

Vergaderjaar 2013–2014

32 398

Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg)

I

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

1. Inleiding

Met grote belangstelling hebben wij kennis genomen van het nader voorlopig verslag dat de leden van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie hebben uitgebracht. Uit de reacties van de verschillende fracties maken wij op dat de memorie van antwoord positief is ontvangen. Wij zijn daar uiteraard verheugd over en gaan graag in op de nadere opmerkingen die naar aanleiding van deze memorie zijn gemaakt en de nadere vragen die zijn gesteld.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben kennisgenomen van de memorie van antwoord en wensen nog een enkele vraag voor te leggen aan de regering. Wij beantwoorden deze vraag graag.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het in de memorie van antwoord gestelde en danken ons voor de uitvoerige beantwoording van de door de Eerste Kamer gestelde vragen. Desalniettemin hebben zij nog enkele vragen. Wij zijn deze leden erkentelijk voor deze vragen, die voor een deel betrekking hebben op de tweede Marktscan en Beleidsbrief Forensische zorg in strafrechtelijke kader 2013 van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). Zij stellen hiermee onderwerpen aan de orde die tot nu toe in de parlementaire behandeling onderbelicht zijn gebleven en waar wij graag op ingaan.

De leden van de **PVV**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel en hebben hierbij een enkele vraag, ingegeven door het wetsvoorstel Invoering elektronische detentie (33 745), dat de Tweede Kamer momenteel in behandeling heeft. Ook deze vraag beantwoorden wij graag.

De leden van de **SP**-fractie danken ons voor een uitvoerige beantwoording van de vragen. Hoe uitvoerig ook, er blijven bij de leden van deze fractie vragen rijzen, niet in de laatste plaats vanuit het veld. De leden van de fractie van **GroenLinks** sluiten zich bij deze vragen aan. Uiteraard gaan wij ook op deze vragen graag in. Deze leden willen

allereerst van ons weten of wij de mening delen dat een zorgvuldiger voortraject deze problemen hadden kunnen voorkomen. Wij wijzen erop dat het onderhavige wetsvoorstel het sluitstuk is van een stelselwijziging in de forensische zorg, die mede is ingegeven door signalen vanuit het veld. Het veld is van meet af aan, vanaf de voorbereidingsfase, bij het wetsvoorstel betrokken. Juist door deze vroege betrokkenheid van het veld hebben wij getracht het aantal vragen te beperken en ervaren knelpunten zoveel mogelijk te voorkomen. Dat bij een dergelijke omvangrijke stelselwijziging op onderdelen toch vragen blijven rijzen, is evenwel onvermijdelijk. Wij hechten zeer aan de vruchtbare samenwerking met de verschillende veldorganisaties en zetten deze dan ook voort in het implementatietraject, dat reeds in gang is gezet: de diverse veldorganisaties zijn vertegenwoordigd in een implementatiewerkgroep onder leiding van het Ministerie van Veiligheid en Justitie en zij worden ook betrokken bij de nadere uitwerking van het wetsvoorstel in de algemene maatregel van bestuur, het Besluit forensische zorg. Ten behoeve van de praktijk en een soepele implementatie zal tot slot ook nog het nodige aan voorlichting worden gedaan. Aan het verzoek van deze leden om te reageren op de nadere vragen van GGZ Nederland, ingebracht bij brief met bijlagen d.d. 1 oktober 2013, alsmede op de vragen van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) in hun brief van 28 februari 2013 komen wij hieronder tegemoet.

2. Vragen naar aanleiding van ontvangen commentaren

Reactie op brief GGZ Nederland

De leden van de fracties van de **PvdA**, het **CDA**, de **SP** en **GroenLinks** vragen ons om een reactie op de brief die GGZ-Nederland de Eerste Kamer op 1 oktober jl. heeft doen toekomen. Zij vragen ons om inhoudelijk in te gaan op de door GGZ Nederland geschetste casusposities en op de door GGZ Nederland voorgestelde oplossingen. De drie door GGZ Nederland geschetste casusposities betreffen de huidige situatie, waarin de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen van toepassing is en de Wet forensische zorg (Wfz) nog niet in werking is getreden, de situatie waarin de Wfz in werking is getreden, maar de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) nog niet en de situatie waarin zowel de Wfz als de Wvggz in werking zijn getreden. GGZ Nederland geeft aan signalen te ontvangen over de plaatsing van justitiabelen in ggz-instellingen en de bevoegdheden die deze instellingen hebben op grond van het huidige artikel 51 van de Wet Bopz. In dit artikel wordt slechts een beperkt aantal forensische titels genoemd waarvoor enkele bepalingen van de Wet Bopz van toepassing worden verklaard op die justitiabelen. Voor justitiabelen met een andere forensische titel, waaronder de crisisopname tijdens de terbeschikkingstelling met voorwaarden, wordt de interne rechtspositie niet bepaald door de Wet Bopz, maar door de normen uit de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo), hetgeen problemen oplevert in de ggz-instellingen zodra de behandelmotivatie wegvalt of een gevaarlijke situatie ontstaat. Nu de Wfz, tot aan de inwerkingtreding van de Wvggz, verwijst naar artikel 51 Wet Bopz wordt deze problematiek volgens GGZ Nederland vergroot en staat deze een praktische uitvoering van de Wfz in de weg. Wij zijn GGZ Nederland erkentelijk dat zij deze lacune in artikel 51 Wet Bopz onder onze aandacht brengt en hiervoor ook oplossingen aandraagt. De suggestie om de Wfz, of in ieder geval artikel 2.3, niet eerder inwerking te laten treden dan de Wvggz is ook eerder al eens gedaan. In reactie daarop hebben wij in de memorie van antwoord aangegeven dat we daartoe vooralsnog onvoldoende aanleiding zagen. Dat standpunt, dat onder meer is ingegeven door de overweging dat het nieuwe artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (Sr), dat in artikel 2.3 Wfz wordt geïntro-

