Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Cahier 2021-29

Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk

Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding

Wetenschappelijk onderzoek- en kennisinstituut voor het ministerie van Justitie en Veiligheid

Cahier 2021-29

Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk

Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding

C.H. de Kogel
J.J. van der Ree
A.M. Burger

m.m.v.
V. Oosterhuis
M. van der Marel

Cahier
De reeks Cahier omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum is verricht. Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Justitie en Veiligheid weergeeft.

Alle rapporten van het WODC zijn gratis te downloaden van repository.wodc.nl.

Voorwoord

De aansluiting tussen zorg binnen een strafrechtelijk kader en reguliere zorg is een gecompliceerd thema met een lange voorgeschiedenis. Met artikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) wordt een belangrijk middel in de handen van de strafrechter gelegd met het oog op verbetering van deze aansluiting.

Op 1 januari 2020 is artikel 2.3 Wfz gelijktijdig met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) in werking getreden. Dit zogeheten schakelartikel heeft als doel om de doorgeleiding van personen vanuit het strafrecht naar de reguliere zorg te faciliteren en daarmee de continuïteit van zorg te waarborgen. In artikel 2.3 Wfz wordt geregeld dat de strafrechter de bevoegdheid krijgt om in verschillende fasen van het strafproces een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging te verlenen. Het wetsartikel speelt een centrale rol in relatie tot de doelen van de Wfz, te weten het geleiden van forensische patiënten naar de juiste plek met de juiste zorg, en het bewerkstelligen van een goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg.

Het WODC voert vanaf 2021 een vijfjarig onderzoeksprogramma Evaluatie Wet forensische zorg uit. Dit eerste deelonderzoek geeft een kwantitatief beeld van de toepassing van artikel 2.3 Wfz en een kwalitatief beeld van de ervaringen van ketenpartners met artikel 2.3 Wfz gedurende de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. Deze vroege evaluatie is van groot belang om positieve aspecten en knelpunten in de uitvoering van artikel 2.3 Wfz in een vroeg stadium te identificeren, en daar vervolgens op te kunnen reageren. In dat kader biedt het slothoofdstuk van het rapport een aantal aanbevelingen.

Het onderzoek is begeleid door een commissie bestaande uit: prof. dr. Eric Rassin (voorzitter), mr. dr. Merel Prinsen, dr. Petra Steinmann, prof. dr. Vivienne de Vogel, mr. Yara Hoppenbrouwers en later mr. Niels Koorn. Hen bedank ik voor hun waardevolle bijdragen en scherpe blik gedurende het onderzoeksproces. Tevens bedank ik voor een constructieve discussiebijeenkomst de klankbordgroep onder voorzitterschap van prof. mr. Paul Mevis en met als leden drs. Theo Bakkum, mr. Janine Berton in samenwerking met mr. Linda Vijlbrief, Bert Bezemer, Sandra Burger, drs. F. Candel en later drs. Arjan de Boer, drs. Melina Kappeyne van de Copello-Rakic, Karien Rijnen, *MA* en drs. Youp van Zorge. Ik bedank Vera Oosterhuis en Maaike van der Marel voor hun bijdrage aan de interviews en Marita Kok voor het drukklaar maken van het rapport.

Prof. dr. G.L.M. Lensvelt-Mulders
Directeur WODC

Inhoud

	Afkortingen	**9**
	Samenvatting	**10**
1	**Inleiding en methoden**	**19**
1.1	Achtergrond onderzoek	19
1.2	Doel en reikwijdte eerste evaluatie artikel 2.3 Wfz	21
1.3	Onderzoeksvragen en toelichting	22
1.4	Begrippen rond artikel 2.3 Wfz	24
1.4.1	Continuïteit van zorg	24
1.4.2	Forensische zorg en reguliere (verplichte) zorg	25
1.4.3	Forensische en algemene GGz instellingen	25
1.4.4	Beveiligingsniveaus	26
1.5	Introductie methoden	26
1.6	Methode beschrijving artikel 2.3 Wfz	26
1.7	Methode kwantitatieve gegevens toepassing artikel 2.3 Wfz	27
1.7.1	G egevensbron	27
1.7.2	Analyses	27
1.7.3	Dataveiligheid	27
1.8	Methode e-mailuitvraag instanties ketenpartners	28
1.8.1	Respondenten	28
1.8.2	Procedure en vragen	28
1.8.3	Analyse gegevens e-mailuitvraag	28
1.9	Methode interviews praktijkfunctionarissen ketenpartners	28
1.9.1	Respondenten en werkwijze	28
1.9.2	Analyse en rapportage interviewgegevens	30
1.10	Leeswijzer	30
2	**Artikel 2.3 Wet forensische zorg**	**31**
2.1	Introductie	31
2.2	Beschrijving en onderdelen	31
2.3	Doelen artikel 2.3 Wfz	33
2.4	Doelgroepen artikel 2.3 Wfz	34
2.5	Artikel 37 Sr vervangen door artikel 2.3 Wfz	36
2.6	Beknopte historische schets artikel 2.3 Wfz	38
2.7	Veiligheid en Zorg: de vormgeving van artikel 2.3 Wfz	42
2.7.1	Aansluiting bij de Wvggz en Wzd	42
2.7.2	Verschillen tussen artikel 2.3 Wfz-machtiging en machtiging door de civiele rechter	43
2.7.3	Ambtshalve machtiging door de strafrechter	45
2.8	Fasen en ketenpartners bij toepassing van artikel 2.3 Wfz	47
3	**Artikel 2.3 Wfz in cijfers**	**50**
3.1	Introductie	50
3.2	Aantal verzoekschriften en machtigingen	50
3.2.1	Overzicht aantal verzoekschriften en machtigingen	50
3.2.2	Traject van de verzoekschriften	52
3.2.3	Artikel 2.3 Wfz in vergelijking met voormalig artikel 37 Sr	55

3.2.4	Verzoekschriften en machtigingen per rechtbank	55
3.3	Persoonskenmerken	56
3.4	Rol actoren rechtspraktijk	57
3.4.1	Initiatiefnemer aanvraag artikel 2.3 Wfz verzoekschrift	57
3.4.2	Officier van justitie op zitting	58
3.5	Verzoekschriften en machtigingen in de tijd	58
3.5.1	Aantal verzoekschriften per maand	58
3.5.2	Tijdsverloop van aanvraag tot beslissing	59
3.5.3	Tijdsverloop van beslissing tot het einde van de machtiging	60
3.5.4	Onttrekking, onderbreking en ontslag	60
3.5.5	Meerdere aanvragen per persoon	61
3.5.6	Aansluitende machtigingen	61
3.6	Belangrijkste bevindingen	63
4	**Doelgroep zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz**	**65**
4.1	Introductie	65
4.2	Hoe vaak hebben respondenten te maken met artikel 2.3 Wfz patiënten?	65
4.3	Overwegingen over de doelgroep van artikel 2.3 Wfz	66
4.3.1	Psychische stoornis op de voorgrond	66
4.3.2	Risicovol gedrag	68
4.3.3	Hardnekkige problematiek	69
4.4	Groepen tussen wal en schip?	69
4.4.1	De ‘tussengroep’ met risicovol gedrag en psychische stoornissen	69
4.4.2	Personen zonder geldige verblijfstitel en repatriëring	72
4.5	Doorgeleiding van strafrecht naar reguliere verplichte zorg	73
4.5.1	Introductie	73
4.5.2	Naar verplichte reguliere zorg bij instroom in het strafrecht	74
4.5.3	Naar verplichte reguliere zorg bij uitstroom uit het strafrecht	75
4.6	Belangrijkste bevindingen	77
5	**Voorbereiding zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz**	**79**
5.1	Introductie	79
5.2	Bekendheid met en toegankelijkheid van artikel 2.3 Wfz	79
5.3	Rolverdeling en voorbereidingsproces	82
5.3.1	Overleg en verbindingen tussen ketenpartners	82
5.3.2	Veel tijd naar voorbereiding artikel 2.3 Wfz-cases	84
5.3.3	Vormen van verplichte zorg	86
5.4	Informatie-uitwisseling	87
5.4.1	OM en zorgaanbieder	87
5.4.2	Knelpunten informatie-uitwisseling tussen justitiële instellingen en GGz	89
5.5	Rol NIFP-rapportage	91
5.5.1	Introductie	91
5.5.2	Rol NIFP-rapportage bij voorbereiden zorgmachtiging	91
5.5.3	Advisering zorgmachtiging door NIFP	92
5.5.4	Tweesporentraject: NIFP-rapportage en onderzoek zorgmachtiging	93
5.6	Trajecten straf- en zorgmachtigingsproces in de tijd	93
5.6.1	Vroeg signaleren	93
5.6.2	Verschil in duur trajecten straf- en zorgmachtigingsproces	94
5.7	Ambtshalve afgifte zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter	95
5.8	Belangrijkste bevindingen	97

6 Uitvoering zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz 99
6.1 Introductie 99
6.2 Plaatsing 99
6.2.1 Het plaatsingsproces 99
6.2.2 Plaatsingstermijnen 100
6.2.3 Overwegingen plaatsing 100
6.2.4 Niet-plaatsing bij aangewezen instelling 102
6.2.5 Duur machtiging 102
6.3 Toestemmingsvereiste minister 103
6.3.1 Praktische aspecten 103
6.3.2 Principiële aspecten 104
6.4 Artikel 2.3 Wfz en de rechtspositie van de patiënt 105
6.4.1 Minder stigma voor patiënten? 105
6.4.2 Rechtspositie slechter als strafrechter zorgmachtiging afgeeft? 105
6.4.3 'Doorgeschoten' rechtspositie Wvggz 106
6.4.4 Veel verschillende rechtsposities 106
6.4.5 Vermenging van civiel recht en strafrecht 106
6.4.6 Plan van aanpak 107
6.4.7 Betrekken van naasten en toegang tot vertrouwenspersoon 108
6.5 Randvoorwaarden toepassing artikel 2.3 Wfz 109
6.5.1 Capaciteit beveiligde bedden 109
6.5.2 Dashboard beveiligde bedden 110
6.5.3 Gekwalificeerd personeel 111
6.5.4 Financiering van beveiligde bedden 112
6.6 Visies respondenten op de toekomst van artikel 2.3 Wfz 112
6.7 Belangrijkste bevindingen 114

7 Artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wzd 116
7.1 Introductie 116
7.2 Doelgroepen van artikel 2.3 Wfz 116
7.3 Procedure artikel 2.3 Wfz 117
7.3.1 Overweging officier van justitie 117
7.3.2 Starten voorbereiding verzoekschrift 117
7.3.3 De medische verklaring 118
7.3.4 Wettelijke vertegenwoordiger 119
7.3.5 Advies CIZ over noodzaak rechterlijke machtiging 119
7.3.6 Wlz-indicatie en financiering 119
7.3.7 Plaatsing na afgifte rechterlijke machtiging 120
7.4 Doorgeleiding van strafrecht naar reguliere zorg 122
7.5 Rechtspositie van cliënten 123
7.6 Belangrijkste bevindingen 124

8 Slothoofdstuk 125
8.1 Introductie 125
8.2 Wat komt terecht van doorstroming via artikel 2.3 Wfz? 125
8.2.1 Toepassing van artikel 2.3 Wfz 125
8.2.2 Terughoudendheid algemene GGz ten aanzien van artikel 2.3 Wfz-patiënten 126
8.2.3 Doorstroom vanuit het strafrecht via een reguliere zorg- of rechterlijke machtiging 128
8.2.4 Capaciteitsgebrek 129
8.3 Ervaren belemmeringen in de uitvoering van artikel 2.3 Wfz 130
8.3.1 Bekendheid en ervaring met art 2.3 Wfz 130
8.3.2 Tijdrovende en complexe procedure 131

8.3.3 Barrières in de informatie-uitwisseling 132
8.3.4 Vermenging strafrecht en civiel recht 132
8.3.5 Toegang tot vertrouwenspersonen 133
8.3.6 Toestemmingsvereiste minister 133
8.3.7 Een vicieuze cirkel bij de procedure rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz 135
8.4 Ervaren helpende factoren in de uitvoering van artikel 2.3 Wfz 137
8.4.1 Mogelijkheden van artikel 2.3 Wfz 137
8.4.2 Regio-overleg van bij artikel 2.3 Wfz betrokken ketenpartners 138
8.4.3 Dashboard beveiligde bedden 139
8.5 De toekomst van artikel 2.3 Wfz 139
8.5.1 Een forensische versie van artikel 2.3 Wfz? 139
8.5.2 Verandering in de praktijk? 142
8.6 Conclusie 145

Summary **147**

Literatuur **156**

Bijlagen
1 Samenstelling begeleidingscommissie 160
2 Samenstelling klankbordgroep 161
3 Instanties en organisaties e-mailuitvraag 162
4 Vragenlijst e-maluitvraag 164
5 Respondenten interviews 165

Afkortingen

3RO	3 Reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering GGz, Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering)
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
Bfz	Besluit forensische zorg
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPA	Forensische Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensische Psychiatrische Kliniek
FVA	Forensische verslavingsafdeling
FVK	Forensische verslavingskliniek
GGz	Geestelijke gezondheidszorg
JenV	Justitie en Veiligheid
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NVvR	Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak
Nza	Nederlandse zorgautoriteit
OM	Openbaar Ministerie
PI	Penitentiaire inrichting
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
Rfz	Regeling forensische zorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermd en begeleid wonen
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
RvdR	Raad voor de Rechtspraak
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SGLVG	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt
Sr	Wetboek van Strafrecht
Stb	Staatsblad
Tbs	Maatregel terbeschikkingstelling
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, en Sport
Wet Bopz	Wet Bijzonder opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang

Samenvatting

Achtergrond

Artikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) is per 1 januari 2020 in werking getreden, een jaar na inwerkingtreding van de overige delen van de Wfz en gelijktijdig met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Met dit zogeheten schakelartikel wordt beoogd de forensische en reguliere zorg beter op elkaar aan te laten sluiten, met als doel om de continuïteit van zorg tijdens en na afloop van het strafrechtelijk kader te versterken.

Artikel 2.3 Wfz biedt de strafrechter de mogelijkheid om, op verzoek van de officier van justitie of ambtshalve, een civielrechtelijke machtiging voor verplichte zorg volgens de Wvggz of de Wzd af te geven. Het wetsartikel kan op verschillende momenten in de strafrechtelijke procedure door de rechter worden toegepast: gedurende de rechterlijke uitspraak, bij een besluit om een strafrechtelijke maatregel waaronder de maatregel terbeschikkingstelling (tbs) niet te verlengen, of op vordering van het openbaar ministerie. Met de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz is het oude artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (Sr) komen te vervallen, dat voorheen de schakel vormde waarmee personen die als volledig ontoerekeningsvatbaar werden beschouwd voor maximaal een jaar gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis konden worden opgenomen.

Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is om een beeld te geven van de werking van artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. Daartoe onderzoeken wij de toepassing van artikel 2.3 Wfz en de ervaringen van ketenpartners met dit artikel.

De onderzoeksvragen luiden:

1 Hoe vaak is artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding toegepast?

   We richten ons daarbij op de volgende deelonderwerpen en -vragen:
   a Aantallen machtigingen. Hoe vaak is een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging artikel 2.3 Wfz door het OM aangevraagd? Hoe vaak is een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter afgegeven? Welke regionale patronen zien we wat betreft de afgifte van machtigingen via artikel 2.3 Wfz door rechtbanken?
   b Persoonskenmerken. Welke kenmerken hebben personen voor wie een artikel 2.3 Wfz-machtiging wordt aangevraagd?
   c Rol actoren. Wie initieert een artikel 2.3 Wfz-machtiging? Hoe vaak is de officier van justitie aanwezig op de zitting bij de behandeling van de machtiging artikel 2.3 Wfz door de strafrechter?
   d Verzoekschriften in de tijd. Hoeveel verzoekschriften worden er per maand afgegeven? Wat is het tijdsverloop tussen aanvraag en beslissing? Bij hoeveel van de aanvankelijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz is aansluitend een machtiging afgegeven door de civiele rechter?

2 Welke ervaringen hebben ketenpartners met artikel 2.3 Wfz gedurende de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding?

   Daarbij richten wij ons in de interviews op de volgende thema's:
   a Factoren die volgens respondenten van belang zijn om te bepalen of artikel 2.3 Wfz voor een betrokkene wel of niet geschikt is.
   b Helpende en belemmerende factoren die respondenten ervaren wat betreft praktische uitvoerbaarheid in de verschillende fasen van voorbereiding en uitvoering van een machtiging via artikel 2.3 Wfz.
   c Helpende en belemmerende factoren die respondenten ervaren wat betreft rolverdeling en informatie-uitwisseling tussen betrokken ketenpartners.
   d Helpende en belemmerende factoren die respondenten ervaren wat betreft randvoorwaarden (zoals financiering, capaciteit en personeel).
   e De mogelijkheden voor doorgeleiding van personen vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere verplichte zorg na invoering artikel 2.3 Wfz die respondenten ervaren.

Methoden

Voor het kwantitatieve onderzoek naar de toepassing van artikel 2.3 Wfz zijn gegevens uit het zorg-informatiesysteem (OMZIS) van het Openbaar Ministerie (OM) geanalyseerd. De ervaringen van ketenpartners zijn door middel van semi-gestructureerde interviews verkregen. In totaal zijn er 41 interviews afgenomen met functionarissen werkzaam bij ketenpartners die betrokken zijn bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz, waaronder de rechtspraktijk, justitiële instellingen en zorginstellingen in de forensische en algemene GGZ.

Reikwijdte

Dit eerste evaluatieonderzoek over artikel 2.3 Wfz heeft kort na invoering van het wetsartikel plaatsgevonden. Een vroege evaluatie waarin het implementatieproces en de eerste ervaringen met de nieuwe wetgeving centraal staan kan een indicatie geven van hoe voorziene en onvoorziene factoren de werking in de praktijk (zullen gaan) beïnvloeden. Ook kunnen al indicatoren worden gebruikt om in beeld te krijgen of de werking van de wetgeving zich beweegt richting de gewenste doelen.

Het onderzoek biedt een rijk beeld van de verschillende ervaringen, maar het aantal geïnterviewde praktijkprofessionals is om praktische redenen beperkt. Op basis daarvan kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over de ervaringen van de totale groep praktijkprofessionals.

Belangrijkste bevindingen

Artikel 2.3 Wfz in cijfers

Uit de gegevens van het OM blijkt dat er 102 zorgmachtigingen en 14 rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz zijn afgegeven in de eerste anderhalf jaar dat artikel 2.3 Wfz in werking was. Zo'n 93% van de zorgmachtigingen en bijna 83% van de rechterlijke machtigingen die bij een rechtbank zijn ingediend zijn ook daadwerkelijk

toegewezen. Het aantal van 102 afgegeven artikel 2.3 Wfz-zorgmachtigingen is nog geen 1% van het totale aantal zorgmachtigingen, inclusief het aantal reguliere zorgmachtigingen afgegeven door de civiele rechter. Bij het aantal rechterlijke machtigingen is dat op basis van artikel 2.3 Wfz naar verhouding nog kleiner, circa 0,2%. Van ruim een derde van de door het OM geregistreerde verzoekschriften voor een artikel 2.3 Wfz-machtiging wordt de voorbereiding voortijdig beëindigd. In de helft van de gevallen gebeurt dit vanwege een negatieve medische verklaring en bij de andere helft van de gevallen omdat naar oordeel van de officier van justitie niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg. Van de 284 unieke personen voor wie een aanvraag voor een zorg- of rechterlijke machtiging is geregistreerd is ongeveer 89% man. De gemiddelde leeftijd is bijna 40 jaar.

De officier van justitie neemt het initiatief tot een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij meer dan 72% van de verzoekschriften. Voor verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging ligt dit rond de 68%. De officier van justitie zelf is bij bijna 60% van de zaken aanwezig op de zitting. Het lukt rechters in twee derde van de zaken voor rechterlijke machtigingen om binnen de wettelijk vastgelegde termijn tot een beslissing te komen. De algehele procedure (van aanvraag tot beslissing) duurt gemiddeld bijna 51 dagen wanneer het om een zorgmachtiging gaat en ruim 70 dagen wanneer het een rechterlijke machtiging betreft.

Tijdens de eerste anderhalf jaar dat artikel 2.3 Wfz in werking was hebben vijf personen zich onttrokken aan verplichte zorg. Daar staat tegenover dat er geen tijdelijke onderbrekingen van verplichte zorg zijn geregistreerd en dat er slechts eenmaal een beslissing is genomen tot beëindiging van verplichte zorg. Voor geen enkele rechterlijke machtiging is er een verlof of ontslag geregistreerd. Ten slotte zijn er 75 verzoekschriften voor aansluitende machtigingen geregistreerd, waarvan er op peildatum 1 november 2021 60 zijn toegewezen. Vijf personen hebben inmiddels een tweede aansluitende zorgmachtiging toegewezen gekregen.

Doelgroep zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz

Voor de vraag of een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wel of niet passend is, vinden respondenten verschillende patiëntkenmerken belangrijk, maar vooral dat een psychische stoornis op de voorgrond staat. Respondenten uit de (F)GGz benadrukken dat de doelgroep van artikel 2.3 Wfz smal is als gekeken wordt vanuit de Wvggz-criteria: een psychische stoornis die in korte tijd (met medicatie) behandelbaar is, geen of weinig delictrisico, licht delict en binnen een algemene GGz-instelling hanteerbaar. Andere respondenten zien juist binnen artikel 2.3 Wfz ook mogelijkheden voor zorg op hogere beveiligingsniveaus voor een bredere doelgroep.

De meeste van de artikel 2.3 Wfz-patiënten worden tot nu toe geplaatst bij forensische GGz-instellingen zoals forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's), forensisch psychiatrische klinieken (FPK's) en ambulante forensische teams, is de indruk van respondenten. Algemene GGz-instellingen hebben er relatief weinig geplaatst. Respondenten geven aan meerdere malen patiënten waarvoor hun instelling door het OM aangewezen was te hebben afgewezen. Artikel 2.3 Wfz is volgens respondenten uit de (forensische) GGz niet geschikt voor personen met ernstig delictrisico, ernstige (antisociale) persoonlijkheidsstoornissen, andere moeilijk behandelbare stoornissen of meerdere diagnoses en voor personen met stoornissen die een langdurige behandeling vergen.

Respondenten waaronder rechters benoemen een groep die tussen wal en schip valt. Hier lijkt artikel 2.3 Wfz tekort te schieten omdat er geen geschikt zorgaanbod is. Het gaat om personen met psychische stoornissen, veelal meerdere diagnoses en risicovol gedrag. Deze patiënten worden wat gedrag betreft te risicovol geacht voor verplichte zorg, maar te licht voor tbs. Het delictrisico zorgt voor een dilemma, respondenten ervaren hierbij een te grote kloof tussen tbs en zorgmachtiging.

Respondenten lopen tegen veel uitvoeringsproblemen aan als personen zonder geldige verblijfstitel voor een machtiging via artikel 2.3 Wfz in aanmerking komen. Inzet van een gespecialiseerde instelling hierbij achten zij belangrijk.

Artikel 2.3 Wfz biedt volgens respondenten meer mogelijkheden dan er voorheen waren voor maatwerk om personen vanuit het strafrecht naar reguliere (verplichte) zorg door te geleiden. Deze mogelijkheden zijn ontstaan doordat een persoon in tegenstelling tot bij het voormalige artikel 37 Sr, niet meer als ontoerekeningsvatbaar hoeft te worden beschouwd en er door artikel 2.3 Wfz nieuwe combinaties mogelijk zijn van een (voorwaardelijke) straf of maatregel en een zorgmachtiging. Respondenten vragen zich, vanwege uitvoeringsproblemen, echter af in hoeverre dit bredere toepassingsbereik in de praktijk ook tot uiting komt.

Respondenten hebben de indruk dat over het algemeen de doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg sinds de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz onveranderd is gebleven, ingewikkelder is geworden of zelfs is verslechterd. Verslechtering wordt geweten aan nieuwe problemen, zoals moeizaam lopende voorbereidingsprocedures voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz, maar ook structurele langer bestaande problemen zoals capaciteitsgebrek, financieringsproblemen en terughoudendheid bij algemene zorginstellingen ten opzichte van patiënten met een strafrechtelijke voorgeschiedenis.

Anderzijds wordt genoemd dat voor specifieke groepen met artikel 2.3 Wfz meer mogelijkheden tot doorgeleiding naar reguliere verplichte zorg zijn ontstaan. Onder deze groep vallen onder andere personen van wie de tbs-maatregel of maatregel tot plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ) niet wordt verlengd, personen die niet volledig ontoerekeningsvatbaar geacht worden, en psychisch kwetsbare personen die voor inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz zonder nazorg uit detentie zouden zijn gegaan.

Voorbereiding zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz

In de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding zijn de kennis en ervaring op het gebied van artikel 2.3 Wfz gegroeid bij ketenpartners. Er is op dat gebied echter ook nog veel te winnen geven respondenten aan. Artikel 2.3 Wfz blijft een ingewikkeld wetsartikel voor de functionarissen die ermee moeten werken, vooral wanneer zij er relatief weinig mee in aanraking komen zoals voor veel strafrechters geldt. De wet- en regelgeving rond artikel 2.3 Wfz levert op meerdere punten onduidelijkheden op die deels al worden aangepakt. Voorbeelden zijn de financiering van het voorbereidingsproces via artikel 2.3 Wfz en van beveiligde bedden, de verschillende regelingen rond vormen van verplichte zorg en inperking van vrijheden, de procedure voor toestemming van de minister bij tijdelijke onderbreking of voortijdige beëindiging van verplichte zorg, het klachtrecht bij artikel 2.3 Wfz-patiënten in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) en de gronden voor informatie-uitwisseling tussen justitiële instellingen en zorgaanbieders.

De voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wordt ervaren als tijdsintensief door de complexiteit van de procedure, waaronder de vele betrokken partijen, de aanzienlijke administratieve last en het vele berichtenverkeer. Geneesheer-directeuren ervaren het als positief wanneer de ontvangende instelling en de daar beschikbare psychiatrische expertise vroeg in het voorbereidingsproces betrokken wordt om mogelijkheden en belemmeringen zorgmachtiging te bespreken. Het delictrisico en de beveiligingsnoodzaak zijn volgens sommige respondenten te weinig in beeld bij voorbereidingsproces van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. Een recente rapportage van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) uit bijvoorbeeld een verbonden strafzaak kan hierbij soms een rol spelen. Deze is volgens respondenten zeer helpend voor de inschatting van het benodigde beveiligingsniveau.

De trajecten van een strafzaak en het voorbereidingsproces van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz lopen volgens respondenten regelmatig ongelijk in de tijd, waarbij het strafproces aanzienlijk langer kan duren. Dit kan problematisch zijn omdat stukken zoals een medische verklaring verouderd kunnen zijn wanneer het strafproces is afgerond en er over de zorgmachtiging beslist kan worden. Daarnaast moeten patiënten in afwachting van een zorgmachtiging langer in detentie of voorlopige hechtenis blijven, waarbij het de vraag is of een patiënt de zorg krijgt die nodig is. Een praktische verbetering daarentegen betreft de met artikel 2.3 Wfz ontstane mogelijkheid voor de strafrechter tot het afgeven van een machtiging tot verplichte zorg na tbs of PIJ in één zitting.

Wat betreft samenwerking tussen ketenpartners wordt het verplichte regio-overleg Wvggz als zeer positief ervaren. Mede daardoor is de werkrelatie tussen OM en zorgaanbieders sterk verbeterd. Ketenpartners als penitentiaire inrichtingen (PI's) en penitentiaire psychiatrische centra (PPC's), reclassering en (straf)rechtspraak zouden volgens respondenten in meer gevallen kunnen worden betrokken.

Er zijn barrières in de informatie-uitwisseling tussen justitie-instanties en zorginstanties (als patiënt geen toestemming geeft voor gegevensuitwisseling). Dit is onder meer het geval tussen PI/PPC en (voormalige of toekomstige) zorgaanbieder, tussen NIFP en zorgaanbieder en tussen zorgaanbieder en reclassering. Een ander punt is dat het civiele proces in het strafproces bij de machtiging via artikel 2.3 Wfz, knelpunten oplevert wat betreft het mogelijk openbaar worden van medische gegevens via het strafdossier en via het behandelen van de zorgmachtiging in een openbare strafzitting. Respondenten geven aan dat men in de praktijk afspraken maakt over hoe hier mee om te gaan.

Strafrechters vinden het belangrijk een integrale afweging te kunnen maken over de machtiging via artikel 2.3 Wfz. Benadrukt wordt het belang daartoe met informatie te worden gevoed door deskundigen. Respondenten uit de forensische en algemene GGz en van het OM uiten echter twijfel over de zin van een ambtshalve machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter als de geneesheer-directeur en officier van justitie adviseren om geen machtiging af te geven. Een risico is dat deze onuitvoerbaar wordt als er geen medewerking van een zorgaanbieder wordt gevonden.

Uitvoering zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz

Respondenten geven aan dat algemene GGz-instellingen terughoudend zijn om artikel 2.3 Wfz-patiënten te plaatsen. De achtergrond daarvan is dat ervaren wordt dat de

algemene GGz weinig beveiliging kan bieden en geen expertise heeft wat betreft risicomanagement. Ook wordt vermenging met patiënten met een strafrechtelijk verleden riskant gevonden voor andere patiënten en personeel. Specifiek bij een artikel 2.3 Wfz-patiënt die uit detentie komt werkt belemmerend bij de uitvoering van de zorgmachtiging dat vaak alle voorzieningen als woning en werk of dagbesteding zijn stopgezet. Soms ervaart een geneesheer-directeur of zorgverantwoordelijke uit de algemene GGz druk om een artikel 2.3 Wfz-patiënt te plaatsen terwijl deze eigenlijk vindt dat die niet in de instelling past. Voor een PPC is het vanwege hun moeilijk plaatsbare populatie juist helpend dat er in beginsel een ontvangende instelling door het OM wordt aangewezen. In specifieke situaties, zoals een negatief advies door een aangewezen instelling en bij ambtshalve afgifte door de strafrechter als er geen ontvangende instelling is aangewezen, kan onduidelijkheid ontstaan over de vraag welke partij de verantwoordelijkheid heeft voor plaatsing van een patiënt met een artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging.

Veel respondenten bekritiseren de vermenging van civiel recht en strafrecht die ontstaat bij artikel 2.3 Wfz. Een belangrijk voorbeeld van de zogenoemde strafrechtelijke inkleuring van artikel 2.3 Wfz is het toestemmingsvereiste van de minister dat aan de orde is bij een tijdelijke onderbreking of de beëindiging van verplichte zorg. Respondenten voelen principiële bezwaren tegen het toestemmingsvereiste omdat het een strafrechtelijke inmenging is in een civielrechtelijke regeling waarbij de verantwoordelijkheid is toebedeeld aan de geneesheer-directeur. Belemmerend hierbij is ook dat de procedure om toestemming te krijgen in hun ervaring lang duurt, wat als negatief wordt gezien voor de rechtspositie van de patiënt. Er wordt zelden toestemming gevraagd voor de onderbreking of beëindiging van zorg en zorgaanbieders ervaren de criteria hiervoor als onduidelijk.

Dat met artikel 2.3 Wfz een vermenging van civiel recht en strafrecht ontstaat kan nog andere negatieve gevolgen voor de rechtspositie hebben geven respondenten aan. Zo is voor personen met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz die in een PI of PPC verblijven de toegang tot vertrouwenspersonen nog onvoldoende geregeld. Ook worden naasten van artikel 2.3 Wfz-patiënten nog te weinig betrokken bij de zorg.

Respondenten ervaren veel capaciteitsproblemen en daarmee plaatsingsproblemen. Er zijn maar weinig beveiligde bedden beschikbaar. Artikel 2.3 Wfz-plaatsingen, reguliere zorgmachtiging-plaatsingen en forensische zorgplaatsingen concurreren om schaarse beveiligde bedden, waar bovendien steeds vaker ook patiënten met risicovol gedrag uit de algemene GGz aanspraak op maken is de indruk van sommige respondenten. Het dashboard beveiligde bedden helpt om meer inzicht in de beschikbaarheid van beveiligde bedden te creëren. Het dashboard heeft echter geen plaatsingsbevoegheid. Financiering van beveiligde bedden voor artikel 2.3 Wfz-patiënten is volgens respondenten nog niet altijd kostendekkend.

Er is een roep om een forensische variant van artikel 2.3 Wfz. Volgens respondenten zou een forensische versie van artikel 2.3 Wfz een aantal zaken oplossen: een dergelijke maatregel zou de te grote kloof kunnen overbruggen die nu wordt ervaren tussen tbs met dwangverpleging en de zorgmachtiging, een dergelijke machtiging maakt scherper onderscheid mogelijk tussen patiënten bij wie wel en bij wie niet delictpreventie van belang is, de algemene GGz zou zich dan kunnen richten op degenen bij wie dat laatste niet het geval is, terwijl de forensische zorgaanbieders zich ontfermen over degenen die wel delictpreventie nodig hebben.

Rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz

Artikel 2.3 Wfz vormt niet alleen een schakel naar de Wvggz, maar ook naar de Wzd. Op basis van de interviews lijken er weeffouten in de artikel 2.3 Wfz-procedure te zijn waardoor de procedure op meerdere momenten vastloopt. Daardoor is het voor het OM dat de verzoekersrol heeft in de voorbereiding van een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging, moeilijk om de benodigde informatie te verzamelen. Er zijn geen samenwerkingsverbanden tussen het OM en ter zake kundige artsen waardoor het voor het OM lastig is om een ter zake kundige arts te vinden die een medische verklaring kan opstellen. Daarnaast blijkt uit expertsessies die georganiseerd zijn door de ministeries van JenV en VWS dat het veld meer duidelijkheid wil over de mogelijkheden om gegevens over cliënten te delen wanneer dit nodig is.

Veel voorbereidingen lopen vast op de medische verklaring, waarvoor informatie over de accommodatie nodig is die op dat moment vaak nog niet bekend is. Ter zake kundige artsen geven om die reden een negatieve medische verklaring, of geen medische verklaring, waardoor de procedure stokt: verzoekschriften kunnen immers niet ingediend worden zonder medische verklaring. Ook kunnen ter zake kundige artsen weigeren een medische verklaring af te geven wanneer dit niet gefinancierd wordt. Het aanstellen van een wettelijk vertegenwoordiger kost tevens veel tijd, wat tot vertraging in de procedure kan leiden.

Financiering van de rechterlijke machtiging kan plaatsvinden door afgifte van een indicatie via de wet langdurige zorg (Wlz). Deze Wlz-indicatie is er vaak nog niet op het moment dat de rechterlijke machtiging afgegeven wordt omdat er te weinig informatie over het behandelperspectief van een cliënt is voor het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) om een dergelijke indicatie te kunnen afgeven. Bij afgifte van de rechterlijke machtiging is er maar beperkt tijd om een geschikte plek te vinden voordat de rechterlijke machtiging vervalt. Een onderliggende oorzaak voor het vastlopen van de voorbereidingsprocedure en de plaatsing op basis van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz is het ontbreken van een coördinerende verantwoordelijke voor de procedure geven respondenten aan. Daarnaast zijn Wzd-accommodaties terughoudend in het opnemen van cliënten met een strafrechtelijk verleden volgens meerdere ketenpartners.

Ook bij Wzd-instellingen zijn er capaciteitsproblemen. Deze problemen zijn er mede doordat er weinig door- en uitstroom plaatsvindt. Er zijn maar weinig beveiligde bedden beschikbaar voor cliënten met een rechterlijke machtiging. Wanneer cliënten uiteindelijk geplaatst kunnen worden, kan er een verschil in rechtspositie ontstaan wanneer er ook cliënten met een civiele rechterlijke machtiging in dezelfde Wzd-accommodatie verblijven. Voor cliënten met een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz is namelijk toestemming van de minister nodig bij verlof of ontslag uit de accommodatie.

Er wordt een kloof ervaren tussen wat er aan zorgvoorzieningen bestaat in de algemene verstandelijk gehandicaptenzorg en binnen de forensische zorg. Artikel 2.3 Wfz-cliënten vormen een groep met gedragsproblematiek en soms meerdere diagnosen, een combinatie waar de verstandelijk gehandicaptenzorg grotendeels niet op is ingericht.

Conclusies

Artikel 2.3 Wfz wordt gebruikt, ondanks ervaren uitvoeringsproblemen. Met een aantal van ruim honderd toegekende machtigingen in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding, levert artikel 2.3 Wfz echter (nog) een kleine bijdrage aan de doorstroom vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg.

Op basis van de kwalitatieve informatie uit de interviews lijkt plaatsing van artikel 2.3 Wfz-patiënten in de algemene GGz vooralsnog weinig van de grond te komen. Forensische GGz-instellingen als FPA's en FPK's zijn minder terughoudend ten aanzien van patiënten met een strafrechtelijk verleden. Toch is ook plaatsing daar niet altijd eenvoudig. Aan dat laatste lijken vooral randvoorwaardelijke factoren als financiering en capaciteit ten grondslag te liggen, maar mogelijk zijn ook hier patiënten met meerdere diagnoses in combinatie met risicovol gedrag moeilijk te plaatsen. Een belangrijke kanttekening is dat om definitieve conclusies te kunnen trekken over waar personen met een art 2.3 Wfz-machtiging worden geplaatst, kwantitatieve gegevens over de daadwerkelijke doorstroom nodig zijn.

De route vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg via een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging die door de civiele rechter wordt verleend, is in het onderhavige onderzoek nog niet via kwantitatieve gegevens in beeld. Wel zijn er duidelijke aanwijzingen uit de interviews dat deze route regelmatig wordt toegepast.

De werking van artikel 2.3 Wfz hangt voor een belangrijk deel af van het verloop van de uitvoering ervan. Enerzijds is er sprake van terughoudendheid vanuit de algemene GGz ten aanzien van patiënten met een zogeheten forensisch profiel die via artikel 2.3 Wfz de algemene GGz in zouden komen. Anderzijds worden meerdere belemmeringen gesignaleerd die de voorbereiding en uitvoering van artikel 2.3 Wfz bemoeilijken waaronder gebrekkige bekendheid met artikel 2.3 Wfz onder ketenpartners, onduidelijkheden in de wetgeving en uitvoering, de tijdrovende voorbereidingsprocedure voor de artikel 2.3 Wfz-machtiging, barrières in de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en justitiële instellingen, praktische en principiële bezwaren tegen het toestemmingsvereiste van de minister en weeffouten in de artikel 2.3 Wfz-procedure in relatie tot de Wzd. Personen met meerdere diagnoses zoals psychische stoornissen, verslaving en/of verstandelijke beperking in combinatie met risicovol gedrag lijken überhaupt moeilijk te plaatsen omdat er voor hen weinig zorgaanbod zou zijn.

Van groot belang zijn ook de randvoorwaarden die nodig zijn voor de doorgeleiding van patiënten vanuit het strafrecht naar reguliere (verplichte) zorg. Adequate financiering van beveiligde bedden en voldoende capaciteit binnen zowel de forensische als de algemene GGz zijn belangrijke voorwaarden voor de uitvoering van artikel 2.3 Wfz. Als gevolg van jarenlange afbouw van beddencapaciteit en in de algemene GGz ook afbouw van langdurige en complexe zorg ten gunste van ambulante voorzieningen, lijkt niet aan de voorwaarde van het bieden van de noodzakelijke capaciteit voldaan te kunnen worden.

Tegelijkertijd worden door respondenten factoren benoemd die helpend zijn in de uitvoering van artikel 2.3 Wfz: het bredere palet aan mogelijkheden en doelgroepen van het schakelartikel, versterking van de samenwerking tussen ketenpartners door het op basis van de Wvggz verplichte regio-overleg en de ontwikkeling van het dashboard beveiligde bedden. Voor verschillende knelpunten worden in het onderhavige

rapport aanbevelingen gedaan die kunnen bijdragen om de genoemde punten te verbeteren en de helpende factoren verder te versterken.

Toekomst

Continuïteit van zorg vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg is al decennia een probleem. Artikel 2.3 Wfz is in het leven geroepen met het oog op verbetering van de continuïteit van zorg. Artikel 2.3 Wfz is daarbij vernieuwend: strafrecht en civiel recht worden in het artikel gecombineerd. Er worden echter veel praktische problemen in de uitvoering ervaren evenals verschillende principiële problemen. Daardoor is er weerstand tegen artikel 2.3 Wfz in de huidige vorm, ondanks dat er ook een aantal positieve of als verbetering ervaren aspecten zijn. Het huidige voorstel vanuit het GGz-veld om een forensische versie van artikel 2.3 Wfz in te voeren, draagt niet zonder meer bij aan het doel van artikel 2.3 Wfz: het bevorderen van de doorstroming vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere verplichte zorg. Het onderzoeken van een dergelijke variant kan niet los worden gezien van een meer principiële discussie over hoe de algemene GGz en de forensische GGz zich tot elkaar zouden moeten verhouden en hoe het 'zorglandschap' als geheel er wat betreft zorgaanbod en -voorzieningen uit zou moeten zien. Een belangrijk thema daarbij blijft hoe continuïteit van zorg vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg in de praktijk vorm kan krijgen. Er zijn inmiddels verbindende initiatieven in de praktijk, zoals de transforensische werkwijze en de 'Ketenveldnorm' die gunstig kunnen zijn voor continuïteit van zorg.

1 Inleiding en methoden

1.1 Achtergrond onderzoek

De Wet forensische zorg (Wfz) biedt een kader op hoofdlijnen voor de inkoop en organisatie van forensische zorg aan volwassenen. In artikel 2.3 Wfz wordt geregeld dat de strafrechter de bevoegdheid krijgt om in verschillende fasen van het strafproces een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging af te geven. Mogelijke toeleidingstrajecten zijn: toeleiding naar gedwongen zorg ter vervanging van strafrechtelijke vervolging, tijdens de strafrechtelijke vervolging, als (onderdeel van) de afdoening, of na afloop van straf of maatregel. Met de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz is het oude artikel 37 Wetboek van Strafrecht (Sr) vervallen. Via dit wetsartikel kon een volledig ontoerekeningsvatbaar geachte persoon uit het strafrecht naar de geestelijke gezondheidszorg (GGz) worden 'gesluisd'. Doordat het strikte criterium van ontoerekeningsvatbaarheid vervalt, is de doelgroep van artikel 2.3 Wfz in potentie veel breder dan die van het oude artikel 37 Sr.

Eén van de conclusies die Steinmann trekt in haar proefschrift uit 2019 over de stelselwijziging van de forensische zorg is dat continuïteit van zorg vanuit de strafrechtelijke forensische zorg (zorg op basis van een strafrechtelijke titel) naar reguliere zorg door betrokkenen in de praktijk als het zwakste punt na de wijziging van het forensische zorgstelsel wordt gezien (Steinmann, 2019). Het probleem van aansluiting tussen de forensische zorg en de algemene geestelijke gezondheidszorg bestaat al decennia (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2007; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012; Van der Wolf, 2012; Bangma et al., 2017; Candel & Wijga, 2017; Nederlandse Zorgautoriteit, 2018; De Vogel, 2018; De Vogel, Schaftenaar & Clercx, 2019; Van der Wolf, Reef & Wams, 2020). Met het in 2020 ingevoerde artikel 2.3 Wfz beoogt de wetgever de continuïteit van zorg te verbeteren (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3). Het onderhavige onderzoek richt zich met behulp van vraaggesprekken en een e-mailuitvraag op de eerste ervaringen van professionals in de praktijk met artikel 2.3 Wfz. Daarnaast worden de eerste kwantitatieve gegevens over de toepassing van artikel 2.3 Wfz besproken.

In de literatuur zien we over artikel 2.3 Wfz verschillende verwachtingen en vooral veel vragen (Nauta en Van Dijk, 2012; Mevis, Klappe & Van der Wolf, 2019; Van Oploo, Prinsen & Bakkum, 2020). Deze lopen uiteen van juridisch-procedurele vragen zoals de vraag wanneer het Openbaar Ministerie (OM) voor een zorgmachtiging naar de strafrechter gaat in plaats van naar de civiele rechter (Mevis et al., 2019 p. 364), de vraag hoe de zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz in de praktijk gecombineerd zal worden met andere modaliteiten zoals (voorwaardelijke) gevangenisstraf (Mevis et al., 2019 p 365), de vraag hoe strafrechters zullen omgaan met het feit dat de zorgmachtiging gebonden is aan regels van het civiele recht (Reijntjes-Wendenburg, 2020), tot de vraag of artikel 2.3 Wfz zal leiden tot een ander type (meer agressieve) patiënten binnen de algemene GGZ-instellingen (Nauta & Van Dijk, 2012). Ook zijn er al enkele eerste bevindingen uit jurisprudentie gerapporteerd (Klappe, Mevis & Van der Wolf, 2020).

Daarnaast hebben meerdere auteurs zorgen en kritiek geuit over de voorziene effecten van artikel 2.3 Wfz op de algemene GGz. Zo zijn er zorgen over de vermenging van straf- en civielrecht bij de machtiging via artikel 2.3 Wfz, wat ertoe zou leiden dat deze

machtiging principieel verschilt van de machtiging die door een civiele rechter is afgegeven. De machtiging via artikel 2.3 Wfz zou daarbij niet in lijn liggen met de doelstellingen van de Wet verplichte GGz (Wvggz; Prinsen, 2015; Widdershoven, 2015). Anderen waarschuwen dat artikel 2.3 Wfz zou kunnen leiden tot een grotere kloof met de terbeschikkingstelling (tbs), waardoor meer patiënten tussen wal en schip dreigen te vallen (Van Oploo, Prinsen & Bakkum, 2020; Van der Aa, 2021). Tot slot worden vraagtekens gezet bij de mogelijkheid van de strafrechter om ambtshalve een zorgmachtiging af te geven, ook omdat hiermee te sterk zou worden afgeweken van de procedures van de Wvggz en Wzd (Bakker, 2021a).

De recente inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz bracht veel teweeg bij een aantal ketenpartners die betrokken zijn bij de uitvoering ervan. Op 25 mei 2021 stuurden de Nederlandse GGz (NL-GGz), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Vereniging van Verplegenden en Verzorgenden (V&VN) een brief aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van de Tweede Kamer.[1] In die brief waarschuwen zij dat artikel 2.3 Wfz door strafrechters wordt gebruikt als vervanging van een strafrechtelijke sanctie, met onveilige situaties bij zorgaanbieders tot gevolg doordat patiënten niet op het juiste beveiligingsniveau worden geplaatst. De mogelijkheid tot ambtshalve machtiging zou daarbij een belangrijke rol spelen, omdat die de strafrechter door de strafrechter kan worden toegepast in gevallen waarin de GGz en de officier van justitie hebben geoordeeld dat niet aan de criteria van de Wvggz wordt voldaan (Hoge Raad 9 april 2021, ECLI:NL:HR:2021:534). De door de GGz benoemde knelpunten werden op 27 mei 2021 tijdens de behandeling van de Reparatiewet Wvggz en Wet zorg en dwang (Wzd) in de Tweede Kamer besproken (*Handelingen II* 2020/21, nr. 81, item 8). In een motie (*Kamerstukken II* 2020/21, 35 667, nr. 27) werd de regering gevraagd te onderzoeken in hoeverre de Wvggz en de Wfz elkaar tegenwerken in de uitvoering, onder andere vanwege 'ongewenste rechtsvermenging' en het vervallen van artikel 37 Sr.

In een brief op 3 juni 2021 aan de vaste commissies voor VWS en voor Justitie en Veiligheid (JenV) van de Tweede Kamer[2], reageerden de Kenniskring Rechters TBS en Zorgmachtiging en het Landelijk Overleg Vakinhoud Strafrecht (LOVS) op de eerdergenoemde brief van de GGz. De strafrechters geven aan het oneens te zijn met de bezwaren van de GGz. Zij stellen dat de wetgever voor een hybride stelsel op de grens van straf- en civielrecht heeft gekozen. Daarbij werd de strafrechter nadrukkelijk de mogelijkheid gegeven om een ambtshalve machtiging af te geven, zodat deze een integrale afweging kan maken tussen straf en zorg. Plaatsing en passende zorg kan daarbij zowel op een forensisch psychiatrische afdeling (FPA), in een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) als op een algemene GGz-afdeling worden gerealiseerd. Tegelijkertijd signaleren de strafrechters de behoefte aan een plaatsingsloket voor de machtigingen die de strafrechter via artikel 2.3 Wfz verleent.

Op 16 juli 2021 richten de NL-GGz, NVvP en V&VN een brief aan de Minister voor Rechtsbescherming en de Staatssecretaris van VWS,[3] waarin zij als oplossingsrichting voor de ervaren problemen omtrent artikel 2.3 Wfz voorstellen om artikel 2.3 Wfz op te splitsen in een strafrechtelijke variant met forensische zorg tot gevolg (voor personen bij wie delictpreventie een rol zou moeten spelen in de behandeling) en een reguliere variant, die inhoudelijk niet zou moeten verschillen van de machtiging die door een civiele rechter wordt afgegeven.

1 Kenmerk 246793/2021.
2 Kenmerk UIT 12638 COM/HZ/et.
3 Kenmerk EP/lw/3685/21.

1.2 Doel en reikwijdte eerste evaluatie artikel 2.3 Wfz

Dit deelonderzoek beoogt een eerste beeld te geven van de toepassing van en ervaringen met artikel 2.3 Wfz. Wij gebruiken daarbij zowel kwantitatieve methoden: analyse van registratiegegevens, als kwalitatieve methoden: een e-mailuitvraag en interviews. Een eerste kwantitatief beeld van de toepassing van artikel 2.3 Wfz geven wij aan de hand van registratiecijfers uit het zorginformatiesysteem van het OM (OMZIS). Het onderzoek levert door middel van een verdiepende interviews, aangevuld met informatie uit de e-mailuitvraag een kwalitatief beeld van de eerste ervaringen van ketenpartners met artikel 2.3 Wfz in de praktijk. Het doel van de e-mailuitvraag die in januari 2021 is gedaan was met name het identificeren van belangrijke thema's voor de verdiepende interviews die in het late voorjaar en de zomer van 2021 zijn gehouden. Gegevens uit de e-mailuitvraag zijn tevens beperkt in de rapportage verwerkt ter aanvulling van de interviews. Voor de interviews is een brede groep zorgprofessionals, praktijkjuristen en anderen benaderd. Daarmee biedt het onderzoek een rijk beeld van de verschillende ervaringen van ketenpartners. Tegelijk is om praktische redenen het aantal vraaggesprekken begrensd tot ruim veertig. De bevraging levert daarmee een beeld op van de ervaringen van een beperkt aantal praktijkprofessionals. Op basis daarvan kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over de ervaringen van de totale groep praktijkprofessionals.

Evaluatie van het nieuwe stelsel forensische zorg zal op grond van artikel 8.1 Wfz plaatsvinden drie jaar na inwerkingtreding (gerekend vanaf januari 2019) en vervolgens na elke vijf jaar. Een belangrijke constatering is dat dit eerste evaluatieonderzoek over artikel 2.3 Wfz op verzoek van het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen (DGS&B) kort na invoering van dit wetsartikel plaatsvindt. De gegevens waarover wordt gerapporteerd hebben betrekking op de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz. Vaak wordt (terecht) gesteld dat bij een korte tijdsspanne tussen invoering en evaluatie nog niet goed kan worden beoordeeld of de desbetreffende wetgeving het beoogde doel behaalt. Omdat de wetgeving nog maar kort in werking is, kunnen doelen nog niet behaald zijn, of is er nog niet genoeg informatie verkrijgbaar om dit na te gaan (Kautto & Similä, 2005). Ook is er in een vroeg stadium een risico dat vooral 'kinderziektes' en aanloopproblemen worden gesignaleerd, al zijn die wellicht juist ook interessant om snel in het vizier te hebben omdat ze relatief gemakkelijk op te lossen kunnen zijn (Rossi, Freeman & Lipsey, 2004). Verder kunnen in deze vroege periode kwantitatieve gegevens nog beperkt inzicht geven in hoe vaak de wetgeving zal worden toegepast. Dat komt omdat men in het begin veelal nog zoekende is hoe de wetgeving toe te passen (dit laatste wordt ook bevestigd in de interviews, o.a. paragraaf 5.2) en de toepassing daardoor minder kan zijn dan in latere jaren. Tegelijkertijd is de interesse van betrokken ketenpartners in een evaluatie juist vaak extra groot bij nieuwe wetgeving of andere nieuwe beleidsinstrumenten (Kautto & Similä, 2005). Het kan bovendien wel degelijk zinvol zijn om (ook) in een vroeg stadium een evaluatie te verrichten waarin dan vooral het implementatieproces en de eerste ervaringen met de nieuwe wetgeving centraal staan. Er zijn daaraan verschillende voordelen. In de eerste plaats laat onderzoek zien dat ontwikkelaars van wetgeving of andere beleidsinstrumenten maar zelden alle factoren tevoren kunnen inschatten die van invloed zijn op de uitwerking van dat instrument in de praktijk (Kautto & Similä, 2005). Een vroege evaluatie waarbij naar de daadwerkelijke toepassing en naar de ervaringen van betrokken ketenpartners wordt gekeken, kan helpen deze factoren in kaart te brengen. In de tweede plaats kan met een vroege evaluatie weliswaar meestal nog niet worden onderzocht in hoeverre de doelen die met de wetgeving worden nagestreefd daadwerkelijk bereikt worden, wel kunnen er al bepaalde

indicatoren worden gebruikt om een indicatie te krijgen of de werking van de wetgeving in de praktijk zich beweegt in de richting van de gewenste doelen. In de derde plaats is een voordeel van onderzoek kort na inwerkingtreding van de wetgeving dat een eventueel bijsturen in een vroeg stadium mogelijk gemakkelijker is dan wanneer de wetgeving of de praktijk eromheen al meer geïnstitutionaliseerd is (Kautto & Similä, 2005).

Het onderhavige deelonderzoek is onderdeel van een zogeheten vroege of algemene wetsevaluatie binnen het vijfjarige onderzoeksprogramma Evaluatie Wet forensische zorg (2021 t/m 2025) dat op verzoek van het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen (DGS&B) wordt uitgevoerd door het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC). In de eerste fase van dit onderzoeksprogramma zullen naast het onderhavige rapport medio 2022 nog twee deelrapporten verschijnen: de *Planevaluatie Wet forensische zorg* en het onderzoek *Artikel. 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk: jurisprudentie*. Het jurisprudentie-onderzoek is aanvullend op het onderzoek naar ervaringen van ketenpartners. Het zal bijvoorbeeld meer kwantitatieve informatie opleveren over de toeleidingstrajecten van waaruit artikel 2.3 Wfz-machtigingen worden verleend en over overwegingen om een machtiging via artikel 2.3 Wfz wel of niet af te geven. Daarnaast werkt het WODC aan de ontwikkeling van een monitor Wfz die onder meer inzicht moet geven in doorstroomtrajecten van forensische naar reguliere verplichte zorg.

In 2019 is de Kamertoezegging gedaan dat de Wvggz, de Wzd en de Wfz gelijktijdig en in samenhang zullen worden geëvalueerd (*Kamerstukken II* 2019/20, 32 399 nr. 91). Het WODC verricht de evaluatie van de Wfz, inclusief artikel 2.3 Wfz. De evaluatie van de Wet verplichte GGz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) wordt verricht door een onderzoeksteam van het Amsterdam Universitair Medisch Centrum (AUMC) en het Trimbos-instituut. De onderzoeksteams hebben de vroege wetsevaluatie wat betreft timing van de oplevering van deelrapporten op elkaar afgestemd (december 2021 en medio 2022). Ook inhoudelijk vindt afstemming plaats. Waar de onderzoeken elkaar raken, zoals bij het schakelartikel 2.3 Wfz, wordt zo veel mogelijk complementair werk verricht. Ook is op enkele onderdelen nauw samengewerkt. Zo is een e-mailuitvraag bij ketenpartners naar ervaren verbeteringen en knelpunten als gevolg van de inwerkingtreding van de Wfz, Wvggz en Wzd gezamenlijk uitgevoerd. Verder heeft het WODC de regie gevoerd en inhoudelijke bijdragen geleverd met betrekking tot de onderdelen over de Wfz tijdens door het team van het AUMC en Trimbos-instituut georganiseerde duidingssessies waarin gediscussieerd werd met professionals vanuit de algemene GGz en de civielrechtelijke praktijk over een aantal onderzoeksbevindingen.

In het onderzoek zijn gegevens betrokken uit 2020 en de eerste helft van 2021. In deze periode worstelde Nederland met COVID-19 en waren er daartoe verschillende maatregelen van kracht. Het is onbekend in hoeverre deze de werking van artikel 2.3 Wfz hebben beïnvloed. De indruk, ook op basis van wat respondenten hierover aangeven, is dat het werk van de rechtspraktijk en de zorginstellingen wat betreft verplichte zorg in deze periode wel onverminderd doorging.

1.3 Onderzoeksvragen en toelichting

Het doel van het onderzoek is om een beeld te geven van de werking van artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. In deze vroege evaluatie van

artikel 2.3 Wfz kunnen wij al enkele indicatoren identificeren die in dit stadium informatie geven of de uitwerking in de praktijk de gewenste richting opgaat wat betreft continuïteit van zorg, in het bijzonder doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg. Dit betreft: de mate waarin artikel 2.3 Wfz wordt toegepast en de mate waarin artikel 2.3 Wfz-patiënten worden geplaatst in algemene respectievelijk forensische GGz-instellingen. Daarnaast bieden de ervaringen van ketenpartners met de toepassing van artikel 2.3 Wfz een belangrijke indicatie van de mate waarin belemmerende of juist helpende factoren optreden die de uitvoering van het wetsartikel beïnvloeden.

Van de toepassing van artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding kunnen wij een kwantitatief beeld geven. Hiertoe worden gegevens die het OM bijhoudt in het registratiesysteem OMZIS geanalyseerd.

De hoofdvraag van dit kwantitatieve onderzoek luidt als volgt:

1 Hoe vaak is artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding toegepast?

   We richten ons daarbij op de volgende deelonderwerpen en -vragen:
   a Aantallen machtigingen. Hoe vaak is een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging artikel 2.3 Wfz door het OM aangevraagd? Hoe vaak is een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter afgegeven? Welke regionale patronen zien we wat betreft de afgifte van machtigingen via artikel 2.3 Wfz door rechtbanken?
   b Persoonskenmerken. Welke kenmerken hebben personen voor wie een artikel 2.3 Wfz-machtiging wordt aangevraagd?
   c Rol actoren. Wie initieert een artikel 2.3 Wfz-machtiging? Hoe vaak is de officier van justitie aanwezig op de zitting bij de behandeling van de machtiging artikel 2.3 Wfz door de strafrechter?
   d Verzoekschriften in de tijd. Hoeveel verzoekschriften worden er per maand afgegeven? Wat is het tijdsverloop tussen aanvraag en beslissing? Bij hoeveel van de aanvankelijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz is aansluitend een machtiging afgegeven door de civiele rechter?

Het aantal machtigingen via artikel 2.3 Wfz wordt afgezet tegen het aantal reguliere machtigingen via de civiele rechter en tegen het aantal plaatsingen in een psychiatrisch ziekenhuis dat voorheen jaarlijks op basis van artikel 37 Sr plaatsvond.

In het jaar dat het onderhavige onderzoek werd uitgevoerd waren er nog geen kwantitatieve gegevens beschikbaar over de mate waarin artikel 2.3 Wfz-patiënten werden geplaatst in algemene en forensische GGz-instellingen. Wel kunnen wij dit kwalitatief in kaart brengen vanuit de reacties en schattingen van respondenten.

Met behulp van de semi-gestructureerde interviews geven wij een beeld van de ervaringen en overwegingen van praktijkfunctionarissen, werkzaam bij organisaties die ketenpartners vormen wat betreft de toepassing van artikel 2.3 Wfz. In het vervolg duiden wij hen ook wel kortweg aan met 'ketenpartners'. Het onderzoek richt zich op zowel ervaringen met de schakeling via artikel 2.3 Wfz naar een zorgmachtiging op basis van de Wvggz, als op de schakeling via artikel 2.3 Wfz naar een rechterlijke machtiging op basis van de Wzd. In de praktijk bleek echter dat de laatstgenoemde

route nog relatief weinig wordt toegepast (zie ook hoofdstuk 3). De meeste interviews gaan dan ook over ervaringen met de eerstgenoemde route.

De onderzoeksvraag bij het kwalitatieve onderzoek (hoofdstuk 4 tot en met 7) luidt als volgt:

2 Welke ervaringen hebben ketenpartners met artikel 2.3 Wfz gedurende de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding?

   Daarbij richten wij ons in de interviews op de volgende thema's:
   a Factoren die volgens respondenten van belang zijn om te bepalen of artikel 2.3 Wfz voor een betrokkene wel of niet geschikt is.
   b Helpende en belemmerende factoren die respondenten ervaren wat betreft praktische uitvoerbaarheid in de verschillende fasen van voorbereiding en uitvoering van een machtiging via artikel 2.3 Wfz.
   c Helpende en belemmerende factoren die respondenten ervaren wat betreft rolverdeling en informatie-uitwisseling tussen betrokken ketenpartners.
   d Helpende en belemmerende factoren die respondenten ervaren wat betreft randvoorwaarden (zoals financiering, capaciteit en personeel).
   e De mogelijkheden voor doorgeleiding van personen vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere verplichte zorg na invoering artikel 2.3 Wfz die respondenten ervaren.

De hoofdvraag van het kwalitatieve onderzoek wordt beantwoord met behulp van semigestructureerde interviews met praktijkfunctionarissen die bij de voorbereiding, tenuitvoerlegging, of uitvoering van artikel 2.3 Wfz betrokken zijn. Zo nodig is aanvullende informatie betrokken uit de inventarisatie die per e-mail bij ketenpartners is gehouden (bijlagen 3 en 4).

1.4 Begrippen rond artikel 2.3 Wfz

1.4.1 Continuïteit van zorg

Artikel 2.3 Wfz opereert binnen een tamelijk complexe context met meerdere 'grensvlakken' die van belang zijn in relatie tot continuïteit van zorg en doorstroom vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere verplichte zorg. In paragraaf 1.4 introduceren we kort een aantal begrippen of termen die voor een goed begrip van de context van artikel 2.3 Wfz belangrijk zijn.

Artikel 2.3 Wfz dient twee van de centrale doelstellingen van de Wfz. Deze zijn in de memorie van toelichting bij de Wfz verwoord als 'betere aansluiting tussen forensische en curatieve zorg' en 'patiënt op de juiste plek' (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, en zie ook paragraaf 2.3). In verschillende beleidsinitiatieven is aan deze doelen inhoud gegeven. Een belangrijk begrip daarbij is 'continuïteit van zorg'. Het programma Continuïteit van zorg richtte zich op 'een meer naadloze aansluiting van de forensische zorg naar de specialistische GGz' (2016-2017; Bangma et al. 2017). Onder continuïteit van zorg wordt in dit verband verstaan: een veilige, sluitende en continue zorgketen voor patiënten na afloop van de strafrechtelijke titel (Bangma et al., 2017). Overigens richtte het genoemde programma zich ook op continuïteit van zorg voor patiënten in een civiel kader die gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag vertonen. Continuïteit

van zorg is een belangrijke voorwaarde voor doorstroom vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg.

1.4.2 Forensische zorg en reguliere (verplichte) zorg

Zorg in een strafrechtelijk kader wordt forensische zorg genoemd. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die wordt verleend aan personen met een strafrechtelijke titel (art. 1.1 lid 2 Wfz).[4] Om forensische zorg te kunnen bieden moet een instelling gecontracteerd zijn door de dienst justitiële inrichtingen (DJI) van het ministerie van JenV.[5]

Reguliere zorg betreft geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die niet plaatsvindt op basis van een strafrechtelijke titel. Artikel 2.3 Wfz is geen strafrechtelijke titel, daarom is zorg aan personen met een machtiging op basis van artikel 2.3 Wfz reguliere verplichte zorg.

1.4.3 Forensische en algemene GGz-instellingen, justitiële instellingen

Enigszins verwarrend is dat er naast reguliere en forensische zorg, ook 'reguliere' of algemene en forensische GGz-instellingen (zorgaanbieders) kunnen worden onderscheiden. Wij kiezen er vanwege mogelijke verwarring in dit rapport voor om de term 'algemene GGz-instellingen' te gebruiken in plaats van de (in de literatuur ook gebruikelijke) term 'reguliere GGz-instellingen'. Het onderscheid tussen algemene en forensische GGz-instellingen betreft een ander soort onderscheid dan dat tussen forensische en reguliere zorg. Bij algemene en forensische GGz-instellingen gaat het om een onderscheid tussen instellingen wat betreft het beveiligingsniveau dat zij kunnen bieden (zie volgende deelparagraaf). Er zijn veel instellingen die zorg kunnen bieden aan zowel personen met forensische zorg, als aan personen met reguliere zorg.

In het rapport onderscheiden wij verschillende typen instellingen die forensische en/of reguliere zorg bieden: justitiële instellingen, forensische GGz-instellingen en algemene GGz-instellingen. Onder justitiële instellingen vallen forensisch psychiatrische centra (FPC's) en penitentiair psychiatrische centra (PPC's). FPC's bieden forensische zorg op een hoog beveiligingsniveau. De vier PPC's die Nederland kent bieden op een hoog beveiligingsniveau psychiatrische zorg aan gedetineerden met ernstige psychische problemen.

Algemene GGz-instellingen kunnen basis- en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg omvatten en hebben veelal een laag beveiligingsniveau, het zijn bijvoorbeeld algemene psychiatrische ziekenhuizen.
Forensische GGz-instellingen en -afdelingen hebben een medium tot hoog beveiligingsniveau. Het gaat dan om forensisch psychiatrische klinieken (FPK's) en forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's). FPA's zijn meestal onderdeel van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Vaak zijn algemene en forensische GGz-instellingen onderdeel van een grotere 'zorgkoepel', een fusie van meerdere instellingen. In een aantal gevallen omvat een koepel zowel algemene als forensische GGz-voorzieningen, maar er zijn ook koepels zonder een forensisch onderdeel. De koepels omvatten naast klinische ook ambulante algemene of forensische GGz-voorzieningen,

[4] https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische zorgtitels, geraadpleegd 25 november 2021.
[5] https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/zorgaanbieders, geraadpleegd 25 november 2021.

zoals poliklinieken en teams die de betrokkene opzoeken, bijvoorbeeld *(forensic) assertive community treatment* ([F]ACT)-teams.

Personen met een artikel 2.3 Wfz-machtiging, die dus reguliere zorg betreft niet op basis van een strafrechtelijke titel, kunnen afhankelijk van het benodigde beveiligingsniveau geplaatst worden bij een algemene GGz-instelling, een forensische GGz-instelling of, mits de strafrechter dit bepaalt, een FPC (art. 6:4 lid 3,4 Wvggz).

1.4.4 Beveiligingsniveaus

De materiële en immateriële eisen voor ieder beveiligingsniveau zijn onder meer vastgelegd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, *Staatscourant* 2020, nr. 36294, bijlage 8). Er wordt onderscheid gemaakt tussen vier beveiligingsniveaus. FPC's en PPC's zijn met beveiligingsniveau 4 het zwaarst beveiligd, FPK's en forensische verslavingsklinieken (FVK's) hebben beveiligingsniveau 3, FPA's en forensische verslavingsafdelingen (FVA's) niveau 2 en gesloten afdelingen in algemene psychiatrische ziekenhuizen niveau 1. Nederland kent twee instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG+) met beveiligingsniveau 2 en een (Boschoord) met beveiligingsniveau 3.

