



## **Regeling van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van 24 augustus 2023, kenmerk 3657200-1052106-WJZ, houdende wijziging van de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten in verband met de gewijzigde vormgeving van de analyse van door zorgaanbieders verleende verplichte of onvrijwillige zorg**

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,

Gelet op artikel 8:25, tweede lid, van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en artikel 18, tweede lid, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten;

Besluit:

### **ARTIKEL I**

De Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 8 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het derde lid komt te luiden:

3. De periode waarop de analyse betrekking heeft, is 1 januari tot en met 31 december van elk kalenderjaar.

2. In het vierde lid wordt 'uiterlijk twaalf weken' vervangen door 'binnen zes maanden'.

B

Artikel 9 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. In de analyse, bedoeld in artikel 8:25, eerste lid, van de wet neemt de zorgaanbieder in ieder geval op:
  - a. de ontwikkeling van het aantal crisismaatregelen, machtigingen tot voortzetting van een crisismaatregel, of zorgmachtigingen, met inbegrip van machtigingen afgegeven op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, ten opzichte van de voorgaande vijf kalenderjaren;
  - b. in welke mate verplichte zorg zoals vermeld in een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van een crisismaatregel of zorgmachtiging daadwerkelijk tot uitvoering is gebracht;
  - c. een duiding van de verleende verplichte zorg, waaronder in elk geval de vormen van verplichte zorg als bedoeld in artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a, b, c of j, van de wet;
  - d. een duiding van de verleende verplichte zorg, anders dan die in een accommodatie aan een betrokkene is verleend, als bedoeld in artikel 2:4, eerste lid, van de wet;
  - e. in hoeverre en op welke wijze verplichte zorg is voorkomen, dan wel voorkomen had kunnen worden;
  - f. welke leer- en ontwikkelpunten op grond van onderdelen a tot en met e zijn geïdentificeerd, op welke wijze daaraan uitvoering wordt gegeven, en in hoeverre dit aanleiding geeft tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 2:2 van de wet.

2. Het tweede lid vervalt, onder vernummering van het derde tot tweede lid.

3. In het tweede lid (nieuw) wordt 'artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen' vervangen door 'artikel 3 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018'.



## ARTIKEL II

De Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten wordt als volgt gewijzigd:

### A

Artikel 6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het derde lid komt te luiden:

3. De periode waarop de analyse betrekking heeft, is 1 januari tot en met 31 december van elk kalenderjaar.

2. In het vierde lid wordt 'uiterlijk twaalf weken' vervangen door 'binnen zes maanden'.

### B

Artikel 7 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onderdeel c, komt te luiden:

- c. een duiding van de verleende onvrijwillige zorg en van de verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van de voorgaande analyse;

2. Het eerste lid, onderdeel d, komt te luiden:

- d. een duiding van de verleende onvrijwillige zorg, anders dan die in een accommodatie aan een cliënt is verleend als bedoeld in artikel 2a, eerste lid, van de wet;

3. In het eerste lid worden na onderdeel d twee onderdelen toegevoegd, luidende:

- e. in hoeverre en op welke wijze onvrijwillige zorg is voorkomen, dan wel voorkomen had kunnen worden;
- f. welke leer- en ontwikkelpunten op grond van onderdelen a tot en met e zijn geïdentificeerd, op welke wijze daaraan uitvoering wordt gegeven, en in hoeverre dit aanleiding geeft tot aanpassing van het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet.

4. Het tweede lid vervalt, onder vernummering van het derde tot tweede lid.

5. In het tweede lid (nieuw) wordt 'artikel 2 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen' vervangen door 'artikel 3 van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018'.

## ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst, en werkt terug tot en met 1 januari 2023.

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

*De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder*



## TOELICHTING

### Algemeen deel

De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Stb. 2018, 37) (hierna: Wvggz) en Wet zorg en dwang verstandelijk gehandicapte en psychogeriatrische cliënten (Stb. 2018, 37) (hierna: Wzd) regelen de rechten van personen die in aanraking komen met verplichte of onvrijwillige zorg en de procedures die gevolgd moeten worden om verplichte of onvrijwillige zorg toe te passen. Verplichte of onvrijwillige zorg behelst een inperking van grondrechten en kan alleen als ultimum remedium ingezet worden om (dreigend) ernstig nadeel te voorkomen of weg te nemen. Vanwege het ingrijpende karakter van verplichte of onvrijwillige zorg zijn niet alleen de waarborging van de rechtpositie van betrokkenen en een zorgvuldig besluitvormingsproces van belang, maar ook het toezicht op de toepassing van verplichte of onvrijwillige zorg en het achteraf reflecteren op de ingezette zorg. Op die manier wordt ook bezien of is voldaan aan de uitgangspunten van verplichte of onvrijwillige zorg zoals neergelegd in artikel 2:1 van de Wvggz en artikel 10 van de Wzd, waaronder proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid.