duceerd, bijdraagt aan de continuïteit van zorg, is vooralsnog ongewijzigd. Om te voorkomen dat het in de praktijk ervaren probleem mogelijk nijpender wordt door de inwerkingtreding van de Wfz zullen we wel gevolg geven aan de oproep van GGZ Nederland om artikel 51 Wet Bopz aan te passen. De door GGZ Nederland genoemde forensische titels zullen worden toegevoegd aan de titels waarbij de interne rechtspositie van de Wet Bopz geldt. Voor de situatie waarin de Wfz in werking is getreden, maar de Wvvgz nog niet, is het probleem daarmee verholpen. Voor wat betreft de situatie waarin zowel de Wfz als de Wvvgz in werking zijn getreden, geldt vooruitlopend op de harmonisatie van rechtsposities dat de (interne) rechtspositie van de forensische patiënt die is opgenomen in een reguliere ggz-instelling op dezelfde grondslag berust als die van degene die in een instelling verblijft op basis van een machtiging. Dat is de rechtspositie zoals deze voortvloeit uit de Wvvgz.

De leden van de **CDA**-fractie hebben daarnaast in het bijzonder de aandacht gevraagd voor de overgang van de zorg na ommekomst van de strafrechtelijke forensische zorg naar de reguliere zorg, die blijkens de brief van GGZ Nederland nog steeds een knelpunt is. Zij wijzen erop dat men hier stuit op een gebrek aan kennis bij de zorginkopers, dat het niet mogelijk blijkt om, tegen de wil van cliënten met een stoornis van de geestvermogens in, te werken aan verbetering en dat medicatie en dwangverpleging hier niet helpen. Toch vormen juist deze cliënten vaak een gevaar, zowel voor hun eigen veiligheid als voor die van de maatschappij. De leden van de **CDA**-fractie willen weten hoe de zorgcontinuïteit voor deze groep verzekerd is, wanneer zij uit de forensische zorg ontslagen zijn en niet bereid zijn vrijwillig in de reguliere gezondheidszorg mee te werken aan verbetering. Zij verzoeken ons om daarbij inhoudelijk in te gaan op de problematiek die door GGZ Nederland wordt aangekaart, met name op het gebied van de waarborging van de veiligheid binnen psychiatrische ziekenhuizen. Wij zijn de leden van de **CDA**-fractie erkentelijk voor deze vragen, waarmee zij de gezamenlijke doelstelling van het onderhavige wetsvoorstel en van de Wvvgz aan de orde stellen: het verbeteren van de continuïteit van zorg aan mensen met psychische stoornissen. Dat is zowel in het belang van de patiënt/justitiabele met psychiatrische problematiek (omdat het zo gemakkelijker wordt zorg op maat te realiseren) als van de samenleving (omdat een goede aansluiting van zorg recidive kan verminderen en daardoor de veiligheid van samenleving kan verhogen). Het onderhavige wetsvoorstel draagt op verschillende wijzen bij aan het verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en de (reguliere) geestelijke gezondheidszorg. Zo is in artikel 2.5 neergelegd dat de zorgaanbieder zes weken voor afloop van de justitiële titel voorbereidingen voor aansluitende zorg treft wanneer de zorgverlener of behandelaar van oordeel is dat verdere zorg nodig is na afloop van de strafrechtelijke titel. Naast deze inspanningsverplichting voor de zorgaanbieder maakt het voorgestelde nieuwe artikel 37 Sr het, zoals ook in de memorie van antwoord reeds is toegelicht, voor de strafrechter mogelijk om een machtiging op grond van de Wet Bopz, respectievelijk de Wvvgz, af te geven in aansluiting op de zorg die betrokkene op basis van zijn strafrechtelijke titel heeft ontvangen. Onder de voorwaarde dat betrokkene voldoet aan de voorwaarden voor gedwongen zorg, zoals deze in de Wet Bopz, respectievelijk de Wvvgz zijn neergelegd, draagt deze nieuwe bevoegdheid van de strafrechter bij aan de continuïteit van zorg, ook ten aanzien van personen die niet bereid zijn tot vrijwillige nazorg. Daarnaast wijzen wij erop dat de eerste ondertekenaar van het onderhavige wetsvoorstel onlangs een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer heeft ingediend dat het onder bepaalde voorwaarden mogelijk maakt om ter beschikking gestelden, zeden- en zware geweldsdelinquenten langer onder toezicht te houden waarbij hun resocialisatie aan op de persoon toegesneden voorwaarden is gebonden

waarmee (verder) aan het gedrag kan worden gewerkt (Wetsvoorstel langdurig toezicht, gedragsbeïnvloeding en vrijheidsbeperking, 33 816). Waar toepasselijk, kan hierbij als voorwaarde opname in een zorginstelling of een verplichting tot onderbehandelingstelling worden gesteld.

