Besluit van

houdende regels ter uitvoering van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg)

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van ,kenmerk , gedaan mede namens Onze Minister voor Rechtsbescherming;

Gelet op de artikelen 2:4, eerste lid, 8:22, tweede lid, 9:8, derde lid, 10:2, vierde lid, en 11:1, vijfde lid, van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg;

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

Gezien het nader rapport van de Staatsecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van , uitgebracht mede namens Onze Minister voor Rechtsbescherming;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1 BEGRIPSBEPALING

Artikel 1.1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
- ambulante verplichte zorg: verplichte zorg op grond van artikel 3:1, onderdelen a, b en c, van de wet anders dan die in een accommodatie aan een betrokkene wordt verleend;
- verwerker: verwerker als bedoeld in artikel 4 (8) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- persoonsgegevens: persoonsgegevens als bedoeld in artikel 4 (1) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- verwerkingsverantwoordelijke: verwerkingsverantwoordelijke als bedoeld in artikel 4 (7) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- wet: Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

HOOFDSTUK 2 AMBULANTE VERPLICHTE ZORG

Artikel 2.1

Ambulante verplichte zorg omvat het:
a. 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;
b. beperken van de bewegingsvrijheid;
c. insluiten;
d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
e. onderzoek aan kleding of lichaam;
f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
g. controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
h. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen.

Artikel 2.2

1. Ambulante verplichte zorg kan uitsluitend worden toegepast indien:
a. de zorgverantwoordelijke voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg heeft gepleegd met ten minste één andere deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet over de wijze waarop toezicht op de betrokkene moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen, en in het zorgplan is beschreven op welke wijze dat toezicht wordt gerealiseerd;
b. de zorgverantwoordelijke voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg heeft gepleegd met ten minste één andere deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet over het aantal zorgverleners dat op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg aanwezig moet zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen en dit aantal is vastgelegd in het zorgplan;
c. het zorgplan in ieder geval binnen vier weken na de aanvang van de uitvoering van het zorgplan wordt geëvalueerd;
d. er een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg;
e. de zorgaanbieder in het beleidsplan, bedoeld in artikel 2:2 van de wet, heeft vastgelegd:
1° welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling of ambulante verplichte zorg de voorkeur heeft boven opname in een accommodatie, waarbij onder meer rekening wordt gehouden met de wens van betrokkene en de belangen van voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten;
2° hoe door middel van toezicht de veiligheid in geval van ambulante verplichte 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 verplichte zorg;
4° hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van betrokkene;
5° op welke wijze de bereikbaarheid en ondersteuning, bedoeld in onderdeel d, worden geborgd;
6° op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

2. De zorgverantwoordelijke betrekt bij het in het eerste lid, onderdelen a en b, bedoelde overleg tevens deskundigen van andere disciplines, voor zover de aard van de ambulante verplichte zorg daartoe noodzaakt.

Artikel 2.3

In geval van ambulante verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel zijn artikel 2.2, eerste lid, onderdelen a, b en c, niet van toepassing.

HOOFDSTUK 3 GEGEVENSVERWERKING

Artikel 3.1

1. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet treft de nodige maatregelen 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 maatregelen, bedoeld in het eerste lid, omvatten ten minste:
a. maatregelen met betrekking tot personen die werkzaam zijn voor de verwerkingsverantwoordelijke of de verwerker;
b. maatregelen met betrekking tot het beheer van de gegevens, waaronder maatregelen gericht op de technische beveiliging tegen onbevoegde digitale toegang tot de persoonsgegevens in geval van digitale gegevensverwerking;
c. maatregelen voor het geval de geheimhouding van de vermelde gegevens is geschaad;
d. maatregelen ter voorkoming van calamiteiten en het afhandelen daarvan;
e. maatregelen gericht op het veilig verstrekken van persoonsgegevens;
f. maatregelen om de vertrouwelijkheid, integriteit en beschikbaarheid van de verwerkingssystemen te garanderen en bij een incident de beschikbaarheid van en de toegang tot persoonsgegevens tijdig te herstellen;
g. maatregelen om de doeltreffendheid van de technische en organisatorische maatregelen te testen, te evalueren en zo nodig aan te passen.
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.
7. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de wijze van verstrekken van de in artikel 8:24, eerste lid, van de wet bedoelde gegevens. Bij ministeriële regeling kan hiertoe tevens een format worden vastgesteld.

HOOFDSTUK 4 MIDDELEN EN MAATREGELEN WAAR HET ZORGPLAN NIET IN VOORZIET, TEN AANZIEN VAN PERSONEN MET EEN STRAFRECHTELIJKE TITEL

Artikel 4.1

Middelen en maatregelen die kunnen worden toegepast in een situatie als bedoeld in artikel 9:8, eerste lid, van de wet, zijn:
a. 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;
b. beperken van de bewegingsvrijheid;
c. insluiten;
d. uitoefenen van toezicht op betrokkene;
e. onderzoek aan kleding of lichaam;
f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
g. controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
h. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen;
i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

HOOFDSTUK 5 SAMENSTELLING EN WERKWIJZE VAN DE KLACHTENCOMMISSIE

Artikel 5.1

In een klachtencommissie hebben in ieder geval een jurist en een psychiater zitting.

Artikel 5.2

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

HOOFDSTUK 6 PATIËNTENVERTROUWENSPERSOON

Artikel 6.1

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

HOOFDSTUK 7 AANPASSING VAN ANDERE BESLUITEN

Artikel 7.1

Artikel 5.2.2 van het Besluit langdurige zorg vervalt.

Artikel 7.2

Het Besluit algemene rechtspositie politie wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 83 wordt ‘Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen’ vervangen door ‘Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’.

B

In artikel 85, eerste lid, wordt ‘opneming in een psychiatrisch ziekenhuis, bedoeld in artikel 1 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen’ vervangen door ‘opneming in een accommodatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of een accommodatie als bedoeld in artikel 1:1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’.

Artikel 7.3

In artikel 6, eerste lid, van het Besluit eigen bijdrage rechtsbijstand vervalt onderdeel c en worden onderdelen d en e opnieuw geletterd tot onderdelen c en d.

Artikel 7.4

Het Besluit rechtspositie rechterlijke ambtenaren wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 34f wordt ‘Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen’ vervangen door ‘Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’.

B

Artikel 34h, tweede lid, onderdeel b, komt te luiden:
b. plaatsing in een accommodatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of een accommodatie als bedoeld in artikel 1:1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg;

Artikel 7.5

In artikel 33 van het Besluit rechtspositie vrijwillige politie wordt ‘Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen’ vervangen door ‘Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg’.

Artikel 7.6

Artikel 3, eerste lid, onderdeel c, van het Besluit regels landelijk parket en functioneel parket alsmede ten aanzien van mandateren bevoegdheden officier van justitie komt te luiden:
c. beslissingen of vorderingen op grond van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, behoudens beslissingen ter zake van artikel 28b van die wet, en beslissingen of vorderingen op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, behoudens beslissingen op grond van artikel 8:1, eerste, derde en vierde lid, van die wet;

Artikel 7.7

Het Besluit vergoedingen rechtsbijstand 2000 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 23, eerste lid, wordt onderdeel e verletterd tot onderdeel f en komen onderdeel d en e (nieuw) te luiden:
d. op grond van artikel 7:2 van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, of
e. op grond van artikel 31 Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten,

B

In de bijlage wordt de rij
" - Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)"

vervangen door de rijen
" - Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd)
- Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz)."

Artikel 7.8

In artikel 34, eerste lid, van het Algemeen militair ambtenarenreglement wordt 'Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen' vervangen door 'Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg'.

Artikel 7.9

In artikel 109, eerste lid, van het Burgerlijk ambtenarenreglement defensie wordt 'Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen' vervangen door 'Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg'.

Artikel 7.10

In artikel 90 van het Algemeen rijksambtenarenreglement wordt 'Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen' vervangen door 'Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten of de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg'.

HOOFDSTUK 8 SLOTBEPALINGEN

Artikel 8.1

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 8.2

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg.

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,

De Minister voor Rechtsbescherming,

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen deel

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvggz) regelt de procedure ten aanzien van de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van verplichte zorg, alsmede de rechtspositie van betrokkene. Voor mensen met een psychische stoornis, niet zijnde een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, is de Wvggz de opvolger van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wet bopz). De Wvggz stelt de behandeling van betrokkene centraal en niet langer zijn gedwongen opname. Verplichte zorg is daarmee niet langer gekoppeld aan een gedwongen opname en kan ook buiten een accommodatie worden toegepast.

De Wvggz bevat een aantal delegatiegrondslagen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) nadere regels te stellen. Dit besluit, het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (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 verplichte zorg, gegevensverwerking, middelen en maatregelen ten aanzien van personen met een strafrechtelijke titel, de klachtencommissie en de patiëntenvertrouwenspersoon. Ten behoeve van de overzichtelijkheid en toegankelijkheid zijn alle bij amvb te stellen nadere regels ondergebracht in één besluit. Omdat het onderwerp van ambulante verplichte 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.

Paragraaf 1 – Ambulante verplichte zorg

In artikel 2:4 Wvggz is bepaald dat bij amvb wordt geregeld welke vormen van verplichte zorg buiten een accommodatie van een zorgaanbieder (hierna: ambulant) zijn toegestaan en onder welke voorwaarden. Ambulante verplichte zorg is nieuw. Onder de Wet bopz was het niet mogelijk om verplichte zorg (bijvoorbeeld het gedwongen toedienen van vocht, voeding of medicatie of het uitoefenen van toezicht op betrokkenen) ambulant te verlenen. Wel bood de Wet bopz door middel van de voorwaardelijke machtiging de mogelijkheid van hele sterke drang, omdat met een voorwaardelijke machtiging de ambulante behandeling als voorwaarde gesteld kon worden om een gedwongen opname te voorkomen. Indien een patiënt zich echter niet aan de voorwaarden hield en ambulante behandeling weigerde, moest hij alsnog gedwongen worden opgenomen. Onder de Wvggz is de verwachting dat betrokkene, doordat hij weet dat hij zich niet aan gedwongen zorg kan onttrekken, in de meeste gevallen ervoor zal kiezen om thuis de behandeling te laten plaatsvinden, zij het niet van harte. In dat geval is er geen sprake van dwang, want betrokkene verzet zich niet, maar van hele sterke drang.

Bij de Wvggz staat een wezenlijk ander principe centraal dan bij de Wet bopz: waar bij de Wet bopz de gedwongen opname als interventie voorop stond, staat bij de Wvggz de behandeling centraal. Bij de Wet Bopz was een gedwongen behandeling altijd gekoppeld aan een gedwongen opname. De Wvggz maakt behandeling mogelijk ook zonder opname. Deze behandeling kan worden verleend ongeacht op welke plek betrokkene zich bevindt. Ingeval betrokkene bijvoorbeeld thuis ambulante behandeling (bijvoorbeeld verplichte medicatie) weigert – terwijl dit wel onderdeel is van de zorgmachtiging – kan

de zorgverlener thuis dwangmedicatie toepassen als betrokkene beter af is in zijn eigen omgeving of kan hij bijvoorbeeld betrokkene voor dwangmedicatie over laten brengen naar een polikliniek.

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt betrokkene - voor zover dat kan – in zijn eigen omgeving behandeld, en is het streven gedwongen zorg en gedwongen opnamen te voorkomen. Echter, het voorkomen van een gedwongen opname is geen doel op zich. Wanneer intensieve zorg nodig is met een hoog beveiligingsniveau kan worden geoordeeld dat ambulante zorg niet passend is. Voorop staat dat betrokkene de zorg krijgt die hij nodig heeft. De vorm van de zorg, de mate van dwang, het vereiste beveiligingsniveau en het niveau van toezicht dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van betrokkene en het mogelijk nadeel dat hij veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Het is met andere woorden afhankelijk van de omstandigheden of verplichte zorg beter thuis of in een accommodatie kan worden toegepast.

'Recht' en 'plicht' tot ambulante verplichte zorg

De zorgaanbieder maakt in het algemeen de afweging of zijn organisatie verplichte zorg verantwoord kan aanbieden; hij is daartoe niet verplicht. De zorgaanbieder zal zich daarom in het beleidsplan reeds buigen over de vraag of en de wijze waarop hij verplichte zorg in een ambulante situatie zal aanbieden, op basis waarvan zijn zorgverantwoordelijke(n) (ambulante) zorgplannen kunnen voorbereiden. Ook vanuit de patiënt is geen sprake van een "afdwingbaar recht" op het ontvangen van verplichte zorg in een ambulante setting ten opzichte van een bepaalde zorgaanbieder. Indien betrokkene een voorkeur heeft voor ambulante zorg, hoeft die voorkeur door de zorgaanbieder niet altijd gevolgd te worden wanneer de zorgaanbieder van mening is dat die zorg niet op een goede en veilige manier in de ambulante situatie geboden kan worden. Op deze wijze kan een zorgaanbieder er dus voor kiezen om voorzichtig te beginnen, zoals ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in de consultatie voorstelt. Eventueel kan onderzocht worden of een andere zorgaanbieder die zorg wel ambulant kan bieden. De uitkomst van overleg over de best passende zorg en de zorgaanbieder die het gaat uitvoeren is onderdeel van het verzoekschrift dat door de officier van justitie bij de rechter indient. De rechter geeft vervolgens de zorgmachtiging af, waarin de haalbaarheid van verantwoorde zorg buiten een accommodatie is afgewogen. Die haalbaarheid is afhankelijk van tal van factoren, waaronder de zorgbehoefte van betrokkene en zijn woonsituatie, en de mate waarin de zorgverantwoordelijke daarin kan faciliteren. Is eenmaal een zorgmachtiging voor ambulante verplichte zorg door de rechter afgegeven is het vervolgens de zorgverantwoordelijke die beslist over het verlenen van verplichte zorg, binnen de grenzen van de zorgmachtiging. Als de zorgmachtiging meerdere vormen van verplichte zorg bevat, gezien de (mogelijk) variërende zorgbehoefte van betrokkene, is het de zorgverantwoordelijke die beslist over welk type zorg op een bepaald moment het meest passend is.