Om die reden is ook een lerend element opgenomen als onderdeel van de Generieke Module Assertieve en Verplichte zorg, die in samenwerking met onder meer patiëntenvereniging MIND, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) tot stand is gekomen: 'Met betrekking tot de toepassing van verplichte zorg ligt een eerste stap in het bewustwordingsproces van de hoeveelheid toepassingen van verplichte zorg die op de werkvloer gebruikt worden, zowel ambulant als klinisch. Een tweede stap ligt dan bij de reflectie of de verplichte zorg ook voorkómen had kunnen worden parallel met de vraag of de verplichte zorg uiteindelijk heeft bijgedragen aan het herstelproces van de patiënt.' Er wordt in de module aanbevolen om op afdelingsniveau, binnen dezelfde instelling of uit verschillende instellingen, intervisies te organiseren om van elkaar te leren. Er kan bijvoorbeeld met FACT-teams of HIC-afdelingen besproken worden hoeveel patiënten er met een crisismaatregel of zorgmachtiging zijn, hoe vaak verplichte zorg wordt toegepast, hoe vaak dit buiten de accommodatie (dus ambulant) gebeurt en of (en zo ja, hoe) de verplichte zorg voorkomen had kunnen worden. De vraag of de verplichte zorg heeft bijgedragen aan het herstel van de betrokkene speelt hieraan parallel. De Generieke Module Assertieve en Verplichte zorg is te raadplegen via [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl).

Op grond van artikel 8:25 van de Wvggz zijn zorgaanbieders verplicht om ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: inspectie) een door het bestuur ondertekende analyse aan de inspectie te zenden. De Wzd voorziet in dezelfde verplichting welke omschreven is in artikel 18 van de Wzd. De interne doorwerking van de inzichten die het uitvoeren van een analyse opleveren zijn echter evenzo belangrijk: de zorgaanbieder kan lering trekken uit de door hem verleende verplichte of onvrijwillige zorg. De zorgaanbieder verwerkt de gegevens, als bedoeld in artikelen 8:4 en 8:24 van de Wvggz en artikelen 16 en 17 van de Wzd, om de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid omtrent verplichte of onvrijwillige zorg te beoordelen en, indien daar aanleiding toe is, het beleid te wijzigen en die wijzigingen vervolgens te implementeren in de praktijk.

De wetten voorzien in een delegatiegrondslag op grond waarvan bij ministeriële regeling regels kunnen worden gesteld over de inhoud en de wijze van verstrekken van de analyse. Artikel 9 van de Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Rvggz) en artikel 7 van de Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Rzd) regelen de minimumeisen aan de inhoud van de analyse. Uit signalen vanuit de sector is gebleken dat de sinds inwerking-treding van de wetten aan de analyse gegeven invulling weliswaar voldoende basis bood voor de toezichthoudende taken van de inspectie, maar nog niet voldoende aansloot bij de uitvoeringspraktijk en informatiebehoefte van de zorgaanbieder voor diens interne kwaliteitscyclus om te kunnen leren en verbeteren. Ook zou deze invulling onvoldoende flexibiliteit bieden voor de diversiteit aan zorgaanbieders om de analyse toe te kunnen spitsen op hun specifieke dagelijkse praktijk.

Dit voortschrijdend inzicht was aanleiding om in overleg met de Nederlandse ggz, patiëntenvereniging MIND en de inspectie te komen tot een andere invulling van de minimumeisen aan de inhoud van de analyse. Enkele zorgaanbieders hebben zich bereid gevonden om bij wijze van proef een analyse te maken aan de hand van een gewijzigde inhoud. De uitkomsten hiervan zijn vervolgens met die zorgaanbieders, de Nederlandse ggz en de inspectie gezamenlijk besproken, wat heeft geleid tot onderhavige aanpassingen aan artikel 9 van de Rvggz. Alle partijen hebben aangegeven dat de nieuwe redactie van artikel 9 instrumenteel kan zijn aan het verkrijgen van breder en diepgaander inzicht in de toepassing van verplichte zorg, en daarmee kan bijdragen aan het voorkomen en terugdringen van dwang door de zorgaanbieder. De Nederlandse ggz stelt samen met haar achterban



en MIND een handreiking op om de eenduidigheid en kwaliteit van de analyses te bevorderen. MIND heeft aangegeven graag mee te werken aan de handreiking, die zij belangrijk vindt om de lerende cultuur in de ggz te versterken en verplichte zorg terug te dringen.

ActiZ, VGN en V&VN merkten naar aanleiding van de voorbereiding van de wijziging ten aanzien van de Rvggz en de bijbehorende consultatie op dat een vergelijkbare wijziging van de nadere regels over de analyse in de Rzd ook wenselijk zou zijn voor de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Hiertoe is samen met brancheorganisaties en betrokken zorgaanbieders een voorstel ontwikkeld tot wijziging van de Rzd. Deze wijziging is vervolgens getoetst in de landelijke werkgroep van brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties die bij de uitvoering van de Wzd betrokken zijn. Tijdens het ontwerp van deze regelingen zijn ze ook in samenhang gezien, de reden waarom de regelingen vrijwel identiek aan elkaar zijn. Daarom worden met deze wijzigingsregeling ook artikelen 6 en 7 uit de Rzd aangepast, zodat de analyse als bedoeld in artikel 18 Wzd ook beter kan bijdragen aan het voorkomen en terugdringen van dwang door de zorgaanbieder.