De leden van de **SP**-fractie en de **GroenLinks**-fractie constateren dat GGZ Nederland met name het probleem aankaart van personen met een onbehandelbare persoonlijkheidsstoornis. Als er geen grond meer is om deze mensen op basis van het strafrecht opgesloten te laten en er onverminderd sprake is van gevaar voor zichzelf of voor anderen, dan worden deze mensen aansluitend gedwongen opgenomen met een Bopz-machtiging. De leden van deze fracties wijzen erop dat dit blijkens de brief van GGZ Nederland zorgt voor een onhoudbare situatie en zij willen van ons weten of GGZ Nederland terecht vreest voor een grotere toestroom van dit soort patiënten ten gevolge van de wijziging van artikel 37 Sr. Deze leden geven aan dat het hun voorkomt dat het probleem niet gelegen is in het onderhavige wetsvoorstel, maar in de beschikbare voorzieningen. Het komt hun als juist voor dat er een einde komt aan vrijheidsbeneming in het strafrechtelijk kader als het gepleegde strafbare feit, de persoon van de dader en de omstandigheden waaronder het feit is gepleegd een langere vrijheidsbeneming niet langer rechtvaardigen, omdat deze niet meer proportioneel is. Als vrijheidsbeneming dan toch noodzakelijk is in verband met ernstig gevaar voor zichzelf of anderen, dan zal dat op basis van de Wet Bopz moeten plaatsvinden. Het komt deze leden onverantwoord voor dit wetsvoorstel, dat zorgt voor een grotere instroom van dit soort mensen in de psychiatrische ziekenhuizen, in werking te doen treden vóórdat voorzien is in adequate opvang in de psychiatrie en zij vragen ons naar onze reactie hierop. De probleemgroep die deze leden en de leden van de **CDA**-fractie beschrijven komt op grond van de aard van hun gedragsproblematiek in aanraking met zowel de geestelijke gezondheidszorg als met justitie en om die reden merken wij deze groep aan als gezamenlijke doelgroep van de Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie. In onze beleidsreactie op het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) «Stoornis en delict» van 20 juni 2013 zijn wij uitvoerig op deze gezamenlijke doelgroep ingegaan. Wij achten het van groot belang dat deze mensen in zorg komen, de juiste zorg krijgen, en dat de zorg voor deze groep naadloos gecontinueerd wordt, ook bij de overgang van het strafrechtelijke naar het civiele of het vrijwillige kader en vice versa. Dit alles om terugval, crisis en/of recidive te voorkomen. Het uitgangspunt van het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel Wvvggz is dat, ongeacht de juridische titel, een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau. In genoemd rapport geeft ook de RVZ aan dat er een grote kans is dat door komst van de twee nieuwe wetten Wfz en Wvvggz patiënten uit de gezamenlijke doelgroep in toekomst vaker in de (reguliere) geestelijke gezondheidszorg behandeld worden. Hoeveel extra patiënten dit betreft en of inderdaad kan worden gesproken van een «toestroom van patiënten» is nog niet precies te voorzien. Hierbij dient te worden bedacht dat de Officier van Justitie, wanneer hij daartoe aanleiding ziet, zich ook thans reeds tot de (civiele) rechter kan wenden om een machtiging op grond van de Wet Bopz aan te vragen en dat ook de strafrechter bij de afgifte van een zorgmachtiging de criteria van de Wet Bopz, respectievelijk de Wvvggz, zal hanteren. Ook in de toekomst komen personen daarom alleen voor een zorgmachtiging op grond van de Wet Bopz in aanmerking wanneer zij aan de krachtens die wet gestelde criteria voldoen. Daar komt bij dat de groep patiënten met een door de strafrechter afgegeven zorgmachtiging divers zal zijn en niet slechts zal bestaan uit «personen met een onbehandelbare persoonlijkheidsstoornis». Wij zullen deze ontwikkeling nauwgezet monitoren, maar hebben geen enkele reden om

aan te nemen dat een onbeheersbare situatie zal ontstaan. Hierbij is ook van belang dat het stelsel in de praktijk al wordt ingericht op de plaatsing van meer personen met een (voormalige) justitiële achtergrond in de reguliere ggz. Op dit moment worden door de Directie Forensische zorg bij de reguliere GGZ plaatsen ingekocht voor het leveren van forensische zorg. Ingekocht worden onder meer plaatsen bij instellingen voor beschermd wonen, bij de verslavingszorg en bij de verstandelijk gehandicaptenzorg. In voornoemd rapport «Stoornis en Delict» doet de RVZ ook aanbevelingen richting GGZ om zich voor te bereiden op een verdere toestroom van patiënten vanuit het justitiële kader. De GGZ is momenteel bezig met het oppakken van deze aanbevelingen en investeert onder meer in vroegsignalering en in nieuwe interventiemogelijkheden voor deze doelgroep. Het aantal plaatsen forensische zorg dat door het Ministerie van Veiligheid en Justitie wordt ingekocht in de GGZ en het aantal zorgaanbieders dat zorg en begeleiding levert aan deze doelgroep is de afgelopen jaren, sinds de start van de inkoop, fors gestegen. Deze doelgroep is dan ook niet nieuw voor de GGZ. De Wfz is het sluitstuk van een reeds in gang gezette ontwikkeling en in de praktijk zien we dat in brede, geïntegreerde instellingen de verschillende afdelingen van elkaar leren om deze doelgroep te behandelen. Wanneer dit met het oog op zijn problematiek en het gevaar dat een patiënt oplevert voor zichzelf of zijn omgeving noodzakelijk wordt geacht, kan een patiënt bovendien in een beveiligde forensische instelling worden opgenomen. Adequate zorg binnen een instelling met een afdoende beveiligingsniveau is op deze wijze geborgd. Dit alles in ogenschouw genomen hebben wij geen reden om aan te nemen dat met de inwerkingtreding van (artikel 2.3 van) het onderhavige wetsvoorstel de veiligheid binnen de ggz in het gedrang komt.

In aanvulling op het voorgaande merken de leden van de **SP**-fractie en de **GroenLinks-fractie** op dat er ook sprake lijkt te zijn van wantrouwen ten opzichte van de geneesheer-directeur in een psychiatrisch ziekenhuis, of een PAAZ-afdeling, in die zin dat deze een Bopz-patiënt naar huis zou laten gaan op een moment waarop hij nog een gevaar voor de samenleving of voor zichzelf betekent ten gevolge van zijn stoornis. Het komt deze leden voor dat de aansluiting tbs-Bopz te wensen overlaat voor wat betreft de mogelijkheden om een bepaalde, moeilijke groep personen op te vangen, en ook dat er wantrouwen is tussen de behandelaars in beide soorten gedwongen opnamen. Zij vragen ons of zij dat goed zien en of wij bereid zijn om naar een oplossing te zoeken voor deze problemen ter voorkoming van oneigenlijk gebruik van de (verlenging van) tbs met verpleging van overheidswege en om tegelijkertijd te zorgen voor de gewenste continuïteit in de zorg. Dat sprake zou zijn van oneigenlijk gebruik van (de verlenging) van de tbs met verpleging van overheidswege ontkennen wij ten stelligste. De maatregel van tbs met verpleging van overheidswege is een ingrijpende en kan slechts worden opgelegd wanneer aan de daarvoor geldende voorwaarden is voldaan en de rechter het opleggen van deze maatregel aangewezen acht. Bij deze beslissing neemt de rechter de adviezen en rapporten die over de persoonlijkheid van de verdachte zijn uitgebracht in aanmerking, alsmede de ernst van het begane feit en/of de veelvuldigheid van voorafgegane veroordelingen wegens een misdrijf. De tbs kan alleen op vordering van het Openbaar Ministerie worden verlengd en de beslissing omtrent de noodzakelijkheid van de (verdere) verlenging van de tbs-maatregel wordt door de rechter genomen. Bij een vordering tot verlenging van de tbs-maatregel dient niet alleen een recent opgemaakt, met redenen omkleed en ondertekend advies van het hoofd van de inrichting te worden overgelegd, maar ook een afschrift van de aantekeningen omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de ter beschikking gestelde. In het geval door de gevorderde verlenging de totale duur van de terbeschikkingstelling een

periode van zes jaar (of van een veelvoud daarvan) te boven gaat, geldt bovendien als extra waarborg dat tevens een recent opgemaakt, met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies van twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines – waaronder een psychiater – moet worden overgelegd. De noodzaak tot verlenging van een tbs-maatregel betreft een zorgvuldige, rechterlijke, beslissing en blijkens vaste jurisprudentie toetst de rechter daarbij niet alleen aan de voorwaarden voor verlenging maar houdt hij daarbij ook rekening met de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Waar hij dat aangewezen acht kan de rechter er bovendien voor kiezen om de tbs niet met twee jaar, maar slechts met een jaar te verlengen zodat hij vinger aan de pols kan houden. Ook kan de rechter de tbs-maatregel verlengen, maar daarbij de verpleging van overheidswege voorwaardelijk beëindigen. Het voorgaande laat onverlet dat wij met deze leden van mening zijn dat de aansluiting tussen de tbs en verplichte reguliere ggz beter kan. Met het oog daarop is in het voorgestelde artikel 2.3 Wfz expliciet opgenomen dat de rechter aan (het nieuwe) artikel 37 Sr toepassing kan geven en een machtiging op de voet van de Wet Bopz – en op termijn de Wvvgz – kan afgeven indien hij de terbeschikkingstelling niet verlengt. Dit maakt dat zowel het Openbaar Ministerie als de verlengingsrechter er bij elke verlengingsvordering van een tbs-maatregel bij zullen stilstaan of verlenging van de tbs is aangewezen, of toch een zorgmachtiging moet worden afgegeven. Verder onderschrijven wij het belang van de continuïteit van zorg. Artikel 2.5 van het onderhavige wetsvoorstel beoogt daaraan bij te dragen door middel van de inspanningsverplichting voor de zorgaanbieder om zes weken voor het einde van de forensische titel voorbereidingen te treffen voor aansluitende zorg wanneer deze nodig wordt geacht. Daarbij is het van essentieel belang dat er een goede aansluiting en overdracht plaatsvindt van betrokkene naar de reguliere ggz. Deze aansluiting kan er in de praktijk uit bestaan dat personen in een verplicht kader zorg ontvangen op grond van de Wet Bopz – en op termijn de Wvvgz –, dat zij (intensieve) ambulante zorg ((F)ACT) of beveiligde klinische zorg ontvangen, dat zij in aanmerking komen voor beschermd wonen of dat aan hen op vrijwillige basis geestelijke gezondheidszorg wordt verleend.

Voor wat betreft de overige door GGZ Nederland opgeworpen kwesties merken wij het volgende op. GGZ Nederland acht de bevoegdheden die artikel 3.3 van het onderhavige wetsvoorstel toekent aan de Minister van Veiligheid en Justitie vergaand en verzoekt ons om duidelijkheid te verschaffen over het meerderheids criterium dat gehanteerd zal worden bij de aanwijzing als private instelling die in het bijzonder geschikt is voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Daarbij geeft GGZ Nederland aan dat dit meerderheids criterium zou moeten worden vastgesteld op 75%. Gelet op de aard en reikwijdte van de toegekende bevoegdheden zijn wij met GGZ Nederland van mening dat een aanwijzing als private instelling die in het bijzonder geschikt is voor de verpleging van ter beschikking gestelden enkel in de rede ligt wanneer een ruime meerderheid van de capaciteit van die instelling door het Ministerie van Veiligheid en Justitie is ingekocht voor de plaatsing van ter beschikking gestelden. In lijn met het voorstel van GGZ Nederland zal het meerderheids criterium worden vastgesteld op 75%. Alleen bij private instellingen, of een onderdeel daarvan dat kan worden aangemerkt als een zogeheten «organisatorische eenheid», waarvan minimaal 75% van de totale capaciteit is ingekocht voor de plaatsing van personen met de maatregel van terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege zal in de aanwijzing worden bepaald dat zij in het bijzonder bestemd zijn voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Alleen in deze instellingen, of – in het geval van een organisatorische eenheid – in dat gedeelte van de instelling, is de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden van

toepassing en alleen ten aanzien van deze instellingen, of die delen van een instelling, kunnen de bevoegdheden van artikel 3.3 worden aangewend. In dit verband willen wij benadrukken dat een instelling, of organisatorische eenheid, niet gedwongen kan worden aangewezen als in het bijzonder bestemd voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Bij de totstandkoming van de inkoopovereenkomst geldt uiteraard het privaatrechtelijke beginsel van contractvrijheid en om als zodanig te worden aangewezen, dient de instelling zelf een verzoek in te dienen bij het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dient een instelling een zodanig verzoek niet in, omdat men niet in het bijzonder wil worden aangewezen, dan kan dat uiteraard wel gevolgen hebben voor de inkoop en plaatsing door het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Ook vraagt GGZ Nederland ons om de werkwijze van de regeling inzake de weigerende observandi vanaf de invoering daarvan te monitoren. Aan dit verzoek komen wij graag tegemoet. De regeling inzake de weigerende observandi zal integraal deel uitmaken van de evaluatie van de wet Forensische Zorg, die drie jaar na de inwerkingtreding ervan aan de Staten-Generaal zal worden gezonden.

Tot slot stelt GGZ Nederland een aantal technische aspecten aan de orde. Voor wat betreft de betekenis van het begrip «justitiabele» wijzen wij erop dat dit begrip in het onderhavige wetsvoorstel niet wordt gedefinieerd. Dit heeft tot gevolg dat dient te worden uitgegaan van de «gewone» betekenis van het woord, te weten «een persoon die aan het recht is onderworpen of die onder een bepaalde rechtsmacht valt». Verder neemt GGZ Nederland terecht aan dat artikel 6.4, derde lid, onder b, enkel betrekking heeft op personen met een forensische titel. En waar op pagina 32 van de memorie van antwoord lid van de Raad van Bestuur staat is inderdaad bedoeld lid van de Raad van Toezicht. Dat, zoals GGZ Nederland in de bijlage bij de brief opmerkt, artikel 7.6 van het onderhavige wetsvoorstel niet in overeenstemming zou zijn met artikel 9.1 van het wetsvoorstel Wvvgz, is evenwel niet juist. Artikel 7.6 bevat een wijziging van artikel 51 van de Wet Bopz en bepaalt voor die gevallen waarin de strafrechter met toepassing van artikel 2.3 Wfz een zorgmachtiging op grond van de Wet Bopz heeft afgegeven, dat de geneesheer-directeur het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis slechts voor het verstrijken van de termijn van die zorgmachtiging kan beëindigen na instemming van de Minister van Veiligheid en Justitie. Uitzondering op deze regel vormen de aldus geplaatsten die zijn ontslagen van rechtsvervolging of zijn vrijgesproken van de hun ten laste gelegde feiten, de grond omschreven in artikel 2.3, onder 3, Wfz. Artikel 9.1 van de Wvvgz bevat een aantal verplichtingen voor de geneesheer-directeur die zien op informatieverstrekking dan wel het verkrijgen van instemming, ten aanzien van personen die op grond van een zorgmachtiging op de voet van die wet zijn opgenomen in een accommodatie die tevens van hun vrijheid zijn benomen op grond van het Wetboek van Strafrecht of het Wetboek van Strafvordering. Dit artikel ziet niet op personen die zijn ontslagen van rechtsvervolging of die zijn vrijgesproken. Zij zijn immers niet van hun vrijheid benomen op grond van voornoemde wetboeken.

Reactie op brief Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

De leden van de **SP**-fractie verzoeken ons om een reactie op de punten die de VGN in een brief van 28 februari 2013 aan de orde stelt. Ook aan dit verzoek geven wij vanzelfsprekend graag gevolg. Wij constateren allereerst dat deze brief reeds van enige tijd geleden is en dat wij op de punten die aan de orde worden gesteld grotendeels reeds zijn ingegaan in de memorie van antwoord. In aanvulling daarop merken wij het volgende op. VGN vraagt ons allereerst hoe onder de werking van de Wfz de

continuïteit van zorg wordt gewaarborgd in geval van wachtlijstenproblematiek op het grensvlak van forensische zorg en AWBZ-zorg en Wmo. Het bevorderen van de continuïteit van zorg in aansluiting op forensische zorg is een van de doelstellingen van het onderhavig wetsvoorstel. In onze hiervoor reeds genoemde gezamenlijke beleidsreactie op het RVZ-advies «Stoornis en delict» hebben wij maatregelen aangekondigd teneinde de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Zoals wij ook in de memorie van antwoord reeds hebben erkend kan voor beschermd en begeleid wonen sprake zijn van wachtlijsten. Indien de zorgaanbieder en/of de justitiabele van oordeel is dat na afloop van de forensische titel continuering van zorg nodig is, is het dan ook zaak dat deze zorg tijdig door de forensische zorgaanbieder wordt aangevraagd. Voor zorgverlening op grond van de AWBZ geldt dat altijd een voorafgaand afgegeven indicatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) vereist is. De indicatie van het CIZ bepaalt hoeveel zorg verstrekt wordt en in welke vorm. Personen die voorheen een forensische titel hadden, krijgen – wanneer deze CIZ-indicatie is afgegeven – geen voorrang boven andere personen met een indicatie. Dit geldt eveneens voor de ondersteuning die verleend wordt op grond van de Wmo. Op grond van die wet is de gemeente verantwoordelijk voor het bieden van de noodzakelijke ondersteuning aan personen na afloop van hun forensisch titel. Hier is evenmin sprake van een voorrangpositie voor deze groep. Het is een verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen (zorgkantoren en zorgverzekeraars, zorgaanbieders en beroepsgroepen, het Centrum voor Consultatie en Expertise en cliëntenorganisaties) om tijdig passende oplossingen te zoeken voor zorg en ondersteuning aan deze groep. Om problemen bij het vinden van een zorgplek te voorkomen en de continuïteit van zorg te bevorderen, koopt het Ministerie van Veiligheid en Justitie echter zelf ook forensische plaatsen in bij voorzieningen voor beschermd wonen, die na afloop van de titel op civiele basis gecontinueerd kunnen worden. De Wfz voorziet in deze inkoop.

Het tweede punt dat door VGN aan de orde wordt gesteld ziet op de aanwijzing van private instellingen als in het bijzonder bestemd voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Op dit punt zijn wij hiervoor, naar aanleiding van de brief van GGZ Nederland, reeds ingegaan. Als derde vraagt VGN waarom in artikel 7.4 naast de Wvvgz niet tevens wordt verwezen naar het wetsvoorstel Zorg en Dwang (WZD). Op 30 september 2013 is het wetsvoorstel Wvvgz middels een nota van wijziging ingrijpend gewijzigd. Daarbij zijn artikelen komen te vervallen en heeft tevens een vernummering plaatsgevonden. Dit heeft ook gevolgen voor het voorgestelde artikel 7.4 van het onderhavige wetsvoorstel. De daarin opgenomen verwijzingen naar het wetsvoorstel Wvvgz zijn niet langer accuraat en moeten mitsdien worden aangepast. Dat zal gebeuren in het kader van de Invoeringswet bij de Wvvgz. Bij die aanpassing zullen wij tevens bezien of ook een verwijzing naar het wetsvoorstel WZD is aangewezen. Dat het Besluit forensische zorg in concept bij de Staten-Generaal ter inzage zal worden gelegd, hebben wij in de memorie van antwoord reeds toegezegd.

Reactie op Marktscan en Beleidsbrief Forensische zorg in strafrechtelijk kader 2013

De leden van de **CDA**-fractie vragen ons te reageren op de beleidsbrief bij de tweede Marktscan Forensische Zorg van de NZa, waarin onder meer wordt aangegeven dat de noodzaak bestaat om de beschikbaarheid van data te verbeteren. Zij vragen met name om aan te geven welke data op dit moment nog ontbreken en op welke termijn deze ontbrekende data beschikbaar zijn. Ook vragen zij naar de wijze waarop en binnen welke

termijn de DBBC- en ZPP-registratie kan worden verbeterd, zodat de NZa diverse analyses kan opmaken. Wij hechten eraan hier allereerst te benadrukken dat ten opzichte van de (eerste) Marktscan Forensische Zorg uit juni 2012, de tweede Marktscan is doorontwikkeld en verder is uitgebreid door aanvullende data en verbeterde databewerking. Dat neemt evenwel niet weg dat de NZa in de beleidsbrief bij de tweede Marktscan inderdaad aandacht heeft gevraagd voor de soms nog gebrekkige beschikbaarheid van data. Dit betreft informatie over DBBC's in het DBC-informatiesysteem (DIS), die thans nog niet volledig beschikbaar is. Op 1 januari 2011 zijn de DBBC's als financieringssysteem ingevoerd. Voor de jaren 2009–2011 is er diensgevolge geen informatie in het DIS beschikbaar. Daarnaast hebben DBBC's een langere doorlooptijd, waardoor realisatiecijfers pas na anderhalf tot twee jaar na opening van de DBBC's beschikbaar komen. Het jaar 2011 wordt daarmee eerst in de loop van 2013 volledig. Die gegevens heeft de NZa dan ook nog niet kunnen meenemen. Verder zijn in 2011 en 2012 de DBBC's alleen als schaduwadministratie gebruikt. Het zijn de zorgaanbieders die deze data dienen aan te leveren aan het DIS, dat wordt beheerd door DBC-onderhoud. Om deze reden kunnen wij u omtrent de termijn waarbinnen deze data beschikbaar zullen zijn dan ook geen toezegging doen. Wel is het zo dat de Directie Forensische Zorg van het Ministerie van Veiligheid en Justitie sinds 2011 het factureren in DBBC's door zorgaanbieders stimuleert. In de praktijk verzenden zorgaanbieders facturen aan het einde van een behandeltraject. Dat brengt met zich mee dat de facturatie pas na enige tijd op gang is gekomen. Het inregelen van de informatievergaring loopt als gevolg daarvan achter op de aanlevering van data. Wij gaan ervan uit dat de zorgaanbieders gedurende de transitieperiode tot 1 januari 2016, wanneer volledige DBBC-invoering plaatsvindt, meer en kwalitatief betere, data zullen aanleveren aan het DIS. Dit proces heeft echter tijd nodig, mede vanwege de leercurve van alle betrokken partijen. De hoeveelheid en kwaliteit van de data in het DBC-informatiesysteem zal diensgevolge geleidelijk aan toenemen, zodat de NZa meer inzicht zal verkrijgen in de zorg die verleend is. In aanvulling hierop kunnen wij u nog melden dat de NZa het initiatief heeft genomen om de situatie rond de beschikbaarheid van data te verbeteren. Allereerst loopt de forensische zorg mee in de aanpak van de minimale dataset (MDS) bij de directie Cure van de NZa. Voor verschillende sectoren, waaronder de forensische zorg, inventariseert de NZa maatregelen om de aanlevering van de MDS te verbeteren, waaronder ook positieve prikkels voor zorgaanbieders. Ten tweede komen in 2014 data vrij in het kader van de uitvoering van het transitieproces. De NZa wil deze data gaan gebruiken voor verdiepende analyses die leiden tot meer inzicht in de omzetontwikkeling van de forensische zorg.

Voorts merken de leden van de **CDA**-fractie op dat de overgang naar prestatiebekostiging een majeure operatie is, die op dit moment nog niet vlekkeloos verloopt. Zo begrijpen de leden van de **CDA**-fractie dat er blijkens de tweede Marktscan meer zorg is ingekocht dan nodig is. Op dit moment worden deze uitgaven nog via de vangnetconstructie vergoed, maar vanaf 2015 is dit niet meer het geval, zo constateren deze leden. De overgang naar prestatiebekostiging is inderdaad een majeure operatie. Daarom is besloten tot een geleidelijke transitie, zodat de stap naar prestatiebekostiging verantwoord kan worden gezet. Omdat de DBBC-productstructuur nog relatief nieuw is, is besloten de transitieperiode met een jaar te verlengen naar drie jaar. Wij kunnen deze leden dus geruststellen dat de vangnetconstructie ook in 2015 nog van toepassing is. Zo kan meer ervaring worden opgedaan met de nieuwe structuur zonder direct grote gevolgen te veroorzaken voor zowel inkoper als aanbieders. Wij verwijzen in deze graag naar onze brief van 15 oktober 2012 over de «Aanwijzing prestatiebekostiging forensische zorg».

De leden van de **CDA**-fractie informeren eveneens of de kennis van de zorginkopers wel voldoende is om te bepalen welke soort zorg en hoeveel zorgplekken per soort moeten worden ingekocht. Wij verzekeren uw Kamer dat bij de zorginkoper voldoende kennis en expertise aanwezig is om, ook binnen de nieuwe productstructuur, de juiste zorgmodaliteiten in te kopen in de juiste hoeveelheden. Die kennis en expertise worden bovendien nog vergroot gedurende de transitieperiode. Elk jaar kan DForZo nauwkeuriger dan in het eraan voorafgaande jaar bepalen wat en hoeveel er nodig is.

De leden van de **CDA**-fractie vragen ons vervolgens naar de redenen voor de stijging in de omzet van de forensische zorg sinds 2009 en hoe deze stijging zich verhoudt tot het aantal cliënten. Volgens de NZa heeft de realisatie van het budget in de forensische zorg zich ontwikkeld van € 494,05 miljoen in 2009 naar € 643,31 miljoen in 2012. Deze groei heeft meerdere oorzaken en wordt mede veroorzaakt door de realisatie van de aanbestedingen, de uitbreiding van capaciteit voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapte justitiabelen (SGLVG+) en de uitbreiding door groeimogelijkheden via inkoopafspraken (met name ambulante). Wij merken hierbij op dat de groei niet in alle segmenten even groot is. In de segmenten GGZ-begeleiding en VG-begeleiding is de groei het grootst terwijl de realisatie nagenoeg gelijk is gebleven voor GGZ-behandeling op beveiligingsniveau 1 en voor FPC's. De groei in budget hangt samen met de groei in capaciteit. De capacitaire groei in de periode 2009–2012 is opgetreden bij de intramurale forensische zorg, de ambulante forensische zorg alsmede bij de forensische zorgplaatsen in het Gevangeniswezen (PPC's). Deze uitbreiding in capaciteit loopt parallel met de groei van de vraag naar forensische zorg. Voorts heeft in deze jaren indexatie van de tarieven plaatsgevonden in verband met de loon- en prijsontwikkeling (m.n. in de particuliere sector). Ook zijn in deze periode extra middelen beschikbaar gekomen voor kwaliteitsverbeteringen bij de PPC's.

Tot slot geven de leden van de **CDA**-fractie aan dat er een tendens lijkt te zijn – ingegeven door bezuinigingen – om klinische cliënten bij de indicatiestelling in toenemende mate in een zo laag mogelijk beveiligingsniveau in te schalen. Naar het oordeel van deze leden komt dat de veiligheid in het algemeen niet ten goede en zij willen van ons weten wat wij doen om te voorkomen dat deze – zorgelijke – tendens zich doorzet? Dat justitiabelen vanwege bezuinigingsmaatregelen niet op de meest efficiënte en effectieve manier zouden worden behandeld met daarbij het meest passende beveiligingsniveau komt niet overeen met de praktijk. Dat dit beeld bij deze leden bestaat betreuren wij en wij nemen dat beeld dan ook graag weg. Wij benadrukken dat de indicatiestelling onafhankelijk van het zorgaanbod en de zorginkoop tot stand komt. Zowel de zorgbehoefte als de eventuele (intensiteit van de) beveiligingsnoodzaak van de justitiabele wordt hiermee objectief vastgesteld. Doorlopend wordt gestreefd naar de meest effectieve plaatsing, waarbij de zorgbehoefte centraal wordt gesteld. Uitgangspunt is dat de zorg- en beveiligingsniveaus zo laag als mogelijk dienen te zijn, maar wel zo hoog als noodzakelijk. De indicatiestelling wordt weliswaar uitgevoerd door organen die door het Ministerie van Veiligheid en Justitie worden gefinancierd, maar het ministerie is hierin op geen enkele wijze bepalend. De onafhankelijkheid van de indicatiestelling draagt dan ook bij aan een belangrijke doelstelling van het nieuwe stelsel forensische zorg, namelijk: de juiste patiënt op de juiste plek.

3. De samenhang met het wetsvoorstel Invoering elektronische detentie

De leden van de **PVV**-fractie vragen – onder verwijzing naar artikel IV van het bij de Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel tot wijziging van de Penitentiaire beginselenwet en het Wetboek van Strafrecht in verband met de herijking van de wijze van de tenuitvoerlegging van vrijheidsbenemende sancties en de invoering van elektronische detentie (Kamerstukken II 2013–2014, 33 745, nr. 2) – of de regering voornemens is een onderdeel van een wet te wijzigen, die de Eerste Kamer nog volop in behandeling heeft.

Het artikel waar deze leden naar verwijzen betreft een zogenaamde samenloopbepaling. Onder samenloop wordt de situatie verstaan waarin een tekstuele afhankelijkheid bestaat tussen twee (of meer) wetsvoorstellen (of met betrekking tot een reeds tot wet verheven maar nog niet in werking getreden wet), terwijl de procedures van totstandkoming in de tijd onafhankelijk van elkaar verlopen. Ik verwijs deze leden naar de aanwijzingen 171a en 171b van de Aanwijzingen voor de regelgeving. Het betreft hier een in de wetgevingspraktijk zich regelmatig voordoende omstandigheid.

Omdat in artikel 6.6 van het onderhavige wetsvoorstel wordt verwezen naar het penitentiair programma en het wetsvoorstel betreffende de elektronische detentie voorziet in de afschaffing van het penitentiair programma, moet in het laatstgenoemde wetsvoorstel logischerwijs worden voorzien in een wijziging van artikel 6.6 van het wetsvoorstel forensische zorg. Het voornoemde artikel IV gaat er daarbij uitdrukkelijk niet van uit dat het wetsvoorstel forensische zorg al door de Eerste Kamer zou zijn aanvaard. Op grond van artikel IV is de wijziging van artikel 6.6 van het wetsvoorstel forensische zorg immers slechts aan de orde indien dat wetsvoorstel tot wet is of wordt verheven en in werking is getreden. Mocht de Eerste Kamer niet kunnen instemmen met het wetsvoorstel forensische zorg – hetgeen wij uiteraard zeer zouden betreuren en waarvan wij vooralsnog zeker niet uitgaan – komt de zin aan artikel IV van het wetsvoorstel betreffende de elektronische detentie te ontvallen en kan dat artikel vervallen. Het belang dat deze leden hechten aan een staatsrechtelijk zuiver wetgevingsproces onderschrijven wij van harte. Met de voornoemde samenloopbepaling is daarin ook voorzien.

4. Doorbreken medisch beroepsgeheim t.b.v. gedragskundig onderzoek

Noodzaak invoering artikel 37a Sr

De leden van de **SP**-fractie en van de **GroenLinks**-fractie vragen ons tot slot of het of het juridisch en praktisch mogelijk is om een veroordeelde die niet heeft meegewerkt aan een PBC- of andere observatie en daarom alleen een aantal jaren gevangenisstraf heeft gekregen, wegens, tijdens de detentieperiode gebleken stoornis, alsnog over te plaatsen naar een afdeling forensische zorg. Behandeling tijdens detentie zou, aldus deze leden, voor hen soelaas bieden. Evenals deze leden zijn wij de mening toegedaan dat het van groot belang is veroordeelden met een geestesstoornis te behandelen, ook degenen die niet aan (pro Justitia) onderzoek hebben meegewerkt. Dat een gedetineerde met een geestesstoornis kan worden overgebracht naar een justitiële forensische zorgafdeling of een psychiatrisch ziekenhuis om daar te worden verpleegd, is dan ook geregeld en wel in artikel 15 van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw). Uitgangspunt van het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel Wvvgz is dat, ongeacht de juridische titel, een vergelijkbare psychische

problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau. Of iemand door de rechter is veroordeeld wegens een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken. Dit uitgangspunt betekent dat een persoon met een psychische stoornis of verstandelijke beperking passende zorg moet worden geboden, ongeacht waar die persoon zich bevindt. Vanuit dit kader wordt de zorgverlening aan gedetineerden met psychiatrische problemen versterkt. Zo zijn psychiatrische penitentiaire centra (PPC's) ingericht en kent iedere justitiële inrichting een eerstelijns zorgverlener. Bij het leveren van zorg is het uitgangspunt ggz-tenzij, dat wil zeggen dat zorgverlening door een GGZ-instelling de voorkeur heeft. DForZo koopt hiertoe passende zorg in bij de GGZ. Dit kan ambulante zorg betreffen die door de GGZ binnen het gevangeniswezen wordt verleend, alsook klinische zorg in de reguliere GGZ. Indien klinische plaatsing aangewezen lijkt, wordt bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychologie en Psychiatrie (NIFP) door het gevangeniswezen een indicatiestelling voor klinische zorg aangevraagd. Vervolgens beoordeelt de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) op grond van een risicotaxatie of de veroordeelde ook daadwerkelijk buiten het gevangeniswezen geplaatst kan worden. Plaatsing in de reguliere ggz is niet mogelijk ingeval er contra-indicaties zijn voor plaatsing buiten het gevangeniswezen. Deze contra-indicaties kunnen er bijvoorbeeld in gelegen zijn dat de GGZ de benodigde zorg niet kan leveren, de gedetineerde een te grote beheersings- of agressie problematiek heeft of plaatsing in de GGZ maatschappelijke onrust zou veroorzaken. In die gevallen kan een gedetineerde in een PPC worden geplaatst.

Bovenstaande mogelijkheden voorzien in de toeleiding van justitiabelen met een geestesstoornis naar zorg en worden ook in de praktijk gebruikt. Artikel 15 Pbw wordt door artikel 7.8 Wfz gewijzigd maar daarbij blijft deze vorm van zorgtoeleiding behouden. Wij willen echter benadrukken dat dit op geen enkele wijze afbreuk doet aan de noodzaak voor de regeling inzake de weigerende observandi. Deze regeling ziet op personen die verdacht worden van zeer ernstige misdrijven. Voor deze zware gevallen geldt dat het delict-gedrag en het recidiverisico die uit de mogelijk aanwezige stoornis voortvloeien maken dat de tbs met verpleging van overheidswege het juiste behandel- en beveiligingskader is. Daarbij is niet alleen het beveiligingsniveau van belang, maar ook het juiste behandelkader. Behandeling tijdens detentie is niet alleen beperkt in tijd doordat deze gekoppeld is aan de opgelegde gevangenisstraf maar voorziet ook niet in een gefaseerde en geleidelijke terugkeer in de maatschappij, elementen die juist een essentieel onderdeel vormen van de tbs.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers