



Aan de leden van de Eerste Kamer der Staten-Generaal  
Postbus 20017  
2500 EA Den Haag

Datum  
21 december 2017

Contactpersoon  
Maayke Swank

Onderwerp  
Behandeling Wvggz, Wfz en Wzd in de eerste kamer

Bijlage(n)  
1

Doorkiesnummer  
033 4608925

Ons kenmerk  
KV/mesk/cecs/208013/2017

Beste leden van de Eerste Kamer,

Op 15 en 16 januari aanstaande behandelt u de wetsvoorstellen Wet verplichte ggz (Wvggz), Wet forensische zorg (Wfz) en Wet zorg en dwang (Wzd). Zoals eerder aangegeven is er behoefte aan wetgeving die aansluit bij de praktijk van ambulante behandelen en begeleiden. GGZ Nederland staat voor het versterken van de mentale gezondheid van mensen in een inclusieve en veilige samenleving. Wij onderschrijven daarom de gedachte van de wetsvoorstellen om integraal te kijken naar de zorgbehoefte van de patiënt. Een van de uitgangspunten is dat verplichte zorg ultimum remedium is. Om hieraan bij te dragen pleit GGZ Nederland voor voldoende ggz-expertise in de wijk voor preventie en vroegsignalering. Dit biedt kansen om hulp tijdig in te zetten en problemen 'klein' te houden, zodat verplichte zorg voorkomen kan worden. Een goede samenwerking tussen alle betrokken actoren is daarbij onontbeerlijk.

GGZ Nederland heeft u al verschillende malen onze standpunten en vragen over de Wvggz, Wfz en Wzd kenbaar gemaakt. In aanvulling hierop brengen we in de bijlage thema's onder uw aandacht die naar aanleiding van de memorie van antwoord d.d. 19 september jl. en de besluiten Wvggz, Wzd en Wfz nog nadere uitleg behoeven. Wij verzoeken u onze vragen in het debat met de verantwoordelijke bewindspersonen mee te nemen.

### Kosten uitvoering wetsvoorstellen

Alvorens inhoudelijk op de onderwerpen in te gaan, willen wij nogmaals benadrukken dat we grote zorgen hebben over de implementatie en de tijd die gegeven wordt voor de implementatie van deze wetsvoorstellen. Er moet nog veel gebeuren voordat de wetsvoorstellen in werking kunnen treden. Te denken valt aan het werven en scholen van personeel, voorlichten van alle betrokkenen, maken van regionale samenwerkingsafspraken, aansluiting op landelijke keteninformatiesystemen, het aanpassen van interne ICT systemen, het aanpassen van werkprocessen, beleid, veldnormen en de bekostiging, inrichting van de klachtencommissie en organiseren van patiënt- en familieondersteuning.





Zoals de regering in de memorie van antwoord al aangeeft, vraagt dit een zorgvuldig implementatietraject. De regering geeft ook aan dat partijen zelf verantwoordelijk zijn voor de aanpassing van hun uitvoeringspraktijk aan de nieuwe wet- en regelgeving en de bekostiging daarvan (antwoord 47).

Onderzoek van Significant<sup>1</sup> laat zien dat de structurele uitvoeringskosten, excl. de ICT kosten voor de ggz op € 11 miljoen worden geschat. Deze wetsvoorstellen zijn niet uit te voeren zonder (landelijke) digitale ondersteuning. Een eerste schatting laat zien dat er voor de ICT kosten minimaal een vergelijkbaar bedrag voor de implementatie verwacht wordt en daarnaast nog terugkerende kosten voor het onderhoud en beheer van minimaal € 2,5 miljoen per jaar. Alhoewel wij de schatting van Significant aan de lage kant vinden, blijven wij bij ons eerdere standpunt dat deze kosten bij de overheid horen en deze kosten niet gefinancierd kunnen worden uit de bestaande middelen of passen binnen de bekostigingssystematiek. Wij vragen met klem om een oplossing voor de ICT kosten en de structurele uitvoeringskosten. Wilt u de bewindspersonen vragen bij te dragen aan de ICT kosten en structurele uitvoeringskosten?