1.5 Introductie methoden

Voor dit deelonderzoek is gebruikgemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Deze worden hierna beschreven voor elk van de onderdelen: de beschrijving van artikel 2.3 Wfz, de kwantitatieve gegevens over toepassing van artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding, een e-mailuitvraag bij instanties en organisaties om zicht te krijgen op de belangrijkste thema's ten behoeve van de verdiepende interviews en de interviews in de zomer van 2021 zijn gehouden (anderhalf jaar na inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz) met professionals werkzaam bij ketenpartners die betrokken zijn bij de uitvoering van artikel 2.3 Wfz.

1.6 Methode beschrijving artikel 2.3 Wfz

De onderdelen, doelen, doelgroepen en parlementaire geschiedenis van artikel 2.3 Wfz worden beschreven aan de hand van diverse bronnen, waaronder de Kamerdossiers van de Wfz (32 398), de Wvggz (32 399) en de Wzd (31 996) evenals de wetteksten. Daarnaast is gebruikgemaakt van het boek *Gedwongen psychiatrische zorg – Wet verplichte ggz & Wet forensische zorg* (Reijntjes-Wendenburg, 2020) als systematische beschrijving van de procedure omtrent de koppeling tussen de Wfz en de Wvggz. Verder zijn adviezen en rapporten geraadpleegd die in de periode tussen 2004 en 2021 zijn gepubliceerd over het thema continuïteit van zorg tijdens en na afloop van het strafrechtelijk kader. Om wetenschappelijke analyses en opinies in kaart te brengen, is een systematische literatuur zoektocht ondernomen met behulp van de zoekmachines van Legal Intelligence en Kluwer Navigator. Aan de hand van de zoektermen 'wet forensische zorg' en 'artikel 2.3 wet forensische zorg' is gezocht naar literatuur over artikel 2.3 Wfz die is gepubliceerd in de periode tussen januari 2010 en juli 2021.

1.7 Methode kwantitatieve gegevens toepassing artikel 2.3 Wfz

1.7.1 Gegevensbron

Voor de kwantitatieve analyses worden gegevens gebruikt over de toepassing van artikel 2.3 Wfz uit het zorginformatiesysteem van het OM (OMZIS). In OMZIS worden gegevens ten aanzien van de Wvggz-werkzaamheden van het OM geregistreerd. Daarnaast wordt informatie over de rechterlijke machtigingen in het kader van de Wzd opgenomen, maar in mindere mate omdat er in de Wzd geen wettelijke grondslag voor het registreren van deze gegevens is opgenomen.[6] OMZIS bestaat sinds 2019 en is vanaf 2020 in gebruik genomen, tegelijk met de inwerkingtreding van de Wvggz, Wzd en artikel 2.3 Wfz. In OMZIS wordt informatie bijgehouden over de machtigingen op basis van artikel 2.3 Wfz vanaf het moment dat het OM start met de voorbereiding voor een verzoekschrift tot en met de rechterlijke uitspraak. OMZIS omvat ook gegevens over eventuele aansluitende zorgmachtigingen. De meeste gegevens voor de voorbereiding van de zorg- en rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz worden aan de arrondissementsparketten via beveiligde e-mail aangeleverd. De start van de procedure wordt vervolgens handmatig geregistreerd. Daardoor kunnen de aantallen mogelijk enigszins afwijken van het daadwerkelijke aantal machtigingen. Het OM heeft ervoor gekozen om een strikte scheiding aan te houden tussen OMZIS, waarin informatie over zorg wordt geregistreerd, en het Geïntegreerd Processysteem Strafrecht (GPS) waarin het OM gegevens over strafzaken registreert. De uitstroom uit het strafrecht via een zorgmachtiging afgegeven door de civiele rechter blijft om praktische redenen wat kwantitatieve gegevens betreft in het onderhavige onderzoek uit beeld. Wel is aan deze route in de interviews aandacht besteed.

1.7.2 Analyses

Het doel van de analyses van de OMZIS-gegevens is om een beeld te vormen van het gebruik van artikel 2.3 Wfz gedurende de eerste anderhalf jaar dat dit schakelartikel in werking is. Hiertoe beschrijven wij de aantallen verzoekschriften en afgegeven machtigingen en brengen die via grafieken in beeld. Alle aanvragen voor een artikel 2.3 Wfz-verzoekschrift die zijn geregistreerd door het OM worden meegenomen in de analyses. De nadruk bij de analyses ligt vanwege de aard van de beschikbare gegevens op het in kaart brengen van het aantal verzoekschriften en het aantal toegewezen machtigingen en de ontwikkeling hiervan gedurende de onderzoeksperiode. Daarnaast wordt ook gekeken naar het aantal verzoekschriften dat elke rechtbank binnenkrijgt en verwerkt en welk regionaal patroon daarin te zien is.

1.7.3 Dataveiligheid

De gegevens van het OM zijn via een beveiligde digitale route aan het WODC geleverd. Gepseudonimiseerde ID-nummers zijn vervangen door nietszeggende unieke onderzoeksnummers zodat persoonsgegevens niet herleidbaar zijn. Alle databestanden zijn in een beveiligde map, waar slechts twee onderzoekers toegang toe hebben, op de beveiligde server van het WODC opgeslagen.

[6] De wettelijke grondslag voor het registeren van gegevens over zorgmachtigingen staat enkel vermeld in de Wvggz (art. 8:28 Wvggz en art. 8:30 Wvggz). Een soortgelijke grondslag voor het registreren van gegevens over rechterlijke machtigingen ontbreekt in de Wzd. Hierdoor is het niet mogelijk om bepaalde informatie die wij in het onderhavige onderzoek rapporteren over de artikel 2.3 Wfz-machtigingen via de Wvggz, ook over de artikel 2.3 Wfz-machtigingen via de Wzd te verkrijgen.

1.8 Methode e-mailuitvraag instanties ketenpartners

1.8.1 Respondenten

De e-mailuitvraag is reeds in januari 2021 (een jaar na inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz) verstuurd aan circa veertig instanties die betrokken zijn als ketenpartner bij de Wfz, Wvggz of Wzd, of bij meerdere van deze wetten (zie bijlage 3). Om de ervaren verbeteringen en knelpunten ten aanzien van alle drie de wetten te kunnen inventariseren is een breed scala aan instanties en organisaties benaderd. De lijst is samengesteld in overleg met de onderzoeksgroep van het AUMC/Trimbos-instituut die de evaluatie van de Wvggz en Wzd verricht.

1.8.2 Procedure en vragen

In de e-mailuitvraag is de respondenten gevraagd om op instantieniveau aan te geven welke verbeteringen en knelpunten worden ervaren als gevolg van de inwerkingtreding van de Wvggz, Wzd en Wfz, en in het bijzonder artikel 2.3 Wfz. De e-mailuitvraag is begin januari 2021 verstuurd (zie bijlage 4). De meeste respons is binnengekomen tussen half januari en half februari 2021. De totale respons was ongeveer 95%.

1.8.3 Analyse gegevens e-mailuitvraag

Informatie uit de e-mailuitvraag is samengevat in een Excel-bestand aan de hand van een aantal categorieën die de doelen van de Wfz volgen. Deze informatie is benut bij het formuleren van thema's voor de verdiepende interviews. De kwalitatieve informatie uit de e-mailuitvraag is daarnaast gebruikt om de gegevens uit de interviews waar nodig aan te vullen ten behoeve van de rapportage.

De e-mailuitvraag is breder dan alleen de ervaring met artikel 2.3 Wfz. Voor het onderhavige rapport is alleen gekeken naar de opbrengst over artikel 2.3 Wfz. De onderzoeksgroep van het AUMC/Trimbos-instituut verwerkt de opbrengst over de Wvggz en Wzd.

1.9 Methode interviews praktijkfunctionarissen ketenpartners

1.9.1 Respondenten en werkwijze

Er zijn in het late voorjaar en de zomer van 2021, anderhalf jaar na inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz, in totaal 41 interviews gehouden met functionarissen van ketenpartners die betrokken zijn bij de uitvoering van artikel 2.3 Wfz in de praktijk (zie bijlage 5).

Voor de interviews is met name gezocht naar functionarissen met relatief veel kennis en ervaring met artikel 2.3 Wfz. Dit is op verschillende manier gebeurd: via specialisten op het gebied van artikel 2.3 Wfz bij het OM en de Rechtspraak, via brancheorganisaties: Nederlandse GGz en Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), via beleidsfunctionarissen bij het ministerie van JenV en via genodigden uit eerdere expertmeetings over de Wfz. Enkele advocaten met ervaring in artikel 2.3 Wfz-zaken werden gevonden via Rechtspraak.nl.
Respondenten uit de GGz waren vooral geneesheer-directeuren en zorgverantwoordelijken of behandelcoördinatoren. Dit waren in de meeste gevallen psychiaters en soms

psychologen. Vijf van de interviews waren dubbelinterviews (met twee geïnterviewden) en een van de interviews was met drie respondenten. Alle interviews zijn online gehouden, vrijwel altijd via *Webex Meet*.

Bij een aantal organisaties ligt het vanwege het karakter van de functie of instelling voor de hand om deze landelijk te bevragen:
- Openbaar Ministerie (OM): landelijke verplichte zorg officier van justitie en beleidsfunctionaris (1 dubbelinterview).
- Penitentiaire psychiatrische centra (PPC's): behandelcoördinatoren (3 interviews, 1 per PPC).
- Forensisch psychiatrische centra (FPC's): geneesheer-directeuren (2 interviews).
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP): jurist en beleidsmedewerker (1 dubbelinterview).
- Reclassering Nederland en Stichting Verslavingsreclassering: beleidsfunctionarissen (1 triple interview).
- Instelling voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) Boschoord (onderdeel Trajectum): eerste geneeskundige (1 interview).
- Drie organisaties van cliënt/patiënt- en familievertrouwenspersonen: beleidsfunctionarissen en een vertrouwenspersoon (1 dubbelinterview, 2 enkelinterviews, 1 per organisatie).
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI): plaatsingsfunctionaris (1 interview).
- Dashboard beveiligde bedden: coördinator (1 interview).
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ): beleidsfunctionarissen (1 dubbelinterview).

De interviews met functionarissen uit de rechtspraktijk en zorgaanbieders zijn binnen drie regio's gehouden, te weten Amsterdam, Midden-Nederland en Noord-Nederland. Deze zijn gekozen vanwege hun spreiding over het land en variatie wat betreft stedelijk gebied en bevolkingsdichtheid. De regio's zijn in afstemming met de onderzoeksgroep Evaluatie Wvggz/Wzd van het AUMC/Trimbos-instituut gekozen zodat dubbele belasting van bepaalde regio's zo veel mogelijk zou worden voorkomen. Het AUMC/Trimbos-instituut heeft echter de regionale aanpak uiteindelijk om praktische redenen los moeten laten.

In de regio's Amsterdam, Midden-Nederland en Noord-Nederland zijn bevraagd:
- OM: verplichte zorg officieren van justitie (4 interviews waaronder 2 dubbelinterviews, waarvan 1 dubbelinterview specifiek over de artikel 2.3 Wfz-Wzd route).
- Rechtspraak: strafrechters (6 interviews waaronder 1 dubbelinterview).
- Advocatuur: advocaten strafrecht en/of psychiatrisch patiëntrecht (3 interviews).
- Algemene GGz-koepels of algemene GGz-instellingen behorend bij gemengde algemene-forensische GGz-koepels: geneesheer-directeuren en zorgverantwoordelijken of behandelcoördinatoren (5 interviews).
- Forensische instellingen of forensische instellingen behorend bij gemengd algemene-forensische GGz-koepels: geneesheer-directeuren en zorgverantwoordelijken of behandelcoördinatoren (8 interviews, waaronder 1 dubbelinterview).

Bij de regionale interviews is het saturatieprincipe gehanteerd. Dat houdt in dat wanneer weinig of geen nieuwe informatie meer werd verkregen, er geen nieuwe respondenten meer werden ingepland. De meeste interviews duurden ongeveer anderhalf uur (tussen de 1 en 2 uur). De interviews zijn gehouden in de maanden april tot en met augustus 2021, uitgezonderd een interview dat al in februari plaatsvond.

1.9.2 Analyse en rapportage interviewgegevens

De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen met een audiorecorder en vervolgens woordelijk uitgewerkt tot tekstbestanden. De kwalitatieve informatie uit de interviews en de e-mailuitvraag is digitaal verwerkt met behulp van het softwareprogramma MAXQDA (VERBI Software, 2018). Door codes die corresponderen met onderzoeksthema's te koppelen aan relevante blokken tekst, kunnen de voor een bepaalde thema relevante passages uit verschillende interviews geordend worden om te worden verwerkt tot een tekst in het onderzoeksrapport.

Waar in de tekst wordt verwezen naar reacties van respondenten, zijn deze om individuele herkenbaarheid te voorkomen per functiegroep aangeduid met codes, bijvoorbeeld 'RE' voor strafrechters en 'FGGZ' voor respondenten uit forensische GGz-instellingen (zie bijlage 5). Een aantal instellingen met elk drie of minder respondenten heeft dezelfde code gekregen ('INS'). Indien een aspect door meerdere respondenten van een functiegroep werd benoemd zijn deze in aantal aangegeven, bijvoorbeeld als twee rechters een aspect benoemen: ('RE, RE'). De interviewgegevens zijn in beperkte mate aangevuld met gegevens uit de e-mailuitvraag. In die gevallen is als code de afkorting van de desbetreffende instelling gebruikt (zie bijlage 3).

1.10 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van het rapport biedt een beschrijving van artikel 2.3 Wfz in de wet- en regelgeving. Daarbij wordt ook in een historische schets kort stilgestaan bij de parlementaire geschiedenis van het artikel. Verder worden de belangrijkste praktische processen behorend bij artikel 2.3 Wfz beschreven. In hoofdstuk 3 staan centraal de kwantitatieve gegevens over de toepassing van artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. In hoofdstuk 4 tot en met 7 behandelen wij de opbrengst van de interviews met professionals werkzaam bij ketenpartners die betrokken zijn bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz. Hoofdstuk 4 tot en met 6 richten zich op de ervaringen met de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. In hoofdstuk 7 staan de ervaringen met de rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz centraal. Het slothoofdstuk omvat een discussie met betrekking tot de belangrijkste bevindingen, conclusies en aanbevelingen.

2 Artikel 2.3 Wet forensische zorg

2.1 Introductie

In dit hoofdstuk gaan wij in op de inhoud en de door de wetgever beoogde toepassing van artikel 2.3 Wfz. Wij bespreken achtereenvolgens de onderdelen van artikel 2.3 Wfz (paragraaf 2.2), de doelen en de doelgroepen van artikel 2.3 Wfz (paragrafen 2.3 en 2.4) en hoe het wetsartikel zich verhoudt tot het oude artikel 37 Sr (paragraaf 2.5). Daarna wordt de parlementaire geschiedenis van artikel 2.3 Wfz kort weergegeven (paragraaf 2.6). Vervolgens wordt uiteengezet welke feitelijke verschillen bestaan tussen de verplichte zorgwetten zoals die worden toegepast door de civiele rechter of via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter (paragraaf 2.7). Tot slot worden de verschillende fasen in de voorbereiding en tenuitvoerlegging van een machtiging via artikel 2.3 Wfz kort beschreven (paragraaf 2.8).

2.2 Beschrijving en onderdelen

In de Wfz wordt de doorstroom van de forensische naar de reguliere GGz voor een belangrijk deel geregeld vanuit artikel 2.3 Wfz. Dit wetsartikel is in 2020, een jaar na inwerkingtreding van de overige delen van de Wfz, gelijktijdig met de Wvggz en de Wzd van kracht geworden. De wettekst van artikel 2.3 Wfz is weergegeven in box 2.1. Met dit wetsartikel heeft de wetgever de strafrechter een middel willen geven om een integrale afweging te maken tussen straf en zorg (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 89).

Artikel 2.3 Wfz biedt de strafrechter de mogelijkheid om een civielrechtelijke machtiging voor verplichte zorg volgens de Wvggz (lid 1) of de Wzd (lid 2) af te geven. Voor toepassing van dit wetsartikel is het noodzakelijk dat aan de criteria voor verplichte zorg van de Wvggz dan wel de Wzd wordt voldaan. De criteria die van toepassing zijn op artikel 2.3 Wfz worden beschreven in artikel 3:3 Wvggz en artikel 24 lid 3 Wzd. Hoewel de bewoording van de criteria voor verplichte zorg enigszins verschilt tussen beide wetsartikelen, is de strekking grotendeels gelijk:

a het gedrag van de betrokkene moet als gevolg van diens aandoening tot ernstig nadeel leiden;[7]
b er zijn geen minder ingrijpende mogelijkheden om het ernstig nadeel te voorkomen (subsidiariteitscriterium);
c het verlenen van verplichte zorg is evenredig gelet op het beoogde doel (proportionaliteitscriterium);
d het is redelijkerwijs te verwachten dat het verlenen van verplichte zorg effectief is (Wvggz), of dat de opname en het verblijf noodzakelijk en geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden (Wzd; doelmatigheidscriterium);
e specifiek voor de Wzd is nog van belang dat de afgifte van een rechterlijke machtiging enkel mogelijk is indien de betrokkene zich verzet tegen de opname en het verblijf.

[7] Ernstig nadeel is (het aanzienlijke risico) dat: (1) de patiënt zichzelf of anderen in gevaar brengt, schade toebrengt, of ernstig verwaarloost, (2) de veiligheid van de patiënt bedreigd wordt, (3) het gedrag van de patiënt zo hinderlijk is dat het agressie van anderen oproept, (4) de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Box 2.1 Artikel 2.3 Wet forensische zorg[a]

a Indien de rechter van oordeel is, dat voldaan is aan de criteria voor het afgeven van een zorgmachtiging krachtens de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, kan hij, ambtshalve of na een verzoekschrift van de officier van justitie, met toepassing van die wet een zorgmachtiging ingevolge die wet afgeven als bedoeld in artikel 6:5, aanhef en onderdeel a, van die wet. Aan deze bevoegdheid kan in het kader van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde bij afzonderlijke beslissing toepassing worden gegeven:

1° bij de rechterlijke uitspraak waarbij iemand wegens een strafbaar feit wordt veroordeeld;
2° bij de rechterlijke uitspraak waarbij overeenkomstig artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht wordt bepaald dat geen straf wordt opgelegd;
3° bij de rechterlijke uitspraak waarbij de verdachte wordt vrijgesproken;
4° bij de rechterlijke uitspraak waarbij de verdachte wordt ontslagen van alle rechtsvervolging;
5° op vordering van het openbaar ministerie;
6° indien de rechter maatregel van terbeschikkingstelling niet verlengt;
7° indien de rechter de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege niet verlengt;
8° indien de rechter de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen niet verlengt;
9° indien de rechter de voorwaardelijke beëindiging van de maatregel plaatsing in een inrichting voor jeugdigen niet verlengt;
10° bij rechterlijke beslissing op vordering van het openbaar ministerie tot omzetting van de maatregel plaatsing in een inrichting voor jeugdigen in de maatregel van terbeschikkingstelling;
11° indien de voorwaarden, bedoeld in artikel 2.4 van de Wet forensische zorg, zijn geëxpireerd.

2 Indien de rechter van oordeel is, dat voldaan is aan de criteria voor het afgeven van een rechterlijke machtiging voor opname en verblijf als bedoeld in artikel 24 van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten, kan hij, ambtshalve of na een verzoekschrift van de officier van justitie, met toepassing van die wet een rechterlijke machtiging ingevolge die wet afgeven voor de maximale duur van zes maanden. Aan deze bevoegdheid kan in het kader van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde bij afzonderlijke beslissing toepassing worden gegeven op een van de in het eerste lid onder 1° tot en met 11° genoemde gronden.

a Vanuit het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet forensische zorg (Reparatiewet forensische zorg) wordt een onderdeel 5 ingevoegd in het eerste lid van art 2.3 Wfz. Dit nieuwe vijfde lid luidt: 'bij de rechterlijke beslissing op vordering van het OM tot tenuitvoerlegging of tot verlenging van de tenuitvoerlegging van de op grond van artikel 38z van het Wetboek van Strafrecht opgelegde maatregel'. De onderdelen 5 tot en met 11 worden vernummerd tot 6 tot en met 12.

Doordat de Wvggz en de Wzd civiele zorgwetten zijn, spelen strafrechtelijke criteria zoals recidivegevaar geen rol in de overweging of een individu in aanmerking komt voor een machtiging voor verplichte zorg. Hoewel de machtiging via artikel 2.3 Wfz door een strafrechter wordt afgegeven, gaat het om een civielrechtelijke machtiging en dus om reguliere, niet-forensische zorg. Waar de strafrechter in het geval van forensische zorg een indicatiestelling vaststelt en deze zorg oplegt, is in het geval

van artikel 2.3 Wfz slechts sprake van een machtiging. In de praktijk betekent dit dat de strafrechter de zorginstelling machtigt om de opgelegde zorg uit te voeren, maar dat de uitvoering van deze machtiging niet kan worden afgedwongen. De officier van justitie dient binnen twee weken na afgifte van een zorgmachtiging of vier weken na afgifte van een rechterlijke machtiging over te gaan tot de tenuitvoerlegging van de machtiging (respectievelijk art. 8:1 Wvggz en art. 39 lid 7 Wzd). In de Wzd is opgenomen dat een rechterlijke machtiging die binnen die termijn niet ten uitvoer is gebracht komt te vervallen. Daarnaast is in de Wzd een bepaling opgenomen dat een zorgaanbieder een persoon met een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz binnen een week na ontvangst van de beschikking dient op te nemen – wanneer dit niet binnen die termijn gebeurt kan de zorgaanbieder door de inspectie bevolen worden de betrokkene op te nemen (art. 28c Wzd).

2.3 Doelen artikel 2.3 Wfz

Met artikel 2.3 Wfz worden twee centrale doelen van de Wfz nagestreefd, te weten: (1) het bewerkstelligen van een goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg en (2) het geleiden van forensische patiënten naar de juiste plek met de juiste (forensische) zorg. Deze doelen kunnen direct worden teruggeleid naar de motie van Eerste Kamerlid Van de Beeten (box 2.2). Beide doelen richten zich erop dat forensische patiënten in een eerder stadium en vaker naar reguliere zorg zouden moeten worden doorgeleid. Door een directe schakeling te creëren vanuit het strafrecht naar de Wvggz en Wzd, heeft de wetgever geprobeerd om de doorgeleiding naar reguliere zorg te versoepelen. De strafrechter wordt in staat te gesteld om een civielrechtelijke machtiging af te geven op meerdere momenten in het strafproces, inclusief bij vrijspraak of na afloop van een straf of maatregel. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de realisatie van aansluitende verplichte zorg na afloop van tbs voor de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz in theorie ook mogelijk was. Dit vereiste echter een nauwkeurige afstemming van een strafrechter die de tbs-maatregel niet verlengde en een civiele rechter die een aansluitende rechterlijke machtiging oplegde vanuit de Wet bijzonder opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Met behulp van artikel 2.3 Wfz kan de strafrechter zelf de forensische zorg ‘omzetten’ door een civielrechtelijke zorgmachtiging af te geven. Met artikel 2.3 Wfz heeft de wetgever geprobeerd een middel ter beschikking te stellen om personen op meerdere momenten in het strafproces door te geleiden naar reguliere zorg, wanneer zij niet (meer) thuishoren in de forensische sector.

Box 2.2 Motie Van de Beeten (2004)

De Kamer,

gehoord de beraadslagingen over de wetsvoorstellen «veelplegers» en «meerpersoonscelgebruik»;

overwegende dat de detentie van verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten in toenemende mate een probleem vormt in het gevangeniswezen;

overwegende dat een penitentiair regime voor het merendeel van deze gedetineerden ongeschikt is voor de doorgaans noodzakelijke behandeling, begeleiding en/of resocialisatie;

overwegende dat de op deze groepen gedetineerden gerichte samenwerking en afstemming tussen zorginstellingen, hulpverlening, justitie, werkvoorziening en gemeenten ernstige lacunes vertonen;

overwegende dat deze problematiek op kabinetsniveau behoort te worden aangepakt;

verzoekt de regering in de hoofdlijnen van het regeringsbeleid voor 2005 te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen,

en gaat over tot de orde van de dag.

2.4 Doelgroepen artikel 2.3 Wfz

Doordat artikel 2.3 Wfz een groot toepassingsbereik heeft en op verschillende momenten in de strafrechtelijke procedure kan worden ingezet, is de doelgroep van dit schakelartikel in potentie breed. De doelgroepen van artikel 2.3 Wfz worden hoofdzakelijk bepaald door de situaties waarin een strafrechter toepassing kan geven aan het schakelartikel (zie box 2.1).

Om de doorstroom van een patiënt vanuit het strafrecht naar reguliere (verplichte) zorg te faciliteren, specificeert artikel 2.3 Wfz een elftal situaties waarin de strafrechter toepassing kan geven aan het wetsartikel. Zo kan de strafrechter een machtiging afgeven gedurende de rechterlijke uitspraak, waarbij iemand wordt veroordeeld (situatie 1), waarbij wordt bepaald dat geen straf wordt opgelegd (situatie 2), waarbij de verdachte wordt vrijgesproken (situatie 3), of waarbij deze wordt ontslagen van alle rechtsvervolging (situatie 4).

Daarnaast kan artikel 2.3 Wfz worden ingezet wanneer de strafrechter besluit een strafrechtelijke maatregel, waaronder de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ) en de tbs-maatregel, niet te verlengen (situaties 6-10). Zoals eerder vermeld was het onder de Wet Bopz ook mogelijk om in aansluiting op een tbs-maatregel een rechterlijke machtiging Bopz af te geven, al ontstond hier het risico op een (gevaarlijk) hiaat (Dijkers, 2012) – in dit geval diende de civiele rechter een voorwaardelijke Bopz-machtiging af te geven en de strafrechter diende de tbs-maatregel dan wel de voor-

waardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege niet te verlengen. De Hoge Raad heeft hierover geoordeeld dat de civiele rechter ervoor zorg dient te dragen dat een rechterlijke machtiging niet gelijktijdig zou gelden met een lopende tbs-maatregel, ter voorkoming van ongewenste doorkruising van beslissingen en onzekerheid over de titel van de betrokkene (ECLI:NL:HR:2003:AF5555). Om dit te ondervangen werd besloten dat de civiele rechter een machtiging op grond van de Wet Bopz kon afgeven onder de opschortende voorwaarde dat de tbs onvoorwaardelijk wordt beëindigd. Hiervoor was enige afstemming tussen beide rechtbanken vereist – de voorlopige Bopz-machtiging diende binnen veertien dagen ten uitvoer te worden gelegd nadat de tbs onvoorwaardelijk was beëindigd, om te voorkomen dat de Bopz-machtiging zou verlopen (art. 10 lid 1 Wet Bopz).

Artikel 2.3 Wfz voorziet ook in situaties waar verbinding met een strafrechtelijke procedure ontbreekt. In het bijzonder wordt hierbij de situatie beschreven waarin de voorwaarden van een voorwaardelijke straf zijn geëxpireerd (situatie 11) – een situatie die gewoonlijk niet gepaard gaat met een strafrechtelijke beslissing. Waar een verbonden strafrechtelijke procedure ontbreekt, kan de machtiging tijdens een strafzitting worden afgegeven op vordering van het OM (situatie 5).

In alle bovenstaande situaties is van belang dat op grond van artikel 2.3 Wfz de strafrechter enkel toepassing kan geven aan artikel 2.3 Wfz in het kader van de 'strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde'. In de consultatiefase over het wetsvoorstel Wfz werden vraagtekens geplaatst bij de toegevoegde waarde van deze zin, omdat de criteria voor 'strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde' niet duidelijk zouden zijn gedefinieerd en er ten onrechte de indruk zou kunnen ontstaan dat het bij een machtiging vanuit artikel 2.3 Wfz gaat om een strafrechtelijke maatregel (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming [RSJ], 2015; Raad van State [RvS], 2016). De wetgever heeft hierop aangegeven dat de passage bedoeld is om de toegang tot de strafrechter af te bakenen en de bevoegdheidsverdeling tussen de strafrechter en de civiele rechter te regelen (*Kamerstukken II* 2016/17, 32 3999, nr. 25, p. 142; zie ook een recent commentaar, ECLI:NL:PHR:2021:144).

Hoewel niet nader wordt gedefinieerd wat bedoeld wordt met strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde, kan volgens de wetgever blijken dat daar sprake van is doordat een betrokkene tegelijkertijd strafrechtelijk vervolgd wordt (situaties 1-4), of wanneer de strafrechter na afloop van een lopende strafrechtelijke maatregel om een beslissing tot verlenging wordt gevraagd (situaties 6-10). In situaties zonder 'connexe' strafrechtelijke procedure (situaties 5 en 11) dient de strafrechter zelf te overwegen of sprake is van strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde. De wetgever bespreekt daarnaast enkele voorbeelden waarin het OM een machtiging kan vorderen bij de strafrechter (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399 nr. 25, p. 224). Dit is mogelijk wanneer de officier de strafzaak van een verdachte met een psychische stoornis besluit te seponeren of af te doen met een strafbeschikking. Een andere situatie waaraan wordt gedacht is wanneer bij een forensische patiënt die met diens instemming in een accommodatie verblijft, toch verplichte zorg vereist is. Daarnaast is een situatie denkbaar waarin een persoon nog verplichte zorg nodig heeft nadat diens gevangenisstraf is afgelopen. In deze gevallen is er een directe link met het strafrecht, en kan de officier van justitie een machtiging vorderen van de strafrechter middels artikel 2.3 Wfz. In situaties waar de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde niet van toepassing is, dient de officier zich te wenden tot de civiele rechter.

2.5 Artikel 37 Sr vervangen door artikel 2.3 Wfz

Voor de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz waren de mogelijkheden van de strafrechter om een betrokkene uit het strafrecht naar reguliere zorg te laten stromen beperkt tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis via artikel 37 Sr. Dit wetsartikel werd gelijktijdig met de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz geschrapt, omdat het door artikel 2.3 Wfz zou moeten worden vervangen (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 35). Hoewel sommige onderzoekers schrijven dat artikel 37 Sr door artikel 2.3 Wfz is 'geabsorbeerd' (Mevis, Klappe & Van der Wolf, 2019), bestaan er wezenlijke verschillen tussen de twee wetsartikelen, waardoor de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz geen zuivere opname van artikel 37 Sr bewerkstelligt. Hieronder worden de belangrijkste verschillen tussen beide wetsartikelen besproken (zie Tabel 2.1 voor een beknopt overzicht).

Artikel 2.3 Wfz biedt een breder en flexibeler kader om gedwongen zorg op te leggen dan artikel 37 Sr. Artikel 37 Sr kon alleen worden opgelegd tijdens de berechting, indien de betrokkene als volledig ontoerekeningsvatbaar werd beschouwd. Bij artikel 2.3 Wfz is de ontoerekeningsvatbaarheidseis losgelaten, waardoor zorg ook kan worden opgelegd wanneer de betrokkene slechts als verminderd toerekeningsvatbaar wordt gezien. Daarnaast wordt er geen samenhang meer vereist tussen het strafbare feit en de stoornis – een gevolg hiervan is onder andere dat een machtiging vanuit artikel 2.3 Wfz ook kan worden afgegeven wanneer de verdachte in de 'connexe' strafzaak wordt vrijgesproken. Tot slot kan artikel 2.3 Wfz worden toegepast in verschillende fases van het strafproces; gelijktijdig met de initiële strafuitspraak, na afloop van een straf of maatregel, maar ook in situaties waarin de verbinding met een strafrechtelijke procedure ontbreekt. De strenge beperkingen voor wanneer artikel 37 Sr mocht worden ingezet, hadden volgens de memorie van toelichting tot gevolg dat dit wetsartikel slechts zelden werd ingezet (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 12; zie paragraaf 3.2.3 voor aantallen).

Wanneer zorg werd opgelegd vanuit artikel 37 Sr, kon dit uitsluitend in de vorm van een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Waar artikel 2.3 Wfz de strafrechter in het geval van de Wzd enkel toestaat een rechterlijke machtiging voor opname en verblijf af te geven, heeft de strafrechter in het geval van de Wvggz verschillende zorgmodaliteiten tot zijn beschikking. Hierdoor kan de strafrechter een zorgmachtiging afgeven voor verplichte ambulante zorg en hoeft hij enkel een klinische opname te machtigen wanneer zorg in een ambulant kader niet mogelijk is voor een patiënt. Hoewel het bovenstaande suggereert dat artikel 2.3 Wfz simpelweg een uitbreiding biedt van de mogelijkheden van de strafrechter om personen naar reguliere zorg te geleiden, bestaan er ook wezenlijke verschillen waardoor geen sprake is van een eenduidige uitbreiding of inkrimping van de mogelijkheden.

Waar artikel 37 Sr een strafmaatregel betrof, is artikel 2.3 Wfz een civielrechtelijke maatregel. In geval van artikel 37 Sr legde de strafrechter op basis van een strafmaatregel verplichte zorg op, waarbij de strafrechter erop kon rekenen dat de betrokkene door de Divisie Individuele Zaken van DJI geplaatst zou worden, veelal in een forensische zorginstelling maar soms ook in de algemene GGz. In geval van artikel 2.3 Wfz kan de strafrechter enkel een machtiging geven voor de verplichte zorg. In de praktijk betekent dit dat de strafrechter de zorgaanbieder machtigt om de opgelegde zorg uit te voeren, maar dat de uitvoering van deze machtiging niet kan worden afgedwongen. In de Wvggz en Wzd zijn termijnen opgenomen waarbinnen de machtiging ten uitvoer zou moeten worden gelegd (twee weken voor de zorgmachtiging, vier weken voor de

rechterlijke machtiging, waarbij de machtiging in geval van de Wzd na deze periode komt te vervallen; respectievelijk art. 8:1 Wvggz en art. 39 lid 7 Wzd).

Tabel 2.1 Verschillen tussen artikel 2.3 Wfz en artikel 37 Sr (oud)

	Art. 37 Sr (oud)	Art. 2.3 Wfz
1	Strafmaatregel	Civiele maatregel
2	Forensische zorg	Reguliere zorg
3	Gefinancierd door Ministerie van JenV	Gefinancierd door zorgverzekeraar
4	Uitsluitend gedwongen opname	Zowel verplichte opname als verplichte ambulante zorg mogelijk (Wvggz)
5	Kan alleen worden opgelegd bij berechting in geval van bewezenverklaring	Kan in verschillende fases van strafproces, inclusief bij vrijspraak, en na afloop van een straf of maatregel worden afgegeven
6	Ontoerekeningsvatbaarheid als vereiste	Ook mogelijk bij verminderde toerekenings-vatbaarheid en bij volledige toerekenbaarheid
7	Causaal verband tussen stoornis en delict vereist	Samenhang tussen strafbaar feit en stoornis geen vereiste
8	Dubbelrapportage psychiater en andere gedragsdeskundige vereist	Medische verklaring wordt opgemaakt door een psychiater in het geval van de Wvggz, of een ter zake kundige arts in het geval van de Wzd
9	Duur maximaal 12 maanden	Duur maximaal 6 maanden
10	Tussentijdse onderbreking of ontslag vereist goedkeuring door geneesheer-directeur	Tussentijdse onderbreking of ontslag vereist goedkeuring door minister

De maximale duur van een maatregel tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op basis van artikel 37 Sr. bedroeg 12 maanden, wat door meerdere instanties als ontoereikend werd gezien, omdat er na 12 maanden geen geschikte maatregel bestond om de zorg in een strafrechtelijk kader te verlengen (*Kamerstukken II* 2005/06, 30 250, nr. 5; Van Outheusden & Schaftenaar, 2006). De duur van de machtiging op basis van artikel 2.3 Wfz wordt bepaald vanuit de Wvggz en Wzd, en is met een maximale initiële duur van zes maanden nog korter dan bij artikel 37 Sr het geval was. Waar het onder artikel 37 Sr. mogelijk was om een civielrechtelijke verlenging aan te vragen op grond van de Wet Bopz, kan voor een machtiging via artikel 2.3 Wfz een aansluitende machtiging worden aangevraagd bij een civiele rechter. In het laatste geval betreft het dus geen machtiging via artikel 2.3 Wfz meer, waardoor de strafrechtelijke elementen van artikel 2.3 (zie paragraaf 2.7.2) niet meer van toepassing zijn.

In het geval van artikel 37 Sr kon de geneesheer-directeur van de psychiatrische instelling beslissen over tussentijdse onderbreking of ontslag van de gedwongen zorg, omdat na plaatsing de interne rechtspositie van de Wet Bopz gold (Van der Wolf, 2017). Het gebrek aan controle over de vroegtijdige beëindiging van de maatregel werd door strafrechters als een belangrijke reden genoemd waarom zij terughoudend waren met de oplegging van artikel 37 Sr (*Kamerstukken II* 2005/06, 30 250, Nr. 5). In het geval van artikel 2.3 Wfz is de goedkeuring van de minister[8] vereist alvorens

[8] In de parlementaire geschiedenis van de Wfz is de verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van de bepalingen van de Wfz verschoven van de minister van JenV naar de Minister voor Rechtsbescherming. Zoals in de nota van toelichting van het besluit forensische zorg (Bfz) wordt beschreven wordt in beide

een geneesheer-directeur de verplichte zorg tussentijds kan onderbreken of een patiënt voortijdig kan ontslaan van verplichte zorg (art. 8:17 lid 2 Wvggz). Een andere veiligheidsmaatregel die is opgenomen in de Wvggz (maar niet de Wzd) en die niet beschikbaar was binnen artikel 37 Sr, is dat de rechter kan bepalen dat een betrokkene wordt opgenomen in een FPC, indien de rechter dit noodzakelijk acht vanwege de veiligheid binnen de accommodatie (art. 6:4 lid 3 en 4 Wvggz).

De hierboven besproken verschillen tussen artikel 37 Sr (oud) en artikel 2.3 Wfz werpen de vraag op waarom de wetgever niet heeft besloten om artikel 37 Sr te behouden naast artikel 2.3 Wfz. De wetgever licht echter toe een groot nadeel te zien aan het behouden van artikel 37 Sr. De strafrechter zou in dat geval twee groepen patiënten naar zorg in de GGz kunnen doorgeleiden. Daarbij zouden echter de rechtspositie en rechtsbescherming voor de artikel 37 Sr-groep beduidend slechter zijn dan voor de artikel 2.3 Wfz-groep (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 143). Deze situatie zou tot rechtsongelijkheid en willekeur kunnen leiden. Om deze reden heeft de wetgever besloten artikel 37 Sr te laten vervallen met de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz.

2.6 Beknopte historische schets artikel 2.3 Wfz

De aansluiting tussen forensische en reguliere zorg is een veelbesproken thema met een lange geschiedenis. Er zijn meerdere voorstellen gedaan om de schotten tussen forensische zorg en de algemene GGz te verwijderen en de forensische zorg binnen de algemene psychiatrie onder te brengen (o.a. *Kamerstukken II* 1972/73, 11 932, nr. 4.; Baan, 1955, p. 104; voor een overzicht, zie Van der Wolf, 2012, p. 458-533). Met de Wfz, en in het bijzonder met artikel 2.3 Wfz, werd een concreet voorstel gedaan om de gewenste continuïteit van zorg tijdens en na het strafrechtelijk kader te bewerkstelligen.

De directe aanleiding voor de totstandkoming van artikel 2.3 Wfz, en de Wfz in het algemeen, werd gevormd door een motie die door Eerste Kamerlid Van de Beeten werd ingediend in juli 2004. In deze motie, gepresenteerd in box 2.2, werd de regering verzocht om de samenhang tussen curatieve en penitentiaire zorgvoorzieningen te verbeteren. Dit verzoek was gestoeld op de observatie dat zich een groeiend aantal personen in het gevangeniswezen bevond dat kampte met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking en voor wie niet de nodige forensische zorg geboden kon worden. Daarnaast was voor hen de aansluiting met reguliere zorg na afloop van de strafrechtelijke titel niet voldoende geregeld. De regering werd verzocht om in haar beleid voor 2005 te voorzien in de samenhang tussen forensische en reguliere zorg. De motie Van de Beeten werd Kamerbreed gesteund en vormde de basis voor de latere stelselherziening van forensische zorg en de Wfz.

In het wetsvoorstel van de Wfz dat in 2010 naar de Tweede Kamer werd gestuurd, werd de mogelijkheid om een civielrechtelijke machtiging af te geven opgenomen in artikel 37 Sr, ter vervanging van de bestaande bepaling. In artikel 2.3 Wfz werd bepaald in welke gevallen de strafrechter van deze bevoegdheid gebruik kon maken (zie box 2.3). Het bestaande artikel 37 Sr, waarmee een strafrechter een volledig

gevallen gedoeld op dezelfde persoon: de minister die verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van deze straffen en maatregelen en tot wiens portefeuille de Wfz behoort (*Stb*. 2019, 230, p. 38). Omdat onduidelijk is of de Wfz in de toekomst bij de portefeuille van de minister voor Rechtsbescherming zal blijven horen, wordt in dit rapport enkel gesproken over 'de minister'.

ontoerekeningsvatbare justitiabele een jaar gedwongen zorg volgens de Wet Bopz kon opleggen, zou hiermee komen te vervallen. In eerdere consultatierondes hadden de Raad voor de rechtspraak, het College van Procureurs-Generaal (PG), en de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR) aangegeven dat artikel 2.3 Wfz een typisch strafrechtelijk of strafvorderlijk onderdeel betreft, dat om die reden dus beter zou passen in het Wetboek van Strafrecht en het Wetboek van Strafvordering (Sv). De procedure in twee verschillende wetten regelen (art. 2.3 Wfz en art. 37 Sr) werd als onwenselijk gezien vanuit het oogpunt van systematiek en overzichtelijkheid. Enkele jaren later besluit de wetgever inderdaad vanuit het oogpunt van systematiek en overzichtelijkheid de regeling in één wet onder te brengen, door de volledige procedure in de Wfz te plaatsen (zie box 2.4).

Hoewel de NVvR en het College van PG's de doelstellingen die met artikel 2.3 Wfz beoogd werden ondersteunden, achtten zij de voorgestelde procedure niet werkbaar. De NVvR gaf daarbij aan dat de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg eerder zouden moeten worden gerealiseerd vanuit betere werkafspraken en procedures tussen instanties. De strafrechter zou een Bopz-zaak er niet zomaar 'even bij kunnen doen'. Het College van PG's gaf aan dat de civiele Bopz-procedure qua procedure en rechtsbescherming te veel verschilt van een strafzaak. Daarom zou een artikel 2.3 Wfz-machtiging door een strafrechter geen volwaardige machtiging moeten worden, maar een machtiging vergelijkbaar met een voorlopige voorziening zoals een crisismaatregel. Vervolgens zou een civiele rechter de reguliere Bopz-procedure kunnen volgen om vast te stellen of een rechterlijke machtiging benodigd zou zijn. Geen van beide voorstellen zijn door de wetgever opgevolgd.

In 2011 werd de eerste nota van wijziging van de Wfz ingediend (*Kamerstukken II* 2011/12, 32 398, nr. 10). In deze nota werd een tweede lid toegevoegd aan artikel 2.3 Wfz, waarin werd bepaald dat een zorgaanbieder zes weken voor afloop van een justitiële titel voorbereidingen moest treffen voor aansluitende zorg, wanneer de zorgverlener of behandelaar van oordeel was dat na afloop van de strafrechtelijke titel nog aanvullende zorg nodig was. In een tweede nota van wijziging van de Wfz werd deze bepaling uit artikel 2.3 Wfz gehaald en als afzonderlijk wetsartikel 2.5 toegevoegd aan de Wfz (*Kamerstukken II* 2012/13, 32 398, nr. 19). De wetgever lichtte toe dat dit werd aangepast omdat de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om zorgcontinuïteit te waarborgen in aansluiting op forensische zorg ook vrijwillige aansluitende zorg omvat. Deze reikt dus breder dan de gevallen waarin een strafrechter onvrijwillige zorg kan machtigen via artikel 2.3 Wfz.

In de eerste nota van wijziging werd ook een aanpassing aan artikel 51 van de Wet Bopz toegevoegd. In het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wfz werd al aan artikel 51 van de Wet Bopz toegevoegd dat de geneesheer-directeur van een psychiatrisch ziekenhuis het verblijf van een patiënt enkel kon beëindigen na instemming van de minister. In de eerste nota van wijziging werden twee groepen van dit toestemmingsvereiste uitgezonderd, te weten personen die zijn ontslagen van rechtsvervolging en personen die zijn vrijgesproken van het ten laste gelegde feit. Dit is later in de tweede nota van wijziging van de Wvggz opnieuw aangepast naar de huidige vorm, waar enkel patiënten die zijn vrijgesproken uitgezonderd zijn van deze bepaling. De wetgever biedt hiervoor als verklaring dat juist de groep patiënten die zijn ontslagen van rechtsvervolging '(…) *voor een aanzienlijk deel bestaat uit personen die volledig ontoerekeningsvatbaar zijn, vaak een ernstige psychiatrische stoornis hebben en thans de maatregel van artikel 37 Wetboek van Strafrecht opgelegd krijgen (plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis). Ten aanzien van deze groep dient de Minister van Veiligheid*

en Justitie zijn medeverantwoordelijkheid dan ook gestand te kunnen doen' (*Kamerstukken II* 32 399, 2015/16, nr. 25, p. 183).

Box 2.3 Artikel 2.3 en artikel 37 in oorspronkelijke wetsvoorstel Wfz (2010)

Artikel 2.3 in wetsvoorstel Wfz 2010
De maatregel bedoeld in artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht, kan als afzonderlijke beslissing worden uitgesproken:
1° bij de rechterlijke uitspraak waarbij iemand wegens een strafbaar feit wordt veroordeeld;
2° bij de rechterlijke uitspraak waarbij overeenkomstig artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht wordt bepaald dat geen straf wordt opgelegd;
3° bij de rechterlijke uitspraak waarbij, de verdachte wordt vrijgesproken of ontslagen van alle rechtsvervolging;
4° bij een afzonderlijke rechterlijke beschikking op vordering van het openbaar ministerie;
5° indien de rechter de terbeschikkingstelling niet verlengt;
6° indien de rechter de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege niet verlengt;
7° indien de rechter de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen niet verlengt.

Artikel 37 Sr in wetsvoorstel Wfz 2010
Indien de rechter geen forensische zorg oplegt in de gevallen bedoeld in artikel 2.3 van de Wet forensische zorg, kan hij toepassing geven aan de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. Indien hij vaststelt dat is voldaan aan de criteria in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, kan hij een zorgmachtiging op grond van die wet afgeven.

In 2012 brengt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) op aanvraag van de ministeries van JenV[9] en VWS het adviesrapport *Stoornis en Delict* uit. In het rapport worden meerdere adviezen gegeven die de aansluiting van forensische en reguliere zorg zouden moeten verbeteren. De RVZ pleit voor de implementatie van één wettelijk uitvoeringsregime, gebaseerd op één gezamenlijke indicatiestelling waarin zowel behandeling als de noodzakelijke beveiliging is ondergebracht. Zorgplannen op basis van die indicatiestelling zouden overgedragen moeten worden tussen forensische en reguliere zorg. Onwenselijke verschillen in rechtsposities zouden zo veel mogelijk weggenomen moeten worden. Tot slot zouden de verschillende financieringsstromen (Wfz, Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en de Wet maatschappelijke ondersteuning) beter geharmoniseerd kunnen worden door een centrale verrekening achteraf. De knelpunten die door de RVZ worden geïdentificeerd worden door onderzoekers Mevis (2012) en Zwemstra (2013) erkend, al wordt ook gewezen op bredere contextuele knelpunten die een integraal stelsel zoals door de RVZ werd voorgesteld in de weg zouden staan (o.a. cultuurverschillen tussen justitie en GGz,

[9] Het ministerie van Justitie en Veiligheid heeft gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz twee naamswijzigingen doorgemaakt: op 1 december 2010 wijzigde de naam van Justitie naar Veiligheid en Justitie. Op 1 januari 2018 werd de naam gewijzigd van ministerie van Veiligheid en Justitie naar Justitie en Veiligheid. In dit rapport zal het Ministerie ook voor de naamswijziging van 2018 telkens worden aangeduid als het ministerie van Justitie en Veiligheid, of JenV.

en de financiering; Mevis, 2012). In de beleidsreactie geven de wetgevers aan de adviezen van de RVZ weliswaar niet een op een over te nemen, maar wel concrete maatregelen te nemen om het inkoopbeleid en de werkprocessen in strafrechtelijk, civiel en vrijwillig kader beter op elkaar aan te laten sluiten (*Kamerstukken II* 2012/13, 33 628, nr. 2).

In 2013 werd het wetsvoorstel Wfz voorgedragen aan de Eerste Kamer. In de Eerste Kamer werd echter besloten dat de Wfz gelijktijdig met de Wvggz en de Wzd moest worden behandeld. Aangezien beide civiele zorgwetten op dat moment nog in de Tweede Kamer werden behandeld, betekende dit dat de behandeling van de Wfz pas in een later stadium zou plaatsvinden. In een brief aan de Eerste Kamer schrijft de staatssecretaris dat dit niet noodzakelijk zou zijn, omdat de Wfz en artikel 2.3 Wfz geschreven zijn voor toepassing in combinatie met zowel de Wet Bopz als de Wvggz.

In 2014 werd het wetgevingstraject van artikel 2.3 Wfz beïnvloed door een opzienbarend incident: Bart van U. werd opgepakt na het doden van een oud-minister en zijn eigen zus. In reactie op deze gebeurtenissen werd de Commissie-Hoekstra geïnstalleerd, met als opdracht de strafrechtelijke beslissingen van het OM bij de zaak Bart van U. te onderzoeken. De commissie signaleerde verschillende knelpunten in de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de politie, het OM en de algemene GGz, en gaf enkele aanbevelingen hoe deze samenwerking beter gestructureerd kon worden. De aanbevelingen van de Commissie-Hoekstra leidden tot grote veranderingen in de Wvggz en de Wzd, met name waar het de koppeling met de Wfz betreft. Deze veranderingen in de Wvggz en de Wzd werden doorgevoerd in een omvangrijke tweede nota van wijziging van de Wvggz (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25). Omdat de Wzd en de Wfz op dat moment al door de Tweede Kamer waren goedgekeurd, werden de gewijzigde procedures in deze wetteksten eveneens in de nota van wijziging van de Wvggz doorgevoerd. De belangrijkste wijzigingen in de procedure rondom artikel 2.3 Wfz die in de tweede nota van wijziging van de Wvggz zijn doorgevoerd zijn weergegeven in box 2.4.

Wanneer in 2018 de Wvggz ook aan de Eerste Kamer wordt aangeboden, worden de Wvggz, de Wzd, en de Wfz gelijktijdig in de Eerste Kamer behandeld. De Minister van JenV geeft aan dat hoewel de Wfz al in een eerder stadium van kracht kan worden, artikel 2.3 Wfz beter gelijktijdig in werking kan treden met de Wvggz en de Wzd. Op die manier kan het schakelartikel van begin af aan gebruikt worden voor de schakeling naar de Wvggz en de Wzd. Artikel 2.3 Wfz treedt gelijktijdig met de Wvggz en de Wzd op 1 januari 2020 in werking, één jaar na inwerkingtreding van de overige wetsartikelen van de Wfz.

Box 2.4 Wijzigingen in de procedure rondom artikel 2.3 Wfz in de tweede nota van wijziging van de Wvggz[a]

- Waar in de Wvggz oorspronkelijk de verzoekersrol die de officier van justitie vervulde onder de Wet Bopz was toebedeeld aan de geneesheer-directeur van een zorgaanbieder, komt deze rol in reactie op de aanbevelingen van de Commissie-Hoekstra weer te liggen bij de officier van justitie. In de Wzd krijgt de officier van justitie eveneens de verzoekersrol in het geval van artikel 2.3 Wfz. Bij de aanvraag van een rechterlijke machtiging bij een civiele rechter behoudt het Centrum Informatievoorzieningen Zorg (CIZ) de verzoekersrol.
- In de Wvggz en de Wzd worden aparte rechterlijke procedures en uitvoeringsprocedures geïntroduceerd voor de toepassing van artikel 2.3 Wfz (meer hierover in onderdeel a).
- In het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wfz uit 2010 kon de strafrechter met behulp van het aangepaste artikel 37 Sr toepassing geven aan artikel 2.3 Wfz (zie box 2.3). Na de tweede nota van wijziging zou artikel 37 Sr volledig komen te vervallen, en werd de afgifte van een zorg- of rechterlijke machtiging door een strafrechter volledig geregeld vanuit artikel 2.3 Wfz.
- Het NIFP moet tijdelijk een adviserende rol krijgen in zaken waarin de toepassing van artikel 2.3 Wfz wordt overwogen. In dat advies wordt ingegaan op de componenten zorgbehoefte en beveiligingsniveau. Deze adviserende rol van het NIFP zou niet meer nodig zijn wanneer de processen van indicatiestelling van de reguliere en forensische zorg voldoende op elkaar zijn afgestemd, waardoor de beveiligingscomponent ook voldoende in de reguliere indicatiestelling wordt geborgd.

a De laatste voorgestelde wijziging, te weten de structurele adviserende rol van het NIFP, is uiteindelijk niet formeel doorgevoerd. Desondanks vormen de rapportages van het NIFP in een aantal gevallen de start van een artikel 2.3 Wfz-traject.

2.7 Veiligheid en Zorg: de vormgeving van artikel 2.3 Wfz

2.7.1 Aansluiting bij de Wvggz en Wzd

Met artikel 2.3 Wfz heeft de wetgever een directe schakel van de Wfz naar de Wvggz en de Wzd willen creëren, waarbij toepassing gegeven wordt aan (een aangepaste vorm van) beide civiele zorgwetten. Hierbij was de wetgever voornemens om de criteria, procedure, en rechtspositie van betrokkenen voor wie een artikel 2.3 Wfz machtiging wordt afgegeven zo veel mogelijk aan te laten sluiten bij die van patiënten voor wie een reguliere zorgmachtiging wordt afgegeven:

> *'Afgifte van een zorgmachtiging is alleen mogelijk wanneer aan de criteria van de Wvggz wordt voldaan en artikel 2.3 Wfz bepaalt dat die afgifte geschiedt met toepassing van de Wvggz. (…) De regering hecht er zeer aan dat de procedure voor de voorbereiding en afgifte van een zorgmachtiging door de strafrechter waar mogelijk aansluit op de reguliere procedure voor de verlening van een zorgmachtiging op grond van de Wvggz. Dit vanuit het oogpunt van belangen van rechtsbescherming, rechtsgelijkheid, rechtseenheid en uniformiteit in jurisprudentie. Voorkomen moet immers worden dat de strafrechter een ander toetsingskader hanteert wanneer hij een zorgmachtiging afgeeft op grond van de Wvggz.'*
> (*Kamerstukken II* 2016/17, 32 399, nr. 38, p. 27)

Ondanks het voornemen om met de criteria, procedure en rechtspositie van artikel 2.3 Wfz aan te sluiten bij de Wvggz en Wzd, spelen bij artikel 2.3 Wfz ook strafrechtelijke belangen zoals de beveiliging van de samenleving een rol. Dit levert een spanningsveld op tussen de doelen van de Wvggz en Wzd (o.a. het versterken van de rechtspositie van patiënten en het voorkomen van dwang), de doelen van de Wfz (het verbeteren van de aansluiting tussen forensische en curatieve zorg), en algemene strafrechtelijke belangen (het borgen van de veiligheid van de samenleving). In de hierop volgende paragrafen zullen we aandacht besteden aan verschillen tussen de machtigingen via artikel 2.3 Wfz enerzijds en de civielrechtelijke Wvggz- en Wzd-machtigingen anderzijds wat betreft de voorbereidingsprocedure, de procedure tijdens de rechtszitting en de rechtspositie van de betrokkene.

2.7.2 Verschillen tussen artikel 2.3 Wfz-machtiging en machtiging door de civiele rechter

In de Wvggz en de Wzd zijn specifieke procedures opgenomen waarmee toepassing gegeven kan worden aan artikel 2.3 Wfz (resp. art. 5:19 Wvggz en art. 28a-c Wzd). Dientengevolge verschilt de procedure bij de aanvraag en de tenuitvoerlegging van een rechterlijke- of zorgmachtiging, afhankelijk van of de machtiging wordt afgegeven door een civiele rechter dan wel via artikel 2.3 Wfz door een strafrechter. Een overzicht van de verschillen tussen de strafrechtelijke en de civielrechtelijke procedures voor de Wvggz en de Wzd wordt gegeven in respectievelijk tabel 2.2 en tabel 2.3. Deze bepalingen, die in de hierop volgende alinea's worden behandeld, gelden enkel voor de termijn van de machtiging op grond van artikel 2.3 Wfz die door de strafrechter is afgegeven. Een aanvraag voor een eventuele aansluitende machtiging wordt behandeld door de civiele rechter – de speciale bepalingen voor artikel 2.3 Wfz zullen in dit geval niet meer gelden.

Waar de behandeling van een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging bij een civiele rechter plaatsvindt tijdens een gesloten zitting, wordt een artikel 2.3 Wfz-zaak in beginsel tijdens een openbare zitting behandeld. Bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz is artikel 269 Sv van toepassing (art. 6:1 Wvggz, art. 4a Wzd). Deze bepaling is toegevoegd om de aansluiting met het strafprocesrecht te versterken (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399 nr. 25, p. 143). Evenals in de behandeling van de strafzaak heeft de strafrechter niettemin de mogelijkheid een zaak achter gesloten deuren te behandelen wanneer deze de zaak bijzonder gevoelig acht.

Voordat de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij de civiele rechter wordt gestart, wordt de betrokkene in staat gesteld zelf een plan van aanpak op te stellen om verplichte zorg te voorkomen (art. 5:5 Wvggz). De betrokkene wordt hier niet toe in staat gesteld wanneer een verzoekschrift voor een zorgmachtiging wordt voorbereid vanuit artikel 2.3 Wfz in gevallen waar de machtiging wordt afgegeven in aansluiting op een strafrechtelijke maatregel (art. 2.3, lid 1, onderdelen 6-10 Wfz). De wetgever verklaart deze keuze in de tweede nota van wijziging van de Wvggz door te stellen dat 'het opstellen van een eigen plan van aanpak niet bij die doelgroep past' (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 167), zonder hier nader op in te gaan. Een civiele rechter dient binnen uiterlijk drie weken na ontvangst van een verzoekschrift voor een machtiging uitspraak te doen (art. 6:2 Wvggz, art. 39 Wzd). Daarentegen wordt er geen uiterlijke termijn gespecificeerd waarbinnen de strafrechter uitspraak moet doen over een zorgmachtiging op grond van artikel 2.3 Wfz (uitzondering hierop is situatie 5 van artikel 2.3 Wfz; wanneer het verzoekschrift voor een zorgmachtiging is ingediend op vordering van het OM). Hiertoe is besloten vanuit de gedachte dat de strafrechter een integrale afweging moet maken met betrekking tot

zowel de strafzaak als de civielrechtelijke machtiging, en dat de zorgmachtiging dus gelijktijdig met de uitspraak in de strafzaak moet kunnen worden verleend (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25).

Waar de verzoekersrol voor het aanvragen van een rechterlijke machtiging in de reguliere Wzd-procedure wordt vervuld door het CIZ, ligt deze verantwoordelijkheid in de artikel 2.3 Wfz-procedure bij de officier van justitie (art. 28a-c Wzd). Deze wijziging werd geïntroduceerd in de tweede nota van wijziging van de Wvggz (*Kamerstukken II* 32 399, 2015/16, nr. 25), waar gelijktijdig ook de regierol van de officier van justitie binnen de Wvggz wordt bepaald als reactie op het rapport van de Commissie-Hoekstra.

De zorgmachtiging en rechterlijke machtiging kunnen ten uitvoer worden gebracht bij zorgaanbieders die geregistreerd zijn als respectievelijk Wvggz- en Wzd-accommodaties. Hoewel geen verschil bestaat in de tenuitvoerlegging van machtigingen afkomstig van een civiele rechter en de artikel 2.3 Wfz-machtigingen afkomstig van een strafrechter, zijn er belangrijke verschillen in de procedure omtrent het verlenen van een tijdelijke onderbreking (art. 8:17 lid 2 Wvggz; in de Wzd wordt hiervoor de term verlof gebruikt, art. 47 lid 4 Wzd) dan wel vroegtijdige beëindiging van zorg strekkende tot opname in een accommodatie (art. 8:18 lid 4 Wvggz). In de Wzd wordt hiervoor de term ontslag uit zorg gebruikt (art. 48 lid 7 Wzd). Waar de geneesheer-directeur respectievelijk de Wzd-functionaris beslissen over onderbreking of beëindiging van zorg wanneer de machtiging wordt afgegeven door een civiele rechter, dient de zorgaanbieder in geval van een machtiging via artikel 2.3 Wfz eerst toestemming te vragen aan de minister alvorens toestemming te verlenen. De wetgever heeft daarbij bepaald dat de minister niet om zorginhoudelijke gronden zijn instemming zal weigeren, maar eerder een oordeel zal treffen met het oog op de beveiliging van de samenleving (*Kamerstukken II* 2011/12*, 32 398, nr .15*). Om aan te tonen dat er geen gevaar dreigt voor de veiligheid van de samenleving, dient de zorgaanbieder een risicotaxatie af te nemen alvorens toestemming kan worden verleend.

In de Wzd doet zich in relatie tot het toestemmingsvereiste nog een complicerende factor voor, doordat de zorgaanbieder volgens artikel 48 lid 1b Wzd een cliënt dient te ontslaan wanneer de geldigheidsduur van de rechterlijke machtiging is verstreken. Onduidelijk is op welke juridische basis een cliënt in de accommodatie dient te verblijven wanneer de toestemming tot ontslag zou worden geweigerd. Een uitzondering op de toestemmingsvereisten in beide zorgwetten is wanneer de artikel 2.3 Wfz-machtiging is afgegeven bij de rechterlijke uitspraak waarbij een verdachte wordt vrijgesproken (situatie 3 art. 2.3 lid 1 Wfz).

Tabel 2.2 Verschillen tussen een Wvggz machtiging afgegeven door civiele rechter respectievelijk strafrechter

	Wvggz door civiele rechter	Wvggz door strafrechter via art. 2.3 Wfz	Wetsart. Wvggz
1	Gesloten zitting	Openbare zitting	art. 6.1
2	Betrokkene wordt in staat gesteld om een eigen plan van aanpak te formuleren	Betrokkene wordt niet in staat gesteld om een eigen plan van aanpak te formuleren wanneer de machtiging wordt afgegeven in aansluiting op een strafrechtelijke maatregel	art. 5:19
3#	De rechter doet uiterlijk drie weken na ontvangst van een verzoekschrift van het OM uitspraak over de zorgmachtiging	Er geldt geen uiterlijke termijn voor een uitspraak over de zorgmachtiging.	art. 6:2
4*	Geneesheer-directeur beslist over tijdelijke onderbreking of beëindiging van de zorg	Geneesheer-directeur moet in deze gevallen de minister schriftelijk om toestemming vragen	art. 8:17, art. 8:18

De uiterlijke termijn van drie weken is wel van toepassing wanneer de rechter een zorgmachtiging afgeeft op vordering van het OM (art. 2.3, lid 1, onderdeel 5).

* Deze toestemming is niet vereist voor personen die zijn vrijgesproken, onderdeel 3 van artikel 2.3 Wfz.

Tabel 2.3 Verschillen tussen een Wzd machtiging afgegeven door civiele rechter respectievelijk strafrechter

	Wzd door civiele rechter	Wzd door strafrechter via art. 2.3 Wfz	Wetsart. Wzd
1	Gesloten zitting	Openbare zitting	art. 4a
2	CIZ heeft verzoekersrol voor aanvraag RM	Officier van justitie heeft verzoekersrol voor aanvraag RM	art. 28a
3*	Zorgaanbieder beslist over verlof of ontslag van betrokkene uit de accommodatie	Zorgaanbieder moet in deze gevallen de minister schriftelijk om toestemming vragen	art. 48

* Deze toestemming is niet vereist voor personen die zijn vrijgesproken, onderdeel 3 van artikel 2.3 Wfz.

2.7.3 Ambtshalve machtiging door de strafrechter

In de wettekst van artikel 2.3 Wfz is opgenomen dat een strafrechter niet enkel na een verzoekschrift van de officier van justitie, maar ook ambtshalve een machtiging kan afgeven als bedoeld in de Wvggz dan wel de Wzd. Indien de strafrechter ambtshalve toepassing van artikel 2.3 Wfz overweegt, kan deze de officier van justitie verzoeken een verzoekschrift voor een machtiging voor te bereiden (art. 5:19 lid 2 Wvggz, art. 28a lid 5 Wzd). Hiermee wordt van de procedure afgeweken die de civiele rechter binnen beide civiele zorgwetten volgt. De civiele rechter kan enkel na een verzoekschrift van de officier van justitie een machtiging afgeven.

De mogelijkheid van de strafrechter om ambtshalve een machtiging af te geven is enerzijds een opvallende uitzondering op het algemene uitgangspunt van de wetgever

dat de procedure voor de voorbereiding en afgifte van een machtiging door de strafrechter zo veel mogelijk dienen aan te sluiten bij de procedure van de civiele rechter:

> *'De regering hecht er zeer aan dat de procedure voor de voorbereiding en afgifte van een zorgmachtiging door de strafrechter waar mogelijk aansluit op de reguliere procedure voor de verlening van een zorgmachtiging op grond van de Wvggz. Dit vanuit het oogpunt van belangen van rechtsbescherming, rechtsgelijkheid, rechtseenheid en uniformiteit in jurisprudentie. Voorkomen moet immers worden dat de strafrechter een ander toetsingskader hanteert wanneer hij een zorgmachtiging afgeeft op grond van de Wvggz.'*
> (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 142*)*

Een mogelijke verklaring voor het feit dat de wetgever de strafrechter de mogelijkheid heeft willen bieden om ambtshalve een machtiging af te geven, is om de strafrechter beter in staat te stellen om 'een integrale afweging te maken tussen straf en zorg':

> *'Wanneer het traject van een zorgmachtiging bij een verdachte wordt overwogen, is het noodzakelijk dat de officier van justitie en de rechter gebruik kunnen maken van de relevante gegevens over die persoon, met inbegrip van de gegevens die op grond van de Wvggz worden verkregen. Alleen zo kan een integrale en zorgvuldige afweging worden gemaakt die leidt tot het opleggen van de meest geëigende maatregel voor een persoon.'*
> (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 101)

De mogelijkheid van de strafrechter om ambtshalve een machtiging af te geven staat op gespannen voet met de mogelijkheid van de officier van justitie om voortijdig de voorbereiding van een verzoekschrift te beëindigen (voor een overzicht van de jurisprudentie, zie Klappe, Mevis, & Van der Wolf, 2020). Vanuit artikel 5:11 lid 2 van de Wvggz kan de officier van justitie de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging beëindigen, wanneer niet wordt voldaan aan de uitgangspunten van de zorgmachtiging: 1) er is sprake van een psychische stoornis; 2) het daaruit voortvloeiende gedrag leidt tot ernstig nadeel; en 3) verplichte zorg is noodzakelijk om het ernstig nadeel weg te nemen. Doordat de strafrechter in deze situaties niet de informatie uit het verzoekschrift tot diens beschikking had, was het voor hem niet mogelijk om in die situatie de gewenste 'integrale afweging te maken tussen straf en zorg'.