Paragraaf 2 – Zorgvormen

Op grond van artikel 2:4 van de wet kunnen de volgende in artikel 3:2 genoemde vormen van verplichte zorg in de ambulante setting worden toegepast, mits deze bij besluit zijn aangewezen:

- behandeling, zoals het toedienen van medicatie;

- het beperken van de bewegingsvrijheid, waaronder fixatie;
- insluiten;
- het uitoefenen van toezicht op betrokkene;
- onderzoek aan kleding of lichaam;
- onderzoek van de woon- of verblijfsplaats op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- controle op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen; en
- beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, waaronder beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen.

Vooropgesteld zij dat verplichte zorg buiten een accommodatie, gelet op artikel 2:4 van de wet, enkel is toegestaan voor die vormen van verplichte zorg die in dit besluit zijn opgenomen, onder de in dit besluit genoemde voorwaarden. Omdat het kunnen toepassen van ambulante dwang nieuw is, zijn voorafgaand aan het opstellen van dit besluit met verschillende personen met (ervarings)deskundigheid binnen de ggz of de zorg voor mensen met psychogeriatrische problematiek of een verstandelijke beperking – zorgverleners, patiënten en hun vertegenwoordigers – informele overleggen gevoerd over hoe zij verplichte zorg in de ambulante situatie voor zich zouden zien: welke vormen en onder welke voorwaarden. Ook in de (internet)consultatie is hiervoor expliciet aandacht gevraagd, met name de vraag of en in hoeverre fixatie (een subvorm van het beperken van de bewegingsvrijheid) en insluiting in de ambulante setting mogelijk zouden moeten zijn.

Ambulante dwangzorg en zeggenschap van de betrokkene

Uit de consultatie bleek dat met name de patiëntenvertegenwoordigers een brede keuzemogelijkheid voorstonden. De Stichting PVP verwoordde het als volgt: "Het ligt in lijn met de uitgangspunten van de Wvggz om de betrokkene zoveel als mogelijk zeggenschap te geven over de gedwongen zorg die onverhoopt aan de orde is of kan komen. Die
zeggenschap zou zich zoveel mogelijk moeten uitstrekken tot de plaats waar die onverhoopte
gedwongen zorg plaatsvindt. Een (relatieve) voorkeur van de betrokkene voor gedwongen zorg in
een ambulante setting zou dan ook in beginsel gevolgd moeten kunnen worden. Dit is overeenkomstig de eis van subsidiariteit. Voorts dient gedwongen zorg doeltreffend te zijn en veilig
te kunnen worden uitgevoerd en dient die zorg ook anderszins rechtmatig en controleerbaar te
zijn. Binnen deze kaders moet telkens de keuze worden gemaakt welke vorm van verplichte zorg
ambulant kan plaatsvinden en wanneer juist intramurale verplichte zorg aangewezen is. Het op
voorhand uitsluiten van specifieke vormen van ambulante dwang (i.c. fixatie en insluiting) los van
de eigen zienswijze van de betrokkene, lijkt hier moeilijk mee te verenigen".
Zoals de patiëntenvereniging MIND het formuleert: "Door het centraal stellen van de wens van de cliënt en de draagkracht van de familie en naasten geef je hen zoveel mogelijk zeggenschap over de gedwongen zorg. Dat is een belangrijk uitgangspunt van

de wet. Het impliceert ook dat elke vorm van ambulante gedwongen zorg bespreekbaar zou moeten zijn als daarmee opname kan worden voorkomen. Dus ook als het gaat om fixatie (zowel kortdurende als langdurende fixatie) en insluiting zolang dit veilig, proportioneel en uitvoerbaar is." Tijdens de informele gesprekken die zijn gevoerd met veldpartijen voorafgaand aan de internetconsultatie kwam naar voren dat het indelen van zorgvormen in 'lichte' of 'zware' categorieën een subjectief oordeel inhoudt en daarom voor anderen dan degene die ze moet ondergaan onmogelijk is. De baten ten opzichte van de lasten zijn sterk afhankelijk van de zorgbehoeften van betrokkene (zoals bijvoorbeeld verwoord in de crisiskaart), zijn leefsituatie en de (mantel)zorgkring die hem omringt, en zullen steeds van geval tot geval moeten worden beoordeeld.

Niet uitsluiten van fixatie en insluiten

Na een uitgebreide veldraadpleging is ervoor gekozen om alle in de wet opgesomde vormen van verplichte zorg in de ambulante situatie toe te staan. Op deze manier wordt bewerkstelligd dat zorg op maat mogelijk is en dat daarbij zoveel mogelijk kan worden aangesloten bij de voorkeuren van de betrokkene. Wel zullen veel vormen van verplichte zorg, bijvoorbeeld insluiting, voor mensen met een psychische stoornis slechts in uitzonderingssituaties voorkomen. Wanneer deze zorgvormen in dit besluit uitgesloten zouden worden van ambulante toepassing, zou dit echter betekenen dat zij ambulant nooit toegepast zouden kunnen worden, ook niet voor die uitzonderlijke situatie wanneer die zorgvorm wel meerwaarde had geboden, met als gevolg dat opname van betrokkene dan (eerder) in beeld komt. Uitgangspunt blijft dat de keuze voor een vorm van ambulante verplichte zorg alleen kan worden gemaakt met inachtneming van de in de wet reeds geregelde waarborgen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Het is vervolgens aan de rechter om te toetsen of aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan.

Hoewel in een eerdere fase van het wetgevingstraject het beeld naar voren kwam dat fixatie (subvorm van het beperken van de bewegingsmogelijkheden) en separatie (subvorm van insluiten) thuis niet uitvoerbaar zouden zijn en daarom uitsluitend in een klinische setting gerealiseerd zouden kunnen worden, is op basis van de consultatie gebleken dat verschillende veldpartijen behoefte hebben aan een zo ruim mogelijke keuze uit toe te passen zorgvormen, zodat ook in zeer bijzondere situaties maatwerk kan worden geleverd. Partijen pleitten voor inclusie van beide subvormen. Bij vrijwel elke vorm van verplichte zorg is namelijk casuïstiek genoemd, waaruit bleek dat de toepassing van ook deze vormen van verplichte zorg in bepaalde gevallen toch het in het belang van de betrokkene zou zijn geweest als daarmee opname had kunnen worden voorkomen. Tegelijk stelden ook partijen die fixatie en insluiting in de ambulante situatie zouden willen toestaan zich voorzichtig en terughoudend op als het om de toepassing gaat. Het gaat om vergaande bevoegdheden die in uitzonderlijke situaties in het belang van betrokkene kunnen zijn.

Zo herkent een zorgaanbieder in de reactie op de internetconsultatie het beeld dat in bepaalde gevallen een opname juist contraproductief kan zijn: "Een gedwongen opname kan tot regressief gedrag zoals automutilatie leiden of juist meer gevaar opleveren door overprikkeling door andere patiënten of escalaties door het oproepen van verzet tegen maatregelen van behandelaars". Volgens deze zorgaanbieder gaat het om een doorgaans kleine groep personen voor wie een gedwongen opname meer gevaar kan opleveren dan dat de opname dat afwendt. In een aantal gevallen is dwang dan toch

noodzakelijk, bijvoorbeeld via depot-medicatie, en kan dat beter buiten een kliniek worden uitgevoerd – soms nog beter thuis dan op een polikliniek: "Hoewel iemands huis in principe een veilige plek moet zijn en blijven, kan het nodig en verkieslijk zijn iemand toch ter plekke medicatie toe te dienen en iemand eventueel daartoe (kort tijd) vast te houden (fixatie)".

Ten aanzien van fixatie zijn ook praktische bezwaren aangedragen tegen het uitsluiten ervan. Als fixatie (het beperken van de bewegingsmogelijkheden door het vasthouden, vastbinden of anderszins vastzetten van het lichaam of lichaamsdelen van betrokkene; een subvorm van de zorgvorm 'beperken van de bewegingsvrijheid') uitgesloten zou zijn, zo merkten verschillende partijen zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), GGZ NL, MIND, het openbaar ministerie (OM) en de Nationale Politie in het kader van de internetconsultatie op, zouden andere verplichte zorgvormen zoals het toedienen van medicatie of lichamelijke verzorging onder dwang nagenoeg niet uitvoerbaar zijn, en zou het kunnen dat om die reden vaker tot opname overgegaan moet worden. Gepleit werd voor het mogelijk maken van in elk geval 'kortdurende fixatie', bijvoorbeeld voor de duur van het toedienen van medicatie of tijdens de lichamelijke verzorging. De proportionaliteits- en subsidiariteitseisen van de Wvggz brengen reeds met zich mee dat verplichte zorg uitsluitend gelegitimeerd is als geen vrijwillige zorg meer mogelijk is, en zelfs dan zo kort mogelijk moet duren. Om die reden is niet noodzakelijk geacht om 'kortdurendheid' als eis expliciet op te nemen in artikel 2.1.

Ook insluiting zou in uitzonderlijke gevallen mogelijk moeten zijn. Veldpartijen wijzen er terecht op dat het beleid in instellingen erop is gericht om insluiting uit te bannen. Dat ziet onder andere op het vervangen van traditionele separeerruimtes door bijvoorbeeld extra beveiligde kamers (EBK's). Aan deze EBK's worden hoge eisen gesteld. Van een dergelijke ruimte zal buiten een accommodatie geen sprake kunnen zijn gelet op de bouwkundige eisen. Insluiting is onder de Wvggz echter een breder begrip: het ziet bijvoorbeeld ook op het afsluiten van een woning of kamer. Zo kan het in de ambulante setting nodig zijn om in uitzonderlijke gevallen en voor zeer korte duur iemand in te sluiten. Zoals dit in de consultatie werd verwoord door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO): "Alleen in noodsituaties zijn er redenen om hier zeer beperkt in aantal en kortdurend gebruik van te maken, bijvoorbeeld bij ernstige agressie bij dronkenschap of bij suïcidaliteit." Bij een betrokkene met bijkomende dementie kan insluiting vaker voorkomen, bijvoorbeeld wanneer hij aan een drukke weg woont, geen verkeersinzicht heeft en de neiging heeft tot nachtelijk dwalen. Het afsluiten van de woning door bijvoorbeeld de voordeur op slot te draaien is dan toegestaan.

Innovatie en extra waarborgen

Een andere belangrijke reden waarom het veld heeft gevraagd om geen zorgvormen uit te sluiten, is om innovatie niet in de weg te staan. Als voorbeelden werden draagbare sensoren en andere wearables en domotica genoemd. Ook de personen die betrokken zijn bij patiëntenorganisaties gaven aan dat de keuzevrijheid voor de betrokkene zo groot mogelijk moet zijn, zodat onnodige gedwongen opnames worden voorkomen. Dat past ook bij de doelstellingen van de Wvggz, waarbij betrokkene zorg op maat ontvangt, ongeacht de locatie waar hij zich bevindt, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn voorkeuren. Ook zijn tijdens de overleggen voorstellen gedaan voor een aantal extra waarborgen bij het verlenen van ambulante verplichte zorg. Een en

ander heeft geleid tot de aanvullende waarborgen die zijn opgenomen in artikel 2.2 van dit besluit.

Harmonisatie Wvggz en Wzd

Mede met het oog op de harmonisatie van de Wvggz 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 Wvggz en de Wzd. Zo zal het beperken van de bewegingsvrijheid van een dementerende (de doelgroep van de Wzd) die anders een gevaarlijke weg op loopt, wellicht eerder plaatsvinden dan bij iemand met een psychiatrische aandoening, terwijl controle op gedragsbeïnvloedende middelen bij laatstgenoemde weer beter voorstelbaar is dan in de psychogeriatrie. Bovendien zijn er patiënten met multiproblematiek: zo kunnen ook mensen met een psychiatrische aandoening dementeren, en kunnen verstandelijk gehandicapten een psychiatrische aandoening hebben. Ten algemene geldt dat verplichte vormen van zorg thuis per doelgroep of zelfs per betrokkene in verschillende mate voorstelbaar zijn, en er altijd maatwerk moet worden toegepast.

Paragraaf 3 – Waarborgen specifiek voor verplichte zorg buiten een accommodatie

Meestal kunnen zorgverleners betrokkene 'verleiden' of overhalen tot het ondergaan van een behandeling, al dan niet met enige drang. Pas als dat niet lukt, zal dwang worden overwogen. Indien dwang wordt overwogen, omdat betrokkene zich tegen deze zorg verzet, geldt het uitgangspunt – ook ambulant – dat die dwang alleen als ultimum remedium mag worden toegepast. Voor alle verplichte zorg die wordt verleend, ongeacht de plaats waar die zorg wordt verleend, geldt dat de verplichte zorg en de evaluatie ervan volgens goed hulpverlenerschap en veilig plaatsvindt.

Een belangrijke overweging bij de uitvoering van dwang in de ambulante setting is de beleving van betrokkene, omdat de toepassing van ambulante dwang ertoe kan leiden dat betrokkene zijn huis niet langer als een veilige plek ervaart. Daar tegenover staat dat iemand uit zijn woning halen voor een gedwongen behandeling of zelfs een gedwongen opname ook traumatiserend kan zijn. Dan is het aan betrokkene om aan te geven wat zijn voorkeuren zijn. De huidige verwachtingen ten aanzien van de toekomstige praktijk zijn dat – nadat betrokkene een één of meerdere malen is vervoerd naar de polikliniek voor verplichte medicatie – hij de volgende keer ervoor kiest die medicatie dan maar thuis te ontvangen. Uiteindelijk zal de vraag of ambulante dwang toepasbaar is, een afweging zijn die is toegespitst op betrokkene, 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 familie en naasten. In sommige gevallen zal het mogelijk zijn dat het toezicht gedeeltelijk wordt overgelaten aan een mantelzorger.
Stel dat dwangmedicatie in de thuissituatie wordt toegediend. Afhankelijk van de te verwachten bijwerkingen, kan het van belang zijn dat er iemand in de buurt blijft. Dat kan een zorgverlener zijn, maar ook een familielid of naaste, die in geval van bijwerkingen snel contact kan opnemen met de zorgaanbieder. Uiteraard kan dit lang niet altijd zo worden vormgegeven, omdat familieleden niet altijd in staat zijn deze rol op zich te nemen of dat simpelweg niet willen omdat bijvoorbeeld hun verstandhouding

met betrokkene verstoord is, of omgekeerd, ze de verstandhouding niet op het spel willen zetten. 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 verplichte zorg. De familie of naaste kan hier dan ook niet verantwoordelijk voor gemaakt worden. Met andere woorden; er rust geen plicht op de familie of naaste om zorg te dragen voor dergelijk toezicht. Wel is in artikel 2.2 van dit besluit opgenomen dat de zorgverantwoordelijke naast de wens van de patiënt ook de belangen van de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten meeweegt in de keuze voor gedwongen zorg buiten een accommodatie. Onder andere MIND en de Landelijke Stichting Familie Vertrouwenspersonen (LSFVP) drongen aan op een verduidelijking dat de belangen van naasten meegewogen moeten worden.

De betrokkenheid van familie en naasten bij de zorg voor mensen met een psychische stoornis is van groot belang. Dat belang wordt met de Wvggz des te groter, nu ook verplichte zorg ambulant verleend kan worden. Die betrokkenheid van familie en naasten is verankerd in de generieke module "Samenwerking en ondersteuning naasten". Uitgangspunt van deze module is dat een psychisch probleem niet alleen betrokkene raakt, maar ook diens naaste omgeving. Daarom is samenwerking met betrokkene, met familie en diens naasten essentieel. Die samenwerking met de ggz staat in dienst van het herstel van betrokkene. De wensen van betrokkene staan daarbij centraal, evenals de veerkracht van zijn naasten. Dit vanwege het risico op overbelasting van de familie en naasten.

De generieke module geeft aan hoe de zorgprofessionals de familie en naasten kan steunen, ook als betrokkene zelf geen behandeling wil. In dat geval moet een gesprek met familie en naasten altijd mogelijk zijn. De zorgprofessional kan dan voorlichting geven over de problematiek de werkwijze van de ggz en de manier waarop familie en naasten hulpverleners kunnen bereiken. Ook kan de ggz familie en naasten informatie geven over de mogelijkheid van bijstand door de familievertrouwenspersoon, alsmede de mogelijkheden voor lotgenotencontact aangeven.[1]

Ambulante verplichte zorg moet deskundig, zorgvuldig en veilig worden uitgevoerd. Dit wordt gewaarborgd door het wettelijk kader, zoals toegelicht in paragraaf 4. 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 betrokkenen om noodzakelijke zorg te verlenen. Ook is het minder makkelijk om snel assistentie van een collega te krijgen en er is 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 betrokkene wordt

[1] Zie ook: ECLI:NL:TGCTG:2017:24.

gehouden, het aantal zorgverleners dat op het moment van de uitvoering van verplichte zorg aanwezig moet zijn, de termijn van evaluatie van het zorgplan en de 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 2:2 van de wet, die vervolgens moeten worden uitgewerkt in het zorgplan en toegepast bij het verlenen van de verplichte zorg. Deze nadere eisen worden toegelicht in de artikelsgewijze toelichting op artikel 2.2 van dit besluit.

Rol politie

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de afweging of en hoe dwangzorg in een ambulante setting veilig kan worden verleend. Dat neemt niet weg dat er in noodsituaties de assistentie van de politie nodig kan zijn, bijvoorbeeld als de veiligheid van hulpverleners, patiënt of andere betrokkenen in het geding zijn. Over de samenwerking tussen politie en de ggz bestaan afspraken in het Convenant politie-ggz. Vroegsignalering en tijdige interventie moeten zoveel mogelijk voorkomen dat er politie aan te pas komt.

Paragraaf 4 – Bestaande waarborgen voor verplichte zorg

Dit besluit beoogt maatwerk mogelijk te maken voor elke betrokkene. Daarom is er na gesprekken met veldpartijen en de reacties op de internetconsultatie voor gekozen om een brede toepassing van de zorgvormen genoemd in artikel 3:2, tweede 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 verplichte zorg. De in dit besluit opgenomen waarborgen zijn extra waarborgen naast de waarborgen die gelden (a) op grond van de Wvggz, (b) op grond van andere wet- en regelgeving én (c) op grond van de met het oog op goede zorgverlening vastgestelde veldnormen.

Paragraaf 4.1 – Waarborgen op grond van de Wvggz

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

- Verplichte zorg is altijd een ultimum remedium. Eerst moet worden onderzocht of alle alternatieven om vrijwillige zorg te verlenen zijn uitgeput. Als dan toch verplichte 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: verplichte zorg, alleen als het echt niet anders kan.
- Verplichte 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 bijdraagt aan het te bereiken doel. Als bijvoorbeeld in de zorgmachtiging staat dat de woning mag worden gecontroleerd op gedragsbeïnvloedende middelen, maar betrokkene een dag later via anderen weer over deze middelen kan beschikken, kan de vraag worden gesteld of deze vorm van verplichte zorg doelmatig is.

- De wensen en voorkeuren van betrokkene moeten zoveel mogelijk worden gehonoreerd. Betrokkene kan zijn voorkeuren aangeven op een zorgkaart. Dat geldt ook voor verplichte zorg in de ambulante situatie. Betrokkene kan bijvoorbeeld aangeven dat hij niet uit zijn huis gehaald wil worden om verplichte medicatie te ontvangen, maar dat hij dan liever die gedwongen medicatie in zijn huis ontvangt of juist andersom. De Wvggz beoogt verplichte zorg zo mogelijk te voorkomen. Een van de instrumenten daarvoor is het "plan van aanpak" dat door de betrokkene met familie of naasten kan worden opgesteld. Een plan van aanpak kan de noodzaak voor een zorgmachtiging wegnemen.
- Familie en naasten moeten zoveel mogelijk worden betrokken. Belangrijk bij het verlenen van verplichte zorg is de context waarbinnen deze wordt uitgevoerd. Leeft iemand alleen of niet, wordt goed voor iemand gezorgd en let iemand op het tijdig innemen van medicatie. In het zorgplan kunnen familie en naasten hun zienswijze geven op de zorgverlening.
- De verlening van verplichte zorg moet veilig zijn, dat geldt zowel voor betrokkene,voor hulpverleners en voor familie en naasten. Voor iedere betrokkene moet een inschatting worden gemaakt of goede zorgverlening in de ambulante situatie mogelijk is, en zo ja, onder welke voorwaarden.
- Alle vormen van verplichte zorg, ook de zorg in de ambulante situatie, worden vooraf door de rechter getoetst.
- Alleen die zorgvormen die door de rechter zijn getoetst en vastgelegd in de zorgmachtiging, mogen ambulant worden toegepast, waarbij de zorgverantwoordelijke pas tot uitvoering daarvan mag overgaan als hij zich op de hoogte heeft gesteld van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene, met betrokkene overleg heeft gevoerd over de uitvoering en, als de zorgverantwoordelijke geen psychiater is, hierover overeenstemming heeft bereikt met de geneesheer-directeur.
- Als betrokkene het niet eens is met de wijze waarop de verplichte zorg waartoe de zorgmachtiging of crisismaatregel legitimeert, wordt uitgevoerd, kan op grond van hoofdstuk 10 van de wet een klachtprocedure worden geïnitieerd. Elke zorgaanbieder is aangesloten bij een klachtencommissie.

Paragraaf 4.2 – Waarborgen op grond van en samenloop met andere wet- en regelgeving

Zoals gezegd komen de in dit besluit geregelde extra waarborgen voor ambulante verplichte zorg niet alleen bovenop de vereisten die reeds gelden op grond van de Wvggz, maar ook bovenop de eisen die voortvloeien uit andere kwaliteitswetgeving op het terrein van de gezondheidszorg. De vereisten die reeds uit die andere wetgeving voortvloeien, hoeven dus niet opgenomen te worden in de wet of in dit besluit. Om welke vereisten het gaat is grotendeels al uiteengezet in de toelichting bij de Wvggz. 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.

Wkkgz
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 betrokkene zorgvuldig in acht worden genomen en de betrokkene ook overigens met respect wordt behandeld.

Wet BIG
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 verplichte zorg plaatsvinden. Dus als bijvoorbeeld de betrokkene 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.

WGBO
Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (artikel 7:446 BW e.v.; hierna: WGBO). De WGBO is van toepassing bij een overeenkomst waarbij een hulpverlener zich verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst jegens de patiënt. Deze handelingen zien erop iemand van een ziekte genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen. Ook alle andere handelingen die worden verricht door een arts of tandarts, in die hoedanigheid, vallen onder de WGBO. In het kader van de implementatie zal aandacht worden besteed aan de afbakening van WGBO ten opzichte van de Wvggz.

Paragraaf 4.3 – Waarborgen op grond van normen van de beroepsgroep

De toepassing van verplichte zorg wordt verder vormgegeven door richtlijnen en normen van de beroepsgroep. Zo is de "Multidisciplinaire richtlijn dwang en drang[2]" tot stand gekomen en wordt aan de zogenoemde "Generieke module dwang en drang" gewerkt, waarvoor de multidisciplinaire richtlijn de basis vormt. Hoewel de huidige versie van de multidisciplinaire richtlijn is geënt op de Wet bopz en vooral gaat over eisen aan de voorbereiding en uitvoering van dwang binnen de accommodatie, zijn deze eisen ook toepasbaar buiten een accommodatie. Zo geldt voor alle situaties dat zorgverleners over expliciet opgenomen competenties moeten beschikken om verplichte zorg te kunnen toepassen, dat methodisch wordt gewerkt en dat dwangtoepassingen worden geregistreerd en geëvalueerd. Dat is binnen een accommodatie niet anders dan buiten een accommodatie. Daarmee geldt het overgrote deel van de eisen zowel voor verplichte

[2] richtlijnendatabase.nl/richtlijn/dwang_en_drang_in_de_ggz/dwang_en_drang_in_de_ggz_-_startpagina.html

zorg binnen als buiten de accommodatie. Een aanpassing van deze veldnormen aan de Wvggz is nog nodig om nadere eisen te stellen aan ambulante verplichte zorg.

Paragraaf 5 – Verhoudingen tot hogere regelgeving

Omdat verplichte zorg een (gerechtvaardigde) inbreuk maakt op de grondrechten van de betrokkene, zijn grondrechtenbepalingen in de Grondwet (Gw) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) relevant. Met betrekking tot de Grondwet en het EVRM bevat de memorie van toelichting bij de wet een analyse, die hier wordt aangevuld met betrekking tot ambulante verplichte zorg. Het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VRPH) was door Nederland nog niet geratificeerd toen de memorie van toelichting bij de wet geschreven werd, maar wordt nu – na de ratificatie – wel meegenomen in de grondrechtentoets.

Paragraaf 5.1 – Grondwet

De Gw omvat verschillende grondrechten van burgers die in het geding kunnen zijn bij het verlenen van verplichte zorg. Het betreft het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10 Gw), het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11 Gw) en het verbod op vrijheidsontneming (artikel 15 Gw). Bij de voorbereiding en de uitvoering van verplichte zorg kan het noodzakelijk zijn dat deze grondrechten worden beperkt.