#### Effecten besluiten Wvvggz, Wfz en Wzd

Op 6 december jl. zijn de concept besluiten behorende bij de Wvvggz, Wzd en Wfz gepubliceerd. GGZ Nederland zal in de internetconsultatie een uitgebreide reactie geven. Wel willen wij alvast aangeven 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 voor geboden. Ter illustratie noemen we de bewaarplicht van de verpleegdedossiers. 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. 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. Daarnaast geldt ook voor de besluiten dat wij vragen 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 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 de bewindspersonen aan te geven welke administratieve lasten kunnen verminderen.

Tot slot verzoeken wij om invulling van de AMvB beleidsinformatie (art 8:30 Wvvggz), zodat er voldoende stelselinformatie is om de kosten en effecten van deze wetsvoorstellen in de evaluaties mee te nemen.

#### Invoerdatum

De invoerdatum van 1 januari of 1 juli 2019 wordt genoemd. Beiden vinden wij onwenselijk. Zoals eerder geschetst, moet er nog veel gebeuren in de implementatiefase. Allereerst zijn de uitvoeringsregelingen bij deze wetsvoorstellen op zijn vroegst medio 2018 gereed, wat een goede voorbereiding bemoeilijkt.

---

<sup>1</sup> Significant, eindrapport actualisatie kosten Wet verplichte ggz, 21 januari 2016



Daarnaast wordt de productstructuur ggz/fz doorontwikkeld waardoor naar verwachting in 2020 een nieuwe bekostigingssysteem volgt. De wetsvoorstellen moeten hierop aansluiten. Ook brengt het voor de zorgaanbieder veel administratieve druk met zich mee wanneer gedurende het jaar wijzigingen in het systeem, de inkoop en in de verantwoording gemaakt moeten worden. Bovendien blijkt uit departementale stukken dat het hoogstwaarschijnlijk niet haalbaar is om de ICT infrastructuur op 1 januari 2019 gereed te hebben. Wij pleiten er daarom voor de invoerdatum per een januari datum te bepalen, rekening houdend met voornoemde zal de invoerdatum op of na 1 januari 2020 moeten zijn.

Met vriendelijke groet,

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



## **Bijlage 1**

### Beschikbaarheid van hulp

In artikel 2:2 sub d van de AMvB 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 willen wij de nuance maken dat zorg buiten kantooruren alleen in geval van acute zorg beschikbaar is en alleen wanneer 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 regering om de gemaakte nuance te bevestigen: in niet acute situaties wordt de noodzakelijke ondersteuning zo spoedig mogelijk gegeven.*

### Verhouding actoren

In de memorie van antwoord is veel aandacht voor de verhouding tussen de geneesheer-directeur en zorgverantwoordelijke. Waar GGZ Nederland graag nog een reactie van de regering op wil is de verhouding tussen de verschillende actoren in dit wetsvoorstel. Een domein overstijgende integrale aanpak kan alleen geborgd worden als alle partijen hun rol oppakken. Wat zorgelijk is, is dat niemand de bevoegdheden heeft om in te grijpen als blijkt dat een van de partijen zijn rol niet oppakt of waar kan maken. Het risico is dan groot dat de patiënt tussen wal en schip valt of dat de zorgaanbieder niet de benodigde zorg kan leveren. De afspraken uit het regio-overleg (artikel 8:31 Wvvggz) bieden onvoldoende houvast om dit onderling te regelen, zeker wanneer sprake ook is van multiproblematiek op de grenzen van de Wvvggz en de Wzd.

- *Kunt u de verantwoordelijke bewindspersonen vragen de Kamer te informeren over de mogelijkheden om in te grijpen wanneer een van de partijen zijn rol niet oppakt en om dit onderwerp expliciet in de evaluatie terug te laten komen?*

### Klachtrecht

GGZ Nederland heeft in de brief van 9 juni jl. vragen gesteld over de verdubbeling van verplichtingen nu de Wkkgz en Wvvggz beiden een ander klachtenregime kennen. De minister geeft in vraag 21 van de memorie van antwoord als oplossing dat de geschillencommissie en klachtencommissie geïntegreerd kunnen worden, waardoor de verdubbeling voorkomen kan worden.

