



t.a.v.
Ministerie van Justitie en Veiligheid
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Datum
2 februari 2018

Contactpersoon
Maayke Swank

Ons kenmerk
KV/mesk/esze/209550/2018

Onderwerp
Besluiten gedwongen zorg

Bijlage(n)
2

Doorkiesnummer
033-460 89 78

Uw kenmerk

Geachte heer/mevrouw,

Met belangstelling heeft GGZ Nederland kennis genomen van de in consultatie gegeven besluiten Wet verplichte ggz (Wvvggz), Wet forensische zorg (Wfz) en Wet zorg en dwang (Wzd). Deze AMvB's bevatten de nadere uitwerking van enkele onderwerpen uit de Wvvggz, de Wzd en de Wfz. Hieronder geven wij op verschillende onderdelen aan wat ons standpunt is respectievelijk waar nadere overdenking of uitwerking gewenst is.

Graag zijn wij bereid onze standpunten en vragen mondeling toe te lichten. Hiervoor kunt u contact opnemen met Maayke Swank via 033-4608978.

Effecten besluiten

Wat opvalt is dat in de besluiten een uitgebreide toets op uitvoerbaarheid en de effecten op de administratieve lasten ontbreekt. De gevolgen zijn onvoldoende omschreven en voor de voorzienbare gevolgen wordt geen oplossing geboden. Ter illustratie noemen we de bewaarplicht van de verpleegdedossiers in het besluit Wfz. Een eerste, niet onderbouwde, schatting laat zien dat dit ongeveer € 650.000,- tot € 787.500,- kost en dat daar de jaarlijkse kosten voor onderhoud en beheer nog bijkomen. Of de scholingskosten die de nieuwe bevoegdheden van ambulante medewerkers met zich meebrengt, denk aan het onderzoeken van een woonruimte of het controleren op gedragsbeïnvloedende middelen. Als de ggz deze kosten moet dragen, dan gaat dit ten koste van de patiëntenzorg. Om de gevolgen van deze besluiten voor de sector te overzien, verzoeken wij alsnog om een uitgebreide onderbouwde uitvoeringstoets inclusief financieringsvoorstel.

Implementatie

Daarnaast vragen wij voor de besluiten om een bijdrage in de kosten die de sector moet maken voor de implementatie. In het besluit wordt aangegeven dat er geen lasten voortvloeien uit het besluit die niet al uit de wet voortvloeien. Wij betwisten deze stelling. De administratieve lasten zullen door uitvoeringsregelingen stijgen, bijvoorbeeld doordat de sector moet aantonen te voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen uit art. 2:2 besluit Wvvggz en doordat er meerdere vormen van (ambulante) verplichte zorg gerapporteerd moeten worden aan de toezichthouder. Nu de administratieve lasten door de uitvoeringsregelingen stijgen, verzoeken wij naast een bijdrage in de implementatiekosten eveneens een



toelichting te geven welke administratieve lasten kunnen verminderen. Indien dat niet mogelijk is, dan verzoeken wij u aan te geven op welke wijze u de sector compenseert voor de extra kosten die ten laste gaan van de patiënt.

Beleidsinformatie

De invoering van de Wvvgz en Wfz is een belangrijke ontwikkeling binnen de ggz en een uitdaging voor zorgaanbieders. Daarbij is het belangrijk te weten welke gevolgen deze wetten hebben op diverse aspecten van zorg.

Goede beleidsinformatie is van belang voor zowel de betrokken ministeries als overige actoren die een rol hebben in deze wetten. Voor de zorgaanbieder is het van belang de eigen data af te kunnen zetten tegen landelijke gegevens. Dit verhoogt de signaalfunctie van verzamelde data en geeft meer kansen om te kunnen leren en daarmee de kwaliteit van (gedwongen) zorg te kunnen verhogen.

Wij verzoeken daarom om invulling van de AMvB beleidsinformatie (art 8:30 Wvvgz), zodat er voldoende stelselinformatie is om de kosten en effecten van deze wetsvoorstellen in de evaluaties mee te nemen. In bijlage 1 geven wij een overzicht van de benodigde gegevens. Ook denken wij graag mee over de invulling van de ministeriële regeling zoals omschreven in artikel 2.7 van de Wfz.

