



Cahier 2021-29

Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk

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

Samenvatting

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.

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: bij 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 rechtspraak, 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 onvoorzene 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%. Bij bijna 60% van de zaken is geregistreerd of de officier van justitie aanwezig is op de zitting. In al die gevallen was de officier aanwezig. Het lukt rechters in twee derde van de zaken voor rechterlijke machtigingen om binnen drie weken 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 Wvvggz-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.

Vorbereitung 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 delict-risico 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 risicomangement. 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 bekritisieren 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 naast 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 plaatsingsbevoegdheid. 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 Wvz, 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 stopt: 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 diagnoses, 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 bedden capaciteit 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 Wvvgz 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.

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