Op 9 april 2021 heeft de Hoge Raad uitspraak gedaan over de vraag of een strafrechter middels artikel 2.3 Wfz ambtshalve een zorgmachtiging kan afgeven (ECLI:NL:HR:2021:534). In dit arrest is vastgelegd dat een strafrechter inderdaad bevoegd is om ambtshalve een zorgmachtiging af te geven, ook in situaties waarin de officier van justitie de voorbereiding van het verzoekschrift heeft beëindigd in lijn met artikel 5:11 lid 2 Wvggz. De Hoge Raad heeft uitgesproken dat de strafrechter in deze gevallen de officier van justitie kan verplichten om de voor de zorgmachtiging benodigde documenten te verstrekken die in de voorbereiding van het verzoekschrift zijn verkregen. Tot slot gaf de Hoge Raad aan dat de rechter, wanneer deze ambtshalve een zorgmachtiging afgeeft, aandacht dient te besteden aan de vraag welke accommodatie geschikt is voor de betrokkene, gelet op zijn zorgbehoefte en de eventueel vereiste beveiliging. In de praktijk zal moeten blijken hoe dit zich verhoudt tot artikel 8:9 lid 1 van de Wvggz, waarin wordt beschreven dat de zorgverantwoordelijke pas nadat de zorgmachtiging door de rechter wordt verleend een beslissing dient te nemen om de in de zorgmachtiging opgenomen vormen van verplichte zorg ook daadwerkelijk uit te voeren (Bakker, 2021a).

2.8 Fasen en ketenpartners bij toepassing van artikel 2.3 Wfz

Om ervaringen met artikel 2.3 Wfz systematisch in kaart te brengen, kan het gehele proces van overweging, voorbereiding, besluitvorming tot uiteindelijk de tenuitvoerlegging worden opgedeeld in verschillende fasen. In het kader van het huidige onderzoek is een onderverdeling in zes fasen gemaakt.

De toeleiding tot en overweging van artikel 2.3 Wfz in het strafproces
Aanvankelijk dient een inschatting te worden gemaakt over de vraag of een betrokkene verplichte zorg nodig heeft. De officier van justitie kan de voorbereiding van een verzoekschrift voor een artikel 2.3 Wfz machtiging zelf overwegen, of kan door de rechter in de strafzaak verzocht worden een machtiging voor te bereiden. Eventueel kunnen een Pro Justitia (PJ-)rapportage van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP) of de verdiepingsdiagnostiek van de reclassering in de strafzaak aanleiding zijn om de toepassing van een machtiging in het kader van artikel 2.3 Wfz verder te onderzoeken.

Voorbereiding verzoekschrift artikel 2.3 Wfz door de officier van justitie
Indien de officier van justitie ertoe besluit of door de strafrechter verzocht wordt om een zorgmachtiging artikel 2.3 lid 1 Wfz jo. artikel 6:5 Wvggz dan wel een rechterlijke machtiging artikel 2.3 lid 2 Wfz jo. artikel 24 Wzd voor te bereiden, wordt deze procedure gestart door het verplichte zorgteam van het desbetreffende parket. De verplichte zorg-officier van justitie wijst een geneesheer-directeur dan wel een Wzd-arts aan die verder onderzoekt of de betrokkene voldoet aan de criteria voor verplichte zorg en een medische verklaring opstelt.

Voorbereiding door de zorgaanbieder en/of onafhankelijk arts
a Procedure Wvggz
De voorbereiding van de artikel 2.3 Wfz-zorgmachtiging volgt in grote lijnen dezelfde procedure als die bij een reguliere zorgmachtiging (hoofdstuk 5 §2 Wvggz). De officier van justitie wijst een geneesheer-directeur aan van een Wvggz instelling binnen de regio waar de betrokkene als laatste geregistreerd stond (*Kamerstukken II* 2013/14, 32 399, nr. 10, p. 78). De geneesheer-directeur vervult de zorginhoudelijke regiefunctie bij de voorbereiding van de zorgmachtiging. De geneesheer-directeur dient de betrokkene, zijn advocaat en zijn eventuele wettelijke vertegenwoordiger te informeren dat een verzoek voor een zorgmachtiging wordt voorbereid (art. 5:4 lid 2 Wvggz). In reactie daarop kan de betrokkene aangeven een eigen plan van aanpak te willen opstellen, waar diegene twee weken de tijd voor krijgt (art. 5:5 Wvggz)[10]. Deze mogelijkheid wordt niet geboden aan patiënten waarbij een verzoek voor een zorgmachtiging wordt voorbereid in aansluiting op een tbs- of PIJ-maatregel (situaties 6-11 van art. 2.3 lid 1 Wfz, zoals genoemd in art. 5:19 lid 1 Wvggz), maar wel aan patiënten die tegelijkertijd strafrechtelijk worden vervolgd (situaties 1-4) of waar de zorgmachtiging wordt voorbereid op vordering van het OM (situatie 5).

Daarnaast wijst de geneesheer-directeur een zorgverantwoordelijke aan (art. 5:6 Wvggz), om samen met de betrokkene een zorgkaart[11] en een zorgplan[12] op te stellen (resp. 5:12 en 5:13 Wvggz). De geneesheer-directeur wijst tevens een onafhankelijk

[10] Het eigen plan van aanpak beschrijft de inbreng van de patiënt en de vrijwillige zorg en ondersteuning van familie en naasten die geboden kan worden om te voorkomen dat verplichte zorg vereist wordt.
[11] Met een zorgkaart geeft de patiënt aan welke zorg hij wel en niet wilt ontvangen, en onder welke omstandigheden.
[12] In het zorgplan wordt een uitgebreide beschrijving van de diagnose, het gedrag, het ernstig nadeel en de benodigde verplichte zorg gegeven.

psychiater aan die een medische verklaring opstelt. In de medische verklaring wordt een (voorlopige) diagnose van de psychische stoornis van de betrokkene vermeld, wordt beschreven in hoeverre deze stoornis leidt tot ernstig nadeel, en wordt aangegeven welke vormen van zorg noodzakelijk zijn om het ernstig nadeel weg te nemen (art. 5:9 Wvggz). De geneesheer-directeur beoordeelt of het zorgplan voldoet aan de uitgangspunten van de Wvggz, en draagt zijn bevindingen hierover over aan de officier van justitie samen met de zorgkaart en het zorgplan (art. 5:15 Wvggz). Indien een eigen plan van aanpak is opgesteld door de betrokkene, geeft de geneesheer-directeur ook aan in hoeverre met de uitvoering van het eigen plan van aanpak geen ernstig nadeel zou ontstaan. Wanneer de officier van justitie op basis van de documenten van de geneesheer-directeur beslist dat is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg, dient deze een verzoekschrift voor een zorgmachtiging in bij de strafrechter (art. 5:17 Wvggz). In dit verzoekschrift zijn de medische verklaring, de zorgkaart, het zorgplan, de bevindingen van de geneesheer-directeur en indien van toepassing de beslissing van de geneesheer-directeur met betrekking tot het opgestelde eigen plan van aanpak van de betrokkene opgenomen (art. 5:17 lid 3 Wvggz). Wanneer de zorgmachtiging wordt aangevraagd aansluitend op een tbs- of PIJ-maatregel (situaties 6-11 van art. 2.3 lid 1 Wfz), dient ook een afschrift van de indicatiestelling en het eerdere verplegings- of behandelingsplan te worden toegevoegd. Indien de officier van justitie van oordeel is dat niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg, kan deze besluiten om geen verzoekschrift voor een zorgmachtiging in te dienen (art. 5:18 lid 1 Wvggz).

b Procedure Wzd

Waar de aanvraagprocedure bij de civiele rechter en de strafrechter grotendeels gelijk is voor de Wvggz, volgt de toepassing van artikel 2.3 Wfz binnen de Wzd een geheel andere procedure dan bij de civiele rechter (art. 24 Wzd). Een belangrijk verschil tussen beide procedures blijkt al uit wie de verzoekersrol voor de rechterlijke machtiging vervult: binnen de reguliere Wzd-procedure wordt deze rol uitgevoerd door het CIZ, terwijl bij de artikel 2.3 Wfz-procedure deze verzoekersrol bij de officier van justitie ligt. Aangezien dit rapport over artikel 2.3 Wfz gaat, zullen we alleen de laatste procedure verder toelichten.

In het geval dat het verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging met toepassing van artikel 2.3 Wfz wordt ingediend bij een strafrechter, dient de officier van justitie artikel 28a-c Wzd te doorlopen. Hierin wordt bepaald dat de officier van justitie de politie-, justitiële- en strafvorderlijke gegevens verzamelt en verstrekt aan een ter zake kundige arts, die een medische verklaring kan opstellen (lid 2 onderdeel b Wzd). Daarnaast moet worden nagegaan of de patiënt beschikt over een wettelijk vertegenwoordiger, en anders moet een wettelijk vertegenwoordiger worden aangewezen (lid 2 onderdeel c Wzd). Ten slotte wordt het CIZ verzocht een schriftelijk advies te geven over de noodzaak van een rechterlijke machtiging (lid 2 onderdeel d Wzd). De officier van justitie dient vervolgens een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging voor opname en verblijf als bedoeld in artikel 24 Wzd in bij de strafrechter. In dit verzoekschrift voegt de officier van justitie de relevante politie-, justitiële, of strafvorderlijke gegevens toe, evenals de medische verklaring en het schriftelijk advies van de CIZ (art. 28a lid 3 Wzd).

Rol eventuele NIFP-rapportage

Wanneer in de verbonden strafzaak overwogen wordt of forensische zorg passend is voor een betrokkene, kan voorafgaand aan of gelijktijdig met de voorbereiding van een civielrechtelijke machtiging via artikel 2.3 Wfz ook een diagnostisch onderzoek door de reclassering of een PJ-rapportage door het NIFP worden voorbereid. In het

rapport van de reclassering of het NIFP wordt de zorgbehoefte evenals de beveiligingsnoodzaak van de betrokkene in kaart gebracht. Wanneer blijkt dat forensische zorg niet geïndiceerd is maar er wel een zorgbehoefte bestaat, kan in het rapport worden geadviseerd een verplicht zorgtraject middels artikel 2.3 Wfz te onderzoeken.

Rechterlijke besluitvorming en uitspraak
In artikel 2.3 Wfz staat beschreven dat de strafrechter in een afzonderlijke beslissing toepassing dient te geven aan diens bevoegdheid om een zorgmachtiging dan wel rechtelijke machtiging af te geven. Dit houdt in dat de afgifte van een artikel 2.3 Wfz machtiging niet wordt betrokken bij het strafrechtelijk vonnis, maar in een afzonderlijke beschikking wordt opgenomen (zie ook ECLI:NL:PHR:2021:144). De rechterlijke uitspraak omtrent artikel 2.3 Wfz kan in dezelfde zitting plaatsvinden als het rechterlijk besluit in de strafzaak, maar kan ook tijdens een eerdere of latere zitting plaatsvinden.

Een strafrechter kan bij de afgifte van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz afwijken van de specifieke vormen van verplichte zorg die in het verzoekschrift worden aangevraagd. Wanneer de officier van justitie op de zitting aanwezig is, kan de rechter hem verzoeken de vormen van verplichte zorg die in het verzoekschrift vermeld staan aan te passen, alvorens een uitspraak te doen. Vanuit diens bevoegdheid om ambtshalve een machtiging af te geven, kan de strafrechter echter ook zelf besluiten de vormen van zorg die worden opgenomen in de zorgmachtiging te wijzigen (ECLI:NL:HR:2021:534, nader besproken in paragraaf 2.7.3).

Wanneer de strafrechter van mening is dat wordt voldaan aan de criteria van verplichte zorg zoals omschreven in artikel 3:1 Wvggz, kan deze een zorgmachtiging krachtens artikel 6:5 Wvggz afgeven. In geval van de Wzd dient te worden voldaan aan de criteria zoals die beschreven staan in artikel 24 lid 3 Wzd, waarna de strafrechter een rechterlijke machtiging krachtens artikel 24 Wzd kan afgeven.

Tegen de afgifte van een machtiging door de strafrechter staat geen hoger beroep open (art. 6:3 Wvggz, art. 39 lid 8 Wzd). Doordat de zorgmachtiging en de rechterlijke machtiging uitvoerbaar zijn bij voorraad (art. 6:4 lid 6 Wvggz, art. 39 lid 9 Wzd), worden zij echter direct nadat zij zijn verleend ten uitvoer gelegd. Wanneer de betrokkene het oneens is met de beslissing van de strafrechter om een zorgmachtiging dan wel rechterlijke machtiging af te geven, dient diegene binnen drie maanden na het verlenen van de machtiging een cassatieberoep in te stellen via een civiele cassatieadvocaat (Reijntjes-Wendenburg, 2020).

Uitvoering van de machtiging
Door de afgifte van een machtiging middels artikel 2.3 Wfz worden zorgaanbieders gemachtigd specifieke vormen van verplichte zorg toe te passen. In tegenstelling tot forensische zorg wordt deze zorg echter niet opgelegd: zorgaanbieders kunnen niet worden verplicht een machtiging tot uitvoer te brengen. In het geval van de Wzd vervalt de rechterlijke machtiging wanneer die niet binnen vier weken na dagtekening ten uitvoer is gelegd (art. 39 lid 7 Wzd). Een soortgelijke bepaling is ook opgenomen in de Wvggz, waar staat dat de officier van justitie uiterlijk binnen twee weken na afgifte van de zorgmachtiging door de rechter over moet gaan tot de tenuitvoerlegging (art. 8:1 lid 1 Wvggz). In de Wvggz is echter niet vastgelegd dat de zorgmachtiging zou komen te vervallen wanneer deze termijn is verstreken, waardoor onduidelijk is welke consequenties dit heeft voor de mogelijkheden tot tenuitvoerlegging van de machtiging wanneer de termijn van twee weken overschreden wordt.

3 Artikel 2.3 Wfz in cijfers

3.1 Introductie

In dit hoofdstuk staan de cijfers over de toepassing van artikel 2.3 Wfz centraal. Op basis van gegevens die aangeleverd zijn door het OM krijgen we meer inzicht in het aantal machtigingen dat via artikel 2.3 Wfz is aangevraagd, ingediend en afgegeven (paragraaf 3.2), alsmede kenmerken van de personen voor wie een verzoekschrift voor een zorg- of rechterlijke machtiging is geregistreerd bij het OM (paragraaf 3.3). Daarnaast wordt er gekeken naar de initiatiefnemers van een verzoekschrift en de frequentie waarmee de officier van justitie op zitting is (paragraaf 3.4). In paragraaf 3.5 staan wij stil bij de tijd die nodig is om van een aanvraag tot een beslissing te komen en de tijdsduur vanaf de toewijzing van de machtiging tot het einde van de machtiging. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan personen voor wie meerdere verzoekschriften voor een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz zijn geregistreerd, en personen voor wie een aansluitende civielrechtelijke zorgmachtiging bekend is bij het OM. Tot slot worden de belangrijkste bevindingen kort samengevat (paragraaf 3.6).

3.2 Aantal verzoekschriften en machtigingen

3.2.1 Overzicht aantal verzoekschriften en machtigingen

In de periode 1 januari 2020 tot en met 30 juni 2021 zijn er in totaal 314 artikel 2.3 Wfz-verzoekschriften bij het OM geregistreerd,[13] waarvan 283 voor zorgmachtigingen en 31 voor rechterlijke machtigingen.[14] Voor 255 unieke personen is er één verzoekschrift voor een zorg- of rechterlijke machtiging geregistreerd bij het OM. Daarnaast bestaat er een groep van 29 personen voor wie twee of meer aanvragen zijn geregistreerd.

Van de 314 zorg- en rechterlijke machtigingen die zijn geregistreerd, zijn er 102 zorgmachtigingen en 14 rechterlijke machtigingen toegewezen gedurende de onderzoeksperiode. Tabel 3.1 laat zien hoeveel zorg- en rechterlijke machtigingen geregistreerd, ingediend en toegewezen zijn in 2020 en het eerste halfjaar van 2021, de eerste anderhalf jaar dat artikel 2.3 Wfz in werking was.

[13] Geregistreerd betekent in deze context dat het alle machtigingen betreft die bekend zijn bij het OM, ongeacht waar ze zich in het proces bevinden. Hieronder vallen machtigingen die voorbereid worden, ingediend zijn, waarvan de voorbereiding beëindigd is en machtigingen waarover door de strafrechter een uitspraak is gedaan.

[14] De meeste gegevens voor de voorbereiding van de zorg- en rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz worden aan de arrondissementsparketten via beveiligde e-mail aangeleverd. De start van de procedure wordt vervolgens handmatig geregistreerd. Daardoor kunnen de aantallen mogelijk enigszins afwijken van het daadwerkelijke aantal machtigingen.

Tabel 3.1 Aantal zorgmachtigingen, aansluitende zorgmachtigingen en rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz[a,b]

	Fase van het verzoekschrift	Zorgmachtigingen	Aansluitende zorgmachtigingen[c]	Rechterlijke machtigingen
1e halfjaar 2020	Geregistreerd bij het OM	81	-	7
	Ingediend bij de rechtbank	32	-	1
	Beslissing genomen door de rechtbank	20	-	0
	Machtiging toegewezen	18	-	0
2e halfjaar 2020	Geregistreerd bij het OM	86	31	15
	Ingediend bij de rechtbank	37	20	12
	Beslissing genomen door de rechtbank	41	15	9
	Machtiging toegewezen	38	15	7
Totaal 2020	Geregistreerd bij het OM	167	31	22
	Ingediend bij de rechtbank	69	20	13
	Beslissing genomen door de rechtbank	61	15	9
	Machtiging toegewezen	56	15	7
1e halfjaar 2021	Geregistreerd bij het OM	116	31	9
	Ingediend bij de rechtbank	60	30	6
	Beslissing genomen door de rechtbank	49	31	8
	Machtiging toegewezen	46	31	7
Totaal[d]	Geregistreerd bij het OM	283	75	31
	Ingediend bij de rechtbank	118	68	19
	Beslissing genomen door de rechtbank	110	60	17
	Machtiging toegewezen	102	60	14

a Een deel van deze gegevens wordt tevens gerapporteerd door Legemaate et al., 2021. Kleine verschillen in de aantallen tussen de beide rapportages hebben te maken met een verschil in datum van aanlevering van de gegevens door het OM.

b Het aantal beslissingen dat genomen is door de rechtbank kan hoger uitvallen in vergelijking met het aantal ingediende verzoekschriften doordat verzoekschriften die in het halfjaar daarvoor zijn ingediend pas later worden afgerond.

c Het gaat hier om civielrechtelijke zorgmachtigingen die aansluiten op een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz.

d Het totaal gaat over alle verzoekschriften via artikel 2.3 Wfz die tussen 1 januari 2020 en 30 juni 2021 bij het OM geregistreerd zijn.

Legemaate en collega's (2021) rapporteren het aantal zorgmachtigingen afgegeven door de civiele rechter. In 2020 zijn er 7.936 initiële zorgmachtigingen afgegeven en 2.612 aansluitende zorgmachtigingen. De zorgmachtigingen die via artikel 2.3 Wfz lopen staan hiermee in schril contrast: voor elke zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz worden er 142 initiële zorgmachtigingen afgegeven. Oftewel: slechts 0,71% van alle zorgmachtigingen loopt via artikel 2.3 Wfz. De ketenmonitor Wvggz (Ketencoördinatieteam Wvggz, 2021) houdt onder meer het aantal afgegeven rechterlijke machtigingen bij. In 2020 zijn er 3.276 rechterlijke machtigingen afgegeven, tegenover 7 rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz. Voor elke rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz worden er bijna 468 rechterlijke machtigingen afgegeven. Dit betekent dat 0,21% van de rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz loopt.

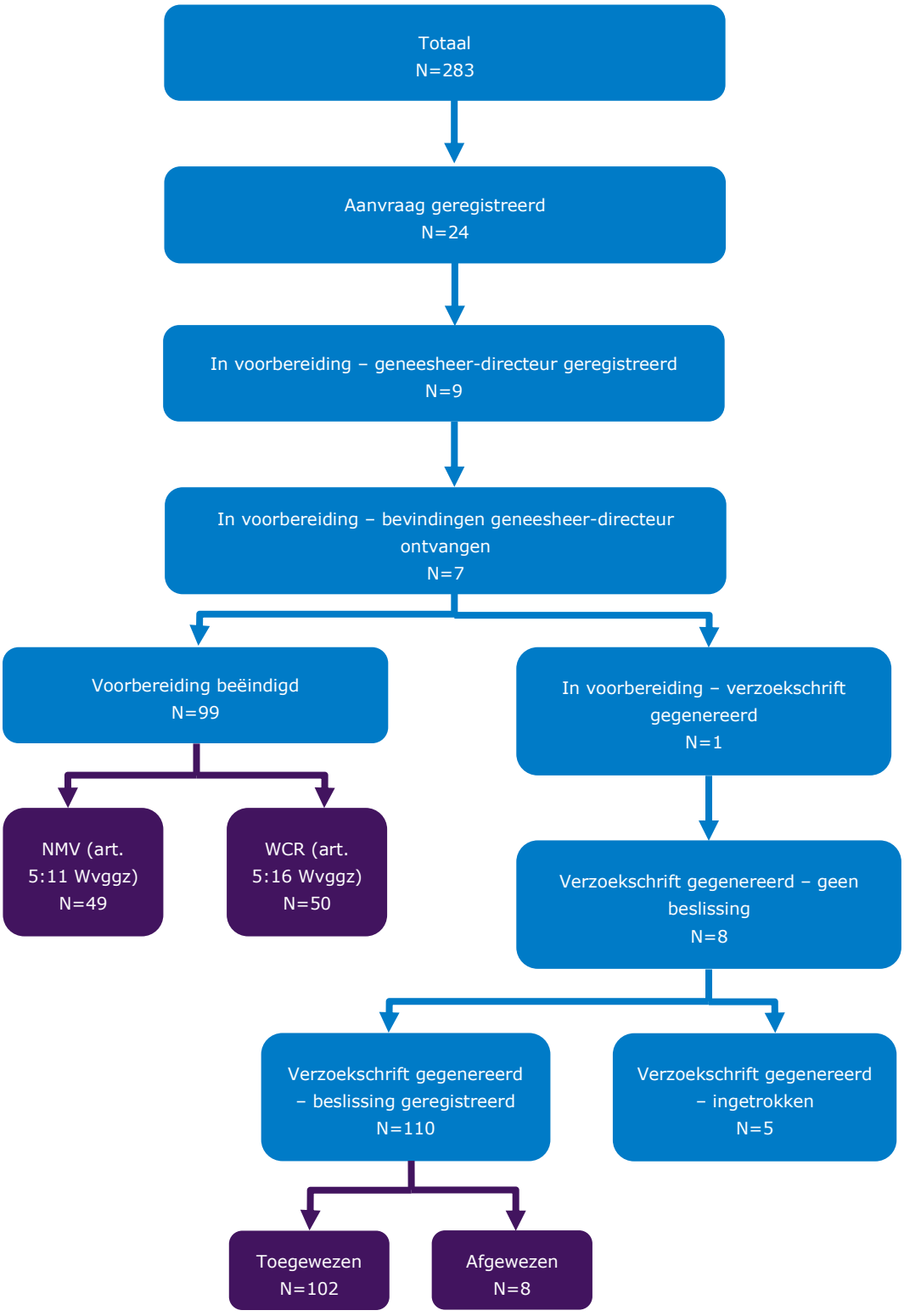
3.2.2 Traject van de verzoekschriften

Voor elk verzoekschrift dat geregistreerd is bij het OM wordt bijgehouden waar dit zich in het proces bevindt. Figuur 3.1 en 3.2 laten zien hoe het traject van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging (figuur 3.1) of rechterlijke machtiging (figuur 3.2) via artikel 2.3 Wfz verloopt. De blauwe boxen geven de verschillende statussen die een verzoekschrift kan hebben, afhankelijk van waar het verzoekschrift zich in het proces bevindt. De aantallen die hierbij zijn vermeld laten zien hoeveel verzoekschriften zich per 1 november 2021 op een specifiek punt in het proces bevinden. De paarse boxen laten een onderverdeling van een status zien, namelijk de reden waarom een voorbereiding is beëindigd, of wat de uitkomst van de beslissing van de rechtbank is.

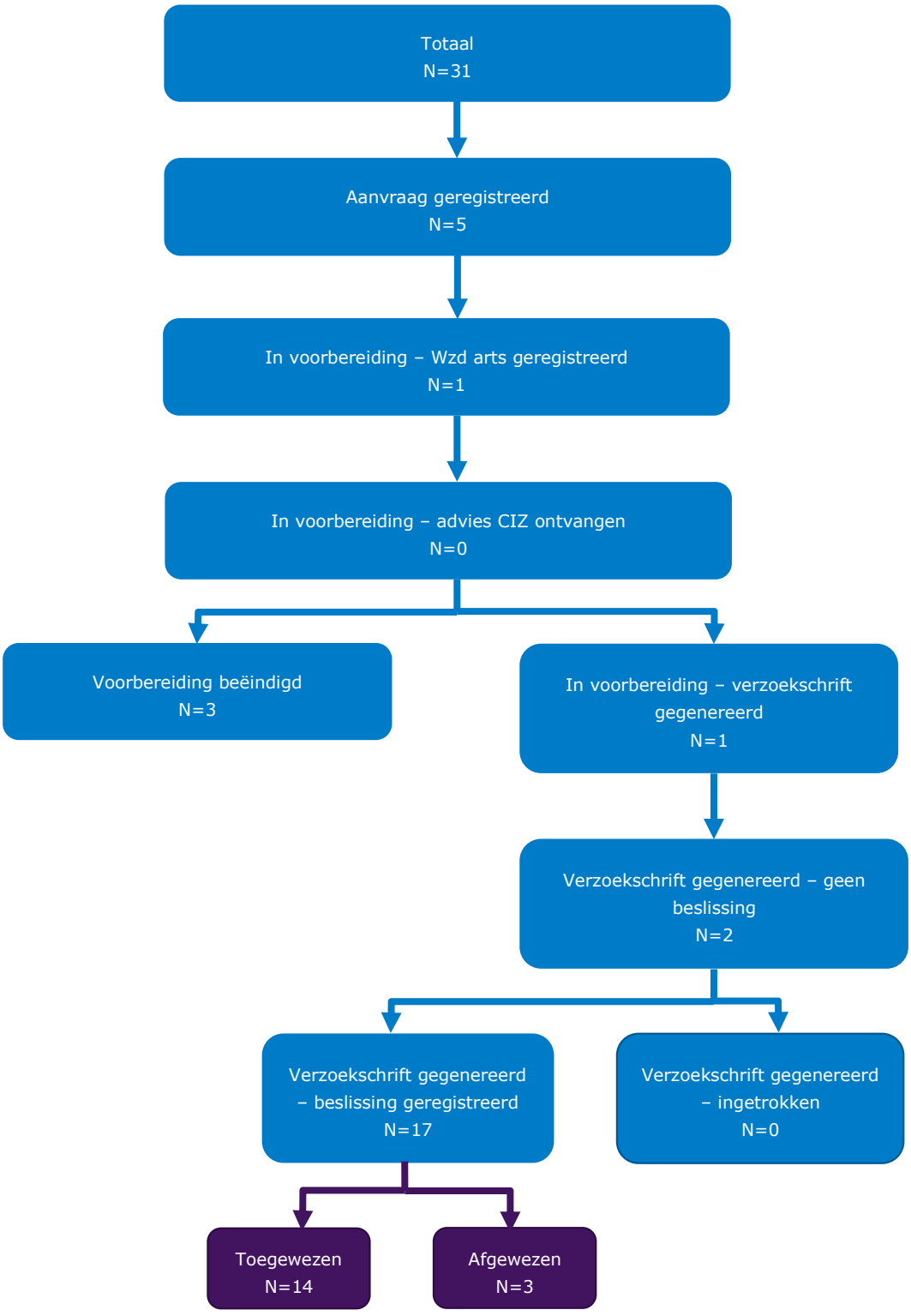
Er zijn in totaal 102 (32,48%) verzoekschriften waarvan de voorbereiding is beëindigd voordat het verzoekschrift is ingediend bij de rechtbank. Er worden twee redenen bijgehouden op basis waarvan de voorbereiding kan worden beëindigd: er is een negatieve medische verklaring afgegeven door de geneesheer-directeur (NMV; art. 5:11 Wvggz), of de officier van justitie concludeert uit de stukken dat niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg (WCR; art. 5:16 Wvggz; zie paragraaf 2.8). Drie van de verzoekschriften waarvan de voorbereiding is beëindigd zijn rechterlijke machtigingen. Voor deze verzoekschriften zijn geen verklaringen bijgehouden door het OM.

Van het totale aantal geregistreerde verzoekschriften voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz is 41,70% ingediend bij de rechtbank. Voor rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz is dit 61,29%. Dat een verzoekschrift niet is ingediend kan erop wijzen dat het verzoekschrift nog voorbereid wordt, of dat de voorbereiding is beëindigd voordat het verzoekschrift is ingediend. Het blijkt dat het merendeel van de verzoekschriften waarvoor een beslissing is geregistreerd toegewezen wordt: 92,73% van de verzoekschriften voor een zorgmachtiging en 82,35% van de verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging. Ter vergelijking: van de initiële door de civiele rechter afgegeven zorgmachtigingen, wordt 94% toegewezen (Legemaate et al., 2021). Deze aantallen suggereren dat er een drempel ligt voor het indienen van een verzoekschrift waardoor alleen verzoekschriften met een grote kans op toewijzing ook daadwerkelijk worden ingediend bij de rechtbank. Deze drempel is ook terug te zien in het relatief hoge aantal verzoekschriften voor een zorgmachtiging waarbij de voorbereiding vroegtijdig is beëindigd (34,98%). Natuurlijk kunnen er daarnaast nog andere oorzaken zijn die dit hoge percentage kunnen verklaren.

Figuur 3.1 Fasen van verzoekschriften voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz (peildatum 1 november 2021)



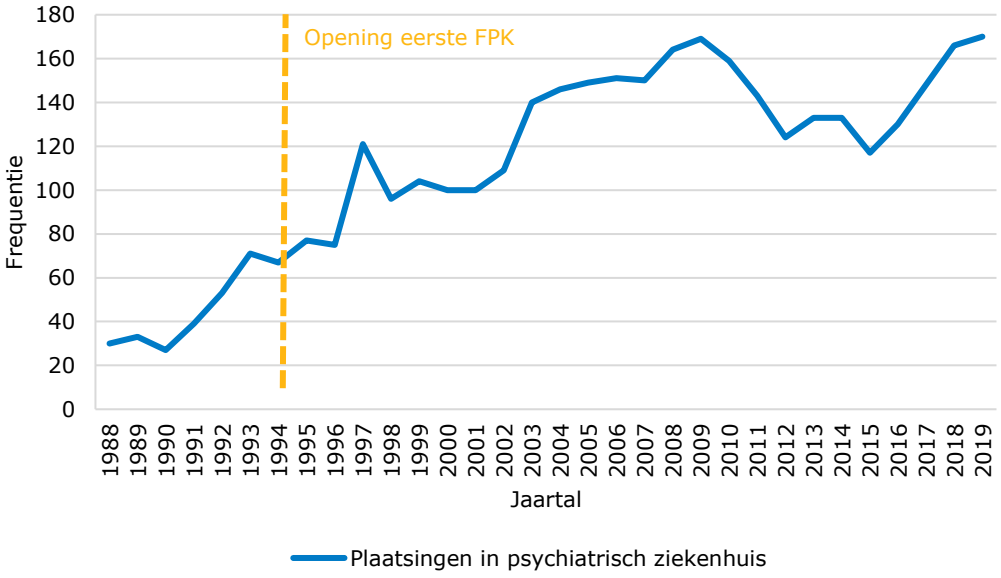
Figuur 3.2 Fasen van verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz (peildatum 1 november 2021)



3.2.3 *Artikel 2.3 Wfz in vergelijking met voormalig artikel 37 Sr*

Met de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz is artikel 37 Sr komen te vervallen. Artikel 37 Sr, waarmee een persoon door de strafrechter in een psychiatrisch ziekenhuis geplaatst kon worden, is gedurende de periode dat het wetsartikel gold (1 september 1988 t/m 31 december 2019) gemiddeld 112 keer per jaar opgelegd (σ=43). Figuur 3.3 laat het aantal plaatsingen in een psychiatrisch ziekenhuis per jaar zien voor de gehele periode dat artikel 37 Sr in werking was. Hier is te zien dat in de eerste vier peiljaren minder dan 40 personen per jaar in een psychiatrisch ziekenhuis zijn geplaatst. Na de invoering van FPK's vanaf 1994 steeg het aantal plaatsingen tot 100-170 personen op jaarbasis[15]. Als het aantal zorg- en rechterlijke machtigingen in 2020 (63, zie tabel 3.1) vergeleken wordt met het aantal plaatsingen in het eerste jaar dat artikel 37 Sr in werking was (30), dan is er sprake van een verdubbeling van het aantal personen. Het is echter niet mogelijk om artikel 2.3 Wfz en artikel 37 Sr op deze manier zuiver te vergelijken omdat de wetsartikelen een verschillend karakter hebben (zie paragraaf 2.5 en tabel 2.1) en in verschillende periodes in werking traden met een andere tijdgeest (1988 en 2020).

Figuur 3.3 Aantal plaatsingen in een psychiatrisch ziekenhuis (oud art. 37 Sr)



3.2.4 *Verzoekschriften en machtigingen per rechtbank*

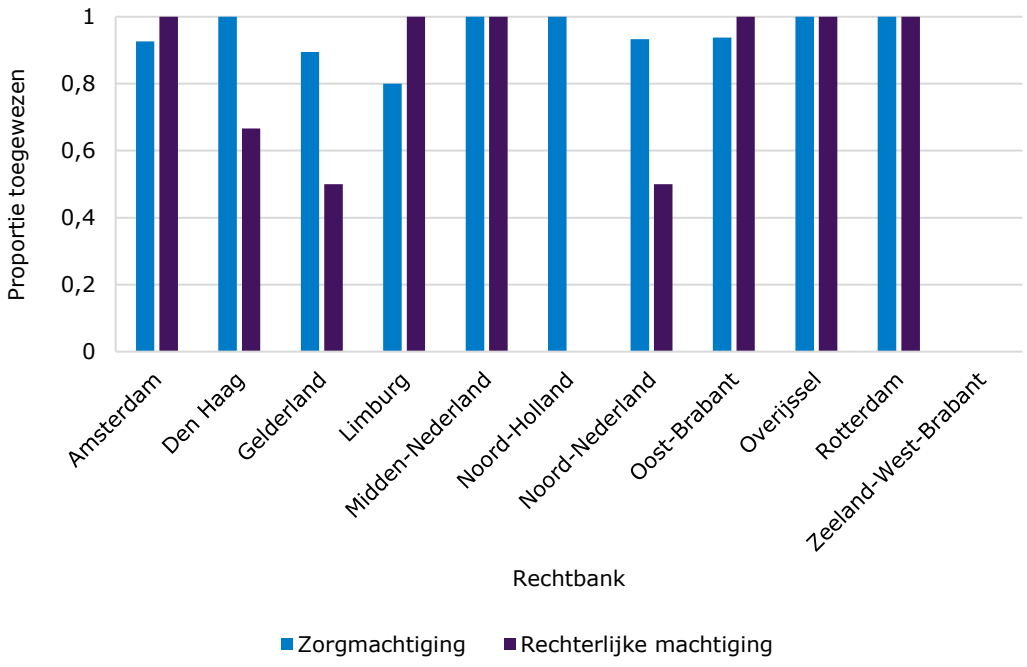
Gedurende de onderzoeksperiode zijn er 283 verzoekschriften voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz geregistreerd, waarvan er 102 zijn toegewezen. In deze periode zijn er slechts 31 verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz geregistreerd en zijn er 14 toegewezen. Het is interessant om te onderzoeken hoe de verschillende rechtbanken zich tot elkaar verhouden met betrekking tot het aantal toegewezen zorg- of rechterlijke machtigingen. Figuur 3.4 laat de

[15] Gegevens over het aantal plaatsingen in een psychiatrisch ziekenhuis per jaar zijn afkomstig uit de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD). In deze database is het niet mogelijk om op wetsartikel te zoeken, maar wel naar opgelegde maatregel (plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis). De genoemde frequenties kunnen hierdoor afwijken van het daadwerkelijke aantal artikel 37 Sr opleggingen.

proportie toegewezen verzoekschriften zien voor zorg- en rechterlijke machtigingen, uitgesplitst naar de verschillende rechtbanken. De proportie in figuur 3.4 geeft aan hoeveel van het totale aantal verzoekschriften waarvoor een beslissing geregistreerd is ook daadwerkelijk toegewezen is. De proportie toegewezen zorgmachtigingen voor alle rechtbanken bij elkaar is 0,93 (102/110).

Wat betreft de proportie toegewezen zorgmachtigingen liggen de verschillende rechtbanken aardig op één lijn. Dit geldt met name voor de rechtbanken die tien of meer verzoekschriften voor een zorgmachtiging hebben verwerkt, te weten Amsterdam (27), Gelderland (19), Noord-Nederland (15), Oost-Brabant (16) en Rotterdam (11); bij de andere rechtbanken zijn er minder dan tien verzoekschriften voor een zorgmachtiging ingediend en moet figuur 3.4 voorzichtig geïnterpreteerd worden. Door het geringe aantal verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging waarvoor een beslissing is geregistreerd, is er weinig te zeggen over de verhouding tussen rechtbanken onderling. Dit komt doordat geen enkele rechtbank ten minste tien verzoekschriften heeft verwerkt.

Figuur 3.4 Proportie toegewezen artikel 2.3 Wfz-verzoekschriften per rechtbank[a]



a Bij sommige rechtbanken is de proportie toegewezen verzoekschriften 0. Dit kan twee verschillende oorzaken hebben: een rechtbank heeft geen enkel verzoekschrift binnengekregen (rechterlijke machtigingen: Noord-Holland en Zeeland-West-Brabant) of de verzoekschriften die verwerkt zijn, zijn afgewezen (zorgmachtigingen: Zeeland-West-Brabant).

3.3 Persoonskenmerken

Voor 284 unieke personen is een aanvraag van een verzoekschrift voor een zorg- of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz geregistreerd bij het OM. Deze groep bestaat uit 29 vrouwen (10,21%) en 253 mannen (89,08%). Van twee personen

(0,71%) is het geslacht niet bekend. De gemiddelde leeftijd van de personen is 39, 44 jaar (gerekend vanaf de dag dat een verzoekschrift is geregistreerd bij het OM), met een standaarddeviatie van 12,77 jaar. De jongste persoon voor wie een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging is afgegeven is 18 jaar, terwijl de oudste persoon bijna 81 is.

De personen voor wie een verzoekschrift voor een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging is geregistreerd bij het OM zijn in 46 verschillende landen geboren. 174 personen (61,27%) zijn in Nederland geboren. Vanwege de diversiteit aan geboortelanden en om de privacy van de personen te waarborgen, is ervoor gekozen om de geboortelanden te groeperen in regio's, te weten Europa (195; 68,66%), Afrika (32; 11,27%), Azië (26; 9,15%), het Caraïbisch gebied (15; 5,28%) en Zuid-Amerika (14; 4,93%). Van twee personen is het geboorteland onbekend.

3.4 Rol actoren rechtspraktijk

3.4.1 Initiatiefnemer aanvraag artikel 2.3 Wfz verzoekschrift

Tabel 3.2 Initiatiefnemer verzoekschrift artikel 2.3 Wfz-machtiging

Oorsprong	Zorgmachtiging	Rechterlijke machtiging	Totaal
Op verzoek van officier van justitie	209	21	230
Op verzoek van strafrechter	74	10	84
Totaal	**283**	**31**	**314**

Het OM registreert voor ieder verzoekschrift wie het initiatief heeft genomen: de officier van justitie of de strafrechter. Tabel 3.2 geeft de oorsprong van de aanvraag per soort machtiging weer. Hieruit blijkt verreweg de meeste verzoekschriften (73,25%) worden voorbereid op initiatief van de officier van justitie. Bij een zorgmachtiging komt in 73,85% van de gevallen het initiatief van de officier van justitie, bij een rechterlijke machtiging in 67,74% van de gevallen.

Tabel 3.3 laat de verhouding tussen de initiatiefnemers zien in combinatie met de beslissing die door de rechtbank is genomen (toe- of afwijzing). Het merendeel van de verzoekschriften wordt toegewezen, ongeacht de initiatiefnemer. Voor de zorgmachtigingen geldt dat 93,41% van de verzoekschriften die worden voorbereid op initiatief van de officier van justitie wordt toegewezen, tegenover 89,47% wanneer het initiatief door de strafrechter wordt genomen. Voor de rechterlijke machtigingen geldt dat 90% van de verzoekschriften is toegewezen wanneer deze op initiatief van de officier van justitie wordt voorbereidt en 71,43% wanneer de strafrechter het initiatief neemt.

Tabel 3.3 Verhouding initiatiefnemers verzoekschriften en beslissing artikel 2.3 Wfz

Oorsprong	Zorgmachtiging		Rechterlijke machtiging		Totaal
	Toegewezen	Afgewezen	Toegewezen	Afgewezen	
Op verzoek van officier van justitie	85	6	9	1	101
Op verzoek van strafrechter	17	2	5	2	26
Totaal	**102**	**8**	**14**	**3**	**127**

3.4.2 Officier van justitie op zitting

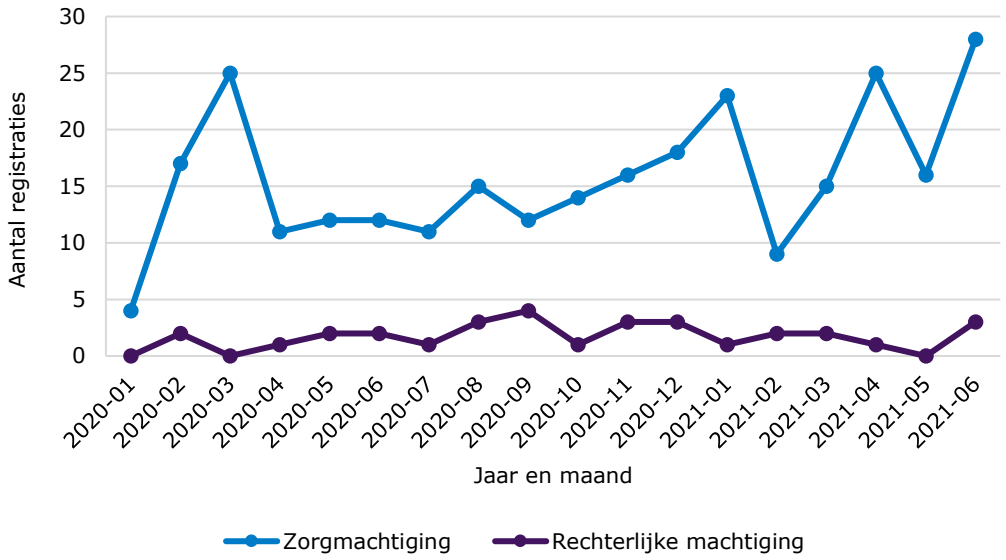
In artikel 6:1 lid 4 Wvggz is voorzien dat de officier van justitie aanwezig is op de zitting tenzij een nadere toelichting of motivatie van het verzoekschrift door de officier van justitie niet nodig wordt geacht. Wat betreft de 127 verzoekschriften voor een zorg- of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz waarvoor een beslissing geregistreerd is, is de officier van justitie bij 76 zittingen (59,84%) aanwezig geweest. Voor één verzoekschrift is niet geregistreerd of de officier van justitie aanwezig was op de zitting.

3.5 Verzoekschriften en machtigingen in de tijd

3.5.1 Aantal verzoekschriften per maand

Gemiddeld worden er per maand 15,72 verzoekschriften voor een zorgmachtiging geregistreerd, tegenover 1,72 verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging. Figuur 3.5 laat het aantal verzoekschriften zien dat het OM per maand heeft geregistreerd. Te zien is dat het aantal geregistreerde verzoekschriften voor een zorgmachtiging aardig fluctueert, terwijl het (lage) aantal geregistreerde verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging vrij stabiel blijft.

Figuur 3.5 Aantal registraties van verzoekschriften artikel 2.3 Wfz door het OM

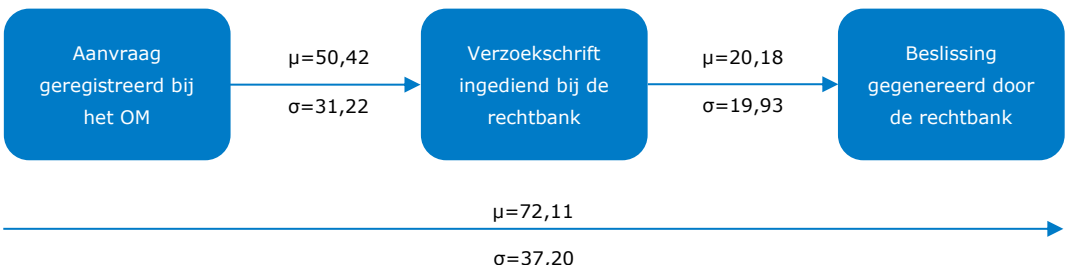


3.5.2 *Tijdsverloop van aanvraag tot beslissing*

Op meerdere momenten gedurende het proces om tot een verzoekschrift te komen wordt een datum geregistreerd: de datum waarop een aanvraag door het OM is geregistreerd, de datum waarop een verzoekschrift is ingediend bij de rechtbank en de datum waarop een beslissing over het verzoekschrift is genomen. Met deze drie data kan bepaald worden hoe lang een proces in zijn geheel duurt, hoe lang het OM nodig heeft om een verzoekschrift in te dienen zodra een aanvraag is ontvangen, en hoeveel dagen de rechtbank nodig heeft om tot een beslissing te komen.

Figuur 3.6 laat zien hoeveel dagen er gemiddeld nodig waren om van de aanvraag van een verzoekschrift naar het daadwerkelijke indienen van het verzoekschrift te gaan. Hieruit valt op te maken dat de rechter gemiddeld iets meer dan 20 dagen nodig heeft. In 77 zaken (70,64%) was er binnen drie weken een uitspraak van de rechter. De totale procedure, van aanvraag tot en met de uitspraak door de rechter, duurt gemiddeld iets meer 72 dagen, waarbij de kortste procedure drie dagen duurde en de langste 186 dagen.

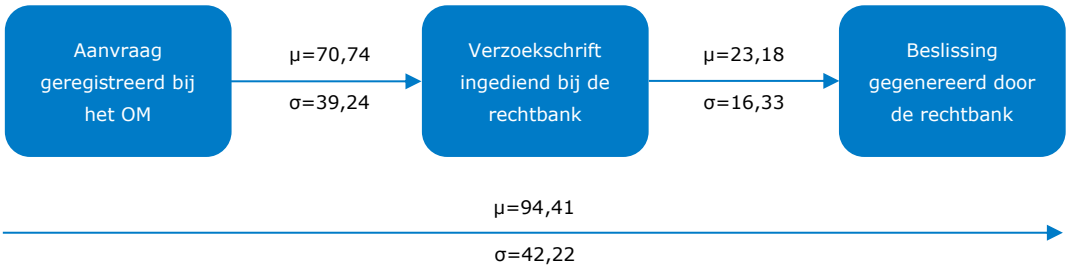
Figuur 3.6 Tijdsverloop in dagen voor verzoekschriften voor zorgmachtigingen[a]



a μ is het gemiddelde en σ de standaarddeviatie van de populatie.

Figuur 3.7 laat het gemiddeld aantal dagen zien dat nodig is om een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging in te dienen vanaf het moment dat de aanvraag geregistreerd is bij het OM. Hier is te zien dat het voorbereiden van een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging een stuk langer duurt in vergelijking met de voorbereiding voor een verzoekschrift voor een zorgmachtiging. Artikel 39a lid 1 Wzd staat beschreven dat de rechter binnen drie weken na ontvangst van het verzoekschrift uitspraak moet doen. Figuur 3.7 laat zien dat de gemiddelde tijd die een rechter nodig heeft niet binnen de wettelijke termijn valt. In 11 zaken (64,71%) was er binnen de wettelijke termijn een uitspraak van de rechter. Dit houdt tevens in dat de rechter in iets meer dan een derde van de zaken meer tijd nodig heeft gehad om tot een uitspraak te komen dan wettelijk vastgesteld is. De gehele procedure, vanaf de aanvraag tot de uitspraak van de rechter, duurt gemiddeld iets meer dan drie maanden, waarbij de kortste procedure 17 dagen duurde, en de langste 170 dagen.

Figuur 3.7 Tijdsverloop in dagen voor verzoekschriften voor rechterlijke machtigingen



3.5.3 *Tijdsverloop van beslissing tot het einde van de machtiging*

Op basis van de datum waarop een beslissing is genomen en de datum waarop de machtiging eindigt kunnen we bepalen hoe lang een machtiging gemiddeld duurt. Hierbij moet wel de opmerking gemaakt worden dat het mogelijk is dat een rechter besluit dat een machtiging later ingaat dan de datum waarop de beslissing is genomen. De gemiddelde duur is dus een bovengrens van de daadwerkelijke duur van de zorg- en rechterlijke machtigingen. Er zijn twee extreme datapunten die zijn verwijderd voordat de gemiddelde duur berekend is. Het gaat hier om zaken waarbij de datum waarop de zorg- of rechterlijke machtiging eindigt meer dan 300 dagen later is dan de datum van de uitspraak. Gemiddeld heeft een zorgmachtiging een looptijd van 179,31 dagen (σ=16,86 dagen). Een rechterlijke machtiging duurt gemiddeld 182,69 dagen (σ=1,32 dagen).

3.5.4 *Onttrekking, onderbreking en ontslag*

In artikel 13:3 lid 1 Wvggz staat beschreven dat de geneesheer-directeur een melding moet maken bij de officier van justitie en de minister wanneer een persoon zich onttrekt aan verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging[16]. Vijf personen hebben zich gedurende de onderzoeksperiode onttrokken aan verplichte zorg.

[16] Dit artikel geldt ook wanneer een persoon zich onttrekt aan verplichte zorg op grond van een crisismaatregel of machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel

In zowel de Wvggz als de Wzd zijn er verschillende regelingen genoemd die zaken zoals tijdelijke onderbreking of ontslag regelen. Voor de Wvggz wordt er een tweetal regelingen genoemd: tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg (art. 8:17) en een beslissing tot beëindiging van verplichte zorg genomen door de geneesheer-directeur (art. 8:18). Van alle zorgmachtigingen via artikel 2.3 Wfz is er geen enkele keer een tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg geregistreerd. Daarnaast heeft de geneesheer-directeur eenmaal een beslissing tot beëindiging van verplichte zorg genomen.

Voor de Wzd zijn er ook twee regelingen: verlenen van ontslag uit de accommodatie (art. 48) en het verlenen van verlof om buiten de accommodatie te verblijven (art. 47). Het verlenen van ontslag uit de accommodatie en het verlenen van verlof om buiten de accommodatie te verblijven zijn beide niet toegepast tijdens de onderzoeksperiode.

3.5.5 Meerdere aanvragen per persoon

Voor 28 (9,86%) personen zijn er twee verschillende verzoekschriften geregistreerd, en voor één (0,35%) persoon zelfs drie verschillende verzoekschriften. Er zijn verschillende verklaringen voor het registreren van meerdere verzoekschriften. Zo bestaat er een subgroep personen voor wie voor een tweede keer een verzoekschrift voor een zorgmachtiging is ingediend (en toegewezen), nadat de voorbereiding voor het eerste verzoekschrift is beëindigd wegens het niet voldoen aan de criteria voor verplichte zorg. Verder is er ook een groep personen voor wie binnen een kort tijdsbestek (op dezelfde dag of twee dagen later) zowel een aanvraag voor een rechterlijke machtiging als een aanvraag voor een zorgmachtiging is geregistreerd. We zien ook een aantal situaties waarin er twee keer een verzoekschrift voor een zorgmachtiging is geregistreerd op dezelfde dag (of drie dagen later) en één van de twee machtigingen is toegewezen en de voorbereiding voor de tweede is beëindigd. Deze illustraties laten zien dat artikel 2.3 Wfz niet altijd even makkelijk toe te passen is. Er zijn complexe gevallen waarin het niet altijd even duidelijk is welk regime (zorg of rechterlijke machtiging) het meest geschikt is voor een betrokkene. Dat er maar voor 29 (10,21%) personen meer dan één verzoekschrift geregistreerd is laat ook zien dat het voor de grote meerderheid wel goed gaat.

3.5.6 Aansluitende machtigingen

Na afloop van een zorg- of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz kan er een aansluitende machtiging worden aangevraagd bij de civiele rechter. Voor 62 (60,78%) personen is het OM begonnen met het voorbereiden van een (civiele) zorgmachtiging aansluitend op de toegewezen zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. Voor machtigingen die aansluiten op een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz wordt geen informatie bijgehouden.

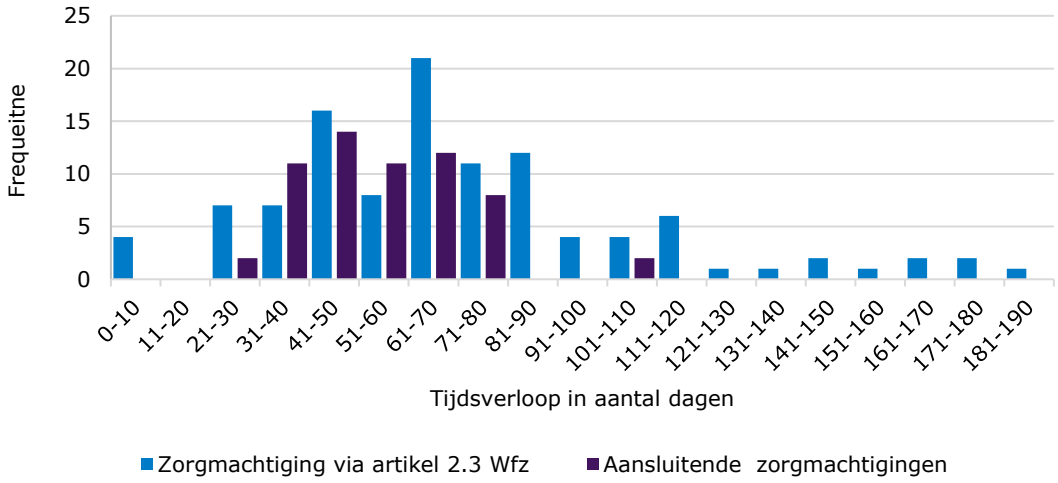
In totaal zijn er 75 verzoekschriften voor een aansluitende zorgmachtiging geregistreerd waarvan er 60 zijn toegewezen. Van drie zorgmachtigingen is de voorbereiding beëindigd, en de overige verzoekschriften zijn nog in voorbereiding of liggen bij de rechtbank. Van de groep voor wie een aansluitende zorgmachtiging is aangevraagd zijn er vijf personen waarvoor een tweede en derde aansluitende zorgmachtiging is geregistreerd. Voor drie personen is de derde aansluitende zorgmachtiging nog in voorbereiding, of ligt deze bij de rechtbank.

In artikel 6:5 Wvggz staat beschreven dat een aansluitende zorgmachtiging maximaal 12 maanden mag duren. Bij de aansluitende zorgmachtigingen is dit ook terug te zien: gemiddeld duurt een aansluitende zorgmachtiging 325,17 dagen (σ=80,09 dagen), waarbij de kortste aansluitende zorgmachtiging 92 dagen liep, en de langste 365 dagen.

Artikel 6:6, onderdeel a Wvggz stelt dat een zorgmachtiging vervalt wanneer de geldigheidsduur verstreken is, tenzij de officier van justitie uiterlijk vier weken voordat deze verstrijkt een nieuw verzoekschrift voor een zorgmachtiging heeft ingediend. Gemiddeld wordt de aanvraag voor een aansluitende zorgmachtiging 31,60 dagen (σ=9,22 dagen) voor het aflopen van de lopende zorgmachtiging geregistreerd, waarbij de kortste periode tussen het aflopen van de lopende zorgmachtiging en het aanvragen van de aansluitende zorgmachtiging vijf dagen bedroeg, en de langste 57 dagen.

In paragraaf 3.5.2 is de gemiddelde duur besproken van het proces vanaf het moment dat de aanvraag voor het voorbereiden van een verzoekschrift wordt geregistreerd bij het OM tot het moment dat de rechter een beslissing neemt over het verzoekschrift. Figuur 3.6 laat zien dat er variatie is in hoe lang dit gehele proces kan duren. In figuur 3.8 is deze variatie inzichtelijk gemaakt voor de zorgmachtigingen via artikel 2.3 Wfz en de aansluitende zorgmachtigingen. Vanwege het lage aantal rechterlijke machtigingen waarover een beslissing is genomen door de rechter worden deze buiten beschouwing gelaten.

Figuur 3.8 Tijdsverloop vanaf registratie verzoekschrift tot beslissing



In figuur 3.8 is te zien dat de duur van het gehele proces van registratie van het verzoekschrift door het OM tot de beslissing van de rechtbank voor zorgmachtigingen via artikel 2.3 Wfz varieert van 0-10 dagen tot 181-190 dagen. Het vaakst komt een duur van tussen de 62-70 dagen voor. Er zijn ook een aantal verzoekschriften voor een zorgmachtiging die een betrekkelijk lang tijdsverloop hebben (meer dan 120 dagen). Van de 13 verzoekschriften voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 waarbij het gehele proces langer dan 120 dagen duurde waren er 7 in het eerste halfjaar van 2020 geregistreerd.

De variatie in duur is een stuk lager bij aansluitende zorgmachtigingen. Het vaakst komt een duur van tussen de 41 en 50 dagen voor. Gemiddeld duurt het gehele proces voor aansluitende machtigingen 55,42 dagen (σ=16,35), 16,69 dagen korter dan bij zorgmachtigingen via artikel 2.3 Wfz (zie figuur 3.6).

3.6 Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk worden hier kort samengevat.

Aantal verzoekschriften en machtigingen
- In de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz zijn er 283 zorgmachtigingen en 31 rechterlijke machtigingen bij het OM geregistreerd. Er zijn 102 zorgmachtigingen en 14 rechterlijke machtigingen daadwerkelijk afgegeven.
- Bijna 93% van de verzoekschriften voor een zorgmachtiging die zijn ingediend bij de rechtbank is toegewezen, tegenover bijna 83% wanneer het om rechterlijke machtigingen gaat.
- Slechts 0,71% van alle zorgmachtigingen wordt via artikel 2.3 Wfz verleend door de strafrechter. Voor de rechterlijke machtigingen is dit slechts 0,21%.
- Van ruim een derde van de door het OM geregistreerde verzoekschriften voor een artikel 2.3 Wfz-machtiging wordt de voorbereiding voortijdig beëindigd. In de helft van de gevallen gebeurt dit vanwege een negatieve medische verklaring (art. 5:11 Wvggz). In de andere helft van de gevallen gebeurt dit omdat naar oordeel van de officier van justitie niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg (art. 5:16 Wvggz).

Persoonskenmerken
- Voor 284 unieke personen is er een aanvraag voor een zorg- of rechterlijke machtiging geregistreerd. Van hen is ruim 89% man en ligt de gemiddelde leeftijd rond de 40 jaar.

Rol actoren rechtspraktijk
- Meer dan 72% van de verzoekschriften voor een zorgmachtiging en bijna 68% van de verzoekschriften voor een rechterlijke machtiging wordt op verzoek van de officier van justitie voorbereid.
- De officier van justitie was tijdens bijna 60% van de zittingen aanwezig.

Verzoekschriften en machtigingen in de tijd
- De rechter heeft in iets meer een derde van de zaken voor een rechterlijke machtiging meer tijd nodig om tot een uitspraak te komen dan wettelijk is vastgelegd.
- Gemiddeld heeft het OM bijna 51 dagen nodig om een zorgmachtiging voor te bereiden, tegenover ruim 70 dagen wanneer het een rechterlijke machtiging betreft.
- De tijd tussen het starten van de voorbereiding en het moment waarop een beslissing genomen is door de rechtbank bedraagt ruim 72 dagen voor zorgmachtigingen en meer dan 94 dagen voor rechterlijke machtigingen.
- Gemiddeld heeft een zorgmachtiging een looptijd van ruim 179 dagen. Een rechterlijke machtiging duurt gemiddeld bijna 183 dagen.

Onttrekking, onderbreking en ontslag

- Vijf personen hebben zich onttrokken aan verplichte zorg.
- Er zijn geen tijdelijke onderbrekingen van verplichte zorg geregistreerd; eenmaal heeft een geneesheer-directeur een beslissing genomen tot beëindiging van de verplichte zorg.
- De verlof- en ontslagregelingen voor patiënten met een rechtelijke machtiging via artikel 2.3 Wfz zijn gedurende de onderzoeksperiode niet toegepast.
- Voor 29 personen zijn er meerdere verzoekschriften voor een zorg- of rechterlijke machtiging geregistreerd.

Aansluitende zorgmachtigingen

- Er zijn 75 verzoekschriften voor aansluitende (civiele) zorgmachtigingen geregistreerd, waarvan er 60 zijn toegewezen. De voorbereiding van drie verzoekschriften is beëindigd voordat het verzoekschrift is ingediend bij de rechtbank.

4 Doelgroep zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz

4.1 Introductie

Zoals in hoofdstuk 1 aangegeven is er discussie over de vraag voor welke doelgroepen artikel 2.3 Wfz zou moeten worden ingezet. In dit hoofdstuk wordt eerst besproken in welke mate respondenten naar eigen zeggen te maken hebben gehad met artikel 2.3 Wfz (paragraaf 4.2). Vervolgens komt aan de orde welke patiëntkenmerken respondenten belangrijk vinden bij de vraag of een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wel of niet passend is (paragraaf 4.3). Daarna staan we stil bij enkele groepen die mogelijk tussen wal en schip vallen (paragraaf 4.4). In paragraaf 4.5 bespreken wij de indrukken en eerste ervaringen van respondenten met betrekking tot doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg via artikel 2.3 Wfz. Paragraaf 4.6 ten slotte biedt een overzicht van de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk.

4.2 Hoe vaak hebben respondenten te maken met artikel 2.3 Wfz patiënten?

'We waren bang dat er een tsunami op ons af zou komen' zegt een van de respondenten. Die vrees is in de eerste anderhalf jaar dat artikel 2.3 Wfz in werking is niet bewaarheid. Respondenten uit de algemene GGz geven aan dat patiënten die worden aangeboden via artikel 2.3 Wfz maar een klein aantal vormen ten opzichte van de populatie met een reguliere zorgmachtiging afgegeven door de civiele rechter (zie ook hierna). Dit wordt bevestigd door kwantitatieve gegevens (zie paragraaf 3.2).

In de interviews is aandacht besteed aan de mate waarin respondenten in de praktijk te maken hebben gehad met de procedure artikel 2.3 Wfz, en met patiënten die op basis van artikel 2.3 Wfz een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging kregen. Een kanttekening hierbij is dat dit ruwe inschattingen van de respondenten zelf betreft over de periode vanaf inwerkingtreding tot aan het interview voorjaar/zomer 2021. Het gaat daarbij niet om officiële registratiegegevens.

Twee respondenten uit de algemene GGz is gevraagd een schatting te geven van de frequentie waarmee hun instellingen te maken kregen met een reguliere zorgmachtiging, dan wel zijn aangewezen voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. De respondenten geven aan respectievelijk 600 tot 900 (bij 600 unieke patiënten) reguliere zorgmachtigingen te hebben gehad in 2020 (GGZ, GGZ) en 400 crisismaatregelen (GGZ). De twee algemene GGz-instellingen werden volgens de respondenten respectievelijk 33 keer en minder dan tien keer door het OM aangewezen voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. De instelling die 33 maal werd aangewezen, geeft aan dat al deze personen uit detentie kwamen en daarvan vijf of zes patiënten te hebben geaccepteerd. Ook een van de instellingen die ongeveer tien patiënten aangeboden kreeg, vermeldt dat zij uit detentie kwamen, evenals een forensische GGz-instelling hierna. Het gaat dan om patiënten aan het begin van het strafproces in voorlopige hechtenis, of na afloop van een gevangenisstraf.

Patiënten met een artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging worden regelmatig geplaatst bij zorgkoepels die zowel algemene als forensische GGz-instellingen met klinische en ambulante zorg omvatten. Een van de koepels geeft daarbij aan dat patiënten in principe bij de forensische tak geplaatst worden, tenzij het risico laag genoeg wordt

ingeschat voor een plaatsing in de algemene kliniek. De meeste forensische instellingen geven aan dat er tussen de vijf en vijftien patiënten via artikel 2.3 Wfz zijn geplaatst, al geeft een van de zorgkoepels aan al 50 tot 60 maal te zijn aangewezen voor een zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz. Een andere forensische GGz-instelling geeft aan in alle gevallen patiënten met artikel 2.3 Wfz-zorgmachtigingen te hebben overgenomen van algemene GGZ-instellingen waar zij aanvankelijk waren afgewezen.

Waar algemene en forensische GGz-instellingen vooral instroom via artikel 2.3 Wfz, benoemen, wordt logischerwijze door justitiële instellingen, FPC's en PPC's, vooral uitstroom via artikel 2.3 Wfz vermeld. Met name bij de PPC's lijkt uitstroom via een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging een belangrijke route omdat de betrokken patiënten vrijwel altijd vervolgzorg nodig hebben. Respondenten van alle drie de PPC's geven aan dat zowel een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz, als een reguliere zorgmachtiging via de civiele rechter regelmatig aan de orde is als een patiënt moet uitstromen omdat de detentie eindigt (JUS, JUS, JUS). De reguliere zorgmachtiging wordt vaker aangevraagd (in afgelopen half jaar twaalfmaal of meer) dan de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz (ongeveer driemaal in afgelopen half jaar) meldt een van de PPC's. Een andere PPC geeft aan voor zes van de tien crisisbedden en voor vier van de tien reguliere PPC-bedden een aanvraag voor een artikel 2.3 Wfz-machtiging (waaronder een rechterlijke machtiging) te hebben lopen. De derde PPC meldt een tot twee keer per maand vanuit het PPC een zorgmachtiging aan te vragen via het OM (niet duidelijk is hoeveel daarvan artikel 2.3 Wfz-machtigingen betreffen). Een respondent van een FPC geeft aan dat eenmaal een patiënt via artikel 2.3 Wfz in het FPC is geplaatst en dat tussen de een en de drie patiënten met een machtiging via artikel 2.3 Wfz zijn uitgestroomd uit het FPC (JUS). Een andere FPC heeft geen enkele artikel 2.3 Wfz patiënt geplaatst en kwam er ook maar sporadisch mee in aanraking (JUS).