### *Inhoud analyse*

Voorafgaand aan de onderhavige wijzigingen schreven beide regelingen voor dat per vorm van verplichte of onvrijwillige zorg zoals weergegeven in het format, vastgesteld in bijlage 1 van de Rvggz en de Rzd, verschillende cijfers en percentages in de analyse opgenomen moesten worden en dat die cijfers en percentages voorzien moesten worden van een duiding. Zoals hiervoor aangegeven, sloot dit niet goed aan bij de uitvoeringspraktijk. In overleg met het veld is er daarom voor gekozen om op een hoger abstractieniveau enkele onderwerpen te benoemen die in de analyse aan bod dienen te komen en de analyse meer te richten op kwalitatieve in plaats van kwantitatieve aspecten. Zo moet bij de analyse binnen de Rvggz in ieder geval gekeken worden naar de ontwikkeling van het aantal zorgmachtigingen, crisismaatregelen en machtigingen tot voorzetting van een crisismaatregel, een beoordeling van een aantal vormen van toegepaste verplichte zorg en de toegepaste ambulante verplichte zorg. In het kader van de Rzd geeft de zorgaanbieder een duiding van de verleende onvrijwillige zorg en de verschillen in de toepassing daarvan ten opzichte van de voorgaande analyse en een duiding van de toegepaste ambulante onvrijwillige zorg. Ten aanzien van zowel Rvggz als Rzd geeft de zorgaanbieder antwoord op de vraag in hoeverre en op welke wijze verplichte of onvrijwillige zorg is voorkomen of voorkomen had kunnen worden, de leer- en ontwikkelpunten, de implementatie daarvan, en de vraag of deze aanleiding hebben gegeven tot aanpassing van het beleidsplan van de zorgaanbieder. Deze onderwerpen kunnen apart of in samenhang geanalyseerd worden. Daarbij hoort overigens ook aandacht te zijn voor de (totale) duur van de interventies en de samenwerking met de partijen in de keten, zoals de gemeente, officier van justitie en andere zorgaanbieders. Het analyseren van voornoemde onderwerpen houdt in dat op systematische wijze voor elk onderwerp wordt uiteengezet wat de ontwikkelingen en de relevante context zijn en hoe de zorgaanbieder deze informatie duidt. Cijfers, percentages, tabellen en grafieken kunnen daarbij ondersteunend zijn, maar het verplichte karakter ervan op dergelijk detailniveau wordt voor de Rvggz nu losgelaten. De zorgaanbieder kan nu naar eigen inzicht invulling geven aan de weergave van de voor zijn analyse relevante gegevens en de daarbij gehanteerde methodiek. De zorgaanbieder kan er bijvoorbeeld voor kiezen om bepaalde onderwerpen (nader) te analyseren met een steekproef of de keuze voor een bepaald cohort.

Het kan zijn dat een bepaald onderwerp voor een zorgaanbieder niet van toepassing is. Dit is bijvoorbeeld het geval als de zorgaanbieder een bepaalde vorm van verplichte of onvrijwillige zorg niet toepast of niet toegepast heeft. Een zorgaanbieder waarbij bijvoorbeeld acute psychiatrische hulpverlening (crisismaatregel) of ambulante verplichte of onvrijwillige zorg geen onderdeel uitmaakt van het zorgaanbod, zal daarvan geen analyse kunnen aanleveren. In voorkomend geval kan de zorgaanbieder dit vermelden in de analyse. Het niet toegepast hebben van een bepaalde vorm van verplichte of onvrijwillige zorg kan daarentegen ook een reden zijn om dat juist wel te vermelden in de analyse, als dat bijvoorbeeld het effect is van het ingezette beleid ter vermindering van die verplichte of onvrijwillige zorgvorm.

Onveranderd is dat de Rvggz en de Rzd geen limitatieve opsomming geeft van inhoudseisen aan de analyse. Het staat de zorgaanbieder dus vrij om naar eigen inzicht de analyse uit te breiden met andere aan verplichte of onvrijwillige zorg gerelateerde onderwerpen, mits deze passen binnen de bestaande gegevensverwerkingsgrondslagen van beide wetten. Zo kan de zorgaanbieder bijvoorbeeld ook het gebruik van de zelfbindingsverklaring, het eigen plan van aanpak of het zorgplan bij de analyse betrekken. Het is tevens denkbaar dat de zorgaanbieder intern de focus heeft op een vorm van (verplichte of onvrijwillige) zorg of op een bepaald thema en daar in de analyse meer aandacht aan besteedt.

Ongewijzigd blijft tevens dat het aan de zorgaanbieder is om de analyse uit te voeren op een betekenisvol niveau. Dit houdt in dat de verplichte of onvrijwillige zorg op een zodanig niveau



geanalyseerd kan worden dat de zorgaanbieder – en de inspectie met hem – kan toetsen in hoeverre aan de uitgangspunten van de wet – proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid – voldaan is. De hoofdregel, zoals vastgelegd in artikel 8, eerste lid, van de Rvvggz, en artikel 6, eerste lid, van de Rzd, is een analyse op locatieniveau. De zorgaanbieder kan er echter ook voor kiezen om de analyse op kleinere schaal, zoals op teamniveau of op afdelingsniveau, of op grotere schaal over meerdere locaties uit te voeren. Belangrijk is dat de zorgaanbieder deze keuze motiveert en het vestigingsnummer van de desbetreffende locatie(s) vermeldt.