GGZ Nederland ziet dit in de praktijk niet voor zich. In de huidige praktijk worden gecombineerde klachten (Bopz en Wkkgz) behandeld door de klachtencommissie. Hierdoor krijgt de patiënt niet met meerdere loketten te maken. Daarnaast blijkt dat klachten die zowel gaan over de Wkkgz als Wet bopz dusdanig met elkaar verbonden dat splitsing niet mogelijk is. Dit grijze gebied zal in de Wvvggz niet anders zijn.

Wanneer de geschillencommissie het werk van een gecombineerde klachtencommissie gaat doen is er geen mogelijkheid om het Wkkgz deel van de klacht in tweede aanleg te laten toetsen. Bovendien lijkt het onmogelijk om de zorgvuldige procedure van de Wkkgz geschillencommissie te versnellen, waardoor je de termijnen uit de Wvvggz onmogelijk kan



halen. Tot slot wijzen wij op de kosten van gemiddeld € 2600,- aan proceskosten voor het behandelen van een geschil.

Het is voor zorgaanbieders onhaalbaar om deze kosten ook voor de Wvvgz klachten te dragen.

Nu het in de praktijk onmogelijk is om gecombineerde klachten neer te leggen bij de geschilleninstantie en het onwenselijk is om een verdubbeling van verplichtingen van zorgaanbieders te vragen verzoeken wij ons eerdere voorstel over te nemen. Patiënten die te maken hebben met verplichte zorg en waarbij sprake is van een gecombineerde klacht wordt de route van de Wkkgz uitgesloten. 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 Wvvgz, Wzd of de klachtenregeling op basis van de Bvt. Dit is niet alleen een lastenverlichting voor de zorgaanbieder, maar versterkt ook de rechtspositie van de patiënt. Er vindt namelijk 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 Wvvgz korter dan in de Wkkgz en geldt er een aangepast griffierecht.

- *Wilt u de verantwoordelijke bewindspersonen vragen om onze oplossing te regelen via de AMvB (art. 10:2 lid 4) en in de evaluatie expliciet aandacht te besteden aan de baten en lasten die de wijzigingen in het klachtrecht met zich meebrengen?*

#### Bevoegdheden minister bij overplaatsing, ontslag of verlof forensische patiënten

In de memorie van antwoord wordt niet ingegaan op het gesignaleerde knelpunt rondom de continuïteit van zorg als de minister niet instemt met de (tijdelijke) overplaatsing, het ontslag of het verlof van een patiënt met een justitiële titel en dit volgens de geneesheer-directeur wel wenselijk is (artikel 9:2 Wvvgz). Dit kan tot ontwrichting op de afdeling leiden, wat de kwaliteit van zorg van de andere patiënten in gevaar brengt. Bovendien maken wij ons zorgen over de termijn die de minister neemt voor de toetsing, daarbij trekken wij het vergelijk met een verloftoetsing tbs, die gemiddeld 3-4 weken duurt<sup>2</sup>. In deze periode is de inperking van de grondrechten van patiënten op grond van de Wvvgz niet te onderbouwen.

- *Wilt u de verantwoordelijke bewindspersonen vragen hoe lang de toets duurt en wat de zorgaanbieder moet doen als de geneesheer-directeur en minister van mening verschillen over de noodzaak tot overplaatsing, ontslag of verlof? Onder welk wettelijk kader valt de patiënt gedurende de toetsing van de minister en in geval van een afwijzende beslissing van de minister? En wat zijn de mogelijkheden voor zorgaanbieders om het besluit van de minister aan te vechten?*

#### Waarborgen bestuurlijke boete

Artikel 6.1 Wfz maakt het mogelijk om een bestuurlijke boete op te leggen als de zorgaanbieder niet voldoet aan de verplichting tot opnemings- en verplegingszorg van forensische zorg. Het opleggen van een bestuurlijke boete is een vergaande bevoegdheid. In de concept AMvB worden de criteria waaronder deze boete opgelegd mag worden niet uitgewerkt. Wij verzoeken in de AmvB in artikel 6.11 Wfz de criteria voor plaatsing te verhelderen, zodat

<sup>2</sup> Jaarverslag Adviescollege verloftoetsing TBS 2016



duidelijk is in welke situaties een dergelijke boete gerechtvaardigd is. 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.
- *Wilt u de verantwoordelijk bewindspersonen vragen om bovengenoemde waarborgen in AmvB over te nemen?*

### Integrale toelichting

In antwoord 13 geeft de regering aan dat het veld geen behoefte heeft aan een integrale toelichting, omdat ook een integrale tekst moeilijk leesbaar blijft. Dit berust op een misverstand, een integrale toelichting is juist een wens van het veld. Het inperken van grondrechten en het implementeren van de voorliggende wetsvoorstellen vragen om zorgvuldige procedures en afwegingen, die alleen gemaakt kunnen worden met de wetsteksten van de Wvggz, Wzd en Wfz en diens achterliggende gedachten en toelichtingen. Een integrale toelichting is hierbij onontbeerlijk.

- *Wij verzoeken u nogmaals om een integrale toelichting te vragen.*

### Informatiemateriaal

In hetzelfde antwoord (bij vraag 13) geeft de regering aan dat er informatiemateriaal dient te komen dat een vertaalslag vormt tussen wetteksten en toelichting naar de praktijk. GGZ Nederland staat uiteraard achter dit voornemen, temeer omdat het van belang is dat er geen interpretatieverschillen in het voorlichtingsmateriaal van de verschillende actoren bestaat. GGZ Nederland verneemt graag hoe de Ministeries zich dit voorstellen. Daarnaast verzoekt GGZ Nederland om bij de ontwikkeling van dit materiaal speciaal aandacht te hebben voor de ingewikkelde problematiek van de rechtsposities in de gevallen van samenloop van wetten, zoals bijvoorbeeld het geval is bij de (tijdelijke) plaatsing van een betrokkene in een instelling als bedoeld in artikel 3.1, eerste lid of artikel 3.3, eerste lid van de Wet forensische zorg (zoals beschreven in artikel 6:4 lid 3 en 4 Wet verplichte ggz). Behalve dat dit voor de betrokkene met een zorgmachtiging te begrijpen moet zijn, is het ook voor de betrokken hulpverlener belangrijk hier goed zicht op te hebben. Daarnaast verzoeken wij aandacht te besteden aan de beeldvorming en verwachting van de wetten rondom gedwongen zorg, daar wij merken dat het beeld bestaat dat met deze wetsvoorstellen alle incidenten voorkomen kunnen worden. Helaas is dit een utopie.

- *Wilt u de minister vragen bij het ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal specifiek aandacht te besteden aan de rechtsposities en beeldvorming?*



## Argus

Een van de uitgangspunten in de wetsvoorstellen is dat dwang ultimum remedium is. Zoals in antwoord 75 wordt aangegeven is er de laatste jaren veel geïnvesteerd in het terugdringen van dwang en drang en het opzetten van een registratiesysteem (Argus). Een van de middelen om tot kwaliteitsverbetering en het terugdringen van dwang en drang te komen, is het werken met kwaliteitsnetwerken en kwaliteitsregistraties. In het AO GGZ d.d. 29 november jl. heeft de minister het belang van inzicht in de cijfers rondom dwangmaatregelen bevestigd. Op dit moment voorziet de Wvvgz slechts in een wettelijke grondslag om de zogenaamde Argus data aan te leveren aan de IGZ ten behoeve van het toezicht (antwoord 166). Dit is een beperkt doel en daarmee is het voor andere doelen alleen mogelijk om deze data geanonimiseerd te verzamelen, bewerken, analyseren en spiegelen. De mogelijkheid om op basis van Argus-data te leren van andere zorgaanbieders om het aantal dwangtoepassingen te reduceren is hiermee zeer beperkt.

Eerder hebben verschillende ggz partijen<sup>3</sup> in een brief aangegeven dat kwaliteitsverbetering en kwaliteitsregistraties gewenst zijn, maar in relatie tot de privacywetgeving juridische en bestuurlijke risico's met zich meebrengen. De veldpartijen geven daarbij aan dat er een gezamenlijke ambitie is om op verantwoorde wijze kwaliteitsinformatie te verzamelen. Daarbij vragen we de departementen om in gesprek te gaan met het veld om wettelijke waarborgen te creëren om deze risico's weg te nemen en duidelijkheid te verschaffen over de (on)mogelijkheden.

- *Wij verzoeken de verantwoordelijke bewindspersonen om eveneens duidelijkheid te verschaffen over de kwaliteitsregistraties vanuit de Wvvgz en meer specifiek rondom Argus.*

## Één wet

Er zijn in de memorie van antwoord verschillende antwoorden gegeven over het nut en de noodzaak van twee verschillende wetten verplichte zorg. Wij herkennen het beeld geschetst bij antwoord 14 dat de doelgroepen niet geheel overeen komen en dat er ook bij één wet gedifferentieerd wordt naar doelgroep. Dat past onzes inziens bij het bieden van zorg op maat. Waar wij ons niet in herkennen is dat het verschil in doelgroep andere waarborgen in rechtspositie en procedure rechtvaardigen. Nogmaals willen we aangeven dat GGZ Nederland van mening is dat in de toekomst één wet verplichte zorg gewenst is. Temeer daar de doelgroepen de afgelopen jaren naar elkaar zijn toegegroeid. Eén wettelijk kader regelt de interne en externe rechtspositie van de patiënt beter, vermindert administratieve lasten en komt samenwerking en daarmee de kwaliteit van de patiëntenzorg ten goede.

Daarnaast geeft de regering in antwoord 15 het volgende aan: *'tijdens de evaluatie onderzocht kan worden of de wetten het beoogde doel bereiken, maar dat op korte termijn twee wetten blijven bestaan'*. GGZ Nederland kan deze uitspraak niet plaatsen, nu het lijkt alsof de regering hier vooruitlopend op de evaluatie al conclusies trekt. Eerder hebben wij al voorgesteld om zo snel mogelijk na invoering van de wetsvoorstellen te beginnen met het

---

<sup>3</sup> Partijen Agenda ggz Gepast Gebruik en Transparantie





ontwikkelen van één nieuwe wettelijke regeling. Wenselijk is dat de regeling als uitkomst van de eerste evaluatie van de wetgeving zal plaatsvinden.

- *Wilt u de verantwoordelijke bewindspersonen erop wijzen dat één toekomstige Wet gedwongen zorg de patiëntenzorg ten goede komt en daarom vragen om gedurende de evaluatie één wet verplichte zorg te ontwikkelen waarbij de Wvggz als uitgangspunt dient?*

## Veiligheid

GGZ Nederland heeft eerder zorgen geuit over de veiligheid van medewerkers, patiënten en diens omgeving bij het verlenen van ambulante verplichte zorg. Wij onderschrijven dan ook het voornemen van de regering om regels op te stellen die bijdragen aan het verhogen van de veiligheid (antwoord 20).

In antwoord 49 wordt gesuggereerd dat de kosten van het zorggebruik bij de Wvggz waarschijnlijk gaan dalen, omdat er alternatieven zijn waardoor opname niet nodig is. Gezien de kwaliteitseisen die bijdragen aan de veiligheid is dat nog maar de vraag.

- *Daarom verzoeken wij om de regering te vragen hoe de bekostiging van de extra veiligheidswaarborgen die bij AMvB gesteld gaan worden vormgegeven gaan worden?*

## Informatie aan politie

De Wvggz voorziet niet in een wettelijke bepaling op basis waarvan structurele informatie aan de politie kan worden verstrekt. De regering geeft aan dat de privacy van de patiënt hier een rol speelt (vraag 32). Daarna geeft de regering aan dat de overleggen in het veiligheidshuis kunnen bijdragen aan de informatievoorziening van de politie. Wij vragen ons af of hier ten onrechte wordt gesuggereerd dat in het veiligheidshuis een ruimere grondslag is om informatie met derden te delen.

- *Wij zijn van mening dat het medisch beroepsgeheim ook binnen het veiligheidshuis een rol speelt en verzoeken u daarom aan de bewindspersonen te vragen om deze opmerking toe te lichten.*

## Termijn voorbereiden zorgmachtiging

In de memorie van antwoord geeft de regering aan dat het voorbereiden van een zorgmachtiging ongeveer 7 weken duurt (vraag 43). In artikel 2.5 van de Wfz staat een verplichting voor de zorgaanbieder om 6 weken voor afloop van de justitiële titel te starten met de voorbereiding voor aansluitende zorg. Wij wijzen erop dat de termijn van 6 weken te kort is om een ZM aan te vragen dan wel andere aansluitende zorg te regelen.

- *Wij vragen de verantwoordelijke bewindspersonen aan te geven wie de kosten voor deze voorbereidingen draagt, is dat justitie of valt het onder de Zvw? Daarnaast stellen wij ons op het standpunt dat de kosten ook gedragen moeten worden als de voorbereiding langer dan 6 weken vraagt. Wilt u de bewindspersonen vragen dit standpunt te bevestigen?*





## Ingrijpen onder de Wvvgz

In antwoord 79b doet de regering de volgende uitspraak: 'deze wet maakt eerder ingrijpen dan onder de Wet bopz mogelijk'. De Wvvgz regelt dat bij het aanvragen van een zorgmachtiging meer informatie aanwezig is, bijvoorbeeld politie- en justitie-informatie. Daartegenover staat dat de criteria om gedwongen zorg op te leggen dezelfde zijn als in de Wet bopz. Daarom kunnen wij deze uitspraak van de regering niet plaatsen.

- *Wilt u de bewindspersonen vragen om een toelichting op deze opmerking.*

## Jeugdhulp

In de memorie van antwoord vinden wij nog niet duidelijk terug hoe de beleidsvrijheid van de gemeente in de Jeugdwet zich verhoudt tot de verplichte zorg. Wij zoeken daarbij antwoord op de vraag of de gemeente de mogelijkheid heeft om in het kader van de Jeugdwet de voorkeuren en wensen van de patiënt in te perken? Te denken valt aan de aard van de zorg of de locatie waar de zorg wordt geboden. In het laatste geval gaan wij er vanuit dat de contractering van de jeugdhulp niet van invloed is op de financiering van de verplichte zorg. Dat wil zeggen dat een zorgmachtiging of crisismaatregel uitgevoerd kan worden bij een erkende Wvvgz zorgaanbieder ongeacht of deze is ingekocht door de gemeente. Indien dit niet het geval is, dan stellen wij dat de inperking van de keuzevrijheid niet aansluit bij de doelstellingen en stepped care gedachte van de Wvvgz.

- *Wilt u de verantwoordelijke bewindspersonen vragen om een toelichting op de beleidsvrijheid van de gemeente te geven in relatie tot verplichte zorg? Wij zijn met name benieuwd naar een antwoord op de vraag of de Wvvgz alleen uitgevoerd kan worden bij ingekochte jeugdhulpaanbieders?*

## Richtlijnen dwang en drang

In antwoord 75 wordt aangegeven dat de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang is afgerond en geautoriseerd. 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 Wvvgz en Wzd in werking treden.

In hetzelfde antwoord wordt aangegeven dat de generieke module dwang en drang in ontwikkeling is en ingaat op ambulante dwang. Ook deze module is een beschrijving van de situatie in de huidige Wet bopz en niet over de situatie in de Wvvgz en Wzd. Tevens hebben wij begrepen dat de huidige module die in ontwikkeling is niet ingaat op ambulante dwang.

## Verkennd onderzoek

Het is aan de gemeente om het verkennend onderzoek in te richten en vorm te geven (art. 5:2 Wvvgz). De Wvvgz biedt geen mogelijkheid om de conclusies uit het onderzoek aan de geneesheer-directeur/zorgaanbieder te verstrekken. Dit leidt tot dubbel (onderzoeks)werk en belasting voor de patiënt.

- *Wilt u de verantwoordelijk bewindspersonen vragen waarom hiervoor gekozen is en of het mogelijk is het verkennend onderzoek zonder toestemming van de patiënt te delen op basis van art 8:29?*



## Fixatie

In de concept AMvB wordt fixatie in de ambulante setting uitgesloten. Het uitsluiten van fixatie past niet bij de uitgangspunten van de Wvvgz. 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 Wvvgz. 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 moet gemaakt worden door het veld. Te denken valt aan de tijdsduur, expertise, het toezicht, het meenemen van de wensen van betrokkenen en naasten etc.

- *Wilt u de verantwoordelijke bewindspersonen vragen fixatie in de ambulante setting bij AMvB mogelijk te maken en de invulling daarvan over te laten aan het veld?*