Bestuurlijke boete

GGZ Nederland is van mening dat de bestuurlijke boete in artikel 6.6 Besluit Wfz niet past bij de in 2018 geldende aanbesteding van Forensische zorg. Met deze aanbesteding verdwijnen de productieafspraken tussen zorgaanbieders en de Dienst Justitiële Inrichtingen. Hiermee verdwijnen ook zekerheden die zorgaanbieders hebben om hun bedrijfsvoering op in te richten. Aan de andere kant worden ze geconfronteerd met de mogelijkheid tot een bestuurlijke boete. Dit is in onze ogen niet met elkaar te vereenzelvigen. In de oude situatie was de bestuurlijke boete een logisch gevolg van de wederzijdse verplichting die zorgaanbieder en financier aangingen in de productieafspraken. Zonder die afspraken stellen we ons op het standpunt dat de bestuurlijke boete niet te rechtvaardigen is.

Mocht u ervoor kiezen de bestuurlijke boete te handhaven dan verzoeken wij de volgende toevoeging aan artikel 6.6:

Gegronde redenen voor de zorgaanbieder om de patiënt niet in zorg te nemen, zonder opleggen van de boete, zijn:

- de zorgzwaarte van de patiënt past niet bij de afdeling. Ter illustratie: wij zien nu dat sommige patiënten die een hoger beveiligingsniveau vragen, op een Forensische Psychiatrische Afdeling worden geplaatst;
- de capaciteit die de zorgaanbieder op de behandelafdeling kan bieden is ontoereikend;
- Er kan redelijkerwijs niet verwacht worden van de zorgaanbieder dat deze patiënt in zorg komt, bijvoorbeeld vanwege ernstig ontwrichtend gedrag tijdens eerdere zorgverlening;
- Het zorgaanbod van de zorgaanbieder sluit niet aan bij de rechterlijke uitspraak waarin de benodigde zorg is beschreven.



Toezicht NZa

De Wfz legt zowel de inkoop als de beheersbevoegdheden bij de minister van Justitie en Veiligheid. Zoals in de Eerste Kamer aan de orde kwam moet hier een keuze in gemaakt worden. Daarnaast stellen wij voor dat de NZa de rol van toezichthouder met de bijbehorende handhavingsbevoegdheden krijgt. Op die manier wordt voorkomen dat de minister de slager is die zijn eigen vlees keurt.

Voorhangprocedure ministeriële regeling

Hoofdstuk 3 besluit Wfz stelt eisen aan de instellingen en regelt de bevoegdheden van de minister binnen de instellingen. Artikel 3.7 van de AMvB maakt het mogelijk bij ministeriële regeling aanvullende eisen te stellen. Aangezien het hier gaat om ingrijpende beslissingen verzoeken wij het parlement mee te laten kijken middels een voorhangprocedure.

Verlening forensische zorg zonder indicatiestelling

GGZ Nederland vraagt verduidelijking over de rechtspositie van een persoon aan wie in het kader van art. 5.1 besluit Wfz forensische zorg wordt verleend, zonder dat er sprake is van een indicatiestelling. Er is op dan geen grondslag voor een zorgaanbieder om iemands vrijheid te benemen. Op basis van welk artikel in de Wfz is deze AMvB? Waarom wordt deze (gedwongen) zorg, inclusief termijnen, niet bij wet geregeld? Hoe kan een zorgaanbieder de zorg declareren als de indicatiestelling ontbreekt?

Veiligheid

GGZ Nederland heeft eerder zorgen geuit over de veiligheid van medewerkers, patiënten en diens omgeving bij het verlenen van ambulante verplichte zorg. In antwoord daarop zijn kwaliteitseisen in artikel 2:2 besluit Wvvggz gesteld.

Wij verzoeken een toelichting op de bekostiging van de extra veiligheidswaarborgen.

Richtlijnen dwang en drang

In de AMvB Wvvggz wordt aangegeven dat de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang in ontwikkeling is en dat de huidige richtlijn zowel binnen als buiten de accommodatie toepasbaar is. Wij willen hierbij opmerken dat deze richtlijn nog niet geautoriseerd is en alleen betrekking heeft op de huidige situatie in de Wet bopz. Er is nog doorontwikkeling nodig voordat deze richtlijn gebruikt kan worden als de Wvvggz en Wzd in werking treden. Hetzelfde geldt voor de generieke module dwang en drang. Ook deze module is een beschrijving van de situatie in de huidige Wet bopz en niet van de situatie in de Wvvggz en Wzd. Tevens hebben wij begrepen dat de huidige module die in ontwikkeling is niet of zeer beperkt ingaat op ambulante dwang. Beide richtlijnen zijn voorlopig dus niet toepasbaar buiten de accommodatie dan wel in het toezichtskader van de toezichthouder.

Evaluatie zorgplan

In artikel 2.2 van het besluit Wvvggz wordt de evaluatietermijn van het zorgplan op maximaal 4 weken gesteld. Deze termijn is erg kort en past niet bij de gedachte van het bieden van maatwerk en het verminderen van de administratieve last. De Wvvggz stelt dat de frequentie in het zorgplan wordt opgenomen. De zorgverantwoordelijke, GD, OvJ en rechter bekijken of de opgenomen frequentie reëel en passend bij de individuele casus is. Wij stellen ons op het standpunt dat het opnemen van een maximale termijn in de AMvB geen toegevoegde waarde heeft en leidt tot een onnodige belasting van de professional en cliënt.



Openbaar maken dwangmaatregelen (art 3.2 Wvvggz)

In het AO GGZ geeft de staatssecretaris in reactie op de motie Voortman (25424, nr. 380) aan¹ dat hij uitzoekt wat de (juridische) mogelijkheden zijn om de toepassing van dwangmaatregelen openbaar te maken. Wij wachten de bevindingen van de staatssecretaris af. Daarbij onderschrijven wij de uitspraak dat dwangmaatregelen alleen openbaar gemaakt moeten worden indien er een wettelijke grondslag is. Ook erkennen wij dat er geen causaal verband is tussen het aantal dwangmaatregelen en de kwaliteit van zorg. Wij verzoeken bij het vormgeven van de openbaarmaking hier rekening mee te houden.

Artikel 3.2 van de AMvB geeft aan dat zorgaanbieders digitale overzichten aan de inspectie moeten verstrekken ten behoeve van het risicogestuurd toezicht. GGZ Nederland wil graag betrokken worden bij de ontwikkeling van dit format. Om regeldruk te voorkomen verzoeken wij de staatssecretaris om te kijken of het openbaar maken van dwangmaatregelen en de verplichting in artikel 3.2 van de AMvB gecombineerd kunnen worden.

Fixatie

In de AMvB Wvvggz wordt fixatie in de ambulante setting uitgesloten. Het uitsluiten van fixatie past niet bij de uitgangspunten van de Wvvggz. Zorgaanbieders stellen zich op het standpunt dat er in de wetgeving geen vormen van zorg uitgesloten moeten worden, om innovaties die minder belastend kunnen zijn niet te belemmeren. Wanneer fixatie in zijn algemeenheid wordt uitgesloten zal in sommige gevallen het overbrengen naar een accommodatie nodig zijn. Dit heeft invloed op de hulpverleningsrelatie en past niet bij de uitgangspunten van de Wvvggz. Te denken valt aan de situatie dat een jeugdige in het kader van de pedagogische maatregel vastgepakt wordt om naar diens kamer te begeleiden of het toedienen van medicatie in een RIBW in plaats van het overbrengen van de patiënt naar een accommodatie. De overweging om wel of niet te fixeren in de ambulante setting en de randvoorwaarden die nodig zijn moeten gemaakt worden door het veld. Te denken valt aan de tijdsduur, expertise, het toezicht, het meenemen van de wensen van betrokken en naasten etc. Wij verzoeken fixatie in de ambulante setting niet uit te sluiten bij AMvB en de invulling ervan over te laten aan het veld.

Eisen deskundige

In de AMvB Wvvggz wordt in artikel 2.2 invulling gegeven aan de momenten waarop de zorgverantwoordelijke een deskundige moet raadplegen. Zoals de toelichting al aangeeft is maatwerk hier van belang. De invulling welke disciplines in aanmerking komen om als deskundige op te treden wordt bij ministeriele regeling geregeld. Vooruitlopend op de ministeriële regeling pleiten wij ervoor hier ruimte voor maatwerk te houden door enkel eisen te stellen aan het niveau. Daarbij denken wij aan vergelijkbare eisen als aan de regiebehandelaar zoals omschreven in het model kwaliteitsstatuut:

- Academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing (NLQF7);
- BIG-registratie.

De zorgverantwoordelijke kan vervolgens de deskundige en expertise zoeken die past bij de individuele casus.

¹ https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/detail?vj=2017-2018&nr=38&version=2

Klachtrecht

Zoals tijdens bij brief van 9 juni jl. aan de Eerste Kamer aangegeven pleit GGZ Nederland ervoor om patiënten die te maken hebben met verplichte zorg en waarbij sprake is van een gecombineerde klacht geen gebruik te laten maken van de route van de Wkkgz. Oftewel als er sprake is van een zorgmachtiging, crisismaatregel of rechterlijke machtiging en er is sprake van een gecombineerde klacht (deels verplichte zorg, deels Wkkgz klacht) volgt de procedure uit de Wvggz, Wzd of de klachtenregeling op basis van de Bvt. Dit versterkt de rechtspositie van de patiënt en is daarnaast een lastenverlichting voor de zorgaanbieder.

Bovendien blijken in de praktijk deze verschillende routes bij een gecombineerde klacht lastig te begrijpen voor patiënten en uit te leggen door medewerkers.

Wat betreft de rechtspositie vindt een volledige toetsing in hoger beroep plaats, in plaats van een marginale in de Wkkgz. Bovendien zijn de termijnen voor de uitspraak in hoger beroep in de Wvggz korter dan in de Wkkgz en geldt er een aangepast griffierecht. Wij verzoeken om dit te regelen in hoofdstuk 5 van de AMvB Wvggz via artikel 10:2 lid 4.

Beschikbaarheid van hulp

In artikel 2:2 sub d van de AMvB Wvggz wordt als resultaat gesteld dat 'iedere betrokkene (en zijn familie en naasten) voor verzoeken om hulp naar aanleiding van de verleende ambulante verplichte zorg altijd een ter zake deskundige zorgverlener kan bereiken en de noodzakelijke ondersteuning krijgt'. Uiteraard is dit een goed uitgangspunt en zetten zorgaanbieders zich hier ook voor in, maar wij willen de nuance maken dat zorg buiten kantooruren alleen in geval van acute zorg beschikbaar is en alleen onder de voorwaarde dat de bekostiging van acute ggz passend is. De inschatting of er sprake is van een acute situatie wordt gemaakt op basis van triage. Zorgaanbieders hebben onvoldoende personele beschikbaarheid en de tarieven zijn ontoereikend om voornoemd resultaat in niet-acute situaties waar te maken. GGZ Nederland verzoekt de gemaakte nuance te bevestigen: in niet acute situaties wordt de noodzakelijke ondersteuning zo spoedig mogelijk gegeven.

Met vriendelijke groet,



mevrouw drs. V.J.W.C. Esman-Peeters,
directeur

Bijlage 1: opmerkingen per artikel Besluit Wfz

Hoofdstuk 1: Begripsbepalingen

Art. 1.2:

- Uit de toelichting bij dit artikel blijkt niet waarom aanwijzen dan wel uitsluiten van andere vormen van zorg dan in art. 1.1 van de wet gegeven, in voorkomende gevallen zal gebeuren op het niveau van een ministeriële regeling in plaats van bij AMvB. Een toelichting hierbij wordt gewenst.