De regering acht de beperkingen van rechten uit de Grondwet die ambulante verplichte zorg met zich meebrengt gerechtvaardigd. Ten eerste omdat beperkingen pas kunnen worden toegepast, mits strikt noodzakelijk om betrokkene zelf of anderen te beschermen tegen het risico op ernstig nadeel als gevolg van de psychische stoornis waaraan betrokkene lijdt. Ten tweede dient de mogelijkheid tot ambulante verplichte zorg het belang van de cliënt zelf om verzorgd te worden op de voor hem beste plek, ook als dat buiten een accommodatie is. De systematiek van de Grondwet vereist dat deze beperkingen bij wet zijn voorzien of dat de beperking door de rechter getoetst moet kunnen worden (artikel 15 Gw). Op grond van artikel 2:4 Wvggz zijn in dit besluit vormen van verplichte zorg als bedoeld in artikel 3:2, tweede lid, van de Wvggz aangewezen. Deze vormen van verplichte zorg betreffen een limitatieve opsomming. Dit besluit bevat dus geen uitbreiding van verplichte zorgvormen die de wet toestaat. Wel worden nadere voorwaarden gesteld aan de toepassing van deze zorgvormen buiten de accommodatie. Bovendien geldt dat er altijd een rechterlijke toets moet plaatsvinden voordat een zorgmachtiging wordt verleend.

Paragraaf 5.2 – EVRM

Ook het EVRM bevat enige rechten die in het geding kunnen zijn bij (ambulante) verplichte zorg. Met name de artikelen 2 (recht op leven), 5 (verbod op vrijheidsontneming) en 8 (bescherming van het privéleven) van het EVRM en artikel 2 van het Vierde Protocol bij het EVRM (artikel 2 4P; vrijelijk verplaatsen en kiezen van verblijfsplaats) zijn relevant.

Het eerste lid van artikel 2 EVRM houdt kort gezegd in dat het recht van een ieder op leven wordt beschermd door de wet. Dat houdt voor overheden onder omstandigheden een verplichting in om actief het leven te beschermen van personen die in gevaar zijn.

Bij iemand waarvan bekend is dat die zichzelf door een psychische stoornis in (levens)gevaar kan brengen kan dit de verplichting inhouden om die persoon tegen zichzelf te beschermen en gedwongen zorg toe te passen.
Vanzelfsprekend dient verplichte zorg niet lichtzinnig te worden toegepast. Vandaar dat het EVRM daar strenge voorwaarden aan verbindt, onder meer in artikel 8 EVRM. Artikel 8 EVRM beschermt burgers tegen inmengingen in het privéleven. Daaronder vallen vrijheidsbeperkingen en het beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten. Als er sprake is van een beperking van de vrijheid in de ambulante situatie kan ook artikel 2 van het Vierde Protocol (artikel 2 4P) EVRM van toepassing zijn bij ambulante verplichte zorg. Artikel 2 4P EVRM omvat het recht zich vrijelijk te verplaatsen en vrijelijk een verblijfsplaats te kiezen binnen een land waar men rechtmatig aanwezig is en ook om dat land te verlaten. Overigens zijn de eisen die volgen uit artikel 2 4P EVRM zeer vergelijkbaar met de eisen die volgen uit artikel 8 EVRM, zoals ook uit het onderstaande zal blijken.

In de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM of 'het Hof') zijn enkele criteria geformuleerd aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of sprake is van vrijheidsbeperking (hetgeen wordt beoordeeld onder artikel 8 EVRM en/of artikel 2 4P EVRM) of vrijheidsontneming. Bij vrijheidsontneming komt artikel 5 EVRM in beeld, het recht op vrijheid en veiligheid. Of een maatregel vrijheidsontneming of vrijheidsbeperking inhoudt, hangt in ieder geval af van het type maatregel, de duur, de effecten en de uitvoering van de maatregel,[3] evenals de aard van de locatie[4] en de gezondheidstoestand[5] en de leeftijd[6] van de betrokkene.
Omdat het een glijdende schaal betreft waar veel factoren een rol spelen, kan soms moeilijk te beoordelen zijn of een maatregel een inmenging vormt op de rechten die worden beschermd onder artikel 5 dan wel of artikel 8 EVRM of artikel 2 Vierde Protocol op een maatregel van toepassing is, zeker voor zorgverleners in de praktijk. Daarom zijn in de wet en deze amvb voorwaarden opgenomen waardoor verplichte zorg voldoet aan de eisen van zowel artikel 8 EVRM en artikel 2 4P EVRM als van artikel 5 EVRM. Vrijheids*ontnemende* maatregelen bevatten inherent een beperking van het recht zich vrijelijk te verplaatsen, vrijelijk een verblijfplaats te kiezen en het land te verlaten. Als voldaan is aan de (strengere) eisen van artikel 5 EVRM neemt het Hof daarom aan dat ook is voldaan aan de eisen van artikel 2 4P EVRM.[7]

Overigens brengt de weging van de algemene uitgangspunten voor verplichte zorg in de wet redelijkerwijs met zich mee dat – voornamelijk uit oogpunt van proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid – vrijheidsbenemende maatregelen in de ambulante setting slechts in zeer uitzonderlijke situaties toegepast kunnen worden. Als dergelijke ingrijpende maatregelen noodzakelijk zijn, dient meer dan anders de vraag te worden gesteld of opname in een accommodatie niet passender is.

Toets aan artikel 8 en artikel 2 4P EVRM

[3] Stanev v. Bulgarije, 36760/06, 17 januari 2012, par. 125.
[4] Stanev v. Bulgarije, 36760/06, 17 januari 2012, par. 128.
[5] Stanev v. Bulgarije, 36760/06, 17 januari 2012, par. 128.
[6] Nielsen v. Denemarken, 10929/84, 28 november 1988.
[7] Nordblad v. Zweden, 19076/91, 13 oktober 1993.

Het doel van artikel 8 EVRM is in algemene zin om het individu te beschermen tegen willekeurige inmenging in het privéleven door de autoriteiten.[8] Artikel 8 beschermt burgers daarom onder meer tegen vrijheidsbeperkingen, zoals het gedwongen toedienen van medicijnen. Artikel 2 4P EVRM omvat het recht zich vrijelijk te verplaatsen en vrijelijk een verblijfplaats te kiezen binnen een land waar men rechtmatig aanwezig is en ook om dat land te verlaten.
Het tweede lid van artikel 8 en het derde lid van artikel 2 4P stelt dat een beperking van deze rechten alleen is toegestaan voor zover die:
a) bij wet is voorzien,
b) een legitiem doel dient, en
c) noodzakelijk is in een democratische samenleving.
Deze eisen zijn nader uitgewerkt in de jurisprudentie van het EHRM en worden hieronder besproken. Aangezien het Hof zeer beperkt uitspraak heeft gedaan met betrekking tot verplichte zorg en artikel 2 4P, wordt in de onderstaande uitwerking overwegend uitgegaan van de jurisprudentie met betrekking tot artikel 8 EVRM.[9]

Ad a) Bij wet voorzien
Dat een beperking bij wet is voorzien betekent niet alleen dat die regel in een wet moet zijn opgeschreven. Het EHRM vereist ook dat de regel voorzienbaar is. Dit houdt in dat de regeling voldoende precies moet zijn geformuleerd, zodat de burger vooraf kan weten wanneer een regel van toepassing is en wanneer niet.[10] De voorwaarden voor ambulante verplichte zorg zijn duidelijk omschreven in de wet en deze amvb en de bijbehorende toelichtingen.
Verder dient de regel op grond waarvan verplichte zorg kan worden toegepast in overeenstemming te zijn met de *rule of law*, dit ziet op de kwaliteit van de regelgeving.[11] In de context van verplichte zorg dient de regelgeving te voorzien in voldoende waarborgen voor de betrokkene tegen een willekeurige inmenging op zijn of haar rechten. Vandaar dat in de Wvggz alleen een rechter een zorgmachtiging kan verlenen en een wijziging daarvan moet goedkeuren. Bij het opleggen van een crisismaatregel - in spoedsituaties -kan de betrokkene achteraf een procedure starten. Verder krijgt de cliënt in verschillende stadia de kans om zijn wensen duidelijk te maken, zoals onder punt c nader wordt toegelicht.

Hiermee zijn de maatregelen van verplichte zorg met voldoende waarborgen omgeven en daarmee 'bij wet voorzien' zoals vereist onder artikel 8 en 2 4P EVRM.

Ad b) Een legitiem doel
Artikel 8, tweede lid, en artikel 2 4P, derde lid, van het EVRM noemen verschillende doelen waartoe inmenging het privéleven, waaronder vrijheidsbeperkende maatregelen, is toegestaan – uiteraard mits voldaan is aan de andere hier genoemde eisen. Deze doelen zijn het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare

[8] A.-M.V. v. Finland, 53251/13, 23 maart 2017, par. 70.
[9] De enige relevante zaak met betrekking tot artikel 2 4P EVRM is A.-M.V. v. Finland, 53251/13, 23 maart 2017, waarin het Hof oordeelde dat artikel 2 4P niet was geschonden, onder verwijzing naar de bespreking van de klacht door het Hof onder artikel 8 EVRM en de conclusie dat in de onderhavige zaak artikel 8 EVRM niet was geschonden.
[10] Roman Zakharov v. Rusland , 47143/06, 04 december 2015, par. 228/229.
[11] X v. Finland, 34806/04, 3 juli 2012, par. 217.

feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

Het doel van elke vorm van verplichte zorg, dus ook vrijheidsbeperkende maatregelen in een ambulante setting, is het voorkomen van ernstig nadeel. Hiermee zal altijd de openbare veiligheid, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen gemoeid zijn. Daarmee zal verplichte zorg, ook ambulant, altijd een legitiem doel hebben in het kader van artikel 8 of artikel 2 4P EVRM.

Ad c) Noodzakelijk in een democratische samenleving
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. Daarbij beoordeelt het Hof onder meer of er bij de toepassing van een maatregel effectieve waarborgen zijn tegen misbruik, of er rekening is gehouden met de wensen van de betrokkene en of de betrokkene is gehoord.[12]

De dringende maatschappelijke behoefte van ambulante verplichte zorg is al in paragraaf 1 uitgebreid ter sprake gekomen. Kort gezegd gaat het erom dat de Wvggz de behandeling van betrokkene centraal stelt en niet langer zijn gedwongen opname. Onvrijwillige zorg kan voortaan worden toegepast daar waar dat het meest geschikt is voor de cliënt. Betrokkene is immers vaak beter af in zijn eigen vertrouwde omgeving.

Ook bevat de Wvggz verschillende bepalingen waarmee de principes proportionaliteit en subsidiariteit gewaarborgd zijn. Verplichte zorg, ook ambulant, mag op grond van de Wvggz alleen worden toegepast als de zorg noodzakelijk is en er geen vrijwillig of anderszins lichter alternatief is om het ernstig nadeel weg te nemen. Dit volgt uit artikel 2:1, tweede lid, 3:3 en 7:1, eerste lid, van de Wvggz. Ook is er in verschillende stadia van het proces ruimte voor de betrokkene om zijn wensen duidelijk te maken (zie met name artikelen 2:1, eerste, vijfde en zesde lid, 5:5, 5:12, 5:13, eerste lid, en 6:1 van de Wvggz).

Verder bevat de Wvggz verschillende waarborgen tegen misbruik. Zo kan een zorgmachtiging alleen worden afgegeven door de rechter (artikel 6:4, eerste lid), is er een patiëntenvertrouwenspersoon die opkomt voor de belangen van de betrokkene (artikel 11:1), kan de betrokkene klachten indienen bij een onafhankelijke klachtencommissie over het toepassen van verplichte zorg en de voorbereiding daarvan (artikel 10:3) en wordt toezicht uitgeoefend door de Inspectie voor gezondheidszorg en jeugd (hierna: IGJ) (artikel 13:1).

Vrijheidsbeperkende maatregelen op grond van de Wvggz en Bvggz voldoen hiermee aan het noodzakelijkheidsvereiste uit artikelen 8 en 2 4P EVRM.

Toets aan artikel 5 EVRM

[12] A.-M.V. v. Finland, 53251/13, 23 maart 2017, par. 90.

Zoals hierboven uiteengezet kan verplichte zorg buiten een accommodatie vrijheidsontneming behelzen. Artikel 5 EVRM omvat een verbod van vrijheidsontneming met enkele strikte uitzonderingen waaronder 'rechtmatige detentie van geesteszieken, verslaafden aan alcohol of verdovende middelen'. Het EHRM heeft nader uitgewerkt wanneer vrijheidsontneming bij verplichte zorg gerechtvaardigd is. Overigens heeft het EHRM nooit eerder uitspraak gedaan over *ambulante* verplichte vrijheidsontneming. De criteria zijn daarom afgeleid uit jurisprudentie over verplichte opname en andere maatregelen van verplichte zorg.