Vier geïnterviewde strafrechters melden respectievelijk tien (plus twee rechtelijke machtigingen), twee, één en geen enkele zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz te hebben afgegeven. Wel waren zij in meer zaken betrokken waarin een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz werd overwogen, respectievelijk tien, acht tot tien, twee, en twee. Vanwege de grote rol van het OM bij artikel 2.3 Wfz is het niet verrassend dat van de geïnterviewde actoren uit de rechtspraktijk de respondenten van het OM, allen verplichte zorg-officieren van justitie, het meest in aanraking komen met artikel 2.3 Wfz. Drie van de OM-respondenten melden respectievelijk rond de 20, 50 en 70 machtigingen via artikel 2.3 Wfz te hebben voorbereid. Daaronder waren respectievelijk 2, minder dan 5 en 3-4 rechterlijke machtigingen. De geïnterviewde advocaten komen veel minder in aanraking met artikel 2.3 Wfz, zij geven elk aan bij ongeveer twee of drie zaken waarin een machtiging via artikel 2.3 Wfz werd voorbereid, betrokken te zijn geweest. Wel melden zij dat het aantal gevallen waarin zij een machtiging via artikel 2.3 Wfz bepleiten, groter is. Een van de advocaten geeft aan dit in een tiental zaken te hebben gedaan.

4.3 Overwegingen over de doelgroep van artikel 2.3 Wfz

4.3.1 Psychische stoornis op de voorgrond

Welke patiëntkenmerken vinden respondenten belangrijk bij de vraag of een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wel of niet passend is? Sommige respondenten formuleren de doelgroep van een artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging algemeen: iedereen bij wie overduidelijk is dat de psychische stoornis op de voorgrond staat (ADV, ADV,

JUS, RE). Strafrechters onder de respondenten geven aan dat het vermoeden van een ernstige psychische stoornis bepalend is voor het overwegen van een zorgmachtiging, evenals de zorg die iemand uiteindelijk nodig heeft (RE, RE, RE). Anderen benadrukken dat als puur vanuit de Wvggz-criteria en doelen wordt gekeken (art. 3:3 en 3:4 Wvggz), de doelgroep van artikel 2.3 Wfz heel beperkt is (FGGZ, OM). Dan gaat het volgens hen om personen met nauwelijks een 'forensisch profiel', die voor het eerst of vanwege een licht delict met het strafrecht in aanraking komen en die hanteerbaar zijn op een algemene psychiatrische gesloten opname-afdeling (FGGZ, FGGZ). Kortom, personen die een laag beveiligingsniveau nodig hebben en een medium tot hoog zorgniveau (FGGZ, FGGZ). Gerelateerd hieraan zijn sommige respondenten van mening dat een zorgmachtiging, ook die via artikel 2.3 Wfz, zou moeten worden uitgevoerd bij een algemene GGz-instelling met beveiligingsniveau 1 (OM). Daarnaast kan weliswaar worden opgeschaald naar een FPA of FPK en als de rechter dat aangeeft ook een FPC, maar in de kern zou het de bedoeling zijn dat de uitvoering plaatsvindt door een algemene instelling en dat juist zo snel mogelijk wordt afgeschaald, zoals benoemd in de doelstellingen van de Wvggz (OM). Daar wordt echter ook anders over gedacht. Verschillende respondenten geven aan dat artikel 2.3 Wfz, al is het geen forensische zorg, niettemin ruimte biedt voor zorg op verschillende beveiligingsniveaus, dus ook de hogere (RE, RvdR, INS).

Artikel 2.3 Wfz wordt door meerdere respondenten uit de algemene en forensische GGz vrijwel uitsluitend geschikt genoemd om passende zorg te bieden aan de groep met een (ernstige) psychische stoornis (FGGZ, FGGZ, GGZ, GGZ, GGZ GGZ). Als voorbeelden van dergelijke stoornissen worden primair psychotische stoornissen en ernstige bipolaire stoornissen genoemd (FGGZ, GGZ, GGZ, JUS). Als belangrijk punt benoemen respondenten dat het risicovolle gedrag of delictrisico voortkomt uit een behandelbare psychische stoornis (GGZ, GGZ, GGZ, JUS, RE). Daarmee wordt bedoeld een stoornis (bijvoorbeeld een psychotische of een bipolaire stoornis) die binnen een relatief korte tijd behandeld kan worden met bijvoorbeeld psychofarmaca en of psychotherapie. De gedachte hierbij zou zijn dat de zorgmachtiging dan, via het soort zorg dat de algemene GGz kan bieden, zoals behandeling met psychofarmaca, tijdelijke dagelijkse zorg, psychotherapie, en het betrekken van het sociale netwerk, ook kan bijdragen aan delict-recidivepreventie (GGZ). Aanvullend geven sommige respondenten aan dat het gaat om stoornissen waarbij met behulp van een medische behandeling, bij voorkeur medicatie, het delictrisico zo flink en structureel zou kunnen verminderen, dat de route naar ambulante zorg wordt geopend (JUS). Het lijkt of hier wordt bedoeld dat het delictrisico ook hoger 'mag' zijn, mits het delict duidelijk uit een psychische stoornis voortkomt en het delictrisico duurzaam kan worden bedwongen met een behandeling die de algemene GGz kan bieden.

Meerdere respondenten benoemen dat artikel 2.3 Wfz van belang is voor wat wordt gezien als de doelgroep van het voormalige artikel 37 Sr (FGGZ, FGGZ, FGGZ, GGZ, OM, RE, RE, RE, RE). Het gaat dan om mensen die ontoerekeningsvatbaar worden geacht en lijden aan een ernstige psychose en die ontslagen worden van alle rechtsvervolging. Hierbij moet worden opgemerkt dat het bij de voormalige artikel 37 Sr-groep over het algemeen overigens wel om ernstige delicten ging. Als een belangrijk voordeel van artikel 2.3 Wfz wordt gezien dat dit nu meer ruimte biedt omdat de ontoerekeningsvatbaarheidseis is vervallen (JUS). Als er een zorgmachtiging komt ligt plaatsing, afhankelijk van de zwaarte van de benodigde beveiliging, in een FPA, FPK of FPC bij deze groep volgens respondenten het meest voor de hand (FGGZ, JUS).

4.3.2 Risicovol gedrag

Respondenten benoemen dat op het punt van doelgroepen bij wie artikel 2.3 Wfz wordt toegepast, grote onrust is ontstaan bij (algemene) GGz-instellingen (JUS). De GGz heeft moeite met mensen met een zogeheten 'forensisch profiel', die niet alleen vanuit een psychische stoornis risicovol gedrag zoals agressie vertonen, maar ook antisociale persoonskenmerken en bijvoorbeeld verslavingsproblematiek hebben (JUS).

Meerdere respondenten uit de GGz zijn van mening dat met artikel 2.3 Wfz een civielrechtelijke titel gebruikt wordt voor een niet-passende doelgroep van forensische patiënten (FGGZ, GGZ). Respondenten uit een algemene GGz-kliniek melden tevoren te hebben gedacht dat het om kleine vergrijpen zou gaan, maar nu toch te zien dat mensen met forse delicten die vroeger naar een forensische kliniek zouden gaan bij algemene GGz-teams worden geplaatst (GGZ, GGZ). Respondenten achten dat gevaarlijk omdat zij tussen reguliere patiënten terecht kunnen komen (FGGZ). Daarnaast krijgen deze patiënten volgens respondenten niet de juiste forensische zorg. Zo is er geen monitoring meer vanuit forensische expertise of behandeling met het oog op vermindering van het delictrisico (GGZ).

Relatief veel respondenten vinden een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz niet geschikt voor personen met (een geschiedenis van) ernstige delicten zoals geweld, bedreigingen, agressie, levensdelicten (ADV, ADV, FGGZ, GGZ, GGZ, OM, OM, RE, RE). Specifiek worden ook benoemd personen met agressief en gewelddadig gedrag dat voortkomt uit antisociale persoonlijkheidsproblematiek (RE). Voor de algemene GGz vormen personen van wie de verwachting is dat zij voortdurend agressie naar personeel van de instelling vertonen, in het bijzonder een groep die ongeschikt is voor plaatsing aldaar met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz (FGGZ, GGZ, GGZ, RE). Een respondent geeft als voorbeeld: 'Wij hebben er vier aangeboden gekregen met ernstige delicten, poging tot doodslag, brandstichting, dit leidde tot negatieve bevindingen omdat dit vanwege het criterium veiligheid niet passend is binnen de Wvggz' (FGGZ). Een respondent zegt te zien dat in de praktijk de doelgroep van artikel 2.3 Wfz nu een 'vergaarbak' is van patiënten met heel verschillende problematiek, waarbij overlast en risicovol gedrag zoals agressie op de voorgrond staat (FGGZ). Te vaak lijkt het ook te gaan om de vraag hoe iemand van de straat kan worden gehaald zodat de overlast vermindert. Volgens de respondent gaat het om de volledige groep die net te licht is voor tbs en bij wie geen gevangenisstraf kan worden opgelegd (FGGZ).

Met name door respondenten uit de algemene GGz wordt benoemd dat de instellingen niet het benodigde beveiligingsniveau kunnen bieden voor personen met een relatief hoog delictrisico (FGGZ, GGZ, GGZ, zie ook paragraaf 6.2.3). Dit zou tot ontwrichtende situaties in de instelling kunnen leiden. Een respondent geeft aan: 'Wij hebben twee open afdelingen, in de nacht zit daar één verpleegkundige, daar kan je iemand die een ernstig delict heeft gepleegd niet neerzetten' (GGZ). Ook is het voor de reguliere patiënten ongunstig of gevaarlijk (OM). Aanvullend wordt vermeld dat, als dreigend of agressief gedrag niet of maar deels voortkomt uit een psychische stoornis, men in de algemene GGz veel minder in staat is om dat gedrag te beïnvloeden via behandeling (GGZ). Respondenten geven aan forensische zorg als kader veel geschikter vinden dan een zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz als antisociale gedragsproblematiek op de voorgrond staat en als zorg niet alleen nodig is voor de psychische stoornis, maar ook gericht moet zijn op het beperken van het delictrisico (FGGZ, GGZ, RE, RE). Personen met agressieproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen zouden meer baat hebben bij een ambulante drangconstructie met reclasseringstoezicht (JUS). Ook is, als recidive-

vermindering een behandeldoel is, behandeling langer dan zes maanden veelal nodig Daarvoor is tevens, zoals eerder vermeld, forensische expertise vereist waarover algemene GGz-instellingen aangeven niet te beschikken (JUS, JUS).

4.3.3 Hardnekkige problematiek

Respondenten geven aan dat een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz minder of niet geschikt is als de verwachting is dat iemand langdurig moet worden behandeld, omdat deze slechts een half jaar duurt. Als voorbeeld van problematiek waarvoor langdurige behandeling nodig is noemen respondenten persoonlijkheidsstoornissen, vermoedelijk worden hiermee vooral antisociale persoonlijkheidsstoornissen bedoeld (ADV, FGGZ, FGGZ, FGGZ, GGZ, JUS, JUS, OM, RE). Bij twee- of drievoudige diagnoses, bijvoorbeeld psychosen in combinatie met ADHD, licht verstandelijke beperking en/of verslaving, al dan niet in combinatie met antisociale trekken, vinden respondenten een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz om dezelfde reden minder geschikt (JUS, JUS, OM). Respondenten noemen verschillende andere stoornissen waarbij er 'vrij harde redenen' zijn om niet aan een zorgmachtiging te beginnen (JUS). Het gaat dan om hardnekkige stoornissen die moeilijk te beïnvloeden zijn. Voor de eerdergenoemde ernstige persoonlijkheidsstoornissen, is klinische behandeling volgens een respondent vaak niet geschikt en dat zou bij een zorgmachtiging in de algemene GGz betekenen dat al snel op ambulante behandeling wordt overgegaan, zonder dat het delictrisico wezenlijk beïnvloed is (JUS). Voor verslaving als hoofdprobleem achten respondenten andere maatregelen geschikter dan een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz, zoals inrichting stelselmatige daders (ISD) en gespecialiseerde verslavingsklinieken (GGZ, JUS, OM). Overigens geeft een andere respondent aan dat verslaving wel een indicatie kan zijn voor een zorgmachtiging. Er zijn in de Wvggz duidelijker criteria voor de verplichte behandeling van deze problematiek dan voorheen in de Wet Bopz (RE). Bij zedendelinquenten ligt een zorgmachtiging niet erg voor de hand, meestal wordt een straf of maatregel met bijzondere voorwaarden toegepast, aldus een respondent (JUS). In het geval dat medicatie een belangrijk deel van het risicomanagement is, libidoremmende medicatie bijvoorbeeld, zou volgens de respondent in sommige gevallen een zorgmachtiging kunnen worden overwogen (JUS). Ook bij een autismespectrumstoornis achten sommige respondenten de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz niet een effectief middel (JUS, JUS). Er wordt een voorbeeld genoemd van een persoon met een autismespectrumstoornis die werd veroordeeld voor stalking. Een zorgmachtiging zou niet geschikt zijn om de langdurige fixaties die aan het stalking-gedrag ten grondslag liggen te behandelen.

4.4 Groepen tussen wal en schip?

4.4.1 De 'tussengroep' met risicovol gedrag en psychische stoornissen

Rechters en anderen melden dat er een groep personen met een psychische stoornis en risicovol gedrag is die heel moeilijk binnen de huidige straf- en civielrechtelijke opties onder te brengen is. Dit betreft aldus een respondent: 'lastige jongens, vaak met een dubbele of driedubbele diagnose (ook ADHD en/of verslaving bijvoorbeeld), die nergens welkom zijn, destructief in een zorgomgeving, maar echt ziek, niet op hun plek in een gevangenis' (RE). Deze groep zouden rechters graag uit het strafrecht weghalen, maar er is nauwelijks een geschikte plek voor hen te vinden. 'De GGz wil hen liever niet, voor tbs zijn zij te licht, in de gevangenis leren ze teveel, en de maatschappij heeft van hen erg veel last' (RE).

De groep personen die te risicovol gedrag vertoont voor de algemene GGz, zoals agressie, maar niet een groot genoeg risico vormt en/of een te licht delict heeft gepleegd voor tbs met dwangverpleging, dreigt tussen wal en schip te vallen (INS, JUS, RE, RSJ). Het gaat om een groep die deels overeenkomt met de oude artikel 37 Sr-doelgroep, voor wie zoals gezegd tbs met verpleging te zwaar is in relatie tot het delict, maar bij wie het beveiligingsniveau wel significant hoger moet zijn dan bij een voorwaardelijke straf of maatregel (JUS, RE). Er is dan nog de mogelijkheid van tbs met voorwaarden, maar daarbij is vrijwilligheid nodig voor wat betreft naleving van de voorwaarden. Meerdere respondenten benoemen in relatie tot deze groep het dilemma of er naast de stoornis zoveel risico is dat tbs nodig is, of dat een zorgmachtiging voldoende waarborgen biedt (RE, RE). In box 4.1, 4.2 en 4.3 worden enkele voorbeelden van cases gepresenteerd.

Een respondent van het OM geeft aan bij de bovengenoemde groep alleen een zorgmachtiging te verzoeken als deze ten uitvoer kan worden gelegd in een FPK of FPA (OM). Dat laatste lukt echter niet altijd volgens respondenten (JUS, JUS). Daarbij komt dat het ook nog weleens mensen betreft waarvan de GGz aangeeft hen niet opnieuw te kunnen opnemen omdat zij binnen de GGz zijn vastgelopen vanwege bijvoorbeeld het plegen van delicten binnen een zorginstelling. Voor deze groep lijkt het moeilijk om een geschikte oplossing te vinden. Een overblijvende maar niet altijd even wenselijke optie die weleens wordt gekozen volgens een respondent, is een gevangenisstraf van enkele maanden (RE). Rechters betrekken in hun overwegingen ook de korte duur van de zorgmachtiging en het feit dat afschaling van zorg in de algemene GGz altijd het doel is (RE, RE). Daarnaast benoemt een rechter dat strafrechters over het algemeen niet graag een beslissing over hernieuwing aan civiele collega-rechters uit handen geven omdat dit te weinig zekerheid biedt, vooral als de betrokken persoon van weinig ziekte-inzicht blijk geeft en een risico kan vormen voor anderen (RE). In een dergelijk geval wijkt men soms uit naar een voor de casus te zware maatregel zoals tbs (RE). Een respondent geeft een voorbeeld van een persoon die al meerdere keren brand heeft gesticht binnen de zorginstelling. De zorginstelling weet geen oplossing meer en de rechter komt uit bij tbs met dwangverpleging (RE). Zaken die niet zwaar genoeg zijn voor tbs, maar waarbij de GGz aangeeft dat een zorgmachtiging niet uitvoerbaar is komen steeds vaker voor volgens respondenten (INS, OM). Respondenten van de reclassering melden dat er binnen hun organisatie discussie is over de vraag of een strafrechtelijk kader niet passender is in situaties waarin een beveiligingsniveau 3 nodig is (INS).

Ook binnen de PPC's merkt men dat de bovengenoemde groep in de knel komt. Volgens een respondent bevindt zich een aanzienlijk aantal mensen in PPC's met ernstige psychische stoornissen en veelal gecombineerde problematiek, die wat betreft delict niet voldoen aan criteria voor tbs. Volgens de respondent heeft het OM dan niet veel anders dan de zorgmachtiging (JUS). Deze acht de respondent voor de meerderheid van de patiënten in de PPC's echter niet geschikt omdat de algemene GGz niet (meer) is toegerust op behandeling van de gecombineerde problematiek en het delictrisico dat bij deze groep speelt (JUS). Andere respondenten melden dat voor veel PPC-patiënten een zorgmachtiging of crisismaatregel wordt aangevraagd (JUS, JUS). Het zijn volgens de respondenten patiënten met ernstige psychische stoornissen, die echt in de algemene GGz, 'de psychiatrie', thuishoren en altijd vervolgzorg nodig hebben (JUS). Daar zijn ze echter niet welkom omdat de psychiatrie de juiste middelen niet meer heeft (JUS). De belangrijkste overweging om een zorgmachtiging voor hen te vragen is dat zij niet op straat terechtkomen en weer nieuwe delicten plegen (JUS). Veelal zijn zij eerder in de GGz gestrand omdat de mogelijkheden van de GGz voor complexe

patiënten te gering zijn (JUS, JUS). Het betreft vaak jonge mensen met psychosen en ernstige verslavingsproblematiek in combinatie met ADHD en/of persoonlijkheids- of hechtingsproblematiek. Een respondent ziet hen ook wel degelijk als een doelgroep van artikel 2.3 Wfz (JUS). Psychosen in combinatie met verstandelijke beperking komen ook veel voor binnen de PPC-populatie, aldus een respondent: 'Veel instellingen schrikken daarvoor terug, maar je zou willen dat de Wzd voor hen ook toepasbaar is, capaciteit is daar echter een groot probleem, een half jaar wachttijd voor een beveiligd bed' (JUS, en zie hoofdstuk 7).

Box 4.1 Casus artikel 2.3 Wfz (licht bewerkt)

Mevrouw A. verblijft in een begeleid-wonen voorziening van het Leger des Heils. Zij is verslaafd en wel wat verward. Er ontstaat op enig moment een ruzie bij de badkamer van de begeleid-wonen voorziening en mevrouw A. steekt in een soort idee van 'hij doet me wat aan', een mannelijke medebewoner met een mes. Het is een klein steekincident met een steekwondje in de bilspier, zeker niet levensbedreigend, maar dat mes had ook per ongeluk ergens anders uit kunnen komen. Mevrouw A. heeft niet of nauwelijks een strafblad op het gebied van geweld, misschien een klein vermogensdelict. Geen gevaarlijke mevrouw, maar ze had toch dat mes gehanteerd. In deze zaak kwam het advies om een zorgmachtiging te verlenen. Deze mevrouw zou (onder de oude wetgeving) vermoedelijk niet volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Daarvoor was er te veel persoonlijke vijandigheid naar de betrokken meneer toe. Mevrouw A. is opgenomen met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz.

Box 4.2 Casus voormalige artikel 37 Sr doelgroep, overweging artikel 2.3 Wfz of tbs (licht bewerkt)

De heer M. heeft een ernstige bipolaire stoornis waarvoor hij medicatie krijgt. Meneer M. is al jaren bekend in de psychiatrie. Hij loopt echter regelmatig weg en gebruikt dan zijn medicatie niet. Er was weleens een rechterlijke machtiging en dan weer een tijd niet. Onlangs raakte hij in een manische toestand en veroorzaakte problemen. Hij bedreigde iemand verbaal op het moment dat hij tevens een gevaarlijk verkeersincident had veroorzaakt. Meneer M. zit nu vast voor artikel 5 Wegenverkeerswet, gevaarlijk rijden, waarbij niemand gewond is geraakt en hij heeft verbaal iemand bedreigd. In een gesprek bij een kliniek, waar de vraag was of hij zou worden opgenomen, heeft hij de hulpverleners in zijn bipolaire stoornis ook verbaal bedreigd. Het OM kijkt of er een zorgmachtiging kan komen, maar de geneesheer-directeur zegt: 'Nee, gaan we niet doen, die meneer is te gevaarlijk'. Meneer M. had voorheen vermoedelijk een grote kans gemaakt op een artikel 37 Sr. Je ziet dat de betrokken partijen worstelen met het punt dat er niemand letsel is aangedaan. Er is eigenlijk ook geen directe aanwijzing dat hij zijn verbale bedreiging tot uiting zou brengen, hij bedreigt alleen maar in zijn manische toestand en daarmee belandt hij in het strafrecht. De heer M. heeft tbs gekregen.

Box 4.3 Casus voormalige artikel 37 Sr doelgroep, artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging (licht bewerkt)

De heer C. heeft schizofrenie en is al meer dan tien jaar onder behandeling bij de GGz, waarvan de laatste jaren zelfstandig wonend met hulpverlening van ouders en de ambulante psychiatrie. Hij krijgt medicatie waarvan hij veel aankomt en vindt dit erg vervelend. Hij gebruikt geen medicatie meer en krijgt vervolgens een achtervolgingswaan die inhield dat 'ze' op zoek waren naar hem en dat hij dat kon voorkomen door mensen neer te steken. Hij pleegt een delict, maar geen geweldsdelict. Het NIFP rapporteert dat de heer C. in het kader van zijn schizofrenie waanideeën heeft en dat hij volledig onder invloed van deze waanideeën een delict heeft gepleegd. Het NIFP acht hem goed behandelbaar: het is belangrijk dat hij niet zomaar kan weglopen, en dat hij dus volledig in behandeling is, hier is een zorgmachtiging een geschikte optie. Het was een aparte zaak want je hebt hier echt wel fors strafrecht, maar de rechtbank had hier duidelijk de mogelijkheid van een zorgmachtiging en dat was voor deze meneer zonder strafblad en zonder directe gevaarzetting verder, behalve dat hij ernstig psychotisch wordt als hij geen medicatie gebruikt, een hele goede oplossing. De kliniek waar hij vandaan kwam had ook al meteen een plaats voor hem bij de afrondende inhoudelijke zitting. De rechtbank heeft hem dus ook bij de laatste zitting geschorst zodat hij daar opgenomen kon worden. Deze meneer had volgens een rechter (RE) voorheen zonder meer artikel 37 Sr opgelegd gekregen want hij was volledig ontoerekeningsvatbaar. Er is in deze casus een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz afgegeven en geen straf opgelegd.

4.4.2 Personen zonder geldige verblijfstitel en repatriëring

Een respondent (RE) benoemt een machtiging via artikel 2.3 Wfz als een geschikte vorm voor personen zonder geldige verblijfstitel die psychotisch raken en bijvoorbeeld zwervend op straat kleine delicten plegen. Voor hen kan volgens een respondent een (kortdurende) zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz behulpzaam zijn om te borgen dat zij begeleid worden overgebracht naar hun land van herkomst. Er zijn voorbeelden waarbij voor dit doel zorgmachtigingen via artikel 2.3 Wfz zijn afgegeven voor personen uit Scandinavië en Polen (RE). Een andere respondent maakt hierbij echter een kanttekening: moeten we willen dat de zorgmachtiging als repatriëringsdienst gebruikt wordt (GGZ)?

Verschillende respondenten geven aan een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz niet geschikt te vinden voor personen met een psychische stoornis en een delict die geen kans maken op een verblijfstitel in Nederland (ADV, FGGZ, FGGZ, GGZ, GGZ, JUS RE). Als een dergelijke persoon wordt opgenomen in een zorginstelling, zegt een geneesheer-directeur, wordt dit niet gefinancierd (zij hebben immers geen zorgverzekering). Ook is er geen recht op huisvesting of uitkering als de persoon uit de instelling komt en belandt diegene waarschijnlijk op straat (FGGZ). Er kan dus aan geen enkele resocialisatiedoelstelling worden gewerkt met de persoon (GGZ, RE). Een respondent uit een algemene GGz-instelling zegt een patiënt met een artikel 2.3 zorgmachtiging te hebben gekregen met als doel die te repatriëren (GGZ). Dit maakt de respondent boos, omdat repatriëring enorm veel kosten voor de instelling meebrengt terwijl er geen sprake is van behandeling. Het betreft alleen uitvoering van de repatriëring, dat is niet de expertise van de GGz en het is misbruik van de machtiging, aldus de respondent (GGZ). Aan de andere kant vindt een rechter het lastig dat zorgaanbieders deze

ingewikkelde gevallen 'afschuiven'. Het gaat toch om mensen met ernstige problematiek (RE).

Een respondent stelt als oplossingssuggestie voor dat DJI meer het voortouw zou moeten nemen om dergelijke personen te repatriëren (FGGZ). FPC Veldzicht heeft een gespecialiseerde afdeling die contact zoekt met de psychiatrie in het land van herkomst en probeert te bewerkstelligen dat de patiënt daar wordt overgenomen (RE).

4.5 Doorgeleiding van strafrecht naar reguliere verplichte zorg

4.5.1 Introductie

Het belangrijkste doel dat met artikel 2.3 Wfz beoogd wordt is bevordering van de doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg. Artikel 2.3 Wfz biedt in theorie een uitbreiding van het arsenaal van de strafrechter om een patiënt op de juiste plek te krijgen. In de interviews hebben wij de respondenten gevraagd naar hun indruk of de doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg ook in de praktijk is veranderd nu artikel 2.3 Wfz in werking is, vergeleken met de situatie daarvoor. Wij hebben de respondenten naar hun indrukken op basis van hun ervaring gevraagd. Een kanttekening daarbij is, zoals eerder benoemd (paragraaf 4.2), dat die ervaring nog relatief gering is. Een tweede kanttekening is dat artikel 2.3 Wfz nog maar relatief kort in werking is. Het is te vroeg om na te gaan in hoeverre het doel van verbeterde doorgeleiding behaald wordt (paragraaf 1.2). Ook is er bijvoorbeeld nog geen kwantitatief onderzoek verricht dat inzicht in de doorstroomtrajecten kan geven. Wel kunnen we in dit stadium laten zien hoe vaak artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding wordt toegepast (hoofdstuk 3) en eerste praktijkervaringen verzamelen over hoe de doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg daadwerkelijk verloopt (deze paragraaf).

Meer in het algemeen geven respondenten aan dat hun indruk is dat sinds de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz in de meeste situaties en voor de meeste doelgroepen de doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg onveranderd, ingewikkelder geworden of verslechterd is ten opzichte van de situatie voor de wetswijziging (JUS, RE, en zie paragraaf 6.2). Verslechtering wordt enerzijds geweten aan nieuwe problemen: de langdurige en niet altijd soepel verlopende voorbereidingsprocedure voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz, onduidelijkheid over een plaatsingsmogelijkheid, langer verblijf in de PI doordat de strafzaak en de zorgmachtigingszaak slecht in de tijd met elkaar overeenkomen, en specifieke financieringsproblemen (GGZ, OM). Anderzijds wordt een onveranderde of verslechterde doorgeleiding geweten aan al langer bestaande problemen: capaciteitsgebrek forensische en algemene GGz-instellingen, afbouw van bepaalde typen zorg en voorzieningen, terughoudendheid van algemene GGz-instellingen bij patiënten met een strafrechtelijke voorgeschiedenis, wachttijden voor psychiatrische beoordelingen en meer algemene financieringsproblemen. Deze zaken komen in de navolgende hoofdstukken aan de orde (zie onder andere paragrafen 6.5, 8.2 en 8.3).

Respondenten zien daarnaast nieuwe mogelijkheden in artikel 2.3 Wfz voor doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg maar ervaren daarbij ook problemen. In paragraaf 4.5.2 en 4.5.3 bespreken wij deze. Wij maken daarbij een tweedeling tussen doorgeleiding naar verplichte reguliere zorg bij instroom in het

strafrecht (art. 2.3 Wfz lid 1 opties 1 t/m 4) en doorgeleiding naar verplichte reguliere zorg bij uitstroom uit het strafrecht (art. 2.3 Wfz lid 1 opties 6 t/m 11).

4.5.2 Naar verplichte reguliere zorg bij instroom in het strafrecht

Als positieve ontwikkeling benoemen respondenten dat artikel 2.3 Wfz ruimte biedt voor maatwerk, ook bij moeilijker groepen (ADV, NLGGz, RE). Dat komt doordat artikel 2.3 Wfz in een breder spectrum aan mogelijkheden voorziet, in vergelijking met bijvoorbeeld het oude artikel 37 Sr (zie ook paragraaf 2.5).

Sommige respondenten hebben de indruk dat de doorgeleidingsmogelijkheden zijn verbeterd voor de groep die valt onder artikel 2.3 Wfz lid 1 sub 1, veroordeling wegens een strafbaar feit (RE). Zo wordt gemeld dat voor personen die niet als volledig ontoerekeningsvatbaar worden gezien, de mogelijkheid van snelle doorgeleiding vanuit het strafrecht naar de algemene GGz door artikel 2.3 Wfz is vergroot (INS, OM). Er worden enkele voorbeelden genoemd van cases waarin studenten met een eerste psychose een delict hadden gepleegd (INS). Respondenten van het OM benoemen de mogelijkheid om bij een strafrechtelijk feit waarvoor voorlopige hechtenis mogelijk is maar waarop geen fors strafrechtelijk kader van toepassing is, te bewerkstelligen dat de voorlopige hechtenis eindigt als de zorgmachtiging kan worden uitgevoerd (OM). Zij achten dit een zeer belangrijke categorie met het oog op continuïteit van zorg (OM). Respondenten van het OM benoemen verder de combinatie van een voorwaardelijke straf of maatregel met een zorgmachtiging (OM). Deze combinatie wordt volgens respondenten ook daadwerkelijk in de praktijk toegepast (INS, RE). Een ander ziet de nieuwe mogelijkheden van artikel 2.3 Wfz vooral nog als theorie die door de vele praktische problemen (nog) niet voldoende in de praktijk van de grond komt (RE). Verder wordt als verbetering benoemd dat patiënten via artikel 2.3 Wfz ook in een forensische setting (FPA, FPK) kunnen worden opgenomen terwijl dat via de Wet Bopz alleen in algemene GGz-instellingen kon. Daardoor zijn er meer mogelijkheden om de patiënt op een juiste plek met de juiste zorg te krijgen (INS).

Verschillende respondenten uit de forensische en algemene GGz en de rechtspraktijk vinden artikel 2.3 Wfz een belangrijke mogelijkheid voor de groep met lichte delicten en psychische stoornissen, de groep bij wie 'zorg prevaleert boven het strafrecht' (FGGZ, GGZ, INS, OM, OM, OM, RE, RE, RE, RE). Juist bij de groep met lichte delicten en psychiatrische problemen zou artikel 2.3 Wfz een extra ingang bieden waardoor zij mogelijk eerder en gemakkelijker kunnen doorstromen uit het strafrecht (GGZ, Reclassering). Maar ook voor deze groep geldt dat de doorlooptijd aanzienlijk langer kan zijn dan onder de Wet Bopz, toen werden zij relatief snel doorgeplaatst naar de algemene GGz (ADV, JUS). Een respondent ziet personen met een psychische stoornis en een licht delict liever via de civiele rechter naar zorg geleid worden omdat in zijn regio standaard een NIFP-rapportage wordt aangevraagd als een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wordt overwogen, daardoor verblijft de betrokkene langer in de PI, met vaak alleen medicatie (ADV). Lang wachten in de PI tot er meer bekend wordt over het traject vindt een advocaat schrijnend: 'Met name als duidelijk is dat wij het erover eens zijn dat zorg moet worden verleend, is langere tijd om procedurele redenen op de verkeerde plek verblijven wrang' (ADV). Andere respondenten vinden dat personen met relatief lichte delicten en psychiatrische problematiek eigenlijk helemaal niet bij de strafrechter terecht zouden moeten komen (FGGZ, JUS, JUS). Voor deze groep zou een reguliere zorgmachtiging via de civiele rechter meer aangewezen zijn. Artikel 2.3 Wfz biedt dan in feite een correctie in het geval dat de reguliere route op de een of andere manier is gemist (INS, INS, JUS).

Respondenten merken op dat de groep die aangeduid wordt als 'verwarde personen' ook verwaarloosde psychiatrische patiënten omvat (ADV, INS, RE). Dankzij artikel 2.3 Wfz zouden complexe algemene GGz-patiënten ('gevaarlijke verwarde mensen') nu in een forensische setting geplaatst kunnen worden. Een respondent denkt dat die groep in de Wet Bopz-tijd vaak aan zijn lot werd overgelaten en op straat zwierf. Nu is er een mogelijkheid georganiseerd om hen meer zorg te bieden, al is capaciteit voor langdurige complexe zorg een groot probleem (INS).

Sommige respondenten denken, zoals eerder vermeld, dat de doorgeleiding in het algemeen juist verslechterd is sinds artikel 2.3 Wfz in werking is (INS, RE). Andere wegen kunnen soms veel sneller werken, bijvoorbeeld als OM, reclassering en advocaat een plaatsingsmogelijkheid verkennen voor iemand in het kader van schorsing van voorlopige hechtenis. Dan wordt het vervolgens vaak een voorwaarde bij een straf (RE). Artikel 2.3 Wfz gaat langzamer omdat de materie ingewikkelder is geworden en de uitvoering langer duurt, mede omdat de voorbereiding niet soepel verloopt (FGGZ, JUS, JUS, RE).

4.5.3 Naar verplichte reguliere zorg bij uitstroom uit het strafrecht

Artikel 2.3 Wfz biedt volgens meerdere respondenten (ADV, ADV, FGGZ, FGGZ, FGGZ, INS, INS JUS, OM, OM, OM RE, RE) een geschikte route om personen bij wie het delictrisico na behandeling is verminderd en die na afloop van een tbs-maatregel nog wel verplichte zorg nodig hebben, te laten doorstromen naar verplichte reguliere zorg. Als voordeel wordt benoemd dat bij de route via artikel 2.3 Wfz nu in één zitting door de verlengingsrechter zowel het niet verlengen van de tbs als de afgifte van de zorgmachtiging kan worden uitgesproken (ADTbs, OM, RE). Voorheen was daarvoor meer afstemming nodig (zie paragraaf 2.4). Ditzelfde zou volgens respondenten mutatis mutandis gelden voor de PIJ-maatregel. Geen van de respondenten had overigens op het moment van het interview nog te maken gehad met een artikel 2.3 verzoek bij een persoon aan het einde van een PIJ-maatregel. Alleen een van de geïnterviewde advocaten had zonder succes toepassing van artikel 2.3 Wfz in een PIJ-verlengingszaak bepleit (ADV). Respondenten uit de algemene GGz geven aan dat personen na afloop van een tbs-maatregel in de algemene GGz terecht zouden kunnen, mits zij een door de GGz behandelbare stoornis hebben (zie paragraaf 4.3.1) en deze ook in de voorgaande instelling adequaat is behandeld (GGZ).

Aan de andere kant geven respondenten aan dat aan het einde van een tbs-maatregel ook een reguliere zorgmachtiging zou kunnen worden aangevraagd bij de civiele rechter (FGGZ). Sommige respondenten zien daardoor niet een grote meerwaarde van artikel 2.3 Wfz in dit geval (FGGZ). Respondenten benoemen de civielrechtelijke aanvraagroute als laagdrempeliger omdat de geneesheer-directeur van de zorginstelling dan zelf een verzoek kan doen bij de verplichte zorg-officier van justitie om een machtiging voor te bereiden (FGGZ). Ook benoemen respondenten dat het aanvragen van een zorgmachtiging (hetzij via artikel 2.3 Wfz, hetzij regulier) veel administratief werk met zich meebrengt. Desondanks is het toch een vooruitgang ten opzichte van de wijze waarop vroeger aansluitende verplichte zorg na tbs of PIJ moest worden geregeld (RE). De strafrechter heeft hiermee meer armslag voor het leveren van maatwerk gekregen (RE). Sommige respondenten relativeren het nut van een zorgmachtiging, hetzij via artikel 2.3 Wfz hetzij regulier, aan einde van een tbs-maatregel. Voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging is volgens een rechter als instrument voor plaatsing in verplichte zorg net zo bruikbaar (RE). Ook kan binnen een voorwaardelijke

beëindiging van de dwangverpleging volgens de respondent gemakkelijker weer worden opgeschaald wat betreft behandeling en beveiliging als dat nodig is.

Bij tbs met dwangverpleging in het eindstadium (niet verlengen tbs of niet verlengen voorwaardelijke beëindiging dwangverpleging) zeggen meerdere respondenten te hebben ervaren dat een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz voor verbetering in de doorgeleiding kan zorgen (ADV, ADV, INS, INS, , JUS, JUS,OM, OM, OM, RE, RE,). Met artikel 2.3 Wfz in combinatie met een PIJ-maatregel die niet wordt verlengd hebben respondenten zoals gezegd minder ervaring, maar daarover wordt vergelijkbaar gedacht. Een rechter geeft aan dat de tbs-gestelden voor wie deze verbetering geldt wel slechts een kleine groep vormen (RE). Anderen denken niettemin dat dit voor de uitstroom uit de tbs een enorme winst zal betekenen (INS) en van groot belang is voor de continuïteit van zorg (OM, OM). Sommigen zien artikel 2.3 Wfz ook als een verbetering bij vrijspraak, om dezelfde reden als bij tbs en PIJ: omdat dezelfde rechter die over de strafzaak gaat, ook over de opname gaat (ADV, JUS, RE).

Een respondent benoemt echter ook hindernissen die deze manier van doorgeleiding bemoeilijken. Zo valt bijvoorbeeld de financiering van bepaalde resocialisatievoorzieningen weg als de strafrechtelijke titel eindigt. Daardoor wordt het voor geneesheer-directeuren moeilijker om de persoon op de juiste plek te plaatsen of te houden (RE). Een respondent noemt als voorbeeld een tbs-gestelde in de eindfase, die in een kleine begeleid wonen-voorziening verblijft op het terrein van de instelling, waar hij goed functioneert en de begeleiders kent. 'De zorgaanbieder en rechter zijn het erover eens dat hij niet verplaatst zou moeten worden. Wel is hij toe aan beëindiging van de tbs-maatregel. Zou hij een zorgmachtiging krijgen, dan geldt de indicatiestelling voor de woonvoorziening niet meer' (RE). De respondent benoemt dat er dan soms voor gekozen wordt om iemand langer in tbs te houden, terwijl dat niet nodig zou moeten zijn (RE). Een rechter meldt dat het ook voorkomt dat een verdachte die is 'stukgelopen' in het zorgcircuit, zelf aangeeft liever tbs te krijgen: 'Daar mag ik blijven zitten, dan weet ik waar ik ben de komende tijd, ben ik voorlopig onder de pannen' (RE). Deze rechter schrijft dit toe aan de onrust door 'alle onmogelijkheden' in de verplichte zorg, waaronder de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz, maar ook in de vrijwillige zorg. Door al het 'erin, eruit, verplaatst worden, overgeplaatst worden', ontstaat bij verdachten een hang ontstaat naar 'de rust van tbs', aldus de respondent (RE).

Een andere groep die volgens een respondent nu artikel 2.3 Wfz een optie is, mogelijk beter in beeld is zijn psychisch kwetsbaren die anders zonder nazorg uit detentie zouden gaan (FGGZ). Respondenten geven aan dat een persoon na afloop van een gevangenisstraf bij de algemene GGz terecht zou kunnen, mits de problematiek voor de algemene GGz behapbaar is (GGZ, GGZ). Als voorbeeld noemt een respondent dat een persoon na een periode in een penitentiaire instelling met een redelijk drugsvrij klimaat, waar de betrokkene is ingesteld op medicatie, stabiel kan zijn wat betreft de psychische stoornis en dat daardoor agressieproblematiek ook sterk kan zijn verminderd (GGZ). Als punt van aandacht wijst een respondent uit de algemene GGz daarbij wel op het verschil in context tussen enerzijds een justitiële instelling zoals een penitentiaire inrichting met een vaste dagstructuur en weinig bewegingsvrijheid, en anderzijds een gesloten afdeling van een algemene GGz-instelling die juist meer vrijheid biedt. Personen die binnen de strakke structuur van een PI goed hanteerbaar zijn, zijn dat soms niet meer in de vrijere context van een algemene GGz-afdeling (GGZ).

De praktische toepassing van de artikel 2.3 Wfz-route is na een gevangenisstraf anders dan aan het einde van de tbs-maatregel (paragraaf 2.4). Er is in het eerste

geval niet een rol van de strafrechter, zoals bij een tbs-verlengingszaak. Een artikel 2.3 Wfz machtiging zou in dit geval kunnen worden geïnitieerd op vordering van het OM. Respondenten geven aan dat personen van wie de gevangenisstraf eindigt en bij wie men toch nog verplichte zorg nodig acht, in de praktijk zowel uitstromen via een artikel 2.3 Wfz-machtiging, als via een reguliere zorg- of rechterlijke machtiging, maar vooral via de laatste (INS, JUS, JUS). Sommige respondenten zijn van mening dat wettelijk gezien een machtiging via artikel 2.3 Wfz zou moeten worden toegepast (INS). Zij vermelden daarbij echter dat dit in de praktijk vaak niet gebeurt omdat het proces via de civiele rechter eenvoudiger te regelen is.

Vanuit een PPC is doorplaatsing altijd al moeilijk geven respondenten aan omdat GGz-instellingen niet (meer) op die groep zijn toegerust. Instellingen hebben bijvoorbeeld geen mogelijkheid meer om patiënten te isoleren (JUS). 'Het komt regelmatig voor (bijna wekelijks) dat wij personen op straat moeten laten gaan van wie wij denken dat het niet verantwoord is. In een aantal gevallen hebben die personen snel weer een nieuw delict gepleegd omdat zij geen medicatie meer namen (JUS). Het gebeurt dat de rechter geen straf oplegt, er geen zorgmachtiging komt, en ook geen crisismaatregel wordt afgegeven, bijvoorbeeld omdat er geen plaats is voor de betrokkene' (JUS).

4.6 Belangrijkste bevindingen

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk puntsgewijs samengevat.

Ervaring respondenten met artikel 2.3 Wfz
- De ervaring met artikel 2.3 Wfz is bij veel respondenten nog beperkt.
- De meeste van de artikel 2.3 Wfz-patiënten worden volgens respondenten geplaatst in forensische GGz-instellingen. Algemene GGz-instellingen hebben er relatief weinig geplaatst. Respondenten geven aan meerdere malen patiënten waarvoor hun instelling door het OM aangewezen was te hebben afgewezen.

Overwegingen respondenten over doelgroepen artikel 2.3 Wfz
- Bij de overweging van artikel 2.3 Wfz achten respondenten het belangrijk dat een psychische stoornis bij de betrokkene op de voorgrond staat.
- Respondenten uit de (F)GGz benadrukken dat de doelgroep van artikel 2.3 Wfz smal is als gekeken wordt vanuit de Wvggz-criteria: een psychische stoornis die in korte tijd behandelbaar is, geen of weinig delictrisico, licht delict en binnen een algemene GGz-instelling hanteerbaar.
- Andere respondenten vanuit meerdere organisaties waaronder de Rechtspraak, benadrukken juist dat artikel 2.3 Wfz mogelijkheden biedt voor zorg op verschillende, ook hogere, beveiligingsniveaus voor een bredere doelgroep.
- Artikel 2.3 Wfz is volgens respondenten uit de (F)GGz niet geschikt voor personen met ernstig delictrisico, ernstige (antisociale) persoonlijkheidsstoornissen, andere moeilijk behandelbare stoornissen, meerdere diagnoses of stoornissen die een langdurige behandeling vergen.

Groepen tussen wal en schip?
- Respondenten vanuit de Rechtspraak en PPC's benoemen een groep die tussen wal en schip valt. Hier lijkt artikel 2.3 Wfz tekort te schieten omdat er geen geschikt zorgaanbod is. Het gaat om personen met psychische stoornissen, veelal meerdere diagnoses en risicovol gedrag. Deze patiënten worden wat gedrag betreft te

risicovol geacht voor verplichte zorg, maar te licht voor tbs en wel gezien als psychiatrische patiënt. Het delictrisico zorgt voor een dilemma, respondenten ervaren hierbij een te grote kloof tussen tbs en zorgmachtiging.
- Respondenten lopen tegen veel uitvoeringsproblemen aan als personen zonder geldige verblijfstitel voor een machtiging via artikel 2.3 Wfz in aanmerking komen. Inzet van een gespecialiseerde instelling hierbij achten zij belangrijk.

Doorgeleiding vanuit strafrecht naar reguliere zorg
- Artikel 2.3 Wfz biedt volgens respondenten een groter arsenaal aan mogelijkheden voor maatwerk in de doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere (verplichte) zorg door het loslaten van de ontoerekeningsvatbaarheidseis en de mogelijkheid van nieuwe combinaties van een voorwaardelijke sanctie met een zorgmachtiging. Zij geven aan te zien dat deze nieuwe vormen en de benodigde samenwerkingsbereidheid daarbij, in de praktijk beginnen te ontstaan. Volgens anderen is dat grotendeels nog theorie en komt het te weinig van de grond door praktische problemen.
- De indruk van respondenten is dat over het algemeen de doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg sinds de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz niet is verbeterd.
- Wel zien respondenten voor specifieke groepen meer mogelijkheden voor doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg op basis van artikel 2.3 Wfz, maar ook op basis van een zorg- of rechterlijke machtiging, verleend door de civiele rechter. Genoemd worden personen die niet volledig ontoerekeningsvatbaar geacht worden, personen met een psychische stoornis en een licht delict, en personen van wie de tbs- of PIJ-maatregel niet wordt verlengd. Specifiek worden ook benoemd psychisch kwetsbare personen die zonder een machtiging via artikel 2.3 Wfz zonder nazorg uit detentie zouden gaan en verwaarloosde psychiatrische patiënten die na de inwerkingtreding van de nieuwe wetgeving beter in beeld zouden zijn.

5 Voorbereiding zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz

5.1 Introductie

In dit hoofdstuk staan de ervaringen van de respondenten met de voorbereiding en afgifte van artikel 2.3 Wfz centraal. Eerst wordt stilgestaan bij hoe goed ketenpartners volgens respondenten bekend zijn met de toepassingsmogelijkheden van het artikel (paragraaf 5.2). Vervolgens worden ervaringen met het voorbereidingsproces en de rolverdeling tussen ketenpartners daarbij besproken (paragraaf 5.3). Daarna komen achtereenvolgens aan de orde de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners (paragraaf 5.4), de rol van de NIFP-rapportage (paragraaf 5.5), het verloop in de tijd van respectievelijk het strafproces en de machtiging via artikel 2.3 Wfz (paragraaf 5.6) en de overweging van een ambtshalve afgifte van een machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter (paragraaf 5.7). Tot slot worden de belangrijkste bevindingen kort samengevat (paragraaf 5.8). Paragraaf 2.8 biedt als achtergrondinformatie een beschrijving van het proces van de voorbereiding van een zorgmachtiging aan de hand van de relevante wet- en regelgeving.

5.2 Bekendheid met en toegankelijkheid van artikel 2.3 Wfz

Meerdere respondenten zijn het eens dat hoewel er voortgang is geboekt in de eerste anderhalf jaar dat artikel 2.3 Wfz in werking is, het bewustzijn en de kennis over artikel 2.3 Wfz in de hele keten van betrokken organisaties beter kan en moet (ADV, ADV, INS, JUS, OM, OM, RE, RE,). Men ervaart onder meer te weinig kennis bij strafrechters en (niet verplichte zorg-)officieren van justitie over wat in de praktijk wel en niet mogelijk is met artikel 2.3 Wfz (FGGZ, JUS, OM, RE). Een strafrechter geeft daarbij ook de algemene kanttekening dat het hele stelsel van straffen en maatregelen, evenals de terminologie erg ingewikkeld is geworden (RE). Voor een individu is het erg lastig om alles vakmatig bij te houden. Dit geldt zeker ook voor artikel 2.3 Wfz in combinatie met Wvggz of Wzd (JUS, RE).

Veelal hebben strafrechters geen of weinig ervaring met de Wvggz of de voormalige Wet Bopz en vinden ze het ingewikkeld dat zij nu ook veel moeten weten van het civiele recht (OM, RE). Een strafrechter geeft aan te merken dat officieren van justitie liever een zorgmachtiging via de civiele rechter aanvragen als dat mogelijk is, omdat civiele rechters al veel ervaring hebben met zorgmachtigingen (RE).
Het 'civiele proces in het strafproces' zorgt volgens een strafrechter voor verwarring, door onder meer de andere rapportage en andere terminologie (RE). Met name de kennis over wat een zorgmachtiging in de Wvggz betekent zou te weinig aandacht krijgen in de opleiding van strafrechters (OM, OM). Volgens een respondent van het OM kunnen strafrechters de civiele en strafrechtelijk taak niet altijd goed scheiden (OM). Zo zouden sommige strafrechters bijvoorbeeld niet duidelijk genoeg voor ogen hebben hoe 'verplichte zorg machtigen' verschilt van 'een maatregel opleggen' (OM). Ook moeten volgens verplichte zorg-officieren van justitie de uitspraak in de strafzaak en de beschikking betreffende de zorgmachtiging twee losse beslissingen zijn omdat het strafproces en het civiele proces gescheiden moeten zijn (OM). Dit gaat volgens respondenten soms mis in de rechterlijke uitspraken. Zo geeft een respondent een voorbeeld waarin binnen een uitspraak in een strafzaak 'uitgebreid geciteerd wordt' uit stukken van een GGz-psychiater. Op die manier worden stukken die niet openbaar

horen te zijn, dat alsnog via een strafuitspraak, aldus de respondent (OM, zie ook paragraaf 6.4.5). Er zou in de uitspraak van de strafzaak alleen een overweging moeten staan dat er wel of niet een zorgmachtiging komt (OM).

Verder wordt aangegeven dat de toeleidingsmogelijkheden die artikel 2.3 Wfz biedt nog onvoldoende duidelijk zijn voor de verschillende juridische actoren (RE). Dan gaat het er bijvoorbeeld om dat verplichte zorg niet alleen opnemen betreft, maar dat ambulante zorg juist het uitgangspunt zou moeten zijn, dat combinaties van verschillende modaliteiten mogelijk zijn, evenals plaatsing op verschillende beveiligingsniveaus (RE). Respondenten uit de algemene GGz geven aan het idee te hebben dat strafrechters en strafadvocaten bij artikel 2.3 Wfz vaak uitgaan van een opname en dat zij de zorgmachtiging gebruiken om iemand 'even' uit de maatschappij te halen. Dat is strijdig met hoe deze respondenten dit zien. Zij stellen dat de Wvggz geen opnamewet is zoals de Wet Bopz dat was: de kern is verplichte zorg, maar alleen als het niet anders kan, en zodra het mogelijk is dient dit ambulant te gebeuren. Er is te weinig oog daarvoor (GGZ, GGZ). Een ander punt dat wordt benoemd is gebrek aan kennis bij strafrechters en NIFP-rapporteurs over de praktijk van de GGz; bijvoorbeeld hoe het er in een algemene GGz-instelling aan toe gaat en welke populatie daar verblijft (OM, RE).

Naast de strafrechtelijke taak van opsporing en vervolging, heeft het OM ook taken in het kader van civielrechtelijke verplichte zorg. Gespecialiseerde verplichte zorg-officieren van justitie, hebben veel ervaring met artikel 2.3 Wfz, de Wvggz en Wzd geeft een respondent van het OM aan (OM). Ook volgens andere respondenten hebben de laatsten daarin een zeer waardevolle kwaliteitsslag gemaakt (GGZ). Officieren van justitie die zich vooral met opsporing en vervolging bezighouden zijn daarentegen volgens een respondent wat betreft kennis en ervaring vaak onvoldoende toegerust op het terrein van de verplichte zorg (JUS, RE). Het is daardoor sterk afhankelijk van de individuele zaaksofficier in een strafzaak of de mogelijkheid van verplichte zorg wordt verkend of niet. Dit belemmert een goede triage door het OM geeft een rechter aan (RE). Wel ziet een advocaat dat in de afgelopen anderhalf jaar de bekendheid bij de strafzaak-officieren van justitie toeneemt (ADV).

De reclassering heeft geen specifieke rol bij artikel 2.3 Wfz. Het is daarom misschien ook niet vreemd dat respondenten van de reclassering aangeven dat de kennis binnen hun gelederen over artikel 2.3 Wfz, de Wvggz en de Wzd gering is. Zij lijken ook niet veel perspectief voor toename van kennis te zien. Het betreft hele specifieke materie waar reclasseringswerkers niet voor opgeleid zijn en die zij zich niet echt eigen kunnen maken, aldus respondenten (INS). Respondenten van de reclassering hebben echter wel behoefte aan meer kennis op dit gebied, omdat zij in sommige gevallen in actie moeten komen als een machtiging via artikel 2.3 Wfz eindigt en er bijvoorbeeld nog een voorwaardelijk kader is waarin de reclassering een rol heeft. Ook is het mogelijk dat een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz gecombineerd wordt met een voorwaardelijke sanctie en de reclassering een rol heeft bij de laatstgenoemde.

Dat bij veel ketenpartners de kennis van de mogelijkheden en onmogelijkheden met betrekking tot de zorgmachtiging nog te gering is, wordt als belangrijk knelpunt gesignaleerd (ADV, OM). Dit geldt zoals hierboven besproken voor strafrechters, officieren van justitie (buiten degenen die zich in verplichte zorg hebben gespecialiseerd), maar ook voor patiënt- en familievertrouwenspersonen, NIFP-rapporteurs en de reclassering (ADV, INS, OM, OM, RE).

Respondenten benoemen verschillende manieren om kennis van en ervaring met artikel 2.3 Wfz te bevorderen en om bij gebrek aan kennis ondersteuning te bieden. Een strafrechter vermeldt dat er bij verschillende arrondissementen specialisten onder strafrechters zijn wat betreft kennis op het gebied van artikel 2.3 Wfz. Zij hebben zich in werkgroepen verdiept in de nieuwe wetgeving, al geruime tijd voor die in werking trad. Deze specialisten kunnen door collega's en anderen geraadpleegd worden, ook in specifieke zaken (RE, RE). Overigens geven sommige strafrechters aan dat specialisatie ook een risico inhoudt. Op het niveau van het behandelen van alleen een bepaald type zaken is specialisatie voor een rechter wat hen betreft niet wenselijk. Zij zijn van mening dat een strafrechter een breed scala aan factoren moet kunnen afwegen en daarom ook verschillende typen zaken moet kunnen behandelen (RE, RE). Een suggestie van een advocaat is om te zorgen voor meer samenwerking tussen strafrechters en civiele rechters, omdat de laatsten veel ervaring hebben met zorgmachtigingen (ADV). Dit zou kunnen door een Wvggz rechter op te nemen in 'strafcombinaties' (ADV). Volgens een andere respondent zijn er expertisecentra nodig waar specialisten op de verschillende terreinen gemakkelijk voor vragen vanuit de praktijk bereikbaar zijn (JUS).

Helpend is verspreiding van informatie over wat je van een zorgmachtiging kan verwachten en over het verschil tussen reguliere verplichte zorg en forensische zorg (OM). Ook scholing in de praktijk is nodig: helpend is het als de OM-collega's weten hoe ze het verzoekschrift met alle bijlagen en juiste formulieren moeten voorbereiden, zegt een gespecialiseerde verplichte zorg-officier van justitie (OM). Naast bijeenkomsten en cursussen die worden gehouden, noemen respondenten ook het meelopen met een collega bij een andere ketenpartner als iets dat meer moet gebeuren, bijvoorbeeld in een algemene GGZ-instelling (OM, RE). Verder heeft het Ketencoördinatieteam Wvggz een handreiking voor het voorbereidingstraject van artikel 2.3 Wfz ontwikkeld, waarin ook informatie-uitwisseling en facturatie onderwerpen zijn. Ook voor het natraject is een handreiking ontwikkeld waarin indicatiestelling en plaatsing aan de orde komen (Ketencoördinatieteam Wvggz, 2021b, 2021c). Respondenten delen de mening dat aan ervaring en deskundigheidsbevordering op het gebied van artikel 2.3 Wfz nog veel winst te behalen is. 'Investeren in kennisbevordering zou nog veel meer moeten' (OM).

Belangrijk is daarnaast dat onduidelijkheden en verwarring wat betreft de wet- en regelgeving weggenomen worden door daarover duidelijk te communiceren benoemen veel respondenten. Dat gold bijvoorbeeld de financiering van het voorbereidingsproces via artikel 2.3 Wfz en van beveiligde bedden (paragrafen 5.3.2 en 6.5.4), de verschillende regelingen rond vormen van verplichte zorg en inperking van vrijheden (paragraaf 5.3.3), de procedure voor toestemming van de minister bij tijdelijke onderbreking of voortijdige beëindiging van verplichte zorg (paragraaf 6.3.1) en het klachtrecht bij artikel 2.3 Wfz-patiënten in een FPC (paragraaf 6.4.5). Ook over de juridische gronden voor informatie-uitwisseling tussen justitiële instellingen en organisaties enerzijds en zorgaanbieders uit de GGz anderzijds is er veel onduidelijkheid (paragraaf 5.4.2).

5.3 Rolverdeling en voorbereidingsproces

5.3.1 Overleg en verbindingen tussen ketenpartners

Relatie OM en zorgaanbieders versterkt en verbeterd
Als een (groot) winstpunt van de nieuwe wetgeving wordt benoemd dat de relatie tussen zorgaanbieders en het OM sterk verbeterd is (FGGZ, FGGZ, FGGZ, JUS, NVvP). Dit komt mede door de centrale rol van het OM in de Wvggz en artikel 2.3 Wfz. De korte(re) lijnen, het toegenomen contact met de verplichte zorg-officieren van justitie, evenals hun deskundigheid op het gebied van de nieuwe wetgeving en hun openheid voor samenwerking worden als helpend ervaren bij de voorbereiding van een zorg-machtiging (FGGZ, FGGZ, JUS). Geneesheer-directeuren benoemen als aandachtspunt bij concrete cases dat het OM, naast het NIFP, ook hen vanwege hun psychiatrische expertise al vroeg in de voorbereidende fase betrekt als een machtiging via artikel 2.3 Wfz wordt overwogen (FGGZ, FGGZ, FGGZ, FGGZ, JUS). Dat werkt beter dan als dit pas gebeurt als de keuze voor een zorgmachtiging al gemaakt is (FGGZ, FGGZ). Die gewoonte is er echter nog niet standaard in elke regio (JUS). Ook de verplichte zorg-officieren van justitie onder de respondenten geven aan dat de samenwerking van de verschillende betrokken partijen per regio na de invoering van de Wvggz en Wfz artikel 2.3 intensiever is geworden (OM, OM), al werkte het OM hieraan ook al in kader van de Wet Bopz (OM).

Er zijn echter ook minder sterke verbindingen. Het contact tussen het OM en de PPC's bijvoorbeeld, verloopt in de praktijk moeizamer dan dat met andere zorgaanbieders (JUS). Behandelaars in PPC's vinden een goede korte lijn met de verplichte zorg-officier van justitie erg belangrijk, maar geven aan dat beide organisaties in de praktijk nog weleens lastig toegankelijk zijn voor elkaar (JUS, JUS). Het kan lang duren bij een PPC voor je contact krijgt met een behandelcoördinator (JUS). Een respondent uit een PPC geeft aan door gebrek aan informatie vanuit OM/rechtbank weinig zicht te hebben op het proces van de strafzaak en voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz bij in het PPC verblijvende patiënten (JUS). De behandelcoördinator uit een PPC zou graag meer in dat proces betrokken worden, informatie geven die belangrijk is voor de onderbouwing waarom een machtiging wel of niet verstandig is en tijdiger de zittingsdata horen (JUS). Ook vanuit de GGz wordt benoemd dat de communicatie vanuit het OM of de rechtbank richting zorgaanbieders niet altijd optimaal is. Het is bijvoorbeeld soms onduidelijk tot laatste moment of de strafrechter beslist dat zij als zorgverantwoordelijke naar de zitting moeten komen (GGZ).

Een zorgverantwoordelijke uit de algemene GGz geeft aan dat het lastig is om de actuele stand van zaken van het PPC te krijgen wat betreft medicatie over een patiënt die vanuit een PPC is gekomen. De behandelverantwoordelijke in het PPC is vaak moeilijk te bereiken (GGZ). Het contact tussen zorgaanbieders uit de GGz en het NIFP, dat verantwoordelijk is voor de psychiatrische zorg binnen PPC's, is volgens respondenten soms te gering en de relatie wat moeizaam (FGGZ). Algemene GGz en NIFP zijn gescheiden werelden geven respondenten aan (GGZ, GGZ). Er is geen werkrelatie met het NIFP, het is niet altijd gemakkelijk contact te krijgen als overleg nodig is en het NIFP wordt soms als een wat gesloten bastion ervaren (GGZ). De lijn is dat de GGz meer samenwerking met NIFP zou willen, een duidelijker rolverdeling, en ook graag zou willen dat het NIFP meer samenwerking zocht (FGGZ). Hierin is volgens respondenten zeker winst te behalen (FGGZ).

Concluderend kan worden gesteld dat het contact en de communicatie van zorgaanbieders met verplichte zorg-officieren van justitie goed lijkt. Met en tussen andere justitiële ketenpartners als NIFP, PPC en reclassering lijkt de communicatie een stuk moeizamer. Een respondent uit een PPC ziet dit als een groot knelpunt en roept op om de communicatie tijdens het artikel 2.3 Wfz-voorbereidingsproces te verbeteren (JUS). Er zou steeds één coördinerende partij moeten zijn die de andere partijen stelselmatig informeert over de fase van het traject, al is het maar een mail eens in de paar weken. Het gaat dan om informatie over welke geneesheer-directeur is aangewezen, de datum waarop verwacht wordt dat de patiënt wordt gezien en dergelijke. Dat zou veel onrust en administratieve druk schelen, aldus de respondent (JUS).

Regionaal overleg waardevol bevonden
Goede verhoudingen in de regio en de verschillende ketenpartners goed kennen is erg helpend bij de voorbereiding en uitvoering van een machtiging via artikel 2.3 Wfz, geven respondenten aan (FGGZ, OM). Doordat de nieuwe wetgeving nog relatief kort in werking is, worstelt men in deze fase met dezelfde zaken: het begrijpen en toepassen van de regelgeving en het werkbaar maken van de uitvoering daarvan (FGGZ, FGGZ). Het helpt dan wanneer ketenpartners zoals de zorgaanbieders en het OM elkaar opzoeken, om 'best practices' te vinden en om te spreken over hoe de praktijk zich in de goede richting kan ontwikkelen en 'ongelukken' kunnen worden voorkomen (FGGZ).

In een van de regio's is het OM zelf een 'overleg ketenpartners zorg- en straf' gestart waarin het OM, geneesheer-directeuren, PPC, het NIFP en de reclassering zijn betrokken, terwijl de rechtbank nog ontbreekt in het overleg (OM). Naast dat het bevorderend is voor het onderlinge contact tussen ketenpartners levert dit ook veel inzichten op in individuele cases. Aan het versterkte contact tussen ketenpartners in de regio, draagt volgens respondenten ook het in het kader van de Wvggz verplichte regio-overleg bij (OM, OM). Zie box 5.1 voor basisinformatie over het regio-overleg Wvggz. Volgens meerdere respondenten functioneert dit regio-overleg goed en zorgt het voor een goed contact tussen ketenpartners (FGGZ, FGGZ). Men doet moeite om elkaar te begrijpen (FGGZ). Er is een groot aantal partijen betrokken, dat kan compliceren, merkt een respondent op, maar het valt in de praktijk mee omdat partijen heel praktisch te werk gaan en zo een manier vinden hoe om te gaan met de ingewikkelde wetgeving (FGGZ).

Box 5.1 Regio-overleg Wvggz

De tekst in de Wvggz (art. 8:31) geeft aan waar het regio-overleg aan moet voldoen: De officieren van justitie, de colleges van burgemeester en wethouders en de geneesheren-directeuren van zorgaanbieders die deel uitmaken van een regio voeren periodiek overleg met elkaar, de politie en overige ketenpartners in de zorg, over het aanbod van verplichte zorg in de regio, de knelpunten bij de voorbereiding daarop en de tenuitvoerlegging en de uitvoering ervan, waaronder in ieder geval begrepen de noodzakelijke gegevensverstrekking, alsmede het toezicht op de verplichte zorg. Het overleg vindt in ieder geval eenmaal per drie maanden plaats.

Welke ketenpartners deelnemen aan het overleg, kan volgens respondenten per regio verschillen. Respondenten van het OM geven aan dat in de meeste regio's overleg tussen geneesheer-directeuren en OM plaatsvindt en dat in de grotere regio's ook de forensische instellingen zijn aangesloten (OM, OM). In een specifieke regio zijn zorg-

aanbieders en civiele Wvggz-rechters en verplichte zorg-officieren van justitie aangesloten (FGGZ). In een andere regio maken OM, GGz, gemeenten en politie deel uit van het overleg (OM). Besproken worden onder meer problemen bij de voorbereiding en uitvoering van de machtiging en andere zaken waarover afspraken moeten worden gemaakt (OM). Een respondent zou graag zien dat men ook gemeenschappelijk kan bepalen wat binnen de regio de beste plek voor een patiënt is. Die taak is nu belegd bij de officier van justitie die een individuele geneesheer-directeur moet benaderen en de huidige regio-overleggen zijn meer stelsel- dan casusgericht (JUS).

Er zijn ketenpartners die minder of niet betrokken zijn bij het regionale overleg. De strafrechter maakt geen deel uit van het regio-overleg Wvggz, terwijl deze wel een belangrijke stem in het geheel van artikel 2.3 Wfz heeft (FGGZ, FGGZ). Respondenten geven aan dat PI's en PPC's veelal ontbreken bij het regio-overleg (JUS).
Kortom, formele overlegstructuren (de rol van het OM in de Wvggz en artikel 2.3 Wfz, het verplichte regio-overleg Wvggz) versterken de samenwerking. Sommige ketenpartners zijn daarin echter minder betrokken dan andere. Sommige verbindingen behoeven mogelijk versterking omdat dat zou kunnen bijdragen aan een betere continuïteit van zorg.