Ten aanzien van de analyse op grond van de Rzd is ongewijzigd gebleven dat zorgaanbieders op grond van artikel 7, eerste lid, onderdelen a en b, het aantal unieke cliënten op wie de vorm van onvrijwillige zorg is toegepast, uitgesplitst per vorm van onvrijwillige zorg, en de stijgingen of dalingen in de toepassing van de onvrijwillige zorg ten opzichte van de voorgaande analyse, uitgedrukt in aantallen en percentages, moeten weergeven. Binnen de systematiek van de Wzd heeft het voor de analyse over de toepassing van onvrijwillige zorg geen meerwaarde om de wijziging als in artikel 9, eerste lid, onderdelen a en b, van de Rvvggz over te nemen waardoor de aantallen inbewaaringstellingen of rechterlijke machtigingen zouden moeten worden opgenomen. Deze zeggen niets over de toepassing van onvrijwillige zorg, hiervoor kent de Wzd de procedure van het stappenplan. Door de huidige regeling ontstaat al een voldoende duidelijk beeld om hoeveel cliënten het gaat en welke vormen van onvrijwillige zorg het betreft. Daarom is er in samenspraak met het veld voor gekozen om de huidige regeling op dit punt voor de Rzd niet te wijzigen. Wat betreft de duiding van de verleende (ambulante) onvrijwillige zorg, in hoeverre en op welke wijze onvrijwillige zorg is voorkomen of voorkomen had kunnen worden, en de leer- en ontwikkelpunten, bepaalt artikel 7 van de Rzd niet dat de zorgaanbieder aantallen, percentages, stijgingen, dalingen of verhoudingen in de analyse dient op te nemen. Dit staat de zorgaanbieder dus vrij zelf te bepalen.

#### *Aanleveringsfrequentie analyse*

Met betrekking tot de frequentie van de aanlevering van de analyse zij opgemerkt dat deze niet bij ministeriële regeling wordt bepaald. Op grond van artikel 8:25, eerste lid, van de Wvvggz, en artikel 18, eerste lid, van de Wzd, verstrekt de zorgaanbieder ten minste eens per zes maanden aan de inspectie een door het bestuur van de zorgaanbieder ondertekende analyse over de verplichte of onvrijwillige zorg die door hem in die periode is verleend. Bij ministeriële regeling kunnen op grond van het tweede lid van artikel 8:25 en artikel 18 van beide wetten slechts regels worden gesteld over de inhoud en de wijze van verstrekken van de analyse. De wijziging van artikel 8, derde lid, Rvvggz en artikel 6, derde lid, Rzd, verandert derhalve niet de frequentie van de aanlevering, maar enkel de periode waarop de analyse ziet en de deadline waarbinnen het aangeleverd moet worden. Om beter aan te sluiten bij de interne kwaliteitscyclus van zorginstellingen, zodat ook voldoende gelegenheid is om (organisatorische) veranderingen te kunnen implementeren en te evalueren, heeft de inspectie met de zorgaanbieders die de Wvvggz of de Wzd uitvoeren afgesproken dat de analyse niet halfjaarlijks, maar jaarlijks voor 1 juli van het daaropvolgende jaar aangeleverd moet worden.<sup>1</sup> Wel blijven die zorgaanbieders verplicht om minimaal halfjaarlijks de verplichte of onvrijwillige zorg te analyseren, bijvoorbeeld als onderdeel van een managementrapportage van de organisatie. De inspectie kan desgevraagd deze kwaliteitsdocumenten en analyses inzien. De wijziging van de regelingen beoogt daar niets aan af te doen. Aanpassing van de frequentie van aanlevering van de analyse op wetsniveau zal worden betrokken bij het wetsvoorstel naar aanleiding van de wetsevaluatie van de Wvvggz en Wzd dat is toegezegd bij brief van 13 maart 2022.<sup>2</sup>

#### **Advies Autoriteit Persoonsgegevens**

Deze regeling is niet ter advisering aan de Autoriteit Persoonsgegevens (hierna: AP) voorgelegd. De redenen hiertoe zijn dat de gegevensverwerkingsgrondslag ongewijzigd blijft en dat het aantal te verwerken gegevens juist sterk wordt verminderd. Wat betreft de omvang van de gegevensverwerking bepaalde artikel 9 Rvvggz voorheen onder meer dat voor alle vormen van verplichte zorg, als bedoeld in artikel 3:2, tweede lid, van de Wvvggz, bepaalde aantallen en percentages in de analyse opgenomen diende te worden. Deze gegevensverwerking is gereduceerd tot de vormen van verplichte zorg als bedoeld in artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a, b, c en j, van de wet, en de zorgaanbieder de analyse verder naar eigen inzicht kan vormgeven. Hoewel de zorgaanbieder op grond van artikel 7, eerste lid, onderdeel b, Rzd, verplicht blijft bepaalde aantallen en percentages, uitgesplitst per vorm van onvrijwillige zorg, als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wzd, op te nemen in de analyse, is de analyse net als bij de Rvvggz verder op een hoger abstractieniveau vormgegeven. Hierdoor zal het aantal te verwerken gegevens ook lager zijn.

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2021–2022, 25 424, nr. 594.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2022–2023, 25 424, nr. 648.



Bij de totstandkoming van de Rvvgz en Rzd (Stcrt. 2019, 60909, respectievelijk Stcrt. 2019, 60908) is overigens wel een concept van die regeling ter advisering aan de AP voorgelegd. Dit heeft niet geleid tot opmerkingen van de AP.

### **Regeldruk**

Artikel 9 van de Rvvgz bepaalde voorheen dat de zorgaanbieder, uitgesplitst per vorm van verplichte zorg en voor alle vormen van verplichte zorg, verschillende stijgingen, dalingen en verhoudingen, uitgedrukt in aantallen en percentages, moest opnemen in de analyse. In overleg met het veld wordt de inhoud van de analyse in artikel 9 Rvvgz op een minder gedetailleerd niveau bepaald om beter aan te sluiten bij de uitvoeringspraktijk. Dit geldt eveneens voor de voorgestelde wijziging in artikel 7 van de Rzd.