Vaste jurisprudentie van het Hof leert dat een gedwongen opname pas gerechtvaardigd is als voldaan is aan de zogeheten Winterwerpcriteria. Dat houdt in dat:
1. er op betrouwbare wijze een geestesstoornis is vastgesteld;
2. die stoornis dermate ernstig is dat een gedwongen opneming noodzakelijk is; en
3. periodiek wordt herbeoordeeld of de stoornis nog steeds aanwezig is.[13]
Hierbij is een verklaring van een medisch deskundige noodzakelijk.[14] Verder is relevant dat de plaats van vrijheidsbeneming past bij de situatie van betrokkene.[15]

Verschillende bepalingen in de Wvggz geven uitdrukking aan deze voorwaarden. In lijn met de eerste voorwaarde zorgt de geneesheer-directeur bij de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging voor een medische verklaring van een psychiater over de actuele gezondheidstoestand van betrokkene en of uit het gedrag van betrokkene als gevolg van zijn psychische stoornis ernstig nadeel voortvloeit (artikel 5:8, eerste lid). Voor het opleggen van de crisismaatregel geldt een vergelijkbare eis (artikel 7:1, derde lid).

De tweede voorwaarde van het Hof – het noodzakelijkheidscriterium – komt terug in artikel 3:3. Daaruit volgt dat onvrijwillige zorg alleen als uiterste middel kan worden overwogen als er sprake is van ernstig nadeel en er geen vrijwillige alternatieven zijn.

Verschillende maatregelen in de wet waarborgen dat aan de derde voorwaarde van het Hof wordt voldaan. Zo wordt de zorgmachtiging of het zorgplan geëvalueerd om te beoordelen of verplichte zorg nog noodzakelijk is (artikelen 5:14, eerste lid, onderdeel i en 5:17, vierde lid, onderdeel e, Wvggz), heeft de zorgmachtiging en de crisismaatregel een (zeer) beperkte geldigheidsduur van (artikel 6:5 resp. artikelen 7:4 en 7:9 Wvggz), en neemt de zorgverantwoordelijke ter uitvoering van de crisismaatregel, machtiging tot voorzetting van de crisismaatregel of de zorgmachtiging een beslissing tot het verlenen van verplichte zorg niet voordat hij zich op de hoogte heeft gesteld van de actuele gezondheidstoestand van betrokkene (artikel 8:9, eerste lid).

Bij de formulering van de criteria voor een gedwongen opname is ook aansluiting gezocht bij de Recommendation 10 (2004) concerning the protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder van de Raad van Europa. Voor de toelichting daarop zij verwezen naar de Memorie van Toelichting van de Wvggz.[16] De

---

[13] EHRM, 24 oktober 1979, Winterwerp tegen Nederland, par. 114; EHRM, 5 oktober 2000, Varbanov tegen Bulgarije, BJ 2001, nr. 36.
[14] Varbanov v. Bulgarije, 31365/96, 05 oktober 2000, par. 47. Zie ook S.R. v. Nederland, 13837/07, 18 september 2012, par. 31.
[15] Aerst v. België, 25357/94, 30 juli 1998, par. 46.
[16] *Kamerstukken II*, 2009–2010, 32 399, nr. 3, in het bijzonder p. 31, 32, 33 en 53.

eisen uit de wet gelden voor elke vorm van verplichte zorg, dus ook in voorkomend geval voor ambulante vrijheidsontneming.

Omdat vrijheidsbeneming in een daarvoor geschikte omgeving moet plaatsvinden en in een ambulante setting niet altijd alle voorzieningen van een accommodatie aanwezig zijn, zijn aanvullende eisen gesteld in artikel 2.2 van deze amvb. Daarin wordt onder meer vereist dat de zorgverantwoordelijke voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg heeft gepleegd met ten minste één andere deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet, het zorgplan in ieder geval binnen vier weken na de aanvang van de uitvoering van het zorgplan wordt geëvalueerd en er permanent een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van betrokkene of diens naasten. Deze voorwaarden zijn toegelicht in paragraaf 4.

De regering benadrukt andermaal dat de interventies die plaatsvinden buiten een accommodatie niet snel als vrijheidsontneming gekwalificeerd kunnen worden. In het voorkomende geval dat evenwel sprake is van vrijheidsontneming, wordt voldaan aan de drie door het Hof gestelde eisen.

Paragraaf 5.3 – VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap

Het VRPH beschermt de rechten van personen met een handicap. 'Personen met een handicap' heeft in dit verdrag een brede definitie en omvat personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving (artikel 1). Daarmee valt ook de doelgroep van de Wvggz gedeeltelijk binnen de reikwijdte van dit verdrag.
Voor verplichte zorg is met name artikel 14 van het VRPH relevant. Dit artikel vereist dat personen met een handicap niet onrechtmatig of willekeurig van hun vrijheid worden beroofd, dat iedere vorm van vrijheidsontneming geschiedt in overeenstemming met de wet en dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigt. Aangezien in zeer uitzonderlijke omstandigheden ambulante vrijheidsontneming op grond van de Wvggz en deze amvb mogelijk is, is deze amvb ook getoetst aan het VRPH.

De eerste en tweede eis uit artikel 14 VRPH (verbod van willekeur en overeenstemming met de wet) zijn zeer vergelijkbaar met de eisen die volgen uit het EVRM en zijn dus hierboven besproken.
De derde eis, dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigt, wordt niet expliciet vereist in de Grondwet of het EVRM, maar volgt in zekere zin uit het noodzakelijkheidsvereiste. Zoals hierboven toegelicht is het hebben van een handicap op zichzelf geen reden tot verplichte zorg, laat staan tot vrijheidsontneming. Slechts bij ernstig nadeel kan verplichte zorg, waaronder in uitzonderlijke gevallen vrijheidsontneming, worden toegepast en dan alleen nog als er geen enkele vrijwillige oplossing mogelijk is. Bij de ratificatie van dit verdrag heeft Nederland ook langs die lijn een interpretatieve verklaring afgelegd bij artikel 14 VRPH.

Paragraaf 6 – 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 ingegaan op de regeldruk. De wet heeft tot doel

gedwongen zorg zoveel mogelijk terug te dringen en beoogt daarnaast maatwerk te bieden. Bij de verplichtingen voor het verlenen van verplichte zorg buiten een accommodatie is in deze amvb zoveel mogelijk aangesloten bij de eisen en procedures die op grond van de wet gelden voor verplichte zorg binnen een accommodatie.

Omdat ambulante dwang grotendeels nieuw is zal dit besluit verschillende gevolgen hebben voor de verschillende actoren die te maken hebben met de zorgverlening aan mensen thuis. Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft dan ook geadviseerd de onderscheiden rollen van de bij de uitvoering betrokken actoren te beschrijven en aan te geven wat de (aanvullende) eisen en voorwaarden voor elk van deze actoren betekent. Partijen hebben aangegeven het initiatief te willen nemen om de komende periode bezien hoe ambulante dwang in de praktijk ingevuld kan worden, waarbij ook de organisatorische aspecten worden meegenomen.

De ATR heeft daarnaast geadviseerd om bij de verantwoording van de gevolgen voor de regeldruk zo nodig met scenario's en bandbreedtes in effecten te werken, of, indien dit onmogelijk zou blijken, dit nader te motiveren.

Bij de totstandkoming van de Wvggz en dit besluit is herhaaldelijk getracht inzicht te verkrijgen in de gevolgen voor de regeldruk ten aanzien van ambulante dwangtoepassing. Het is echter op voorhand niet mogelijk gebleken om te bepalen hoe vaak er daadwerkelijk verplichte zorg buiten een accommodatie overwogen wordt, omdat zorgverleners nu eenmaal werken met het regime van de Wet Bopz, op grond waarvan dwang enkel binnen een accommodatie is toegestaan. Betrokkenen die nu buiten een accommodatie verblijven en bij enkel vrijwillige zorg niet meer volstaat, worden nu dan ook overgeplaatst naar geregistreerde Bopz-instellingen. Of en hoe vaak dergelijke overplaatsingen voorkomen of uitgesteld kunnen worden met de toepassing van de nieuwe regels, blijkt evenwel niet goed op voorhand te bepalen. Daarnaast zal het per betrokkene verschillen of en in hoeverre er verplichte zorg buiten een accommodatie wordt verleend, waarbij het bovendien gaat om maatwerk, waarbij altijd wordt gezocht naar de voor betrokkene minst belastende vorm van gedwongen zorg en de belangen van de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten. Dat maakt dat de te verlenen zorg, ook in de ambulante situatie, per cliënt, behoorlijk kan verschillen. Op dit moment is daarom niet in te schatten welke gevolgen de uitbreiding van gedwongen zorg met de mogelijkheden van ambulante verplichte zorg zal hebben voor de regeldruk. Na de inwerkingtreding van de wet zullen de kwantitatieve gevolgen voor de regeldruk van deze amvb dan ook worden gemonitord en geëvalueerd.

Paragraaf 7 – Toezicht- en Handhavingstoets van de IGJ

Risicogestuurd toezicht IGJ

De IGJ zet haar toezichtscapaciteit enerzijds proactief en gericht in op de grootste risico's in de zorg, waarbij diverse toezichtsinstrumenten worden toegepast. Anderzijds reageert zij op meldingen van burgers, zorgaanbieders en andere partijen, op grond van de Wvggz en overige regelingen. Deze vormen van toezicht worden ook door de IGJ in onderlinge samenhang uitgevoerd. De IGJ werkt samen met andere toezichthouders, afhankelijk van het risico of de toezichtssituatie waar het om gaat.

Toezicht- en Handhavingstoets

De IGJ 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.

Op verzoek van de IGJ is in de toelichting nader ingegaan op de sociale context. Dit is hierboven toegevoegd onder het kopje 'Waarborgen voor verplichte zorg buiten een accommodatie'.

De IGJ heeft in haar toets verder gevraagd om een verduidelijking van het begrip "accommodatie". De IGJ heeft er in dit opzicht terecht op gewezen dat de reikwijdte van het begrip "accommodatie" bepalend is voor beantwoording van de vraag voor welke verplichte zorg de aanvullende zorgvuldigheidseisen van artikel 2.2 van dit besluit gelden. In de consultatie is echter gebleken dat een nadere toelichting op deze plaats niet bijdroeg aan het scheppen van meer helderheid over het begrip. In plaats daarvan zal in het kader van de implementatie aandacht worden besteed aan de invulling van het begrip "accommodatie".

Het recht op het ontvangen van bezoek mag op grond van de huidige wettekst niet beperkt worden buiten een accommodatie. Deze vorm van ambulante verplichte zorg is dan ook niet in artikel 2.1 opgenomen. Op verzoek van de IGJ is er een extra zin aan de toelichting toegevoegd om te benadrukken dat deze vorm van verplichte zorg op dit moment buiten een accommodatie niet toegestaan is.

De IGJ vroeg zich af of in artikel 2.2 bepaald zou kunnen worden dat de naam van de 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 benadrukt dat de plicht ervoor te zorgen dat er een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is, ook de plicht omvat om diens contactgegevens aan de betrokkene te verstrekken, zodat betrokkene weet waar hij terecht kan.

Voor het verwerken van gegevens voor de IGJ verzocht de IGJ om mogelijk te maken dat een derde partij wordt aangewezen die de gegevens namens de IGJ verwerkt. Voortschrijdend inzicht heeft er inmiddels toe geleid dat van het aanwijzen van een derde instantie is afgezien, en dat daarom het bewuste artikel is komen te vervallen.

De IGJ merkte op dat uit dit besluit niet duidelijk werd of een patiëntenvertrouwenspersoon in dienst mag zijn van de zorgaanbieder. In artikel 6.1 Bvggz is daarom ter verduidelijking, en als harmonisatie met de eisen die in het Bzd aan de cliëntenvertrouwenspersoon worden gesteld, toegevoegd dat de patiëntenvertrouwenspersoon niet werkzaam is voor de zorgaanbieder. Ook is de toelichting bij artikel 6.1 hierop aangepast.

Paragraaf 8 – Fraudetoets

Dit besluit brengt geen verhoogd risico op fraude met zich mee. De financiering van (ambulante) verplichte zorg is in andere wetgeving geregeld. Bovendien schatten zorgverzekeraars het risico op fraude niet hoog in, omdat door de aard van de zorg die

op grond van de Wvggz en dit besluit zal worden verleend altijd meerdere mensen een rol in het proces spelen en er sprake is van verplichte verslaglegging.

Paragraaf 9 – (Internet)consultatie

Het besluit is in samenhang met het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Bzd) en het Besluit forensische zorg (Bfz) geconsulteerd via internet[17]. Hierop zijn reacties gekomen van de Beroepsvereniging Vertrouwenspersonen Zorg (BeVeZo), het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), 's Heeren Loo, Stichting Raad op Maat, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Budgethoudersvereniging Naar-Keuze, Stichting Raad op Maat, Zorgbelang Nederland, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), Stichting PVP, Verenso, LSR (Landelijk steunpunt medezeggenschap) namens verschillende partijen, Federatie Opvang, GGZ Nederland, ActiZ en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), GGz Centraal, MIND, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), het College voor de Rechten van de Mens, Aan Bod Kwètsbaarsten, de Nationale Politie, het openbaar ministerie, de Reclassering, de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ), de Raad voor de Rechtspraak (RvdR), de Nederlandse Vereniging voor de Rechtspraak (NvvR) en enkele particulieren of individuele zorgprofessionals. Deze reacties zagen in verschillende mate op de drie afzonderlijke concept-besluiten, en zijn, gelet op de harmonisatie, in samenhang verwerkt. In de reacties zijn diverse vragen gesteld en ook zijn voorstellen gedaan voor verduidelijking en verbetering van het besluit. Ik ben de partijen erkentelijk voor hun input en suggesties. Deze hebben er mede toe geleid dat het besluit zelf op enkele onderdelen is aangepast. Dit betreft zowel inhoudelijke aanpassingen als technische verbeteringen en verduidelijkingen. Ook is de toelichting op diverse plekken aangevuld en verduidelijkt. Dat geldt in het bijzonder ten aanzien van de toetsing aan hoger recht en de ambulante dwang.