5.3.2 Veel tijd naar voorbereiding artikel 2.3 Wfz-cases

Sommige respondenten geven aan dat het heel wat organisatie heeft gevergd, maar dat in hun regio inmiddels naast de verplichte zorg-officieren van justitie, ook een aantal geneesheer-directeuren en andere psychiaters en zorgverantwoordelijken zich gespecialiseerd heeft in de voorbereiding van zorgmachtigingen via artikel 2.3 Wfz (FGGZ, JUS; zie paragraaf 2.8 voor een beschrijving van het voorbereidingsproces artikel 2.3 Wfz). Niettemin ervaren respondenten in het algemeen belangrijke knelpunten in het voorbereidingsproces van machtigingen via artikel 2.3 Wfz. Met name wordt de voorbereiding als onevenredig arbeids- en tijdsintensief ervaren. Geneesheer-directeuren hebben te veel taken in het kader van de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz vindt een respondent (JUS). Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz bijvoorbeeld, zegt buitenproportioneel veel tijd kwijt te zijn, de helft van de zijn/haar full time aanstelling, aan zaken waarin voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wordt gevraagd (GGZ). Een andere respondent geef aan als dienstdoende geneesheer-directeur, zeven uur op een dag bezig te zijn met het nakijken en tekenen van formulieren (FGGZ). Een instelling is op eigen initiatief begonnen om enigszins te 'ontregelen' om de administratieve druk terug te brengen, er zijn bijvoorbeeld veel 'onnodige' brieven samengevoegd (Timmermans, 2021). Een geneesheer-directeur van een andere algemene GGz-instelling meldt dat daar de taak van onafhankelijk psychiater wordt afgewisseld tussen vier geneesheer-directeuren, waarbij een van de anderen dan de bevindingen schrijft (GGZ). Een geneesheer-directeur van een derde instelling benoemt vanwege gebrek aan capaciteit wel een zorgverantwoordelijke te willen leveren, maar niet ook een onafhankelijk psychiater (FGGZ). Voorgesteld is om die taak neer te leggen bij het NIFP. Het NIFP is bereid om dit in de PPC's te doen, maar niet als een persoon op een reguliere afdeling in een PI verblijft, aldus de respondent. Hier was op moment van het interview nog geen oplossing voor, gaf de respondent aan.

Meerdere respondenten benoemen het bezoeken van patiënten in PI's door het hele land als een bijzonder arbeidsintensief onderdeel van de voorbereiding van een zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz (FGGZ, FGGZ, FGGZ, GGZ, GGZ, RE). De patiënt, die veelal nog niet bekend is bij de GGz, moet worden beoordeeld door een onafhankelijk

psychiater die daarover een medische verklaring schrijft. Een zorgverantwoordelijke die zorgt voor een zorgkaart en zorgplan moet vervolgens eveneens de patiënt bezoeken. Respondenten uit PPC's geven aan dat het voorbereidingstraject ook hen veel tijd kost (JUS, JUS). Er moet veel informatie over de persoon worden verzameld binnen korte tijd. Het komt regelmatig voor dat het lang duurt voor een onafhankelijke psychiater is gevonden. Is die er eenmaal, dan heeft die vaak nog maar een week de tijd (JUS). De behandelcoördinator in het PPC poogt het proces te monitoren en te bevorderen, dit geeft echter veel extra belasting (JUS).

Strafrechters merken dat tijd bij de voorbereiding van de zorgmachtiging een belemmerende factor is (RE). Dat er bovendien een schaarste aan psychiaters is merken zij aan de moeite die het de geneesheer-directeur kost een onafhankelijke psychiater in te schakelen en aan tijd die het daardoor kost om een medische verklaring op te stellen, zeggen verschillende respondenten (JUS, OM, RE). Dit leidt weer tot vertraging in de voorbereiding van de zorgmachtiging door OM en rechtbank, die pas heel laat de benodigde stukken krijgen (OM, RE). Als een patiënt nog niet bij hen bekend is, is de voorbereiding van een zorgmachtiging een lastige puzzel voor de algemene GGz (RE). Dat is lastiger bij artikel 2.3 Wfz, want een verzoek om een reguliere zorgmachtiging bij de civiele rechter komt bijna altijd uit GGz zelf. Die patiënten zijn al in beeld en de instelling heeft voor ogen wat er met de patiënt moet gebeuren (RE). Een rechter geeft aan een aantal keer te hebben meegemaakt dat een betrokkene door vertraging in de voorbereiding langer in PI moest verblijven (RE).

Meerdere geneesheer-directeuren en zorgverantwoordelijken uit algemene GGz maar ook forensische GGz-instellingen, ervaren dat te gemakkelijk, haast achteloos (zo wordt het ervaren) beslag wordt gelegd op de tijd van de geneesheer-directeur (FGGZ, GGZ). Dit is bijvoorbeeld het geval als in een bepaalde casus zowel een NIFP-dubbelrapportage als onderzoek naar de mogelijkheid van een zorgmachtiging in gang wordt gezet (GGZ). Een respondent benoemt als voorbeeld een casus waarin al tbs was geadviseerd, waarom zou je dan nog een zorgmachtiging onderzoeken (GGZ)? Een geneesheer-directeur geeft een voorbeeld waarbij door de zorginstelling bij een bekende patiënt tevoren was aangegeven dat zorgmachtiging niet doelmatig werd geacht. Toch werd de geneesheer-directeur van diezelfde instelling door het OM aangewezen vanwege bepaalde werkafspraken. Vervolgens heeft deze negatieve bevindingen geschreven (FGGZ).

Maar ook ervaren respondenten dat, terwijl bij het oude artikel 37 Sr het NIFP, betaald door het ministerie van JenV, onderzoek verrichtte, nu bij artikel 2.3 Wfz de algemene GGz hiermee overmatig wordt belast door het ministerie van JenV (FGGZ). Een andere respondent meldt dat aanvankelijk de financiering van de voorbereiding van een zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz een probleem was (zie box 5.2). Het tarief voor de voorbereiding door een onafhankelijk psychiater is volgens de respondent inmiddels passend. Wel is de declaratie onhandig doordat deze handmatig moet worden gedaan (FGGZ).

Box 5.2 Financiering voorbereiding zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz

Bij de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz deed zich een probleem voor bij de bekostiging van de voorbereiding van de zorgmachtigingsaanvraag. Voorbereidende stappen door de geneesheer-directeur, onafhankelijk psychiater en zorgverantwoordelijke zijn binnen de reguliere Wvggz procedure declarabel bij de zorgverzekeraar van de betrokkene. Voor personen die in detentie verblijven geldt echter dat hun zorgverzekering opgeschort is, waardoor de kosten voor deze voorbereiding niet gedeclareerd konden worden. In april 2021 zijn werkafspraken gemaakt tussen DJI, NIFP, OM, NVvP, de Nederlandse GGz en de ministeries van JenV en VWS over de voorbereiding van een zorgmachtiging voor personen die in detentie verblijven. In die werkafspraken wordt geregeld dat zorgaanbieders met terugwerkende kracht over 2020 en 2021 de gemaakte kosten voor de voorbereiding van zorgmachtigingen voor personen in detentie kunnen declareren bij de Divisie ForZo/DJI van het ministerie van JenV. Dit betreft een tijdelijke regeling – DJI en het ministerie van JenV verwachten na de overgang naar het zorgprestatiemodel in 2022 een structurele oplossing te realiseren (Ketencoördinatieteam Wvggz, 2021c).

5.3.3 Vormen van verplichte zorg

Uit de interviews blijkt dat er verschillend wordt omgegaan met het 'keuzemenu' van vormen van verplichte zorg (zie box 5.3). Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz geeft aan te proberen heel selectief te zijn in de vormen van verplichte zorg die zijn instelling aanvraagt (GGZ). Opgemerkt wordt dat in artikel 2.3 Wfz-procedures meer vormen van zorg worden aangevraagd dan bij reguliere zorgmachtigingen (GGZ, GGZ). In lijn met die observatie melden respondenten uit de forensische zorg dat bij hun instelling bewust de afspraak is gemaakt dat bij een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz alle vormen van verplichte zorg worden aangevraagd (FGGZ, FGGZ). Het uitgangspunt daarbij is dat niet van tevoren kan worden voorspeld welke vormen een persoon tijdens de verplichte zorg nodig zal hebben. Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz betwijfelt of dit altijd terecht is. Is het nodig om de zorg veilig te kunnen uitvoeren (bijvoorbeeld controle op gevaarlijke voorwerpen, beperking bezoek), of is het voor een deel ook voor de zekerheid aangevraagd (GGZ)? In het laatste geval vindt deze geneesheer-directeur het minder terecht (GGZ).

Respondenten geven aan dat strafrechters veelal de keuze van de geneesheer-directeur wat betreft vormen van verplichte zorg volgen. Dat wordt door een respondent uit de GGz als helpend ervaren (FGGZ). Een achtergrond hiervan is dat de strafrechter weliswaar de afweging over artikel 2.3 Wfz maakt, maar dat het essentieel is daarbij gevoed te worden door deskundigen (RE). Ook bij de bepaling van vormen van verplichte zorg speelt dit. Strafrechters voelen zich niet geschikt qua expertise om de inhoud van de zorg of behandeling te bepalen (RE). Dat kan voor rechters een reden zijn om ruim te machtigen wat betreft zorgvormen en/of om de geneesheer-directeur hierin te volgen, omdat die wel de inhoudelijke deskundigheid heeft (RE).

Bij civiele rechters daarentegen merken respondenten terughoudendheid wat betreft te machtigen verplichte zorgvormen (FGGZ). Daarbij worden de zorgvormen soms erg gedetailleerd door de rechter ingevuld (bijvoorbeeld een week insluiten, veertien dagen op verboden middelen controleren, de rest zes maanden). Dat wordt soms ervaren als wantrouwen naar de zorgaanbieders en als een 'op de stoel van de dokter

gaan zitten' (FGGZ). Ook bij een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz signaleert deze geneesheer-directeur dit soms. Een voorbeeld betreft een psychiater die onderzoek aan lichaam en kleding, bezoekbeperking en urinecontroles als verplichte zorgvormen bij een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz niet kreeg toegekend. Als reden gaf de rechter dat dit ook zou kunnen via huisregels en andere wetsartikelen. Daar komt bij dat als achteraf een extra zorgvorm nodig blijkt, dit opnieuw moet worden aangevraagd, en dat brengt een behoorlijke administratieve belasting mee (bijvoorbeeld extra brieven aan de patiënt). Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz denkt dat dit meevalt, zegt nog nooit gemerkt te hebben dat een artikel 2.3 Wfz-machtiging moest worden 'opgeplust' (GGZ).

Respondenten begrijpen dat terughoudendheid in het machtigen van verplichte zorg in het belang is van de rechten van de patiënt. Tegelijk geven zij aan dat het voor een zorgverantwoordelijke veel 'gepuzzel' oplevert. Een geneesheer-directeur signaleert hoeveel tijd psychiaters en zorgverantwoordelijken wel niet achter de computer zitten om precies uit te zoeken wat met welke titel mag. Een zorgverantwoordelijke meldt dat het de afdeling in de problemen brengt als rechters erg terughoudend zijn met het machtigen van verschillende vormen van zorg (GGZ). Het zou beter zijn als helderder is wat gelegitimeerd is aan vormen van verplichte zorg zegt een geneesheer-directeur. De regels zijn te ingewikkeld en vragen te veel administratie. Dat verlamt de zorg, maar is vaak een spanningsveld met organisaties die zich richten op de rechten van de patiënt (FGGZ).

Box 5.3 Vormen van verplichte zorg in de Wvggz (artikel 3:2 lid 2 Wvggz)

Verplichte zorg bestaat uit het:
a toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
b beperken van de bewegingsvrijheid;
c insluiten;
d uitoefenen van toezicht op betrokkene;
e onderzoek aan kleding of lichaam;
f onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag-beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
g controleren op de aanwezigheid van gedrag-beïnvloedende middelen;
h aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen;
i beperken van het recht op het ontvangen van bezoek;
j opnemen in een accommodatie;
k ontnemen van de vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf als bedoeld in artikel 7:3, derde lid.

5.4 Informatie-uitwisseling

5.4.1 OM en zorgaanbieder

Volgens respondenten van het OM is voor artikel 2.3 Wfz de gegevensuitwisseling met ketenpartners bij de zorgmachtigingsprocedure goed geregeld (OM). Op grond

van de Wvggz deelt het OM strafrechtelijke gegevens met de aangewezen zorgaanbieder (geneesheer-directeur) zodat deze kan beoordelen of een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz aan de orde is of niet (OM, OM). Dit omvat ook een reclasseringsrapport en NIFP-rapportage als die beschikbaar zijn (OM). Het OM heeft, met het oog op de informatie-uitwisseling in het kader van de Wvggz en artikel 2.3 Wfz, in de voorbereiding op de wetgeving met ketenpartners gewerkt aan de ontwikkeling van informatieproducten en van het berichtenverkeer (OM).

Een respondent van het OM ervaart als belemmering dat er geen wettelijke basis is om in het stadium van het onderzoeken of een zorgmachtiging geschikt is, gegevens breder te delen dan met de geneesheer-directeur van de aangewezen instelling (OM). Bij een complexe cases is dat namelijk wenselijk. Een mogelijke oplossing is om uitzonderlijke cases aan te melden bij het Zorg- en Veiligheidshuis om daar te bespreken. In dat geval is er een wettelijke basis om de gegevens te delen met de partners daar aan tafel (OM). Respondenten uit de algemene en forensische GGz uiten in de interviews weinig klachten over de informatievoorziening door het OM in het voorbereidingsstadium. Een rechter en een advocaat geven aan tevreden te zijn over de informatievoorziening door het OM (ADV, RE). De advocaat krijgt standaard justitiële documentatie als een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wordt voorbereid (ADV).

Andere respondenten ervaren de informatie-deling in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz als wisselend. Niet altijd is duidelijk of er een NIFP-rapportage is (FGGZ). Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz geeft aan niet altijd de NIFP-rapportage te krijgen, ook als die er wel is, het ene parket zou daarmee anders omgaan dan het andere (GGZ). Zie hierover ook paragraaf 5.5. Respondenten melden dat personen voor wie een artikel 2.3 Wfz machtiging wordt voorbereid veelal nog niet bekend zijn bij de instelling van de geneesheer-directeur die wordt aangewezen. Informatie-uitwisseling is dan juist erg belangrijk om een goede inschatting te kunnen maken of een zorgmachtiging is aangewezen, geeft een respondent aan (FGGZ). Dit gebeurt in de praktijk nog onvoldoende geven respondenten aan. Het gaat niet automatisch zo dat wij de benodigde documenten krijgen, vaak heb je te maken met andere regio's waar je geen korte lijn mee hebt, zegt een respondent (FGGZ).

Ook in een later stadium wordt soms door een ontvangende instelling gebrek aan informatie ervaren. Zo geeft een zorgverantwoordelijke aan te weinig informatie te krijgen over de strafrechtelijke voorgeschiedenis en delictgeschiedenis van een patiënt die met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wordt aangeboden (FGGZ). Het is belangrijk de GGz hier beter over te informeren zodat een goede risico-inschatting kan worden gemaakt aldus de respondent (FGGZ). Als het gaat om een zorgmachtiging bij het niet verlengen van een tbs-maatregel geeft een respondent aan niet veel knelpunten in de informatievoorziening te ervaren (JUS). Dit past volgens de respondent binnen de gebruikelijke informatievoorzienings-vereisten, waarbij de NIFP-rapporteur met toestemming van de patiënt informatie opvraagt bij de behandelaar. Vaak is dan bovendien al sprake van een ambulant traject en kent de zorgaanbieder de patiënt al.

De meest benoemde knelpunten betreffen barrières in de informatie-uitwisseling tussen justitiële en niet-justitiële instellingen (zie ook box 5.4). Het gaat dan om (ontbreken van) wettelijke grondslagen voor informatie-uitwisseling als er geen toestemming van de patiënt kan worden verkregen. Deze komen in de volgende deelparagraaf aan de orde.

5.4.2 *Knelpunten informatie-uitwisseling tussen justitiële instellingen en GGz*

Informatie-uitwisseling tussen GGz en PI/PPC
Zoals ook hierboven door het OM aangegeven, mag in het kader van de voorbereiding bij artikel 2.3 Wfz een PJ-rapportage van het NIFP verstrekt worden aan de geneesheer-directeur voor het inschatten van ernstig nadeel (INS). Op basis van de Wvggz mag de geneesheer-directeur informatie uitwisselen met de verplichte zorg-officier van justitie en de zorgverantwoordelijke. Het NIFP ervaart als knelpunt dat (zonder toestemming van de betrokkene) een wettelijke grondslag ontbreekt voor informatiedeling tussen behandelaars in gevangenis en de geneesheer-directeur die de machtiging via artikel 2.3 Wfz voorbereidt (INS). Geneesheer-directeuren geven aan via het OM weliswaar te kunnen beschikken over justitiële informatie, maar informatie vanuit de PI/PPC over psychiatrische aspecten te missen (FGGZ).

Box 5.4 Informatie-uitwisseling tussen NIFP, PI en GGz

De Wvggz is gericht op het regelen van verplichte zorg in een civielrechtelijke kader. Dientengevolge bevat de Wvggz geen expliciete grondslag voor informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders enerzijds en een PI, PPC, of het NIFP anderzijds.
Wanneer de officier van justitie in het kader van de voorbereiding van een artikel 2.3 Wfz-zorgmachtiging de geneesheer-directeur aanwijst (art. 5:4 Wvggz), kan hij de NIFP-rapportage op dat moment verstrekken op basis van de zinsnede '… *informeert hij de geneesheer-directeur ten behoeve van diens taak op grond van dit hoofdstuk* (art. 5:4 lid 1 sub b Wvggz)'. Wanneer de NIFP-rapportage echter pas wordt afgerond wanneer een geneesheer-directeur reeds is aangewezen, bestaat geen duidelijke grondslag meer om deze rapportage alsnog met de geneesheer-directeur te delen.
In het kader van de informatie-uitwisseling tussen de zorgaanbieder en de PI of het PPC, wordt in de Wvggz voorzien dat de zorgverantwoordelijke bij het opstellen van het zorgplan overleg dient te voeren met de zorgverleners van een betrokkene (art. 5:13 lid 3 sub b Wvggz). Zorgverleners uit de PI of het PPC zouden op basis van artikel 2.5 Wfz voorbereidingen moeten treffen voor aansluitende zorg na afloop van justitieel kader.

Een behandelverantwoordelijke uit de algemene GGz die een patiënt met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz uit het PPC overgedragen kreeg, merkt op dat de informatie-uitwisseling vanuit een PPC moeilijk ligt (GGZ). Het gaat dan om de inschatting van de actuele toestand en van de kans op risicovol gedrag van de patiënt (GGZ). Bij een artikel-2.3 Wfz-patiënt krijgt de zorgverantwoordelijke soms geen overdrachtsbrief (waarin onder meer wordt vermeld welke medicatie de patiënt heeft, de actuele toestand van de patiënt, wat er is gebeurd, wie de contactpersoon is en dergelijke; GGZ). De respondent benadrukt dat dergelijke informatie in het belang van goede zorg gedeeld moet kunnen worden. Bovendien zouden door onvoldoende informatie over de actuele situatie, verwijtbare incidenten kunnen ontstaan (FGGZ). De respondent noemt als voorbeeld dat bij een bepaalde patiënt pas op het laatste moment het bericht kwam dat deze driepersoonsbegeleiding nodig had, iets dat de instelling van de respondent niet kon bieden.

Ook behandelaren in de PPC's ervaren knelpunten in de informatie-uitwisseling. Hoewel een respondent aangeeft dat het PPC informatie mag delen met de geneesheer-directeur en de onafhankelijke psychiater die een rol hebben in de voorbereiding van

de machtiging via artikel 2.3 Wfz is daar bij anderen onduidelijkheid over (JUS, JUS). Het levert volgens respondenten een spagaat op voor behandelaars in de PI/PPC als zij informatie willen delen om te onderbouwen dat een zorgmachtiging te risicovol wordt geacht, dan wel juist geschikt is (JUS). Een respondent van een PPC geeft aan dat met artikel 2.3 Wfz het OM veel meer informatie vraagt dan vroeger en dat het PPC deze veelal via het NIFP verstrekt omdat anders het beroepsgeheim van behandelaar in het gedrang komt (JUS). Het OM kan volgens deze respondent in het voorbereidingsstadium wel informatie krijgen van het NIFP of de onafhankelijk psychiater die de zorgmachtiging voorbereidt (JUS). Een PPC-respondent geeft aan de zaken toch soms met het OM te bespreken omdat dat nodig is, onder meer de delictgeschiedenis, maar dan schriftelijke toestemming aan de patiënt te vragen (JUS).

In de tweede plaats ervaren respondenten uit PPC's het verkrijgen van informatie op bepaalde punten als moeizaam. Dit betreft informatie vanuit de voormalige GGz-instelling over een betrokkene die inmiddels in een PPC verblijft (JUS). Veelal vraagt de GGz-instelling hiervoor een toestemmingsverklaring van de patiënt. Maar in de praktijk is een patiënt die op een PPC wordt geplaatst vaak ernstig verward en heeft deze vaak ook geen mentor, zodat die verklaring er niet kan komen (JUS). Dan krijgt het PPC de informatie over de patiënt niet, terwijl die wel nodig is om goede zorg te kunnen bieden, aldus de respondent. De respondent geeft een voorbeeld, van een jonge patiënt die binnenkwam bij het PPC in een zeer ernstige toestand met groot risico van zelfdoding, die niet verbeterde. Geen crisisdienst of huisarts wilde het PPC informatie geven, terwijl de patiënt door hen vier keer was gezien. Verder geven respondenten aan dat tijdens het voorbereidingsproces van een machtiging via artikel 2.3 Wfz voor een persoon die in de PI of PPC verblijft, de PI/PPC er nauwelijks zicht op heeft hoe dit proces verloopt. De PI/PPC zou daarover graag beter worden geïnformeerd. Een respondent benoemt dat de bereikbaarheid van behandelaars van een PPC en OM voor elkaar verbetering behoeft, dit is inmiddels in sommige PPC's een aandachtspunt (JUS).

Informatie-uitwisseling tussen GGz en reclassering

Respondenten van de reclassering geven aan dat de reclassering in een aantal situaties graag beter geïnformeerd wil worden vanuit de zorgaanbieders (INS). De respondenten geven aan dat er echter geen wettelijke grondslag is voor de reclassering om informatie op te vragen bij de zorgaanbieder in het kader van een zorgmachtiging (INS). Het gaat bijvoorbeeld om de situatie dat de zorgmachtiging eindigt en er daarna nog forensische zorg is geïndiceerd. Dan moet de reclassering in actie komen en is de informatie in aanloop daarnaartoe belangrijk, niet pas als de machtiging eindigt, geeft een respondent aan (INS). De informatie-uitwisseling is ook ingewikkeld als er parallel aan een strafrechtelijk kader een zorgmachtiging loopt. Het verschilt per geneesheer-directeur in hoeverre deze de reclassering informeert, aldus een respondent (INS). De reclassering kan zich echter wettelijk nergens op beroepen als geneesheer-directeur geen informatie geeft. Een respondent benoemt dat de informatie die de zorgaanbieder met de reclassering kan delen beperkt is als de patiënt het niet wil. Dat maakt de samenwerking tussen ambulante behandelaars en de reclassering moeilijker (FGGZ). Dan gaat het vooral om reclasseringstoezicht, want artikel 2.3 Wfz komt ambulant weinig voor (FGGZ). Er is een barrière tussen toezicht en zorg als het gaat om informatie-uitwisseling, tenzij de patiënt meewerkt (FGGZ).

5.5 Rol NIFP-rapportage

5.5.1 Introductie

Het NIFP houdt zich onder andere bezig met het verzorgen van PJ-rapportages, met de psychiatrische zorg in detentie en met het opstellen van indicatiestellingen voor klinische forensische zorg. Wanneer er vermoedens bestaan dat bij een betrokkene psychische problemen spelen, kan het NIFP worden verzocht te adviseren of een rapportage nodig is. Wanneer een rapportage wordt aangevraagd, wordt het bijbehorende onderzoek uitgevoerd door een psychiater en/of een psycholoog die veelal als freelance rapporteur worden aangezocht door het NIFP. Afhankelijk van de onderzoeksvraag kan een enkel psychiatrisch of psychologisch of een dubbel of triple onderzoek (multidisciplinair onderzoek) worden uitgevoerd. In een aantal gevallen vindt het onderzoek klinisch plaats, in het Pieter Baan Centrum. In de PJ-rapportage staan globaal vier hoofdthema's centraal: de diagnostiek, een advies over toerekeningsvatbaarheid, het risico van recidive en het interventieadvies.

5.5.2 Rol NIFP-rapportage bij voorbereiden zorgmachtiging

Respondenten achten een trajectconsult van het NIFP vroeg in het strafproces, als er een vermoeden is van een psychische stoornis, erg behulpzaam. Dit geeft richting aan het vervolg en wordt daarnaast ook gebruikt om te toetsen op detentiegeschiktheid (OM). Respondenten noemen een eventuele NIFP-dubbelrapportage uit een recente strafzaak ook zeer nuttig bij de voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz (ADV, FGGZ, FGGZ, GGZ, JUS, OM). De rapporteurs van het NIFP verrichten grondig onderzoek en daardoor is de rapportage zeer informatief, geven respondenten aan. De NIFP-rapportage is met name erg behulpzaam bij het inschatten van het benodigde beveiligingsniveau en bevat belangrijke achtergrondinformatie over de betrokken persoon (GGZ, RE). Soms wordt de kwaliteit van de NIFP-rapportages als wisselend ervaren (GGZ). Tegelijk wordt door respondenten uit de GGz als belemmerend benoemd dat er in de aanloop naar een machtiging via artikel 2.3 Wfz vaak geen NIFP-rapportage uit een 'connexe' strafzaak beschikbaar is (FGGZ), dan wel dat er wel een NIFP-rapportage bestaat maar dat deze niet beschikbaar komt voor de geneesheer-directeur of andere betrokken ketenpartners (FGGZ, GGZ, JUS). Respondenten ervaren dat deze moeilijk op te vragen is, vooral als die niet meer 'in de procedure zit' (FGGZ, JUS). Er zijn ook wettelijke belemmeringen om de NIFP-rapportage te krijgen, geeft een geneesheer-directeur uit de algemene GGz aan (GGZ; zie ook paragraaf 5.4.2). Dit punt wordt ook door een rechter onder de respondenten onderkend (RE). Deze vindt het belangrijk om de NIFP-rapportage uit de strafzaak waarvoor de machtiging wordt afgegeven ook aan behandelaars te verstrekken, zodat zij ook de voorgeschiedenis en aanloop naar het delict kennen. De officier van justitie kan volgens deze rechter de NIFP-rapportage toevoegen aan het verzoekschrift, dan krijgt geneesheer-directeur hem ook, maar onduidelijk is of de zorgverantwoordelijke hem dan ook mag inzien. Het verzoekschrift wordt bij de civiele administratie aangemaakt en komt niet in het strafdossier. In een van de regio's is echter besloten om één proces-verbaal te maken waarin ook zaken over de zorgmachtiging worden opgenomen (RE).

Verder zeggen respondenten dat de NIFP-rapportage, hoewel informatief, in de voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz niet leidend is omdat deze een ander doel dient dan de medische verklaring. De NIFP-rapportage zou ook niet als 'medische verklaring' in de zin van de wet gebruikt mogen worden, omdat deze geen toets omvat op doelmatigheid en proportionaliteit van een machtiging via artikel 2.3

Wfz (INS, JUS). Een strafrechter onder de respondenten geeft echter aan dat bij een ambtshalve afgifte van een zorgmachtiging door de strafrechter een PJ-rapportage noodzakelijke informatie biedt (RE). Een PJ-rapportage, met een psychiatrisch en psychologisch rapport, geeft een duidelijke diagnose en beeld van de persoon, aldus de respondent. Ook geeft de respondent aan als strafrechter te varen op de handvatten die het PJ-rapport biedt bij het overwegen welke vormen van verplichte zorg nodig zijn. Respondenten van het NIFP signaleren dat het wel een risico vormt als bij een ambtshalve afgifte van een machtiging via artikel 2.3 Wfz, de NIFP-rapportage een andere rol zou gaan spelen dan waarvoor deze bedoeld is (INS). De rapportage zou niet als medische verklaring moeten worden ingezet, zoals gebeurde in een zaak uit juli 2020 (ECLI:NL:RBAMS:202:3342). Een ander punt is volgens respondenten dat de wet de strafrechter bij artikel 2.3 Wfz geen grondslag biedt om een uitspraak te doen over het benodigde beveiligingsniveau, omdat de Wvggz alleen het criterium ernstig nadeel kent (OM). De Hoge Raad heeft echter aangegeven dat rechtbank die ambtshalve een machtiging via artikel 2.3 Wfz afgeeft, zich moet uitspreken over welke accommodatie geschikt is met het oog op de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau (ECLI:NL:HR:2021:534, passage 4.1.3). Dit brengt NIFP-rapporteurs in een lastige positie, omdat het NIFP de expertise heeft om te adviseren over het beveiligingsniveau, terwijl het NIFP het niet als zijn taak ziet om een medisch advies in het kader van artikel 2.3 Wfz te leveren (INS). Het NIFP vindt dat de geneesheer-directeur het medisch advies moet uitbrengen.

Respondenten signaleren aan de andere kant juist dat in de voorbereiding van artikel 2.3 Wfz het verkrijgen van voldoende informatie over veiligheid niet goed geborgd is (FGGZ). Om artikel 2.3 Wfz goed te laten functioneren moet er volgens een respondent aandacht zijn voor een focus op delictgedrag en moeten risicotaxatie en risicomanagement betrokken worden en mee worden genomen in het zorgplan (FGGZ). De respondent vindt dat passen in de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz (FGGZ). Een rapportage van het NIFP zou die informatie bieden, maar deze wordt in het kader van artikel 2.3 Wfz niet standaard gemaakt. Een besluit op basis van te weinig informatie over veiligheid kan volgens de respondent een risico voor de GGz betekenen (FGGZ). Ook een andere respondent zou wensen dat het NIFP een belangrijker rol in de vooradvisering zou kunnen nemen wat betreft de haalbaarheid van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz (FGGZ).

5.5.3 Advisering zorgmachtiging door NIFP

Het komt voor dat rapporteurs van het NIFP advies geven over de wenselijkheid van een machtiging via artikel 2.3 Wfz, geeft een respondent aan (RE). Volgens strafrechters en verplichte zorg-officieren van Justitie onder de respondenten wordt door het NIFP een zorgmachtiging soms te snel geadviseerd (OM, RE, RE). Het NIFP zou een aantal maal in zaken waar vroeger vermoedelijk artikel 37 Sr zou zijn geadviseerd, een zorgmachtiging hebben geadviseerd, terwijl in die cases een hoog beveiligingsniveau nodig was (niveau 3, FPK-niveau; OM). Er zou beter beargumenteerd moeten worden waarom een zorgmachtiging noodzakelijk is of niet. Daarbij zou bijvoorbeeld het delictrisico beter in ogenschouw moeten worden genomen (OM, OM, RE). Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz geeft in dit kader aan te ervaren dat NIFP-rapporteurs veel strafrechtelijke expertise hebben, maar onvoldoende geïnformeerd zijn over de mogelijkheden van de algemene GGz (GGZ).

Een rechter benoemt als ernstig dat NIFP-rapporteurs soms ook te veel de verwachting wekken bij een patiënt dat een zorgmachtiging in beeld zou moeten komen en dat tbs

een te zwaar middel is (RE). Het risico daarvan is dat de GGz vervolgens mogelijk aangeeft de zorgmachtiging geen optie te vinden. De respondent heeft dit in enkele zaken meegemaakt en acht dit schadelijk voor de betrokkene. Het leidde tot beroepsprocedures met alle kosten en voor de persoon verloren tijd van dien, aldus de respondent (RE). De rapporteurs zouden zich volgens de respondent meer tot inhoudelijke adviezen over stoornis en behandelmogelijkheden moeten beperken en terughoudend moeten zijn in het expliciet adviseren van een zorgmachtiging (RE).

Respondenten van het NIFP geven aan dat NIFP-rapporteurs nog zoekende zijn wat precies de doelgroep moet zijn van artikel 2.3 Wfz, ook voor hen is wat wel en niet mogelijk is binnen de nieuwe regelgeving complex (FGGZ, INS). Ze melden ook dat men bij het NIFP intern aan deskundigheidsbevordering werkt op het gebied van artikel 2.3 Wfz, Wvggz en Wzd. Hierin zou echter nog meer kunnen worden geïnvesteerd (RE). Binnen het NIFP wordt inmiddels de visie uitgedragen dat een relatief hoog recidiverisico niet samen moet gaan met een machtiging via artikel 2.3 Wfz (INS). Een andere oplossingssuggestie is het meelopen met collega's bij andere instellingen om zo een beter beeld te krijgen van het verschil tussen forensische en algemene GGz-instellingen. NIFP-rapporteurs zouden in een algemene GGz-instelling kunnen meelopen, om te zien hoe het dagelijkse afdelingsleven loopt en wat het personeel ervaart (RE).

5.5.4 Tweesporentraject: NIFP-rapportage en onderzoek zorgmachtiging

Respondenten uiten kritiek op het feit dat soms tegelijkertijd of kort na elkaar een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wordt voorbereid en een rapportage door het NIFP plaatsvindt waarin de mogelijkheden van een artikel 2.3 Wfz machtiging worden onderzocht (FGGZ, GGZ). Te gemakkelijk zou een dergelijk 'tweesporenbeleid' worden geadviseerd door het NIFP of ingezet worden door de strafrechter. In zo'n geval wordt bijvoorbeeld onderzocht of een zorgmachtiging ook een mogelijkheid is, terwijl al een tbs-traject is ingezet of de betrokkene al door het NIFP in het Pieter Baan Centrum wordt onderzocht (GGZ). Sommigen zien dit als strijdig met het doel om als iemand die zorg nodig heeft de machtiging snel af te geven (OM). Men zou zich niet voldoende realiseren hoeveel werk het is om de mogelijkheid van een zorgmachtiging te onderzoeken en hoeveel gemeenschapsgeld zo'n tweesporenbeleid kost (GGZ, FGGZ). Een respondent noemt voorbeelden van personen die tbs kregen bij wie de zorgmachtigingsoptie onnodig zou zijn onderzocht (GGZ). Een andere respondent geeft aan tweemaal te hebben meegemaakt dat een onderzoekstraject in het Pieter Baan Centrum resulteerde in het advies zorgmachtiging. In dat geval had volgens de respondent beter de geneesheer-directeur eerst een zorgmachtigingsonderzoek kunnen doen (FGGZ). Door sommigen wordt het als schrijnend ervaren dat er voor een NIFP-dubbelrapportage meer tijd en mogelijkheden zijn dan voor het voorbereidende werk van de GGz in het kader van een machtiging via artikel 2.3 Wfz (FGGZ). Een ander punt dat in verband hiermee wordt genoemd is dat het NIFP lange wachtlijsten heeft en dat bij een dergelijk onderzoek de wachttijd van betrokkene in de PI of PPC aanzienlijk oploopt (ADV, JUS).

5.6 Trajecten straf- en zorgmachtigingsproces in de tijd

5.6.1 Vroeg signaleren

Artikel 2.3 Wfz kan in alle fasen van het strafproces worden ingezet om een persoon vanuit het strafrecht naar verplichte zorg door te geleiden. Meerdere respondenten

benadrukken het belang om vroeg in het strafproces te signaleren dat iemand mogelijk in aanmerking komt voor een machtiging via artikel 2.3 Wfz (ADV, ADV, ADV, RE). Allereerst is het zaak voor het OM om te zien of een machtiging door de civiele rechter mogelijk is (ADV, RE). Als dat niet het geval is en er een strafzaak komt, kan een machtiging via artikel 2.3 Wfz aan de orde zijn (ADV, ADV). Advocaten zeggen zich in een dergelijk geval veel moeite te getroosten om in het begin van het strafproces aan te sturen op een zorg- of rechterlijke machtiging en daarvoor gehoor te vinden bij de Raadkamer en het OM (ADV, ADV). Een advocaat geeft aan grote verschillen te ervaren tussen individuele strafzaak-officieren van justitie in de mate waarin zij open staan voor het voorbereiden van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging (ADV).

Ook om redenen van doorlooptijd is het helpend als snel wordt beslist aan het begin van de strafzaak of het richting zorgmachtiging gaat, zegt een strafrechter (RE). Want als eenmaal het strafrechtelijk onderzoek prevaleert, kan dat een aanzienlijke verlenging opleveren. Strafrechters houden het liefst strafzaak en zorgmachtiging bijeen. Dan betekent elke vertraging in de strafzaak ook een vertraging voor de zorgmachtiging (RE). Een strafrechter benoemt dat een grote rol speelt bij de snelheid van het artikel 2.3 Wfz-voorbereidingsproces of een patiënt al bekend is bij de GGz (RE). In het laatste geval loopt het hele zorgmachtigingsproces gemakkelijker dan als het om iemand gaat die alleen in het forensische circuit bekend is. Helpend voor het toepassing geven aan artikel 2.3 Wfz zou zijn als een vroeghulpconsult of een trajectconsult van het NIFP (eerder) ingezet wordt, zoals bij ISD ook wordt toegepast (ADV).

5.6.2 Verschil in duur trajecten straf- en zorgmachtigingsproces

Sommige strafrechters zien als een fors probleem dat de trajecten van het straf- en het zorgmachtigingsproces niet met elkaar sporen in de tijd (RE, RE). De duur van het traject van de strafzaak zorgt daarbij voor vertraging van de verlening van de zorgmachtiging (RE). Dit vinden zij een serieuze belemmering van de werking van artikel 2.3 Wfz zoals bedoeld, om doorstroming van straftraject naar reguliere verplichte zorg te verbeteren door iemand snel in zorg te plaatsen (RE, RE). Zij geven aan artikel 37 Sr te missen, want artikel 37 Sr 'ging sneller' (RE). Een rechter schetst hoe het traject van de voorbereiding van een artikel 2.3 Wfz-machtiging in combinatie in combinatie met een strafzaak kan lopen: Voor of aan het begin van de strafzaak, bij de voorgeleiding bij de rechter-commissaris, kan duidelijk worden dat de persoon mogelijk een zorgmachtiging zou kunnen krijgen en kan de voorbereiding van artikel 2.3 Wfz worden gestart. Bij de pro-forma zitting zou er dan een verzoekschrift kunnen liggen voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz, waarvan ook de advocaat aangeeft hiermee in te stemmen. Een strafrechter zal echter eerst willen bezien of het om een strafzaak gaat en als het een strafzaak wordt dan kan het zes tot negen maanden duren voor die is afgerond en er over de zorgmachtiging kan worden beslist door de strafrechter. Tegen die tijd is het de vraag of het verzoekschrift en de onderliggende medische verklaring en het zorgplan en dergelijke nog actueel zijn. Het voorbereidingsproces van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz duurt twee of drie maanden geven respondenten aan, aanzienlijk korter dan het traject van de strafzaak (ADV, ADV, RE, RE). In figuur 3.8 is te zien dat de voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz in een aantal gevallen drie maanden of langer duurde. Het is echter niet bekend of dit gerelateerd was aan de doorlooptijd van een verbonden strafzaak.

Advocaten melden dat de voorbereiding van een zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz niettemin als lang wordt ervaren (ADV, ADV). Er is een lange doorlooptijd tussen de

mededeling dat het voorbereiden start en de daadwerkelijke indiening van het verzoekschrift (ADV, ADV, JUS). Vroeger was iemand met een rechterlijke machtiging of crisismaatregel onder de Wet Bopz binnen twee weken geplaatst (JUS). Onder de Wvggz duurt dit veel langer, zeker via artikel 2.3 Wfz omdat dit meer discussie geeft, aldus de respondent (JUS). Bij drie patiënten uit een PPC duurde het gehele traject voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz elk een maand of vijf. Dat is volgens de respondent vergelijkbaar met de procedure van een artikel 37 Sr-maatregel (JUS).

Het zorgelijke is volgens enkele strafrechters dat doordat de trajecten niet met elkaar sporen, de tijd die een verdachte met een psychische stoornis in voorlopige hechtenis in de PI verblijft verlengd wordt (RE, RE). De vraag is of er gedurende die periode voldoende psychische begeleiding wordt geboden. Die begeleiding is er wel in het PPC, maar daar kunnen alleen de personen met de ernstigste psychische stoornissen worden geplaatst. Voor de groep die wordt ontslagen van alle rechtsvervolging en die deze rechters het vaakst zien in het kader van artikel 2.3 Wfz, is hierdoor de doorstroming volgens een respondent erg verslechterd. Niet alle strafrechters zien de doorlooptijden als een even groot probleem (RE). Een andere rechter geeft aan dat een wat langere periode van zorg in een PPC soms ook een beter beeld kan geven van de betrokkene waardoor een passender uitkomst in de zaak kan worden bereikt (RE).

Wat helpend zou zijn volgens een rechter is als de zorgmachtiging meer prioriteit zou krijgen ten opzichte van de afhandeling van de strafzaak (RE). Idealiter zou het zo gaan schetst de rechter (RE): ‘Er is een meneer opgepakt en die wordt drie dagen later door de rechter-commissaris gehoord. Deze constateert mede dankzij een vroegconsult van een psychiater, dat de betrokkene ernstig psychotisch is en niet zomaar de straat op kan, dat is niet goed voor hem en ook niet goed voor de samenleving. Het NIFP en het OM vragen meteen een geneesheer-directeur om na te gaan of de betrokken zo snel mogelijk opgevangen kan worden. De geneesheer-directeur zegt: ‘Ja, ik heb een geschikte en veilige plek waar de betrokkene ook behandeld kan worden en die wordt bij de Raadkamer Gevangenhouding binnen veertien dagen aangeboden.’ De Raadkamer geeft daar een klap op en laat de betrokkene met een zorgmachtiging naar de kliniek gaan. De officier van justitie krijgt de boodschap dat de Raadkamer te zijner tijd wel ziet wat de officier met de strafzaak doet.’

Naast tijdig signaleren (zie vorige deelparagraaf), zou een mogelijke oplossingsrichting volgens een advocaat zijn om minder afhankelijk te zijn van de planningen van de strafsector (ADV). Wellicht kan de civiele sector behulpzaam zijn hierin en kunnen bijvoorbeeld artikel 2.3 Wfz zaken meegenomen worden in de planning van de civiele zaken verplichte zorg. Ook valt te denken aan een combizitting van een meervoudige kamer, met strafrechters en civiele rechters waarbij de strafzaak en de zorgmachtiging behandeld wordt (ADV).

5.7 Ambtshalve afgifte zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter

Respondenten verschillen van inzicht over de mogelijkheid van ambtshalve afgifte van een machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter (zie paragraaf 2.7.3). Strafrechters onder de respondenten achten het belangrijk dat de strafrechter de mogelijkheid heeft zelf de afweging over de inzet van artikel 2.3 Wfz te maken (RE, RE, RE). Eerder werd als belemmering ervaren dat het OM en/of de geneesheer-directeur de procedure artikel 2.3 Wfz kon afbreken en dat in dat geval, de strafrechter de stukken met informatie over de betrokken persoon (bevindingen geneesheer-

directeur, medische verklaring e.d.) niet meer kreeg (RE, RE). Door de uitspraak van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2021:534) is daar verandering in gekomen.

Een rechter benoemt dat het bij de afweging over artikel 2.3 Wfz essentieel is om gevoed te worden door deskundigen (RE). Een vertaalslag is daarbij nodig, daar zou de GGz ook aan moeten werken. Omgekeerd geven geneesheer-directeuren aan dat voor een zorgverantwoordelijke de justitiële documenten niet altijd goed te volgen zijn, ook daar is behoefte aan een vertaalslag (FGGZ). De medische verklaring wordt door een rechter als te beknopt ervaren, vaak zijn het maar twee alinea's. De strafrechter heeft behoefte aan meer verheldering over hoe men verwacht dat het traject met de betrokkene zal verlopen (RE). Strafrechters laten de mening van een geneesheer-directeur zwaar wegen, maar die moet wel goed beargumenteren waarom er wel of niet een zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz passend is geeft een rechter aan (RE).

Rechters zien niettemin als een risico dat de officier van justitie meldt dat een ambtshalve machtiging onuitvoerbaar is omdat geen instelling de betrokken persoon wil hebben (RE, RE). Rechters missen een plaatsingsbevoegdheid, vergelijkbaar met die bij het voormalige artikel 37 Sr waarbij het OM een plaatsingsbevoegdheid had (RE, RE). Problemen met plaatsing wordt gezien als een van de belangrijkste knelpunten (RE). Betere betaling en een duur van een jaar voor de machtiging artikel 2.3 Wfz zouden volgens deze rechter helpen (RE).

Sinds het arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2021:534) heeft het OM minder beoordelingsruimte wat betreft de inzet van artikel 2.3 Wfz, geeft een respondent aan (OM). Een andere respondent vreest dat het vanwege de uitspraak van de Hoge Raad vaker zal voorkomen dat een strafrechter zowel een NIFP-rapportage, als een voorbereidingstraject voor een zorgmachtiging zal willen om een afweging te kunnen maken (OM). De respondent vreest dat rechters zich niet realiseren hoeveel impact dit heeft op de zorgaanbieders die het moeten voorbereiden (OM).

Meerdere geneesheer-directeuren onder de respondenten uiten grote twijfel over de mogelijkheid van ambtshalve afgifte van een machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter. 'Overrulen is lastig als sector is gevraagd de mogelijkheid van artikel 2.3 Wfz te onderzoeken, het veld moet dan uitvoeren waar ze geen fiducie in hebben' zegt een respondent (JUS). Respondenten vragen zich af hoe zinvol een machtiging dan is (JUS). Het versterkt de weerstand van het veld tegen de artikel 2.3 Wfz-populatie, vermoedt een respondent (JUS). Geneesheer-directeuren uit de algemene GGz en de forensische GGz benoemen het als risicovol en demoraliserend wanneer een strafrechter toch een zorgmachtiging oplegt terwijl de geneesheer-directeur en de officier van justitie, die goed naar de zaak hebben gekeken, aangeven dit niet te doen (FGGZ, GGZ). Als er geen medewerking is van de zorgaanbieder is het praktisch niet uitvoerbaar (FGGZ, JUS). Een andere geneesheer-directeur benoemt als voorbeeld dat bij ambtshalve aanwijzing door een rechtbank het OM en de geneesheer-directeuren hebben aangegeven niet verantwoordelijk te zijn voor plaatsing en dat de strafrechter toen zelf maar heeft rondgebeld (FGGZ). Niettemin richten de geneesheer-directeuren onder de respondenten zich in toenemende mate ook op uitwisseling met strafrechters over zaken waarmee 'iedereen worstelt', zoals de criteria voor een machtiging via artikel 2.3 Wfz, de doelgroep en mogelijke risico's van een ambtshalve machtiging door de strafrechter (FGGZ, FGGZ).

5.8 Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk worden hieronder puntsgewijs per thema samengevat.

Kennis en toegankelijkheid

- Kennis en ervaring op het gebied van artikel 2.3 Wfz is gegroeid, maar er is bij de meeste ketenpartners wat dit betreft nog veel te winnen. Respondenten doen verschillende suggesties om de kennis en ervaring te helpen groeien.
- De ingewikkeldheid van de wet- en regelgeving rond artikel 2.3 Wfz levert in de praktijk op meerdere punten onduidelijkheden op die deels al worden aangepakt. Voorbeelden zijn de financiering van het voorbereidingsproces via artikel 2.3 Wfz en van beveiligde bedden, de verschillende regelingen rond vormen van verplichte zorg en inperking van vrijheden, de procedure voor toestemming van de minister bij tijdelijke onderbreking of voortijdige beëindiging van verplichte zorg, het klachtrecht bij artikel 2.3 Wfz-patiënten in een FPC en de gronden voor informatie-uitwisseling tussen justitiële instellingen en zorgaanbieders.

Rolverdeling en voorbereidingsproces

- De voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz is tijdsintensief door de complexiteit van de procedure, waaronder de vele betrokken partijen, de aanzienlijke administratieve last en het vele berichtenverkeer.
- Delictrisico en beveiligingsnoodzaak zijn volgens sommige respondenten te weinig in beeld bij het voorbereidingsproces van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz.
- Het verplichte regio-overleg Wvggz wordt als zeer positief ervaren. Mede daardoor is de werkrelatie tussen OM en zorgaanbieders sterk verbeterd. Ketenpartners als PI/PPC, reclassering en (straf)rechtspraak zijn nog te weinig aangehaakt en zouden volgens respondenten in meer gevallen moeten worden betrokken.
- Geneesheer-directeuren ervaren het als positief wanneer de ontvangende instelling en de psychiatrische expertise vroeg in het voorbereidingsproces betrokken wordt om mogelijkheden en belemmeringen voor de aanvraag van een zorgmachtiging te bespreken.
- In sommige gevallen is er een lange wachttijd in een PI tijdens de voorbereiding van een machtiging via artikel 2.3 Wfz, onder meer doordat het traject van de strafzaak en de zorgmachtigingszaak niet met elkaar sporen in de tijd. Een aandachtspunt volgens respondenten is of er dan voldoende psychische begeleiding is.
- Een praktische verbetering betreft het afgeven van een machtiging tot verplichte zorg na tbs of PIJ in één zitting.

Rol NIFP-rapportage

- Een NIFP-rapportage uit een verbonden strafzaak is zeer helpend voor de inschatting van het benodigde beveiligingsniveau, maar een zorgmachtiging wordt door NIFP-rapporteurs volgens respondenten soms te 'kort door bocht' geadviseerd.
- Dubbeltrajecten met zowel een NIFP-rapportage als een voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz zijn zeer kostbaar in tijd en geld.
- Er is soms onduidelijkheid wat betreft de rolverdeling tussen de zorgaanbieder en het NIFP. Een NIFP-rapportage wordt soms ingezet als medisch advies, in het bijzonder bij ambtshalve afgifte van een zorgmachtiging door de strafrechter.

Informatie-uitwisseling

- Er worden informatiebarrières ervaren tussen justitie-organisaties en zorgaanbieders (als patiënt geen toestemming geeft voor gegevensuitwisseling). Dit is onder

meer het geval tussen PI/PPC en (voormalige of toekomstige) zorgaanbieder in de GGz, en tussen NIFP en GGz en GGz en reclassering.

Ambtshalve machtiging door de strafrechter

- Strafrechters vinden het belangrijk een integrale afweging te kunnen maken over de machtiging via artikel 2.3 Wfz. Benadrukt wordt het belang daartoe met informatie te worden gevoed door deskundigen.
- Respondenten uit de GGz uiten twijfel over de zin van een ambtshalve machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter als de geneesheer-directeur en officier van justitie adviseren om geen machtiging af te geven. Het wordt als moeilijk verteerbaar gezien als het GGz-veld een machtiging moet uitvoeren waarin geen fiducie is.
- Respondenten uit de GGz, van het OM en vanuit de Rechtspraak zien als risico bij een ambtshalve machtiging door de strafrechter dat deze onuitvoerbaar wordt als er geen medewerking van een zorgaanbieder wordt gevonden.

6 Uitvoering zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz

6.1 Introductie

In dit hoofdstuk gaan wij in op de ervaringen van respondenten met de uitvoering van de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. Wij bespreken eerst de ervaringen met plaatsing van artikel 2.3 Wfz-patiënten (paragraaf 6.2) en met het toestemmingsvereiste van de minister (paragraaf 6.3). In paragraaf 6.4 besteden wij aandacht aan artikel 2.3 Wfz en de rechtspositie van de patiënt. In paragraaf 6.5 komen randvoorwaarden voor toepassing van artikel 2.3 Wfz aan de orde, waaronder capaciteit, personeel en financiering. In paragraaf 6.6 bespreken wij visies van respondenten op de toekomst van artikel 2.3 Wfz. In paragraaf 6.7 ten slotte, worden de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk kort samengevat. Zie paragraaf 2.8 voor een beschrijving van de belangrijkste uitvoeringsprocessen met betrekking tot artikel 2.3 Wfz.

6.2 Plaatsing

6.2.1 Het plaatsingsproces

Als eenmaal een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz is afgegeven en een instelling is gevonden die de persoon wil accepteren, worden er door de respondenten bij die situatie geen grote knelpunten in het plaatsingsproces benoemd. Een zorgverantwoordelijke vindt het helpend dat er voor een artikel 2.3 Wfz-patiënt op het moment van plaatsing al een zorgplan ligt waarin voor een deel omschreven is welke interventies worden ingezet om de stoornis te behandelen en ernstig nadeel af te wenden; bij het voormalige artikel 37 Sr moest je dat allemaal nog uitvinden na plaatsing, aldus een respondent (FGGZ). Respondenten uit PPC's geven aan dat voor het hen erg behulpzaam is dat er bij een artikel 2.3 Wfz machtiging een ontvangende instelling is waar een geneesheer-directeur is aangewezen die wil plaatsen (JUS, JUS). Dit tegen de achtergrond dat het de PPC's erg veel moeite kost om hun complexe psychiatrische patiënten weer (terug) te laten uitstromen naar de GGz (JUS). Tot nu toe is de plaatsing vanuit onze PPC met artikel 2.3 Wfz altijd gelukt meldt een respondent (JUS).

Een geneesheer-directeur geeft aan dat het goed heeft gewerkt om werkafspraken te maken over het plaatsingsproces, binnen de instelling en tussen ketenpartners (FGGZ). Zo is bij een GGz instelling, die zowel algemene als forensische afdelingen heeft, afgesproken artikel 2.3 Wfz-patiënten in principe bij de forensische tak te plaatsen. Een uitzondering hierop wordt gemaakt als het beveiligingsniveau dusdanig laag is dat diegene bij de algemene afdeling kan komen. Ook heeft deze instelling afspraken gemaakt over hoe een zorgverantwoordelijke gekoppeld wordt aan een zaak en wat de rol is van de verschillende afdelingen daarbij, waaronder de afdeling Zorgtoeleiding en het forensisch team. Sommige zorgverantwoordelijken en geneesheer-directeuren geven daarentegen aan druk te ervaren om patiënten op te nemen bij wie zij twijfel hebben over het risicoprofiel of anderszins. Een zorgverantwoordelijke uit een algemene GGZ-instelling zegt: 'Ik voel wel altijd de druk dat ik ja moet zeggen, ook als ik bezwaren heb, je denkt: Is er wel echt goed over nagedacht? Ik denk daarbij ook aan het personeel' (GGZ).

6.2.2 Plaatsingstermijnen

Als een artikel 2.3 Wfz-machtiging is afgegeven voor iemand die in een PI verblijft, en bij wie de detentie afloopt, dan moet diegene eigenlijk direct in een zorgaccommodatie geplaatst worden wanneer de strafrechtelijke titel wegvalt, geven respondenten aan (FGGZ, INS). Op grond van artikel 9 van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) kan de persoon maximaal twee weken in de PI blijven wachten op plaatsing, is een algemene regel (INS). Meer specifiek is in de Wvggz daarnaast aangegeven dat de officier van justitie zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen twee weken na afgifte van de zorgmachtiging door de rechter, dient over te gaan tot de tenuitvoerlegging er van (art. 8:1 lid 1 Wvggz). Geneesheer-directeuren geven aan dat het een lastige logistieke hobbel is om direct aansluitend aan een uitspraak een klinische plek beschikbaar te hebben (FGGZ, FGGZ, GGZ). Er kan bijvoorbeeld niet een plek onbezet worden gehouden vanwege een zitting over twee weken (GGZ). Ook geeft een zorgverantwoordelijke aan in het geval van een artikel 2.3 Wfz-machtiging eerst alvast te willen zoeken naar een doorplaatsmogelijkheid en de twee wekentermijn daarom als te kort te ervaren (FGGZ). Een andere zorgverantwoordelijke ervaart veel druk door de twee wekentermijn (FGGZ). Meestal lukt het echter toch om iemand binnen de wettelijke termijn na afgifte van de zorgmachtiging te plaatsen geven meerdere geneesheer-directeuren aan (FGGZ, FGGZ, GGZ, GGZ).

6.2.3 Overwegingen plaatsing

Terughoudendheid ten aanzien van patiënten met strafrechtelijk verleden
Respondenten geven aan dat de algemene GGz vaak terughoudend is in het opnemen van patiënten vanuit het strafrecht (GGZ, GGZ, GGZ, zie ook paragraaf 4.3). Een zorgverantwoordelijke stelt vast dat voorheen bij artikel 37 Sr duidelijk was dat dergelijke patiënten naar FPK's gingen (GGZ). Dat patiënten uit het strafrecht nu ook op een algemene afdeling kunnen komen is geen goede verandering omdat het `de patiënten op onze afdeling in gevaar brengt', aldus de zorgverantwoordelijke (GGZ). Ook is de psychologische impact op een behandelteam op de afdeling groot. Men is altijd banger voor patiënten die van 'Justitie' komen en wil graag weten wat iemand heeft gedaan. Daar komt bij dat het inschatten van het benodigde beveiligingsniveau nog weleens lastig is. Vaak is hierover te weinig bekend van de patiënt, er is soms nauwelijks een overdracht als iemand van een PPC komt en soms is sprake van een verkeerde indicatiestelling, aldus een zorgverantwoordelijke (GGZ).

Een rechter benoemt juist als belangrijk knelpunt dat algemene GGz-instellingen ten aanzien van patiënten met een strafrechtelijk verleden zich soms al op voorhand terughoudend opstellen. 'Wat er ook gebeurt, op mijn afdeling geen artikel 2.3 Wfz-patiënten' zo ervaart de rechter soms de houding (RE). Een respondent merkt op dat men als geneesheer-directeur van een instelling met algemene en forensische klinieken liever 'op safe' speelt. Met een artikel 2.3 Wfz- patiënt begin je vanwege de vaak behoorlijke justitiële voorgeschiedenis bijvoorbeeld met plaatsing in een FPK en kijk je daarna wat passend is, collega's met alleen algemene klinieken hebben die mogelijkheid echter niet (FGGZ). Een andere belemmering die een respondent aangeeft, is dat in plaats van een oplossing te zoeken, instellingen of geneesheer-directeuren van bijvoorbeeld de forensische GGz, algemene GGz en verslavingszorg nog weleens naar elkaar wijzen om een bepaalde patiënt op te nemen (OM). Het stigma dat forensische patiënten hebben is het ernstigste knelpunt in de doorgeleiding naar reguliere zorg volgens een andere respondent (FGGZ).

Verder wordt gemeld dat 'afschalen' van zorg en beveiliging bij een artikel 2.3 Wfz-patiënt ingewikkeld is. Als iemand met een artikel 2.3 Wfz-machtiging op een FPA is geplaatst, dan ligt de focus daar ook op delictgedrag (FGGZ). Maar als iemand vervolgens naar de algemene GGz terugkeert, is het de vraag of dan de urgentie daarvan nog voldoende gewaarborgd is (FGGZ). Ook geeft een zorgverantwoordelijke aan te vrezen dat artikel 2.3 Wfz patiënten moeilijk door te plaatsen zullen zijn. Deze zorgverantwoordelijke neemt de patiënten daarom alleen op, als er tegelijk vanuit een andere (algemene) GGz-instelling of -afdeling een doorplaatsgarantie kan worden gegeven (FGGZ). Dat betekent dat iemand na afloop van de artikel 2.3 Wfz-zorgmachtiging kan doorstromen naar de algemene GGz.

Een extra belemmering voor het opnemen van een patiënt die uit detentie komt (PI of PPC) is dat tijdens het justitietraject veel is stopgezet. Vaak heeft de betrokkene geen werk, uitkering, woning of sociaal netwerk meer (GGZ, GGZ). Dit betekent dat meteen veel maatschappelijk werk en dergelijke nodig is om dat weer op te starten. Vaak zijn patiënten psychiatrisch al goed opgeknapt, maar moeten zij om maatschappelijke redenen dan toch nog lang in de kliniek blijven (FGGZ). Een andere respondent geeft aan dat de GGz niet de verantwoordelijkheid wil voor het oplossen van zaken rond woning, werk, uitkering en dergelijke (GGZ).

Te strafrechtelijke invulling doelgroep artikel 2.3 Wfz

Respondenten uit de algemene en forensische GGz benoemen als grootste knelpunt en risico bij artikel 2.3 Wfz dat het beveiligingsniveau in de algemene GGz niet het juiste is en dat ernstig delictgedrag in de algemene GGz binnenkomt (FGGZ, GGZ). De algemene GGz is daarop niet toegerust, er is geen expertise wat betreft risicotaxatie en risicomanagement zo ervaren respondenten uit die sector (GGZ). Ook kan de beveiliging niet gemakkelijk worden opgeschaald (GGZ). Een geneesheer-directeur denkt dat de verwachtingen te hoog zijn van wat de algemene GGz kan bieden bij bepaalde stoornissen (GGZ). Het regime binnen de algemene GGz en de zorg die daar wordt geboden, is bovendien anders dan in de forensische zorg: je moet mensen zo veel mogelijk vrijheid geven. Daarnaast achten sommige respondenten het gevaarlijk voor andere patiënten als er vermenging met patiënten met een strafrechtelijke achtergrond optreedt (INS). Een rechter ziet het als een risico dat bij de potentiële doelgroep van artikel 2.3 Wfz het gevaarscriterium uit het oog verloren wordt. Formeel speelt dit bij artikel 2.3 Wfz geen rol. Dit kan ertoe leiden dat mensen met te risicovol gedrag, zoals agressie, in een psychiatrisch ziekenhuis terechtkomen waarna er strafrechtelijk geen grip meer op is (RE). Een geneesheer-directeur benoemt dat het erop neer komt dat er civielrechtelijke condities worden neergelegd voor een strafrechtelijk traject en de weg naar de forensische GGz niet bij voorbaat gevolgd wordt, terwijl dit nou juist specifiek het vak is van de forensische GGz (JUS).

Een respondent stelt voor om de doelgroep van artikel 2.3 Wfz scherper te definiëren en alleen de (kleine) groep met een potentieel behandelbare aandoening en bij wie de ernst van het delict niet te groot is in aanmerking te laten komen voor een artikel 2.3 Wfz-machtiging (GGZ, zie ook paragraaf 4.3). Helpend is verder om de bevindingen zo begrijpelijk mogelijk naar voren te brengen voor de strafrechter, geeft een geneesheer-directeur aan. Zo kunnen misverstanden als 'de psychiatrie trekt handen ervan af' worden bestreden omdat je uitlegt dat je er wel voor open staat mits in een veilig en doelmatig kader (FGGZ). Verschillende respondenten geven aan dat zij een forensische variant van artikel 2.3 Wfz als oplossing zien. Zo zouden patiënten met een te hoog delictrisico voor de algemene GGz gemakkelijker de juiste zorg kunnen krijgen (JUS). Deze suggestie komt in paragraaf 6.6 nader aan de orde.

6.2.4 Niet-plaatsing bij aangewezen instelling

Er zijn volgens respondenten situaties waarin het niet duidelijk is wie de verantwoordelijkheid moet nemen voor plaatsing van een artikel 2.3 Wfz-patiënt (GGZ). Dit werd eerder vermeld als het gaat om een ambtshalve artikel 2.3 Wfz-machtiging door de strafrechter (zie paragrafen 2.7.3 en 5.7). De plaatsingsverantwoordelijkheid kan volgens sommige respondenten ook onduidelijk zijn als een geneesheer-directeur besluit dat de betrokkene niet in de aangewezen instelling kan worden geplaatst (GGZ, INS). Een geneesheer-directeur geeft aan dat in de situatie dat de instelling is aangewezen en de geneesheer-directeur adviseert de betrokkene op een ander beveiligingsniveau op te nemen dan de aangewezen instelling kan bieden, overdracht naar een andere geneesheer-directeur moet plaatsvinden. 'Je adviseert dan negatief' zegt een geneesheer-directeur, 'maar met argumenten en met een advies over wat er wel zou moeten gebeuren, bijvoorbeeld plaatsing in een FPK.' Het OM neemt het vervolgens over (FGGZ). Ook een andere geneesheer-directeur geeft een voorbeeld waarin bij het voorbereiden van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz bleek dat het benodigde beveiligingsniveau hoger was dan dat wat de aangewezen algemene GGz-instelling kon bieden (GGZ). In dit geval werd het volgens de geneesheer-directeur echter het probleem van de algemene GGz-instelling zelf om voor de betrokkene een andere plek te zoeken (GGZ). Een andere respondent ziet een knelpunt rond plaatsing ontstaan in dit soort situaties (INS). Als een aangewezen instelling de patiënt niet kan plaatsen, bijvoorbeeld omdat de problematiek te ingewikkeld is of het delictrisico te groot, wordt vervolgens opnieuw gezocht naar een plek voor de desbetreffende patiënt. Dit gebeurt echter niet altijd meer op basis van het aanvankelijke onafhankelijke medisch advies (INS). Het komt voor dat zonder onafhankelijke indicatiestelling in overleg een plek gezocht wordt bij forensische zorgaanbieders, bijvoorbeeld op een FPA, FPK of in een FPC. De respondent heeft het gevoel dat capaciteit daarbij te veel leidend is en dat een deel van de patiënten misschien op een (te) hoog beveiligingsniveau terechtkomt, zonder dat een onafhankelijke indicatiestelling daaraan ten grondslag ligt (INS). De respondent kan dit niet met cijfers hardmaken, maar hoort naar eigen zeggen meermaals van FPC's dat zij op beveiligingsniveau 4 patiënten met een 2.3 Wfz-machtiging hebben opgenomen (INS). De respondent suggereert als oplossingsvoorstel dat evenals bij forensische zorgtitels, ook bij artikel 2.3 Wfz een onafhankelijke indicatiestelling leidend zou moeten zijn. Het NIFP zou dit kunnen verzorgen, maar ook een indicatiestellingscommissie of -orgaan zoals bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), of de Wet landurige zorg (Wlz). Op die manier zou samen met de zorgaanbieder recht kunnen worden gedaan aan het uitgangspunt 'patiënt op de juiste plek' (INS).

6.2.5 Duur machtiging

Meerdere respondenten achten zes maanden een te korte duur voor de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz (FGGZ, FGGZ, GGZ, RE, RE, RE). Het gaat volgens respondenten meestal om patiënten die langer behandeld en opgevangen zou moeten worden. Volgens de Strafrechtspraak zorgt dit dat de machtiging minder aantrekkelijk is met het oog op beveiliging, verwacht wordt daardoor terughoudendheid bij oplegging (RvdR). Ook wordt aangegeven dat de periode van zes maanden te kort is voor risicotaxatie en bij complexere problematiek te kort is om goede zorg te leveren (INS, NVvP).

6.3 Toestemmingsvereiste minister

6.3.1 Praktische aspecten

Uit gegevens van DJI blijkt dat het verzoek om toestemming van de minister bij tijdelijke onderbreking of voortijdige beëindiging van de verplichte zorg weinig wordt toegepast. Tot oktober 2021 gebeurde dit bij de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz in totaal negen maal en bij de rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz in totaal 28 maal (persoonlijke communicatie DJI). Zie paragraaf 2.7.2 voor een beschrijving van het toestemmingsvereiste.

Het toestemmingsvereiste wordt door respondenten om meerdere redenen als problematisch gezien. In de eerste plaats geven respondenten aan dat er onduidelijkheid is over de vraag wat onder 'tijdelijke onderbreking' moet worden verstaan. Bijvoorbeeld of en zo ja wanneer verlof een tijdelijke onderbreking is en in welke verloffases toestemming moet worden gevraagd (FGGZ, GGZ). Een van de geneesheer-directeuren denkt dat toestemming moet worden gevraagd als iemand een tijdje buiten de kliniek verblijft (GGZ) een ander dat vanaf één nacht buiten de instelling toestemming moet worden aangevraagd (FGGZ). Een geneesheer-directeur zegt geen toestemming te vragen voor verlof van artikel 2.3 Wfz-patiënten die in een algemene opnamekliniek zijn geplaatst, omdat patiënten daar vrijwel direct al met verlof gaan (FGGZ). Bij beëindiging van de verplichte zorg gebeurt dit echter wel (FGGZ). Andere geneesheer-directeuren zijn van mening dat verlof en verblijf buiten de kliniek in het kader van de resocialisatie onderdeel uitmaakt van de behandeling en daarom niet moet worden beschouwd als tijdelijke onderbreking (FGGZ). Ook is er onduidelijkheid over hoe een machtiging voor het toekennen van verlof of vroegtijdige beëindiging van zorg eruit zou moeten zien: een machtiging per individueel verlof, een basismachtiging voor een verlofvorm, of een verlofplan voor een volledig resocialisatietraject (FGGZ). Respondenten geven als oplossingsrichting aan: zorg voor een duidelijke handreiking. Inmiddels is er via reparatiewetgeving meer duidelijkheid gegeven (*Kamerstukken II* 2020/21, 35 667, nr. 3, zie ook paragraaf 8.3.6).

Als een tweede probleem (vooral voor de algemene GGz) wordt gezien de verplichte risicotaxatie. Bij het toestemming vragen om een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz voortijdig te beëindigen of tijdelijk te onderbreken moet een geneesheer-directeur een risicotaxatie overleggen (paragraaf 2.7.2). Verschillende respondenten, geneesheer-directeuren en zorgverantwoordelijken uit de algemene GGz, benoemen de verplichte risicotaxatie als het voornaamste probleem dat zij hebben met het toestemmingsvereiste (GGZ). Respondenten geven aan dat risicotaxatie voor de algemene GGz niet te organiseren is omdat deze de expertise niet in huis heeft en het de vraag is of dat moet veranderen (GGZ). Overigens heeft de algemene GGz wel andere typen risicotaxatie-instrumenten, bijvoorbeeld gericht op dreigende agressie en suïcidaliteit, maar dat is niet een forensisch instrument, zegt een zorgverantwoordelijke (GGZ).

De verplichte risicotaxatie geeft volgens geneesheer-directeuren vertraging bij verlof en ontslag en draagt op die manier niet bij aan doorstroming (FGGZ, GGZ, GGZ). Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz geeft een voorbeeld van een patiënt 'die al lang naar huis had gekund' maar vier weken langer moest blijven vanwege de tijd die het duurde om de uitvoering van de risicotaxatie te regelen (GGZ). Een geneesheer-directeur uit de forensische GGz geeft een voorbeeld van een aanvraag voor toestemming voor verlof die vanuit de instelling is gedaan voor een artikel 2.3 Wfz-patiënt die een nacht buiten de instelling zou verblijven (FGGZ). De instelling kreeg vragen vanuit

het 'loket' dat voor het toestemmingsvereiste in het leven is geroepen bij DJI, over onder meer de volledigheid van de risicotaxatie. Dit werkte vertragend in het resocialisatietraject. Een zorgverantwoordelijke benoemt het in een specifieke casus lastig te hebben gevonden om de argumentatie rond het delictrisico over het voetlicht te krijgen bij het 'toestemmingsloket' (FGGZ).

Een geneesheer-directeur is van mening dat ook inhoudelijk beter nagedacht zou moeten worden over de manier waarop risicotaxatie in het kader van het toestemmingsvereiste wordt toegepast (FGGZ). Van belang zou zijn om een instrument te kiezen dat geschikt is voor een dagelijkse screening en dat is ingebed in de behandeling van de persoon. Daar is de GGz ook vertrouwder mee omdat instrumenten als de *Broset Violence Checklist* (BVC, Almvik, Woods & Rasmussen, 2000) ook op High & Intensive Care- (HIC-) afdelingen worden gebruikt. Risicotaxatie-instrumenten zoals de HKT-R (Spreen, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2014) die nu in het kader van tbs worden gebruikt en die een inschatting van het recidiverisico op de langere termijn zouden geven, zouden een schijnveiligheid opleveren omdat ze niet zijn ingebed in de rest van de behandeling. Deze instrumenten worden dan alleen gebruikt omdat het moet van de minister geeft een respondent aan (FGGZ). In paragraaf 8.5.2 wordt nader stilgestaan bij risicotaxatie in de algemene GGz.

6.3.2 Principiële aspecten

Ongewenste rechtsvermenging

Naast de in de vorige paragraaf besproken ervaren praktische belemmeringen, worden principiële bezwaren tegen het toestemmingsvereiste aangedragen. De rol van de minister wordt door sommige respondenten benoemd als ongewenste rechtsvermenging en daarmee als principieel onjuist (GGZ). Het gaat bij een machtiging via artikel 2.3 Wfz om een civielrechtelijke maatregel waarbij niets strafrechtelijks aan de orde is, dit is iets dat aan geneesheer-directeur moet zijn, geeft een van de geneesheer-directeuren uit de algemene GGz aan (GGZ). Ook een zorgverantwoordelijke vraagt zich af waarom iemand zonder verstand van psychiatrie toestemming moet geven als al besloten is dat het bij de betrokkene meer om psychiatrische dan justitiële problematiek gaat, en de inschatting van iemand met expertise op dat gebied is dat verlof of ontslag mogelijk is (FGGZ). Een respondent van het OM benoemt een ander principieel bezwaar, namelijk dat de gronden waarop de minister toetst of een opname moet worden beëindigd, andere zijn dan die het op basis van de Wvggz zouden moeten zijn (OM).

Verslechtering rechtspositie betrokkene

De rechtspositie van personen met een zorgmachtiging is hetzelfde, of de zorgmachtiging wordt afgegeven door de civiele rechter of door de strafrechter, behoudens een aantal uitzonderingen waaronder ontslag en tijdelijke onderbreking (paragraaf 2.7.2). Het toestemmingsvereiste van de minister wordt door verschillende respondenten als een verslechtering van de rechtspositie gezien van degenen met een machtiging via artikel 2.3 Wfz vergeleken met degenen met een zorg- of rechterlijke machtiging via de civiele rechter (GGZ, GGZ). Volgens een geneesheer-directeur uit de algemene GGz is het toestemmingsvereiste om meerdere redenen een extra belemmering bij de resocialisatie (GGZ). Ten eerste betreft dit de langere duur van het verblijf doordat de procedure om toestemming te vragen die verlengt (wachttijd op toestemming; GGZ, GGZ, GGZ). Een geneesheer-directeur benoemt dat de periode van een half jaar ook 'uitgezeten' zou kunnen worden, maar acht dit voor sommige patiënten te lang, bijvoorbeeld als patiënten al goed opgeknapt zijn na een behandeling die in gevangenis

is gestart (GGZ). Ten tweede zou het toestemmingsvereiste een extra drempel vormen om personen met een artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging op te nemen, zeker als de verwachting is dat het zorgtraject misschien moeizaam zal lopen (FGGZ, GGZ). Voorheen, onder artikel 37 Sr, kon een geneesheer-directeur de maatregel opheffen als een persoon niet langer aan de criteria voldeed. De 'ingewikkelde' procedure via de minister wordt in de huidige procedure als drempel ervaren.

Een voorgestelde oplossingsrichting volgens een aantal GGz-respondenten is afschaffen van het toestemmingsvereiste. Onder de Wvggz stemt een geneesheer-directeur dan volgens een respondent over resocialisatie van een patiënt af met de officier van justitie en de gemeente (GGZ).

Hiervoor is besproken welke effecten respondenten zien van het toestemmingsvereiste op de rechtspositie van betrokkenen met een artikel 2.3 Wfz machtiging. In paragraaf 6.4 komt aan de orde hoe respondenten de rechtspositie van artikel 2.3 Wfz-patiënten in andere opzichten zien.

6.4 Artikel 2.3 Wfz en de rechtspositie van de patiënt

6.4.1 Minder stigma voor patiënten?

Respondenten merken op dat het de rechtspositie van betrokkenen kan versterken als meer zorgmachtigingen worden afgegeven in plaats van dat sancties, bijvoorbeeld voorwaardelijke straffen, worden opgelegd (ADTbs, INS). De patiënt heeft dan geen strafrechtelijke titel meer en een machtiging via artikel 2.3 Wfz komt niet op het strafblad geven respondenten aan (ADTbs, INS, OM). Voor forensische patiënten kan de zorgmachtiging tot vermindering van stigmatisering leiden, verwachten respondenten van FPC's (ADTbs). Als artikel 2.3 Wfz meer wordt toegepast, is de verwachting van sommige respondenten dat hulpverleners in de algemene GGz ook zullen merken dat het verschil tussen patiënten die via artikel 2.3 Wfz een zorgmachtiging krijgen en andere patiënten niet zo groot is (NLGGz). Wel wordt daarbij opgemerkt dat dit alleen het geval is bij een 'juiste' selectie van patiënten, namelijk die met in de psychiatrie behandelbare stoornissen (NLGGz, en zie paragraaf 4.3).

6.4.2 Rechtspositie slechter als strafrechter zorgmachtiging afgeeft?

Respondenten van het OM noemen een aantal redenen waarom de rechtspositie van een betrokkene slechter zou zijn als een machtiging door de strafrechter is afgegeven (OM). Ten eerste zou zoals eerder vermeld, een ambtshalve afgifte door de strafrechter kunnen leiden tot een onuitvoerbare machtiging omdat er geen zorgaanbieder kan worden gevonden die de machtiging aan de Wvggz criteria vindt voldoen (OM, OM). Daarnaast zal de strafrechter, in tegenstelling tot de civiele rechter, het recidiverisico meewegen en bemoeit de strafrechter zich met het beveiligingsniveau (OM). Ook wordt een ambtshalve zorgmachtiging weleens afgegeven op basis van oudere (NIFP-) stukken, terwijl de Wvggz aangeeft dat alle stukken actueel moeten zijn (OM). Dat laatste gaat in het strafrecht sneller mis omdat de planning lastiger is, omdat de doorlooptijd van de 'connexe' strafzaak langer is dan die van de zorgmachtigingszaak. Een respondent van het OM geeft verder aan dat het als discutabel gezien kan worden dat de rechtbanken en gerechtshoven hebben bepaald dat iemand in voorlopige hechtenis mag blijven als een zorgmachtiging wordt voorbereid, terwijl het een civielrechtelijke

machtiging is (OM). Een respondent uit een PPC geeft aan dat in het PPC in zo'n periode juist zorg aan de betrokkene kan worden geboden (JUS).

6.4.3 'Doorgeschoten' rechtspositie Wvggz

Verschillende geneesheer-directeuren merken meer in het algemeen op dat op papier, de rechtspositie van de patiënt met een zorgmachtiging, ook via artikel 2.3 Wfz, beter oogt na invoering van de Wvggz (FGGZ). Maar, geven zij aan, door de enorme uitbreiding is de rechtspositie van de patiënt onder de Wvggz in feite niet verbeterd ten opzichte van die onder de Wet Bopz (FGGZ, GGZ). De rechtspositie binnen de Wvggz is volgens respondenten doorgeslagen en is daarmee haar doel voorbijgeschoten, omdat deze voor de patiënt te uitgebreid en ingewikkeld is geworden (FGGZ). Er is een roep om minder administratief werk en een voor de patiënt eenvoudiger rechtspositie in de Wvggz, zegt een andere respondent. Maar op het moment dat ergens aan getornd wordt, komen advocaten en patiënten-belangenverenigingen daartegen in het geweer. Dit is een spanningsveld dat verandering belemmert en helaas voortkomt uit wantrouwen tegen de psychiatrie, geeft een respondent aan (FGGZ).

6.4.4 Veel verschillende rechtsposities

Respondenten benoemen dat de nieuwe wetgeving (Wvggz, Wzd en Wfz) van medewerkers veel kennis van verschillende regimes (interne rechtsposities) vereist. Een geneesheer-directeur uit een forensische instelling merkt op dat elke juridische titel weer andere nuances heeft in de interne rechtspositie, waardoor het voor een zorgverantwoordelijke en ook de sociotherapie op de afdeling een gepuzzel is om telkens te weten wat bij een bepaalde patiënt wel of niet mag worden toegepast (FGGZ). Een zorgverantwoordelijke meldt dat, omdat het relatief weinig voorkomt, er op de afdeling weinig ervaring is met de regels die voor artikel 2.3 Wfz-patiënten gelden. Het risico is dat daardoor eerder fouten worden gemaakt (GGZ). Een geneesheer-directeur uit de algemene GGz zegt hier geen last van te hebben en geeft aan dat men het omgaan met verschillende juridische titels binnen de instelling ook al van voor de Wvggz gewend is (GGZ). Daarnaast zou het over en weer plaatsen van forensische patiënten in GGZ-accommodaties en het plaatsen van Wvggz-patiënten in tbs-klinieken ook voor betrokkenen problemen geven zoals stigma en zelfstigma (INS).

Respondenten vermelden nog een aantal aspecten van de Wvggz, die anders zijn of mogelijk anders uitpakken voor personen met een artikel 2.3 Wfz-zorgmachtiging. Op deze aspecten zullen we hieronder ingaan.

6.4.5 Vermenging van civiel recht en strafrecht

Waar de behandeling van een rechterlijke- dan wel zorgmachtiging bij een civiele rechter plaatsvindt tijdens een gesloten zitting, wordt een artikel 2.3 Wfz zaak in beginsel tijdens een openbare zitting behandeld. Bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz is artikel 269 Sv van toepassing (art. 6:1 Wvggz, art. 4a Wzd). Deze bepaling is toegevoegd om de aansluiting met het strafprocesrecht te versterken (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399 nr. 25, p. 143). Evenals in de behandeling van de strafzaak heeft de strafrechter niettemin de mogelijkheid een zaak achter gesloten deuren te behandelen wanneer deze de zaak bijzonder gevoelig acht. Dit zien respondenten als een verslechtering van de rechtspositie (OM). De bepaling zou wat hen betreft andersom moeten zijn, gesloten deuren tenzij (OM). Respondenten geven aan dat hier discussie over is. Ook bij een strafzaak wordt immers psychische problematiek besproken (OM). De

respondent vindt dat echter iets anders dan als iemand primair vanuit zorgbehoefte voor de rechter staat (OM). Een ander geeft aan zittingen meegemaakt te hebben waarbij het strafzaakdeel openbaar werd behandeld en het zorgmachtigingsdeel achter gesloten deuren. Dit zou inmiddels gebruikelijk zijn bij sommige gerechten (FGGZ). Daarnaast wordt vermeld dat medische gegevens ook openbaar kunnen worden via het strafdossier, bijvoorbeeld als bij een ambtshalve afgifte van een machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter, stukken op grond waarvan het OM tot de conclusie was gekomen geen verzoekschrift in te dienen worden opgenomen in het strafdossier (OM, zie ook paragraaf 5.2). Consequenties hiervan zijn een langere bewaartermijn en dat ieder met toegang tot het strafdossier van de medische gegevens kennis kan nemen (Bakker, 2021a).

Ook wordt benoemd dat bij artikel 2.3 Wfz het OM het slachtoffer op de hoogte dient te brengen dat er een zorgmachtiging is afgegeven (art. 51ac lid 1 sublid i Sv). Respondenten van het OM noemen dit een slechte ontwikkeling wat betreft privacy van de betrokken patiënt omdat het een civielrechtelijke machtiging betreft. Het feit dat een zorgmachtiging is afgegeven kan worden gezien als medische informatie (OM).
Ook wordt volgens respondenten door strafrechters soms binnen de beschikking van de zorgmachtiging, een vergoeding aan slachtoffers toegekend. Respondenten zien dit als een vermenging van straf- en civiel recht waarbij zij zich afvragen of dit zo door de wetgever bedoeld is (OM).

In artikel 6:4 en artikel 8:12 lid 8 Wvggz worden meerdere bepalingen uit de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) van toepassing verklaard voor patiënten die met een zorgmachtiging in een FPC worden opgenomen. Het is volgens sommige respondenten onduidelijk hoe het klachtrecht voor (art. 2.3 Wfz-) patiënten met een zorgmachtiging is geregeld als zij binnen FPC's verblijven (INS, JUS). De vraag was of de patiënt via de RSJ op basis van de Bvt moet klagen, of bij een Wvggz-klachtencommissie. Ook voor de desbetreffende klachtencommissies was dit volgens de respondent niet duidelijk (JUS). In de Tweede nota van wijziging Wvggz staat bij art. 6:4, vijfde lid Wvgggz toegelicht:

'*Door via de zorgmachtiging te regelen dat betrokkene in een FPC wordt geplaatst, wordt het systeem van de Wvggz niet doorbroken. Deze groep patiënten heeft de rechtspositie van de Wvggz en daarmee is geborgd dat ook deze groep toegang heeft tot bijvoorbeeld de bijstand van de patiëntenvertrouwenspersoon en de klachtencommissie van de Wvggz.'*

In de wet 'Vereenvoudiging uitvoering en reparatie Wvggz en Wzd' (*Staatsblad* 2021, nr. 468) is verder verduidelijkt hoe de klachtencommissie Wvggz rekening moet houden met de context van de Bvt.

6.4.6 Plan van aanpak

Eerder is besproken dat respondenten aangeven dat verschillend wordt omgegaan met de keuze van vormen van verplichte zorg (paragraaf 5.3.3). Sommige geneesheer-directeuren geven aan daarin zo selectief mogelijk te zijn met het oog op de rechtspositie van de betrokkene. Andere geneesheer-directeuren kiezen ervoor juist een ruime keuze te maken omdat niet tevoren kan worden voorzien welke vormen nodig zullen blijken. Wanneer de officier van justitie begint met de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging, kan de betrokkene of diens vertegenwoordiger de geneesheer-directeur te kennen geven met familie of naasten een plan van

aanpak te willen opstellen om verplichte zorg te voorkomen. Het eigen plan van aanpak beschrijft de inbreng van de patiënt en de vrijwillige zorg en ondersteuning van familie en naasten die geboden kan worden om te voorkomen dat verplichte zorg vereist wordt. Wanneer een verzoekschrift voor een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz wordt voorbereid in aansluiting op een strafrechtelijke maatregel (art. 2.3 lid 1 sublid 6-10 Wfz), wordt de patiënt niet in staat gesteld om een eigen plan van aanpak voor te bereiden (zie paragraaf 2.7). Verschillende respondenten, uit onder meer de forensische GGz, verbazen zich daarover omdat zij juist die groep, die veelal al langdurig behandeld is, geschikt achten om aan het eind van het tbs-traject over het vervolg actief mee te denken (ADV, FGGZ).

6.4.7 Betrekken van naasten en toegang tot vertrouwenspersoon

Een geneesheer-directeur uit de forensische GGz meldt dat het betrekken van naasten van de patiënt bij diens zorgtraject met de inwerkingtreding van de Wvggz meer op het netvlies is gekomen bij zorgaanbieders (FGGZ). Met behulp van het plan van aanpak en de zorgkaart wordt geprobeerd om het gesprek over verplichte zorg met de patiënt en de naast betrokkenen een belangrijker plaats te geven (FGGZ). Bij de reguliere zorgmachtiging-patiënten heeft dit inmiddels volgens de geneesheer-directeur vorm gekregen. Maar dat gebeurt minder bij de personen met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz denkt deze geneesheer-directeur. Daarbij speelt een rol dat er niet altijd naasten zijn bij personen die vanuit een strafrechtelijk traject komen. Het komt ook voor dat de patiënt niet wil dat er contact wordt gelegd. Een belangrijk verschil is verder dat patiënten met een reguliere zorgmachtiging vaak al lang in zorg zijn en dat daardoor ook de naasten bekend zijn bij de zorgaanbieder. Daardoor zijn deze naasten relatief gemakkelijk bij een verplicht zorgtraject te betrekken. Patiënten die vanuit een strafrechtcontext komen met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz zijn veelal nog niet bekend bij de zorgaanbieder. Daardoor staat het betrekken van naasten in de praktijk minder op de voorgrond zegt een geneesheer-directeur (FGGZ). Om hun naasten, als die er zijn, in beeld te krijgen en bij het verplichte zorgtraject te betrekken, moeten meer stappen worden gezet. Het zou goed zijn hierop scherper te zijn, geeft de geneesheer-directeur aan want er zou in principe geen verschil mogen zijn hierin tussen de twee patiëntengroepen (FGGZ).

Ook vertrouwenspersonen vinden het nog een uitdaging om de naasten van de artikel 2.3 Wfz-groep in beeld te krijgen en te zorgen dat zij de vertrouwenspersoon ook weten te vinden (INS). Voor deze specifieke groep moeten nieuwe 'routes' worden aangelegd, bijvoorbeeld om te zorgen dat de contactgegevens op een voor die groep geschikte plaats liggen (INS).

Ook in het PPC zou volgens een respondent meer aandacht moeten zijn voor het betrekken van naasten, en voor het aanzoeken van een mentor of curator (JUS).
Veel mensen in het PPC voor wie een artikel 2.3 Wfz-machtiging wordt voorbereid, zijn al lang bekend in de psychiatrie en zijn wilsonbekwaam. In een aantal gevallen is nooit een mentor of curator geregeld en de patiënt heeft vaak ernstige conflicten met het sociale netwerk. Aandacht hiervoor zou beter moeten worden belegd (JUS). Respondenten geven aan dat de toegang tot patiënt-vertrouwenspersonen voor patiënten in detentie in PI/PPC niet afdoende geregeld is (INS, JUS). Een aspect dat vertrouwenspersonen daarnaast benoemen is dat het lastig is om te ondersteunen in de rechtspositie Wvggz bij een artikel 2.3 Wfz-patiënt omdat in de PI de Pbw leidend is (INS).

6.5 Randvoorwaarden toepassing artikel 2.3 Wfz

6.5.1 Capaciteit beveiligde bedden

Capaciteitsgebrek wordt door meerdere respondenten benoemd als de meest bepalende achterliggende factor bij veel van de problemen rond artikel 2.3 Wfz (FGGZ, FGGZ, JUS, RE, RE, RE). Het gaat dan zowel om te weinig capaciteit wat betreft forensische zorginstellingen zoals FPA's en FPK's (te weinig beveiligde bedden), als om niet goed aansluitende algemene geestelijke gezondheidszorg (te weinig mogelijkheden voor langdurige en complexe zorg). Respondenten vanuit DJI en de GGz signaleren capaciteitsproblemen als gevolg van een grotere instroom van personen met forensische zorg en met een zorg- (Wvggz) of rechterlijke machtiging (Wzd) op basis van artikel 2.3 Wfz (Dimence, GGz-C, NLGGz). DJI heeft de indruk dat de plaatsen die er zijn bij forensische zorgaanbieders meer onder druk staan sinds ook artikel 2.3 Wfz patiënten worden aangeboden. DJI geeft aan met regelmaat te zien dat artikel 2.3 Wfz-patiënten maar ook reguliere zorgmachtiging-patiënten op forensische plekken geplaatst worden (INS). De indruk is dat artikel 2.3 Wfz-plaatsingen, reguliere zorgmachtigingen en forensische zorgplaatsingen concurreren om schaarse beveiligde bedden, waarvoor bovendien steeds vaker ook patiënten met risicovol gedrag uit de algemene GGz in aanmerking komen. Daardoor ontstaat volgens DJI een geleidelijk steeds verder opbouwend capaciteitsgebrek, hoewel DJI dit vooralsnog niet kan onderbouwen met cijfers (INS).

Niettemin bevestigen meerdere respondenten dat ook zij een capaciteitstekort ervaren. Een respondent uit een FPC meldt dat er weinig voorzieningen zijn met beveiligde bedden waar de artikel 2.3 Wfz-groep terecht kan. De bedden die er zijn, zijn bezet door andere doelgroepen, met name forensische zorg-patiënten (JUS). NIFP geeft aan dat de algemene/forensische GGz een duidelijk tekort aan beveiligde bedden heeft (INS). Zeker in de forensische psychiatrie en op de opname-afdeling zijn bedden schaars zegt een andere respondent (FGGZ). Een respondent van een forensische instelling merkt dat de instroom van zorgmachtigingspatiënten zowel via artikel 2.3 Wfz als via de civiele rechter in de instelling de afgelopen anderhalf jaar fors oploopt (FGGZ). De respondent heeft de indruk dat het management van de instelling probeert de instroom van patiënten met artikel 2.3 Wfz-machtigingen en reguliere zorgmachtigingen te maximeren, om zo de proportie van het aantal zorgverzekeringsbedden ten opzichte van het aantal 'justitiebedden' niet te veel te laten groeien (FGGZ). Een FPC krijgt volgens een respondent vaak vragen van andere GGz-klinieken om een reguliere Wvggz-patiënt (meestal wel met een strafrechtelijk verleden) op te nemen (JUS). Het FPC doet dit hooguit voor een gelimiteerde periode en op basis van een duidelijke vraag, geeft de respondent aan. Het risico is anders dat deze patiënten heel lang blijven omdat ze nergens passen en elders moeilijk hanteerbaar zijn (JUS).

Volgens strafrechters en verplichte zorg-officieren van justitie is er mede door capaciteitsproblemen bij de voorbereiding van een machtiging via artikel 2.3 Wfz nogal eens geen zicht op een geschikte behandelplaats (OM, OM, RvdR). Meer specifiek gaat het om te weinig beveiligde bedden. Vooral als er hoge eisen worden gesteld aan het beveiligingsniveau stuit volgens respondenten de aanvraag van de machtiging op capaciteitsproblemen (IgJ, INS). Dit speelt zowel bij de artikel 2.3 Wfz-Wvggz-route als bij de artikel 2.3 Wfz-Wzd-route. Ook ontstaan volgens respondenten logistieke problemen omdat forensische instellingen veelal met langer durende behandelingen werken waardoor de doorstroom beperkt is, terwijl de afgifte van een machtiging op

basis van artikel 2.3 Wfz op korte termijn plaatsvindt waarna meteen een plaats nodig is (NVvP).

Sommige respondenten relativeren echter de capaciteitsproblemen, deze verschillen mogelijk per regio. Tot nu toe is er genoeg capaciteit voor artikel 2.3 Wfz patiënten in onze regio zegt een respondent (FGGZ). Volgens een ander gaat het bij artikel 2.3 Wfz om kleine aantallen en is de beschikbaarheid van beveiligde bedden niet wezenlijk veranderd ten opzichte van die bij artikel 37 Sr (JUS). Een ander verwacht dat capaciteitsproblemen voor de desbetreffende instelling nog gaan komen, omdat de artikel 2.3 Wfz-patiënten tot dan toe door de instelling zijn geweigerd en deze er daardoor nog relatief weinig heeft (FGGZ). Volgens een andere respondent is het soms nodig pragmatisch om te gaan met de plaatsing en dit goed uit te leggen. Soms kan een indicatie beveiligingsniveau 3 ook naar 2, dan zijn er onmiddellijk veel meer plekken (JUS). Tegelijkertijd wordt door anderen kritisch gekeken naar het plaatsen van patiënten zonder onafhankelijke indicatiestelling (INS).

Respondenten merken op dat ook in de algemene GGz capaciteitsproblemen spelen. Specifiek langdurig toezicht en langdurige structurerende behandelingen zijn er bijna niet meer, hooguit als psychiatrische problematiek op de voorgrond staat en iemand daardoor langdurige opname of toezicht nodig heeft (FGGZ). Dit merken bijvoorbeeld de PPC's, zij missen geschikte voorzieningen waarheen hun patiënten kunnen doorstromen (JUS, JUS). Een respondent van een PPC geeft aan dat vanwege wachtlijsten in de GGz, patiënten te lang in het PPC verblijven (JUS). Langdurige voorzieningen voor complexe patiënten in de algemene psychiatrie zouden volgens een respondent weer meer moeten worden opgetuigd, 'we missen die nu in de keten in onze regio' (FGGZ). Dan zou je ook gemakkelijker artikel 2.3 Wfz-patiënten kunnen opvangen. Er is een groep, misschien dertig procent van het totale aantal, voor wie zo veel mogelijk ambulant werken niet geschikt is omdat ze te gehandicapt zijn, te complexe problematiek hebben, ook patiënten zonder forensisch profiel. We zien nu het omgekeerde: dat voor opvang van complexe algemene GGz-patiënten zonder forensisch profiel naar forensische instellingen wordt gekeken (FGGZ).

Capaciteitsproblemen bestaan al lang en er liggen complexe oorzaken aan ten grondslag merken respondenten op (FGGZ, JUS). Zie daarover meer in paragraaf 8.2.4.

6.5.2 Dashboard beveiligde bedden

Om de capaciteit aan beveiligde bedden meer inzichtelijk te maken is een dashboard beveiligde bedden ontwikkeld (box 6.1).[17]

[17] https://www.beveiligdebedden.nl/convenant-2/, geraadpleegd op 25 november 2021.

Box 6.1 Dashboard beveiligde bedden

Het dashboard beveiligde bedden, CAPDASH, is ingericht op basis van het Convenant Beveiligde Bedden (2021), een overeenkomst tussen zorgaanbieders van beveiligde zorg (verenigd in de Nederlandse GGz en de Vereniging Gehandicaptenzorg) en de financiers van beveiligde zorg (Zorgverzekeraars Nederland, DJI en de ministeries van VWS en JenV). De ondertekenaars van dit convenant signaleerden dat er een gebrekkig inzicht was in de beschikbare capaciteit van beveiligde bedden, wat het risico vergrootte dat een patiënt niet op de geschikte plek kon worden opgenomen. Om de beschikbare capaciteit inzichtelijker te maken werd CAPDASH ontwikkeld. Met behulp van dit dashboard wordt het voor zorgaanbieders van beveiligde bedden op niveau 2, 3 en 4 mogelijk om aan te geven wanneer zij beveiligde bedden beschikbaar hebben. Inzage in de landelijke beschikbaarheid van beveiligde bedden wordt toegekend aan zorgaanbieders met en zonder beveiligde bedden, evenals het Forensisch Plaatsingsloket, het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden en de zorgkantoren. Instanties die inzage hebben in CAPDASH kunnen daardoor gerichter zoeken en contact opnemen met zorgaanbieders met beschikbare beveiligde bedden.

Verschillende geneesheer-directeuren vinden het inzicht dat het dashboard biedt in de beschikbaarheid van beveiligde bedden van grote waarde (FGGZ, GGZ). Ook geeft het volgens hen een impuls aan de samenwerking tussen de algemene en forensische GGz. Een forensische instelling wordt zelf met enige regelmaat gevraagd om artikel 2.3 Wfz-patiënten over te nemen van algemene GGz-instellingen die daarvoor door het OM waren aangewezen (FGGZ). Andere respondenten hopen dat het dashboard ook inzicht en aantallen gaat opleveren voor onderzoek en monitoring wat betreft beschikbare capaciteit en capaciteitsknelpunten, bijvoorbeeld op welke juridische titel patiënten forensische zorg-plaatsen bezetten (INS).

Het dashboard wordt ook door het OM gebruikt om plaatsen te zoeken: ‘Als er een ambtshalve machtiging via artikel 2.3 Wfz komt leggen wij die neer bij het dashboard’, geeft een respondent aan (OM). Het duurt dan wel een aantal weken langer dan de twee weken binnen welke iemand moet zijn geplaatst, voor een bed is gevonden (OM).

Als schaduwkant van het dashboard wordt door een respondent uit de forensische GGz-instelling benoemd dat men denkt recht op een bed te hebben. De respondent geeft aan te worden gebeld, overal uit het land, met de vraag om een plek (FGGZ). Het dashboard geeft echter geen nauwkeurig actueel beeld van beschikbare bedden, dus het kan zijn dat voor niets wordt gebeld (FGGZ). Ook een andere respondent heeft beperkte verwachtingen van het dashboard beveiligde bedden (GGZ). Je kunt er niet op plannen, omdat je terwijl je bevindingen schrijft niet de beschikbaarheid weet tegen de tijd dat de rechter de machtiging afgeeft, zeker zes weken later, aldus de respondent.

6.5.3 Gekwalificeerd personeel

Verschillende respondenten geven aan dat een gebrek aan gekwalificeerd personeel een belemmering vormt bij de voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. Het gaat dan bijvoorbeeld om psychiaters die kunnen worden aangezocht als onafhankelijk psychiater in het voorbereidingsproces. In de algemene en forensische GGz, maar ook bij het NIFP is personeelsgebrek volgens respondenten een probleem. Voorbeelden zijn ook de lange wachttijden voor psychiatrische beoordelingen (bijvoor-

beeld voor spoedmedicatie onder dwang) door een gebrek aan psychiaters (JUS), of wachttijden die oplopen tot drie maanden voor een NIFP-rapportage door een onderbezetting bij het NIFP (RE).

Verschillende organisaties en instanties geven aan dat de algemene GGz onvoldoende is toegerust op de groep patiënten die vanuit de forensische zorg of vanuit een strafzaak via artikel 2.3 Wfz een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging krijgen. Daardoor ontstaan er risico's binnen de algemene GGz (GGZ-C, IgJ, Klachtcommissie, NVvP, ZHN, ZN). De onvoldoende toerusting zit hem in verschillende zaken. Ten eerste zijn er, zoals in paragraaf 6.5.1 benoemd, onvoldoende bedden met het noodzakelijke beveiligingsniveau. Ten tweede is er onvoldoende gekwalificeerd personeel met kennis van forensische problematiek om deze patiënten goed te kunnen opnemen en behandelen en om risicotaxaties te kunnen uitvoeren.

6.5.4 Financiering van beveiligde bedden

Respondenten benoemen de financiering van de beveiligde bedden voor artikel 2.3 Wfz-patiënten als een knelpunt dat inmiddels ten dele is opgelost (FGGZ, INS, OM). Beveiligde bedden bevinden zich vooral in GGz-instellingen met forensische afdelingen of klinieken (FPA's en FPK's) en in FPC's. Een forensische zorginstelling kreeg aanvankelijk voor hetzelfde bed meer betaald van Justitie bij een patiënt met forensische zorg, dan van een zorgverzekeraar bij een patiënt met een zorgmachtiging melden respondenten (INS, OM, OM). Geneesheer-directeuren uit een forensische GGz-instelling geven aan dat de financiering voor beveiligde bedden die worden toegewezen aan artikel 2.3 Wfz patiënten inmiddels wel verhoogd is, maar nog steeds niet in alle gevallen kostendekkend is (FGGZ, FGGZ). De NZa geeft desgevraagd aan dat de maximumtarieven via de toeslag 'voorbereiding zorgmachtiging' en via de verblijfsprestaties met beveiliging in de GGz (tot en met beveiligingsniveau 4) voldoende ruimte zouden moeten geven om de zorg kostendekkend aan te bieden, waarbij het aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder is om hierover goede afspraken te maken (persoonlijke communicatie NZa, dd 26 november 2021). Een ander knelpunt is dat het overnemen van artikel 2.3 Wfz patiënten drukt op het productieplafond van de instelling wat betreft forensische zorg (FGGZ, INS, OM). Dit was vooral in het begin een pijnpunt, maar daar gaat men nu flexibeler mee om geven respondenten aan (FGGZ, INS).
Een respondent vermoedt dat kostendekkende financiering een grote drempel weg zou kunnen nemen bij de forensische en algemene GGz om art 2.3 Wfz-patiënten op te nemen (RE).

6.6 Visies respondenten op de toekomst van artikel 2.3 Wfz

Uit de interviews komt een duidelijke wens naar voren om naast of in plaats artikel 2.3 Wfz ook een forensische variant van artikel 2.3 Wfz te hebben (FGGZ, FGGZ, FGGZ, FGGZ, FGGZ, FGGZ, GGZ, INS, INS, JUS, OM, OM, OM, OM, OM, RE, RE, RE).

Respondenten voeren voor deze wens meerdere redenen aan. In de eerste plaats wordt aangegeven dat het 'gat' dat wordt ervaren tussen tbs met dwangverpleging en de zorgmachtiging artikel 2.3 Wfz dan zou verdwijnen, evenals het gemis van de maatregel artikel 37 Sr, die voorheen dat 'gat' vulde. Overigens was er op dit voormalige artikel 37 Sr eveneens kritiek. Breed gedeeld was het bezwaar dat artikel 37 Sr alleen kon worden toegepast bij volledig ontoerekeningsvatbaar geachten. Rechters vonden het verder bezwaarlijk dat er geen strafrechtelijke bemoeienis was

met verlof of beëindiging van de maatregel, maar dat de geneesheer-directeur hier volledig over ging en zij vonden de duur van een jaar te kort (Van der Wolf, 2017; Mevis, Klappe & Van der Wolf, 2019). Zorgaanbieders vonden het problematisch dat zij artikel 37 Sr-patiënten verplicht moesten plaatsen en daarvan vaak zeer kort tevoren in kennis werden gesteld.

In de tweede plaats ervaren sommige respondenten dat artikel 2.3 Wfz nu te 'forensisch' wordt ingevuld. Een groep die te licht is voor tbs, maar te zwaar voor de algemene GGz komt nu volgens sommigen te vaak in aanmerking voor een machtiging via artikel 2.3 Wfz. Bij een ambtshalve afgifte door de strafrechter zou dit punt nog scherper kunnen spelen omdat, geven respondenten aan, dan een machtiging kan worden afgegeven tegen het advies van zorgaanbieder en OM in. Een scherper onderscheid is nodig tussen patiënten bij wie wel en niet delictpreventie een rol speelt, vindt een aantal respondenten (FGGZ, FGGZ, GGZ, OM). Anderen brengen daar echter tegen in dat via artikel 2.3 Wfz patiënten wel degelijk op verschillende niveaus van beveiliging kunnen worden geplaatst (FGGZ, INS, RE).

Ten derde, zo wordt benoemd, kan de algemene GGz zich dan richten op waar zij goed in is, respectievelijk toe beperkt is door afbouw van complexe en langdurige zorg: patiënten met psychiatrisch (met medicatie) behandelbare stoornissen die in korte tijd behandelbaar zijn en met niet of nauwelijks delictrisico. De patiënten met wat meer delictrisico en antisociale problematiek zouden dan passender zorg en behandeling kunnen krijgen, zowel gericht op de stoornis als op vermindering en management van het delictrisico, van instellingen die daarin gespecialiseerd zijn: forensische GGz-instellingen en FPC's. Zo'n nieuwe maatregel zou geschikt zijn voor de 'tussencategorie' die te licht is voor tbs maar vanwege delictrisico, antisociale trekken, of meervoudige problematiek te zwaar is voor de algemene GGz.

Hoe zou die forensische artikel 2.3 Wfz-maatregel eruit moeten zien? Veel genoemd wordt een strafrechtelijke versie van artikel 2.3 Wfz die toeleidt naar forensische zorg naast de huidige civielrechtelijke versie die toeleidt naar reguliere verplichte zorg (FGGZ, FGGZ, FGGZ, GGZ, INS OM, OM). De strafrechter zou de keuze kunnen krijgen tussen twee varianten van artikel 2.3 Wfz (FGGZ). Ook geven respondenten aan artikel 37 Sr, of een variant op artikel 37 Sr, terug te willen maar dan zonder de eis van volledige ontoerekeningsvatbaarheid (FGGZ, FGGZ, FGGZ, INS, OM, OM, OM, OM, RE, RE, RE).

Respondenten geven een 'houtskoolschets' van kenmerken van zo'n tweede variant naast artikel 2.3 Wfz: plaatsen in forensische zorg, plaatsing door plaatsingsloket met doorzettingsmacht, financiering door JenV, duur van een jaar, of volgens sommigen tot maximaal vijf jaar, geen ontoerekeningsvatbaarheids-eis, verlengbaar, de strafrechter een rol geven bij de verlenging met daarbij advisering door deskundigen met expertise ten aanzien van passende behandeling en risicotaxatie. Wat interne rechtspositie betreft zou kunnen worden gedacht aan een 'tbs-light'.

Hoewel de roep om een forensische variant van artikel 2.3 Wfz sterk uit de interviews opklinkt, relativeren respondenten aan de andere kant ook dat de problematiek die bij artikel 2.3 Wfz tot uiting komt via een verandering in wetgeving zou zijn op te lossen.

Er zijn belangrijke achterliggende factoren zoals capaciteitsgebrek en beperkt aanbod van bepaalde typen zorg of van zorg voor bepaalde groepen patiënten. Deze zijn sterk beperkend voor de doorstroom vanuit het strafrecht naar reguliere zorg. Maar ook

binnen de forensische zorg is er capaciteitsgebrek. Deze capaciteitsproblemen worden niet zonder meer worden opgelost met een forensische artikel 2.3 Wfz-variant geeft een respondent aan (INS, JUS). Ook voordat artikel 2.3 Wfz er was, vielen er groepen tussen wal en schip. Veelal betrof dat degenen met delictrisico en meervoudige problematiek. Strafrechters geven aan dat er ook nu een groep is van patiënten met complexe problematiek die moeilijk is onder te brengen, zelfs in forensische instellingen (paragraaf 4.4). Mogelijk is er te weinig aanbod voor de 'lastige tussengroep' die 'te licht' is voor tbs en wel veelal meervoudige problematiek heeft. Het gaat dan bijvoorbeeld om combinaties van psychiatrische problemen, ADHD, middelenmisbruik, een lichte verstandelijke beperking en veel overlastgevend gedrag. Anderen benoemen dat de doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere zorg beter zou gaan als de sterk afgebouwde zorg voor complexere problematiek en langdurige zorg in de algemene GGz, evenals de asielfunctie van de GGz, weer meer zouden worden opgetuigd (FGGZ, INS, INS).

Als hoopgevend voor de toekomst benoemen respondenten samenwerkingsbereidheid binnen het veld en vernieuwende initiatieven. Zoals eerder vermeld worden het verplichte Wvggz-regio overleg en de verbindingen tussen ketenpartners als OM, zorgaanbieders, maar potentieel ook PI/PPC, reclassering en strafrechters, door veel ketenpartners erg gewaardeerd (paragraaf 5.3.1). Daarnaast laat de algemene GGz praktische samenwerkingsbereidheid zien met forensische instellingen: 'Ik wil de stoornis behandelen als een ander het delictrisico doet' zegt bijvoorbeeld een respondent uit de algemene GGz (GGZ). Wat betreft nieuwe initiatieven wordt onder meer een 'transforensische werkwijze' benoemd (RE; A Campo, 2020 en paragraaf 8.5.2).

6.7 Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk worden hierna puntsgewijs samengevat.

Plaatsing

- Algemene GGz-instellingen zijn terughoudend ten aanzien van artikel 2.3 Wfz-patiënten. Respondenten geven aan dat de algemene GGz weinig beveiliging kan bieden en geen expertise heeft wat betreft risicomanagement. Ook wordt vermenging met patiënten met een strafrechtelijk verleden riskant gevonden voor andere patiënten en personeel.
- Een belemmering voor de GGz is dat bij een artikel 2.3 Wfz-patiënt die uit detentie komt vaak alle voorzieningen zijn stopgezet.
- Soms ervaren een geneesheer-directeur of zorgverantwoordelijke uit de algemene GGz druk om een artikel 2.3 Wfz-patiënt te plaatsen als de instelling wordt aangewezen. Voor een PPC is het vanwege hun moeilijk plaatsbare populatie juist helpend dat er in beginsel een ontvangende instelling door het OM wordt aangewezen.
- Bij een negatief advies door een aangewezen instelling, en bij ambtshalve afgifte door strafrechter, kan onduidelijkheid over verantwoordelijkheid voor plaatsing van een patiënt met een artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging ontstaan.

Toestemmingsvereiste minister

- Tegen de verplichting om bij een machtiging via artikel 2.3 Wfz toestemming te verzoeken van de minister is om meerdere redenen veel weerstand bij zorgaanbieders. Een principiële reden is dat het een ongewenste strafrechtelijke inmenging is in een civielrechtelijke regeling waarbij de verantwoordelijkheid is toebedeeld aan de geneesheer-directeur. Een praktische reden is dat er lang onduidelijkheid was

over het toestemmingstraject en over wat onder tijdelijke onderbreking moest worden verstaan. Daarnaast zou het proces van het verzoeken om toestemming het reïntegratieproces van een patiënt vertragen.
- Zorgaanbieders passen het toestemmingsvereiste bij tijdelijke onderbreking en voortijdige beëindiging van een machtiging via artikel 2.3 Wfz toe op uiteenlopende wijze en vooral weinig.

Rechtspositie
- Veel verschillende rechtsposities onder een dak is ingewikkeld en tijdrovend voor personeel en vergroot de kans op fouten.
- Het civiele proces in het strafproces bij de machtiging via artikel 2.3 Wfz levert knelpunten op wat betreft het mogelijk openbaar worden van medische gegevens via het strafdossier en via het behandelen van de zorgmachtiging in een openbare strafzitting. Respondenten geven aan dat men in de praktijk afspraken maakt over hoe hier mee om te gaan.
- Er is nog te weinig aandacht voor het betrekken van naasten bij de zorg voor personen met een artikel 2.3 Wfz-machtiging. Toegang tot vertrouwenspersonen is in PI/PPC niet voldoende geregeld.

Capaciteit, personeel en financiering
- Plaatsingen op basis van artikel 2.3 Wfz, reguliere zorgmachtigingen en forensische zorgplaatsingen concurreren om schaarse beveiligde bedden, is de indruk van sommige respondenten.
- Respondenten geven aan dat er veel capaciteitsproblemen en plaatsingsproblemen worden ervaren, ook als het gaat om artikel 2.3 Wfz-patiënten, al deelt niet elke regio dit.
- Het dashboard beveiligde bedden levert meer inzicht op in beschikbaarheid en wordt ook gebruikt om een plaats te zoeken in het geval van een ambtshalve machtiging door de strafrechter. Het dashboard heeft geen plaatsingsbevoegdheid.
- In de algemene GGz zijn voorzieningen voor complexere patiënten en langdurige behandeling of toezicht afgebouwd.
- Financiering van de voorbereiding van de zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz is na beginproblemen inmiddels geregeld. Financiering van beveiligde bedden voor artikel 2.3 Wfz-patiënten is volgens respondenten nog niet altijd kostendekkend.
- Mogelijk kan kostendekkende financiering een grote drempel wegnemen bij de forensische maar ook algemene GGz om art 2.3 Wfz-patiënten op te nemen.

Visies respondenten op toekomst artikel 2.3 Wfz
- Er is een roep om een forensische variant artikel 2.3 Wfz. Volgens respondenten zou een forensische versie van artikel 2.3 Wfz een aantal zaken oplossen: een dergelijke maatregel zou de te grote kloof kunnen overbruggen die nu wordt ervaren tussen tbs met dwangverpleging en de zorgmachtiging, een dergelijke machtiging maakt scherper onderscheid mogelijk tussen patiënten bij wie wel en bij wie niet delictpreventie van belang is, de algemene GGz zou zich dan kunnen richten op degenen bij wie dat laatste niet het geval is, terwijl de forensische zorg-aanbieders zich ontfermen over degenen die wel delictpreventie nodig hebben.

7 Artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wzd

7.1 Introductie

In hoofdstukken 4 tot en met 6 zijn de ervaringen van ketenpartners met artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wvggz besproken. In hoofdstuk 7 staan de ervaringen met artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wzd centraal. De doelgroep van de Wzd, en daarmee ook de doelgroep die in aanmerking komt voor een rechterlijke machtiging op grond van artikel 2.3 Wfz, is in artikel 1:1 lid c Wzd wettelijk afgebakend. Een cliënt op wie de Wzd van toepassing is, is een persoon die 'aangewezen is op zorg in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap'. Een verklaring waaruit dit blijkt kan worden opgesteld door een ter zake kundige arts of het CIZ door middel van een indicatiebesluit.

In het navolgende bespreken wij eerst de doelgroepen van artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wzd (paragraaf 7.2). Vervolgens worden de ervaringen van de respondenten met de voorbereidingsprocedure van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz behandeld (paragraaf 7.3). Elke fase van het voorbereidingsproces wordt daarbij kort besproken. Voor een uitgebreidere beschrijving verwijzen wij naar paragraaf 2.8. In paragraaf 7.4 worden de ervaringen van de respondenten besproken wat betreft de mogelijkheden die artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wzd biedt voor doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere zorg. In paragraaf 7.5 staat de rechtspositie van cliënten centraal. Tot slot worden de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk kort samengevat (paragraaf 7.6).

7.2 Doelgroepen van artikel 2.3 Wfz

Personen op wie de Wzd van toepassing is hebben primair een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Er bestaat bijvoorbeeld een groep personen die 'zich moeilijk staande kan houden in de maatschappij vanwege een verstandelijke handicap' en die met justitie in aanraking komt, benoemt een respondent (FGGZ). Naast de eerder genoemde problematiek kunnen cliënten ook psychiatrische problemen hebben waardoor de zorgvraag complex wordt (FGGZ). Volgens respondenten is het moeilijk om deze cliënten geplaatst te krijgen omdat er accommodaties zijn die terughoudend zijn in het opnemen van cliënten met dergelijke complexe problematiek (OM, JUS). Daarnaast moet er gekeken worden welke problematiek bij de desbetreffende persoon de boventoon voert: de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap aan de ene kant, of de psychiatrische problematiek aan de andere kant. Een respondent meldt dat, sinds de invoering van de Wvggz en de Wzd, er gekozen moet worden welke van deze twee onafhankelijke regimes bij de cliënt wordt toegepast, omdat er moeilijk tussen bewogen kan worden (OM). Een andere respondent geeft hierover aan dat als de instelling waar de cliënt verblijft slechts een van de twee regimes voert, een zorgmachtiging en rechterlijke machtiging in de tijd precies op elkaar aan moeten sluiten wanneer een cliënt van een zorgmachtiging overgaat naar een rechterlijke machtiging (FGGZ). Op het moment dat een rechterlijke machtiging afgegeven wordt vervalt de zorgmachtiging en kan een cliënt niet meer in de Wvggz-instelling verblijven. Er moet dan dus gelijk een plek beschikbaar zijn in een Wzd-accommodatie (FGGZ). Dit punt is overigens in recente reparatiewetgeving geadresseerd (zie paragraaf 8.3.7).

7.3 Procedure artikel 2.3 Wfz

7.3.1 Overweging officier van justitie

In paragraaf 2.8 wordt de procedure van het aanvragen van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz besproken. In paragraaf 7.3 gaan we in op de ervaringen van respondenten met de verschillende fases en specifieke knelpunten die zij daarbij benoemen.

Binnen de Wzd wordt de verzoekersrol voor een rechterlijke machtiging aan twee verschillende instanties toebedeeld. Wanneer er een rechterlijke machtiging bij de civiele rechter wordt aangevraagd, ligt de verzoekersrol bij het CIZ. Als er een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz wordt aangevraagd bij de strafrechter heeft het OM de verzoekersrol. Doordat de rolverdeling verschilt tussen de twee procedures, ontstaan er in sommige gevallen onduidelijkheden voor de betrokken partijen. Zo kan er een situatie ontstaan waarin zowel het CIZ als de officier van justitie een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging voorbereidt. In artikel 28a lid 1 Wzd staat beschreven dat, indien de officier van justitie een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz overweegt, deze eerst nagaat of het CIZ al is gestart met een aanvraag voor een rechterlijke machtiging via artikel 24 Wzd. Het artikel geeft echter niet aan welk verzoekschrift daadwerkelijk ingediend dient te worden wanneer deze situatie zich voordoet. De informatie-uitwisseling tussen het OM en het CIZ lijkt op dit gebied onvoldoende geregeld te worden in de Wzd. Volgens een respondent vindt er wel overleg plaats tussen de officier van justitie en het CIZ (OM), maar betreft dit enkel een momentopname. Wanneer het CIZ op een later moment alsnog start met de voorbereiding van een aanvraag voor een rechterlijke machtiging bestaat er geen wettelijke basis van waaruit het CIZ dit dient te melden bij het OM (OM). Daarbij komt ook dat, wanneer het CIZ een aanvraag voor een rechterlijke machtiging voorbereidt, er geen wettelijke grondslag bestaat op basis waarvan het CIZ documenten die onderdeel zijn van deze aanvraag kan overleggen aan de officier van justitie en de strafrechter (OM). Een respondent vreest dat dit het OM in een moeilijke positie kan brengen wanneer de strafrechter ambtshalve toepassing van artikel 2.3 Wfz overweegt (OM).

7.3.2 Starten voorbereiding verzoekschrift

De officier van justitie verzamelt bij de voorbereiding van het verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz de benodigde informatie om te kunnen beoordelen of er voldaan is aan de criteria voor onvrijwillige opname en levert die aan het CIZ aan dat vervolgens advies geeft over de vraag of op basis van de desbetreffende informatie een rechterlijke machtiging passend zou zijn. Respondenten geven aan dat het het OM door verschillende hindernissen in het voorbereidingsproces veelal slecht lukt om de benodigde stukken bij elkaar te krijgen, met name de medische verklaring (OM).

Wanneer de officier begint met de voorbereiding van het verzoekschrift is een van de eerste taken het verzamelen van de politie-, justitiële- en strafvorderlijke gegevens en het verstrekken daarvan aan een ter zake kundige arts, die een medische verklaring kan opstellen (art. 28 lid 2 onderdeel b Wzd). Volgens een respondent verloopt de voorbereiding moeizaam (INS, OM, OM). Waar in de Wvggz het OM samenwerkt met een geneesheer-directeur om alle benodigde stukken te krijgen, is een dergelijke samenwerking niet in de Wzd vastgelegd. Volgens de respondenten zijn er geen

samenwerkingsverbanden met artsen die een medische verklaring kunnen opstellen, zodat men eerst op zoek moet naar een ter zake kundige arts (FGGZ, OM, OM).

Naast vereenvoudiging van de zoektocht naar een ter zake kundige arts lijkt het veld in de voorbereidingsfase ook behoefte te hebben aan meer duidelijkheid over de (juridische) mogelijkheden voor onderlinge informatie-uitwisseling tussen ketenpartners. Deze behoefte is er met name bij ketenpartners uit de rechtspraktijk en bij Wzd-accommodaties. Dit knelpunt met betrekking tot informatie-uitwisseling is benoemd in expertsessies die de ministeries van JenV en VWS met ketenpartners gehouden hebben.

7.3.3 De medische verklaring

Bij een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz moet een medische verklaring worden gevoegd die opgesteld is door een ter zake kundige arts (art. 26, lid 5 onderdeel d Wzd). De medische verklaring (art. 27 Wzd) bestaat uit meerdere onderdelen. Zo moet uit de medische verklaring blijken dat er sprake is van onvrijwilligheid, dat het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap leidt tot ernstig nadeel en dat er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel af te wenden of te voorkomen. Naast deze criteria wordt er in de medische verklaring ook aangegeven of de opname en het verblijf (of de voortzetting van het verblijf) noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel af te wenden of te voorkomen (art. 27 c-d Wzd).

Met name op deze twee laatste onderdelen lijken veel verzoekschriftprocedures vast te lopen. Een oordeel over de noodzakelijkheid en geschiktheid van de opname en het verblijf houdt in dat bekend moet zijn waar een cliënt geplaatst kan worden. Vaak loopt de procedure volgens respondenten op dit punt vast (FGGZ, INS). Een ter zake kundige arts voelt zich er verantwoordelijk voor dat een cliënt niet alleen een opnameplaats krijgt, maar dat het ook een opnameplaats is die past bij de cliënt geeft een respondent aan (INS). Bij artikel 2.3 Wfz-cliënten gaat het vaak om personen over wie nog niet veel zorginhoudelijk informatie bestaat. Wanneer er met onvoldoende informatie over de zorgbehoefte naar een Wzd-accommodatie gezocht wordt ten behoeve van het opstellen van de medische verklaring, bestaat het risico dat een cliënt niet passend geplaatst kan worden waardoor de problemen alleen maar groter worden (INS). Ter zake kundige artsen geven om deze reden vaak geen, of een negatieve medische verklaring af omdat in deze fase van de procedure nog niet bekend is wat een passende accommodatie is voor de cliënt.

De geschetste problematiek rondom de medische verklaring speelt zich volgens een respondent alleen af ten aanzien van personen die nog niet in een Wzd-accommodatie verblijven (FGGZ). In een Wzd-accommodatie zijn ter zake kundige artsen werkzaam die een medische verklaring ten behoeve van een rechterlijke machtiging kunnen afgeven voor een persoon die al in de Wzd-accommodatie verblijft. De arts beschikt in dat geval ook over voldoende informatie over de persoon om dit te doen.

In theorie zou een rapportage van het NIFP gebruikt kunnen worden als alternatief voor de moeilijk verkrijgbare medische verklaring. Wanneer een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz voorbereid wordt, wordt weleens naast deze procedure een PJ-rapportage door het NIFP opgesteld. Meerdere respondenten geven hierbij echter aan dat de PJ-rapportage in zijn huidige vorm geen vervanging is voor de medische verklaring. Zoals eerder in deze paragraaf besproken, bestaat een medische verklaring uit

meerdere onderdelen en richt deze zich op de stoornis in relatie tot zorg. Een PJ-rapportage heeft een ander doel dan de medische verklaring en beoordeelt naast de zorgbehoefte ook de beveiligingsnoodzaak. Omdat een PJ-rapportage geen informatie bevat over de accommodatie waar een cliënt geplaatst kan worden, kan een PJ-rapportage ook geen oordeel geven over de noodzakelijkheid en geschiktheid van de accommodatie (FGGZ). Een andere respondent geeft aan dat, als een PJ-rapportage zodanig uitgebreid zou worden dat deze aan de vereisten van een medische verklaring voldoet, het zeker een optie zou zijn dat een PJ-rapportage de medische verklaring vervangt (INS).

7.3.4 Wettelijke vertegenwoordiger

Naast het zorg dragen voor het verkrijgen van een medische verklaring dient de officier van justitie na te gaan of de cliënt een wettelijke vertegenwoordiger heeft. Indien dat niet het geval is, wat bij artikel 2.3 Wfz-cliënten volgens respondenten relatief vaak het geval is, moet de officier de procedure voor het aanwijzen van een wettelijke vertegenwoordiger starten (FGGZ). Meerdere respondenten stellen dat deze procedure veel inspanning vergt van het OM en veel tijd in beslag neemt (INS, OM, OM). Een andere respondent geeft bovendien aan dat wanneer er een wettelijke vertegenwoordiger is aangewezen, deze onvoldoende toegang heeft tot de informatie die nodig is om deze rol te kunnen uitoefenen (INS).

Recentelijk is er een zaak in cassatie bij de Hoge Raad de vraag gekomen met de vraag of een wettelijk vertegenwoordiger verplicht moet worden aangesteld in het kader van de voorbereiding van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz (ECLI:NL:PHR:2021:930). In artikel 28a, lid 3 Wzd wordt aangegeven welke stukken de officier van justitie bij het verzoekschrift moet voegen. Een stuk waaruit blijkt dat een wettelijk vertegenwoordiger is aangesteld valt hier echter niet onder. In het advies van de PG in deze zaak staat vermeldt dat wanneer er geen reden is om een wettelijk vertegenwoordiger aan te stellen omdat de cliënt in staat is tot een 'redelijke waardering van zijn of haar belangen', er geen wettelijk vertegenwoordiger aangesteld hoeft te worden. Hierbij is het belangrijk om te benadrukken dat dit het advies van de PG betreft, de Hoge Raad moet nog uitspraak doen in deze zaak.

7.3.5 Advies CIZ over noodzaak rechterlijke machtiging

De officier van justitie heeft de verzoekersrol ten aanzien van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz en draagt daartoe zorg voor het verkrijgen van de benodigde informatie, onder meer de medische verklaring. Tevens verzoekt de officier van justitie het CIZ om op basis van de aangeleverde stukken een schriftelijk advies te geven over de noodzaak van een rechterlijke machtiging en over de tenuitvoerlegging daarvan (art. 28a lid 2 onderdeel d Wzd). Een respondent twijfelt aan de toegevoegde waarde van het advies van het CIZ binnen de artikel 28a Wzd-procedure, dit zou geen nieuwe informatie opleveren naast de adviezen in de door het OM verzamelde documenten (FGGZ).

7.3.6 Wlz-indicatie en financiering

In verschillende fases in de procedure ontstaan er volgens respondenten problemen rondom de financiering. Zo wordt volgens een respondent van het OM het opstellen van de medische verklaring niet gefinancierd. Meerdere respondenten geven aan dat

ter zake kundige artsen of accommodaties weigeren om zonder financiering een medische verklaring op te stellen (FGGZ, OM).

De meeste problemen lijken zich bij de financiering van de zorg zelf af te spelen. Het CIZ adviseert over het domein van de bekostiging van de zorg in het kader van de Wzd. Volgens respondenten ligt financiering van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) het meest voor de hand (OM, OM). Een wettelijk vertegenwoordiger kan een Wlz-indicatie aanvragen bij het CIZ. Zoals eerder besproken levert het aanwijzen van een wettelijk vertegenwoordiger wanneer een cliënt deze nog niet heeft extra vertraging op.

De aanvraag van een Wlz-indicatie zelf kan geruime tijd duren volgens een respondent van het OM. Het CIZ geeft aan dat het op het moment dat een indicatie wordt gevraagd meestal over onvoldoende informatie beschikt om te bepalen hoe de zorg moet worden bekostigd (INS). Om een Wlz-indicatie af te kunnen geven moet er een zorgprofiel opgegeven worden dat aansluit op de zorgbehoefte van de cliënt. Het CIZ heeft daarvoor vrij uitgebreide informatie nodig over de zorgbehoefte, behandelmogelijkheden en het behandelperspectief. Artikel 2.3 Wfz-cliënten zijn vaak lang buiten beeld van de zorg geweest, waardoor die informatie er onvoldoende is. Zonder Wlz-indicatie ontbreekt echter financiering en is het niet mogelijk om een cliënt geplaatst te krijgen bij een accommodatie (OM, OM). Om de hiervoor genoemde redenen kan het zijn dat een Wlz-indicatie ontbreekt op het moment dat een rechterlijke machtiging afgegeven wordt. Het CIZ kan de procedure bespoedigen door een Wlz-indicatie ambtshalve af te geven. Het risico bij een ambtshalve afgifte van een Wlz-indicatie is echter dat doordat er niet genoeg informatie over de zorgbehoefte van de cliënt is een zorgprofiel gekozen wordt waarvan de Wzd-accommodatie aangeeft dat dit niet het juiste is. Daardoor kan het zijn dat de cliënt alsnog niet geplaatst kan worden (INS).

Een van de respondenten heeft er vertrouwen in dat de financiering van de rechterlijke machtiging uiteindelijk geregeld wordt (FGGZ). Deze respondent geeft aan dat er voor een specifieke Wzd-accommodatie afspraken gemaakt zijn waardoor personen op aangewezen bedden geplaatst kunnen worden zonder dat er financieringsproblemen ontstaan.

7.3.7 Plaatsing na afgifte rechterlijke machtiging

Wanneer een rechterlijke machtiging op grond van artikel 2.3 Wfz afgegeven wordt, moet er een plaatsing in een accommodatie geregeld worden. Artikel 28c lid 3 Wzd beschrijft dat de Wlz-uitvoerder, het college van burgemeester en wethouders of de zorgverzekeraar (het zorgkantoor waarmee de zorgverzekeraar samenwerkt) er zorg voor draagt dat de beschikking ten uitvoer wordt gebracht. De Wzd-accommodatie dient binnen een week na ontvangst van de beschikking de cliënt op te nemen. De rechterlijke machtiging moet binnen vier weken uitgevoerd worden, anders verloopt deze.

Het plaatsen van personen blijkt op basis van de afgenomen interviews een lastige laatste stap in de procedure rondom een rechterlijke machtiging op grond van artikel 2.3 Wfz. Er kunnen veel oorzaken zijn waarom het moeilijk is om een persoon geplaatst te krijgen. Omdat er slechts een klein aantal rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz is afgegeven kan er weinig gezegd worden over in hoeverre bepaalde oorzaken structureel voorkomen, of dat het gaat om een individueel geval. Een van de mogelijke oorzaken kan gevonden worden in de hierboven besproken problemen in de

voorbereidingsprocedure. Voor het opstellen van de medische verklaring moet er al een Wzd-accommodatie gevonden zijn om de noodzakelijkheid en geschiktheid van de opname te kunnen beoordelen (zie paragraaf 7.3.3). Tegelijkertijd wordt er vaak pas na afgifte van de rechterlijke machtiging gezocht naar een plaats, waarvoor er vanwege de bovengenoemde termijn slechts beperkt tijd is aldus een respondent (INS, OM).

Een onderliggende oorzaak die door meerdere respondenten wordt genoemd, is het ontbreken van een coördinerende verantwoordelijke die zich buigt over de indicatiestelling en plaatsing van een cliënt (INS, JUS, OM). Doordat er geen geneesheer-directeur, of een persoon in een andere functie, is die ondersteunt bij de plaatsing van een cliënt betrokken is bij het proces verloopt de plaatsing moeizaam volgens een respondent (JUS).

Verschillende respondenten hebben aangegeven het belemmerend te vinden dat de beoogde accommodatie pas laat in de procedure betrokken wordt (FGGZ, JUS). Een van deze respondenten meldt dat het waardevol voor de procedure kan zijn wanneer de accommodatie eerder betrokken wordt, omdat de accommodatie inzicht heeft in wat voor zorg er aangeboden kan worden en in welke mate dit past bij de zorgbehoefte van de cliënt (JUS). Wanneer de accommodatie eerder betrokken wordt kan deze meedenken over de subsidiariteit en doelmatigheid van de machtiging in relatie tot de zorgbehoefte van de cliënt (FGGZ). Daarnaast is belangrijk dat de accommodatie tijd heeft om zich voor te bereiden op de cliënt.

Een groot probleem bij het plaatsen van personen is capaciteitsgebrek geven meerdere respondenten aan (ADV, INS, INS, JUS, OM, OM). Omdat de meeste plaatsingen via het zorgkantoor lopen, kan er weinig invloed op uitgeoefend worden door een accommodatie ervaren respondenten. Een belangrijke oorzaak van het capaciteitsgebrek is gebrek aan door- en uitstroom: wanneer cliënten niet uitstromen naar een andere accommodatie, kunnen anderen niet geplaatst worden. Dit capaciteitsprobleem is niet ontstaan door de invoering van artikel 2.3 Wfz. Wzd-accommodaties kampen al jaren met gebrek aan plaatsen zegt een respondent (FGGZ). Artikel 2.3 Wfz heeft de capaciteitsproblemen wel verergerd vanwege de opnameplicht in artikel 28c Wzd volgens diezelfde respondent. Bij het capaciteitsgebrek speelt ook een personeelstekort. Meerdere respondenten geven hierover aan dat er op elk niveau, van verpleger tot psychiater, te weinig personeel is (FGGZ, OM).

Wanneer er wel plek is, zijn volgens meerdere respondenten Wzd-accommodaties vaak terughoudend in het opnemen van personen met een justitiële voorgeschiedenis (ADV, INS, INS, JUS). Respondenten spreken over verschillende situaties waarin de plaatsing moeizaam verloopt. Er wordt een voorbeeld genoemd waarbij een cliënt vanuit een PPC op basis van een rechterlijke machtiging een plek moest krijgen in een Wzd-accommodatie, maar uiteindelijk in een crisisopvang belandde omdat er geen geschikte plek gevonden werd (JUS). Ook personen die na afloop van een tbs-maatregel met een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz naar een Wzd-accommodatie doorstromen hebben last van de terughoudendheid van accommodaties richting deze groep cliënten (INS). In een andere situatie zou een cliënt in eerste instantie naar een FPA gaan, waar de cliënt werd geweigerd vanwege de verstandelijke handicap. Uiteindelijk is deze persoon wel in een Wzd-accommodatie geplaatst (JUS). Een andere respondent vertelt over een zaak waarin een cliënt een jaar in voorarrest heeft gezeten voordat deze opgenomen kon worden in een Wzd-accommodatie. De vertraging lag daarbij niet alleen bij de plaatsing, er werd ook pas laat een voorbereiding voor een rechterlijke

machtiging gestart (ADV). Ook respondenten van het OM beschrijven verschillende situaties waarin het plaatsen van personen moeizaam verliep.

Naast een algemeen capaciteitsgebrek, is er meer specifiek een gebrek aan beveiligde bedden binnen de Wzd-sector (FGGZ, INS, INS, JUS). Volgens een respondent zijn er geen beveiligingsniveaus in algemene Wzd-instellingen (INS, INS). Een andere respondent geeft aan dat beveiligingsniveau een term is die uit de Wvggz komt en niet uit de Wzd (OM). De vraag is of er voldoende Wzd-accommodaties zijn die personen kunnen opnemen bij wie een bepaald beveiligingsniveau nodig is (INS). Landelijk is er maar een Wzd-accommodatie met beveiligingsniveau 3 aldus een respondent (FGGZ). Daarnaast zijn er twee andere Wzd-accommodaties die beveiligingsniveau 2 aanbieden. Drie organisaties leveren hiernaast ook zorg in het kader van de Wzd, maar zijn hier niet in gespecialiseerd. Deze hebben beveiligde bedden op niveau 2 en 3.

Wanneer een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz niet binnen vier weken na afgifte ten uitvoer wordt gebracht, komt de machtiging te vervallen. In dat geval kan een nieuw verzoekschrift worden ingediend. Dit wordt door respondenten echter meestal als niet zinvol gezien (INS). Wanneer een rechterlijke machtiging vervalt omdat deze niet uitgevoerd kan worden (omdat er bijvoorbeeld geen geschikte plek is voor de persoon), zal een nieuwe rechterlijke machtiging daar niets aan veranderen.

Een respondent geeft aan dat de plaatsing onder het voormalige artikel 37 Sr anders verliep (FGGZ). De financiering was beter geregeld en vaak was er meer tijd om voor te bereiden omdat de accommodatie langer van tevoren wist dat cliënten opgenomen gingen worden. Het was tevens een titel van een jaar in plaats van zes maanden, dat was ook een voordeel volgens de respondent vanwege de langdurige trajecten van personen met deze problematiek. ‘De verstandelijke beperking lossen we sowieso niet op en bijkomende problematiek duurt heel lang, vooral het aanleren van alternatieve coping-vaardigheden en het regelen van een goede sociale inbedding’ (FGGZ). De situatie onder het voormalige artikel 37 Sr was beter voor de cliënten dan de situatie nu, aldus de respondent.

Samenvattend wordt de procedure om tot een verzoekschrift voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz te komen als lastig en onduidelijk ervaren door respondenten (FGGZ, INS, JUS, OM). In verschillende fases van de procedure treden moeilijkheden op, waardoor volgens respondenten de gehele procedure vastloopt. Het gevolg is dat meerdere respondenten, die in verschillende fases van de procedure betrokken zijn, aangeven dat ze liever een rechterlijke machtiging via artikel 24 Wzd aanvragen bij de civiele rechter (FGGZ, INS, JUS, OM).

7.4 Doorgeleiding van strafrecht naar reguliere zorg

Het doel van artikel 2.3 Wfz is om de doorgeleiding van personen vanuit het strafrecht naar reguliere zorg gemakkelijker te maken. Er zijn echter nog maar weinig rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz afgegeven (paragraaf 3.2) en het voorbereidingsproces ken veel hindernissen zoals hiervoor besproken. Een respondent is van mening dat door invoering van artikel 2.3 Wfz een nieuwe route naar verplichte reguliere zorg is ontstaan voor personen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap die vanuit het strafrecht komen (FGGZ). Personen komen via artikel 2.3 Wfz in ieder geval binnen geeft deze respondent van een specifieke instelling aan (FGGZ). Als keerzijde daarvan kan worden gezien dat artikel 2.3 Wfz-cliënten

vanwege de opnameplicht in artikel 28c Wzd eerder worden geplaatst dan anderen, met als gevolg dat andere cliënten langer moeten wachten op een (geschikte) plek (FGGZ, NVAVG, Verenso).

Een andere respondent ervaart een kloof tussen wat er aan zorgvoorzieningen bestaat in de algemene verstandelijk gehandicaptenzorg en de forensische zorg. Artikel 2.3 Wfz-cliënten vormen een groep met gedragsproblematiek waar de verstandelijk gehandicaptenzorg grotendeels niet op is ingericht (INS). Het zijn meestal mensen met problematiek op het snijvlak van een licht verstandelijke handicap, psychische stoornissen, verslaving en een strafrechtelijke voorgeschiedenis. Het zorgkantoor geeft dan nog weleens aan 'dat er een beveiligingsniveau op moet dat we helemaal niet hebben in de zorgwereld' (INS). Het vastlopende voorbereidingsproces bij de rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz dat respondenten benoemen, is deels terug te voeren op de eerdergenoemde kloof. Het punt dat het moeilijk is voor de artikel 2.3 Wfz-populatie een geschikte accommodatie te vinden binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg bijvoorbeeld, maakt het voor de ter zake kundige arts ook moeilijk om een medische verklaring op te stellen waarin hij een geschikte accommodatie moet benoemen.

7.5 Rechtspositie van cliënten

De rechtspositie van personen die in Wzd-accommodaties verblijven is veranderd door invoering van de Wzd in het algemeen en meer specifiek door artikel 2.3 Wfz. Het is nu mogelijk dat er in Wzd-accommodaties personen verblijven die een rechterlijke machtiging hebben via artikel 24 Wzd, of via artikel 2.3 Wfz. Hierdoor bestaan er verschillende rechtsposities binnen één accommodatie. Het belangrijkste verschil in rechtspositie tussen deze twee rechterlijke machtigingen betreft het toestemmingsvereiste van de minister bij verlof (art. 47 lid 4 Wzd) en ontslag uit de accommodatie (art. 48 lid 7 Wzd). Wanneer een cliënt een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz heeft (en niet is vrijgesproken) moet er toestemming aan de minister gevraagd worden voor verlof of ontslag.

Voor een respondent van een Wzd-accommodatie is dit verschil in rechtspositie een verslechtering vanwege de praktische uitvoerbaarheid van het toestemmingsvereiste (FGGZ). Bij ontslag uit de accommodatie moet er toestemming gevraagd worden aan de minister indien het verblijf niet langer noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden, of indien de geldigheidsduur van de rechterlijke machtiging is verstreken (art. 48 lid 1 Wzd). De vraag die hierbij gesteld kan worden is wat er gebeurt wanneer er geen toestemming verleend wordt, maar de rechterlijke machtiging wel verlopen is. Een ander bezwaar dat is genoemd door de respondent betreft de tijd die het forensisch plaatsingsloket nodig heeft om een beslissing te nemen over een verzoek (FGGZ). Zo beschrijft de respondent dat het loket pas na zes weken toestemming gaf voor verlof terwijl er sprake was van een acute situatie. De respondent heeft de cliënt op verlof laten gaan en geeft hierbij aan de rechtsbescherming van de cliënt wat dit betreft 'waardeloos' te vinden.

7.6 Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevindingen van dit hoofdstuk worden hierna kort samengevat.

Voorbereidingsprocedure rechterlijke machtiging

- Er bestaan geen samenwerkingsverbanden tussen het OM en ter zake kundige artsen (zoals het OM dat wel heeft met geneesheer-directeuren in het kader van de Wvggz), waardoor het aanstellen van een ter zake kundige arts moeizaam verloopt.
- Uit expertsessies georganiseerd door de ministeries van JenV en VWS blijkt dat er behoefte is aan meer duidelijkheid wat betreft de mogelijkheden om cliëntgegevens te delen in het kader van de voorbereiding van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz.
- Veel verzoekschriften lopen vast op het ontbreken van de medische verklaring. Vaak is er bij artikel 2.3 Wfz-cliënten onvoldoende informatie over geschiktheid van een accommodatie in relatie tot de problematiek waardoor een ter zake kundige arts geen, of een negatieve medische verklaring afgeeft.
- Het aanstellen van een wettelijk vertegenwoordiger voor de cliënt neemt veel tijd in beslag.
- Ter zake kundige artsen weigeren om een medische verklaring af te geven wanneer dit niet gefinancierd wordt.
- Veel financieringsproblemen bij een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz lijken zich bij de plaatsing af te spelen. Bij de afgifte van een rechterlijke machtiging is er bijvoorbeeld vaak nog geen Wlz-indicatie op basis waarvan een opname en verblijf gefinancierd kan worden. Er is regelmatig te weinig informatie over het behandel-perspectief van een cliënt voor het CIZ om een indicatie te kunnen afgeven.
- Na afgifte van een rechterlijke machtiging is er maar beperkt tijd om een geschikte plek te vinden alvorens de machtiging komt te vervallen.

Plaatsing in een accommodatie

- Een onderliggende oorzaak voor het vastlopen van de voorbereidingsprocedure en de plaatsing bij een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz is het ontbreken van een coördinerende verantwoordelijke voor de procedure geven respondenten aan.
- Er heerst een capaciteitsgebrek doordat er weinig door- en uitstroom plaatsvindt.
- Het capaciteitsprobleem bestaat al langer, maar is door de invoering van artikel 2.3 Wfz wel verergerd vanwege de opnameplicht.
- Veel Wzd-accommodaties zijn terughoudend in het opnemen van personen met een justitiële geschiedenis.
- Het toestemmingsvereiste dat nodig is bij verlof of ontslag zorgt voor een negatief verschil in rechtspositie tussen cliënten die met een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz in een accommodatie verblijven en cliënten die met een civiele rechterlijke machtiging in diezelfde accommodatie verblijven.

Doorgeleiding vanuit strafrecht naar reguliere zorg

- Er wordt een kloof ervaren tussen wat er aan zorgvoorzieningen bestaat in de algemene verstandelijk gehandicaptenzorg en binnen de forensische zorg. Artikel 2.3 Wfz-cliënten vormen een groep met gedragsproblematiek en soms meerdere diagnosen, een combinatie waar de algemene verstandelijk gehandicaptenzorg grotendeels niet op is ingericht.

8 Slothoofdstuk

8.1 Introductie

Met artikel 2.3 Wfz is beoogd de continuïteit van zorg te versterken door de doorgeleiding van patiënten vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere verplichte zorg te verbeteren. In deze vroege evaluatie kijken wij op basis van kwantitatieve gegevens naar de mate waarin artikel 2.3 Wfz wordt toegepast. Daarnaast bieden de ervaringen van ketenpartners met de toepassing van artikel 2.3 Wfz informatie over de mate waarin belemmerende of juist helpende factoren optreden die de uitvoering van het wetsartikel beïnvloeden. In dit slothoofdstuk bespreken we de belangrijkste bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken nader.

In het navolgende komt aan de orde wat we op basis van de huidige bevindingen kunnen zeggen over wat er in een vroeg stadium na inwerkingtreding al terecht komt van doorgeleiding vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg via artikel 2.3 Wfz (paragraaf 8.2). Hierbij kijken we op basis van kwantitatieve gegevens hoe vaak artikel 2.3 Wfz is toegepast. Ook wordt besproken wat we op basis van interviewgegevens kunnen aangeven over de mate waarin mensen met een artikel 2.3 Wfz-machtiging in de forensische respectievelijk algemene GGz worden geplaatst. Daarnaast komt kort een andere mogelijke doorstroomroute vanuit het strafrecht aan de orde: die via een machtiging door de civiele rechter.

De werking van artikel 2.3 Wfz hangt voor een belangrijk deel af van het verloop van de uitvoering ervan. In de interviews kwamen verschillende thema's aan de orde die gerelateerd zijn aan de uitvoering van artikel 2.3 Wfz in de praktijk. Op basis van de gegevens uit de interviews bespreken wij eerst de belangrijkste ervaren belemmeringen (paragraaf 8.3). Daarna gaan we in op enkele positieve ontwikkelingen die uit de interviewgegevens naar voren komen (paragraaf 8.4). In paragraaf 8.5 staat de toekomst van artikel 2.3 Wfz centraal. De bevindingen uit het onderhavige rapport plaatsen we daarbij in de context van de inspanningen op het gebied van continuïteit van zorg gedurende het laatste decennium. In dit slothoofdstuk doen wij een aantal aanbevelingen op basis van de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken en geraadpleegde bronnen. De aanbevelingen zijn gericht aan DGS&B, tenzij anders vermeld. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie (paragraaf 8.6).

8.2 Wat komt terecht van doorstroming via artikel 2.3 Wfz?

8.2.1 Toepassing van artikel 2.3 Wfz

Een eerste en meest basale indicator van de werking van artikel 2.3 Wfz in de praktijk is of het überhaupt wordt toegepast en zo ja, hoe vaak. De toepassing wordt beschreven vanuit de kwantitatieve gegevens die in hoofdstuk 3 zijn gepresenteerd. Het is duidelijk dat het artikel wordt gebruikt, weliswaar niet vaak, maar meer dan sporadisch. In de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz zijn door de strafrechter 102 initiële zorgmachtigingen verleend. In dezelfde periode zijn slechts 14 rechterlijke machtigingen afgegeven. Dit laatstgenoemde kleine aantal is waarschijnlijk voor een belangrijk deel te wijten aan weeffouten in de voorbereidingsprocedure bij de route artikel 2.3 Wfz-Wzd, naast een prangend capaciteitstekort (zie ook hoofdstuk 7

en paragrafen 8.2.4 en 8.3.7). Overigens wordt van ruim een derde van de door het OM geregistreerde verzoekschriften voor een artikel 2.3 Wfz-machtiging de voorbereiding voortijdig beëindigd.

Vergeleken bij het aantal reguliere machtigingen dat door de civiele rechter wordt afgegeven is het aantal machtigingen dat via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter wordt verleend zeer gering. Het aantal van 102 afgegeven artikel 2.3 Wfz-zorgmachtigingen is nog geen 1% van het totale aantal zorgmachtigingen, inclusief het aantal reguliere zorgmachtigingen afgegeven door de civiele rechter. Het aantal rechterlijke machtigingen op basis van artikel 2.3 Wfz is naar verhouding nog geringer, circa 0,21% van het totale aantal rechterlijke machtigingen door civiele rechter en strafrechter samen (paragraaf 3.2; Legemaate et al., 2021).

Concluderend kan worden gesteld dat artikel 2.3 Wfz wordt gebruikt, ondanks ervaren uitvoeringsproblemen (paragraaf 8.3). Met een aantal van ruim honderd toegekende machtigingen in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding, levert artikel 2.3 Wfz echter (nog) maar een kleine bijdrage aan doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg. We moeten hierbij wel in aanmerking nemen, zoals ook in paragraaf 1.2 aangegeven, dat in deze vroege periode van anderhalf jaar na inwerkingtreding kwantitatieve gegevens nog beperkt inzicht geven in hoe vaak de wetgeving zal worden toegepast. Dat komt omdat men in het begin veelal nog zoekende is hoe en in welke gevallen de wetgeving toe te passen (dit laatste wordt ook bevestigd in de interviews, o.a. paragraaf 5.2 en 5.3). De toepassing kan daardoor minder zijn dan in latere jaren. Een vraag die in de volgende deelparagraaf aan de orde komt is bij welke typen instellingen degenen met een machtiging via artikel 2.3 Wfz terechtkomen.

8.2.2 Terughoudendheid algemene GGz ten aanzien van artikel 2.3 Wfz-patiënten

Respondenten ervaren terughoudendheid om artikel 2.3 Wfz-patiënten in algemene GGz-instellingen met een laag beveiligingsniveau te plaatsen. Personen met een artikel 2.3 Wfz-machtiging worden maar relatief zelden opgenomen in een algemene GGz-instelling, de meesten gaan naar een FPA, of FPK, of ambulant forensisch team geven respondenten aan. Uit de interviews komt als verklaring hiervoor naar voren dat artikel 2.3 Wfz voor een bredere groep van patiënten wordt toegepast, voor wie gedeeltelijk een verhoogd delictrisico en meer benodigde beveiliging geldt. De algemene GGz-respondenten stellen dat hun sector onvoldoende is toegerust op het toepassen van risicotaxatie en risicomanagement. Onder risicomanagement wordt verstaan het beschikken over het benodigde beveiligingsniveau en het bieden van interventies gericht op het verminderen van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren. Daarnaast geven zij aan dat zij rekening moeten houden met de veiligheid van andere patiënten en van het personeel. Het gesignaleerde risico van artikel 2.3 Wfz-patiënten met een zogeheten forensisch profiel in de algemene GGz leidde eerder al tot meerdere waarschuwende (kranten)artikelen vanuit het GGz-veld (Visscher et al., 2020; Koopman & Spijkerman, 2020). Terughoudendheid bij de overgang tussen forensische en algemene GGz is overigens verre van nieuw (zie bijvoorbeeld Noorlander, 2013; Legemaate et al., 2014, p 191; Van der Wolf, Klappe & Mevis, 2020a). In paragraaf 8.5 wordt nader ingegaan op visies op de vraag of de algemene GGz beter moet worden toegerust op een veilig verblijf van artikel 2.3 Wfz-patiënten.

Ook zijn er andere aansluitingsproblemen tussen GGz-instellingen en justitiële instellingen, zoals gebrek aan informatiedeling tussen PI en zorgaanbieder door juridische

barrières en doordat het contact tussen de instellingen soms moeizaam verloopt (zie ook paragraaf 5.4.2). Een ander punt dat benoemd wordt is het feit dat na detentie basisvoorzieningen als huisvesting, levensonderhoud en dergelijke in een aantal gevallen opnieuw geregeld moeten worden. Deze factoren dragen niet bij aan de bereidheid van de algemene GGz om personen met een strafrechtelijk verleden te accepteren.

Forensische GGz-instellingen zoals FPA's en FPK's zijn niet terughoudend ten aanzien van personen met een strafrechtelijk verleden. Toch geven PPC's en strafrechters aan dat acceptatie van artikel 2.3 Wfz-patiënten door een door het OM aangewezen instelling ook hier regelmatig moeizaam verloopt. Mogelijk is een bepaalde groep patiënten met meerdere diagnoses en risicovol gedrag (zie paragrafen 4.4.1 en 7.4), ook hier moeilijk plaatsbaar. Een financiële barrière speelde aanvankelijk een rol bij eventuele terughoudendheid van forensische instellingen om een artikel 2.3 Wfz-patiënt te accepteren op een beveiligd bed (zie paragraaf 6.5.4). Zij krijgen dit weliswaar beter dan in het begin, maar nog steeds niet altijd kostendekkend vergoed door zorgverzekeraars geven verschillende geneesheer-directeuren aan. Daarnaast wordt capaciteitsgebrek, met name wat betreft beveiligde bedden, als knelpunt benoemd bij het accepteren van artikel 2.3 Wfz-patiënten. Dit komt nader aan de orde in paragraaf 8.2.4.

Ook strafrechters geven aan terughoudendheid bij zorgaanbieders te ondervinden. Zij hebben de ervaring dat de artikel 2.3 Wfz-procedure mede om die reden een hoog afbreukrisico heeft (paragrafen 4.4.1 en 5.7). Op basis van kwantitatieve gegevens kunnen wij zeggen dat bij ruim een derde van de door het OM geregistreerde verzoekschriften voor een artikel 2.3 Wfz-machtiging de voorbereiding voortijdig is beëindigd (paragraaf 3.2.2). In de helft van de gevallen gebeurt dit vanwege een negatieve medische verklaring. In de andere helft van de gevallen gebeurt dit omdat naar oordeel van de officier van justitie niet is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg. Zorgaanbieders en OM benoemen beducht te zijn voor een ambtshalve machtiging via artikel 2.3 Wfz door de strafrechter als de geneesheer-directeur en officier van justitie adviseren om geen machtiging af te geven. Het wordt als moeilijk verteerbaar gezien als het GGz-veld een machtiging moet uitvoeren waarin geen fiducie is.

Verschillende respondenten missen bij artikel 2.3 Wfz een plaatsingsbevoegdheid zoals die bestond bij het voormalige artikel 37 Sr. Bij negatieve bevindingen van een door de officier van justitie aangewezen instelling en bij ambtshalve afgifte door de strafrechter, kan onduidelijkheid ontstaan over de verantwoordelijkheid voor het zoeken van een plaats voor een persoon met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz. Recentelijk lijkt dit deels te zijn opgelost doordat het OM die verantwoordelijkheid neemt en een beroep doet op het dasboard beveiligde bedden om een plek te zoeken (zie ook paragraaf 8.4.3). Een beperking is dat dit dashboard geen plaatsingsbevoegdheid heeft en slechts meer inzicht kan geven in mogelijk beschikbare beveiligde bedden.

Aanbeveling 1: Onderzoek de mogelijkheden voor een plaatsingsloket voor artikel 2.3 Wfz-patiënten.

Concluderend kan worden gesteld dat op basis van de kwalitatieve informatie uit de interviews, doorstroming vanuit het strafrecht naar de algemene GGz via artikel 2.3 Wfz vooralsnog weinig van de grond lijkt te komen. Forensische GGz-instellingen zijn minder terughoudend ten aanzien van patiënten met een strafrechtelijk verleden. Aan plaatsingsproblemen lijken randvoorwaardelijke factoren als financiering en capaciteit

aan beveiligde bedden ten grondslag te liggen, maar mogelijk zijn ook hier patiënten met meerdere diagnoses in combinatie met risicovol gedrag moeilijk te plaatsen. Een belangrijke kanttekening is wel dat om definitieve conclusies te kunnen trekken over waar personen met een art 2.3 Wfz-machtiging worden geplaatst, kwantitatieve gegevens over de daadwerkelijke doorstroom nodig zijn.

8.2.3 Doorstroom vanuit het strafrecht via een zorg- of rechterlijke machtiging verleend door de civiele rechter

Het onderhavige onderzoek is om praktische redenen specifiek gericht op artikel 2.3 Wfz. Doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg kan echter ook plaatsvinden via een reguliere zorg- of rechterlijke machtiging die door de civiele rechter wordt afgegeven. Op dit moment beschikken wij nog niet over kwantitatieve gegevens wat betreft de toepassing van deze route. Daardoor hebben wij de omvang van de toepassing ervan nog niet in beeld. Wel blijkt uit de kwantitatieve gegevens in hoofdstuk 3 dat in sommige regio's artikel 2.3 Wfz niet of nauwelijks wordt toegepast. Vermoedelijk wordt de machtiging door de civiele rechter daar meer gekozen. Respondenten melden dat in bepaalde gevallen een dergelijke machtiging een pragmatischer keuze is dan een machtiging via artikel 2.3 Wfz. Dit betreft bijvoorbeeld de situatie dat er na afloop van een gevangenisstraf verplichte zorg nodig is. In dat geval is er geen sprake van een straf- of verlengingszitting waar een verzoekschrift voor een zorgmachtiging kan worden ingebracht. Het werkt in de praktijk sneller om in een dergelijk geval de machtiging via de civiele rechter te verzoeken, dan om dit verzoek op de agenda van een strafkamer te laten plaatsen geven respondenten aan. Hierbij speelt ook het onderscheid tussen de bevoegdheden van de strafrechter respectievelijk de civiele rechter een rol. Een strafrechter kan enkel toepassing geven aan artikel 2.3 Wfz in het kader van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde. Dit criterium is door de wetgever niet nader gedefinieerd. De invulling ervan is daarom ter afweging aan de strafrechter (art. 2.3 Wfz lid 1 en 2; Bakker, 2021b). Overigens geeft Bakker (2021b) aan dat de hoofdregel is dat de machtiging via de civiele rechter wordt ingediend.

Respondenten benoemen dat uitvoeringsproblemen bij artikel 2.3 Wfz meewegen bij de beslissing een machtiging bij de civiele rechter aan te vragen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de kans dat het voorbereidingsproces wordt afgebroken omdat er geen instelling wordt gevonden die de betrokkene wil opnemen (zie verder paragraaf 8.3). Problemen in de voorbereiding spelen bij de zorgmachtiging maar in nog sterkere mate bij de rechterlijke machtiging (zie ook paragrafen 7.3 en 8.3.7). In de interviews kwam verder ter sprake dat professionals in de rechtspraktijk verschillend denken over artikel 2.3 Wfz. Sommigen vinden het een goede mogelijkheid, anderen vinden dat het grondig moet worden gewijzigd. Volgens sommige respondenten leidt dit ook tot individuele verschillen in geneigdheid tot toepassing van artikel 2.3 Wfz.

Concluderend kan het volgende worden gesteld: De route vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg via een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging die door de civiele rechter wordt verleend, is in het onderhavige onderzoek nog niet via kwantitatieve gegevens in beeld. Wel zijn er duidelijke aanwijzingen uit de interviews dat deze route regelmatig wordt toegepast.

8.2.4 Capaciteitsgebrek

Bij het thema doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg, kwam in de interviews vaak al binnen korte tijd het onderwerp capaciteitstekort ter sprake. Meerdere respondenten benoemen capaciteitsproblemen als een van de meest centrale knelpunten die onderliggend zijn aan uitvoeringsproblemen bij een machtiging via artikel 2.3 Wfz. Capaciteitsgebrek speelt volgens respondenten zowel binnen de algemene als de forensische GGz een grote rol. Capaciteitsgebrek kan leiden tot risicovolle situaties, waarbij patiënten geplaatst worden in een zorginstelling met een ontoereikend beveiligingsniveau, of een zorg- of rechterlijke machtiging niet ten uitvoer kan worden gelegd omdat bedden met het vereiste beveiligingsniveau niet beschikbaar zijn, geven respondenten aan. Ook in eerder onderzoek onder respondenten uit de forensische GGz kwam capaciteitsgebrek als een belemmerende factor voor continuïteit van zorg naar voren (De Vogel et al., 2019; Candel & Wijga, 2017).

Een aantal jaar geleden werd de vrees geuit dat FPA's en FPK's snel zouden vollopen door de 'dynamiek van de Wfz' wat betreft in-, door- en uitstroom (Legemaate et al., 2014, p. 250; Noorlander, 2013). Het aantal artikel 2.3 Wfz-machtigingen dat tot nu toe is afgegeven is op zichzelf niet erg groot. Niettemin geven respondenten aan bij plaatsing van personen met een artikel 2.3 Wfz-zorgmachtiging regelmatig tegen prangende tekorten aan te lopen wat betreft beschikbare (beveiligde) bedden. Respondenten hebben de indruk dat artikel 2.3 Wfz-plaatsingen en forensische zorgplaatsingen concurreren om schaarse beveiligde bedden, waar bovendien steeds vaker ook patiënten met risicovol gedrag uit de algemene GGz, al dan niet via verplichte zorg, aanspraak op maken. Kwantitatieve gegevens die hierin meer inzicht kunnen geven waren ten behoeve van het onderhavige onderzoek nog niet beschikbaar.

De rechterlijke machtiging wordt vanwege een vastlopend voorbereidingsproces nog erg weinig toegepast (paragrafen 3.2 en 7.3). Het voorbereidingsproces voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz loopt mede vast omdat het moeilijk is een geschikte plek voor een cliënt te vinden. Voor de doelgroep verstandelijk beperkten met gedragsproblemen is het tekort aan intramurale plaatsen ernstig geven respondenten aan. Dit komt mede omdat deze groep voorzieningen nodig heeft voor langdurig verblijf en omdat de verstandelijk gehandicaptenzorg in de ervaring van respondenten niet goed is toegerust op personen bij wie ook beveiliging nodig is (paragraaf 7.4). Meer bedden voor personen met een artikel 2.3 Wfz-machtiging is tevens een korte termijn-oplossing omdat de machtiging maar een half jaar duurt. Cliënten zullen moeten stromen naar geschikte accommodaties waar zij voor langere tijd kunnen verblijven geven respondenten aan.

De capaciteitstekorten waar bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz tegenaan wordt gelopen, moeten worden bezien tegen een bredere maatschappelijke achtergrond van algemene personeelstekorten en capaciteitsproblemen in de zorg (*Kamerstukken II* 2020/21, 31 765, nr. 548, blg-973643) en daarmee gepaard gaande toenamen in de belasting van zorgpersoneel (Wijga, Candel, Hofstede & Ehrismann, 2018). Gedeeltelijk kunnen deze capaciteitsproblemen verklaard worden vanuit de beleidsmatige trend binnen de algemene GGz om klinische bedden af te bouwen en ambulante zorg te stimuleren. Deze trend bestaat al sinds de jaren zeventig, maar werd in het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014' opnieuw vastgelegd (Significant, 2018). In het Bestuurlijk Akkoord werd besloten de beddencapaciteit tot 2020 fors af te bouwen met een derde ten opzichte van het aantal bedden in 2008. Deze ambitie werd bekrachtigd in het 'Bestuurlijk Akkoord Geestelijke Gezondheidszorg 2014-2017'. De mogelijkheid

die de Wvggz biedt om een zorgmachtiging, ook die via artikel 2.3 Wfz, ambulant uit te voeren past binnen deze tendens om intramurale zorg enkel toe te passen wanneer ambulante zorg vanuit medisch- of beveiligingsperspectief niet mogelijk is. Wanneer intramurale (beveiligde) zorg een vereiste is voor de uitvoering van de zorgmachtiging, stuit men op capaciteitsproblemen. Waar het forensische zorg betreft, met name tbs, was de afbouw van beddencapaciteit meer het gevolg van een autonome ontwikkeling: de afname van het aantal tbs-opleggingen (Steinmann, 2019; Van der Wolf et al., 2020b).

Eerder werd benoemd dat respondenten de indruk hebben dat artikel 2.3 Wfz-plaatsingen en forensische zorgplaatsingen concurreren om schaarse beveiligde bedden, terwijl steeds vaker ook patiënten met risicovol gedrag uit de algemene GGz, al dan niet via verplichte zorg, een dergelijk bed nodig hebben. Om beter zicht te krijgen op de omvang van de behoefte aan beveiligde bedden voor verschilleden populaties, is het belangrijk over de behoeften aan zorg en beveiliging van verschillende groepen systematisch gegevens te verzamelen.

Aanbeveling 2: Onderzoek en monitor de behoefte aan beveiligde bedden voor verschillende doelgroepen waaronder personen met forensische zorg, met verplichte zorg via artikel 2.3 Wfz en personen met risicovol gedrag uit de algemene Ggz, al dan niet met verplichte zorg gemachtigd door de civiele rechter.

In de voorgaande drie paragrafen is besproken wat wij in dit vroege stadium kunnen zeggen over de toepassing van artikel 2.3 Wfz (op basis van kwantitatieve gegevens) en over de doorstroming van personen met een machtiging via artikel 2.3 Wfz naar forensische en naar algemene GGz-instellingen (op basis van indrukken en ervaringen van respondenten). Op grond van het aantal afgiften van de machtiging via artikel 2.3 Wfz (ruim honderd), de terughoudendheid bij de algemene GGz om personen met een strafrechtelijke voorgeschiedenis op te nemen en de gesignaleerde problemen om moeilijker doelgroepen zoals personen met meervoudige problematiek überhaupt te kunnen plaatsen, concluderen we dat op dit moment de gewenste doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg via artikel 2.3 Wfz nog beperkt vorm krijgt.

Het toepassen van artikel 2.3 Wfz wordt onder meer beïnvloed door factoren die een rol spelen bij de voorbereiding of de uitvoering en die voor een deel gelegen zijn in de vormgeving van de wetgeving zelf. Hierboven kwam al aan de orde dat respondenten capaciteitsgebrek in algemene en forensische GGz-instellingen, evenals de verstandelijk gehandicaptenzorg als een belangrijk knelpunt ervaren bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz. Het gaat dan zowel om capaciteit wat betreft het totale aantal plekken, het aantal plekken op verschillende beveiligingsniveaus, als om gebrek aan specifieke vormen van zorg voor bepaalde doelgroepen. In het navolgende komen belemmerende en helpende factoren aan de orde die door ketenpartners naar voren zijn gebracht ten aanzien van de uitvoering van artikel 2.3 Wfz.

8.3 Ervaren belemmeringen in de uitvoering van artikel 2.3 Wfz

8.3.1 Bekendheid en ervaring met art 2.3 Wfz

Belangrijk voor een goede uitvoering en rolverdeling tussen verschillende ketenpartners is bekendheid en ervaring met het schakelartikel 2.3 Wfz en met de Wvggz

respectievelijk Wzd. Bij bepaalde beroepsgroepen zoals de verplichte zorg-officieren van justitie, is de kennis aanzienlijk. Respondenten geven echter aan dat bij de andere beroepsgroepen hierin nog veel winst is te behalen. Het gaat dan onder meer om officieren van justitie zonder verplichte zorg-specialisatie, strafrechters, het NIFP en de reclassering. Respondenten doen meerdere specifieke voorstellen om de kennis en ervaring te doen toenemen, naast activiteiten die al worden ontplooid (zie paragraaf 5.2).

Aanbeveling 3: Draag proactief zorg voor het wegnemen van onduidelijkheden in de wet- en regelgeving of de uitwerking daarvan. Stimuleer waar nodig (bijvoorbeeld financieel of faciliterend) initiatieven uit het veld voor het delen van kennis en ervaring op het terrein van artikel 2.3 Wfz, zoals meelopen bij andere ketenpartners, deelname civiele rechters in strafkamercombinaties, kenniskringen en advisering aan collega's, zodat deze kunnen worden uitgebreid en voortgezet.

In de interviews bleek meermaals dat bepaalde zaken bij respondenten onduidelijk waren. Inmiddels lijkt een aantal daarvan opgelost. Hiermee zouden wij kunnen zeggen dat dit voorbeelden betreft van wat evaluatoren 'kinderziektes' noemen (zie paragraaf 1.2): zaken die in de beginperiode na de inwerkingtreding nog 'ingeregeld' moeten worden. Zo werd het klachtrecht van artikel 2.3 Wfz-patiënten die met een zorgmachtiging zijn geplaatst in een FPC, door sommigen onduidelijk en onlogisch gevonden en naar zeggen van een respondent gold dat ook voor de desbetreffende klachtcommissies (paragraaf 6.4.5). Inmiddels is dit in de wet- en regelgeving verduidelijkt. Financiering van de voorbereiding van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz en financiering van beveiligde bedden voor artikel 2.3 Wfz-patiënten vormde aanvankelijk een probleem. De financiering van de voorbereiding is volgens respondenten inmiddels geregeld. Dit lijkt wat betreft NZa-tarieven ook te gelden voor de financiering van beveiligde bedden, al geven respondenten aan dat dit nog niet in alle gevallen tot een kostendekkend tarief heeft geleid (paragrafen 5.3.2 en 6.5.4). Een ander voorbeeld betreft onduidelijkheid bij respondenten over de criteria en procedure voor de aanvraag van toestemming van de minister bij tijdelijke onderbreking of beëindiging van verplichte zorg bij personen met een machtiging via artikel 2.3 Wfz (paragraaf 6.3.1 en zie Bakker, 2021b). In de recente memorie van toelichting van de reparatiewetgeving Wvggz en Wzd geeft de staatssecretaris van VWS meer duidelijkheid over wat moet worden verstaan onder 'tijdelijke onderbreking' (zie ook paragraaf 8.3.6; *Kamerstukken II* 2020/21, 35 667, nr. 3).

Nog steeds leveren de verschillende regelingen rond vormen van verplichte zorg en inperking van vrijheden volgens respondenten onduidelijkheid en 'veel gepuzzel' op bij zorgverantwoordelijken en ander personeel in de instellingen (paragraaf 5.3.3). Ook over de juridische gronden voor informatie-uitwisseling tussen justitiële instellingen en -organisaties enerzijds en zorgaanbieders uit de GGz anderzijds is er onduidelijkheid bij ketenpartners (paragraaf 5.4.2). Zie ook aanbeveling 4, paragraaf 8.3.3.

8.3.2 Tijdrovende en complexe procedure

De voorbereiding van een artikel 2.3 Wfz zorgmachtiging wordt als erg arbeids- en tijdsintensief ervaren door de complexiteit van de procedure, waaronder de vele betrokken partijen, de aanzienlijke administratieve last en het vele berichtenverkeer. Dit zijn in feite vooral de administratieve aspecten van de Wvggz, die ook voor een artikel 2.3 Wfz machtiging gelden. Hiertegen zijn al meerdere veldpartijen middels

publicaties in het geweer gekomen (Ten Noever de Brauw, 2020; Koopman & Spijkerman, 2020; Spijkerman & Koopman, 2021). Anderen hebben het heft in eigen hand genomen om de 'tijdrovende procedures' te beperken (Timmermans, 2021). De werkbelasting als gevolg van de Wvggz als zodanig valt buiten het bestek van het onderhavige onderzoek. In de evaluatie van de Wvggz door AUMC/Trimbosinstituut wordt aan dit thema echter uitgebreid aandacht besteed (Legemaate et al., 2021).

8.3.3 Barrières in de informatie-uitwisseling

Met de Wfz, Wvggz en Wzd is een betere aansluiting tussen de wettelijke kaders van forensische zorg en reguliere verplichte zorg beoogd (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 5). Adequate mogelijkheden tot uitwisseling van gegevens vormen een essentieel onderdeel daarvan. In de praktijk vormen barrières in de informatie-uitwisseling echter een belemmerende factor voor de samenwerking rond individuele patiënten, zoals blijkt uit de interviews. Als de patiënt niet expliciet toestemming geeft, ontbreken in een aantal gevallen juridische gronden voor uitwisseling van inhoudelijke informatie (persoonsgegevens) over de patiënt tussen PI/PPC en voormalige of volgende zorgaanbieder, tussen NIFP en zorgaanbieder en tussen zorgaanbieder en reclassering.

Aanbeveling 4: Maak uitwisseling van onder meer persoonsgegevens tussen justitie-organisaties en zorgaanbieders in het kader van de voorbereiding en uitvoering van de machtiging via artikel 2.3 Wfz juridisch beter mogelijk en communiceer daar duidelijk over.

8.3.4 Vermenging strafrecht en civiel recht

Kenmerkend voor artikel 2.3 Wfz is de toepassing van civiel recht binnen het strafrecht. Vermenging van strafrecht en civiel recht leidt in de praktijk van de voorbereiding van de machtiging tot knelpunten. Zo kunnen medische gegevens openbaar worden via het strafdossier en de openbare behandeling van de zaak (paragraaf 6.4.5). In sommige regio's zou inmiddels standaard worden gekozen om een zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz achter gesloten deuren te behandelen.

Respondenten melden dat de trajecten van de strafzaak en de civiele zaak in het kader van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz regelmatig ongelijk lopen in de tijd omdat het traject van de strafzaak aanzienlijk langer duurt. In sommige gevallen heeft de betrokkene hierdoor een lange wachttijd in de PI tijdens de voorbereiding van de machtiging artikel 2.3 Wfz omdat deze op afronding van de strafzaak moet wachten. Een zorgpunt van respondenten is of dan voldoende psychische begeleiding wordt geboden.

Aanbeveling 5, aan strafrechters: Onderzoek of in de rechtspraktijk in meer gevallen het machtigingstraject via artikel 2.3 Wfz bespoedigd kan worden, bijvoorbeeld door al vroeg in het strafproces de keuze te maken of zorg, dan wel het strafproces moet prevaleren.

Eerder vroeg Otte (2011) zich af of de 'vergaande executieve rol' in het kader van artikel 2.3 Wfz wel bij de strafrechter zou passen. Zo moet de strafrechter beslissen over de toekenning van vormen van verplichte zorg, terwijl binnen het strafrecht de rechter geen bemoeienis heeft met de invulling van de tenuitvoerlegging. Otte (2011) werpt de vraag op of het de toepassing van artikel 2.3 Wfz zal beïnvloeden als de

strafrechter zich wat dit betreft te veel buiten zijn 'comfortzone' moet bewegen. Dit zou kunnen leiden tot het niet of nauwelijks afgeven van zorgmachtigingen, of tot een voor de zekerheid aanvinken van alle vormen van verplichte zorg (Legemaate et al., 2014). Er zijn geen aanwijzingen uit de interviews of de kwantitatieve gegevens over toepassing van artikel 2.3 Wfz, die suggereren dat ongemakkelijkheid bij strafrechters over bemoeienis met de uitvoering, meer specifiek het 'keuzemenu' van vormen van verplichte zorg, leidt tot vermijding van het afgeven van zorgmachtigingen. Volgens geïnterviewden machtigen strafrechters echter wel veelal alle vormen van verplichte zorg. Of dit puur als handelingsverlegenheid kan worden geïnterpreteerd valt te betwijfelen. Zie bijvoorbeeld een recent geval waarin de rechter alle vormen van verplichte zorg goedkeurde onder verwijzing naar het medisch advies waarin de noodzaak daarvan in het geval van terugval van de betrokkene adequaat beargumenteerd stond (ECLI:NL:HR:2021:1475). Respondenten geven aan dat strafrechters wat dit betreft in hun ervaring vaker dan civiele rechters het medisch advies van de geneesheer-directeur volgen. Ten aanzien van de civiele rechter kan omgekeerd de vraag worden gesteld of die door daarin meer een eigen weg te gaan, niet het risico loopt om te veel in de rol van de geneesheer-directeur te treden. Jurisprudentieonderzoek dat momenteel in voorbereiding is, zal mogelijk meer concreet inzicht bieden in de vraag hoe strafrechters omgaan met het 'keuzemenu' van vormen van verplichte zorg (verwachte publicatie medio 2022).

8.3.5 Toegang tot vertrouwenspersonen

De Wvggz kent versterkte regelingen wat betreft de rol van patiënt- en familievertrouwenspersonen en het betrekken van naasten bij de inrichting van de zorg voor de betrokkene (hoofdstuk 11 en 12 Wvggz). De uitvoering blijft wat dit betreft bij de groep patiënten met een zorg- of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz nog achter, geven respondenten aan. Zo is er nog te weinig aandacht voor het actief betrekken van de veelal bij de zorgaanbieder nog onbekende naasten van artikel 2.3 Wfz-patiënten bij de behandeling. Ook is de toegang tot vertrouwenspersonen nog niet goed op orde. De toegang tot vertrouwenspersonen in de PI/PPC is bijvoorbeeld niet voldoende geregeld. Dit is deels het geval omdat de organisaties van vertrouwenspersonen hun weg nog moeten vinden wat betreft manieren om deze populatie te bereiken, deels komt het door belemmeringen van de setting. Zo geven vertrouwenspersonen aan dat in een PI de omstandigheden voor een gesprek waarbij privacy gewaarborgd moet zijn nog weleens onvoldoende zijn. Op deze punten komt het equivalentiebeginsel dus nog niet goed uit de verf.

Aanbeveling 6, aan de organisaties van vertrouwenspersonen: Formuleer concrete doelstellingen en voer die uit wat betreft verbetering van de toegang tot vertrouwenspersonen en van het betrekken van naasten voor artikel 2.3 Wfz-patiënten en -cliënten.

8.3.6 Toestemmingsvereiste minister

Een onderdeel van artikel 2.3 Wfz waar in dit onderzoek bevraagde respondenten veel weerstand tegen uiten is het zogeheten toestemmingsvereiste. Uit eerste cijfers hierover van DJI blijkt ook dat in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding nog weinig om toestemming is gevraagd (paragraaf 6.3).

Bij het toestemmingsvereiste bij tijdelijke onderbreking of vroegtijdige beëindiging van verplichte zorg wordt door de minister getoetst op zowel de zorgvraag als op de veilig-

heidsaspecten. Meerdere respondenten en onderzoekers (Prinsen, 2015; Widdershoven, 2015a, 2015b; Van Oploo et al., 2020) spreken hier over 'ongewenste rechtsvermenging' tussen strafrecht en civiel recht. Waar de zorgmachtiging en de rechterlijke machtiging zich richten op het afwenden van ernstig nadeel (art. 3:4 Wvggz, art. 24 lid 3 Wzd), wordt bij de ministeriële toetsing ook verwacht dat een risicotaxatie wordt verricht om het delictrisico in kaart te brengen.

Meerdere respondenten geven aan dat het onduidelijk is in welke situaties toestemming gevraagd moet worden voor tijdelijke onderbreking van verplichte zorg – wanneer spreekt men van een onderbreking van verplichte zorg, en wanneer worden vrijheden toebedeeld als integraal onderdeel van het therapeutisch proces? In de recente memorie van toelichting van de reparatiewetgeving Wvggz en Wzd geeft de staatssecretaris van VWS hier meer duidelijkheid over: *'Hiervan is sprake als iemand tijdelijk niet meer verblijft in een accommodatie, dat wil zeggen: daar niet overnacht. Voor betrokkenen die op grond van artikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) zijn opgenomen geldt onverkort dat voor deze tijdelijke onderbreking toestemming van de Minister voor Rechtsbescherming nodig is*' (*Kamerstukken II* 2020/21, 35 667, nr. 3).

Er kan worden betoogd dat het toestemmingsvereiste op gespannen voet staat met het equivalentiebeginsel dat ten grondslag ligt aan de Wfz en de Wvggz: *'Het uitgangspunt voor het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg is dat, ongeacht de wetgevings-technische vormgeving, een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau'* (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 12). Wanneer een onderdeel van de behandeling (het toebedelen van vrijheden) wordt vertraagd doordat het vragen van toestemming veel tijd in beslag neemt, of wanneer dit niet kan worden uitgevoerd in verband met het ontbreken van een risicotaxatie, kan men zich afvragen in hoeverre een vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau wordt geboden binnen de reguliere machtiging en de machtiging via artikel 2.3 Wfz.

Wat het equivalentiebeginsel betreft is ook relevant dat onderzoekers hebben geconstateerd dat in bepaalde jurisprudentie strafrechtelijke criteria zijn betrokken bij de overweging om wel of niet een zorgmachtiging af te geven (Bakker, 2021; Keurentjes, 2020). Artikel 2.3 Wfz beschrijft dat de strafrechter *met toepassing van die wet*, zijnde de Wzd of de Wvggz, een machtiging dient af te geven. Aangezien aspecten als de aanwezigheid van een risicotaxatie of de verwachting dat een machtiging een verandering in het recidiverisico teweeg zal brengen geen rol spelen in de civiele zorgwetten, zouden zij ook niet betrokken mogen worden bij de overweging om een machtiging via artikel 2.3 Wfz af te geven, zo oordelen de bovengenoemde auteurs.

In de Wzd doet zich nog een complicerende factor voor doordat de zorgaanbieder toestemming moet vragen aan de minister alvorens hij een patiënt kan ontslaan (art. 48 lid 11 Wzd). In de praktijk zou dit betekenen dat een zorgaanbieder ook toestemming dient te vragen aan de minister wanneer de geldigheidsduur van de rechterlijke machtiging is verstreken (art. 48 lid 1 Wzd). Onduidelijk is op welke juridische basis een cliënt in de accommodatie dient te verblijven wanneer in dit geval de toestemming voor ontslag zou worden geweigerd.

Het toestemmingsvereiste van de minister voor de tijdelijke onderbreking of vroegtijdige beëindiging van verplichte zorg is echter met redenen in het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wfz opgenomen. De parlementaire onderzoekscommissie tbs

(Commissie Visser) concludeerde dat strafrechters terughoudend zouden zijn met de toepassing van artikel 37 Sr omdat de geneesheer-directeur de bevoegdheid had om de maatregel te beëindigen – rechters zouden de beslissing over de beëindiging van de maatregel liever in eigen hand houden (*Kamerstukken II* 2005/06, 30 250, nrs. 4-5, p. 56). Nu de toestemming voor (tijdelijke) beëindiging van zorg niet door de strafrechter maar door de minister moet worden afgegeven, en deze heeft aangegeven terughoudend te zullen zijn met het niet-verlenen van toestemming (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 128), kan men zich echter afvragen in hoeverre aan dit bezwaar van de strafrechters is voldaan.

Een meer algemeen fundamenteel punt van kritiek betreft de 'vervlechting' van Justitie en GGz zoals Widdershoven het aanduidt (Widdershoven, 2015a, 2015b, 2019). Het instemmingsvereiste is daar een aspect van (Widdershoven. 2015b). Widdershoven (2019) benoemt dat op basis van onder meer artikel 2.3 Wfz zowel personen met een strafrechtelijke titel in de GGz kunnen worden geplaatst, als algemene GGz-patiënten in justitiële instellingen. Principiële verschillen tussen vrijheidsbenemende titels zouden daarbij teveel uit het oog worden verloren. Tevens groeit het palet aan mogelijke rechtsposities waardoor de uitvoering ingewikkelder wordt. Widdershoven pleit daarentegen juist voor een systematische scheiding tussen forensische zorg (zorg op basis van een strafrechtelijke titel) en reguliere (verplichte) zorg (zorg op basis van een civielrechtelijke titel, of op vrijwillige basis) waarbij die twee velden ieder voor zich een bij de doelgroepenbehoeften passende voorzieningenmatrix zouden moeten bieden wat betreft zorg en beveiliging op meerdere niveaus (Widdershoven, 2015a, 2015b).

Aanbeveling 7: Gezien de gerapporteerde weerstand tegen het toestemmingsvereiste is het belangrijk om met ketenpartners in gesprek te gaan over de principiële bezwaren. De praktische bezwaren kunnen wellicht worden verminderd door (betere) richtlijnen voor het vragen van toestemming, een korte toestemmingsprocedure en ondersteuning bij risicotaxatie dan wel betere inbedding van de risicotaxatie in de werkwijze van de instelling.

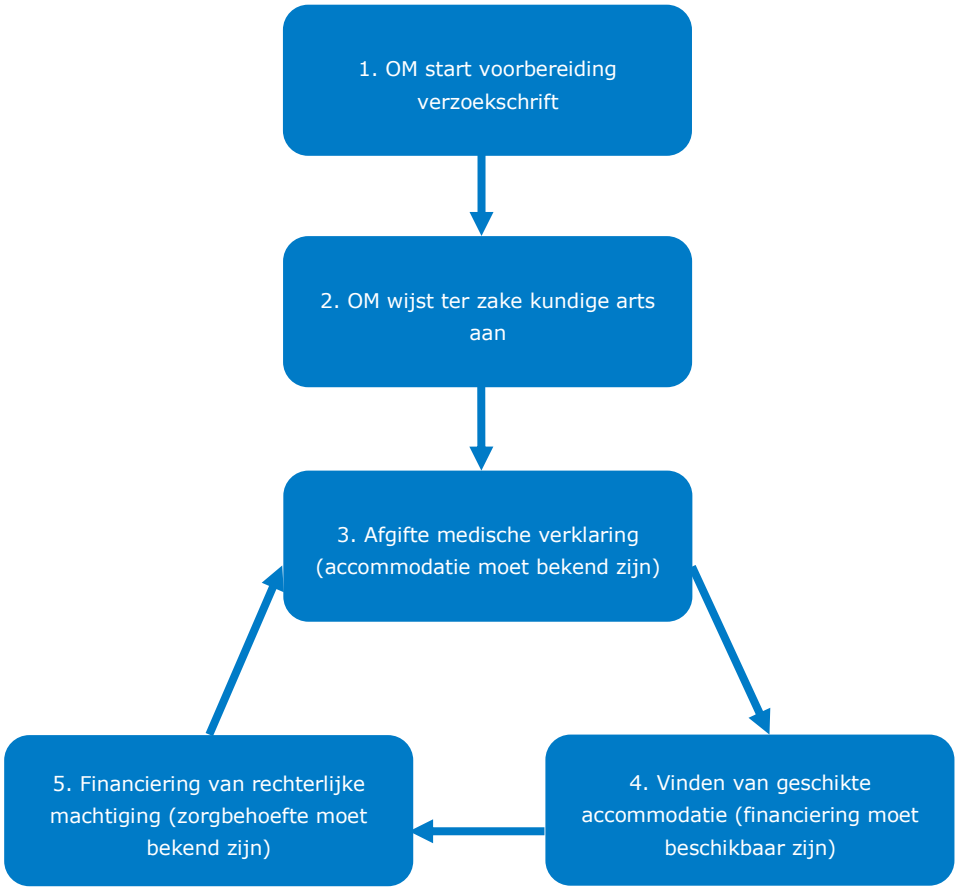
Wat betreft risicotaxatie is het inbedden daarvan door een instelling zelf, door dit te organiseren en de kennis binnen de instelling te vergroten vermoedelijk de meest duurzame optie. De andere optie is ondersteuning bij risicotaxatie door deze door externe experts te laten uitvoeren.

8.3.7 Een vicieuze cirkel bij de procedure rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz

Op basis van wat besproken is in paragraaf 7.3 lijkt het erop dat er een vicieuze cirkel is ontstaan in de artikel 28a-c Wzd-procedure die zich rondom de medische verklaring, de plaatsing en de financiering afspeelt (figuur 8.1). Wanneer het OM een verzoekschrift voorbereidt voor een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz (stap 1 in figuur 8.1) wordt er een ter zake kundige arts aangewezen die een medische verklaring kan opstellen (stap 2). In de medische verklaring wordt, naast een aantal andere zaken die in paragraaf 7.3.3 worden besproken, de noodzakelijkheid en geschiktheid van de opname en het verblijf om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden beoordeeld. Om deze medische verklaring op te stellen dient de ter zake kundige arts inzicht te hebben in de zorgbehoefte van de persoon, evenals de mogelijkheden van de accommodatie waar de persoon opgenomen zal worden om aan de zorgvraag te voldoen. In deze stap moet dus de accommodatie waar de cliënt zal verblijven al bekend zijn (stap 3). Het zoeken naar een geschikte accommodatie is de verantwoordelijkheid van

het zorgkantoor uit de regio waar de patiënt dient opgenomen te worden. Het zorgkantoor kan echter niet garanderen dat een patiënt in een accommodatie geplaatst kan worden voordat een geschikte betalingsgrondslag wordt vastgelegd (stap 4). In het geval van Wzd-cliënten wordt de opname en het verblijf veelal bekostigd op basis van een Wlz-indicatie. Voor deze Wlz-indicatie, die door het CIZ verstrekt wordt, dient echter eerst een aanvraag te worden ingediend. Hiervoor is inhoudelijke informatie uit de medische verklaring nodig (stap 5 van figuur 8.1).

Figuur 8.1 Visualisatie van de vicieuze cirkel in de artikel 28a-c Wzd-procedure



Zoals te zien is in figuur 8.1, ontstaat er een vicieuze cirkel die moeilijk doorbroken kan worden: de ter zake kundige arts kan geen medische verklaring afgeven wanneer deze niet weet in welke accommodatie de persoon geplaatst wordt, het zorgkantoor kan geen geschikte accommodatie vinden zonder betalingsgrondslag vanuit de Wlz-indicatie en het CIZ kan geen Wlz-indicatie afgeven zonder de medische verklaring van de ter zake kundige arts en een officiële aanvraag voor een Wlz-indicatie.

Op 7 oktober 2020 is er een reparatiewetgeving in werking getreden waarmee kleine problemen zijn aangepakt (*Kamerstukken II* 2019/20, 35345 nr. 3). Na deze wetswijziging is een nieuwe wetswijziging aangenomen gericht op het oplossen van enkele andere problemen (*Kamerstukken II* 2020/21, 35667 nr. 3). Zo wordt het voor het CIZ

mogelijk om informatie die het in het kader van een aanvraag van een Wlz-indicatie heeft ontvangen te gebruiken in het kader van de Wzd indien noodzakelijk. Daarnaast wordt artikel 1 lid 6 Wzd aangepast, waardoor een zorgmachtiging en rechterlijke machtiging beter op elkaar aansluiten. Indien er eerder een zorgmachtiging is afgegeven en er tevens een rechterlijke machtiging wordt afgegeven vervalt de eerste pas wanneer de persoon is opgenomen en niet al bij de afgifte van de laatstgenoemde.

Er zal echter meer moeten gebeuren om eerder vermelde problemen aan te pakken. Een respondent noemt als oplossingsrichting het aanstellen van een coördinator die vanaf het begin verantwoordelijk is voor het op gang brengen en houden van de voorbereidingsprocedure. Een dergelijke coördinerende verantwoordelijke zou in theorie de vicieuze cirkel kunnen doorbreken. Wanneer deze verantwoordelijke vanaf het begin van de procedure zich bezighoudt met de medische verklaring, de accommodatie waar een cliënt geplaatst kan worden en de financiering, zou de procedure beter gestroomlijnd kunnen worden. De capaciteitsproblemen die voor moeilijkheden rondom de plaatsing van een cliënt zorgen zijn hier echter niet mee opgelost. Deze capaciteitsproblemen hebben volgens respondenten ook te maken met een kloof tussen de zorg in een strafrechtelijk kader en wat er aan zorgvoorzieningen bestaat in de algemene verstandelijk gehandicaptenzorg. Artikel 2.3 Wfz-cliënten vormen een groep met gedragsproblematiek waar de verstandelijk gehandicaptenzorg voor het grootste deel niet op is ingericht

Aanbeveling 8: Benoem een coördinerende verantwoordelijke voor de procedure betreffende de rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz.

Aanbeveling 9: Onderzoek tegelijkertijd hoe de procedure betreffende de rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz kan worden verbeterd. De vicieuze cirkel zou bijvoorbeeld doorbroken kunnen worden door het vinden van een de accommodatie in het proces naar voren te halen.

De schakeling naar de Wzd wordt vermoedelijk door bovengenoemde problemen veel minder toegepast dan die naar de Wvggz (zie paragraaf 3.2). Niettemin is de Wzd voor het JenV-terrein belangrijk omdat de doelgroep niet te verwaarlozen is. Een verstandelijke beperking komt relatief veel voor onder gedetineerden en andere justitiabelen, evenals gecombineerde problematiek waarbij een verstandelijke beperking een van de factoren is (Appelman et al., 2021; Kaal, 2016; Kaal et al., 2011; Poort et al., 2011). Door de verouderende algemene populatie, is daarnaast ook dementie een relevant thema binnen de strafrechtketen (Van Alphen & Oei, 2008; Maschi et al., 2012). Meer aandacht voor het Wzd-gebied in relatie tot de justitiepopulatie lijkt dan ook gerechtvaardigd.

8.4 Ervaren helpende factoren in de uitvoering van artikel 2.3 Wfz

8.4.1 Mogelijkheden van artikel 2.3 Wfz

Al worden er zoals hierboven besproken veel belemmeringen in de uitvoering van artikel 2.3 Wfz benoemd, toch signaleren respondenten ook verbeteringen vergeleken met de situatie voor de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz.

Eerder onderzoek laat zien dat er in het forensische GGz-veld zorgen zijn over de continuïteit van zorg vanuit de strafrechtelijke forensische zorg naar de algemene GGz

(Steinmann, 2019). Respondenten in het onderhavige onderzoek vinden dat artikel 2.3 Wfz (in elk geval in theorie) een groter arsenaal aan mogelijkheden biedt voor maatwerk in de doorgeleiding uit strafrecht naar reguliere (verplichte) zorg en dit achten zij belangrijk. Vrijwel alle respondenten vinden het terecht dat de ontoerekeningsvatbaarheidseis is losgelaten. Hierdoor is de groep die in aanmerking kan komen voor een machtiging via artikel 2.3 Wfz in potentie aanzienlijk groter dan de groep die in aanmerking kwam voor plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis via het voormalige artikel 37 Sr. Sommigen zien daarnaast mogelijkheden in nieuwe combinaties van een voorwaardelijke sanctie met een zorgmachtiging. Deze zijn ook al in de praktijk toegepast geven respondenten aan. Volgens anderen komen de verruimde mogelijkheden voor maatwerk (nog) te weinig van de grond door praktische problemen zoals in paragraaf 8.3 besproken. Een ervaren verbetering in de uitvoering is ook dat het nu voor de strafrechter mogelijk is een machtiging voor verplichte zorg na tbs of PIJ bij het niet verlengen in dezelfde zitting te verlenen. Onder de Wet Bopz was hiervoor afstemming nodig met een civiele rechter.

Ondanks het vele werk dat de voorbereidingsprocedure met zich mee brengt, wordt het feit dat in de artikel 2.3 Wfz-procedure de geneesheer-directeur en de psychiatrische expertise al in een vroeg stadium betrokken worden, als een belangrijke verbetering ervaren ten opzichte van de eerdere situatie bij artikel 37 Sr. Zo ligt er al tijdig een zorgplan en kan de geneesheer-directeur de collega's in de instelling voorbereiden. Ook wordt het op prijs gesteld als de verplichte zorg-officier van justitie de geneesheer-directeur al polst alvorens besloten is een zorgmachtiging aan te vragen zodat deze kan meedenken over de vraag of een machtiging al dan niet verstandig is.

8.4.2 Regio-overleg van bij artikel 2.3 Wfz betrokken ketenpartners

Een van de opbrengsten uit de vraaggesprekken is dat het in het kader van de Wvggz verplichte regio-overleg door meerdere ketenpartners als erg positief wordt ervaren. Artikel 8:31 Wvggz biedt een niet-limitatieve opsomming van te betrekken ketenpartners. Welke instanties in de praktijk aangesloten zijn, naast het OM, geneesheer-directeuren en de gemeente, verschilt volgens respondenten per regio. Mede door het regio-overleg is de werkrelatie tussen OM en zorgaanbieders sterk verbeterd, geven respondenten aan. In sommige regio's zijn ook civiele rechters aangesloten. Ketenpartners als de PI/PPC, (straf)rechters, het NIFP en de reclassering zijn echter in minder gevallen betrokken. In het kader van artikel 2.3 Wfz wordt de betrokkenheid van deze ketenpartners, door henzelf en de andere ketenpartners, bij het regio-overleg gemist. Respondenten uiten de wens dat ook zij in meer gevallen kunnen aansluiten. Het belang van dergelijke overlegstructuren tussen instanties op het grensvlak tussen zorg en beveiliging werd ook gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz en de Wvggz benadrukt (Barkhof et al., 2014; Otte, 2011). Ook sluit het aan bij de behoefte van professionals in de forensische zorg aan regionale samenwerking met het oog op continuïteit van zorg, die uit eerder onderzoek naar voren kwam (De Vogel et al., 2019). De positieve ervaringen met het huidige regio-overleg Wvggz bieden kansen om de samenwerking met het oog op continuïteit van zorg verder uit te bouwen door inhoudelijke en organisatorische 'best practices' te delen tussen regio's en door meer verschillende ketenpartners te betrekken.

Aanbeveling 10: Ondersteun en benut het regio-overleg Wvggz voor verdere uitbouw en kwalitatieve verbetering van de samenwerking tussen ketenpartners in het kader van artikel 2.3 Wfz.

Aanbeveling 11: Overweeg om een dergelijk regio-overleg ook voor de Wzd toe te passen en betrek daarin ook de ketenpartners in het kader van artikel 2.3 Wfz.

8.4.3 Dashboard beveiligde bedden

Het landelijke dashboard beveiligde bedden, *CAPDASH*, is een belangrijk initiatief om de toegang tot een beveiligde klinische setting voor patiënten te bevorderen, door de beschikbare capaciteit van beveiligde bedden inzichtelijk te maken voor onder andere zorgaanbieders, het OM, en zorgkantoren. Met behulp van *CAPDASH* wordt het voor opnamecoördinatoren inzichtelijker waar een geschikte behandelplaats is en kan de beschikbare capaciteit aan beveiligde bedden efficiënter worden benut. Hierbij is echter van belang dat *CAPDASH* niet gebruikt kan worden als 'plaatsingsinstrument' – het is enkel bedoeld om beschikbare capaciteit in kaart te brengen en het contact tussen opnamecoördinatoren te faciliteren.

Aanbeveling 12: Overweeg om de gegevens van het dashboard beveiligde bedden ook geschikt te maken of uit te breiden voor monitoring van en wetenschappelijk onderzoek naar de capaciteit van beveiligde bedden in relatie tot de behoeften aan beveiligde bedden voor verschillende doelgroepen.

8.5 De toekomst van artikel 2.3 Wfz

8.5.1 Een forensische versie van artikel 2.3 Wfz?

In paragraaf 8.2 is besproken dat artikel 2.3 Wfz wordt gebruikt, ondanks dat men verschillende uitvoeringsproblemen ervaart. Getalsmatig draagt het artikel echter nog maar beperkt bij aan doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg: er zijn ruim honderd machtigingen via artikel 2.3 toegekend gedurende de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. De algemene GGz is bovendien terughoudend om personen met een machtiging via artikel 2.3 Wfz op te nemen. Respondenten geven aan dat de meesten daarvan tot nu toe in FPA's en FPK's worden geplaatst.

Uit de interviews komt een duidelijke wens naar voren om naast of in plaats van het huidige artikel 2.3 Wfz dat toeleidt naar een civielrechtelijke machtiging op basis van de Wvggz of Wzd, ook een variant van artikel 2.3 Wfz te hebben die toeleidt naar forensische zorg (zie paragraaf 6.6). Dit is in lijn met de eerdergenoemde brief van 16 juli 2021 van de Nederlandse GGz, de NVvP en de V&VN aan de Minister voor Rechtsbescherming en de Staatssecretaris van VWS (paragraaf 1.1).[18] Dezelfde wens wordt in de interviews echter ook geuit door verplichte zorg-officieren van justitie, het NIFP, een vertrouwenspersoon en een aantal strafrechters. Ook in de literatuur wordt deze roep gehoord (Van der Aa, 2021). Volgens respondenten zou een forensische versie van artikel 2.3 Wfz een aantal zaken oplossen: een dergelijke maatregel zou de te grote kloof kunnen overbruggen die nu wordt ervaren tussen tbs met dwangverpleging en de zorgmachtiging. Een dergelijke machtiging maakt scherper onderscheid mogelijk tussen patiënten bij wie wel en bij wie niet delictpreventie van belang is. De algemene GGz zou zich dan kunnen richten op degenen bij wie dat laatste niet het geval is, terwijl de forensische zorgaanbieders zich ontfermen over degenen die wel delictpreventie nodig hebben.

[18] Brief dd 16 juli 2021 van de GGz NL, NVvP en V&VN aan de Minister voor Rechtsbescherming en de Staatssecretaris van VWS Kenmerk EP/lw/3685/21.

Aan de basis van de genoemde wens lijkt vooral de notie te liggen dat de algemene GGz onvoldoende zou zijn toegerust op patiënten bij wie delictpreventie een rol speelt en dat de forensische GGz hier juist wel passende zorg kan bieden. Althans, zo wordt dit ervaren door een aantal respondenten uit de algemene en forensische GGz. Mogelijk is het niettemin ook een kwestie van meer kennisdeling en ervaring opdoen (Boumans, Postulart & Van Os, 2015; De Vogel, 2018, 2021). Dit aspect komt nader aan de orde in paragraaf 8.5.2. Een gerelateerd punt is dat de kaders van de civiele zorgwetten maar heel beperkt lijken te passen bij degenen die vanuit het strafrecht naar reguliere zorg moeten worden geleid. De Wvggz en Wzd zijn gericht op zo min mogelijk inperking van de vrijheden van de betrokkene, zo kort mogelijke zorg en 'ambulantisering tenzij'. De Wvggz biedt dan strikt genomen maar een smal instroomkader en de drempel voor doorstroming naar een Wvggz-kader vanuit het strafrecht lijkt daarmee voor een deel van de populatie al snel te hoog, terwijl er behalve tbs weinig alternatieven zijn (zie paragraaf 4.4.1).

In de eerdergenoemde brief vanuit het GGz-veld en in paragraaf 6.6 vanuit de interviews zijn verschillende argumenten benoemd voor een forensische variant van artikel 2.3 Wfz. Er zijn echter ook enkele kritische overwegingen te geven, waar we nu op ingaan.

Het doel van artikel 2.3 Wfz is een betere aansluiting tussen de forensische en reguliere zorg met als oogmerk het verbeteren van de uitstroom uit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg. Het toevoegen van een forensische variant van artikel 2.3 Wfz lijkt daaraan niet zonder meer te zullen bijdragen. Eerder lijkt het aan te sluiten bij de observatie dat de algemene geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg twee aparte werkvelden blijven waartussen continuïteit van zorg maar niet echt van de grond komt. Zo signaleren Van der Wolf en anderen (2020b) dat het erop lijkt dat 'Justitie' zich steeds verder in het nazorgtraject moet inkopen om doorstroom mogelijk te maken. Zij constateren dat de barrière tussen strafrecht en GGz niet is geslecht, maar steeds verder is opgeschoven (Van der Wolf et al., 2020b). Dit punt komt verder aan de orde in paragraaf 8.5.2.