Hoofdstuk 2: Gegevensverwerking en toezicht

- In de nota van toelichting staat in de eerste alinea onder Hoofdstuk 2: 'Ingevolge *artikel 2.7, onder a*, van de wet wordt in lagere regelgeving bepaald tot welke gegevens de verplichting in artikel 2.6 zich in ieder geval uitstrekt.' Dit moet zijn '*artikel 2.7, onder c*'.
- Art. 2.4. GGZ Nederland begrijpt niet waarom in dit artikel de restrictie is aangebracht voor gegevens die alleen een ter beschikking gestelde aan wie een bevel tot verpleging van overheidswege is gegeven. De artikelen 2.2 en 2.3, waarbij de gegevensoverdracht van respectievelijk OM naar reclassering, en van zorgaanbieder naar reclassering of OM is geregeld, betreffen de gegevens van 'de forensische patiënt' door middel van de verwijzing naar art. 2.6 Wfz. De zorgaanbieder die forensische zorg verleent, verricht niet alleen voor ter beschikking gestelden aan wie een bevel tot verpleging van overheidswege is gegeven delict-analyses en risicotaxaties. Dit onderdeel van forensische zorg is relevant voor alle forensische patiënten, waarmee het noodzakelijk is dat de zorgaanbieder voor alle forensische patiënten de mogelijkheid heeft relevante strafvorderlijke gegevens te verwerken. GGZ Nederland verzoekt dan ook dringend dit artikel en het besluit justitiële en strafvorderlijke gegevens hierop aan te passen, zodat de zorgaanbieder de mogelijkheid heeft alle voor delict-analyse en risicotaxatie relevante gegevens uit het strafdossier te verwerken voor de forensische patiënt. Tevens verzoekt GGZ Nederland opheldering over het verschil tussen sub a en b, een extract van de strafbeslissing en de strafbeslissing.
- Artikel 2.7: Dit artikel omschrijft de informatieverstrekking vanuit zorgaanbieders richting de minister. Zoals wij ook tijdens het rondetafel gesprek hebben aangegeven, is dit in onze ogen op dit moment te ruim omschreven. We zijn blij dat aan de toelichting is toegevoegd dat de uitwerking van deze informatieverstrekking altijd in samenspraak met de sector gebeurt. Toch zouden we dit graag nader gespecificeerd zien, bijvoorbeeld door te omschrijven welke overlegvorm hier gekozen wordt. Ook kan waar mogelijk al worden aangegeven om welke gegevens het gaat –zoals dat ook momenteel in het kader van de Wvvggz gezamenlijk met het veld wordt uitgezocht. Daarnaast verzoekt GGZ Nederland de woorden 'daar waar mogelijk' uit lid 4 van dit artikel te verwijderen. Ons inziens past het bij de AVG en is het niet noodzakelijk om uit te gaan van geanonimiseerde gegevens, daar waar het beleidsinformatie voor de Minister betreft. Hieruit volgt ook het verzoek lid 3 van het artikel te schrappen: niet is in te zien waarom de minister de beschikking zou moeten hebben persoonsgegevens, inclusief het Burgerservicenummer, teneinde een zorgvuldig en samenhangend beleid ter zake te kunnen voeren. Daar waar in art. 2.6 van de Wfz geen optie is gemaakt om persoonsgegevens te delen met de minister ten behoeve

van beleid, ziet GGZ Nederland niet in dat dit in het onderhavige Bfz geregeld kan worden. In de toelichting wordt gesteld dat de minister geanonimiseerde gegevens ontvangt, waarbij het blijkbaar de bedoeling is (ook in het kader van benchmarking) de niet geanonimiseerde gegevens aan een door de minister aan te wijzen instantie te leveren. GGZ Nederland kan hier niet achter staan, zeker niet in het licht van de vorige opmerking over het ontbreken van een wettelijke basis hiervoor in de Wfz. Tot slot wijzen wij erop dat kosteloze informatieverstrekking het primaire proces raakt. GGZ Nederland werkt –zoals nu ook het geval is- altijd graag mee aan informatievragen vanuit de ministeries, maar tegelijkertijd moeten ook de administratieve lasten zoveel als mogelijk worden beperkt. Het is goed om te zien dat dit uitgangspunt in de toelichting bij het besluit bevestigd wordt, maar we missen het gevolg dat hieraan gegeven wordt.

