Besluit van

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van , kenmerk ;

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

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

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van ; kenmerk ;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1 BEGRIPSBEPALING

Artikel 1.1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
- ambulante onvrijwillige zorg: onvrijwillige zorg, anders dan die in een accommodatie aan een cliënt wordt verleend;
- verwerker: verwerker als bedoeld in artikel 4 (8) van de Algemene verordening gegevensbescherming;
- cliëntenvertrouwenspersoon: cliëntenvertrouwenspersoon als bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de wet;
- klachtencommissie: klachtencommissie als bedoeld in artikel 53 van de wet;
- 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 zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten;

- zorgplan: zorgplan als bedoeld in artikel 7 van de wet.

HOOFDSTUK 2 AMBULANTE ONVRIJWILLIGE ZORG

Artikel 2.1

Ambulante onvrijwillige zorg omvat het:

a. toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
b. beperken van de bewegingsvrijheid;
c. insluiten;
d. uitoefenen van toezicht op de cliënt;
e. onderzoek aan kleding of lichaam;
f. onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
g. controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
h. aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen;
i. beperken van het recht op het ontvangen van bezoek.

Artikel 2.2

1. Ambulante onvrijwillige zorg kan uitsluitend worden toegepast indien:
    a. in het overleg, bedoeld in artikel 10, derde lid, en, indien van toepassing, 10, tiende lid, van de wet, is besproken op welke wijze toezicht op de cliënt moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen, en in het zorgplan is beschreven op welke wijze dat toezicht wordt gerealiseerd;
    b. in het overleg, bedoeld in artikel 10, derde lid, en, indien van toepassing, artikel 10, tiende lid, van de wet, is besproken hoeveel zorgverleners op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg aanwezig moeten zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen, en dit aantal is vastgelegd in het zorgplan;
    c. er een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van de cliënt of diens naasten naar aanleiding van de verleende ambulante onvrijwillige zorg;
    d. de zorgaanbieder in het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet, heeft vastgelegd:
    1° welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling of ambulante onvrijwillige zorg de voorkeur heeft boven opname in een accommodatie, waarbij onder meer rekening wordt gehouden met de wens van de cliënt 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 onvrijwillige zorg op voldoende wijze kan worden geborgd;
3° welke factoren in ieder geval worden meegewogen bij de beoordeling van het aantal zorgverleners dat met het oog op een verantwoorde zorgverlening aanwezig moet zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg;
4° hoe in geval van ambulante onvrijwillige zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet van de cliënt;
5° op welke wijze de bereikbaarheid en ondersteuning, bedoeld in onderdeel c, worden geborgd;
6° op welke wijze in geval van ambulante onvrijwillige wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

2. In een situatie als bedoeld in artikel 15, eerste lid, van de wet:
   a. is het eerste lid, onderdelen a en b, niet van toepassing;
   b. wordt uitsluitend ambulante onvrijwillige zorg verleend als de zorgverantwoordelijke in de beslissing, bedoeld in artikel 15, eerste lid, van de wet, heeft vastgesteld:
   1° op welke wijze toezicht moet worden gehouden op de cliënt om diens veiligheid voldoende te borgen;
   2° hoeveel zorgverleners op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg aanwezig moeten zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen.

HOOFDSTUK 3 EISEN DESKUNDIGEN

Artikel 3.1

1. De externe deskundige, bedoeld in artikel 11 van de wet, is:
   a. een arts voor verstandelijk gehandicapten, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog,een orthopedagoog-generalist of een verpleegkundige als het een cliënt betreft met een verstandelijke handicap;
   b. een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog, of een verpleegkundige als het een cliënt betreft met een psychogeriatrische aandoening.
2. De externe deskundige heeft aantoonbare ervaring in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg voor de doelgroep waartoe de betrokken cliënt behoort.
3. De externe deskundige is niet in dienst van of gedetacheerd bij de zorgaanbieder van de cliënt en is ook niet op andere wijze betrokken bij de behandeling of verzorging van de cliënt.

Artikel 3.2

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

verzoek of advies als bedoeld in het eerste lid.

HOOFDSTUK 4 GEGEVENSVERWERKING

Artikel 4.1

1. De verwerkingsverantwoordelijke voor een gegevensverwerking die voortvloeit uit de wet treft de nodige 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 17, eerste lid, van de wet bedoelde gegevens. Bij ministeriële regeling kan hiertoe tevens een format worden vastgesteld.

HOOFDSTUK 5 SAMENSTELLING EN WERKWIJZE VAN DE KLACHTENCOMMISSIE

Artikel 5.1

In een klachtencommissie hebben in ieder geval zitting:

a. een jurist alsmede een arts voor verstandelijk gehandicapten, een psychiater, een gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog-generalist als het een cliënt betreft met een verstandelijke handicap; of
b. een jurist alsmede een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater of een gezondheidszorgpsycholoog als het een cliënt betreft met een psychogeriatrische aandoening.

Artikel 5.2

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

HOOFDSTUK 6 CLIËNTENVERTROUWENSPERSOON

Artikel 6.1

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

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

Artikel 6.2

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

Artikel 6.3

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

HOOFDSTUK 7 SLOTBEPALINGEN

Artikel 7.1

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

Artikel 7.2

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

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

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen deel

De Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wzd) regelt de procedure ten aanzien van de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van onvrijwillige zorg, de onvrijwillige opname en verblijf, alsmede de rechtspositie van de cliënt. Voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening is de Wzd de opvolger van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wet bopz). De Wzd stelt de behandeling van de cliënt centraal en niet langer zijn gedwongen opname. Onvrijwillige zorg is daarmee niet langer gekoppeld aan een gedwongen opname en kan ook buiten een accommodatie worden toegepast.
De Wzd bevat een aantal delegatiegrondslagen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (hierna: amvb) nadere regels te stellen. Dit besluit, het Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: 'het besluit'), bevat nadere regels die op grond van de wet bij amvb moeten – en deels mogen – worden gesteld. Het betreft regels over ambulante onvrijwillige zorg, eisen ten aanzien van deskundigen, gegevensverwerking, de klachtencommissie en de cliëntenvertrouwenspersoon. Ten behoeve van de overzichtelijkheid en toegankelijkheid zijn alle bij amvb te stellen nadere regels ondergebracht in één besluit. Omdat het onderwerp van ambulante onvrijwillige zorg van de genoemde onderwerpen de meest ingrijpende is, wordt in het algemeen deel van deze toelichting met name daarop ingegaan. De overige onderwerpen worden in het artikelsgewijze deel besproken.

§ 1: Ambulante onvrijwillige zorg

In artikel 2a Wzd is bepaald dat bij amvb wordt geregeld welke vormen van onvrijwillige zorg buiten een accommodatie van een zorgaanbieder (hierna: ambulant) zijn toegestaan en onder welke voorwaarden. Ambulante onvrijwillige zorg is nieuw. Onder de Wet bopz was het niet mogelijk om onvrijwillige zorg (bijvoorbeeld het onvrijwillig toedienen van vocht, voeding of medicatie of het onvrijwillig uitoefenen van toezicht op cliënten) ambulant te verlenen. In antwoord op de ontwikkeling van toenemende ambulantisering in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten maakt de regering het mogelijk dat deze en andere vormen van onvrijwillige zorg, onder strikte voorwaarden, ook buiten de accommodatie – bijvoorbeeld in de thuissituatie van de cliënt – kunnen worden verleend. De cliënt is immers vaak beter af in zijn eigen vertrouwde omgeving.
Onder de Wzd wordt de cliënt – voor zover dat kan – in zijn eigen omgeving verzorgd, en is het streven gedwongen opname te voorkomen. Echter, het voorkomen van een gedwongen opname is geen doel op zich. Wanneer intensieve verzorging nodig is met een hoger toezichtsniveau kan worden geoordeeld dat ambulante zorg niet passend is. Voorop staat dat de cliënt de zorg krijgt die hij nodig heeft. De vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van toezicht dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de cliënt en het mogelijk nadeel dat hij veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen. Het is afhankelijk van de cliënt en de concrete situatie of onvrijwillige zorg beter thuis of in een accommodatie kan worden toegepast.

'Recht' en 'plicht' tot ambulante onvrijwillige zorg

De zorgaanbieder maakt in het algemeen de afweging of zijn organisatie onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg in een ambulante situatie zal aanbieden, op basis waarvan zijn zorgverantwoordelijke(n) (ambulante) zorgplannen kunnen voorbereiden. Ook vanuit de cliënt is geen sprake van een "afdwingbaar recht" op het ontvangen van onvrijwillige zorg in een ambulante setting ten opzichte van een bepaalde zorgaanbieder. Indien cliënt 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, bijvoorbeeld omdat de aanwezigheid van de hiervoor benodigde randvoorwaarden in de ambulante setting niet voldoende kan worden gegarandeerd. Op deze wijze kan een zorgaanbieder er dus voor kiezen om voorzichtig te beginnen. Eventueel kan onderzocht worden of een andere zorgaanbieder die zorg wel ambulant kan bieden. De haalbaarheid van onvrijwillige zorg is afhankelijk van tal van factoren, waaronder de zorgbehoefte van cliënt en zijn woonsituatie, en de mate waarin de zorgverantwoordelijke daarin kan faciliteren.

§2: Zorgvormen

De Wzd kent in artikel 2, eerste lid, de volgende vormen van onvrijwillige zorg:
- het toedienen van vocht, voeding of medicatie,
- het beperken van de bewegingsvrijheid, waaronder fixatie,
- insluiten,
- het uitoefenen van toezicht op de cliënt,
- onderzoek aan kleding of lichaam,
- onderzoek van de woon- of verblijfsplaats op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen,
- controle op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen,
- beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, waaronder beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen, en
- beperkingen van het recht op het ontvangen van bezoek.