Voorafgaand aan het opstellen van de concept-besluiten én na de verwerking van de reacties zijn informele overleggen gevoerd met veldpartijen over hoe zij zich verplichte zorg in de ambulante situatie voor zich zouden zien: welke vormen en onder welke voorwaarden. Op basis van deze gesprekken is in de consultatie speciale aandacht gevraagd voor het begrip 'accommodatie', de toepassing van fixatie en insluiting buiten een accommodatie en nadere voorwaarden. Uit de reacties blijkt dat ook de geraadpleegde partijen worstelen met de invulling en uitwerking van ambulante dwang. De reacties zijn uiteenlopend, zowel bij de vraag of fixatie of insluiting in de ambulante situatie zouden moeten worden toegestaan, als bij de vraag welke extra voorwaarden aan ambulante verplichte zorg zouden moeten worden gesteld. Ten aanzien van die voorwaarden komt regelmatig naar voren dat partijen pleiten om de invulling daarvan aan het veld over te laten (o.a. GGZ NL, RvdR). In dit kader is van belang dat de planning er op was gericht dat de Generieke module dwang en drang afgerond zou zijn voordat de amvb zou worden opgesteld. Op dit moment is deze module echter nog niet afgerond.

Zoals hierboven beschreven is gekozen om een brede toepassing aan instrumenten mogelijk te maken om maatwerk te kunnen bieden. Het is aan het veld om hier nadere invulling aan te geven, bijvoorbeeld via de in ontwikkeling zijnde Generieke module of

[17] https://www.internetconsultatie.nl/gedwongenzorg/details

anderszins. Zo stelde onder meer de NVvP voor om voorzichtig te starten. De amvb maakt een voorzichtige start ook mogelijk.

Waar de reacties in de internetconsultatie hebben geleid tot aanpassingen in de tekst of toelichting, is dit vermeld in de (artikelsgewijze) toelichting. Zo is naar aanleiding van het commentaar van het College van de rechten van de mens de paragraaf over de relatie met het EVRM uitgebreid. Daarnaast is in de toelichting specifiek ingegaan op de zienswijze van onder meer MIND en de NVvP.
Waar de reacties meer zagen op de praktische uitwerking van de regelgeving, zullen deze worden meegenomen in de implementatie. Zo zullen er handleidingen worden opgesteld en antwoorden op veelgestelde vragen worden gepubliceerd op de website dwangindezorg.nl. Dit geldt onder meer voor het begrip 'accommodatie'. De IGJ en veldpartijen gaven aan dat het niet in alle gevallen even duidelijk is welke status een locatie moet hebben. Een klassieke zorginstelling of iemands woning zijn duidelijk, maar door allerlei nieuwe woon-zorgvormen is er een tussencategorie die afhankelijk van de concrete omstandigheden al dan niet een accommodatie is. Om hier meer helderheid over te geven zonder innovaties in de weg te staan, zal in de implementatie en communicatie hieraan extra aandacht worden besteed.
GGZ NL verzocht om de invulling van de nadere eisen onder artikel 8:30 Wvggz, met betrekking tot beleidsinformatie. Naar verwachting zijn er nu voldoende manieren om beleidsinformatie te verzamelen, waardoor het invullen van deze grondslag op dit moment niet nodig is.

Dit besluit is voor advies voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). De AP heeft ten aanzien van verschillende punten van het voorgelegde conceptbesluit opmerkingen gemaakt De AP heeft onder geconstateerd dat in artikel 3.1, tweede lid, niet alle vereisten aan bod kwamen van artikel 32, eerste lid, 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, hierna: AVG). Naar aanleiding van het advies van de AP is artikel 3.1, tweede lid en de bijbehorende toelichting aangepast. Daarnaast merkt de AP op dat wanneer een zorgverlener samenwerkingsafspraken maakt met andere zorgaanbieders of aansluit bij een bestaande infrastructuur, er sprake kan zijn van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken of van een verwerkingsverantwoordelijke en een verwerker in de zin van de AVG. Op advies van de AP is hierop nader ingegaan in de toelichting van artikel 2.2, eerste lid, sub d.

Paragraaf 9 – Voorhang

Dit besluit is conform de artikelen 2:4, eerste lid, en 8:22, derde lid, van de wet gedurende vier weken voorgehangen bij beide kamers der Staten-Generaal. De voorhang heeft plaatsgevonden van …. tot en met ….

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 Wvggz van toepassing. Onder meer de begrippen Onze Minister, patiëntenvertrouwenspersoon en zorgaanbieder zijn daarmee al gedefinieerd voor deze amvb.

Voor de definitie van ambulante verplichte zorg is aangesloten bij de tekst van artikel 2:4, eerste lid, van de wet, waarin de grondslag van verplichte zorg buiten een accommodatie is opgenomen. In dat artikel wordt verwezen naar artikel 3:1 van de wet.

Op 25 mei 2018 is de AVG volledig van kracht gegaan. De AVG heeft, tezamen met de nationale aanpassingswetten, de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) vervangen. Voor de definities van verwerker, persoonsgegeven en verwerkingsverantwoordelijke is aangesloten bij de AVG.

Artikel 2.1

Het verlenen van verplichte zorg aan betrokkene op grond van een zorgmachtiging, crisismaatregel of machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel kan uitsluitend in ambulante situaties plaatsvinden, indien en voor zover deze zorgvormen op grond van artikel 2:4, eerste lid, van de wet bij amvb zijn aangewezen. Het onderhavige artikel betreft de uitvoering daarvan.

In artikel 2:4 van de wet wordt verwezen naar de zorgvormen, genoemd in artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a tot en met h. In het onderhavige artikel zijn al deze zorgvormen aangewezen om een zo breed mogelijke keuze in het leveren van zorg op maat mogelijk te maken. Deze keuze is in het algemeen deel toegelicht, met name waar het insluiting en fixatie (een subvorm van beperken van bewegingsvrijheid) betreft. Wel zal het waarschijnlijk zo zijn dat veel vormen slechts zeer sporadisch zullen worden toegepast, wat mede afhankelijk zal zijn van de zorg die betrokkene nodig heeft en de expertise die dit van de hulpverleners vraagt. Zo zal in de forensische psychiatrie meer ervaring zijn met de toepassing van meer veiligheidsachtige maatregelen, zoals controle van de kamer.

Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek

Bij het opstellen van deze amvb is geconstateerd dat in artikel 2:4 van de wet sprake moet zijn van een onjuiste verwijzing van de formele wetgever. In dat artikel wordt verwezen naar artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a tot en met h, van de wet. Ten onrechte is niet verwezen naar onderdeel i (verplichte zorg in de vorm van het beperken van het recht op het ontvangen van bezoek), terwijl dat uit de aard der zaak wel aangewezen had moeten worden. Aldus is aannemelijk dat artikel 2:4 van de wet had moeten verwijzen naar de onderdelen a tot en met i van artikel 3:2, en dat de formele wetgever dit op enig moment in de toekomst zal willen rechtzetten. Tot die tijd kan het recht op het ontvangen van bezoek dus niet beperkt worden als vorm van ambulante verplichte zorg.

Artikel 2.2

Op grond van artikel 2:4, eerste lid, van de wet moeten bij amvb tevens regels worden gesteld over de toepassing van de in dit besluit aangewezen zorgvormen. Deze regels zijn opgenomen in het onderhavige artikel. Dit artikel beoogt aanvullende waarborgen te stellen, naast de algemene uitgangspunten, criteria voor en doelen van verplichte zorg die al in de Wvggz zijn opgenomen en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet BIG). Ambulante verplichte 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 en gedurende 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 verplichte 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. In de internetconsultatie werd dit beeld bevestigd. Waarom volgens betrokkenen 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 zorgverleners te allen tijde toegang hebben tot betrokkene voor het noodzakelijke toezicht en het bieden van begeleiding of ondersteuning. Een en ander heeft gevolgen voor, onder andere, de mogelijkheid om toezicht op betrokkene 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 en de internetconsultatie 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 betrokkene aan wie buiten een accommodatie verplichte zorg wordt verleend, voldoende te waarborgen door middel van toezicht op betrokkene. Uit de informele gesprekken met deskundigen is gebleken dat de wijze waarop de veiligheid van betrokkene 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 persoon van betrokkene en zijn sociale context. Er zal – zoals bij alle verplichte zorg – sprake moeten zijn van maatwerk.

Als voorbeeld kan worden gegeven het toezicht op de buiten de accommodatie verblijvende betrokkene 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 betrokkene en bekend is hoe betrokkene op dat medicijn reageert. Indien het middel al regelmatig door betrokkene 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 regelmatig bijwerkingen veroorzaakt bij betrokkene, zal bezien moeten worden welk toezicht met het oog op de veiligheid van betrokkene noodzakelijk is. Dit zal met name afhangen van de aard en de duur van de (mogelijke) bijwerkingen en de ervaringen met betrokkene. Zo kan het in sommige gevallen nodig zijn dat een professionele zorgverlener gedurende enige tijd bij betrokkene 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 betrokkene 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 familie of naasten die wijzigingen in het gedrag van betrokkene 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 betrokkene in de ambulante setting te laten.

Ook bij andere (sub)vormen van ambulante verplichte zorg zijn vele scenario's mogelijk, afhankelijk van de persoon van betrokkene en zijn omstandigheden. Het is niet wenselijk in de amvb strikte en gedetailleerde inhoudelijke regels ter zake te stellen over de omstandigheden waaronder ambulante verplichte zorg is toegestaan, aangezien het al dan niet toepassen daarvan te allen tijde maatwerk inhoudt. Gedetailleerde wettelijke voorschriften kunnen een goede zorgverlening aan betrokkene belemmeren en kunnen bovendien in de weg staan aan de mogelijkheid om snel in te spelen op de meest actuele ontwikkelingen, zoals voornoemde mogelijkheid tot inzet van domotica teneinde toezicht op een voor betrokkene zo min mogelijk belastende manier te realiseren. De voor- en nadelen van de inzet van domotica ten opzichte van fysieke aanwezigheid van een zorgverlener of mantelzorger is tijdens de consultatie ruim aan bod geweest, waarbij de eindconclusie was dat onder de juiste omstandigheden en met goede afspraken tussen zorgverantwoordelijke, betrokkene en familie en naasten de inzet van domotica niet bij voorbaat dient te worden uitgesloten. Wanneer de toepassing van verplichte zorg overigens tot gevolg heeft dat betrokkene zich niet in veiligheid kan brengen, dient zich wel de prangende vraag aan of in dergelijke omstandigheden volstaan kan worden met toezicht op afstand, bijvoorbeeld door middel van domotica, in plaats van fysieke aanwezigheid van een ander. Al deze aspecten dienen te worden meegewogen in het bepalen van het benodigde toezicht.

Een en ander brengt met zich mee dat ervoor is gekozen 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 betrokkene om diens veiligheid voldoende te borgen. De wijze waarop het toezicht voor de specifieke betrokkene het beste kan worden gerealiseerd, moet worden besproken in het overleg dat de zorgverantwoordelijke op grond van artikel 5:13, derde lid, pleegt voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan, en vervolgens worden neergelegd in dat zorgplan. Net als bij de uitvoering van de overige onderdelen van de wet, zal het perspectief van betrokkene hierbij altijd voorop moeten staan.

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 verplichte zorg kan worden toegepast, een zorgmachtiging dient te zijn afgegeven door de rechter. Daaraan gaat vooraf dat de zorgverantwoordelijke in overleg met betrokkene, en de vertegenwoordiger, mits betrokkene die heeft, een zorgplan vaststelt, waarin de voorgenomen verplichte zorg is omschreven. Dat zorgplan wordt door de geneesheer-directeur beoordeeld en zo nodig aangevuld, en vormt vervolgens onderdeel van het verzoekschrift van de officier van justitie voor een zorgmachtiging bij de rechter.

Bij de voorbereiding van de zorgmachtiging in zijn geheel, waaronder begrepen het opstellen van het zorgplan, worden onder meer de proportionaliteit en subsidiariteit van verplichte zorg in ambulante omstandigheden, alsmede de doelmatigheid en veiligheid beoordeeld (artikel 2:1, derde lid, van de wet). Voorafgaand aan het opstellen van het zorgplan pleegt de zorgverantwoordelijke op grond van artikel 5:13, derde lid, van de wet overleg met de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten, de zorgverleners, en zo mogelijk de huisarts. Juist als het gaat om het verlenen van verplichte zorg in de thuissituatie en de draagkracht van familie en naasten is overleg en afstemming met de huisarts onontbeerlijk. Indien de aard van de psychische stoornis daartoe noodzaakt, wordt voorts ten minste één andere deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet geraadpleegd.

Dit laatste punt wordt door middel van het huidige artikelonderdeel nader ingevuld. De zorgverantwoordelijke dient voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan overleg te voeren met een deskundige als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, onderdeel d, van de wet over de wijze waarop toezicht op de betrokkene moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de manier waarop dit toezicht wordt gerealiseerd uitdrukkelijk wordt besproken en vervolgens in het zorgplan wordt opgenomen.
Indien de aard van de beoogde ambulante verplichte zorg daartoe aanleiding geeft, betrekt de zorgverantwoordelijke daarbij tevens deskundigen van andere disciplines (zie artikel 2.2, tweede lid).

Bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel is dit onderdeel niet van toepassing. Zie de toelichting bij artikel 2.3.

Eerste lid, onderdeel b

Met name op het moment waarop bijvoorbeeld tegen de wil van betrokkene medicatie wordt toegediend, betrokkene de toegang tot bepaalde voorwerpen of ruimten wordt ontzegd (ofwel: bij de daadwerkelijke uitvoeringshandeling van verplichte zorg), is er risico op een uiting van verzet van betrokkene. Dit verzet kan zich uiten in verbaal verzet, 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 betrokkene, 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 betrokkene, maar ook de veiligheid van de zorgverlener en eventuele familie of naasten van belang

is, moet daarom voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan op basis van een risico-inschatting uitdrukkelijk worden beoordeeld hoeveel zorgverleners aanwezig moeten zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante verplichte zorg. Bij die beoordeling kunnen de betrokken vorm van verplichte zorg, de persoon en aandoening van betrokkene, de sociale omgeving, de bekendheid met de reacties van betrokkene, de aanrijtijd van collega-zorgverleners en eventuele andere relevante factoren worden betrokken.

Wederom zal sprake moeten zijn van maatwerk, waarbij de resultaten na overleg als bedoeld in artikel 5:13, derde lid, van de wet dienen te worden neergelegd in het zorgplan van betrokkene. De norm van verantwoorde zorgverlening, rekening houdend met de veiligheid van betrokkene, de zorgverleners en familie en naasten, is daarbij een vereiste. Het aspect van het aantal noodzakelijke zorgverleners bij de daadwerkelijke uitvoeringshandeling moet worden besproken voorafgaand aan het vaststellen van het zorgplan tijdens het overleg, bedoeld in artikel 5:13, derde lid, van de wet, waarna de conclusie moet worden opgenomen in het zorgplan. Indien de aard van ambulante verplichte zorg daartoe aanleiding geeft, betrekt de zorgverantwoordelijke tevens deskundigen van andere disciplines (zie artikel 2.2, tweede lid).

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat het uiteraard ook mogelijk is dat betrokkene pas een tijd na de uitvoeringshandeling zodanig verzet toont dat dit gevolgen kan hebben voor de veiligheid (bijvoorbeeld een onverwachte bijwerking van toegediende medicatie of als uitvloeisel van een psychose). Dit is echter een aspect dat meegenomen zal moeten worden bij de beoordeling van het vereiste toezicht (onderdeel a).

Bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel is dit onderdeel niet van toepassing. Zie de toelichting bij artikel 2.3.

Eerste lid, onderdeel c

Op grond van artikel 5:14, eerste lid, onderdeel i, van de wet vermeldt het door de zorgverantwoordelijke opgestelde zorgplan de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder het zorgplan en de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid van de verplichte zorg met betrokkene, de vertegenwoordiger, alsmede het familielid of de naaste en de patiëntvertrouwenspersoon worden geëvalueerd en het zorgplan wordt geactualiseerd. De geneesheer-directeur beoordeelt dit zorgplan (artikel 5:15) en doet een voorstel voor een zorgmachtiging, waarin op grond van artikel 5:17, vierde lid, onderdeel e, van de wet de frequentie waarmee en omstandigheden waaronder de evaluatie en actualisering van het zorgplan wederom wordt meegenomen. Beide stukken worden gevoegd bij het verzoekschrift van de officier van justitie (artikel 5:17, derde lid, onder c, en vierde lid). Het is aan de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur overgelaten qua evaluatie van het zorgplan maatwerk toe te passen, toegesneden op de behandeling van betrokkene.

Uit het voorafgaand aan het opstellen van deze amvb gevoerde informele overleg met verschillende personen werkzaam op het terrein van verplichte zorg is gebleken dat het van belang is dat in geval van verplichte zorg evaluatie op korte termijn plaatsvindt. Bij die evaluatie dient onder meer te worden bezien of de verplichte zorg kan worden afgebouwd. Dit overleg is met name van belang na verplichte zorg in de ambulante setting, waarin, ‘even sparren met een collega’ minder voor de hand ligt dan binnen een

accommodatie. Het CCE vindt met name van belang dat als in de ambulante setting wordt overgegaan tot fixatie of insluiting, dit zo snel mogelijk wordt nabesproken met collega's. Het is aan de zorgaanbieder om dit overleg te faciliteren. Onderdeel c regelt de uiterste termijn waarbinnen het zorgplan, in aanvulling op de wijze van evaluatie en actualisering van het zorgplan zoals vermeld in het zorgplan zelf en in het voorstel voor een zorgmachtiging van de geneesheer-directeur, moet worden geëvalueerd, namelijk in elk geval binnen vier weken na aanvang van de uitvoering. Deze termijn komt overeen met de evaluatietermijn die geldt op grond van de Wzd.

Eerste lid, onderdeel d

De problematiek van personen met een psychische stoornis beperkt zich niet tot kantoortijden. Weliswaar zullen veel uitvoeringshandelingen van verplichte zorg plaatsvinden tijdens reguliere werktijden, maar de gevolgen daarvan en de daarmee verband houdende vragen en verzoeken om hulp van betrokkenen en hun naasten zullen zich op ieder moment van het etmaal voor kunnen doen. Anders dan bij verplichte zorg binnen een accommodatie, zijn in de setting buiten de accommodatie in het algemeen minder zorgverleners aanwezig of direct beschikbaar. Om die reden is het belangrijk dat de zorgaanbieder er zorg voor draagt dat in geval van verleende ambulante verplichte zorg ook buiten kantooruren een deskundige zorgverlener bereikbaar is voor de betrokkene en zijn familie en naasten. Deze eis van bereikbaarheid vloeit uiteraard voort uit goed zorgverlenerschap en wordt daarnaast in onderhavig artikel expliciet als voorwaarde gesteld om ambulante dwangzorg te mogen verrichten. Die deskundige zal als goed zorgverlener zo nodig zorg moeten dragen voor ondersteuning op de locatie waar betrokkene 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. Het resultaat moet in elk geval zijn dat iedere betrokkene (en zijn familie of naasten) voor verzoeken om hulp naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg altijd een ter zake deskundige zorgverlener kan bereiken en de noodzakelijke ondersteuning krijgt. 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 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 verplichte zorg is gewaarborgd. Indien de zorgaanbieder dergelijke samenwerkingsafspraken maakt of aansluit bij een bestaande infrastructuur, kan sprake zijn van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken of van een verwerkingsverantwoordelijke en een verwerker in de zin van de AVG. De AP heeft hierop gewezen in haar advies over onderhavig besluit. De AVG stelt in zulk geval extra regels. Indien sprake is van gezamenlijke verwerkingsverantwoordelijken, zullen zij ingevolge artikel 26 AVG in ieder geval op transparante wijze hun respectieve verantwoordelijkheden voor de nakoming van de verplichtingen op grond van de AVG vast dienen te stellen. Indien sprake is van een verwerkingsverantwoordelijke en een verwerker, stelt artikel 28 van de AVG nadere eisen. Zo mag een verwerker alleen worden ingeschakeld indien die afdoende garanties met betrekking tot het toepassen

van technische en organisatorische maatregelen biedt opdat de verwerking aan de vereisten van de AVG voldoet.

De plicht voor zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is, brengt met zich mee dat betrokkene weet op welke wijze hij de zorgverlener kan bereiken. De zorgverlener zal deze informatie dus aan betrokkene verstrekken.

Overigens is de voorwaarde van de bereikbaarheid van en noodzakelijke ondersteuning door een deskundige zorgverlener op het terrein van de verplichte zorg in geval van verleende ambulante verplichte zorg weliswaar geformuleerd als een nieuwe wettelijke 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 betrokkene. Vanwege het verplichte karakter van ambulante verplichte zorg en het belang van permanente bereikbaarheid van en noodzakelijke ondersteuning door een deskundige zorgverlener voor de voortgang van een verantwoorde ambulante behandeling van betrokkene wordt deze eis echter tevens expliciet vastgelegd in deze amvb.

Eerste lid, onderdeel e

In artikel 2:2 van de wet is reeds bepaald dat een zorgaanbieder die verplichte zorg verleent, zorg moet dragen voor een beleidsplan. In dat plan dient hij vast te leggen wat nodig is voor het verlenen van verplichte zorg overeenkomstig de wet, rekening houdend met in het bijzonder de algemene uitgangspunten zoals opgenomen in artikel 2:1 van de wet. Het gaat om aspecten die van belang zijn voor zowel de verplichte zorg die wordt verleend binnen een accommodatie als de verplichte zorg die wordt verleend buiten een accommodatie. De verplichting om een analyse van deze aspecten vast te leggen in een beleidsplan dwingt de zorgaanbieder om vooraf zorgvuldig over deze zaken na te denken, en biedt de zorgverantwoordelijke en zorgverleners verbonden aan de zorgaanbieder inzicht in de visie van de organisatie op de manier waarop binnen de organisatie wordt omgegaan met verplichte zorg. Waar nodig brengt de zorgaanbieder differentiatie aan tussen de uitvoering van verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging, een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.

Op grond van artikel 2:2, vierde lid, van de wet dient de zorgaanbieder er zorg voor te dragen dat het beleidsplan wordt toegepast bij de voorbereiding, de uitvoering, de evaluatie, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg. Daarnaast mag een zorgaanbieder op grond van de onderhavige bepaling uitsluitend ambulante verplichte zorg verlenen indien de zorgaanbieder tevoren ook heeft voldaan aan de in het onderhavige onderdeel e gestelde aanvullende eisen ten aanzien van het beleidsplan.

De IGJ 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.

Eerste lid, onderdeel e, onder 1°

Een belangrijk voordeel van het verlenen van verplichte 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 betrokkene. Een gedwongen opname kan nog steeds op een bepaald moment de meest passende zorg zijn. Ook langdurige opname kan nog steeds nodig zijn. Belangrijk is dat steeds de voorkeur van betrokkene wordt meegewogen, niet alleen in gevallen waarin de zorgbehoefte tot verderstrekkende maatregelen kan leiden, maar ook wanneer van de omgekeerde situatie sprake is, bijvoorbeeld wanneer ambulante dwang in principe tot de mogelijkheden behoort, maar betrokkene een dergelijke behandelwijze niet ziet zitten. Daarnaast moeten ook de belangen van de relevante familie en naasten van betrokkene worden meegewogen. Ook de (woon)omgeving kan een rol spelen in de afweging of gedwongen zorg buiten een accommodatie te realiseren is.

Vaak zal het voor betrokkene het beste zijn om in zijn eigen vertrouwde omgeving te blijven. Er zijn echter ook situaties waarin opname in een accommodatie beter is voor betrokkene, bijvoorbeeld omdat een belangrijk deel van de verplichte zorg dan (sneller) kan worden afgebouwd of omdat het gaat om betrokkenen bij wie beveiligde zorg nodig is. Dit zijn slechts enkele factoren die een rol spelen bij de beoordeling of ambulante verplichte 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. Met deze factoren zal bij het opnemen van verplichte zorg in het zorgplan rekening moeten worden gehouden.

Eerste lid, onderdeel e, onder 2°

Het wordt van groot belang geoordeeld dat de zorgaanbieder in geval van ambulante verplichte 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. Bij toezicht kan gebruik worden gemaakt van domotica. De wijze waarop het toezicht wordt ingericht is aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan bij de vormgeving rekening houden met onder meer zijn patiëntenpopulatie, de sociale omgeving, de voorkeuren van de betrokkene, familie en naasten en hulpverleners, de verschillende subvormen van zorg, nieuwe ontwikkelingen en andere relevante factoren. Het resultaat zal moeten zijn dat de veiligheid voldoende wordt geborgd.

De zorgaanbieder dient er zorg voor te dragen dat het beleidsplan wordt toegepast bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van verplichte zorg (artikel 2:2, vierde lid, van de wet). De op de persoon van betrokkene toegesneden uitwerking hiervan dient op grond van het bepaalde in het eerste lid, onderdeel a, vervolgens door de zorgverantwoordelijke in het zorgplan opgenomen te worden, dat weer de basis vormt van een verzoekschrift tot een zorgmachtiging. Zie de toelichting bij onderdeel a.

Eerste lid, onderdeel e, onder 3°

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 in geval van ambulante verplichte zorg. De op de persoon van betrokkene toegesneden uitwerking hiervan dient op grond van het bepaalde in het eerste lid, onderdeel b, vervolgens door de zorgverantwoordelijke in het zorgplan opgenomen te worden, dat weer de basis vormt van een verzoekschrift tot een zorgmachtiging. Zie de toelichting bij onderdeel b.

Eerste lid, onderdeel e, onder 4°

Overwogen is om ambulante verplichte 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 betrokkene 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 zo moeten worden tot opname in een accommodatie kan dat buitenproportioneel zijn en zal dit veelal niet in het voordeel van betrokkene geacht kunnen worden. Voorts moet bedacht worden dat, ook als sprake is van steviger fysiek verzet, het overbrengen naar een accommodatie in feite twee maal moet worden ingegrepen, namelijk eerst bij het vervoer met mogelijk medewerking van de politie en ambulancepersoneel, en vervolgens bij het alsnog in de accommodatie toepassen van de verplichte zorg. Ook in dat geval kan het veilige gevoel van betrokkene dus worden aangetast. Tot slot wordt erop gewezen dat ook binnen een accommodatie betrokkenen zich thuis en veilig kunnen voelen en er in dat aspect dan ook vaak geen verschil is met het gevoel van een betrokkene buiten de accommodatie.

Dit wil overigens niet zeggen dat er geen grenzen zijn bij ambulante verplichte zorg in het geval van fysiek verzet. Beoordeeld zal moeten worden hoe in geval van ambulante verplichte zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet. Het is van belang dat iedere zorgaanbieder hier tevoren over nadenkt, uitgaand van zijn eigen patiëntenpopulatie, en dit vastlegt in zijn beleidsplan (onderdeel e, onder 4°). 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 (bijvoorbeeld een gedragsdeskundige), de benodigde deskundigheid en ervaring van het personeel in het omgaan met agressie, hoe de veiligheid van betrokkene en zorgverleners kan worden geborgd en wanneer het verlenen van gedwongen zorg, gezien de mate van verzet, niet verantwoord is en opname van betrokkene om die reden de voorkeur heeft. Het is aan de zorgaanbieder hier nader invulling aan te geven, mede rekening houdend met zijn eigen patiëntenpopulatie. In het kader van het toezicht kan de IGJ 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.

Eerste lid, onderdeel e, onder 5°

Op grond van het eerste lid, onderdeel d, moet de zorgaanbieder bereikbaarheid realiseren voor verzoeken om hulp van betrokkenen aan wie verplichte 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 betrokkene op de hoogte is hoe contact kan worden opgenomen met de zorgaanbieder (bijvoorbeeld via een centraal nummer). In het beleidsplan zal moeten worden neergelegd hoe hierin wordt voorzien.

Eerste lid, onderdeel e, onder 6°

Grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners is ontoelaatbaar, of er nu vrijwillige of verplichte zorg wordt verleend. Wanneer er verplichte zorgt wordt verleend, dient men extra waakzaam te zijn op grensoverschrijdend gedrag. In een setting binnen een accommodatie zullen in beginsel meerdere zorgverleners aanwezig zijn, in geval van (verplichte) zorg buiten de accommodatie is het echter voorstelbaar dat naast de zorgverlener en betrokkene geen andere personen aanwezig zijn. Dit zal in het algemeen niet bezwaarlijk zijn, uitgaande van de professionele houding van de zorgverleners. Gezien het feit dat sprake is van verplichte zorg waarbij bovendien vaak sprake is van een één-op-één zorgrelatie, is het desondanks van belang dat een waarborg wordt ingebouwd, gericht op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. Om die reden is in onderdeel e, onder 6°, bepaald dat in het beleidsplan moet zijn vastgelegd op welke wijze in geval van ambulante verplichte zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

Tweede lid

Op grond van het eerste lid, onderdelen a en b, moet in geval van ambulante verplichte zorg in elk geval overleg plaatsvinden met ten minste een andere deskundige die behoort tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie. Het kan echter zijn dat de aard van de verplichte zorg die in de ambulante setting wordt verleend, met zich meebrengt dat ook met andere disciplines overleg moet worden gevoerd. Het onderhavige artikellid verplicht ertoe in dat geval ook deskundigen van die andere disciplines bij dat overleg te betrekken.

Artikel 2.3

Bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel geldt een andere procedure dan bij verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging. Gegeven het spoedeisend karakter van deze maatregelen is geen sprake van een zorgplan dat vooraf door de zorgverantwoordelijke wordt opgesteld. Om die reden zijn het eerste lid, onderdelen a en b, van dit artikel niet van toepassing in geval van verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel. Aanknopingspunt vormt in plaats daarvan het beleidsplan, waarin de zorgaanbieder waar nodig differentiatie aanbrengt tussen de uitvoering van verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging, een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel (zie de toelichting bij artikel 2.2, eerste lid, onderdeel e). Zodoende is geborgd dat de zorgverantwoordelijke bij de uitvoering van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel kan teruggrijpen op hetgeen de zorgaanbieder vooraf hierover heeft vastgelegd.

Aangezien het eerste lid, onderdeel c, ziet op evaluatie van het zorgplan, is ook dit onderdeel niet van toepassing in geval van ambulante verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of een machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel.

Artikel 3.1

Het eerste lid van artikel 3.1 sluit aan bij artikel 5(1) onder 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 32 van de AVG. Het voorgestelde artikel 3.1, eerste lid, van onderhavig besluit biedt het uitgangspunt voor het tweede lid, waarin wordt geregeld wat ten minste van de verwerkingsverantwoordelijke (en de verwerker) wordt verwacht om te voldoen aan de eisen uit het eerste lid. De term maatregelen dient breed te worden opgevat en kan zowel technische maatregelen als organisatorische maatregelen zoals praktische handelingen of procedures inhouden.

Het derde lid eist dat verwerkingsverantwoordelijken gegevensverwerkingen zodanig inrichten dat die verwerkingsverantwoordelijken kunnen voldoen aan de verplichtingen tot het verstrekken van gegevens die volgen uit de Wvggz. 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. Voor de duidelijkheid: in dit lid wordt gesproken van ‘gegevens’. Dat is dus ruimer dan ‘persoonsgegevens’ en omvat daarmee ook de in artikel 8:25 van de wet bedoelde analyse, die aan de IGJ moet worden gestuurd.
Wat betreft de ‘tijdigheid’: de Wvggz 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 kunnen zijn.

In het vierde lid wordt de mogelijkheid gegeven om 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 regeling aangewezen gegevensverwerking dient te voldoen aan een bij diezelfde regeling aangewezen NEN-norm dan wel dat een gegevensverwerking met het oog op tijdige en doelmatige verstrekking, op digitale wijze moet plaatsvinden.

Ingevolge het zesde lid wordt het mogelijk om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen over de wijze van verstrekken 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 aanwezig moeten zijn, de periode waarop die overzichten betrekking moeten hebben en de frequentie van aanlevering van de overzichten. Voorts wordt geregeld dat bij ministeriele regeling een format kan worden vastgesteld. Door dit format wordt bewerkstelligd dat alle zorgaanbieders op uniforme wijze gegevens aanleveren. Met deze uniforme wijze van aanleveren kan de IGJ de gegevens beter gebruiken voor het risicogestuurde toezicht.

Artikel 4.1

Artikel 4.1 wijst, op grond van artikel 9:8, derde lid, de middelen en maatregelen aan die kunnen worden toegepast ter afwending van noodsituaties bij betrokkenen die in een accommodatie verblijven en aan wie tevens de maatregel van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege of de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd.

Noodsituaties kunnen zich ten aanzien van elke betrokkene, op elk moment en op allerlei manieren voordoen. Zo ook wanneer het gaat om personen die met een strafrechtelijke titel worden geplaatst in een accommodatie. Daarom is het van belang dat alle relevante vormen van verplichte zorg die de wet toestaat in artikel 3:2 tot beschikking van de zorgverlener staan. Dit betekent niet dat alle vormen in elke noodsituatie toegestaan zijn. Zoals in alle gevallen waarbij verplichte zorg wordt toegepast, zijn alle voorwaarden uit de wet van toepassing en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet BIG). Daaronder vallen onder meer de uitgangspunten dat gedwongen zorg proportioneel, doelmatig en veilig moet zijn en alleen dient te worden toegepast als het strikt noodzakelijk is.

Opname in een accommodatie wordt niet genoemd in artikel 4.1; het gaat bij betrokkenen met een tbs- of jeugdmaatregel namelijk altijd om betrokkenen die al zijn opgenomen.

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.

Artikel 5.2

In dit artikel is bepaald dat de klachtencommissie aan de klager een ontvangstbevestiging van de klacht moet sturen, waarin de datum van ontvangst is vermeld. Dit betreft een uitwerking van artikel 10:2, vierde lid, van de wet met betrekking tot de werkwijze van de klachtencommissie.
De regel dat de klachtencommissie een ontvangstbevestiging moet sturen heeft twee redenen. In de eerste plaats is het voor de klager van belang om 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 10:5, 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

Eerste lid
Artikel 11:1, vijfde lid, van de wet biedt de mogelijkheid om nadere regels te stellen met betrekking tot de patiëntenvertrouwenspersoon. Op basis daarvan wordt met dit artikel uitgesloten dat de patiëntenvertrouwenspersoon met meerdere petten op, namelijk tevens als klachtenfunctionaris als bedoeld in artikel 15 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, kan optreden.

De taken en verantwoordelijkheden van de klachtenfunctionaris en de patiëntenvertrouwenspersoon overlappen elkaar gedeeltelijk: beide functionarissen kunnen patiënten op verzoek bijstaan, adviseren en begeleiden bij een klacht. Er bestaat echter ook belangrijke verschillen tussen beide functionarissen. De taken van de patiëntenvertrouwenspersoon zijn volledig gericht op het bieden van partijdige ondersteuning aan de betrokkene en op het opkomen voor diens belangen: de patiëntenvertrouwenspersoon is per definitie partijdig. 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 betrokkene, zou een klachtenfunctionaris die ook patiëntenvertrouwenspersoon is, bij de betrokkene twijfel kunnen opwekken over de vraag of de patiëntenvertrouwenspersoon zich volledig richt op de (partijdige) ondersteuning van de betrokkene.
Juist bij verplichte zorg, waar er sprake kan zijn van een heftige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer, mag er voor betrokkene en diens vertegenwoordiger immers geen enkele twijfel over bestaan dat degene die betrokkene bijstaat onvoorwaardelijk aan diens kant staat.

Tweede lid
De onafhankelijkheid van de patiëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder wordt daarnaast gewaarborgd door de eis uit het tweede lid dat de patiëntenvertrouwenspersoon niet werkzaam mag zijn voor de zorgaanbieder. Dat houdt in dat hij niet in dienst mag zijn bij de zorgaanbieder en ook niet door deze partijen mag worden ingehuurd, bijvoorbeeld als zzp'er of op detacheringsbasis, terwijl er ook niet anderszins sprake mag zijn van een contractuele relatie tussen de zorgaanbieder en de patiëntenvertrouwenspersoon.

Artikel 7.1

Dit vervallen artikel belegde een taak bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) die volgde uit de Wet bopz. Met het vervallen van de Wet bopz is die taak komen te vervallen en is dit artikel dus niet meer relevant.

Artikel 7.2

Artikel 83 Besluit algemene rechtspositie

De wijziging van artikel 83 van het Besluit algemene rechtspositie politie betreft een technische wijziging in verband met de vervanging van de Wet bopz door de Wzd en de Wvggz. Net als onder de Wet bopz omvat de term 'maatregel' in dit artikel alle grondslagen voor vrijheidsontneming uit de Wzd en de Wvggz. Deze is dus niet beperkt

tot de crisismaatregel of de maatregel tot inbewaringstelling, maar omvat ook onder meer de zorgmachtiging.

Artikel 85, eerste lid, Besluit algemene rechtspositie politie

De wijziging van artikel 85, eerste lid, van het Besluit algemene rechtspositie politie betreft een technische wijziging in verband met de vervanging van de Wet bopz door de Wzd en de Wvggz.

Artikel 7.3

Artikel 6, eerste lid, Besluit eigen bijdrage rechtsbijstand

Artikel 38, vijfde lid, derde volzin, van de Wet bopz betrof een specifieke situatie die zich op grond van die wet voordeed. Vanwege het vervallen van de Wet bopz is artikel 6, eerste lid, onderdeel c niet meer relevant.

Artikel 7.4, Artikel 7.5, Artikel 7.7, Artikel 7.8, Artikel 7.9 en Artikel 7.10

Artikel 34f en 34h Besluit rechtspositie rechterlijke ambtenaren, artikel 33 van het Besluit rechtspositie vrijwillige politie, artikel 23, eerste lid en bijlage van het Besluit vergoedingen rechtsbijstand 2000, artikel 34, eerste lid, van het Algemeen militair ambtenarenreglement, artikel 109, eerste lid, Burgerlijk ambtenarenreglement defensie, artikel 90 Algemeen rijksambtenarenreglement

Dit zijn technische wijzigingen in verband met de vervanging van de Wbopz door de Wzd en de Wvggz.

Artikel 7.6

Artikel 3, eerste lid, onderdeel c, Besluit regels landelijk parket en functioneel parket alsmede ten aanzien van mandateren bevoegdheden officier van justitie

Met deze aanpassing wordt de lijn van de Wet bopz zoveel mogelijk voortgezet. De taken uit artikelen 10, tweede lid, en 67 Wet bopz worden in de Wzd en de Wvggz niet meer aan de officier van justitie toegekend. Vandaar dat er geen equivalent van die artikelen wordt genoemd in het aangepaste onderdeel c.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Paul Blokhuis