Hoofdstuk 3. Instellingen

- Art. 3.1 lid 2 sub c e sub d: Hierin staat dat de minister gegevens verlangt over de bouwkundige voorzieningen en personele en materiële toerusting. GGZ Nederland verzoekt duidelijk te maken waar geregeld wordt welke gegevens de minister van de instellingen verlangt. Temeer nu deze eisen verbonden zijn aan het intrekken of opschorten van de aanwijzing. In het kader van de rechtszekerheid moeten zorgaanbieders hier vooraf duidelijkheid over hebben.
- Art. 3.2: GGZ Nederland verzoekt de criteria voor en besluitvorming rondom het opschorten of intrekken van de aanwijzing als private instelling door de minister te verduidelijken. Zo vraagt GGZ Nederland zich af of er een maximum termijn aan een opschorting is verbonden.
- Art. 3.3 lid 3: GGZ Nederland verzoekt te verduidelijken op welke wijze de eisen aan de bouwkundige staat van de private instelling tot stand komen, en waar deze vastgesteld worden.
- Art. 3.4 lid 3 en 3.5 lid 3: In het besluit wordt aangegeven dat de minister de in deze artikelen genoemde modellen vaststelt. GGZ Nederland is verheugd te constateren dat in de toelichting wordt gesteld dat het veld betrokken zal worden bij het opstellen hiervan. Graag ziet GGZ Nederland hier de toevoeging dat daarbij aandacht zal worden besteed aan het verminderen van de administratieve lasten. Tevens verzoeken wij duidelijkheid of dit aansluit of een vervanging is van de MITS² registratie.

Hoofdstuk 4. Inkoop

- Art. 4.1 lid 3 sub g: In de in dit artikel omschreven werkwijze rond de zorginkoop wordt in lid g. de controle op de naleving van de overeenkomst omschreven. Ook voor deze controle geldt dat we graag namens de zorgaanbieders gezamenlijk met het ministerie uitwerken welk controlemodel hiervoor ingesteld kan worden. Dit biedt zorgaanbieders de kans hun AO/IC-structuur juist en tijdig in te richten op mogelijke materiële controles, zodat de controle van het bestede geld op volledige en zo weinig arbeidsintensief mogelijke wijze kan plaatsvinden.
- Daarnaast verzoekt GGZ Nederland ter verduidelijking lid 3 sub e en f als volgt te wijzigen:

² Monitoring Informatiesysteem Terbeschikking Stelling



- e. de informatie die door de zorgaanbieder aan de reclasseringsinstelling dan wel het openbaar ministerie moet worden verstrekt, zoals bedoeld in artikel 2.3;
- f. de informatie in verband met het toezicht op de tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke titel en het door Onze Minister te voeren beleid, alsmede de gegevensverstrekking ten behoeve van onderzoek en statistieken;

Hoofdstuk 6. Plaatsing, overplaatsing en overbrenging

- Art. 6.2 lid 2. GGZ Nederland verzoekt om verduidelijking van de term 'aanduiding'. Houdt een aanduiding een suggestie in of een verplichting van minimale beveiliging?
- Art. 6.5: Volgens GGZ Nederland moet dit zijn: 'Artikel 2 van het Besluit ...is van overeenkomstige ...'

Hoofdstuk 7. Wijzigingen in andere regelingen

- In art. 7.1 sub f van de Wfz wordt artikel 37a WvS aangepast, waarbij met name lid 5 van dat artikel geleid heeft tot een discussie over de 'weigerende observandus'. Lid 9 van het nieuwe artikel 37a WvS. geeft aan dat er bij AMvB regels worden gesteld 'over de werkwijze, de geheimhouding, en de besluitvorming van de multidisciplinaire commissie, alsmede over de gegevens in het advies.' Deze AMvB is niet terug te vinden in het voorliggende concept besluit FZ. GGZ Nederland vraagt zich af wanneer en op welke wijze deze AMvB ontwikkeld zal worden en wordt hier graag bij betrokken

Bijlage 2 Beleidsinformatie Wvggz

Specifieke informatie waar zorgaanbieders behoefte aan hebben:

Hieronder volgt een lijst met de benodigde informatie.