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

Zowel uit de informele gesprekken met het veld voorafgaand aan het opstellen van dit besluit als uit de (internet)consultatie brachten met name cliëntenorganisaties, maar

bijvoorbeeld ook ActiZ en VGN, naar voren dat met een verantwoorde toepassing van een brede keuzemogelijkheid aan zorgvormen in de thuissituatie - waaronder soms verdergaande beperkingen - opname in een accommodatie kan worden voorkomen of in elk geval kan worden uitgesteld. Ook kwam in de gesprekken meermalen naar voren dat het indelen van zorgvormen in 'lichte' of 'zware' categorieën een subjectief oordeel inhoudt en het daarom voor anderen dan degene die ze moet ondergaan onmogelijk is om in te schatten wat de impact ervan is op de individuele cliënt. Zo is denkbaar dat een ogenschijnlijk 'lichte' maatregel als het afsluiten van de voorraadkast voor iemand met een onstuitbare eetbehoefte (bijvoorbeeld mensen met het Prader-Willi syndroom) als uitmate ingrijpend wordt ervaren. De baten ten opzichte van de lasten zijn sterk afhankelijk van de zorgbehoeften van de cliënt, zijn leefsituatie en de (mantel)zorgkring die hem omringt, en zullen steeds van geval tot geval moeten worden beoordeeld.

In hun reactie stellen Budgethoudersvereniging Naar Keuze en, mede namens de Vereniging Helpende Handen, Kansplus, LFB, Sien en 2CU, het LSR dat het bieden van mogelijkheden om in de ambulante situatie onvrijwillige zorg toe te staan, niet tot doel mag hebben om dit te vergemakkelijken, maar om beter mogelijk te maken dat mensen in een ambulante setting goede zorg en ondersteuning krijgen, waarmee "recht (wordt) gedaan aan het VN-verdrag voor mensen met een beperking waarin ervan wordt uitgegaan dat mensen met een beperking het recht hebben in een maatschappelijke context te leven".

Niet uitsluiten van fixatie en insluiten

Na een uitgebreide veldraadpleging is ervoor gekozen om alle in de wet opgesomde vormen van onvrijwillige 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 cliënt. Uitgangspunt blijft dat de keuze voor een vorm van ambulante onvrijwillige zorg alleen kan worden gemaakt met inachtneming van de in de wet reeds geregelde waarborgen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

Hoewel uit eerdere gesprekken met het veld 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 het veld – met name in de ambulante setting – behoefte heeft 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 onvrijwillige zorg is namelijk casuïstiek genoemd, waaruit bleek dat de toepassing van ook deze vormen van onvrijwillige zorg in bepaalde gevallen toch het in het belang van de cliënt zou zijn geweest als daarmee opname had kunnen worden voorkomen.

Tegelijk stelden de meeste partijen die fixatie en insluiting in de ambulante situatie zouden willen toestaan zich terughoudend op als het om de toepassing gaat. Het gaat om vergaande bevoegdheden die in uitzonderlijke situaties in het belang van cliënt

kunnen zijn. 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 cliënt; een subvorm van de zorgvorm 'beperken van de bewegingsvrijheid') uitgesloten zou zijn, zo merkten verschillende partijen in het kader van de internetconsultatie op, zouden andere onvrijwillige 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 Wzd brengen reeds met zich mee dat onvrijwillige 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 wordt in de ambulante setting mogelijk. Een veelvoorkomend voorbeeld is een cliënt die 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. Maar ook insluiting in een enkele kamer kan onder omstandigheden noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld bij ernstig agressief gedrag.

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 cliëntenorganisaties gaven aan dat de keuzevrijheid voor de cliënt zo groot mogelijk moet zijn, zodat onnodige gedwongen opnames worden voorkomen. Dat past ook bij de doelstellingen van de Wzd, waarbij de cliënt zorg op maat ontvangt, ongeacht de locatie waar hij zich bevindt, waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met zijn voorkeuren. Ook zijn tijdens de overleggen voorstellen gedaan voor een aantal extra waarborgen bij het verlenen van ambulante onvrijwillige zorg. Een en ander heeft geleid tot de aanvullende waarborgen die zijn opgenomen in artikel 2.2 van dit besluit.

Harmonisatie Wzd en Wvggz

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 persoon met dementie wellicht eerder plaatsvinden dan bij iemand met een psychiatrische aandoening (de doelgroep van de Wvggz), terwijl controle op gedragsbeïnvloedende middelen (drugs) bij laatstgenoemde weer beter voorstelbaar is dan in de psychogeriatrie. Bovendien zijn er patiënten met multiproblematiek: zo kunnen ook mensen met een psychiatrische aandoening dementie krijgen en kunnen personen met een verstandelijke beperking een psychiatrische aandoening hebben. Ten algemene geldt dat onvrijwillige vormen van zorg thuis per doelgroep of zelfs per de cliënt in verschillende mate voorstelbaar zijn, en er altijd maatwerk moet worden toegepast.

§3: Waarborgen specifiek voor onvrijwillige zorg buiten een accommodatie

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

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

Onderdeel van deze afweging is ook de vraag wat de rol is van een familie of naaste. Het is daarbij denkbaar dat in bepaalde gevallen het mogelijk is dat het toezicht gedeeltelijk wordt overgelaten aan de mantelzorger.
Als voorbeeld kan gedacht worden aan de een thuiswonende vrouw met beginnende dementie waarbij het ter voorkoming van ernstig nadeel noodzakelijk is dat bepaalde delen van de woning, bijvoorbeeld de keuken, afgesloten worden, omdat zij als gevolg van haar dementie de gevaren van het aanlaten van het gas en het gebruik van scherpe voorwerpen niet meer herkent.
Indien deze vrouw een gezonde thuiswonende partner heeft, is het denkbaar dat die partner gedurende een deel van de tijd het toezicht op zich neemt omdat het niet altijd noodzakelijk is dat een professionele zorgverlener aanwezig is om de veilige toepassing van onvrijwillige zorg te garanderen. De combinatie van zorg door een professionele zorgverlener en extra
toezicht door een mantelzorger maakt dat er niet continu een professionele zorgverlener in huis hoeft te zijn, waardoor een indicatie voor intramurale zorg nog even kan worden uitgesteld en de dame uit het voorbeeld langer in haar eigen woning kan blijven.
Uiteraard kan dit lang niet altijd zo worden vormgegeven, omdat veel partners of mantelzorgers fysiek dan wel mentaal niet in staat zijn deze rol op zich te nemen of dat simpelweg niet willen. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg. Verantwoord in dergelijke situaties is, vergelijkbaar met de gevallen waarin medische technologie naar de thuissituatie wordt gebracht, dat de zorgaanbieder zich ervan vergewist dat de persoon aan wie het toezicht wordt overgelaten in staat is die taak uit te oefenen en de consequenties van zijn handelen goed kan overzien. Bovendien moet de zorgaanbieder zorgen voor voldoende instructies en op afroep beschikbaar zijn, indien de familie of naaste aangeven daar in een specifieke situatie behoefte aan te hebben. Indien daar aan is voldaan, kan de zorgaanbieder, samen met het familieleden of naasten, op een verantwoorde wijze invulling geven aan het toezicht gedurende de periode van het toepassen van onvrijwillige zorg. De mantelzorger kan hier dan ook niet verantwoordelijk voor gemaakt worden. Met andere woorden; er rust

geen plicht op de mantelzorger om zorg te dragen voor dergelijk toezicht. Wel is in artikel 2.2 van dit besluit opgenomen dat de zorgverantwoordelijke naast de wens van de cliënt ook de belangen van de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten meeweegt in de keuze voor onvrijwillige zorg buiten een accommodatie.

Ambulante onvrijwillige zorg moet deskundig, zorgvuldig en veilig worden uitgevoerd. Dit wordt gewaarborgd door het wettelijk kader, zoals toegelicht in §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 cliënten voor het noodzakelijke toezicht en het bieden van verzorging, begeleiding of ondersteuning. Ook is het minder makkelijk om assistentie van een collega te krijgen en is er minder sociale controle. Met de in dit besluit opgenomen waarborgen wordt beoogd alsnog in deze randvoorwaarden te voorzien door eisen te stellen over de wijze waarop toezicht op de cliënt wordt gehouden, het aantal zorgverleners dat op het moment van de uitvoering van onvrijwillige zorg aanwezig moet zijn en de bereikbaarheid van een ter zake deskundige zorgverlener. Ook zijn er nadere eisen gesteld aan de factoren die een zorgaanbieder dient mee te nemen in het opstellen van het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet, die vervolgens moeten worden uitgewerkt in het zorgplan en toegepast bij het verlenen van de onvrijwillige zorg. Deze nadere eisen worden toegelicht in de artikelsgewijze toelichting op artikel 2.2 van dit besluit.

§ 4: Bestaande waarborgen voor onvrijwillige zorg

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

§ 4.1: Waarborgen op grond van de Wzd

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

- Onvrijwillige zorg is altijd een ultimum remedium. Eerst moet worden onderzocht of alle alternatieven om vrijwillige zorg te verlenen zijn uitgeput. Als dan toch onvrijwillige zorg nodig is, moet gekozen worden voor de minst ingrijpende vorm en dat zo kort mogelijk. Ook in de ambulante situatie moet deze afweging worden gemaakt.

- Onvrijwillige zorg moet voldoen aan de uitgangspunten subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Zo mag niet worden gekozen voor een vergaande vrijheidsbeperkende maatregel, indien er minder vergaande maatregelen zijn om hetzelfde doel te bereiken. Ook moet worden gekeken of de interventie geschikt is voor het te bereiken doel. Als bijvoorbeeld in het zorgplan staat dat de woning mag worden gecontroleerd op gedragsbeïnvloedende middelen, maar de cliënt een dag later via anderen weer over deze middelen kan beschikken, kan de vraag worden gesteld of deze vorm van onvrijwillige zorg doelmatig is.
- Om te voorkomen dat onvrijwillige zorg wordt toegepast zonder dat alle vrijwillige alternatieven zijn uitgeput draagt de zorgverantwoordelijke er zorg voor dat het zogeheten stappenplan van de wet doorlopen wordt (artikelen 9 tot en met 11a Wzd). Dat houdt kort gezegd in dat zodra de zorgverantwoordelijke van mening is dat vrijwillige alternatieven niet meer voldoende zijn en onvrijwillige zorg overwogen zou moeten worden, er multidisciplinair overleg plaatsvindt over vrijwillige alternatieven.
- Indien uit dit overleg blijkt dat er geen vrijwillige alternatieven zijn wordt een uitgebreider deskundigenoverleg gehouden. Mocht er ook na het uitgebreide deskundigenoverleg nog onvrijwillige zorg worden overwogen dan wordt een externe deskundige om advies gevraagd. Indien in het zorgplan uiteindelijke toch onvrijwillige zorg wordt opgenomen, dan moet het zorgplan worden voorgelegd aan de Wzd-arts. De cliënt en een eventuele vertegenwoordiger worden nauw betrokken bij het doorlopen van dit stappenplan.
- De wensen en voorkeuren van cliënt moeten zoveel mogelijk worden gehonoreerd. Zo bepaalt artikel 7, derde lid, Wzd dat de zorgverantwoordelijke zich inspant om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het zorgplan te verkrijgen, waarbij hij zoveel als mogelijk rekening houdt met de wensen en voorkeuren van de cliënt. Dat geldt ook voor onvrijwillige zorg in de ambulante situatie.
- De verlening van onvrijwillige zorg moet veilig zijn, dat geldt zowel de cliënt als voor de hulpverleners. Indien de zorg niet zal worden in een accommodatie, moet een inschatting worden gemaakt in hoeverre bijvoorbeeld de thuissituatie van de cliënt geschikt is voor de zorg die aan de cliënt zal worden verleend.
- Verder geldt voor de Wzd dat alle vormen van onvrijwillige zorg, ook de zorg in de ambulante situatie, in het stappenplan moeten zijn opgenomen. De daadwerkelijke toepassing moet vervolgens worden getoetst aan de beginselen van de Wzd, zoals hierboven genoemd.
- Ten slotte kan de cliënt, als hij het niet eens is met de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt uitgevoerd, kan op grond van hoofdstuk 4 van de wet een klachtprocedure worden geïnitieerd. Elke zorgaanbieder is aangesloten bij een klachtencommissie.

§ 4.2: Waarborgen op grond van en samenloop met andere wet- en regelgeving

Zoals gezegd komen de waarborgen uit de wet bovenop de vereisten die reeds gelden op grond van andere kwaliteitswetgeving op het terrein van de gezondheidszorg. De vereisten uit andere wetgeving hoeven dus niet opgenomen te worden in de wet of in deze amvb. Om welke vereisten het gaat is grotendeels al uiteengezet in de toelichting

bij de Wzd[1]. 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 cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt 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 onvrijwillige zorg plaatsvinden. Dus als bijvoorbeeld de cliënt in de ambulante situatie intraveneus medicatie krijgt toegediend (de voorbehouden handeling injecteren), mag dat alleen geschieden door beroepsbeoefenaars die daartoe bekwaam zijn en op grond van de Wet BIG bevoegd zijn die handeling te verrichten.

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 Wzd.

§4.3: Waarborgen op grond van normen van het veld

Begin 2018 is de herziene multidisciplinaire richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie gepubliceerd. Deze richtlijn is ontwikkeld door Verenso in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) - sectie ouderenpsychologie, de

[1] *Kamerstukken II*, 2008/09, 31996, nr. 3, hoofdstuk 8.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, V&VN en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, aangevuld met patiëntvertegenwoordiging vanuit Alzheimer Nederland en NHG/LAEGO. Een belangrijke wijziging ten opzichte van de eerdere richtlijn is dat, conform het gedachtegoed van de Wzd, aandacht is voor het inzetten van psychosociale interventies.
In de verstandelijk gehandicapten-sector wordt, onder regie van de NVAVG, gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag ten behoeve van deze doelgroep. Naar verwachting is deze richtlijn in de loop van 2018 operationeel.
Een aanpassing van deze richtlijnen aan de Wzd is nog nodig om nadere eisen te stellen aan ambulante onvrijwillige zorg.

§5: Verhoudingen tot hogere regelgeving

Omdat onvrijwillige zorg een (gerechtvaardigde) inbreuk maakt op de grondrechten van de
cliënt, zijn grondrechtenbepalingen in de Grondwet (Gw) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). 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 onvrijwillige zorg. De VRPH was door Nederland nog niet geratificeerd toen de memorie van toelichting bij de wet geschreven werd, maar wordt nu – na de ratificatie – dus wel meegenomen in de grondrechtentoets.

§5.1: Grondwet

De Gw omvat verschillende grondrechten van burgers die in het geding kunnen zijn bij het verlenen van onvrijwillige 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 de onvrijwillige zorg kan het noodzakelijk zijn dat deze grondrechten worden beperkt.
De regering acht de beperkingen van rechten uit de Grondwet die ambulante onvrijwillige zorg met zich meebrengt, gerechtvaardigd. Ten eerste omdat beperkingen pas kunnen worden toegepast mits strikt noodzakelijk om cliënt zelf of anderen te beschermen tegen het risico op ernstig nadeel als gevolg van de psychische stoornis waaraan cliënt lijdt. Ten tweede dient de mogelijkheid tot ambulante onvrijwillige 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 Gw 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 2a Wzd zijn in dit besluit vormen van onvrijwillige zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wzd aangewezen. Deze vormen van onvrijwillige zorg betreffen een limitatieve opsomming. Dit besluit bevat dus geen uitbreiding van de vormen van onvrijwillige zorg die de wet toestaat. Wel worden nadere voorwaarden gesteld aan de toepassing van deze zorgvormen buiten de accommodatie. Bovendien zal er via de klachtprocedure altijd een rechterlijke toets mogelijk zijn bij ambulante onvrijwillige zorg.

§5.2: EVRM

Ook het EVRM bevat enige rechten die in het geding kunnen zijn bij (ambulante)onvrijwillige 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 EVRM: 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 verstandelijke handicap of psychogeriatrische aandoening in (levens)gevaar kan brengen kan dit de verplichting inhouden om die persoon tegen zichzelf te beschermen en onvrijwillige zorg toe te passen. Vanzelfsprekend dient onvrijwillige 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 onvrijwillige 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 is hangt in ieder geval af van het type maatregel, de duur, de effecten en de uitvoering van de maatregel,[2] evenals de aard van de locatie[3] en de gezondheidstoestand[4] en de leeftijd[5] van de cliënt.
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 onvrijwillige 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

[2] Stanev v. Bulgarije, 36760/06, 17 januari 2012, par. 115.
[3] Stanev v. Bulgarije, 36760/06, 17 januari 2012, par. 125.
[4] Stanev v. Bulgarije, 36760/06, 17 januari 2012, par. 128.
[5] Nielsen v. Denemarken, 10929/84, 28 november 1988.

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.[6]

Overigens brengt de weging van de algemene uitgangspunten voor onvrijwillige 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 ook de vraag te worden gesteld of opname in een accommodatie niet passender is.

Toets aan artikel 8 EVRM en artikel 2 4P EVRM

Het doel van artikel 8 EVRM is in algemene zin om het individu te beschermen tegen willekeurige inmenging in het privéleven door de autoriteiten.[7] 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 onvrijwillige zorg en artikel 2 4P, wordt in de onderstaande uitwerking overwegend uitgegaan van de jurisprudentie met betrekking tot artikel 8 EVRM.[8]

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.[9] De voorwaarden voor ambulante onvrijwillige zorg zijn duidelijk omschreven in de wet en deze amvb en de bijbehorende toelichtingen.
Verder dient de regel op grond waarvan onvrijwillige zorg kan worden toegepast in overeenstemming te zijn met de *rule of law*, dit ziet op de kwaliteit van de regelgeving.[10] In de context van onvrijwillige zorg dient de regelgeving te voorzien in voldoende waarborgen voor de cliënt tegen een willekeurige inmenging op zijn of haar rechten.

---

[6] Nordblad v. Zweden, 19076/91, 13 oktober 1993.
[7] A.-M.V. v. Finland, 53251/13, 23 maart 2017, par. 70.
[8] 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.
[9] Roman Zakharov v. Rusland , 47143/06, 04 december 2015, par. 228/229.
[10] X v. Finland, 34806/04, 3 juli 2012, par. 217.

Vandaar dat in de Wzd de onafhankelijke Wzd-arts toestemming moet geven voor onvrijwillige zorg. Verder krijgt de cliënt in verschillende stadia de kans om zijn wensen duidelijk te maken, zoals onder punt c nader wordt toegelicht. Ook worden er externe deskundigen betrokken wanneer tijdige afbouw van onvrijwillige zorg niet lukt. Verder kan de cliënt altijd – via de klachtprocedure – naar de rechter stappen.