Er wordt in de hiervoor vermelde brief een tweedeling voorgesteld tussen personen bij wie delictpreventie noodzakelijk is en personen bij wie dit niet het geval is (behandeling in- of exclusief delictpreventie). De eerstgenoemde groep zou in aanmerking komen voor een variant van artikel 2.3 Wfz die toeleidt naar forensische zorg. Bij de laatstgenoemden zou een variant van artikel 2.3 Wfz die toe leidt naar algemene psychiatrische zorg kunnen worden toegepast.

Het is de vraag of een dergelijke indeling zo goed te maken is. Zo is de scheidslijn tussen delictgedrag en ander risicovol gedrag soms heel dun en kan ook preventie van risicovol of ongewenst gedrag meer in het algemeen belangrijk zijn (De Vogel, 2018). Verder is door meerdere auteurs betoogd dat de patiënten-populaties in enerzijds de algemene GGz en anderzijds de forensische GGz en justitiële instellingen voor een deel vergelijkbaar zijn, of iemand civielrechtelijk of strafrechtelijk terechtkomt is deels willekeurig (A Campo, 2020; Raes, Miedema & Paesen, 2001). Ook in de algemene GGz zijn er complexe patiënten voor wie beveiligingsmogelijkheden nodig zijn (Harte, Van Houwelingen & Van Leeuwen, 2017). De GGz bevindt zich in de top drie van sectoren waar de meeste fysieke agressie, bedreiging en intimidatie wordt ervaren (Van Zwieten, De Vroome & Van den Bossche, 2015). Dit onderwerp is ook door het werk van het Schakelteam personen met verward gedrag nog eens voor het voetlicht

gebracht (2018; *Kamerstukken II* 2018/19, 25 424, nr. 424). Er gaan daarom stemmen op voor meer beveiliging binnen de algemene GGz (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2012; Legemaate et al., 2014, p. 162; *Kamerstukken II* 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 155-156). Dit wordt ook betoogd in het kader van de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz (Hornstra, 2020). De rol van beveiliging bij het bieden van passende zorg wordt ondersteund door het 'ernstig nadeel' criterium van de Wvggz en de Wzd, waaronder ook een gevaar voor anderen valt (Legemaate et al., 2014, p 162-163; art. 1:1 lid 2 Wvggz; art. 1 lid 2 Wzd). Hierbij past ook de kritiek van sommige respondenten dat risicovol gedrag en beveiligingsnoodzaak te weinig structureel in beeld zijn bij het voorbereidingsproces van een machtiging via artikel 2.3 Wfz.

Een ander punt betreft overwegingen van de wetgever. De wetgever betoogde dat het onwenselijk was om artikel 37 Sr te behouden naast artikel 2.3 Wfz omdat dit tot twee verschillende rechtsposities zou leiden, de een ongunstiger dan de ander (tweede nota van wijziging Wvggz, *Kamerstukken II* 2015/17, 32 399, nr 25, p. 143-144). Dit argument zal, zij het mogelijk in iets mindere mate, ook kunnen worden aangevoerd bij een strafrechtelijke naast een civiele variant van art 2.3 Wfz. Belangrijk zou dan zijn om van tevoren duidelijk te maken op basis van heldere criteria wat de indicatiestelling moet zijn voor elk van de varianten. Of dit laatste geheel doenlijk is, is de vraag gezien de gesignaleerde overlap in problematiek tussen de forensische en algemene GGz-populaties.

Als zou worden gekozen om een forensische variant van artikel 2.3 Wfz toe te voegen, zou dit er vermoedelijk toe leiden dat meer patiënten richting de forensische zorg stromen. Het verminderen van de algemene capaciteitstekorten binnen de (beveiligde) intramurale zorg is dan een voorwaarde voor de succesvolle uitvoering van artikel 2.3 Wfz. Gezien de geconstateerde oplopende werkdruk en capaciteitstekorten in de forensische zorg (Wijga et al., 2018), is een structurele verschuiving van patiënten met een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz naar de forensische zorg enkel realistisch wanneer deze gepaard gaan met bijbehorende verruimingen in de beschikbare beveiligde beddencapaciteit.

Aanbeveling 13: Overweeg verder te onderzoeken in hoeverre een forensische variant van artikel 2.3 Wfz binnen de doelen van de Wet forensische zorg zou passen. Besteed daarbij aandacht aan hoe de maatregel bijdraagt aan doorstroming vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg, aan de haalbaarheid van een dergelijke maatregel wat betreft beveiligde beddencapaciteit en aan de criteria om te bepalen of iemand voor een reguliere dan wel een forensische artikel 2.3 Wfz-machtiging in aanmerking komt.

Het onderzoeken van een dergelijke variant kan niet los worden gezien van een meer principiële discussie over hoe de algemene GGz en de forensische GGz zich tot elkaar zouden moeten verhouden en hoe het 'zorglandschap' als geheel er wat betreft zorgaanbod en -voorzieningen uit zou moeten zien. Een belangrijk thema daarbij blijft hoe continuïteit van zorg vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg in de praktijk vorm kan krijgen. In de volgende paragraaf besteden wij daar aandacht aan.

8.5.2 *Verandering in de praktijk?*

Het is onwaarschijnlijk dat aanpassingen in wetgeving voldoende zullen zijn om continuïteit van zorg te verbeteren. In het afgelopen decennium zijn er diverse beleidsinitiatieven en programma's geweest om de continuïteit van zorg tussen de forensische en algemene GGz te onderzoeken en ook in de praktijk te verbeteren. Een centraal thema hierbij is versterking van de integratie tussen forensische en reguliere zorg, hoewel er ook voorstellen zijn gedaan om de twee juist meer van elkaar te scheiden.

In 2012 publiceerde de Raad voor Gezondheidsonderzoek en Zorg (RVZ) een advies gericht op een integrale keten van forensische zorg en het opheffen van 'het schot' tussen de forensische zorg en de reguliere zorg. Zorgaanbieders in de GGz moesten volgens de RVZ investeren in een aantal competenties waaronder risicotaxatie, effectieve interventies voor veelplegers met ernstige psychische stoornissen, omgang met ernstige agressie en met verslaafden en verstandelijk gehandicapten met multipele problematiek. Ook adviseerde de RVZ om in te zetten op (forensische) ambulante teams, maar om daarnaast wel intramurale capaciteit beschikbaar te houden voor intensieve, gesloten, gestructureerde en langdurige behandeling. Steinmann (2019) stelt in lijn hiermee voor dat VWS vanuit de stelselverantwoordelijkheid voor zorg, met forensische zorg als differentiatie daarbinnen, zou moeten zorgdragen voor: (1) toepassing van in de algemene zorg gebruikelijke instituties op het forensische zorgdomein, en (2) aansluiting vanuit de algemene zorg op het forensische domein. Tegelijk zou Justitie veel meer van dezelfde instituties als in de algemene geestelijke gezondheidszorg gebruik moeten maken om de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van forensische zorg te bevorderen, te monitoren en daarover verantwoording af te leggen.

Tot nu toe lijkt de integratie nog niet van de grond te komen, forensische zorg (zorg binnen een strafrechtelijk kader) ontwikkelt zich in plaats daarvan echter steeds meer tot een apart, van de reguliere zorg (zorg buiten een strafrechtelijk kader) onderscheiden zorgdomein (Van der Wolf et al., 2020b). Aan de andere kant zijn er wel steeds meer zorgaanbieders die al dan niet naast reguliere zorg forensische zorg aanbieden. Er zijn bijvoorbeeld zorgkoepels met zowel forensische als algemene GGz-vooorzieningen. De invoering van het Inkoopmodel Forensische Zorg in 2008 gaf aan deze ontwikkeling een extra impuls. Van der Wolf en anderen (2020b) schetsen hoe sinds begin jaren negentig het forensische zorgveld is uitgebouwd binnen de GGz, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg. Het gaat zowel om klinische zorg, als om ambulante zorg en woonzorg. Veelal wordt de term 'overige forensische zorg' gebruikt om de andere zorg dan tbs aan te duiden.[19] In 2020 zijn er vijftien FPA's, elf FPK's en sinds eind jaren negentig drie forensische verslavingsklinieken (FVK's) en twee forensische verslavingsafdelingen in algemene psychiatrische ziekenhuizen (FVA's). In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn er vier afdelingen voor Sterk gedragsgestoorde licht verstandelijke gehandicapten (SGLVG). In 2020 bestonden er vijftig ambulante forensische zorgaanbieders. De toename van de forensische plaatsen binnen regionale instellingen voor begeleid wonen (RIBW's) is het grootst. Dat aantal groeide tussen 2012 en 2020 van 400 naar circa 2.000 plaatsen bij 174 verschillende zorgaanbieders. Aan de grote groei van forensische RIBW-plaatsen zou de stagnerende uitstroom uit de overige forensische zorg mede debet zijn (Van der Wolf et al., 2020b).

[19] https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische zorgtitels, geraadpleegd 25 november 2021.

Een constatering die in het kader van het onderhavige onderzoek door meerdere respondenten werd aangedragen is zoals ook hiervoor vermeld, dat de algemene GGz momenteel onvoldoende is toegerust om personen met risicovol gedrag, delictrisico in het bijzonder, op te nemen. Als belangrijk aspect wordt daarbij benoemd dat het inschatten van en omgaan met risicovol gedrag, met name risico van gewelddadig gedrag, specialistische expertise vergt en niet in de werkwijze van de algemene GGz is ingebed. In hun brief van 16 juli 2021 benadrukken de Nederlandse GGz en anderen dat delictpreventie dusdanig specialistische expertise vereist en belangrijk is, dat het volgens hen verstandig is om dit binnen het domein van de forensische GGz te laten.

In de literatuur worden verschillende argumenten aangevoerd om voorzichtig te zijn met een 'GGz-brede standaard invoering' van risicotaxatie in de algemene GGz (Boumans, Postulart & Van Os, 2015). Dit betreft het methodologische argument dat de foutmarge van een risicotaxatie-instrument in de algemene GGz-populatie groter zou zijn omdat risicovol gedrag vergeleken met de forensische populatie relatief weinig voorkomt. Er zijn echter ook studies die dit laatste in twijfel trekken (Harte et al., 2017; Van Zwieten et al., 2015). Daarnaast worden financiële en ethische argumenten benoemd: bij welke patiënten mag dit en wat zijn daarvoor criteria? Toch zien de auteurs ook mogelijkheden, zoals training in risicotaxatie voor GGz-professionals die vervolgens de risicotaxatie gericht kunnen inzetten bij specifieke groepen binnen de GGz. Ook wordt toepassing van risicotaxatie door crisisdiensten als erg zinvol gezien (Boumans et al., 2015). Er zijn ook wel degelijk ontwikkelingen in de praktijk, zo worden ook binnen algemene GGz-instellingen trainingen in risicotaxatie gegeven, het gaat daarbij niet alleen om voorspellen, het doel is vooral het kunnen bieden van concrete richtlijnen voor risicomanagement (De Vogel, 2020). Er zijn verschillende instrumenten en werkwijzen die juist op risicovol gedrag in de algemene GGz toegesneden zijn. De HCR-20 V3 (een risicotaxatie-instrument dat in de tbs wordt gebruikt) bijvoorbeeld, mag ook gebruikt worden wanneer er een klinische noodzaak is, iemand hoeft niet eerder veroordeeld te zijn (Douglas, Hart, Webster & Belfrage, 2013; Nederlandse vertaling: De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi & De Ruiter, 2013). In Noord-Amerika wordt de HCR-20 V3 veel in algemene GGz-instellingen gebruikt en is daar valide bevonden (Douglas & Shaffer, 2021).

Verder zou op het gebied van het inschatten van en het omgaan met risicovol gedrag wellicht meer samenwerking kunnen worden ontwikkeld tussen de algemene en forensische GGz. Er zijn al zorgkoepels met zowel forensische (FPA, FPK) als algemene instellingen die elkaar daarbinnen wat dit betreft wellicht gemakkelijk kunnen vinden. Het Schakelteam personen met verward gedrag (2018) bijvoorbeeld, doet aanbevelingen over risicotaxatie bij risicovol gedrag zonder strafrechtelijke titel. Een beperkte verkenning van het Schakelteam zelf laat zien zo geeft het team aan, dat bij beoordeling van personen met verward gedrag vrijwel geen rekening wordt gehouden met de veiligheid van de omgeving en dat risicotaxatie vrijwel niet plaatsvindt. Het Schakelteam beveelt aan om verder uit te werken hoe de samenwerking tussen de algemene GGz en de forensische GGz op het niveau van risicotaxatie bij de beoordeling van personen met verward gedrag kan worden verbeterd, zodat bij twijfel gemakkelijker advies kan worden ingewonnen of kan worden doorverwezen.

De RVZ (2012b) deed onderzoek naar cultuurverschillen tussen de algemene GGz en forensische zorg-instellingen. Zij keken daarbij naar de ervaringen binnen gefuseerde werkvelden en ketenvormingen tussen de forensische en de algemene GGz. De conclusie was dat ondanks paradigmaverschillen, de samenwerking met elkaar als geslaagd en prettig werd ervaren. Ook werd deels uit eigen vertrouwde denkkaders

gestapt en werden gezamenlijk effectieve werkmethoden ontwikkeld. Toch werd ook toen gesignaleerd dat de meeste problemen werden ervaren in de samenwerking met betrekking tot complexe en kwetsbare doelgroepen, zoals patiënten die moeten uitstromen uit PPC's (zie ook paragrafen 4.4.1 en 5.4.2). Problemen daarbij betreffen het ontbreken van structurele informatieoverdracht, gebrek aan wederkerigheid bij geleverde diensten en financieringsproblemen.

In 2016 en 2017 liep het programma Continuïteit van zorg (Bangma et al., 2017). Het doel was om de continuïteit van zorg aan forensische patiënten te verbeteren, waaronder de door- en uitstroom naar reguliere zorg. Candel en Wijga (2017) inventariseerden 26 beletselen voor continuïteit van zorg aan mensen met risicovol, agressief, ontwrichtend en of destructief gedrag. Meerdere daarvan kwamen ook in de interviews in het onderhavige onderzoek naar voren, waaronder een tekort aan beveiligde bedden en terughoudendheid bij veel instellingen in de algemene GGz om deze doelgroep te accepteren omdat zij er (nog) niet op zijn toegerust.

Uit het programma Continuïteit van zorg vloeide de zogeheten 'Ketenveldnorm' voort (Bangma et al., 2021). Deze richt zich specifiek op mensen die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, onder reguliere financieringsstromen vallen, maar wel een forensisch behandel- en begeleidingsklimaat nodig hebben. 'Ketenveldnorm' blijft een wat lastig woord, dit initiatief verdient een toegankelijker naam. Het gaat om samenwerking in regionale netwerkvormen ter betere ondersteuning en zorg voor mensen met een psychische stoornis en/of verslaving, en/of verstandelijke beperking en een hoog veiligheidsrisico. De bedoeling is dat deze zorg en ondersteuning in voldoende mate en voldoende snel beschikbaar zijn: zowel het snel mogelijk maken van een opname in een beveiligde omgeving als het vangnet eromheen dat zich richt op zorg, ondersteuning, wonen en inkomen (voor en na verblijf in een instelling). Het streven is dat elke regio een dergelijke keten heeft waarbinnen is voorzien in uitvoering, inkoop en bestuurlijke randvoorwaarden. Inmiddels zijn in vier regio's pilots verricht (Significant, 2021).

Hoopgevend is dat er in het zorgveld nieuwe werkwijzen ontstaan die zich bewegen tussen de algemene en de forensische GGz en zich juist op groepen richten voor wie nu weinig aanbod beschikbaar lijkt. Een voorbeeld is 'transforensische zorg' die zich richt op de complexere patiënten die 'een maat te groot' zijn voor de algemene GGz, maar (nog) niet in forensische zorg zijn geplaatst. Veelal betreft het personen met complexe problematiek voor wie men moeilijk een plek vindt (A Campo, 2020, zie box 8.1). Ook wordt er nagedacht over 'schakelunits' tussen de algemene en forensische GGz (Hornstra, 2020). In Noord-Brabant vinden pilots plaats met een transforensisch team voor cliënten met een hoog risicoprofiel vanwege een combinatie van psychiatrische problematiek, gedragsproblemen, licht verstandelijke beperking, verslaving en in een deel van de gevallen een justitiële titel of een justitieel verleden (Poppens & Timmermans, 2019). Beoogd is om deze door DJI gefinancierde pilot verder te ontwikkelen in de richting van de 'Ketenveldnorm'.

Geconcludeerd kan worden dat het laatste decennium meerdere beleidsinspanningen en aanbevelingen zijn gedaan om continuïteit van zorg te verbeteren. Deze richten zich ook op de groep die wij in paragraaf 4.4.1 hebben aangeduid als zich bevindend 'tussen wal en schip', personen met risicoval gedrag, waaronder agressie, psychische stoornissen en veelal meerdere diagnosen. Bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz loopt men ertegenaan dat voor dergelijke patiënten niet of zeer moeilijk een passende plek wordt gevonden. De transforensische werkwijze en verbeteringen van de werkwijzen in

de keten ('Ketenveldnorm') die zich juist ook richten op complexe patiënten, zouden eraan kunnen bijdragen dat artikel 2.3 Wfz in de toekomst beter zijn doel van continuïteit van zorg bereikt.

Aanbeveling 14: Belangrijk is om experimenten met een transforensische werkwijze en de 'Ketenveldnorm' te (blijven) faciliteren en financieren en om daarbij de werkwijze en de resultaten daarvan ook goed te onderzoeken en evalueren.

Aanbeveling 15: Ga in gesprek met ketenpartners (zoals de forensische en algemene GGz en de rechtspraktijk), beleidsmakers en wetenschappers over hoe de toekomst van continuïteit van zorg vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg verder vorm zou moeten krijgen en koppel daar concrete acties aan. Betrek daarbij de kennis, ervaring, aanbevelingen en 'best practices' die al in eerdere initiatieven zijn opgebouwd.

Box 8.1 Transforensische zorg

Initiator Joost à Campo (2020):

'Transforensische psychiatrie is een nieuw onderzoeks- en behandeldomein. Het richt zich op mensen met ernstige waarnemings-, denk-, stemmings- en/of gedragsstoornissen met daaraan gekoppeld disruptief gedrag. Ze vallen vooralsnog buiten het strafrecht doch dreigen zonder adequate behandelinterventie te criminaliseren. In feite behoeven ze een behandelkader met de voor de forensische psychiatrie kenmerkende aandacht voor delictpreventie. Ze zijn een maat te groot voor de reguliere GGz en vooralsnog niet door politie en justitie binnen een forensisch zorgkader geplaatst.

De toebedeling van patiënten aan de reguliere GGZ of het forensische zorgdomein is in hoge mate arbitrair. In de reguliere kliniek hebben gedwongen opgenomen patiënten vaak eenzelfde profiel als in de forensische kliniek. In de reguliere GGZ is echter geen aandacht voor risicotaxatie en delictpreventie. Het is dan wachten op ongelukken. Transforensische psychiatrie overbrugt de kloof tussen de reguliere psychiatrie en forensische psychiatrie. Er is daarbinnen aandacht voor zowel de psychopathologie alsook voor delictpreventie.'

8.6 Conclusie

Artikel 2.3 Wfz richt zich op verbetering van een belangrijke maatschappelijke behoefte: continuïteit van zorg van een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg. Artikel 2.3 Wfz wordt toegepast, ondanks ervaren uitvoeringsproblemen. Getalsmatig levert artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding een beperkte bijdrage aan doorstroming vanuit het strafrecht naar verplichte reguliere zorg. Op basis van de kwalitatieve informatie uit de interviews lijkt doorstroming vanuit het strafrecht naar de algemene GGz via artikel 2.3 Wfz vooralsnog weinig van de grond te komen. Ook bij forensische GGz-instellingen zijn plaatsingsproblemen. Daaraan lijken vooral randvoorwaardelijke factoren als financiering en capaciteit ten grondslag te liggen, terwijl in de algemene GGz ook terughoudendheid ten aanzien van de populatie met een strafrechtelijk verleden een rol speelt. Personen met meerdere diagnoses zoals psychische stoornissen, verslaving en/of verstandelijke beperking in combinatie met risicovol gedrag lijken überhaupt moeilijk te plaatsen omdat er voor

hen weinig zorgaanbod zou zijn. Een belangrijke kanttekening is wel dat om definitieve conclusies te kunnen trekken over waar personen met een artikel 2.3 Wfz-machtiging worden geplaatst, kwantitatieve gegevens over de daadwerkelijke doorstroming naar vervolgvoorzieningen nodig zijn. De toepassing van de route vanuit het strafrecht naar reguliere verplichte zorg via een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging die door de civiele rechter wordt verleend, is in het onderhavige onderzoek nog niet via kwantitatieve gegevens in beeld. Wel zijn er duidelijke aanwijzingen uit de interviews dat deze route wordt gebruikt.

Continuïteit van zorg vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg is al decennia een probleem. Artikel 2.3 Wfz is in het leven geroepen met het oog op verbetering van de continuïteit van zorg. Vernieuwend daarbij is dat strafrecht en civiel recht worden gecombineerd. Er worden echter veel praktische problemen in de uitvoering ervaren evenals verschillende principiële problemen. Daardoor is er weerstand tegen artikel 2.3 Wfz in de huidige vorm, ondanks dat er ook een aantal positieve of als verbetering ervaren aspecten zijn. Het huidige voorstel vanuit het GGz-veld om een forensische versie van artikel 2.3 Wfz in te voeren, draagt niet zonder meer bij aan het doel van artikel 2.3 Wfz: het bevorderen van de doorstroming vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere verplichte zorg. Wel zijn er inmiddels verbindende initiatieven in de praktijk, zoals de transforensische werkwijze en de 'Ketenveldnorm' die gunstig kunnen zijn voor continuïteit van zorg.

Het nader onderzoeken van voorstellen tot aanpassing van wetgeving en van vernieuwende initiatieven in de praktijk kan niet los worden gezien van een fundamentele discussie over hoe de algemene GGz en de forensische GGz zich tot elkaar zouden moeten verhouden. Een centrale vraag daarbij is hoe het 'zorglandschap' als geheel er wat betreft zorgaanbod en -voorzieningen uit zou moeten zien, gegeven de behoeften van verschillende (ingewikkelde) doelgroepen. Een belangrijke uitdaging blijft hoe continuïteit van zorg vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere (verplichte) zorg in de praktijk vorm kan krijgen.

Summary

Section 2.3 of the Dutch Forensic care act in practice

Application and experiences of professionals during the first one and a half year the section was in effect

Background

Section 2.3 of the Forensic care act (Dutch: *Wet forensische zorg* or Wfz, hereafter called Section 2.3 Wfz) came into force on January 1st 2020, one year after the other sections of the Wfz were implemented, and simultaneously with the implementation of the Compulsory mental healthcare act (Dutch: *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg* or Wvggz) and the Care and compulsion act (Dutch: *Wet zorg en dwang* or Wzd). The intention of section 2.3 Wfz is to improve the link between the forensic and civil mental healthcare system, with the goal of improving the continuity of mental health care during and after patients' trajectories within the criminal justice system.

Section 2.3 Wfz provides the criminal court judge with the opportunity to issue a care authorization for compulsory mental healthcare as outlined in the Wvggz, or a court authorization as outlined in the Wzd. The criminal court judge can do so either at the request of the public prosecutor or ex officio. Section 2.3 Wfz can be applied by the criminal court judge at several moments throughout the criminal proceedings: at sentencing, when the judge decides not to extend a hospital order (Dutch: *terbeschikkingstelling* or tbs or PIJ; *Plaatsing in inrichting jeugdigen* [Dutch]), or at the request of the public prosecutor. With the implementation of section 2.3 Wfz, section 37 of the Dutch Criminal Code (Dutch: *Wetboek van Strafrecht*) is no longer in force. This section enabled the criminal court judge to involuntarily admit a person to a psychiatric hospital for a maximum duration of one year when that person was considered not accountable for a crime he or she committed due to a psychiatric condition.

Aim and research questions

The aim of this study is to map the use of section 2.3 Wfz in the first year and a half after the section was implemented. To that end, we studied the application of section 2.3 and the experiences of professionals who are involved in the application of section 2.3 Wfz.

The research questions are:

1 How often was section 2.3 Wfz applied during the first year and a half after it was implemented?

  We focus on the following subtopics and sub questions:
  a Number of authorizations. How often has a care authorization or a court authorization via section 2.3 Wfz been requested by the public prosecutor? How often are these care and court authorizations via section 2.3 Wfz issued by the

criminal court judge? Which regional patterns are noticeable concerning the issuing of care and court authorizations through section 2.3 Wfz by criminal courts?

b Personal characteristics. What are the characteristics of the people for whom a care authorization via section 2.3 Wfz was requested?

c The role of professionals. Who takes the initiative for a care or court authorization via section 2.3 Wfz? How often is the public prosecutor present at the hearing when the criminal court decides about the care or court authorization via section 2.3?

d Authorizations over time. How many care or court authorizations are issued each month? How long does it take from the initial request to the decision? For how many care authorizations via section 2.3 Wfz has a subsequent care authorization been issued by a civil court judge?

2 What experiences did professionals involved in the application of section 2.3 Wfz have with section 2.3 Wfz during the first year and a half after its implementation?

We focus on the following themes during the interviews concerning the experiences with the practical execution of section 2.3 Wfz:

a Which patient characteristics and other factors are relevant, according to respondents, in determining whether or not section 2.3 Wfz is appropriate in specific cases.

b Which facilitative and obstructive factors respondents experience with respect to the preparation and execution of a care or court authorization via section 2.3 Wfz.

c Which facilitative and obstructive factors respondents experience with respect to the division of roles and information exchange between professionals involved.

d Which helping and obstructive factors respondents experience with respect to the prerequisite conditions (like finances, capacity of beds and personnel).

e The opportunities that respondents experience for transition of patients from a criminal justice framework to general compulsory care after the implementation of section 2.3 Wfz.

Methods

For the quantitative part of this study, we analyzed data from a database of the Public Prosecution Service (database: OMZIS). Experiences of professionals who are involved with the application of section 2.3 Wfz were obtained by means of semi-structured interviews. A total of 41 interviews were held with criminal justice and mental health care professionals, the latter including both forensic and general mental healthcare institutions.

Scope

This first evaluation study on section 2.3 Wfz took place shortly after the section was implemented. An early evaluation which focuses on the implementation process and the first experiences with the legislation can give an idea about the influence of foreseen and unforeseen factors on the practical execution. Furthermore, indicators can be used to map whether the execution of the legislation is moving in the right direction towards the intended goals.

This study offers a rich picture of the various experiences, but for practical reasons the number of professionals that were interviewed is limited. Based on the sample size, the experiences of the interviewed professionals cannot be generalized to the experiences of all professionals who work with section 2.3 Wfz.

Results

Section 2.3 Wfz in numbers

Based on the data obtained from OMZIS, a total number of 102 care authorizations and 14 court authorizations were issued in the first year and a half after section 2.3 Wfz was implemented. About 93% of the care authorizations and about 83% of the court authorizations that were submitted to the criminal court judge were actually issued. The 102 care authorizations issued via section 2.3 Wfz make up less than 1% of the total number of care authorizations that also include the care authorizations issued by civil court judges. The percentage of court authorizations that were issued by section 2.3 Wfz as part of the total number of court authorizations is even smaller, about 0,21%. More than a third of the authorizations the prosecutor starts to prepare, are ended prematurely, before submission to the criminal court. In half of the cases this happens because of a negative medical statement, in the other half of the cases the prosecutor finds that criteria for compulsive care are not met. Of the 284 unique persons for whom an application for a care or court authorization was registered, about 89% were male; the average age was almost 40 years.

The public prosecutor takes the initiative for an application for a care authorization in more than 72% of all applications. This percentage lies round 68% when it comes to applications for court authorizations. The public prosecutor is present at almost 60% of the hearings concerning care or court authorizations. Judges are able to make a decision within the legally set term in two third of the applications for court authorizations. The entire procedure (from request to decision) takes almost 51 days on average when it concerns a care authorization and almost 70 days when it concerns a court authorization.

During the first year and a half in which section 2.3 Wfz was implemented, five persons withdrew themselves from compulsory care. At the same time, no temporary suspensions from compulsory care were registered, and only once was the decision made to end the compulsory care. No leave or release was registered for people with court authorizations. Finally, 75 applications for subsequent care authorizations were registered, of with 60 were issued at the time of writing. Five persons were issued a second subsequent care authorization.

Target population of section 2.3 Wfz

Responding to the question whether or not a care authorization via section 2.3 Wfz was suitable, respondents believe that different patient characteristics are important, but more importantly they think that a psychiatric disorder should be the focus of attention. Respondents from forensic or general mental healthcare institutions emphasize that the target population of section 2.3 Wfz is limited when taking the Wvggz criteria into account: having a psychiatric disorder that is treatable (with medication) within a short time frame, having little to no risk of criminal behavior, having committed only a small offense, and being manageable within a general mental

healthcare setting at low security levels. Other respondents see possibilities for the use of section 2.3 Wfz to facilitate care for a broader target population, who may also need medium or higher levels of security.

Respondents are under the impression that most of the section 2.3 Wfz patients are admitted to forensic mental healthcare institutions like forensic psychiatric wards (Dutch: *forensisch psychiatrische afdelingen; FPA*), forensic psychiatric hospitals (Dutch: *forensisch psychiatrische klinieken; FPK*) and ambulatory forensic teams. General mental healthcare institutions have admitted relatively few section 2.3 Wfz patients. According to respondents, section 2.3 Wfz is not appropriate for people with a serious crime risk, severe (antisocial) personality disorders or other disorders that are difficult to treat, a high degree of comorbidity, and/or a need for long term treatment.

Respondents, including criminal court judges, mention a group of patients who do not seem to fit into any of the available options for court ordered compulsory care. Section 2.3 Wfz seems to fall short for this group as most facilities are unable to offer the appropriate combination of care and security. This group concerns people with psychiatric disorders, often multiple diagnoses and behavior that poses a risk to others. These patients are considered to pose too much risk for compulsory mental health care, but are seen as too 'light' for tbs. Respondents therefore experience a gap between tbs and a care authorization that is too large.

Respondents run into many execution problems when people without a valid residence permit qualify for an authorization via section 2.3 Wfz. They deem it important to deploy a specialized institution in these cases.Section 2.3 Wfz offers more possibilities than there were before for customization in transfer of patients from a criminal justice framework to general (mandatory) mental healthcare, according to respondents. These possibilities originated because a person does not longer have to be considered legally unaccountable due to a mental disorder in order to be transferred to general mandatory mental healthcare, in contrast to the old section 37 Sr. Also, with section 2.3 Wfz new combinations are possible between a (conditional) sentence or measure and a care authorization. However, due to the execution problems respondents question to what extend this broader applicability is also reflected in practice.

Respondents have the impression that, in general, the transition from a criminal justice framework to general compulsory mental health care has either remained unchanged, became more complicated or even deteriorated since section 2.3 Wfz was implemented. The deterioration may be due to new problems like laborious preparation procedures for a care authorization via section 2.3 Wfz, but also may be due to structural problems that already existed like a lack of capacity, financing problems and mental healthcare institutions' reservations towards patients with a judicial history.

Respondents mention that, on the other hand, section 2.3 Wfz offers more possibilities in the transition to general mandatory care for specific groups. These specific groups consist of people whose tbs-measure or PIJ-measure is not prolonged, people who are not considered to be fully legally unaccountable due to a mental disorder, and people who are psychologically vulnerable and who would before have left detention without any form of aftercare.

Preparation of a care authorization via section 2.3 Wfz

The knowledge and experience of professionals concerning section 2.3 Wfz have increased in the first year and a half after its implementation. However, respondents also state that there is still much to gain in this respect. Section 2.3 Wfz is a difficult piece of legislation for those who have to work with it. This is especially the case when professionals are not frequently exposed to working with it, which is the case for many criminal court judges.

The preparation of a care authorization is experienced as time consuming because of the procedure's complexity, due to the high number of involved parties, the considerable administrative load and many messages going back and forth. Medical directors see it as a positive thing when the institution where a patient will be receiving care from and its psychiatric expertise are involved early in the preparation process to discuss possibilities and limitations of a care authorization. Not enough attention is payed to the crime risk and need for security in the process of the preparation of a care authorization via section 2.3 Wfz, according to some respondents. In these cases, the presence of a report from a recent investigation by the Netherlands Institute of Forensic Psychiatry and Psychology (Dutch: *Nederlands instituut for forensische psychiatrie en psychologie*; NIFP), which was conducted for the connecting criminal justice case, could be of use. These reports are very helpful in the assessment of the needed level of security, according to respondents.

The criminal case and the preparation procedure of a care authorization via section 2.3 Wfz are regularly misaligned in time according to respondents, as the criminal case can take considerably longer. When a care authorization procedure runs simultaneously with a criminal case, medical information required for the care authorization can become outdated by the time the criminal case is completed. Furthermore, patients have to stay longer in detention or temporary custody pending the issue of a care authorization, and the question is whether a patient receives the mental health care needed during that time. On the other hand, a practical improvement concerns the possibility for a criminal court judge to issue a care authorization for compulsory medical care after tbs or PIJ in one hearing, which arose by the implementation of section 2.3 Wfz.

The mandatory regional meeting of professionals who work within the Wvggz is received positively by respondents. The working relationship between public prosecutors and mental healthcare providers has improved considerably partly due to this gathering. Professionals from penitentiaries, penitentiary psychiatric centers, the probation service, and criminal court judges could be more actively involved.

Barriers exist in the exchange of patient-information between judicial institutions and healthcare institutions (when the patient does not consent to the exchange). These barriers exist, among others, between penitentiaries and (former or future) healthcare providers, between the NIFP and mental healthcare providers, and between mental healthcare providers and the probation service. Another limitation with respect to information exchange lies in the civil procedure for a care authorization by section 2.3 Wfz that is performed within a criminal case. Due to this entanglement of civil and criminal law, a problem is experienced because medical information may become public through the criminal case file and through discussing the care authorization in a public hearing. Respondents indicate that, in practice, agreements are made on how to deal with this.

Execution of a care authorization by section 2.3 Wfz

Respondents indicate that general mental healthcare institutions are hesitant to admit section 2.3 Wfz patients in their facilities. This hesitation is based on the experience that general mental healthcare institutions can offer only limited security-facilities and that they do not have expertise with respect to risk management. The execution of a care authorization for section 2.3 Wfz patients who leave detention can be especially challenging, as provisions like housing, work or daytime activities may have been discontinued. Medical directors or care coordinators from general mental healthcare institutions sometimes feel pressured in taking on a section 2.3 Wfz patient even though they believe that the patient does not fit within their institution. Professionals from specialized mental health care facilities in prisons find it helping that, the public prosecutor's office in principle designates a receiving institution, because it is otherwise challenging to find a mental healthcare facility that is willing to admit their patients. In specific cases, uncertainty can arise about who is responsible for finding a facility that will admit a patient with a care authorization via section 2.3 Wfz, such as when a designated institution gives out a negative advice or when a care authorization is issued ex officio by a criminal court judge and no receiving institution has been designated.

Many respondents criticize the mix of civil and criminal law that arises with section 2.3 Wfz. An important example of the influence of the criminal justice framework on section 2.3 Wfz is that a consent of the Minister of Justice and Security is required prior to a temporary suspension or the expiration of compulsory medical care. Respondents have fundamental objections to the consent requirement because of this unwanted 'interference' of criminal law, where responsibility in line with civil law, is granted to the medical director. A limiting factor here is also that the procedure of application for consent takes a long time in their experience, which is seen as negative for the patient's legal position. Consent for temporary suspension or expiration of compulsory medical care is in fact rarely requested, and healthcare providers feel that the criteria for when and how they should request this consent are unclear.

The mix of civil and criminal law that arises with section 2.3 Wfz can also have other detrimental consequences for a patient's legal position, according to respondents. For example, it is unclear for people who work with section 2.3 Wfz on what grounds patients can file a complaint when they are staying in a forensic psychiatric center (FPC; *forensisch psychiatrisch centrum*). Additionally, not enough is arranged with respect to involving next of kin through means of a patient-, client-, or family confidant for people who are staying in a judicial institution based on a care authorization via section 2.3 Wfz.

Respondents experience a lack of capacity, and with that admission issues. Only relatively few secured beds are available. Section 2.3 Wfz, civil care authorization and forensic care placements compete for these scarce secured beds. According to some participants, these secured beds are also claimed for patients from general mental healthcare institutions who show riskful behavior. The *dashboard secured beds* helps to gain more insight in the availability of secured beds, but has no placement authority.

There is a call for a forensic version of section 2.3 Wfz. A forensic version would solve several issues, according to respondents: such a measure could fill the gap that is now experienced between tbs with mandatory hospitalization and the care authorization.

Such a 'forensic authorization' could, according to respondents, help to make a clearer distinction between patients for who crime prevention is important and for who it is not. The general mental healthcare institutions could then focus on those patients who do not need crime prevention, while the forensic mental healthcare institutions can take care of those patients for whom a focus on crime prevention is needed.

Court authorization by section 2.3

Section 2.3 links not only to the Wvggz, but also to the Wzd. There seem to be some structural flaws in the procedure to prepare a section 2.3 Wfz court authorization according to respondents. As a result several parts of the procedure get stuck, which makes it difficult for the public prosecutor, in the role of applicant for the court order, to obtain the information needed. There are, for instance, currently no partnerships between the public prosecutor's office and knowledgeable medical doctors, and it can be difficult for the public prosecutor's office to find a knowledgeable medical doctor to prepare a medical statement. Furthermore, expert meetings that were organized by the ministries of Justice and Security and Health, Welfare and Sports showed that the field needs more clarity about the legal grounds to share patient confidential information when needed.

Many preparations get stuck on the medical statement, for which information about the accommodation is needed that is often unknown at that point. Independent doctors therefore often issue a negative medical statement, or none at all. This results in a standstill, as applications cannot be submitted without a medical statement. Independent doctors also refuse to issue a medical statement when their work is not financially compensated. The appointment of a legal representative also takes a lot of time, resulting in a delay in the procedure.

The financing of a court authorization can happen by issuing a care needs assessment through the long-term care act (Dutch: *Wet langdurige zorg; Wlz*). This Wlz-assessment is often not yet issued at the time when the court authorization is issued because there is too little information for the Centre for Care Assessment (Dutch: *Centrum Indicatiestelling Zorg; CIZ*) to issue a Wlz-assessment. There is only limited time to find a suitable place when a court authorization is issued, before it expires. An underlying cause for the stalling of the preparation and placement process is that there is no care coordinator who is responsible for the placement of clients. Furthermore, Wzd-accommodations are hesitant to take clients with a criminal history, according to several chain partners.

Capacity problems also exists within Wzd-accommodations. These problems exist because there is little to no transit or outflow from these accommodations. There are only a few secured beds available for clients with a court authorization, which makes it difficult to admit people who need such a secured bed. When clients are admitted, a difference in legal position can arise between section 2.3 Wfz-clients and those who received a civil court authorization to stay in the same Wzd-accommodation: before a client with a court authorization via section 2.3 Wfz can go on temporary leave or can be discharged from the accommodation, the Minister of Justice and Security has to give consent.

Conclusions

Section 2.3 Wfz is being used despite the execution problems that are experienced. The contribution of section 2.3 Wfz to the transition from a criminal justice framework to general compulsory mental health care is small, with around one hundred issued authorizations in the first year and a half after implementation.

Placement of section 2.3 Wfz patients in general mental healthcare institutions does not seem to get into gear yet, based on the qualitative information from the interviews. Forensic mental healthcare institutions like FPAs and FPKs are less hesitant towards patients with a criminal history. However, placement in these facilities is not always straightforward either. Prerequisite conditions like financing and capacity seem to be a root cause for this. But it may also be difficult to place patients with multiple diagnoses in combination with riskful behavior here. An important side note is that in order to draw conclusions with respect to the placement of section 2.3 Wfz clients, one needs quantitative data on the actual patient flow.

Alternatively to section 2.3 Wfz, people can also be led away from criminal justice trajectories towards general compulsory care by means of a care or court authorization issued by a civil judge. This study does not provide quantitative information on how often this route is being used. However, there are indications based on the interviews that this route is regularly applied.

Section 2.3 Wfz has been limitedly used during the first year and a half after the implementation of the section in comparison to the number of issued care and court authorizations by civil courts. Multiple explanations for this have been suggested in the interviews. On the one hand there seem to be reservations among general mental healthcare institutions towards patients with a so-called forensic profile. On the other hand, multiple limitations have been perceived that make the preparation and execution of section 2.3 Wfz difficult, including a limited knowledge of section 2.3 Wfz among professionals, ambiguous parts in the legislation and execution, the time consuming preparation procedure for a care authorization by section 2.3 Wfz, barriers in the information exchange between mental healthcare providers and judicial institutions, the role of confidants and rights of complaint, practical and principle objections against the consent requirement needed from the Minister of Justice and Security, and structural flaws in the section 2.3 Wfz procedure with respect to the Wzd.

Prerequisite conditions are also of great importance in the transition of patients from criminal justice trajectories to (compulsory) general mental health care. The adequate financing of secured beds and sufficient capacity of both forensic and general mental healthcare institutions are important conditions for the execution of section 2.3 Wfz. As a result of years of reducing bed capacity in both forensics and general mental health care, and dismantling long-term and complex care in favor of outpatient facilities in general mental health care, it seems that the condition of providing the necessary capacity cannot be met.

At the same time, respondents also mention factors that are beneficial for the application of section 2.3 Wfz: a broader range of options and potential populations, the improved cooperation between professionals due to the mandatory regional Wvggz meeting, and the development of the secured beds dashboard. In the current study, several recommendations are made that can help remedy the aforementioned limitations and improve the beneficial factors.

Future

Continuity of care from a criminal trajectory towards general (compulsory) mental health care has been an issue for decades. Section 2.3 Wfz was developed to improve the continuity of care. Section 2.3 Wfz is innovative in combining criminal law and civil law. Despite there being a few aspects of section 2.3 Wfz that are perceived positively or as an improvement, there are many practical issues and various principal objections as well. These issues limit the application of section 2.3 Wfz, and lead to resistance to section 2.3 in its current form. A recent proposal from the field of mental healthcare to introduce a forensic version of section 2.3 Wfz does not automatically contribute to the goal of the section, which is to promote the transition from a criminal justice trajectory to general compulsory mental health care. Investigating such a variant cannot be viewed separately from a more fundamental discussion about how general mental health care and forensic mental health care should relate to each other and what the 'care landscape' as a whole should look like in terms of care provision and facilities. An important theme remains how continuity of care from a criminal law framework to regular (compulsory) care can be shaped in practice. Several initiatives have been developed that are meant to connect forensic and general mental health care more closely, such as the ‘transforensic method’ and the ‘Ketenveldnorm’. These initiatives could be beneficial for the continuity of care.

Literatuur

Aa, J. van der (2021). Artikel 2.3 Wet forensische zorg, de langverwachte brug tussen de forensische en de civiele geestelijke gezondheidszorg? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, *45*, 357-363.

A Campo, J.M.L.G. (2020). Transforensische psychiatrie: Een brug tussen de reguliere en forensische psychiatrie. *Sancties*, *91*, 399-406.

Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence, 15*(12), 1284-1296.

Alphen, S.P.J. van, & Oei, T.I. (2008). De toename van 60+criminaliteit in Nederland: Een verkenning. *Proces: Tijdschrift voor de strafrechtspleging*, *87*(3), 99-105.

Appelman, J., Dirkzwager, A., & Laan, P. van der (2021). Kenmerken van justitiabelen, een systematisch literatuuronderzoek. Amsterdam: Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.

Baan, P.A.H. (1955). Eerste lustrum van het Utrechtse Centrum, MvBR, p. 82-106.

Bakker, C.M.A. (2021a). De strafrechter en de zorgmachtiging. *Journaal Ggz en Recht*, *2*, 110-116.

Bakker, C.M.A. (2021b). Art. 2.3 wet forensische zorg. In I. Koopmans, B.J.M. Frederiks, , A.J.K. Hondius R.B.M. Keurentjes (red.), *Commentaar gedwongen zorg*. Den Haag: Sdu.

Bangma S., Esseboom, N., Es, M. van, Koek, S., & Koster, T. (2017). *Continuïteit van zorg, wegwijzer naar een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij.* Amersfoort: Programma Continuïteit van Zorg.

Bangma, S., Gennip, S. van, Es, M. van, & Verhave, W. (2021). Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Den Haag: ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid.

Barkhof, E., Stikker, T., Ritzen, V., & Hondius, A. (2014). Schakelen tussen Wet forensische zorg en Wet verplichte ggz. *Journaal Ggz en recht, 5*, 85.

Boumans, C.E., Postulart, D., & Os, J. van (2015). Risicotaxatie: Meten is niet altijd weten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 535-538.

Candel, F., & Wijga, P. (2017). *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel meer hebben*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.

Candel, F., Molenaar, M., Suijlekom, A. van, & Wijga, P. (2018). *Samen naar betere zorg voor mensen met (potentieel) gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking: Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg*. Amersfoort: Programma Continuïteit van Zorg.

Dijkers, W.J.A.M. (2012). Rechtbank Utrecht, 08-06-2012, 324416, met noot. *Journaal Ggz en Recht*, *4*, 49.

Dijkers, W.J.A.M. (2019). Drie rechterlijke spoorboekjes: het procesrecht van de Wvggz, de Wzd en de Wfz. *Journaal Ggz en Recht*, *1*, 4.

Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{V3}: Assessing risk of violence – user guide.* Burnaby, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Douglas, K. S., & Shaffer, C. S. (2021). The science of and practice with the HCR-20 V3 (Historical-Clinical-Risk Management – 20, Version 3). In K.S. Douglas & R.K. Otto (red.), *Handbook of violence risk assessment. Second edition* (pp. 253-293). Routledge.

Harte, J.M., Houwelingen, I. van, & Leeuwen, M.E. van (2017). *Geweld tegen hulpverleners in de psychiatrie: Aard, omvang en aangifte bij de politie*. Amsterdam: Vrije Universiteit en Apeldoorn: Politie en Wetenschap.
Hornstra, E.S., & Visscher, A.J.E. (2020). Schakelartikel 2.3 Wfz, wat staat de ggz te wachten? *Journaal Ggz en Recht*, *2*, 19.
Kaal, H.L. (2016). *Notitie: Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein.* Leiden: Hogeschool Leiden.
Kaal, H.L., Negenman, A.M., Roeleveld, E., & Embregts, P.J.C.M. (2011). *De problematiek van gedetineerden met een lichte verstandelijke beperking in het gevangeniswezen*. Universiteit van Tilburg.
Kautto, P., & Similä, J. (2005). Recently introduced instruments and interventions theories. *Evaluation*, *11*(1), 55-68.
Ketencoördinatieteam Wvggz (2021a). *Ketenmonitor Wvggz januari - december 2020*. Den Haag: Ministerie van VWS.
Ketencoördinatieteam Wvggz (2021b). *Werkafspraken aanvraag en uitvoering zorgmachtiging versie 1.0*. Den Haag: Ministerie van VWS.
Ketencoördinatieteam Wvggz (2021c). *Werkafspraken aanvraag voorbereiding zorgmachtiging bij einde detentie versie 1.0*. Den Haag: Ministerie van VWS.
Keurentjes, R.B.M. (2020). De wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Handleiding voor de praktijk. Den Haag: SDU Uitgevers.
Klappe, A.W.T., Mevis P.A.M., & Wolf M.J.F. van der (2020), Het afgeven van een zorgmachtiging door de strafrechter: overzicht en eerste indrukken van de praktijk betreffende art. 2.3 Wfz sedert 1 januari 2020. *Delikt en Delinkwent*, *7*, 584-623.
Koopman, E., & Spijkerman, C. (2020a). De mens verdwijnt uit beeld. *De Groene Amsterdammer*, (30), 22-07-2020.
Koopman, E., & Spijkerman, C. (2020b). Nieuwe wet zorgt voor onveiligheid in de GGZ. *Trouw*, 2 juli 2020.
Kruit, I. (2012). Voorstel Wet forensische zorg: van kwaad tot erger. *Sancties*, *2*, 69-76.
Legemaate, J. Nuijen, J., Voskes, Y. et al. (2021). Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang (deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid). Den Haag: ZonMw.
Legemaate, J., Ploem, M.C., Beijerse, J. uit , Mevis, P.A.M., van der Wolf, M.J.F., Akerboom, C.P.M., Schol, M.J., Winter, H.B., & Woestenburg, N.O.M. (2014). *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg.* Den Haag: ZonMw.
Maschi, T., Kwak, J., Ko, E., & Morrissey, M.B. (2012). Forget me not: Dementia in prison. *The Gerontologist*, *52*(4), 441-451.
Mevis, P.A.M., Klappe A.W.T., & Wolf M.J.F. van der (2019), Wet forensische zorg: doelen, middelen en verwachte knelpunten. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, *43*, 5, 359-373.
Mevis, P.A.M. (2012). Op weg naar geïntegreerde forensische zorg. *Delikt en Delinkwent*, *7*, 54, 569-575.
Mol, T., Weber, J., Kuijpers, W., & Wisselink, J. (2017). *Rapportage in- en uitstroomgegevens forensische zorg (herhaalde uitvraag over 2015).* Programma continuïteit van zorg. Houten: IVZ.
Nauta, O., Dijk, B. van, & Terpstra, I. (medew.) (2012). Voorstudie effectevaluatie artikel 2.3 Wet forensische zorg. DSP-groep.
Nederlandse Zorgautoriteit (2018). Monitor Continuïteit van forensische zorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
Noorlander, E. (2013). Uit de cel naar het psychiatrisch ziekenhuis. *Journaal GGz en recht*, *6-7*, 86.

Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor continuïteit van forensische zorg*. Den Haag: NZa.
Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019), '*Forensische zorg en veiligheid': Lessen uit de casus Michael P.*, Den Haag: Onderzoeksraad voor *V*eiligheid.
Oploo, L. van, Prinsen, M., & Bakkum, T. (2020). De invoering van artikel 2.3 Wet forensische zorg: Consequenties voor de strafrechtspraktijk. *Nederlands Juristenblad, 32*, 2384-2390.
Otte, R. (2011). Samenwerking in de forensische zorg. *Sancties*, *3*, 153-162.
Outheusden, I. van, & Schaftenaar, P. (2016). Duurzame verbinding als antwoord op de forensische draaideur. *Sancties*, *5*, 46, 275-281.
Poort, R., Bosker, J., & Agema, M. (2011). De reclassering en licht verstandelijk beperkte cliënten. *PROCES*, *90*(5), 262-273.
Poppens, M. & Timmermans, S. (2019). Eindrapportage experiment 'Transforensische zorg'. Gemeente Tilburg, Gemeente Breda. Geraadpleegd op 21 november 2021, via: Evaluatie experiment 'Transforensische zorg' (agendastad.nl).
Prinsen, E.D.J. (2015). Principiële fouten in schakeling tussen de Wet forensische zorg en de Wet verplichte ggz. *Journaal Ggz en Recht*, *39*, 16-19.
Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Straf en stoornis een paar apart.* Den Haag: RMO.
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012a). *Stoornis en Delict: Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*, Den Haag: RVZ.
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012b). *Zorg aan delinquent, opsluiten van patiënt: Cultuurverschillen Justitie, forensische zorg en de reguliere GGz*. Den Haag: RVZ.
Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2009), *Zorg voor forensische zorg*, advies van 30 januari 2009.
Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2015). *Advies tweede nota van wijziging Wet verplichte ggz*, advies van 19 november 2015.
Raes, B.C.M., Miedema, A.G., & Paesen, L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *43*, 575-578.
Reijntjes-Wendenburg, C. (2020). *Gedwongen psychiatrische zorg.* Deventer: Wolters Kluwer. (Praktijkwijzer Strafrecht nr. 12).
Remmerswaal, R., Nijhuis, J., & Bouman, G. (2015). *Onderzoeksrapportage Omvang doelgroep continuïteit van zorg.* Barneveld: Significant.
Rossi, P.H., Lipsey, M.W., & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation: A systematic approach.* Seventh Edition. Londen: Sage.
Schaftenaar, P., De Vogel, M. & Clercx, M. (2019). Continuïteit van en na forensische zorg: Een grote zorg! *Sancties*, *77*(5), 361-367.
Schakelteam personen met verward gedrag (2018). *Op weg naar een persoonsgerichte aanpak: Eindrapportage Schakelteam personen met verward gedrag.* Geraadpleegd op 11 november 2021, via: Op weg naar een persoonsgerichte aanpak | VNG.
Significant (2018). *Ambulantisering in de Ggz. Waarnemingen vanuit actieonderzoek in een regio.* Barneveld: Significant.
Significant (2021). *Monitoring implementatie Ketenveldnorm juni 2021*. Utrecht: Significant.
Spijkerman, C. & Koopman, E. (2021). Wet van idealen wordt monster van de paradoxen. *Trouw*, 22 juli 2020.
Spreen, M., Brand, E., Horst, P. ter, & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding HKT-R. Historisch Klinisch Toekomst – Revisie.* Geraadpleegd op 25 november 2021, via: https://www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatie-instrumenten.

Steinmann, P.L.M. (2019). *Stelselwijziging forensische zorg: Verklarend onderzoek naar een centralisatie van sturing in de zorg.* (Dissertatie Universiteit Twente.) Universiteit Twente.
Ten Noever de Brauw, C. (2020) Trek onmiddellijk de stekker uit de nieuwe wet die de ggz verlamt. *Trouw*, 28 juli 2020.
Timmermans, M. (2021). GGz-instelling Arkin is het papierwerk zat en neemt de Wet verplichte ggz niet meer letterlijk. *Trouw*, 27 mei 2021.
VERBI Software (2018). *MAXQDA 2018, versie 18.2.5*. [computer software]. Berlijn, Duitsland: VERBI Software.
Visscher, A., Gestel, C. van, ten Noever de Brauw, C., Kuijpers, D., Prins, P., Kuijl, S., & Sikkens, E. (2020) Behandel 'boeven' buiten de reguliere psychiatrie. *De Volkskrant*, 12 juli 2020.
Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & Ruiter, C. de (2013). *HCR-20^{V3}: Risicotaxatie van geweld - Gebruikershandleiding*. Delft: Eburon. Geraadpleegd op 25 november 2021, via: https://www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatie-instrumenten.
Vogel, V. de (2018). Continuïteit in de justitiële keten: over knellende kaders, koudwatervrees en witte raven. In J. Bosker, V. de Vogel, L. Bitter (red.), *Professionele ankers (Liber amicorum voor Anneke Menger)*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.
Vogel, V. de, Schaftenaar, P., & Clercx, M. (2019). *Mind the gap: Continuïteit in de forensische zorgketen*. Utrecht: Expertisecentrum Forensiche Psychiatrie (EFP).
Vogel, V. de (2020). Risicotaxatie in de praktijk. *Nurse Academy Ggz, 2*, 25-29.
Widdershoven, T.P.J.C. (2015a). Forensische zorg en GGZ: Graag harmonisatie zonder integratie. *Tijdschrift voor GGz en recht, 39*(4), 232-239.
Widdershoven, T.P.J.C. (2015b). Principiële fouten in schakeling tussen forensische zorg en ggz (Reactie op E. Prinsen), *Journaal Ggz en Recht*, *39*(4), 53.
Widdershoven, T.P.J.C. (2019). De Wet verplichte ggz: Over oud en nieuw bij dwangpsychiatrie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, *43*(5), 322-336.
Wijga, P., Candel, F., Hofstede, K., & Ehrismann, M. (2018). *Forensische zorgen: Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
Wolf, M.J.F. van der (2012), TBS: veroordeeld tot vooroordeel: Een visie na analyse van historische fundamenten van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven. Oisterwijk: Wolf Legal Publishers (WLP).
Wolf, M.J.F. van der (2017), De beperkingen van de strafrechtelijke plaatsing in de GGZ (artikel 37 Sr): Een antwoord uit het forensische veld vanuit juridisch perspectief beantwoord. *Sancties*, 2, 74-80.
Wolf, M.J.F. van der, Klappe A.W.T. & Mevis P.A.M. (2020a), Over stromen, waterscheidingen en koudwatervrees: de overgang van strafrecht naar GGZ sinds de Wet forensische zorg. *Boom Strafblad*, *1*(5), 257-264.
Wolf, M.J.F. van der, Reef, J., & Wams, A.C. (2020b). Wie zijn geschiedenis niet kent… Leiden: Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden.
Zwemstra, J.C. (2013). De adviezen 'Stoornis en delict' van de Raad voor de Volksgezondheid en 'Forensische zorg tijdens detentie' van de RSJ gewogen. *Sancties*, *2*, 70-77.
Zwieten, M. van, E. de Vroome & S. van den Bossche (2015). *Monitor Veilige Publieke Taak 2015*. Rapportage voor Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties Programma Veilige Publieke Taak. Leiden: TNO. Geraadpleegd op 25 november 2021, via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/11/02/monitor-veilige-publieke-taak-2015.

Bijlage 1 Samenstelling begeleidingscommissie

Voorzitter

Dhr. prof. dr. E. Rassin	Erasmus Universiteit Rotterdam

Leden

Mw. mr. Y. Hoppenbrouwers	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, afdeling Toezicht en Behandeling, tot september 2021
Dhr. mr. N. Koorn	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, afdeling Forensische Zorg en Verwarden, vanaf september 2021
Mw. mr. dr. M. Prinsen	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
Mw. dr. P.L.M. Steinmann	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen
Mw. prof. dr. V. de Vogel	Hogeschool Utrecht en Universiteit Maastricht

Bijlage 2 Samenstelling klankbordgroep

Voorzitter

Dhr. prof. mr. P.A.M. Mevis	Erasmus Universiteit Rotterdam

Leden

Dhr. drs. T.J.G. Bakkum, MD	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
Mw. mr. drs. W.M.C. van den Berg	Rechtbank Amsterdam
Mw. mr. B.J. Berton i.s.m. Mw. mr. L. Vijlbrief	Openbaar Ministerie
Dhr. B. Bezemer	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Dienst Justitiële Inrichtingen,
Mw. S. Burger	Nationale Politie
Dhr. drs. F. Candel	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en beschermen, tot september 2021
Dhr. drs. W. Dronkers	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en beschermen, vanaf oktober 2021
Mw. drs. M. Kappeyne van de Coppello-Rakic, MD	Trajectum
Mw. K. Rijnen, MA	Reclassering Nederland en Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering
Dhr. drs. Y. van Zorge	Nederlandse GGz

Bijlage 3 Instanties en organisaties e-mailuitvraag

Actiz – brancheorganisatie organisaties die kwetsbare ouderen en chronisch zieken verzorgen
Algemeen directeurenoverleg FPC's
Alzheimer Nederland
Ambulancezorg Nederland (AZN) met als respondent:
- Witte Kruis - RAV Zeeland (ambulancedienst)

Autoriteit Persoonsgegevens*
Behandeldirecteurenoverleg FPC's
Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI):
- Divisie Individuele Zaken (DIZ) en Forensisch Plaatsingsloket (FPL)

Iederin – Netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte
Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Inspectie Justitie en Veiligheid (IJ&V)
KansPlus – Belangennetwerk verstandelijk gehandicapten
Klachtencommissie Onvrijwillige Zorg (KCOZ)
Klachtencommissie Zuid-Holland Noord – gericht op Wvggz
Landelijke Faciliteit Cliëntvertrouwenspersonen (LF CVP) – gericht op Wzd
Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)*
Landelijke Stichting Familievertrouwenspersonen (LSFVP)
Landelijke Vereniging Managers Zorg- en Veiligheidshuizen (LVMZV)*
MIND – Belangenorganisatie psychische gezondheid
Nationale Politie
Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)
Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)
- Sectie Ouderenzorg
- Sectie Forensische Psychologie*

Nederlandse GGz, en via hen ook de volgende leden:
- Dimence
- GGz Centraal
- GGz Noord-Holland Noord
- Mediant

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Nederlandse Vereniging van Strafrechtadvocaten (NVSA)*
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR)
Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA)*
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Openbaar Ministerie
Raad voor de Rechtspraak (RvdR), strafrechters
- Expertgroep Wvggz-Wzd Rechtbank

Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)
Reclassering Nederland (3RO)
Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) – gericht op Wvggz
Stichting Verslavingsreclassering (SVG)
Tactus Verslavingszorg
Valente – Brancheorganisatie woonzorg (fusie Federatie Opvang en RIBW Alliantie)

Vereniging van Psychiatrisch Patiëntenrecht Advocaten (vPAN)
Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

* Instanties of organisaties die hebben aangegeven niet mee te doen of niet hebben gereageerd.

Bijlage 4 Vragenlijst e-maluitvraag

Vragenformulier instanties over ervaringen met Wvggz, Wzd en Wfz
Januari 2021

Toelichting

Wij zouden het erg op prijs stellen als u (dan wel een van u) als contactpersoon van uw instantie bijgaande vragen wilt beantwoorden. U kunt daarvoor zoveel tekst gebruiken als u nodig acht.
Het gaat ons om verbeteringen en knelpunten die binnen uw instantie breder worden herkend. Het is daarom aan te bevelen om bij het beantwoorden van de vragen ook collega's te raadplegen. Wij willen u verzoeken enkel een reactie te geven op de vragen die binnen uw werkveld relevant zijn.

VRAGEN

Verbeteringen
De volgende vragen richten zich op mogelijke verbeteringen die zich voordoen als gevolg van het in werking treden van de Wfz, Wvggz of Wzd.

A1. Welke verbeteringen levert de Wvggz op?

A2. Welke verbeteringen levert de Wzd op?

A3. Welke verbeteringen levert de Wfz op?

A3.1. Welke verbeteringen levert specifiek artikel 2.3 Wfz op?

B1. Welke verbeteringen levert het raakvlak tussen de Wvggz en de Wzd op?

B2. Welke verbeteringen levert het raakvlak tussen de Wvggz en de Wfz op?

B3. Welke verbeteringen levert het raakvlak tussen de Wfz en de Wzd op?

Knelpunten
De volgende vragen richten zich op mogelijke knelpunten die zich voordoen als gevolg van het in werking treden van de Wfz, Wvggz of Wzd.

A1. Welke knelpunten levert de Wvggz op?

A2. Welke knelpunten levert de Wzd op?

A3. Welke knelpunten levert de Wfz op?
A3.1. Welke knelpunten levert specifiek artikel 2.3 Wfz op?

B1. Welke knelpunten levert het raakvlak tussen de Wvggz en de Wzd op?

B2. Welke knelpunten levert het raakvlak tussen de Wvggz en de Wfz op?

B3. Welke knelpunten levert het raakvlak tussen de Wfz en de Wzd op?

Bijlage 5 Respondenten interviews

Rechtspraak, interviewcode: (RE)
Senior rechter Rechtbank Amsterdam
Rechter-commissaris Rechtbank Midden-Nederland
Senior strafrechter, Rechtbank Rotterdam
Senior strafrechter Rechtbank Overijssel
Rechter strafrecht en familierecht, Rechtbank Rotterdam
Senior rechter Rechtbank Den Haag, Raadsheer-plaatsvervanger Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden
Strafrechter rechtbank Noord-Nederland

Openbaar Ministerie (OM), interviewcode: (OM)
Officier van justitie verplichte zorg en tbs, Arrondissementsparket Amsterdam
Landelijk officier van justitie verplichte zorg, Arrondissementsparket Rotterdam
Coördinerend Wvggz-officier van justitie, Arrondissementsparket Noord-Nederland
Coördinerend verplichte zorg officier van justitie, Arrondissementsparket Midden-Nederland
Landelijk beleidsadviseur Verplichte Zorg, Expertisecentrum Medische Zaken, Openbaar Ministerie, Arrondissementsparket Rotterdam
Officier van justitie verplichte zorg en tbs, Arrondissementsparket Amsterdam

Advocatuur, interviewcode: (ADV)
Advocaat strafrecht en psychiatrisch patiëntenrecht, E&R Advocaten Amsterdam
Advocaat strafrecht/partner, Cleerdin & Hamer Advocaten Amsterdam
Advocaat strafrecht en psychiatrisch patiëntenrecht, Özveren-Lodder Advocaten Rotterdam

Algemene GGz, interviewcode: (GGZ)
Psychiater, geneesheer-directeur GGz-Centraal
Psychiater en manager behandelzaken Mentrum
Psychiater, geneesheer-directeur Altrecht
Psychiater en manager behandelzaken Arkin Zorgtoeleidingtraject en ACT
Psychiater, geneesheer-directeur GGz inGeest

Forensische GGz (FPK, FPA, FACT of SGLVG), interviewcode: (FGGZ)
Psychiater, geneesheer-directeur GGz Drenthe
Psychiater Inforsa Forensische ambulante zorg FACT en gedragsdeskundige NIFP
Psychiater, manager inhoudelijke zaken Forint en waarnemend geneesheer-directeur Lentis
Psychiater, geneesheer-directeur Lentis
Psychiater, geneesheer-directeur Fivoor
Psychiater FPA Fivoor
Psychiater Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam, plaatsvervangend geneesheer-directeur Arkin, psychiater FPC Oostvaarderskliniek
Psychiater forensische FACT/forensische poli, waarnemend geneesheer-directeur GGz Friesland
Psychiater FPA Lentis
Arts voor Verstandelijk Gehandicapten, Eerste geneeskundige Trajectum, Boschoord (Wzd-instelling)

Forensisch Psychiatrische Centra (FPC), interviewcode (JUS)
Psychiater, lid Raad van Bestuur, FPC Dr. S. Van Mesdag
Psychiater, geneesheer-directeur Forensische zorgspecialisten (o.a. FPC Van der Hoevenkliniek, FPK de Wierde en FPA de Voorde, De Waag), tevens gedragsdeskundige opgenomen in het NRGD

Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC), interviewcode (JUS)
GZ-psycholoog, behandelcoördinator PPC Haaglanden
GZ-psycholoog, behandelcoördinator PPC Justitieel Complex Zaanstad
Arts, behandelaar PPC Zwolle

Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), interviewcode: (INS)
Beleidsjurist NIFP
Senior juridisch onderzoeker, NIFP

Reclassering, Interviewcode: (INS)
Beleidsmedewerker forensische zorg, Reclassering Nederland en Reclassering Leger des Heils
Beleidsmedewerker forensische zorg, Stichting Verslavingsreclassering GGz (SVG)
Beleidsmedewerker Tbs en PIJ, Reclassering Nederland

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), interviewcode: (INS)
Coördinator forensische zorg, Divisie Individuele Zaken (DIZ), Forensisch Plaatsingsloket (FPL), Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie en Veiligheid

Landelijke coördinatiepunt beveiligde bedden, interviewcode (INS)
Kwartiermaker dashboard beveiligde bedden/Directeur Bedrijfsvoering overige forensische zorg, Fivoor

Vertrouwenspersonen, interviewcode: (INS)
Patiëntenvertrouwenspersoon/jurist Stichting PVP
Vertrouwenspersoon Wkkgz, vanuit LSR, landelijk steunpunt (mede)zeggenschap werkzaam bij Trajectum
Beleidsmedewerker LSFVP
Familievertrouwenspersoon LSFVP

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), interviewcode: (INS)
Adviseur Analyse & Advies, CIZ
Adviseur Analyse & Advies, CIZ

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) is het kennisinstituut voor het ministerie van Justitie en Veiligheid. Het WODC doet zelf onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek of laat dit doen door erkende instituten en universiteiten, ter ondersteuning van beleid en uitvoering.

Meer informatie:

www.wodc.nl