- Hoe veel meldingen als bedoeld in art. 5:2 lid 1 komen binnen bij het college van burgemeester en wethouders, waarop een verkennend onderzoek wordt uitgevoerd?
 - Hoe veel van deze meldingen (met onderzoek) leiden tot een door het college van burgemeester en wethouders ingediende aanvraag als bedoeld in art. 5:3 (aanvraag bij de officier van justitie om een verzoekschrift voor zorgmachtiging voor te bereiden)?
- Hoe vaak wordt de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging geschorst om betrokkene in de gelegenheid te stellen een plan van aanpak op te stellen (art. 5:5)?
 - Hoe veel van deze schorsingen leiden ertoe dat er geen zorgmachtiging komt?
- Hoe vaak wordt de 'doorzettingmacht' van art. 5:2 lid 5 ingezet?
- Hoe vaak wordt de 'doorzettingmacht' van art. 5:18 lid 2 ingezet?
- In hoeveel gevallen van aanvragen (als in 5:3) besluit de officier van justitie geen verzoekschrift in te dienen, omdat hij van oordeel is dat niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg (art. 5:18 lid 1)?
 - Aan welke criteria is dan niet voldaan?
- Hoe vaak wordt een zorgmachtiging die bij de rechter verzocht is, niet verleend?
 - Aan welke criteria is dan niet voldaan?
- Hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend?
 - Hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend op aanvraag van het college van burgemeester en wethouders?
 - Hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend op aanvraag van een geneesheer-directeur?
 - Hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend op aanvraag van een persoon die op beroepsmatige basis zorg verleent aan betrokkene?
 - Hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend op aanvraag van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1.1, 1^e lid, onderdeel o, van de Wet forensische zorg?
 - Hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend op aanvraag van een ambtenaar van de politie?
 - hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend met toepassing van art. 2.3 Wet forensische zorg?
 - hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend tot opname in een accommodatie?
 - hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend tot opname in een accommodatie waarbij bepaald is dat betrokkene tijdelijk kan worden overgeplaatst naar een instelling als bedoeld in art. 3.1 1^e lid of art. 3.3 1^e lid van de Wet forensische zorg (art 6:4 lid 3)?
 - hoe vaak wordt een zorgmachtiging verleend tot opname in een accommodatie waarbij bepaald is dat betrokkene wordt opgenomen in een instelling als bedoeld in art. 3.1 1^e lid of art. 3.3 1^e lid van de Wet forensische zorg (art 6:4 lid 3)?



- Welke vormen van zorg, genoemd in de zorgmachtiging of crisismaatregel worden daadwerkelijk verleend?
- Hoe vaak kan opname in een accommodatie voorkomen worden door het inzetten van ambulante verplichte zorg?
- Hoe vaak wordt een verzoek tot wijziging van een zorgmachtiging ingediend?
 - Op welke vormen van zorg heeft de wijziging betrekking?
- Hoe vaak neemt een burgemeester een crisismaatregel?
- Hoe vaak wordt verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel toegepast (art. 7:3)?
- Hoe vaak wordt de crisismaatregel verlengd/voortgezet (art. 7:8)?
- Hoe vaak wordt de crisismaatregel direct opgevolgd door een zorgmachtiging (art. 7:11)?
- Hoe vaak wordt een bestuurlijke boete opgelegd (art. 13:4 lid 1)?
 - ter zake van welke overtredingen?
- Hoe vaak wordt een dwangsom opgelegd (art. 13:4 lid 2)?
 - ter zake van welke overtredingen?
- Hoe vaak wordt een overtreding aan het openbaar ministerie voorgelegd?
 - ter zake van welke overtredingen?

Hiernaast is de GGZ op zoek naar informatie over de kosten van de Wvggz. Vervolgens heeft de GGZ graag informatie over het 'ultimum remedium' beginsel. Welke vrijwillige zorg is in een regio beschikbaar (inhoud en capaciteit) en heeft dit een verband met minder gedwongen zorg? GGZ Nederland beseft uiteraard dat dit geen gemakkelijk telbare data zijn, maar meer onderzoek vergt.