niet uit het zorgplan. Of de cliënt de locatie mag verlaten wordt dus beslist op basis van de regels over verlof en ontslag.

Bovendien vinden wij insluiting in een locatie of afdeling van andere orde dan insluiten in een separeerverblijf of afzonderingsruimte of de eigen kamer. Wij stellen dan ook voor deze subcategorie te schrappen. Eventueel zou plaatsing op een gesloten afdeling als subcategorie aan de categorie beperking van de vrijheid om het eigen leven in te richten kunnen worden toegevoegd.

Format, vermelding totale duur en mediaan

Bij categorieën beperken van de bewegingsvrijheid en insluiten moeten, per subcategorie, de totale duur en de mediaan van de duur worden vermeld. Het is ons niet duidelijk wat hiermee beoogd is. Op basis van deze gegevens kunnen locaties niet met elkaar vergeleken worden en zij zijn evenmin geschikt om de verschillende perioden waarin onvrijwillige zorg wordt verleend te vergelijken. Wijzigingen in de samenstelling van de cliëntengroep die in een locatie woont en wijzigingen in hun zorgbehoefte zijn hierop immers van grote invloed.

Format, toezicht

Als subcategorie binnen de categorie uitoefenen van toezicht wordt genoemd: camera-monitoring. Wij zouden daaraan, net als bij toepassing van overige domotica is gebeurd, willen toevoegen 'in de privéruimte van de cliënt'. Daardoor wordt verduidelijkt dat gebruik van camera's in algemene ruimten geen onvrijwillige zorg inhoudt.

Openbaarheid digitale overzichten en analyses

Tot slot vragen wij nog aandacht voor een onderwerp dat in de toelichting bij de Rzd niet aan de orde is gekomen, dit betreft de openbaarheid van de digitale overzichten en analyses. Wij zouden graag zien dat in de toelichting wordt aangegeven of de digitale overzichten en analyses door de inspectie openbaar worden gemaakt. Wij wijzen in dit

verband op een brief van de staatssecretaris van VWS, waarin hij aankondigt dat op basis van de Wvggz gegevens over de toepassing van verplichte zorg openbaar zullen worden gemaakt (25 424, 393). Bestaat dit voornemen ook ten aanzien van gegevens over de toepassing van onvrijwillige zorg op basis van de Wzd?