Hiermee zijn de maatregelen van onvrijwillige 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 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 onvrijwillige 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 onvrijwillige 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 cliënt en of de cliënt is gehoord.[11]

De dringende maatschappelijke behoefte van ambulante onvrijwillige zorg is al in paragraaf 1 uitgebreid ter sprake gekomen. Kort gezegd gaat het erom dat de Wzd de behandeling van de cliënt centraal stelt en niet langer zijn gedwongen opname. Onvrijwillige zorg kan voortaan worden toegepast daar waar dat het meest geschikt is voor de cliënt. De cliënt is immers vaak beter af in zijn eigen vertrouwde omgeving. Ook bevat de Wzd verschillende bepalingen waarmee de principes proportionaliteit en subsidiariteit gewaarborgd zijn. Onvrijwillige zorg, ook ambulant, mag op grond van de Wzd 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 artikel 10, eerste en tweede lid, en 15, eerste lid, van de Wzd. Ook is er in verschillende stadia van het proces ruimte voor de cliënt om zijn wensen duidelijk te maken (zie met

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

name artikelen 6, tweede lid, 7, derde lid, 8, eerste lid, 9, tweede lid en 12, eerste lid, van de Wzd).
Verder bevat de Wzd verschillende waarborgen tegen misbruik.
Zo kan onvrijwillige zorg pas plaatsvinden nadat de onafhankelijke Wzd-arts dit heeft goedgekeurd (artikel art. 2b jo. art. 11a, afgezien van spoedgevallen), kan de cliënt klachten indienen bij een onafhankelijke klachtencommissie over het toepassen van onvrijwillige zorg en de voorbereiding daarvan (artikel 55), is er een cliëntenvertrouwenspersoon die opkomt voor de belangen van de cliënt (artikel 57) en wordt toezicht uitgeoefend door de Inspectie voor gezondheid en jeugd (hierna: IGJ) (artikel 60).

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

Toets aan artikel 5 EVRM

Zoals hierboven uiteengezet kan onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg gerechtvaardigd is. Overigens heeft het EHRM nooit eerder uitspraak gedaan over onvrijwillige vrijheidsontneming buiten een accommodatie. De criteria zijn daarom afgeleid uit jurisprudentie over onvrijwillige opname en andere maatregelen van onvrijwillige 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.[12]
Hierbij is een verklaring van een medisch deskundige noodzakelijk.[13] Verder is relevant dat de plaats van vrijheidsbeneming past bij de situatie van betrokkene.[14]

Verschillende bepalingen in de Wzd geven uitdrukking aan deze voorwaarden. Zo wordt aan het eerste Winterwerpcriterium voldaan doordat een persoon alleen een cliënt als bedoeld in de Wzd kan zijn als uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg, dan wel van wie het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) in een indicatiebesluit als bedoeld in de Wet langdurige zorg heeft vastgesteld dat een aanspraak op zorg bestaat als bedoeld in de Wet langdurige zorg vanwege een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (artikel 1, eerste lid, onderdeel c).

---

[12] EHRM, 24 oktober 1979, Winterwerp tegen Nederland, par. 114; EHRM, 5 oktober 2000, Varbanov tegen Bulgarije, BJ 2001, nr. 36.
[13] Varbanov v. Bulgarije, 31365/96, 05 oktober 2000, par. 47. Zie ook S.R. v. Nederland, 13837/07, 18 september 2012, par. 31.
[14] Aerst v. België, 25357/94, 30 juli 1998, par. 46.

De tweede voorwaarde van het Hof – het noodzakelijkheidscriterium – komt terug in artikel 10, eerste en tweede lid, zoals in de paragraaf over artikel 8 EVRM is toegelicht. Om aan de derde voorwaarde te voldoen wordt regelmatig herbeoordeeld of onvrijwillige zorg nodig is op grond van artikel 8, eerste lid, en artikel 11. Een belangrijke stok achter de deur daarbij is dat er een maximumtermijn wordt gesteld aan het opleggen van verplichte/onvrijwillige zorg (artikel 10, vierde lid, onderdeel f, en artikel 11, tweede, derde en vierde lid).
Deze eisen uit de wet gelden voor elke vorm van onvrijwillige zorg, dus ook in voorkomend geval voor ambulante vrijheidsontneming.

Omdat vrijheidsontneming 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
wordt besproken op welke wijze toezicht op de cliënt moet worden gehouden om diens veiligheid voldoende te borgen en hoeveel zorgverleners op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg aanwezig moeten zijn om een verantwoorde zorgverlening te borgen en dit wordt vastgelegd in het zorgplan. Ook wordt vereist dat er permanent een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is voor verzoeken om hulp van de cliënt of diens naasten. Deze voorwaarden zijn verder 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.

§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 Wzd gedeeltelijk binnen de reikwijdte van dit verdrag.
Voor onvrijwillige 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 uitzonderlijke omstandigheden ambulante vrijheidsontneming op grond van de Wzd 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 onvrijwillige zorg, laat staan tot vrijheidsontneming Slechts bij ernstig nadeel kan onvrijwillige 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.

§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 onvrijwillige zorg buiten een accommodatie is in deze amvb zoveel mogelijk aangesloten bij de eisen en procedures die op grond van de wet gelden voor onvrijwillige 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.

Het 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 Wzd 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 onvrijwillige zorg buiten een accommodatie overwogen wordt omdat zorgverleners in het verleden werkten met het regime van de Wet Bopz, op grond waarvan dwang enkel binnen een accommodatie was toegestaan. Cliënten die buiten een accommodatie verbleven en bij wie enkel vrijwillige zorg niet meer volstond, werden 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 onder de Wzd, blijkt evenwel niet goed op voorhand te bepalen. Daarnaast zal het per cliënt verschillen of en in hoeverre er onvrijwillige zorg buiten een accommodatie wordt verleend, waarbij het bovendien gaat om maatwerk, waarbij altijd wordt gezocht naar de voor de cliënt 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 ambulante onvrijwillige 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.

§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 Wzd 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.

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

Ook is er op verzoek van de IGJ in de toelichting nader ingegaan op de sociale context. Dit is hierboven toegevoegd onder het kopje 'Waarborgen voor onvrijwillige 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 onvrijwillige zorg de aanvullende zorgvuldigheidseisen van artikel 3.2 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".

De IGJ wees er verder op dat in de praktijk onder de noemer 'toezichthoudende domotica' systemen worden gebruikt die feitelijk het effect van insluiting hebben. Het gebruik van domotica is toegestaan buiten de accommodatie.

De IGJ vroeg zich af of in artikel 3.2 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 is benadrukt dat de plicht ervoor te zorgen dat een ter zake deskundige zorgverlener bereikbaar is met zich meebrengt dat een cliënt ook weet op welke manier de zorgverlener te bereiken is.

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.

§ 8: Fraudetoets

Dit besluit brengt geen verhoogd risico op fraude met zich mee. De financiering van (ambulante) onvrijwillige 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 Wzd en dit besluit zal worden verleend altijd meerdere mensen een rol in het proces spelen en er sprake is van verplichte verslaglegging.

§9: (Internet)consultatie

Het onderhavig besluit is in samenhang met het Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvggz) en het Besluit forensische zorg (Bfz) geconsulteerd via internet. 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 namens Helpende Handen, Kansplus, LFB, SIEN en 2CU, 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 verschillende 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 onvrijwillige 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 ambulante dwang zou moeten worden toegestaan, als bij de vraag welke extra voorwaarden hieraan zouden moeten worden gesteld. Ten aanzien van deze vragen

vindt Verenso dat het onderhavige besluit te vroeg komt en nog volstrekt ontoereikend is om een verantwoorde uitvoering van ambulante dwang mogelijk te maken. Verenso dringt derhalve aan op een gefaseerde invoering middels gereguleerde pilots. Daarentegen benadrukken Budgethoudersvereniging Naar-Keuze en het LSR (mede namens Helpende Handen, Kansplus, LFB, Sien en 2CU) het belang van voldoende ruimte voor diversiteit in de uitvoering van dwang in de ambulante setting. Volgens deze organisaties lijkt het dat het wettelijk kader uitgaat van een worst-case scenario wat betreft verzet van een persoon tegen een maatregel en de schade die door de maatregel en dat verzet kan ontstaan. Zij menen dat vanuit dit scenario de bepalingen zijn opgesteld die voor de één onvermijdelijk zijn, maar voor de ander een ernstige belemmering zijn om goede ambulante zorg te bieden. In hun gezamenlijke reactie nuanceren ActiZ en VGN het beeld dat ambulante onvrijwillige zorg iets nieuws zou zijn. Volgens hen is dit niet zo, omdat ook nu reeds onvrijwillige zorg in een ambulante situatie kan worden verleend op basis van de Wgbo. Dit impliceert dat, anders dan uit de reactie van Verenso valt op te maken, er bij inwerkingtreding van dit besluit geen sprake is van een geheel nieuwe situatie die eerst zou moeten worden verkend.
Overigens is er wel een brede consensus over het feit dat de mogelijkheden voor onvrijwillige zorg in een ambulante setting afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van een arts en van diens inzet. Zijn deze niet gewaarborgd, dan impliceert dit dat cliënten moeten worden opgenomen in een accommodatie zodra onvrijwillige zorg nodig is om ernstig nadeel te voorkomen.
Mede gelet op de bijdrage van Verenso (en van LHV /InEen) wordt een voorzichtige start mogelijk gemaakt. Het is aan de zorgaanbieder om, gegeven alle randvoorwaarden, te bezien of het verlenen van onvrijwillige ambulante zorg veilig en verantwoord is, en op basis hiervan te besluiten om dit wel of niet te doen.

Uit de in de reacties genoemde voorbeelden blijkt dat in de zorg voor mensen met psychogeriatrische problemen of een verstandelijke handicap in specifieke gevallen het toepassen van fixatie of insluiting zinvol kan zijn. Wel wordt door verschillende partijen benadrukt dat beide begrippen meerdere gradaties kennen, en dat bij de vormen waarbij de veiligheid van de cliënt in het geding is, extra waarborgen – LHV/InEen stelt voor dat er dan altijd iemand bij de cliënt thuis aanwezig moet zijn – wenselijk zijn. Naar aanleiding van de reacties zijn fixatie en insluiting alsnog mogelijk gemaakt, onder de aanvullende voorwaarde dat er altijd iemand fysiek aanwezig is indien de cliënt in geval van nood hierdoor zichzelf niet in veiligheid kan brengen.

Bevezo, het LSR, Stichting Raad op Maat, Stichting PVP en Zorgbelang Nederland gaan in hun resp. reacties ook in op de functie van de cliëntenvertrouwenspersoon. De reacties behelzen vooral een vraag om een nadere concretisering van deze functie. De regering vindt het echter primair aan het veld zelf om, net als dit bij andere beroepen in de zorg is gebeurd, hier zelf invulling aan te geven. De 'Beleidsvisie organisatorische en financiële borging van de cliëntenvertrouwenspersoon in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten'[15] geldt hierbij als kader. Op dit moment zijn de betrokken partijen bezig om, aan de hand van de beleidsvisie en onder aanvoering van een kwartiermaker, de functie van cliëntenvertrouwenspersoon in te bedden in de VG-

[15] *Kamerstukken II*, 2015-2016, 25 424 nr. 327

en PG-sector. Ook is het veld[16] bezig gezamenlijk een taak-/functieomschrijving met bijbehorende kwaliteits- en opleidingseisen te ontwikkelen. Daarbij wordt als uitgangspunt genomen dat, conform de wens van regering en Tweede Kamer, de functie van cliëntenvertrouwenspersoon vergelijkbaar is met die van de patiëntenvertrouwenspersoon in de ggz.

Artikel 1, vierde lid, van de Wzd biedt de mogelijkheid om aan een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap gelijk te stellen aandoeningen aan te wijzen. Bij de internetconsultatie hebben 's Heeren Loo en Stichting Raad op Maat gevraagd om invulling van deze bepaling. Zij verwijzen naar patiënten met Korsakov of Niet-aangeboren hersenletsel. Ook zijn eerder patiënten met de ziekte van Huntington genoemd. Omdat deze patiënten in verschillende fasen van hun ziekte zorg nodig hebben die onder de Wvggz respectievelijk de Wzd geschaard zou kunnen worden, is zonder nader onderzoek geen eenduidige keuze te maken voor een aanwijzing op grond van de Wzd. De regering laat hier onderzoek naar doen.

De diverse reacties en opmerkingen op bovengenoemde en andere onderwerpen hebben geleid tot aanpassing of nadere verduidelijking van artikelen dan wel de toelichting. Waar dit is gebeurd, 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. 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.

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 4.1, 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 4.1, 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

[16] BeVeZo (beroepsvereniging van cliëntenvertrouwenspersoon), Stichting Raad op Maat, aanbieders van vertrouwenswerk en cliëntenorganisaties binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek.

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 c.

§10: Voorhang

Dit besluit is conform de artikelen 2a, vierde lid, 8, zesde lid en 18c, zevende 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 Wzd van toepassing. Daaronder vallen onder meer de begrippen: Onze Minister, het CIZ, en zorgaanbieder.

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

Op 25 mei 2018 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

Op grond van artikel 2a, eerste lid, van de wet kunnen buiten een accommodatie uitsluitend de vormen van onvrijwillige zorg worden toegepast voor zover die zorgvormen daartoe bij amvb zijn aangewezen. Hieraan wordt uitvoering gegeven in het onderhavige artikel. In het onderhavige artikel zijn alle zorgvormen aangewezen die zijn genoemd in artikel 2, eerste lid, van de wet, om een zo breed mogelijke keuze in het leveren van zorg op maat mogelijk te maken. Deze keuze is in het algemeen deel toegelicht. Wel zal het waarschijnlijk zo zijn dat een aantal vormen slechts zeer sporadisch zullen worden toegepast, wat mede afhankelijk zal zijn van de zorg die cliënt nodig heeft, de setting waarin de onvrijwillige zorg moet worden toegepast, en de expertise die dit van de hulpverleners vraagt. Te denken valt aan gevallen waarbij voor bijvoorbeeld het langdurig insluiten of fixeren van een cliënt diens woonsituatie niet geschikt is, en /of vanwege de aard van de maatregel de veiligheid van de cliënt in het individuele geval buiten de accommodatie niet afdoende kan worden geborgd.

Artikel 2.2

Op grond van artikel 2a, eerste lid, van de wet moeten bij amvb tevens regels worden gesteld over de toepassing van de in artikel 2.1 aangewezen zorgvormen. Deze regels zijn opgenomen in het onderhavige artikel. Dit artikel beoogt aanvullende waarborgen te stellen, naast de belangrijke waarborgen die al in de Wzd zijn opgenomen voor

onvrijwillige zorg (zoals het uitgebreide stappenplan met de eisen van ultimum remedium, proportionaliteit, subsidiariteit, multidisciplinair overleg, overleg met externe deskundige, evaluatie en de vereiste beoordeling door de Wzd-arts) en de algemenere waarborgen die reeds voortvloeien uit andere wetten (zoals de Wkkgz en de Wet BIG). Ambulante onvrijwillige zorg mag uitsluitend worden verleend indien is voldaan aan de genoemde wettelijke voorwaarden en de in artikel 2.2 opgenomen aanvullende voorwaarden.

Zoals aangegeven in het algemeen deel van deze toelichting, is voorafgaand aan 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 de onvrijwillige zorg. Uit die gesprekken kwam het beeld naar voren dat de waarborgen voor de toepassing van dwang binnen en buiten een accommodatie niet veel van elkaar dienen te verschillen. Waarom volgens cliënten voor dwang buiten een accommodatie toch aanvullende waarborgen nodig zijn, komt met name door het verschil tussen de setting binnen een accommodatie en de setting buiten een accommodatie. Zo is, anders dan bij zorg binnen een accommodatie, bij zorg buiten een accommodatie geen sprake van een structuur waarin gedurende de hele periode van het verblijf van de cliënten zorgverleners aanwezig zijn die te allen tijde toegang hebben tot de cliënten voor het noodzakelijke toezicht en het bieden van verzorging, begeleiding of ondersteuning. Een en ander heeft gevolgen voor, onder andere, de mogelijkheid om toezicht op de cliënt te houden met het oog op diens veiligheid, de mogelijkheid om bij escalatie direct collegiale ondersteuning te vragen en de risico's van minder zicht op mogelijk grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners.
Op basis van de input uit het informele overleg met de verschillende deskundigen 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 de cliënt waaraan buiten een accommodatie onvrijwillige zorg wordt verleend, voldoende te waarborgen door middel van toezicht op die cliënt. Uit de informele gesprekken met deskundigen is gebleken dat de wijze waarop de veiligheid van de cliënt door middel van toezicht moet worden geborgd, niet alleen verschilt per (sub)vorm van de in artikel 2.1 genoemde zorg, maar met name ook afhangt van de betrokken cliënt en zijn sociale context. Er zal – zoals bij alle onvrijwillige zorg – sprake moeten zijn van maatwerk.

Als voorbeeld kan worden gegeven het toezicht op de buiten de accommodatie verblijvende cliënt na het gedwongen toedienen van medicatie. Hierbij zijn vele mogelijkheden. Indien sprake is van een medicijn dat mogelijkerwijs bijwerkingen heeft, zal onder meer van belang zijn of sprake is van een eerste toediening of dat dit medicijn al regelmatig is toegediend aan de betrokken cliënt en bekend is hoe de cliënt op dat medicijn reageert. Indien het middel al regelmatig door de cliënt is gebruikt en bekend is dat hij daar goed op reageert, zal na toediening van de medicatie toezicht veelal niet nodig zijn. Als echter sprake is van een eerste toediening dan wel van een medicijn waarvan bekend is dat dit soms bijwerkingen veroorzaakt bij de betrokken cliënt, zal bezien moeten worden welk toezicht met het oog op de veiligheid van de cliënt

noodzakelijk is. Dit zal met name afhangen van de aard en de duur van de (mogelijke) bijwerkingen en de ervaringen met de betrokken cliënt. Zo kan het in sommige gevallen nodig zijn dat een professionele zorgverlener gedurende enige tijd bij de cliënt aanwezig blijft om zo nodig direct te kunnen ingrijpen; daarbij is onder meer van belang over welke deskundigheid een zodanige zorgverlener moet beschikken.
Verder kan ook toezicht door middel van domotica in sommige gevallen een goed instrument zijn, waarbij tevens de aanrijtijd van een deskundige zorgverlener een rol kan spelen.

Bij medicatie is er voorts het onderscheid tussen verschillende methodes van toedienen. Zo kan de medicatie 'verborgen' worden toegediend (bijvoorbeeld het eten of drinken), maar ook kan sprake zijn van het onder dwang geven van een injectie. In het laatste geval kan, onafhankelijk van de aard van de medicatie, grote onrust zijn ontstaan bij de cliënt, hetgeen eveneens toezicht gedurende een bepaalde periode noodzakelijk kan maken.