Zo wordt nu in artikel 9 van de Rvvgz geregeld dat niet alle vormen verplichte zorg in de analyse terug dienen te komen, maar slechts een duiding van de verleende de vormen van verplichte zorg als bedoeld in artikel 3:2, tweede lid, onderdelen a, b, c of j van de wet. De ontwikkeling van het aantal maatregelen en machtigingen, de uitvoering van de in die maatregelen en machtigingen opgenomen verplichte zorg, een duiding van de verleende ambulante verplichte zorg, in hoeverre en op welke wijze verplichte zorg is voorkomen of voorkomen had kunnen worden, en de leer- en ontwikkelpunten zijn eveneens onderwerpen die minimaal in de analyse aan bod moeten komen. Artikel 9 bepaalt niet meer welke aantallen, percentages, stijgingen, dalingen of verhoudingen de zorgaanbieder in de analyse dient op te nemen. Het staat de zorgaanbieder vrij om te bepalen hoe hij voornoemde onderwerpen opneemt in de analyse en dus welke aantallen, percentages, stijgingen, dalingen of verhoudingen van die onderwerpen voor hem relevant zijn om te analyseren en te voorzien van een duiding.

Met deze gewijzigde inhoud van de analyse hebben verschillende zorgaanbieders die de Wvvgz uitvoeren bij wijze van proef een analyse gemaakt. De uitkomst daarvan is met hen, de Nederlandse ggz en de inspectie besproken. Daaruit volgt dat de gewijzigde analyse beter aansluit bij de uitvoeringspraktijk, de interne kwaliteitscyclus en informatiebehoefte van zorgaanbieders om te kunnen leren en verbeteren van de door hen verleende verplichte zorg. De verwachting is daarom dat de gewijzigde inhoud van de analyse de ervaren regeldruk vermindert, omdat het maken van de analyse en de uitkomsten daarvan meer als zinvol worden ervaren.

Naar verwachting zullen de administratieve lasten niet significant veranderen door deze wijziging. Immers, onveranderd blijft dat zorgaanbieders op grond van artikel 8:25 van de Wvvgz verplicht zijn om de door hen verleende verplichte te analyseren en te voorzien van een duiding, en die analyse aan de inspectie te zenden.

Voor de Rzd heeft de praktijk aangegeven geen behoefte te hebben aan het aanbrengen van een beperking in de zorgvormen waarover geanalyseerd dient te worden. Net als bij de Rvvgz is echter wel de verwachting dat door de voorgestelde wijziging in artikel 7 van de Rzd de analyse beter aansluit bij de uitvoeringspraktijk, de interne kwaliteitscyclus en de informatiebehoefte van zorgaanbieders voor hun interne kwaliteitscyclus. Hierdoor zal de ervaren regeldruk ook lager zijn. De administratieve lasten zullen daarentegen niet significant wijzigen. Er blijft immers gelden dat zorgaanbieders op grond van artikel 18 van de Wzd verplicht zijn om een analyse naar de inspectie te sturen waarin de door hen verleende onvrijwillige zorg is geanalyseerd en van een duiding is voorzien.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het geen omvangrijke gevolgen voor de regeldruk heeft.

### **Fraudetoets**

De inspectie en de Nederlandse ggz zijn gevraagd aan te geven of deze regeling een risico op fraude met zich meebrengt. De Nederlandse ggz merkt op dat een aantal gehanteerde definities niet geheel 'eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend' geformuleerd zijn. Dit heeft geleid tot aanscherping van enkele onderdelen in de toelichting.

Deze regeling brengt volgens de inspectie en de Nederlandse ggz geen verhoogd risico van fraude met zich mee. De financiering van verplichte zorg wordt in andere wetgeving geregeld. Ook wijzigt deze regeling niets aan de registratie van verleende verplichte zorg. Deze regeling ziet op de analyse van reeds verleende verplichte zorg ten behoeve van het toezicht door de inspectie en ondersteunt het kunnen leren en verbeteren door de zorgaanbieder.



## **Toezicht- en Handhaafbaarheidstoets inspectie**

De inspectie komt op basis van de uitgevoerde T&H-toets tot de conclusie dat de voorgestelde ontwerpregeling vanuit het perspectief van toezicht en handhaafbaarheid en de uitvoering in de praktijk geen aanpassing behoeft, maar dat de toelichting enige uitbreiding behoeft. De toelichting op artikel 9, eerste lid, onderdelen c en d van de Rvvgz is uitgebreid met de keuze voor de vormen van verplichte zorg, respectievelijk hetgeen verwacht wordt bij 'het geven van een duiding van de verplichte zorg'. Voorts is de toelichting bij artikel 6, zesde lid en artikel 7, eerste lid, onderdeel e en f van de Rzd uitgebreid voor wat betreft het weergeven van specifieke aandachtspunten bij locaties die niet overeenkomen met het algemene beeld van de zorgaanbieder en het meetbaar en concreet maken van verbeterpunten naar aanleiding van de analyse.

De inspectie onderschrijft het belang van voldoende aansluiting van de vereisten in de Rvvgz bij de uitvoeringspraktijk en informatiebehoefte van de zorgaanbieder voor diens interne kwaliteitscyclus. De inspectie benadrukt hierbij dat zij het belangrijk vindt dat zorgaanbieders de analyse (blijven) uitvoeren op een betekenisvol niveau. Het staat de zorgaanbieder dan ook uitdrukkelijk vrij om dit vaker per jaar te doen als dat de kwaliteit van de (verplichte) zorg ten goede komt.

### **Consultatie**

In een eerder stadium was deze wijzigingsregeling beperkt tot wijziging van de Rvvgz, en als zodanig openbaar via het internet geconsulteerd.<sup>3</sup> Hierop zijn reacties gekomen van de Nederlandse ggz en NVvP (gezamenlijk), ActiZ en VGN (gezamenlijk), V&VN, MIND, BVKZ en enkele individuen. Dit heeft geleid tot aanpassing en aanvulling van de algemene en artikelsgewijze toelichting. Op een aantal specifieke punten wordt hieronder nader ingegaan.

De Nederlandse ggz, NVvP, ActiZ, VGN, V&VN en BVKZ geven in hun reacties aan dat de regeling beter aansluit bij de uitvoeringspraktijk en de interne kwaliteitscyclus van (ook kleinschalige) zorgaanbieders, waardoor het lerend vermogen voorop kan worden gezet en het voorts een bijdrage kan leveren aan de vermindering van de administratieve druk. Zo kan de analyse beter bijdragen aan een belangrijk doel van de wet, namelijk het voorkomen en verminderen van verplichte zorg.

Zoals eerder vermeld, hebben ActiZ, VGN en V&VN aangegeven dat een vergelijkbare wijziging van de analyse in de Rzd ook wenselijk zou zijn voor de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Dit heeft ertoe geleid dat op initiatief van ActiZ en VGN, op basis van het geconsulteerde voorstel tot wijziging van de Rvvgz een samenhangend voorstel tot wijziging van de Rzd met betrokken zorgaanbieders uit de ouderen- en gehandicaptenzorg is uitgewerkt en is besproken met de inspectie. Vervolgens is deze wijziging voorgelegd aan en akkoord bevonden door de veldpartijen (brancheorganisaties, beroepsverenigingen en cliëntenvertegenwoordigers) die deelnemen in het gremium van de landelijke werkgroep Wzd, en toegevoegd aan deze wijzigingsregeling. Vanwege deze zorgvuldige werkwijze en het feit dat zorgaanbieders aan zowel de kant van de Wvvgz als aan de kant van de Wzd zijn betrokken bij de totstandkoming van deze wijziging is aparte internetconsultatie van het Rzd-deel niet noodzakelijk geacht.

## **Artikelsgewijs**

### **Artikel I**

#### **Onderdeel A**

De periode waarop de analyse betrekking heeft, is 1 januari tot en met 31 december van het voorgaande jaar. Door in de analyse een heel jaar te betrekken in plaats van een halfjaar, kan beter inzicht worden verkregen in eventuele trends en kan bovendien beter geanalyseerd worden of verbeteringen in de zorgverlening en gemaakte wijzigingen in het beleid omtrent verplichte zorg effect hebben gehad. Verder wordt in de Rvvgz de aanlevertermijn van de analyse in navolging van gemaakte afspraken tussen veldpartijen en de inspectie verlengd van twaalf weken naar zes maanden na afloop van de periode waarop de analyse betrekking heeft.

<sup>3</sup> Regeling verplichte ggz – analyse: [https://www.internetconsultatie.nl/rvvgz\\_analyse](https://www.internetconsultatie.nl/rvvgz_analyse).



## Onderdeel B

### Artikel 9, eerste lid, onderdeel a

Dit onderdeel betreft de ontwikkeling van het aantal zorgmachtigingen, crisismaatregelen en machtigingen tot voortzetting van een crisismaatregel met een minimum van vijf voorgaande kalenderjaren. Indien relevant kan ook een langere periode geanalyseerd worden. Hierbij dienen de beschikbare gegevens van de machtigingen op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) in datzelfde tijdsbestek eveneens betrokken te worden. De zorgaanbieder duidt of een trend te zien is in het aantal zorgmachtigingen of (voortgezette) crisismaatregelen en welke omstandigheden of welk beleid, al dan niet in ketenverband, daarop van invloed zijn of kunnen zijn geweest.

### Artikel 9, eerste lid, onderdeel b

Volgens de systematiek van de Wvvgz legitimeert de rechter (en in geval van de crisismaatregel de burgemeester) vooraf de toepassing van verplichte zorg. In de zorgmachtiging en (machtiging tot voortzetting van een) crisismaatregel staan de vormen van verplichte zorg genoemd die, indien vervolgens wordt voldaan aan de criteria en uitgangspunten van verplichte zorg, toegepast mogen worden. Dit onderdeel ziet op de analyse in hoeverre de in de zorgmachtiging, crisismaatregel of machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel vermelde verplichte zorg daadwerkelijk tot uitvoering is gebracht.

Komt het voor dat de afgifte van een machtiging voldoende is om zorg vrijwillig te verlenen? Is dat mogelijk ook bewust beleid? Wordt mogelijk ambulante verplichte zorg verleend om een opname te voorkomen of is dat geen overweging? Zijn er vormen van zorg die, ondanks opgenomen in een machtiging, niet of nauwelijks worden verleend?

Hierbij is het doel gericht op een kwalitatieve reflectie op de wijze waarop gebruik gemaakt wordt van het instrumentarium van de Wvvgz, bijvoorbeeld via een steekproef. Situaties hoeven niet op individueel niveau geanalyseerd te worden, maar daar kan wel aanleiding toe zijn. Een bepaalde (geanonimiseerde) casus kan bijvoorbeeld aanleiding zijn geweest voor nieuwe inzichten in of aanpassing van het beleid omtrent verplichte zorg.

### Artikel 9, eerste lid, onderdeel c

Onderdeel c betreft een duiding van de toegepaste verplichte zorg, waaronder in ieder geval: het toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel a); beperken van de bewegingsvrijheid (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel b); insluiten (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel c), en opname in een accommodatie (artikel 3:2, tweede lid, onderdeel j). Voornoemde vormen van verplichte zorg worden het meest toegepast en moeten daarom in ieder geval geanalyseerd worden. Dit laat onverlet dat een zorgaanbieder in de gegevens bepaalde trends in een of meerdere andere vormen van verplichte zorg kan opmerken, of dat hij daarop bepaald beleid voert of heeft aangepast rondom een specifieke vorm van verplichte zorg, en die vorm van verplichte zorg in de analyse opneemt. Het staat de zorgaanbieder vrij om ook andere vormen van verplichte zorg bij de analyse te betrekken.

Het geven van een duiding houdt in dat de zorgaanbieder kwalitatief reflecteert op de toegepaste verplichte zorg. Geanalyseerd dient te worden of bepaalde trends zichtbaar zijn en geanalyseerd te worden wat daarvan de oorzaak, of voor zover relevant het gevolg, is in het kader van het beleid of het effect van genomen beleidsinterventies. Anders gezegd wordt met een duiding 'het verhaal achter de cijfers' van de toegepaste verplichte zorg bedoeld.

### Artikel 9, eerste lid, onderdeel d

Onderdeel d bepaalt dat een duiding van de ambulante verplichte zorg, eveneens onderdeel uit dient te maken van de analyse. De vormen van verplichte zorg die in ambulante setting kunnen worden verleend zijn uitgewerkt in het in artikel 2:4 van de wet bedoelde Besluit verplichte geestelijke gezondheidszorg (Bvvgz). In de praktijk wordt terughoudend omgegaan met verplichte zorg in ambulante setting. Daarom is het van belang is om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de praktijk en wordt hierover een kwalitatieve reflectie gevraagd.

### Artikel 9, eerste lid, onderdeel e

Een belangrijk uitgangspunt van de Wvvgz is dat verplichte zorg zo veel mogelijk voorkomen en anders zo snel mogelijk afgebouwd moet worden. Onderdeel van de analyse is daarom in hoeverre en





op welke wijze verplichte zorg is voorkomen dan wel voorkomen had kunnen worden. De zorgaanbieder dient hierop kwalitatief te reflecteren. Situaties hoeven niet op individueel niveau beschreven te worden, maar er kan wel aanleiding zijn om een individuele casus (geanonimiseerd) bij de analyse te betrekken, bijvoorbeeld als een bepaalde situatie of interventie heeft geleid tot aanpassing van het beleid waardoor verplichte zorg meer voorkomen of afgebouwd kan worden.

#### **Artikel 9, eerste lid, onderdeel f**

Behalve inzicht ten behoeve van het toezicht door de inspectie heeft de analyse ook tot doel om de zorgaanbieder aan de hand van de zelf gegenereerde inzichten in de toegepaste (verplichte) zorg te laten leren en de zorgverlening te verbeteren. Aan de hand van de analyse kan de zorgaanbieder leeren verbeterpunten identificeren. Vervolgens is het van belang dat die verbeteringen worden geïmplementeerd en dat zo nodig het beleidsplan, bedoeld in artikel 2:2 van de wet, wordt bijgesteld. Dit alles dient in de analyse beschreven te worden.

#### **Artikel 9, tweede lid (nieuw)**

Vanwege de inwerkingtreding van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018) op 1 juli 2020 behoeft dit artikellid een redactionele aanpassing nu een cliëntenraad op grond van artikel 3 van de Wmcz 2018 wordt ingesteld en niet langer op grond van artikel 2 Wmcz.

### **Artikel II**

#### *Onderdeel A*

Net als in de Rvvgz, is de periode waarop de analyse betrekking heeft 1 januari tot en met 31 december van het voorgaande jaar. Door in de analyse een heel jaar te betrekken in plaats van een halfjaar, kan beter inzicht worden verkregen in eventuele trends en kan bovendien beter geanalyseerd worden of verbeteringen in de zorgverlening en gemaakte wijzigingen in het beleid omtrent onvrijwillige zorg effect hebben gehad. Verder wordt in de Rzd de aanlevertermijn van de analyse in navolging van gemaakte afspraken tussen veldpartijen en de inspectie verlengd van twaalf weken naar zes maanden na afloop van de periode waarop de analyse betrekking heeft.