Ook bij andere (sub)vormen van ambulante onvrijwillige zorg zijn vele scenario's mogelijk, afhankelijk van de betrokken cliënt en zijn omstandigheden. Het is niet wenselijk in de amvb strikte en gedetailleerde inhoudelijke regels ter zake te stellen over de omstandigheden waaronder ambulante onvrijwillige zorg is toegestaan, aangezien het al dan niet toepassen daarvan te allen tijde maatwerk inhoudt. Dit sluit aan bij wat Budgethoudersvereniging Naar-Keuze en het LSR, mede namens Helpende Handen, Kansplus, LFB, Sien en 2CU, in hun consultatiereacties bepleiten: om met het oog op de grote diversiteit aan mensen met uiteenlopende emotionele en cognitieve ontwikkelingsniveaus, al dan niet met bijkomende zintuiglijke, fysieke of psychische problematiek, voldoende ruimte te bieden voor zorg, die het beste bij iemands individuele behoefte en situatie past. Gedetailleerde wettelijke voorschriften kunnen een goede zorgverlening aan de cliënt belemmeren en kunnen bovendien in de weg staan aan de mogelijkheid om snel in te spelen op de meest actuele ontwikkelingen, zoals voornoemde mogelijkheid tot inzet van domotica teneinde toezicht op een voor cliënt 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, cliënt en mantelzorgers de inzet van domotica niet bij voorbaat dient te worden uitgesloten. Wanneer de toepassing van onvrijwillige zorg overigens tot gevolg heeft dat cliënt 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 de cliënt om diens veiligheid voldoende te borgen. De wijze waarop het toezicht voor de specifieke cliënt het beste kan worden gerealiseerd, moet worden besproken in een multidisciplinair overleg en vervolgens worden neergelegd in het zorgplan. Net als bij de uitvoering van

de overige onderdelen van de wet, zal het cliëntperspectief hierbij altijd voorop moeten staan.

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

Bij het opstellen van het zorgplan dient reeds uitvoering te worden gegeven aan de artikelen 8 tot en met 11a van de wet. Dit brengt met zich mee dat, indien het na multidisciplinair overleg niet mogelijk blijkt een goed vrijwillig alternatief te vinden (artikel 9, derde lid, van de wet), op grond van artikel 10, derde lid, van de wet in een multidisciplinair overleg, onder meer bezien moet worden of onvrijwillige zorg – kortweg - noodzakelijk en proportioneel is. Tevens moet in dat overleg worden besproken in hoeverre de thuissituatie van de cliënt geschikt is voor de zorg die aan de cliënt zal worden verleend. Dit laatste wordt door middel van het huidige artikelonderdeel nader ingevuld doordat in het multidisciplinaire overleg, bedoeld in artikel 10, derde lid, van de wet, in geval van ambulante onvrijwillige zorg tevens het noodzakelijke toezicht op de cliënt met het oog op diens veiligheid uitdrukkelijk moet worden beoordeeld. Juist als het gaat om het verlenen van onvrijwillige zorg in de thuissituatie en de draagkracht van familie en naasten is overleg en afstemming met de huisarts hierbij onontbeerlijk.
Op grond van artikel 10, achtste lid, van de wet dient de zorgverantwoordelijke het zorgplan aan te passen op basis van de conclusies van laatstbedoeld multidisciplinair overleg. In aanvulling op hetgeen daarover reeds is geregeld in artikel 10, achtste lid, van de wet, verplicht het onderhavige onderdeel a, de zorgverantwoordelijke ertoe om aan de in dat lid bedoelde beschrijving toe te voegen op welke wijze in geval van ambulante onvrijwillige zorg, met het oog op de veiligheid van de cliënt voldoende toezicht op de cliënt wordt gehouden. Indien het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de daarvoor gestelde termijn af te bouwen, moet op grond van de wet opnieuw multidisciplinair overleg plaatsvinden, met dien verstande dat daaraan in ieder geval ook een niet bij de zorg betrokken deskundige deel moet nemen (artikel 10, tiende lid, van de wet). Ook daarbij zal wederom moeten worden bezien of zodanig toezicht wordt gehouden dat de veiligheid van de cliënt voldoende is gewaarborgd.
In dit kader wordt nog opgemerkt dat het zorgplan waarin onvrijwillige zorg is opgenomen, moet worden overgelegd aan de Wzd-arts. De Wzd-arts moet onder meer beoordelen of het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen. De Wzd-arts zal daar alle relevante aspecten bij moeten betrekken, waaronder of sprake is van voldoende toezicht.

Eerste lid, onderdeel b

Met name op het moment dat de onvrijwillige zorg daadwerkelijk door zorgverleners wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld als tegen de wil van de cliënt een keukenkastje of de gaskraan wordt afgesloten, een bedhek omhoog wordt gezet, medicatie wordt toegediend, een cliënt wordt gedoucht e.d., is er risico op een uiting van verzet van de cliënt. Dit verzet kan zich uiten in verbaal verzet (‘nee’ zeggen), maar ook in meer fysiek

verzet. Fysiek verzet kan bestaan uit een afwerend gebaar, maar kan ook een stevigere vorm aannemen. Iedere vorm van verzet kan leiden tot escalatie; of dit gebeurt hangt vaak in belangrijke mate af van de persoon, de aandoening van de individuele cliënt, de context en de wijze waarop de zorgverlener op dit verzet inspeelt. Zoals reeds opgemerkt, heeft de setting bij zorgverlening buiten een accommodatie onder meer tot gevolg dat het vaak niet mogelijk zal zijn om bij escalatie direct collegiale ondersteuning te krijgen. Met het oog op een verantwoorde zorgverlening, waarbij niet alleen de veiligheid van de cliënt maar ook de veiligheid van de zorgverlener en eventuele mantelzorgers/huisgenoten van belang is, moet daarom te voren in een multidisciplinair overleg op basis van een risico-inschatting uitdrukkelijk worden beoordeeld hoeveel (één of meerdere) zorgverleners aanwezig moeten zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg. Bij die beoordeling kunnen de vorm van onvrijwillige zorg, de persoon en aandoening van de cliënt, de sociale omgeving, de bekendheid met de reacties van de cliënt, de aanrijtijd van collega-zorgverleners en eventuele andere relevante factoren worden betrokken.

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

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

Eerste lid, onderdeel c

De problematiek van personen met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening beperkt zich niet tot kantoortijden. Weliswaar zullen veel uitvoeringshandelingen van onvrijwillige zorg plaatsvinden tijdens reguliere werktijden, maar de gevolgen daarvan en de daarmee verband houdende vragen en verzoeken om hulp van cliënten en hun naasten, zullen zich op ieder moment van het etmaal voor kunnen doen. Anders dan bij onvrijwillige zorg binnen een accommodatie, zijn in de setting buiten de accommodatie in het algemeen minderzorgverleners aanwezig of direct beschikbaar. Om die reden is het belangrijk dat de zorgaanbieder er zorg voor draagt dat in geval ambulante onvrijwillige zorg ook buiten kantooruren een deskundige hulpverlener bereikbaar is voor de cliënt en zijn naasten. Deze eis van bereikbaarheid vloeit 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 de cliënt zich bevindt. Dit betekent dat een zodanige voorziening moet worden gerealiseerd dat de betrokken zorgverlener daarvoor ofwel zelf beschikbaar is ofwel zo nodig daartoe de hulp van een andere ter zake deskundige zorgverlener in kan roepen.

Het wordt aan de zorgaanbieder overgelaten hoe hij dit realiseert. Het resultaat moet in elk geval zijn dat iedere cliënt (en zijn familie of naaste) voor verzoeken om hulp naar aanleiding van de verleende ambulante onvrijwillige zorg altijd een ter zake deskundige zorgverlener kan bereiken en de noodzakelijke ondersteuning krijgt. Zo kan een zorgaanbieder bijvoorbeeld een centrale telefonische hulplijn hebben die bemand wordt door een zorgverlener die de deskundigheid heeft om direct advies te verstrekken en/of in te schatten welke zorgverlener (nog meer) moet worden ingeschakeld. Een zorgaanbieder kan een voorziening voor de permanente bereikbaarheid en ondersteuning zelf organiseren, maar kan ook samenwerkingsafspraken maken met andere zorgaanbieders in de regio of aansluiten bij een bestaande infrastructuur als 'front office', mits de deskundigheid op het gebied van onvrijwillige zorg is gewaarborgd. De AP heeft hierop gewezen in haar advies over onderhavig besluit. 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 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 de cliënt weet op welke manier hij de zorgverlener kan bereiken. De zorgaanbieder zal deze informatie dus aan de cliënt te verstrekken.

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

Eerste lid onderdeel d

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

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

De 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 d, onder 1°

Een belangrijk voordeel van het verlenen van onvrijwillige zorg in de ambulante setting kan zijn dat opname in een accommodatie (indien de cliënt daarvoor in aanmerking komt) daarmee wordt voorkomen. Het voorkomen van een opname in een accommodatie is echter geen doel op zich. Het gaat erom wat het beste is voor de cliënt. Een onvrijwillige opname kan nog steeds op een bepaald moment de meest passende zorg zijn. Daarnaast moeten ook de belangen van de relevante familie en naasten van de cliënt bij de keuze worden betrokken.

Belangrijk is dat steeds de voorkeur van cliënt 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 onvrijwillige zorg in principe tot de mogelijkheden behoort, maar cliënt een dergelijke behandelwijze niet ziet zitten. Vaak zal het voor de cliënt het beste zijn om in zijn eigen vertrouwde omgeving te blijven. Er zijn echter ook situaties waarin opname in een accommodatie beter is voor een cliënt, bijvoorbeeld omdat een belangrijk deel van de onvrijwillige zorg dan (sneller) kan worden afgebouwd. Ook kan het zijn dat de ambulante onvrijwillige zorg die aan de cliënt wordt verleend, ernstige nadelige gevolgen voor zijn huisgenoten met zich brengt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als cameratoezicht nodig is of andere vormen van zorgdomotica worden toegepast, waarmee de privacy van huisgenoten in het geding raakt. Dit zijn slechts enkele factoren

die een rol zouden kunnen spelen bij de beoordeling of ambulante onvrijwillige zorg al dan niet de voorkeur heeft boven een opname in een accommodatie. De zorgaanbieder zal in zijn beleidsplan moeten vastleggen welke factoren in ieder geval bij deze beoordeling moeten worden meegewogen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het rekening houden met de voorkeur van de cliënt (zoals die tot uitdrukking is gebracht door de cliënt of zijn vertegenwoordiger). Ook de draagkracht/draaglast van eventuele mantelzorgers zal hier een rol kunnen spelen. Met deze in het beleidsplan omschreven factoren zal bij het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan rekening moeten worden gehouden. Indien de voorbereiding van dat zorgplan tot de conclusie leidt dat onvrijwillige opname in een accommodatie de beste optie is, kan de zorgaanbieder of de Wzd-arts bij het CIZ een verzoek indienen om een rechterlijke machtiging aan te vragen.

Eerste lid, onderdeel d, onder 2°

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

Eerste lid, onderdeel d, onder 3°

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

Eerste lid, onderdeel d, onder 4°

Overwogen is om ambulante onvrijwillige zorg niet mogelijk te maken in geval van fysiek verzet. Dit met name omdat dwang buiten de accommodatie (en met name in de eigen woning) inbreuk maakt op het veilige gevoel van de cliënt in zijn eigen woonomgeving. Hier is om meerdere redenen van afgezien. Een van deze redenen is dat er zeer veel verschillende vormen van fysiek verzet mogelijk zijn die lastig op objectieve wijze zijn te onderscheiden. Een enkel afwerende armbeweging richting de zorgverlener hoeft bijvoorbeeld niet tot escalatie te leiden. Als het hierbij blijft en om reden van dit

'fysiek verzet' overgegaan zou moeten worden tot opname in een accommodatie kan dat buitenproportioneel zijn en zal dit veelal niet in het voordeel van de cliënt geacht kunnen worden. Tot slot wordt erop gewezen dat ook binnen een accommodatie cliënten zich thuis en veilig kunnen voelen en er in dat opzicht dan ook vaak geen verschil is met het gevoel van een cliënt buiten de accommodatie.

Dit wil overigens niet zeggen dat er geen grenzen zijn bij ambulante onvrijwillige zorg in het geval van fysiek verzet. Beoordeeld zal moeten worden hoe in geval van ambulante onvrijwillige zorg op verantwoorde wijze wordt omgegaan met fysiek verzet. Het is van belang dat iedere zorgaanbieder hier te voren over nadenkt, uitgaand van zijn eigen cliëntenpopulatie, en dit vastlegt in zijn beleidsplan; dit is bepaald in het onderhavige artikelonderdeel. Hierbij zullen meerdere aspecten aan de orde kunnen komen. Gedacht kan worden aan zaken als manieren om te de-escaleren, wanneer de hulp van collega's moet worden ingeschakeld, wanneer een gedragsdeskundige wordt ingeschakeld, hoe de veiligheid van de cliënt en zorgverleners kan worden geborgd, de benodigde deskundigheid en ervaring van het personeel in het omgaan met agressie en wanneer het verlenen van gedwongen zorg, gezien de mate van verzet, niet verantwoord is en opname van de cliënt om die reden de voorkeur heeft. Het is aan de zorgaanbieder hier nader invulling aan te geven, mede rekening houdend met zijn eigen cliëntenpopulatie. In het kader van het toezicht kan de 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 d, onder 5°

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

Eerste lid, onderdeel d, onder 6°

Grensoverschrijdend gedrag door zorgverleners is ontoelaatbaar, of er nu vrijwillige of onvrijwillige zorg wordt verleend. Wanneer er onvrijwillige zorg 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 (onvrijwillige) zorg buiten de accommodatie is het echter voorstelbaar dat naast de zorgverlener en de cliënt geen andere personen aanwezig zijn (of uitsluitend een andere kwetsbare persoon aanwezig is). Dit zal in het algemeen niet bezwaarlijk zijn, uitgaande van de professionele houding van de zorgverleners. De doelgroep van de wet betreft echter zeer kwetsbare cliënten die vaak niet alleen moeilijk voor zichzelf kunnen opkomen maar zich soms ook moeilijk kunnen uiten. Het is daarom van belang dat er in

geval van onvrijwillige zorg buiten de accommodatie een waarborg wordt ingebouwd, gericht op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. Om die reden is in onderdeel d, onder 6°, bepaald dat in het beleidsplan moet zijn vastgelegd op welke wijze in geval van ambulante onvrijwillige zorg wordt toegezien op het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener. In artikel 11, vierde lid, van de wet is reeds bepaald dat in het zorgplan moet worden vastgelegd hoe de zorgaanbieder en de Wzd-arts de kwaliteit van de onvrijwillige zorg bewaken en toezicht houden op de uitvoering van de onvrijwillige zorg. Daarbij zal hetgeen op grond van onderdeel d, onder 6°, in het beleidsplan ter zake is opgenomen, moeten worden meegenomen. Op deze wijze wordt bewerkstelligd dat er in het kader van het toezicht op de uitvoering van de ambulante onvrijwillige zorg uitdrukkelijk aandacht is voor het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag door een zorgverlener.

Tweede lid

Dit artikellid heeft betrekking op situaties als bedoeld in artikel 15 van de wet. Dit betreft situaties waarin onvrijwillige zorg nodig is waarin het zorgplan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien, dan wel noodsituaties ingeval er nog geen zorgplan tot stand is gekomen. In beide gevallen wordt het stappenplan, bedoeld in de artikelen 8 tot en met 11a van de wet, niet doorlopen. Dit betekent dat toepassing van de onderdelen a en b van het eerste lid van het onderhavige artikel, in deze situaties niet passend is. De toepassing van deze artikelonderdelen is om die reden voor deze situaties uitgesloten. Het is echter wel van belang dat ook in deze situaties voldoende toezicht op de cliënt wordt gehouden en dat er voldoende zorgverleners aanwezig zijn op het moment van de daadwerkelijke uitvoering van de onvrijwillige zorg. Om die reden is bepaald dat ambulante onvrijwillige zorg in deze situaties uitsluitend plaats kan vinden indien zulks is vastgelegd in de in artikel 15 van de wet bedoelde schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke.
Overigens kan worden opgemerkt dat in voorkomende noodsituaties waarin de cliënt bijvoorbeeld agressief wordt jegens de zorgverlener, de zorgverlener moet kunnen ingrijpen zonder daartoe een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke af te wachten. In zulke acute noodsituaties is dan ook geen schriftelijke beslissing.

Artikel 3.1

Artikel 3.1 stelt eisen aan degenen die als externe deskundigen mogen optreden. Vereist is dat ze tot een van de in het eerste lid genoemde categorieën behoren. Omdat het belangrijk is dat de deskundige kennis heeft op het terrein van de doelgroep wordt slechts een bepaalde groep experts toegestaan om als externe deskundige op te treden. Daarnaast is van belang dat de deskundige aantoonbare ervaring heeft in het voorkomen en afbouwen van onvrijwillige zorg. Dit zal met name zo zijn bij degenen die ervaring hebben in het begrijpen en het kunnen voorkomen en terugdringen van probleemgedrag. Het is namelijk belangrijk dat de externe deskundige is gericht op het zoeken van vrijwillige alternatieven voor onvrijwillige zorg waar dat de zorgverantwoordelijke tot dan toe niet gelukt is. Daarbij moet hij oog hebben voor de wisselwerking tussen de cliënt en zijn omgeving. Het is niet de bedoeling dat de externe deskundige slechts optreedt om het voortzetten van de onvrijwillige zorg te verantwoorden.

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

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

Artikel 3.2

Uit de wet vloeien verschillende taken voort voor het CIZ. Met deze bepaling worden eisen gesteld aan de personen die die taken voorbereiden. Vanwege de grote gevolgen die de beslissingen van het CIZ op grond van deze taken kunnen hebben op het leven van een cliënt is het belangrijk dat er in ieder geval een arts bij betrokken is. Voor andere cliënten kunnen nadere eisen worden gesteld bij ministeriële regeling.
Hiermee wordt ook aangesloten bij het proces dat het CIZ hanteerde voor het voorbereiden van opnamebesluiten op basis van de Wet bopz. Dat proces bestaat er gewoonlijk uit dat één onderzoeker een voorbereidende studie doet en vervolgens samen met een arts een conceptbesluit opstelt. Het CIZ neemt uiteindelijk zelf het besluit.
Dit proces blijkt in de praktijk goed te werken en met artikel 4.2 krijgen deze 'best practices' een juridische status. Mocht er op termijn toch behoefte zijn aan nadere uitwerking, dan biedt het tweede lid dus de mogelijkheid om dat in een ministeriële regeling te doen.

Artikel 4.1

Het eerste lid van artikel 4.1 sluit aan bij artikel 5(1) onder 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 artikel 32 van de AVG. Het voorgestelde artikel 4.1, eerste lid, van onderhavig besluit biedt het uitgangspunt voor het tweede lid,

waarin wordt geregeld wat ten minste van de verwerkingsverantwoordelijke (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 verwerkingsverantwoordelijke gegevensverwerkingen zodanig inrichten dat die verwerkingsverantwoordelijke kunnen voldoen aan de verplichtingen tot het verstrekken van gegevens die volgen uit de Wzd. Het verstrekken van gegevens omvat het bekend maken door middel van doorzending, verspreiden of het op andere wijze en het ter beschikking stellen van gegevens, naar analogie van de definitie van het verwerken van persoonsgegevens in artikel 4 (2) van de AVG. Voor de duidelijkheid: in dit lid wordt gesproken van 'gegevens'. Dat is dus ruimer dan 'persoonsgegevens' en omvat daarmee ook de in artikel 18 van de wet bedoelde analyse, die aan de IGJ moet worden gestuurd.
Wat betreft de 'tijdigheid': de Wzd stelt niet steeds concrete termijnen, maar vanwege het doel van de verstrekking – beslissen over gedwongen zorg t.a.v. een persoon voor wie ernstig nadeel dreigt –zal verstrekking op zo kort mogelijke termijn vaak nodig zijn. Het is dus van belang dat de inrichting van alle gegevensverwerkingen zodanig is dat de termijnen waar nodig zo kort mogelijk zijn.

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

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 5.1

Artikel 5.1 betreft de samenstelling van de klachtencommissie. Artikel 53, eerste lid, van de wet regelt dat de klachtencommissie bestaat uit een oneven aantal van tenminste drie leden die niet werkzaam zijn bij of voor de zorgaanbieder. Onderhavig besluit regelt dat van die drie leden, in ieder geval een jurist zitting heeft, alsmede één of meerdere van de in artikel 6.1 genoemde deskundigen. In dit artikel is aangesloten bij de eisen van artikel 4, tweede lid, van het Besluit klachtenbehandeling Bopz, met dien verstande dat het onderhavige artikel is toegespitst op de Wzd en qua terminologie is

geactualiseerd. Zo is de verouderde term 'verpleeghuisarts' vervangen door de actuele term 'specialist ouderengeneeskunde'. Die term is in 2009 aangepast omdat 'verpleeghuisartsen' steeds vaker ook buiten het verpleeghuis werkten.
Daarnaast is de arts verstandelijk gehandicapten toegevoegd omdat deze beroepsgroep veel expertise heeft op het terrein van de problematiek van verstandelijk gehandicapten.

Artikel 5.2

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

Artikel 6.1

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

Artikel 6.1 bevat eisen ten aanzien van de deskundigheid waarover een cliëntenvertrouwenspersoon moet beschikken. Om zijn werk goed te kunnen doen, is het allereerst van groot belang dat de cliëntenvertrouwenspersoon de doelgroep van cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening goed kent. Hij moet ervaring hebben met werkzaamheden waarvoor kennis is vereist van de specifieke zorgbehoeften van deze doelgroepen. Omdat cliënten met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening zelf niet altijd goed hun wensen of behoeften kunnen verwoorden, is het voorts van belang dat de cliëntenvertrouwenspersoon over kennis en ervaring beschikt, als hij op verzoek van de cliënt wordt ingeschakeld, om de uiteindelijke 'vraag achter de vraag' te achterhalen en hij ervaring heeft met het toepassen van methoden voor vraag- en probleemherkenning. Tot slot zal een cliëntenvertrouwenspersoon ook aantoonbare ervaring moeten hebben met werkzaamheden die kennis vereisen van de rechten van personen aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend. Deze ervaring kan zijn opgedaan bij werkzaamheden voor de betrokken doelgroep, maar ook in het kader van werkzaamheden voor bijvoorbeeld patiënten met een psychiatrische stoornis.
In dit kader wordt opgemerkt dat, net als bij de Stichting PVP, ook van de aanbieders van cliëntenvertrouwenspersonen wordt verwacht dat zij zorg dragen voor de noodzakelijke scholingen op onder andere het terrein van cliëntenrechten en de

vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Wet zorg en dwang. Het veld[17] is op dit moment bezig gezamenlijk een taak-/functieomschrijving met bijbehorende kwaliteits- en opleidingseisen te ontwikkelen. Daarbij wordt als uitgangspunt genomen dat, conform de wens van regering en Tweede Kamer, de functie van cliëntenvertrouwenspersoon vergelijkbaar is met die van de patiëntenvertrouwenspersoon in de ggz. Deze taak-/functieomschrijving kan waardevol zijn voor de zorgkantoren om te bepalen op welke wijze zij de de inkoop van het vertrouwenswerk vormgeven.

Artikel 6.2

De onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder en de taken en bevoegdheden van de cliëntenvertrouwenspersoon worden onder meer uitgewerkt in het onderhavige artikel. Dit artikel bepaalt dat een cliëntenvertrouwenspersoon niet tegelijkertijd een klachtenfunctionaris in de zin van artikel 15 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg kan zijn.
De taken en verantwoordelijkheden van deze klachtenfunctionaris en de cliëntenvertrouwenspersoon overlappen elkaar gedeeltelijk: beide functionarissen kunnen patiënten op verzoek bijstaan, adviseren en begeleiden bij een klacht. Er bestaat echter ook een belangrijke verschil tussen beide functionarissen. De taken van de cliëntenvertrouwenspersoon zijn volledig gericht op het bieden van partijdige ondersteuning aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en op het opkomen voor de belangen van de cliënt. De klachtenfunctionaris heeft mede tot taak onpartijdig te bemiddelen tussen de klager enerzijds en de zorgaanbieder of medewerker van de zorgaanbieder anderzijds.
Doordat de klachtenfunctionaris niet vanuit zijn functie partijdig is voor de cliënt, zou een klachtenfunctionaris die ook cliëntenvertrouwenspersoon is, bij de cliënt twijfel kunnen opwekken over de vraag of de cliëntenvertrouwenspersoon zich volledig richt op de (partijdige) ondersteuning van de cliënt. Juist bij onvrijwillige zorg, waar er sprake kan zijn van een heftige inbreuk op de vrijheid of persoonlijke levenssfeer van mensen, mag er voor de cliënt en diens vertegenwoordiger immers geen enkele twijfel over bestaan dat degene die de cliënt bijstaat onvoorwaardelijk aan diens kant staat. Dit laat overigens onverlet dat, zoals beschreven in de brief aan de Tweede Kamer d.d. 12 september 2016 'Beleidsvisie organisatorische en financiële borging van de cliëntenvertrouwenspersoon in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten'[18], dat de cliëntenvertrouwenspersoon over competenties moet beschikken om vanuit zijn partijdige gerichtheid op (de belangen van) de cliënt de verbinding te kunnen leggen met degenen met wie de belangen van de cliënt botsen, zodat problemen zo snel en zo laagdrempelig mogelijk kunnen worden opgelost.

Artikel 57 van de wet regelt dat de cliëntenvertrouwenspersoon zijn werkzaamheden onafhankelijk van de zorgaanbieder, de Wzd-arts, de zorgverantwoordelijke en het CIZ verricht. De onafhankelijkheid van de cliëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van de zorgaanbieder en het CIZ wordt gewaarborgd door de eis uit artikel 6.2, tweede lid, van

[17] BeVeZo (beroepsvereniging van cliëntenvertrouwenspersoon), Stichting Raad op Maat, aanbieders van vertrouwenswerk en cliëntenorganisaties binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische problematiek.
[18] *Kamerstukken II*, 2015-2016, 25 424 nr. 327

dit besluit dat de cliëntenvertrouwenspersoon niet werkzaam mag zijn voor de zorgaanbieder of het CIZ. Dat houdt in dat hij niet in dienst mag zijn bij de zorgaanbieder of het CIZ en ook niet door deze partijen mag worden ingehuurd, bijvoorbeeld als zzp'er of op detacheringsbasis, terwijl er ook niet anderszins sprake mag zijn van een contractuele relatie tussen de zorgaanbieder dan wel het CIZ en de cliëntenvertrouwenspersoon. Wel is de zorgaanbieder ervoor verantwoordelijk dat 'zijn' cliënten een beroep kunnen doen op een cliëntenvertrouwenspersoon. In de Beleidsvisie van 12 september 2016 is gesteld dat de beschikbaarheid van de cliëntenvertrouwenspersoon op regionaal niveau wordt georganiseerd. In het Verslag van het schriftelijk overleg naar aanleiding van deze Beleidsvisie[19] d.d. 21 maart 2017 wordt het model geschetst waarbij zorgkantoren het benodigde vertrouwenswerk inkopen bij de beschikbare aanbieders van vertrouwenswerk.

Artikel 6.3

De taken die de cliëntenvertrouwenspersoon heeft, volgen uit artikel 57 van de wet. Een cliëntenvertrouwenspersoon verleent op verzoek advies en bijstand aan de cliënt of de vertegenwoordiger. Daarnaast kan de cliëntenvertrouwenspersoon meldingen doen bij de IGJ over tekortkomingen in de structuur of de uitvoering van onvrijwillige zorg. Omdat cliënten in de vg-sector en de pg-sector soms niet in staat zijn om zelf om advies en bijstand te vragen is het belangrijk dat de hulp die een cliëntenvertrouwenspersoon aan een cliënt kan bieden duidelijk zichtbaar is voor cliënten en hun naasten en vertegenwoordigers. Ook is het van belang dat medewerkers van een zorgaanbieder goed op de hoogte zijn van de rol en de rechten van de cliëntenvertrouwenspersoon. Daarom bepaalt artikel 6.3 dat de cliëntenvertrouwenspersoon voorlichting moet geven aan de cliënten en hun vertegenwoordigers en aan de medewerkers van de zorgaanbieder over de aard en uitvoering van zijn taken. Dit kan hij bijvoorbeeld mondeling doen of door middel van het uitdelen van brochures of ander visueel materiaal aan huis of in de accommodatie waar de cliënt verblijft. Het belang van voorlichting aan medewerkers – en dan met name de zorgverantwoordelijken - is hier in gelegen, dat er bij hen een alertheid ontstaat om cliënten en hun naasten en vertegenwoordigers actief te wijzen op de mogelijkheid advies en bijstand te vragen van een cliëntenvertrouwenspersoon als opname van onvrijwillige zorg in het zorgplan aan de orde is.
Het volgt uit de rol van de cliëntenvertrouwenspersoon en de verhouding met de zorgaanbieder dat de zorgaanbieder de cliëntenvertrouwenspersoon alle ruimte dient te geven om voorlichting te kunnen geven.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

[19] Verslag van een schriftelijk overleg inzake beleidsvisie organisatorische en financiële borging van de cliëntenvertrouwenspersoon in de zorg voor verstandelijk beperkte en psychogeriatrische cliënten ; *Kamerstukken II*, 2016-2017, 25 424, nr. 347