#### *Onderdeel B*

#### **Artikel 7, eerste lid, onderdelen c en d**

Onderdeel c betreft een duiding van de toegepaste onvrijwillige zorg, uitgesplitst per vorm van onvrijwillige zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wzd. Doordat de zorgaanbieder per zorgvorm analyseert hoe de verleende zorg is toegepast, ontstaat een beter inzicht in de hoeveelheid toepassingen en de manier waarop de vormen van onvrijwillige zorg worden toegepast. Op basis van onderdeel c betreft de zorgaanbieder in zijn analyse ook de verschillen in de toepassing van onvrijwillige zorg ten opzichte van de vorige analyse. Door terug te kijken naar de voorgaande periode, ontstaat een goed beeld van bepaalde trends of van het gevoerde beleid door een zorgaanbieder ten aanzien van een specifieke vorm van onvrijwillige zorg.

Het is voorts van belang dat wanneer bij een locatie sprake is van specifieke aandachtspunten die niet aansluiten bij het algemene beeld van de zorgaanbieder, de zorgaanbieder deze aandachtspunten voor die specifieke locatie expliciet beschrijft in de kwalitatieve analyse.

Onderdeel d bepaalt dat een duiding van de ambulante onvrijwillige zorg eveneens onderdeel uit dient te maken van de analyse.

Het geven van deze duiding houdt in dat de zorgaanbieder kwalitatief reflecteert op de toegepaste (ambulante) onvrijwillige zorg. Geanalyseerd moet worden of bepaalde trends zichtbaar zijn en wat daarvan de oorzaak, of voor zover relevant het gevolg, is in het kader van het beleid of het effect van genomen beleidsinterventies. Net als bij de Rvvgz wordt met een duiding 'het verhaal achter de cijfers' van toegepaste onvrijwillige (ambulante) zorg bedoeld.

#### **Artikel 7, eerste lid, onderdeel e**

Een belangrijk uitgangspunt van de Wzd is dat onvrijwillige zorg zo veel mogelijk voorkomen en anders zo snel mogelijk afgebouwd moet worden. Onderdeel van de analyse is daarom in hoeverre en op welke wijze onvrijwillige zorg is voorkomen dan wel voorkomen had kunnen worden. De zorgaanbieder dient hierop kwalitatief te reflecteren door toe te lichten óf en hoe het beleid van de zorgaanbieder heeft geleid tot het voorkomen van onvrijwillige zorg. Situaties hoeven niet op individueel niveau



beschreven te worden, maar er kan wel aanleiding zijn om een individuele casus (geanonimiseerd) bij de analyse te betrekken, bijvoorbeeld als een bepaalde situatie of interventie heeft geleid tot aanpassing van het beleid waardoor onvrijwillige zorg meer voorkomen of afgebouwd kan worden.

#### **Artikel 7, eerste lid, onderdeel f**

Behalve inzicht ten behoeve van het toezicht door de inspectie heeft de analyse ook tot doel om de zorgaanbieder aan de hand van de zelf gegenereerde inzichten in de toegepaste (onvrijwillige) zorg te laten leren en de zorgverlening te verbeteren. Aan de hand van de analyse kan de zorgaanbieder leeren verbeterpunten identificeren en concreet maken (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden). Vervolgens is het van belang dat die verbeteringen worden geïmplementeerd en dat zo nodig het beleidsplan, bedoeld in artikel 19 van de wet, wordt bijgesteld. Dit alles dient in de analyse beschreven te worden.

#### **Artikel 7, tweede lid (nieuw)**

Vanwege de inwerkingtreding van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 (Wmcz 2018) op 1 juli 2020 behoeft dit artikellid een redactionele aanpassing nu een cliëntenraad op grond van artikel 3 van de Wmcz 2018 wordt ingesteld en niet langer op grond van artikel 2 Wmcz.

#### **Artikel III**

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst, en werkt terug tot en met 1 januari 2023. Voor het verlenen van terugwerkende kracht is gekozen omdat van deze wijzigingen een begunstigend effect uit gaat voor zorgaanbieders, omdat de verwachting is dat deze nieuwe wijze van analyseren beter aansluit bij de interne kwaliteitscyclus en informatiebehoefte van zorgaanbieders en het leveren van goede zorg ten goede komt.

De analyse van zorgaanbieders ziet op de verleende verplichte of onvrijwillige zorg in een heel kalenderjaar. De analyse wordt echter niet pas aan het einde van dat kalenderjaar gemaakt, maar zorgaanbieders zijn hier gedurende het hele jaar mee bezig – mede omdat de inspectie te allen tijde kan vragen kwaliteitsdocumenten en analyses in te zien. Doordat met deze regeling de bepalingen over de analyse lopende het jaar 2023 wijzigen, zouden zorgaanbieders voor het eerste deel van het jaar te maken hebben met andere regels waaraan de analyse moet voldoen dan na inwerkingtreding van deze regeling. Dat levert niet alleen onduidelijkheid en meer werk op, maar is ook onwenselijk: de beoogde vereenvoudiging en betere aansluiting van de analyse op de interne kwaliteitscycli van zorgaanbieders zou dan voor een deel van 2023 ook geen effect hebben. Dat komt de goede zorg, waar een goede en bruikbare analyse bij hoort, niet ten goede. Daarom is noodzakelijk dat aan deze wijzigingsregeling terugwerkende kracht wordt verleend zodat zorgaanbieders de data over verleende verplichte of onvrijwillige zorg in het hele kalenderjaar 2023 op dezelfde manier kunnen analyseren. Dit betekent dat de analyse daarover uiterlijk 1 juli 2024 aan de inspectie wordt gezonden. Gelet op voorgaande aanpak om publieke nadelen te voorkomen zal het beleid met betrekking tot vaste verandermomenten ook niet worden gevolgd.

*De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder*