

Continuïteit van forensische naar reguliere zorg

Slaat artikel 2.3 Wfz de gewenste brug?

H.C. ten Hag

Hanneke ten Hag

Studentnummer: 5854385

Begeleider: Roland Bertens

Afdeling: Gezondheidsrecht, Julius Centrum UMC Utrecht

Stageperiode: 28-08-2023 t/m 10-11-2023

Abstract (NL)

Met de komst van artikel 2.3 Wfz in januari 2020, was de hoop dat de overgang van de forensische naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg zou verbeteren. Artikel 2.3 Wfz geeft de strafrechter de bevoegdheid om een civielrechtelijke machtiging (in het kader van de Wet verplichte ggz dan wel Wet zorg en dwang) voor verplichte zorg op te leggen op verschillende momenten in het strafproces. Anderhalf jaar nadat artikel 2.3 Wfz van kracht werd, concludeerde het Ministerie van Justitie en Veiligheid dat met de komst van artikel 2.3 Wfz de doorstroom van forensische naar reguliere zorg eerder is verslechterd dan verbeterd. Dit onderzoek heeft als doel de ervaren knelpunten te toetsen aan de rechtspraak waarin artikel 2.3 Wfz een rol speelt, om in kaart te brengen of de problemen die in de praktijk worden ervaren of gevreesd daadwerkelijk materialiseren in de rechtspraak.

Op basis van de analyse van 125 zaken waarin een zorgmachtiging door de strafrechter is overwogen of afgegeven kan geconcludeerd worden dat deskundigen in (tenminste) 41% van de zaken een civiele zorgmachtiging in combinatie met een beveiligingsniveau van twee of hoger adviseren. Strafrechters nemen de adviezen van deskundigen vrijwel altijd over waardoor civiele machtigingen vaak in forensische klinieken worden toegepast terwijl de zorgverzekeraar betaalt. Dit probleem lijkt te zijn ontstaan door de beperkte opties die er zijn voor strafrechtelijke patiënten zonder ziekte-inzicht. Als oplossing wordt voorgesteld om een aanvullende strafrechtelijke maatregel in te voeren, uitgevoerd in een beveiligde kliniek en met focus op behandeling én delictpreventie. Hiermee krijgt de rechter de keuze tussen een civiele zorgmachtiging en een nieuwe 'strafrechtelijke zorgmachtiging'.

Abstract (ENG)

With the enactment of Article 2.3 Wfz in January 2020, the anticipation was an enhancement in the transition from forensic care to regular mental health care. Article 2.3 Wfz confers upon the criminal judge the authority to impose a civil authorisation (under the framework of the Mental Health Compulsory Care Act or the Coercive Care Act) for mandatory care at various junctures in the legal process. Nineteen months after the commencement of Article 2.3 Wfz, the Ministry of Justice and Security, in its investigation, observed a deterioration rather than an improvement in the transition from forensic to regular care. This research aims to assess the experienced bottlenecks against the jurisprudence in which Article 2.3 Wfz plays a role, to determine whether the issues perceived or feared in practice manifest in legal decisions.

Derived from the scrutiny of 125 cases wherein a care authorisation was deliberated or issued by the criminal judge, it can be inferred that experts recommend a civil care authorisation in conjunction with a security level of two or higher in at least 41% of the cases. Judicial adherence to expert counsel results in the frequent application of civil authorisations in forensic clinics, with the financial responsibility falling on the health insurer rather than the Ministry of Justice and Security. This issue appears to stem from the constrained options available for criminal patients lacking insight into their condition. A proposed resolution involves introducing an additional criminal measure with a heightened security level, emphasizing both treatment and crime prevention. This would empower the judge to choose between a civil care authorisation and a novel 'criminal care authorisation'.

Afkortingen

GD	Geneesheer-directeur
ISD	Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders
Ministerie van J&V	Ministerie van Justitie & Veiligheid
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie
OvJ: Officier van Justitie	Officier van Justitie
Tbs: Ter beschikking stelling	Ter beschikking stelling
Wfz	Wet forensische zorg
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang

1. Eindelijk een oplossing?

Decennialang is het een dringend politiek onderwerp geweest: hoe zorgen we ervoor dat patiënten met psychische problemen de juiste zorg krijgen op de juiste plek? Tussen de groep forensische patiënten met psychische problematiek en de groep niet-forensische patiënten met psychische problematiek zit grote overlap, terwijl tussen individuele patiënten grote verschillen zitten. Dit maakt het lastig de meest passende behandeling op de meest passende plek voor individuen te vinden. Is een patiënt in beeld bij justitie, dan kan het moeilijk zijn die patiënt alsnog de reguliere geestelijke gezondheidszorg in te krijgen. Hetzelfde geldt voor forensische patiënten met een psychische stoornis die ook na afloop van de strafrechtelijke titel nog zorg nodig hebben.¹ En dat terwijl een soepele overgang tussen de forensische zorg en de reguliere geestelijke gezondheidszorg essentieel is om terugval in delicten en overlast gevend of (zelf)destructief gedrag te voorkomen.²

In de zoektocht naar een oplossing om patiënten de juiste zorg te bieden op basis van hun beveiligings- en zorgbehoeften, zowel tijdens als na het strafrechtelijke traject, is na bijna twee decennia van discussie over nieuwe wetgeving de Wet forensische zorg (Wfz) tot stand gekomen, die op 1 januari 2019 in werking is getreden. Gedurende dit lange wetgevingstraject is er veel aandacht besteed aan de mogelijkheid voor de strafrechter om een civielrechtelijke machtiging af te geven voor verplichte geestelijke gezondheidszorg binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Deze mogelijkheid, vormgegeven in het ‘schakelartikel’ 2.3 Wfz, heeft tot doel de overgang van forensische naar reguliere zorg te vergemakkelijken, zowel tijdens als na het strafrechtelijke traject. Op 1 januari 2020 is artikel 2.3 Wfz gelijktijdig met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang in werking getreden.

Juridisch gezien heeft artikel 2.3 Wfz de mogelijkheid gecreëerd om verplichte geestelijke gezondheidszorg op te leggen aan justitiabelen met psychiatrische problemen op verschillende momenten in het strafproces, zonder dat volledige ontoerekeningsvatbaarheid vereist is. Anderhalf jaar na de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz is er door het wetenschappelijke onderzoek- en kennisinstituut van het Ministerie van Justitie en Veiligheid onderzoek gedaan naar de ervaringen met artikel 2.3 Wfz. Een van de conclusies van dit onderzoek is dat de deelnemers van het onderzoek het idee hebben dat de doorverwijzing van het strafrecht naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg sinds de invoering van artikel 2.3 Wfz complexer is geworden en in sommige gevallen zelfs verslechterd. Deze verslechtering wordt toegeschreven aan nieuwe uitdagingen die dit artikel met zich meebrengt, zoals ingewikkelde voorbereidingsprocedures, maar ook beperkte capaciteit in beveiligde bedden, financiële moeilijkheden en terughoudendheid bij reguliere zorginstellingen ten aanzien van patiënten met een strafrechtelijke voorgeschiedenis.³

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32398, nr. 3 (Memorie van toelichting), p 3-4.

² C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 38.

³ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 13-15.

De toepassing van artikel 2.3 Wfz is in de praktijk dus niet zonder zorgen en roept vrees en onzekerheid op over de gevolgen van deze wet voor het rechtssysteem en de gezondheidszorg. Dit onderzoek heeft als doel de ervaren knelpunten te toetsen aan de rechtspraak waarin artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wvggz een rol speelt, om zo in kaart te brengen of de problemen die in de praktijk worden ervaren of gevreesd daadwerkelijk materialiseren in de rechtspraak.

In hoofdstuk 2 zal ingegaan worden op de totstandkoming van artikel 2.3 Wfz en zal de focus liggen op voorziene knelpunten met de toepassing van artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wvggz. Om de voorziene knelpunten en ervaringen in de praktijk te toetsen wordt de rechtspraak waarin artikel 2.3 Wfz in combinatie met de Wvggz een rol speelt nader onder de loep genomen in Hoofdstuk 3, zodat in kaart kan worden gebracht of de problemen die in de praktijk worden ervaren of gevreesd daadwerkelijk materialiseren in de rechtspraak.

2. De weg naar artikel 2.3 Wfz

Op 1 januari 2019 trad de Wet forensische zorg (Wfz) in werking, met uitzondering van artikel 2.3 Wfz. Dat artikel trad op 1 januari 2020 gelijktijdig met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) in werking. Inmiddels zijn er enkele problemen aan het licht gekomen bij de toepassing van artikel 2.3, zoals beschreven in de inleiding. Om deze problemen te begrijpen en mogelijke oplossingen te verkennen, is het van belang om inzicht te hebben in de wetsgeschiedenis van artikel 2.3 Wfz en de knelpunten die tijdens dit proces al werden geïdentificeerd.

2.1 De aanleiding

De aanleiding voor het ontwerpen van de Wfz kwam voort uit een motie die in juli 2004 werd ingediend door Eerste Kamerlid Van de Beeten.⁴ In deze motie verzocht hij de regering om de samenwerking en de continuïteit tussen de forensische en reguliere geestelijk gezondheidszorg te verbeteren zodat de juiste patiënt op de juiste plek terecht komt op het gebied van zorgbehoefte én beveiliging. Dit verzoek was gestoeld op het groeiende aantal personen in het gevangeniswezen met psychische problemen, voor wie de nodige psychiatrische zorg ontbrak. Daarnaast was de doorstroom van deze groep personen naar de reguliere ggz na afloop van de strafrechtelijke titel gebrekkig. De motie Van de Beeten kreeg brede steun in de kamer en vormde daarmee de basis voor de hervormingen in de forensische zorg.⁵ Hoewel het wetgevingsproces bijna twee decennia heeft geduurd, is de fundamentele doelstelling van de Wfz al die tijd hetzelfde gebleven: de juiste patiënt op de juiste plek op basis van beveiliging en zorgbehoefte.

⁴ Kamerstukken I 2003/04, 28979, nr. E. (Motie Van de Beeten), p 1.

⁵ Kamerstukken II 2009/10, 32398, nr. 3 (Memorie van toelichting), p. 1-2, 15.

2.2 Forensische versus reguliere zorg

Voor de reikwijdte van de Wet forensische zorg is het van belang hoe forensische zorg en reguliere zorg gedefinieerd zijn. Zorg in een strafrechtelijk kader wordt forensische zorg genoemd en kan bestaan uit geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg. Forensische zorg wordt door de strafrechter opgelegd als onderdeel van een straf of maatregel aan iemand met een psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd. De strafrechter bepaalt op welke forensische zorgtitel de patiënt is aangewezen op basis van een advies uitgebracht door het Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie (NIFP). De forensische zorgtitel vormt de basis voor de financiering van het behandeltraject door het Ministerie van Justitie en Veiligheid (Ministerie van J&V).⁶ Reguliere zorg betreft geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die niet plaatsvindt op basis van een strafrechtelijke titel en wordt betaald door zorgverzekeraars.⁷

Wat betreft de inhoud verschilt forensische zorg op bepaalde vlakken van reguliere zorg. Forensische zorg is voornamelijk gericht op de behandeling van de stoornis die aan het delict gedrag ten grondslag liggen met als doel het recidiefrisco te verlagen en de maatschappij te beschermen. Reguliere geestelijke gezondheidszorg ziet primair op de behandeling van een geestesstoornis. Een ander belangrijk verschil tussen forensische en reguliere zorg is de mate van beveiliging. Er wordt onderscheid gemaakt tussen vier beveiligingsniveaus. Tussen de niveaus zit verschil in de eisen die worden gesteld aan het gebouw (bijvoorbeeld de hoogte van de omheining) maar ook in het aantal zorgpersoneelsleden per bed. Beveiligingsniveau één is een gesloten afdeling van een reguliere ggz-instelling. Op een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) geldt beveiligingsniveau twee en in een forensische psychiatrische kliniek (FPK) geldt beveiligingsniveau drie. Een tbs-kliniek wordt ook wel een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) genoemd en daar geldt het hoogste beveiligingsniveau, niveau vier.

2.3 De overgang van artikel 37 Sr naar artikel 2.3 Wfz

De kerngedachte achter de Wfz is dat er geen verschil mag zijn in de behandeling en kwaliteit van zorg voor personen met psychiatrische problemen binnen en buiten het strafrecht.⁸ Bij het ontwerpen van de Wfz is geprobeerd de afstemming tussen de domeinen van forensische zorg en reguliere zorg te verbeteren en continuïteit van zorg te waarborgen door een minder strikte scheiding tussen justitiabelen en niet-justitiabelen te creëren.

De wetgever benadrukt daarom het belang van het maken van een afweging voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd en tegelijkertijd kampen met psychiatrische problematiek. Deze afweging kan zijn of

⁶ Artikel 4.1 Wfz; Er zijn 28 forensische zorgtitels: 24 strafrechtelijke titels, twee vormen van forensisch psychiatrisch toezicht, verdiepingsdiagnostiek en de voorgenomen indicatiestelling van de reclassering.

⁷ Art. 10 Zvw jo. Art 2.12 Besluit zorgverzekeringswet; C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 38.

⁸ Kamerstukken II 2009/10, 32398, nr. 3 (Memorie van toelichting), p 12.

strafrechtelijke vervolging passend is of dat een machtiging voor reguliere zorg meer geschikt is. Voor de komst van artikel 2.3 was deze afweging al mogelijk tijdens de berechting. Artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (Sr) bood de strafrechter de mogelijkheid om een volledig ontoerekeningsvatbare verdachte voor maximaal een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis te laten opnemen. Deze maatregel was bedoeld om een psychiatrisch zieke patiënt met een delict gepleegd onder invloed van zijn stoornis in zorg te krijgen, maar het faciliteerde niet de doorstroming van forensische zorg naar reguliere geestelijke gezondheidszorg na afloop van een straf of maatregel.

Officieren van Justitie (OvJ) waren terughoudend met het vorderen van deze maatregel omdat er weinig controle was vanuit justitie na het opleggen van een artikel 37 Sr maatregel. De patiënt kon namelijk op eigen initiatief van de geneesheer-directeur (GD) uit het psychiatrisch ziekenhuis worden ontslagen, zonder dat justitie daarvoor toestemming hoefde te geven.⁹ Dit wekte zorgen, omdat de reguliere zorg meer nadruk legde op de effectiviteit van psychiatrische zorg voor het individu dan op de veiligheid van de samenleving.¹⁰ Om deze redenen werd artikel 37 Sr zelden opgelegd door de strafrechter.¹¹

De beperkingen van artikel 37 Sr waren voor de wetgever reden om dit artikel te herzien en aan te passen. De voorwaarden waaronder de strafrechter een machtiging voor reguliere ggz op kon leggen waren te beperkt waardoor sommige patiënten die eigenlijk geschikt zouden zijn voor (verplichte) reguliere gezondheidszorg werden uitgesloten. Daarnaast kon artikel 37 Sr alleen tijdens de berechting worden ingezet en kon de strafrechter niet na afloop van een straf of maatregel beslissen over reguliere zorg. Dit was in strijd met het principe “de juiste patiënt op de juiste plek”.

Artikel 2.3 zou daarom een ruimer toepassingsbereik moeten hebben: enerzijds moet er op het moment van de berechting door de strafrechter de afweging gemaakt kunnen worden of de patiënt het best past binnen het strafrecht of binnen de reguliere zorg en anderzijds moet de strafrechter na het aflopen van de strafrechtelijke titel de mogelijkheid hebben om de patiënt de reguliere zorg in te krijgen om de continuïteit van zorg te waarborgen.¹² Om dit te bewerkstelligen moest artikel 37 op de schop. In eerste instantie was het streven artikel 37 Sr in stand te houden en via de schakelbepaling art. 2.3 Wfz de gevallen waarin de rechter van deze bevoegdheid gebruik kan maken uit te breiden. Uiteindelijk is ervoor gekozen, om de systematiek van de wet te optimaliseren, artikel 37 Sr te laten vervallen en de mogelijkheid tot het afgeven van een civiele machtiging door de strafrechter volledig op te nemen in artikel 2.3 Wfz. Hoewel er soms wordt gesproken dat artikel 2.3 Wfz artikel 37 Sr heeft vervangen, zijn er grote verschillen tussen deze twee artikelen, waarbij artikel 2.3 Wfz een bredere toepassing heeft.

⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32398, nr. 3 (Memorie van toelichting), p 12-13.

¹⁰ P.A.M. Mevis, A.W.T. Klappe & M.J.F. Van der Wolf, ‘Wet forensische zorg: Doelen, middelen en verwachte knelpunten’, TvGR 2019, p. 359-373.

¹¹ Kamerstukken II 2009/10, 32398, nr. 3 (Memorie van toelichting), p. 12.

¹² Kamerstukken II 2009/10, 32398, nr. 3 (Memorie van toelichting), p. 2.

2.4 Parlementaire discussie: mogelijke knelpunten

2.4.1 De zorgverzekeraar betaalt

Artikel 2.3 Wfz geeft de strafrechter de bevoegdheid om een civielrechtelijke machtiging (in het kader van de Wvggz dan wel Wzd) voor verplichte zorg op te leggen op verschillende momenten in het strafproces. Deze machtigingen zijn geen forensische zorgtitels maar civiele zorgtitels. De kosten komen dus niet voor rekening van het Ministerie van J&V, zoals bij artikel 37 Sr het geval was, maar voor rekening van de zorgverzekeraar.

Hoewel dit klinkt als een belangrijk verschil, werd hier tijdens het langdurige wetgevingsproces amper over gesproken in de Tweede Kamer. De meeste partijen leken ervan uit te gaan dat artikel 2.3 Wfz vooral zou worden gebruikt om de continuïteit van zorg ná afloop van een straf of maatregel te waarborgen. In dat geval vonden politieke partijen het logisch dat, nadat de patiënt geen strafrechtelijke titel meer heeft, de kosten voor psychiatrische zorg weer voor de zorgverzekeraar zijn, vergelijkbaar met andere patiënten zonder strafrechtelijke titel. Enkel het CDA uitte zorgen over mogelijke toename van het aantal patiënten met een strafrechtelijke voorgeschiedenis in de reguliere ggz, wat extra kosten met zich zou kunnen brengen zonder dat er geld van de forensische zorg naar de reguliere ggz gaat. Staatssecretaris Teeven benadrukte echter dat de strafrechter de criteria van de Wvggz dient te hanteren en dat daarmee dus waarschijnlijk geen nieuwe doelgroep in de reguliere ggz terecht gaat komen. Of er daadwerkelijk meer mensen de reguliere ggz in zullen stromen of de kosten zullen toenemen, wist hij niet.¹³ Zorgverzekeraars zouden de verantwoordelijkheid gaan krijgen om voor deze groep patiënten voldoende zorgplaatsen in te kopen.¹⁴ Het idee dat artikel 2.3 Wfz mogelijk hogere kosten met zich zou gaan brengen voor de zorgverzekeraar werd hiermee bevestigd, maar leidde niet tot verdere discussie in de Kamer.

2.4.2 Bredere toepassing ten koste van de veiligheid

Met artikel 2.3 Wfz zijn de vereisten van artikel 37 Sr voor het opleggen van een machtiging voor reguliere geestelijke gezondheidszorg komen te vervallen. Hierdoor kon verplichte zorg aan iedereen in een strafproces worden opgelegd, zonder de noodzaak van volledige ontoerekeningsvatbaarheid en een direct verband tussen het strafbare feit en de stoornis. Deze machtiging zou op verschillende momenten in het strafproces kunnen worden afgegeven, zelfs na vrijspraak of na afloop van een straf of maatregel, zolang de criteria voor het afgeven van een zorgmachtiging of rechtelijke machtiging waren vervuld.¹⁵

¹³ Kamerstukken I 2014/15, 32398, nr. K, p. 28.

¹⁴ Kamerstukken I 2014/15, 32398, nr. K, p. 28.

¹⁵ De voorwaarden voor het afgeven van een zorgmachtiging in het kader van de Wvggz zijn: Er is sprake van (dreigend) ernstig nadeel; Er is geen alternatief; De verplichte zorg is proportioneel; De verplichte zorg is effectief. De voorwaarden voor het afgeven van een rechtelijke machtiging in het kader van de Wzd zijn: Er is sprake van een patiënt met een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een daarmee gepaard gaande psychische stoornis (of een combinatie daarvan); Het gedrag van de cliënt leidt tot ernstig nadeel; De cliënt of zijn vertegenwoordiger verzet zich tegen opname en verblijf in een geregistreerde accommodatie, of de voortzetting van het verblijf; Er zijn geen minder ingrijpende alternatieven om ernstig nadeel te voorkomen of zo snel mogelijk te stoppen; De onvrijwillige opname is noodzakelijk en geschikt om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden.

Meerdere partijen en GGZ Nederland uitten hun zorgen over de toename van patiënten uit het forensische circuit naar de reguliere ggz, terwijl de reguliere ggz mogelijk niet over de middelen beschikt om hen veilig en langdurig op te vangen.¹⁶ Staatssecretaris Teeven weerlegde deze zorgen door te stellen dat onbeheersbare situaties niet te verwachten waren, aangezien de GGZ zich al voorbereidde op een mogelijke toestroom van justitiële patiënten.¹⁷ Daarnaast zouden gevaarlijke patiënten met een civiele machtiging nog steeds in beveiligde forensische instellingen kunnen worden geplaatst, indien nodig.¹⁸ Een vereist hoog beveiligingsniveau betekende dus niet dat een patiënt geen civiele zorgmachtiging zou kunnen krijgen of dat de veiligheid in het geding zou komen.

Tijdens het wetgevingsproces kwam naar voren dat de reguliere ggz er onvoldoende op ingericht is om het beveiligingsniveau dat een patiënt nodig heeft zelf te kunnen indiceren.¹⁹ Om dit bezwaar aan te pakken, werd besloten dat het NIFP advies zal geven over het vereiste beveiligingsniveau in gevallen waarin artikel 2.3 Wfz wordt overwogen.²⁰ De wetgever benadrukte dat de mogelijkheid die artikel 2.3 Wfz de strafrechter biedt wel uitsluitend bedoeld is voor situaties waarin de patiënt beter op zijn plek is in de reguliere ggz dan in de forensische setting.²¹ Ondanks het weerleggen van de zorgen van GGZ Nederland, bleef de sector weinig vertrouwen te hebben dat zij goed uit de voeten zouden kunnen met deze nieuwe doelgroep.

2.4.3 Maximale duur van de zorgmachtiging

Een belangrijk verschil met artikel 37 Sr is de duur van de maatregel: onder artikel 37 Sr was deze maximaal twaalf maanden, terwijl dit bij artikel 2.3 Wfz beperkt zou gaan worden tot maximaal zes maanden. Opvallend, want een van de redenen waarom artikel 37 Sr weinig werd gebruikt, was de duur van maximaal twaalf maanden die in veel gevallen als tekort werd ervaren. De keuze voor zes maanden was gebaseerd op de maximale duur van een zorgmachtiging opgelegd door een civiele rechter. Omdat en artikel 2.3 Wfz een civiele machtiging betreft, kon de duur van deze machtiging opgelegd door de strafrechter niet anders zijn dan de duur van de machtiging opgelegd door de civiele rechter. In de Kamer kwam er geen discussie op gang over deze korte duur, terwijl het aannemelijk is dat de duur, net als bij artikel 37 Sr al het geval was, een knelpunt zal gaan worden in de toepassing van artikel 2.3 Wfz in de praktijk.

2.4.4 Voortijdig opheffen

Onder artikel 37 Sr kon de GD van de instelling een patiënt voortijdig ontslaan zonder justitiële betrokkenheid, wat terughoudendheid bij artikel 37 Sr veroorzaakte.²² De wetgever besloot daarom dat voor het voortijdig beëindigen van een zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz toestemming van de minister

¹⁶ Kamerstukken I 2013/14, 32398, nr. H, p. 2.

¹⁷ Kamerstukken I 2013/14, 32398, nr. I (Nadere memorie van antwoord), p 4-5.

¹⁸ Kamerstukken I 2014/15, 32398, nr. K, p. 3.

¹⁹ Kamerstukken I 2014/15, 32398, nr. K, p. 2.

²⁰ Kamerstukken I 2014/15, 32398, nr. K. p. 2-3.

²¹ Handeling 2017/2018, Nr. 14 item 3 (Plenair debat), p. 74.

²² Kamerstukken II 2009/10, 32398, nr. 3 (Memorie van toelichting), p. 12; Kamerstukken I 2012/13, 32398, nr. F (Memorie van antwoord), p 9.

van Justitie en Veiligheid nodig is.²³ Meerdere partijen gaven aan dit onderscheid onterecht te vinden omdat dit een verschil in rechtspositie creëert tussen patiënten met een zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz en die via de civiele rechter.²⁴ Het zou in strijd zijn met het doel van artikel 2.3 Wfz, waarbij de strafrechter civiele zorg alleen oplegt als dat passender is dan een strafrechtelijk traject. De wetgever bleef echter bij zijn standpunt. Mensen die zijn veroordeeld voor strafbare feiten worden volgens hem vaak te snel ontslagen, bijvoorbeeld vanwege agressie problemen in de instellingen. Om deze reden achtte de wetgever het van belang dat de Minister van J&V toestemming moet geven voordat tijdelijke onderbreking of ontslag volgt. Als de Minister vindt dat er nog steeds gevaar dreigt, kan de betrokkene in afwachting tot een nieuwe zorgmachtiging niet worden ontslagen.²⁵ Teeven onderbouwde zijn standpunt niet met cijfers. Hoe vaak een maatregel daadwerkelijk opgeheven wordt vanwege veiligheidsredenen is niet bekend.

2.5 Het finale artikel

Tijdens het wetgevingstraject zijn er, op basis van inbreng vanuit de kamer en de sector, verschillende aspecten aangepast van artikel 2.3 Wfz. De vereisten voor het opleggen van civiele zorg zijn uitgebreid en er is nu meer flexibiliteit wat betreft het moment van oplegging. Er zijn echter ook aspecten waar weinig aandacht naar uit is gegaan. Zo is er nauwelijks gesproken over de verschuiving van financiering naar zorgverzekeraars (paragraaf 2.4.1) en de verkorting van de duur van de machtiging van twaalf naar zes maanden (paragraaf 2.4.3), terwijl dit aspecten zijn die mogelijk problemen kunnen veroorzaken bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz.

Over twee aspecten kwamen wel kritische geluiden en werden knelpunten de uitvoering van artikel 2.3 Wfz geïdentificeerd, maar is hier door de wetgever weinig aandacht aan besteed. In de nieuwe regeling is bepaald dat de Minister van Justitie en Veiligheid nu verantwoordelijk is voor het verlenen van toestemming om de maatregel tijdelijk te onderbreken of te beëindigen terwijl deze bevoegdheid bij de GD ligt voor patiënten met een zorgmachtiging via de civiele rechter. Dat hiermee onderscheid gemaakt wordt tussen patiënten was voor de wetgever geen reden om het artikel op dit punt aan te passen (paragraaf 2.4.4). Daarnaast zijn de grote zorgen geuit over het potentiële risico van gevaarlijke patiënten die de reguliere ggz binnenkomen ook door de wetgever weggewuifd. Artikel 2.3 Wfz is primair bedoeld voor patiënten die geschikt zijn voor reguliere zorg en waarbij het risico op gevaarlijk gedrag dus laag ingeschat. In uitzonderlijke gevallen kan civiele zorg worden verleend binnen instellingen met een hoger beveiligingsniveau (oftewel, binnen een forensische instelling). Hoeveel patiënten zo'n beveiligde plek nodig zouden hebben en of deze groep patiënten hoge kosten met zich mee zou brengen voor zorgverzekeraars, kon niet gezegd worden (paragraaf 2.4.2).

²³ Kamerstukken I 2012/13, 32398, nr. F (Memorie van antwoord), p 9.

²⁴ Kamerstukken II 2011/12, 32398, nr. 15, p. 39.

²⁵ Kamerstukken II 2011/12, 32398, nr. 15, p. 40.

In tabel 1 worden de uiteindelijke verschillen tussen artikel 37 Sr (vervallen) en artikel 2.3 Wfz schematisch weergegeven.

	Artikel 37 Sr	Artikel 2.3 Wfz
Soort maatregel	Strafmaatregel (forensische zorg)	Civiele titel (reguliere zorg)
Financiering	Ministerie van Justitie en Veiligheid	Zorgverzekeraar
Moment van opleggen	Tijdens berechting in het geval van een bewezenverklaring	Verschillende fases van het strafproces: tijdens berechting (ook bij vrijspraak) en na afloop van een straf of maatregel
Vereisten t.a.v. toerekeningsvatbaarheid en causaliteit stoornis en delict	Volledige ontoerekeningsvatbaarheid en causaal verband tussen stoornis en delict	Geen (Ontoerekeningsvatbaarheid niet vereist (verminderde of volledige toerekenbaarheid ook mogelijk) en geen samenhang tussen stoornis en delict vereist)
Soort zorg	Uitsluitend gedwongen opname	Verplichte opname of verplichte ambulante zorg
Duur maatregel	Maximaal 12 maanden	Maximaal 6 maanden
Onderbreking maatregel of ontslag	Toestemming vereist van geneesheer-directeur	Toestemming vereist van minister van Justitie en Veiligheid

Tabel 1 | Verschillen artikel 37 Sr (vervallen sinds 1 januari 2020) en artikel 2.3 Wfz (van kracht sinds 1 januari 2020).

Hoofdstuk 3: Van papier naar praktijk

3.1. Stand van zaken in het veld

Inmiddels zijn er meer dan drie jaar verstreken sinds de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz. Tijdens het wetgevingsproces werden al mogelijke knelpunten geïdentificeerd die tot problemen zouden kunnen leiden bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz zonder dat dit tot aanpassingen van het artikel heeft geleid (zie hoofdstuk 2). Deze knelpunten blijken na anderhalf jaar inderdaad een belangrijke rol te spelen in de toepassing van artikel 2.3 Wfz in de praktijk, blijkt uit het onderzoek van het wetenschappelijke onderzoek- en kennisinstituut van het Ministerie van J&V. Anderhalf jaar na invoering van artikel 2.3 Wfz werden interviews afgenomen bij mensen die betrokken zijn bij de toepassing van artikel 2.3 Wfz zoals de rechtspraktijk, justitiële instellingen en zorginstellingen in de forensische en reguliere ggz. Zoals in de inleiding al kort beschreven kan op basis van deze interviews geconcludeerd worden dat de doorstroming

van het strafrecht naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg sinds de invoering van artikel 2.3 Wfz juist complexer is geworden en in sommige gevallen zelfs verslechterd.²⁶

Er blijkt dat er is sprake van terughoudendheid bij reguliere ggz-instellingen om patiënten met een forensisch profiel op te nemen, omdat zij van mening zijn dat zij niet over de juiste middelen beschikken. Het beveiligingsniveau in de reguliere ggz wordt als onvoldoende beschouwd en de zorg is niet specifiek gericht op recidivepreventie. Dit werd ook tijdens de parlementaire discussie als mogelijk knelpunt geïdentificeerd door meerdere partijen (zie paragraaf 2.4.2). Gegevens van het Ministerie van Justitie en Veiligheid laten zien dat reguliere ggz-instellingen ook weinig patiënten met een zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz opnemen, hoewel het oorspronkelijke doel van dit artikel juist was om patiënten door te verwijzen naar de reguliere ggz. In veel gevallen worden patiënten met een zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz alsnog geplaatst binnen forensische ggz-instellingen (beveiligingsniveau twee of hoger). De vergoeding die deze instellingen van de zorgverzekeraar ontvangen voor deze patiënten dekt niet altijd de kosten.²⁷ Een probleem dat tevens was voorzien tijdens de parlementaire discussies (zie paragraaf 2.4.1). Daarnaast is er een tekort aan beschikbare bedden in deze instellingen, wat de plaatsing van deze groep patiënten extra bemoeilijkt.²⁸ Bovendien geven alle betrokken partijen aan dat de duur van zes maanden te kort is voor deze categorie patiënten. Volgens de rechtspraak maakt deze korte duur de toepassing van de machtiging minder aantrekkelijk, met het oog op de veiligheid van de samenleving.²⁹ Hoewel dit aspect weinig aandacht kreeg tijdens de parlementaire discussies, kon voorzien worden dat dit problemen zou gaan opleveren met het toepassen van artikel 2.3 Wfz gezien artikel 37 Sr weinig werd ingezet wegens de korte duur maximale duur (twaalf maanden). De duur van zes maanden bij de huidige artikel 2.3 Wfz-maatregel maakt dat een deel van de respondenten vindt dat de doorstroming van straf- naar civielrecht eerder verslechterd is met de komst van artikel 2.3 Wfz dan verbeterd.

3.2 Artikel 2.3 in de rechtszaal: jurisprudentieonderzoek

Om de kritiek en ervaren knelpunten te toetsen wordt de rechtspraak waarin artikel 2.3 Wfz een rol speelt nader onder de loep genomen zodat in kaart kan worden gebracht of de problemen die in de praktijk worden ervaren of gevreesd, daadwerkelijk materialiseren in de rechtspraak. Door middel van jurisprudentieanalyse wordt geprobeerd inzicht te krijgen in hoe strafrechters omgaan met de afweging tussen strafrechtelijke vervolging en een civiele zorgmachtiging en de mate van consistentie in deze beslissingen.

²⁶ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 13-15.

²⁷ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 131.

²⁸ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 129.

²⁹ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 102.

3.2.1 Methode

Voor het analyseren van rechtelijke uitspraken over artikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) is een systematische methode gevolgd. Een zoekopdracht werd op 28 september 2023 uitgevoerd op de platforms rechtspraak.nl, Legal Intelligence en Navigator, met gebruik van de zoekterm '2.3 Wfz' en '2.3 Wet forensische zorg'. Vervolgens zijn de zoekresultaten beperkt tot de periode vanaf 01-01-2020 om alleen jurisprudentie te verzamelen over de periode waarin artikel 2.3 is gaan gelden. De zoekresultaten werden gefilterd op civiele en strafrechtelijke uitspraken. Na het elimineren van dubbele vermeldingen en irrelevante rechtelijke uitspraken en het samenvoegen van jurisprudentie over één persoon bleven er 125 relevante zaken over.³⁰ De term 'zaak' heeft betrekking op jurisprudentie over één specifiek persoon. Een zaak waarin een machtiging wordt afgegeven kan bestaan uit een beschikking en een vonnis en eventueel ook het vonnis van het hoger beroep. Een zaak waarin een machtiging wordt overwogen maar niet wordt afgegeven bestaat alleen uit een vonnis.

Deze zaken zijn onderverdeeld in twee categorieën: zaken waarin artikel 2.3 Wfz-zorgmachtiging werd overwogen maar niet afgegeven en zaken waarin op basis van artikel 2.3 Wfz een zorgmachtiging werd afgegeven. Een diepgaande inhoudsanalyse is vervolgens uitgevoerd om inzicht te krijgen in de factoren en beslissingen die hebben geleid tot het al dan niet afgeven van een civiele machtiging op basis van artikel 2.3 Wfz.

3.3 Uitspraken ontleed

In bijlage 1 is een uitgebreide analyse opgenomen van de, in totaal 125, zaken waarin een zorgmachtiging werd overwogen maar niet afgegeven (n = 47) en waarin wel een zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz werd afgegeven (n = 78). Deze paragraaf zal zicht toespitsen op de belangrijkste conclusies op basis van deze analyse.

3.3.1 Civiele zorg op een forensisch bed

Op basis van de bestudeerde zaken lijkt dat de strafrechter niet altijd scherp voor ogen heeft dat artikel 2.3 Wfz alleen bedoeld is voor gevallen waarin de patiënt beter op zijn plek is in de reguliere ggz dan in de forensische setting. In bijna de helft van de gevallen (tenminste 41%) waarin een zorgmachtiging wordt geadviseerd, wordt ook een hoger beveiligingsniveau aanbevolen dan het 'standaard beveiligingsniveau' in de civiele GGZ. In slechts 13 zaken werd expliciet genoemd dat de zorgmachtiging tot uitvoer gebracht kon worden binnen een reguliere ggz instelling.³¹ Daarnaast wordt er door de deskundigen regelmatig benadrukt dat recidiefpreventie een cruciaal aspect van de behandeling moet zijn. Doordat een hoger beveiligingsniveau vereist is en de behandeling ook gericht moet zijn op recidivepreventie komen patiënten, ondanks de civiele

³⁰ Met irrelevant worden uitspraken bedoeld die niet gaan over artikel 2.3 Wfz maar toch werden gevonden via de zoekopdracht, meestal omdat deze uitspraken '2.3' bevatten. Daarnaast zijn ook de artikelen die toezien op een artikel 2.3 Wfz rechtelijke machtiging in het kader van de Wzd uit de zoekresultaten gefilterd.

³¹ In de overige 31 zaken wordt geen advies gegeven over het vereiste beveiligingsniveau of is dit advies niet opgenomen in het vonnis dan wel de beschikking.

machtiging, toch op een forensische afdeling terecht. Deze trend versterkt de, toch al aanwezige, terughoudendheid bij reguliere ggz-instellingen, omdat het de indruk wekt dat deze categorie patiënten gevaarlijker zijn dan patiënten met een zorgmachtiging opgelegd door de civiele rechter.

Uit het jurisprudentieonderzoek blijkt dat de strafrechter zelden afwijkt van het advies van de deskundigen en dus civiele machtigingen oplegt, óók als er gelijktijdig een hoog beveiligingsniveau nodig is. In het geval dat de rechter toch afwijkt van het advies van de deskundigen, is dit omdat het advies niet kloppend is: “Ook stellen de deskundigen in de PBC-rapportage dat een forensische klinische behandeling van minimaal één jaar noodzakelijk is, terwijl een civiele zorgmachtiging slechts voor een half jaar kan worden afgegeven”.³²

Nu blijkt dat strafrechters vrijwel altijd het advies van deskundigen volgen, ligt het probleem van civiele zorgmachtigingen die massaal tot uitvoer gebracht moeten worden op afdelingen met hoge beveiligingsniveaus dus voornamelijk bij deskundigen. In het rapport van het ministerie van J&V werd al beschreven dat strafrechters en verplichte zorg-officieren van Justitie vinden dat het NIFP soms te snel een zorgmachtiging adviseert terwijl er ook een hoog beveiligingsniveau nodig is.³³ Een GD benoemt in dat onderzoek dat NIFP-rapporteurs veel strafrechtelijke expertise hebben, maar onvoldoende op de hoogte zijn van de (on)mogelijkheden binnen de reguliere ggz.³⁴ Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat de deskundigen voor patiënten met serieuze veiligheidsrisico's toch een civiele zorgmachtiging adviseren.

Een andere verklaring voor het ‘laagdrempelig’ adviseren van een civiele zorgmachtiging door deskundigen van het NIFP is de beperkte opties van zorg waaruit zij kunnen kiezen. Wat betreft verplichte geestelijke gezondheidszorg is de keuze, kortgezegd, vaak tussen tbs met dwangverpleging en een zorgmachtiging. Bij een gebrekkig ziekte-inzicht is zorg binnen een voorwaardelijk kader vaak slecht mogelijk zoals blijkt uit de jurisprudentieanalyse: iemand kán op basis van ziekte geen duurzame bereidwilligheid tonen. In 16 bestudeerde zaken oordeelde de rechter dat een voorwaardelijke straf met bijzondere voorwaarden of tbs met voorwaarden geen meerwaarde heeft als de patiënt geen ziekte-besef en -inzicht heeft omdat deze dan niet duurzaam in kan stemmen met dergelijke voorwaarden. De opties die dan overblijven, tbs met dwangverpleging of een zorgmachtiging, liggen mijlenver uit elkaar. Waar artikel 2.3 Wfz de kloof tussen forensische en reguliere zorg juist had moeten verkleinen, lijkt deze eerder groter geworden te zijn. Er is een groep waarbij de oplegging van een tbs-maatregel niet passend is, terwijl tegelijkertijd het opleggen van een artikel 2.3 Wfz-machtiging in de reguliere ggz niet toereikend wordt geacht, voornamelijk door de benodigde beveiliging en de korte duur van de machtiging. In veertien zaken werd een zorgmachtiging overwogen, maar werd uiteindelijk tbs opgelegd omdat de duur van de zorgmachtiging als te kort werd gezien. Dit in acht

³² ECLI:NL:RBLIM:2020:707.

³³ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 92.

³⁴ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 92.

nemend, is het begrijpelijk dat er door de deskundigen van het NIFP zo vaak de combinatie van civiele zorg en een hoog beveiligingsniveau wordt geadviseerd.

Desondanks wordt aan het doel van een civiele zorgmachtiging voorbij gegaan als deze alsnog binnen de forensische zorg tot uitvoer wordt gebracht. De strafrechter lijkt daarmee niet daadwerkelijk ‘de juist patiënt op de juiste plek’ onder te brengen. Mijns inziens zou het NIFP kritischer moeten zijn bij welke patiënten ze een civiele zorgmachtiging adviseren. Als er bij een groot deel van de patiënten bij wie zij een civiele zorgmachtiging adviseren ook een hoog beveiligingsniveau nodig is, wordt er te vaak een civiele zorgmachtiging geadviseerd. Minder civiele zorgmachtiging opleggen is alleen mogelijk als er, naast tbs met dwangverpleging, nog andere mogelijkheden zijn om een patiënt in zorg te krijgen. Een voorstel om deze mogelijkheden uit te breiden komt aanbod in paragraaf 3.4.

3.3.2 Motiveringsgebrek

Het valt op dat in een groot deel van de bestuurde zaken sprake is van een motiveringsgebrek. In de 32 zaken waarin deskundigen het advies tot civiele zorg combineren met het advies de verdachte te plaatsen in een kliniek met een beveiligingsniveau twee of hoger, wordt het vaak niet duidelijk waarom een zorgmachtiging toch de meest geschikte maatregel is. In die uitspraken worden delen uit rapportages van deskundigen geciteerd en ontbreekt de motivering van de standpunten van deskundigen. In 31 zaken wordt het beveiligingsniveau zelfs niet benoemd in het vonnis of de beschikking. Het is niet duidelijk of er in deze gevallen door deskundigen geen advies is uitgebracht over het beveiligingsniveau of dat dit advies niet is opgenomen in de uitspraak. Feit blijft dat de uitspraak van de rechter op basis van de beschikbare informatie in de uitspraak in veel gevallen niet goed te volgen is omdat de achterliggende motivering in de gepubliceerde zaken ontbreekt.

3.3.3 Wie bepaalt, betaalt niet

Naast dat het doel van artikel 2.3 Wfz niet wordt gehaald door patiënten met een civiele zorgmachtiging alsnog onder te brengen in de forensische psychiatrie, brengt het ook praktische moeilijkheden met zich mee. Zoals in hoofdstuk twee aan bod is gekomen, wordt civiele zorg anders bekostigd dan forensische zorg (paragraaf 2.4.1). De kosten voor een patiënt met een civiele zorgmachtiging op een forensische afdeling, komen niet voor rekening van het ministerie van Justitie en Veiligheid, maar voor rekening van de zorgverzekering. Een bed op een forensische afdeling is echter duurder dan een bed op een reguliere afdeling.

Dit verschil in financiering is aanvankelijk een obstakel geweest voor forensische instellingen om patiënten met een artikel 2.3 Wfz-zorgmachtiging op een beveiligd bed te accepteren. Hoewel de financiering enigszins is verbeterd, is de vergoeding van de zorgverzekeraars voor een civiele patiënt nog steeds niet volledig kostendekkend.³⁵ Dit in samenhang met een gebrek aan beschikbare beveiligde bedden maakt het uitvoeren

³⁵ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 112.

van de civiele zorgmachtiging opgelegd door de strafrechter moeilijk.³⁶ Dit resulteert er soms in dat een patiënt in hechtenis moet verblijven totdat er een geschikte plek is gevonden om de zorgmachtiging tot uitvoer te brengen.³⁷

Zoals in hoofdstuk twee aan de orde is gekomen zijn er weinig woorden gerept over dit verschil in bekostiging tijdens het wetgevingsproces. Mogelijk is een reden daarvoor dat kamerleden ervanuit gingen dat met de komst van artikel 2.3 Wfz de juiste patiënt daadwerkelijk op de juiste plek zou komen en dat daarmee ook de juiste partij zou betalen. Nu blijkt dat de patiënten bij wie de strafrechter een civiele zorgmachtiging oplegt toch vaak in het forensische kader worden behandeld, is het de vraag of deze splitsing in bekostiging terecht is.

3.4 Naar een ‘strafrechtelijke’ zorgmachtiging

Samengevat is het belangrijkste probleem met de toepassing van artikel 2.3 Wfz dat het artikel niet bijdraagt aan de betere doorstroming van forensische zorg naar civiele zorg. Er zijn weinig opties voor patiënten zonder ziekte-inzicht of bereidwilligheid om mee te werken aan behandeling. Dit resulteert erin dat deskundigen voor de uitdaging staat rechters te adviseren over tbs met dwangverpleging óf zorg in het civiele kader. Omdat het gat zo groot is tussen deze twee vormen van zorg wordt nu vaak het tegenstrijdige advies gegeven een patiënt met een civiele machtiging toch maar op te nemen in een forensische kliniek omdat daar de veiligheid beter gegarandeerd kan worden door het hogere beveiligingsniveau. Het doel van artikel 2.3 Wfz, de juiste patiënt op de juiste plek, wordt daarmee niet gehaald. Op basis van de bestudeerde uitspraken lijkt behoefte te zijn aan een maatregel tussen tbs met dwangverpleging en civiele zorg in.

Een oplossing voor de kloof tussen deze twee maatregelen zou een aanvullende strafrechtelijke zorgmaatregel kunnen zijn. Deze maatregel zou een even breed bereik als artikel 2.3 Wfz moeten hebben, maar standaard tot uitvoer gebracht moeten worden binnen de forensische zorg (beveiligingsniveau twee of hoger). Daarbij moet de duur van de maatregel worden vastgesteld op één jaar. De strafrechter moet na afloop van dat jaar beslissen of deze maatregel met een jaar verlengd moet worden zodat de maximale duur op twee jaar komt te liggen. Binnen deze maatregel moet de focus, naast behandeling van de psychiatrische ziekte, ook komen te liggen op delictpreventie. Met de komst van een dergelijke maatregel zou de strafrechter dus de keuze hebben tussen reguliere zorgmachtiging en een ‘strafrechtelijke zorgmachtiging’. Met het toevoegen van een nieuwe maatregel is het dus gemakkelijker om daadwerkelijk de juiste patiënten de civiele zorg in te sturen. Op basis van de jurisprudentie analyse zou het gaan om 13 patiënten waarbij expliciet is benoemd dat behandeling in een civiele setting passend is. Mogelijk is deze groep groter, echter ontbreekt informatie over het geadviseerde beveiligingsniveau in 31 zaken. De 32 patiënten waarbij een zorgmachtiging in combinatie met een beveiligingsniveau van twee of hoger is geadviseerd, zouden onder de hier voorgestelde

³⁶ ³⁶ C.H. de Kogel, J.J. Van der Ree, A.M. Burger. Cahier 2021-29. Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk. Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding. WODC; 2021, p. 129.

³⁷ De wettelijke grondslag die hiervoor wordt gebruikt is art. 9 Pbw.

'strafrechtelijke zorgmachtiging' behandeld kunnen worden. Tevens zou een deel van de patiënten waarbij nu tbs met dwangverpleging wordt opgelegd ook geschikt zijn voor deze strafrechtelijke zorgmachtiging. In 14 van de bestudeerde zaken werd namelijk wel een zorgmachtiging overwogen maar niet afgegeven omdat de duur van een zorgmachtiging te kort is om de verdachte voldoende te behandelen en de veiligheid te waarborgen.

De introductie van een tussenvorm zou direct ook het financieringsprobleem oplossen. In dat geval kan er heel bewust worden gekozen of de patiënt onder de forensische zorg valt en de kosten voor rekening van ministerie van J&V zijn, of dat de patiënt het best op zijn plek is binnen de civiele zorg en de kosten voor rekening van de zorgverzekeraar zijn. Op deze manier is niet alleen de juiste patiënt op de juiste plek, maar betaalt ook de juiste partij.

4. Nog altijd een kloof

Hoewel artikel 2.3 van de Wfz bedoeld is om de juiste patiënt op de juiste plek te krijgen zowel tijdens als na een strafrechtelijk traject, wordt dit doel, op basis van 125 bestudeerde zaken, niet bereikt. Deskundigen combineren het advies tot een civiele zorgmachtiging vaak met het advies de verdachte te plaatsen in een kliniek met een beveiligingsniveau twee of hoger. Dit leidt ertoe dat de civiele zorgmachtigingen alsnog frequent worden toegepast binnen een forensische setting. Omdat het wel om een civiele machtiging gaat wordt deze zorg niet betaald door het Ministerie van J&V maar door de zorgverzekeraar.

Een van de redenen dat deskundigen deze 'tegenstrijdige combinatie' adviseren is de beperkte opties die er zijn voor forensische personen met een psychische ziekte. In gevallen waarin patiënten geen duurzaam ziektebesef en inzicht hebben en behandeling binnen een voorwaardelijk kader niet geschikt is, blijven vaak slechts twee uitersten over: tbs met dwangverpleging of een civiele zorgmachtiging met een maximale duur van zes maanden. Hoewel artikel 2.3 Wfz de kloof tussen deze twee zorggebieden had moeten verkleinen, lijkt deze kloof eerder groter geworden te zijn. Dit in acht nemend, is het begrijpelijk dat er door het NIFP zo vaak de combinatie van civiele zorg en een hoog beveiligingsniveau wordt geadviseerd en de strafrechter deze adviezen opvolgt.

Een mogelijke oplossing zou zijn om een aanvullende strafrechtelijke maatregel in te voeren die binnen de forensische zorg wordt uitgevoerd met een beveiligingsniveau twee of hoger. Deze maatregel zou standaard voor één jaar moeten worden opgelegd, met de mogelijkheid tot verlenging van één jaar door de strafrechter. Naast psychiatrische behandeling zou de behandeling in het kader van deze maatregel zich ook richten op delictpreventie. Hierdoor heeft de strafrechter de keuze tussen een reguliere zorgmachtiging en een nieuwe 'strafrechtelijke zorgmachtiging'. In dat geval kan er heel bewust worden gekozen of de patiënt onder de forensische zorg zou moeten vallen en de kosten voor rekening van ministerie van J&V zijn, of dat de patiënt

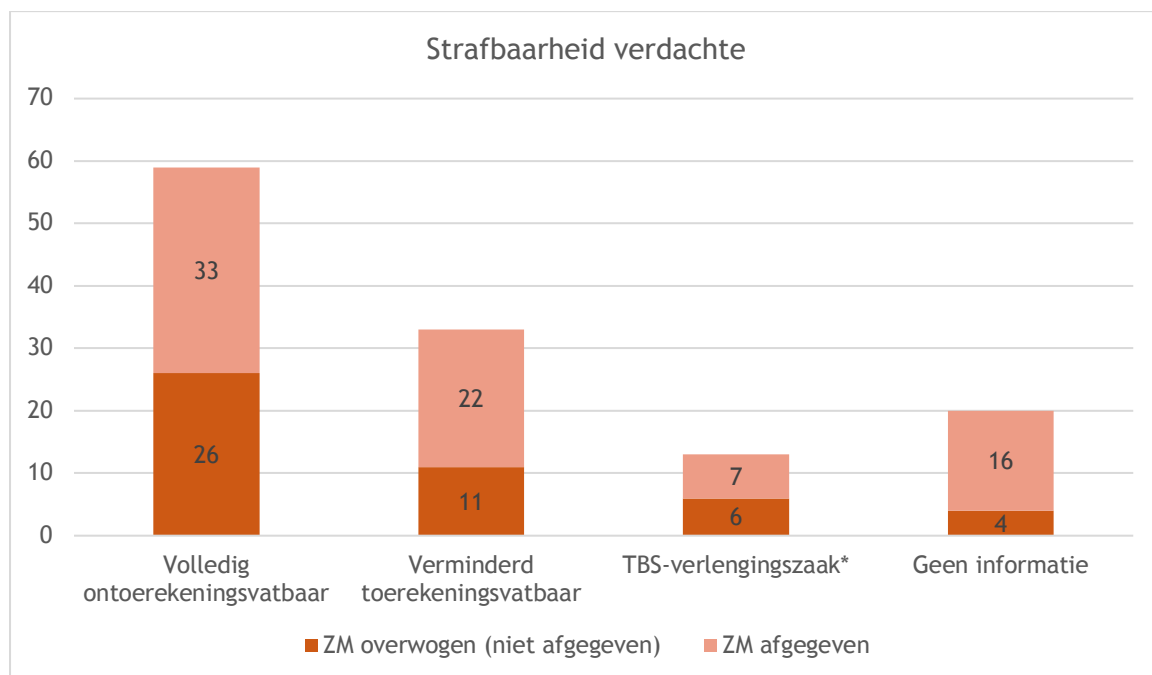
het best op zijn plek is binnen de civiele zorg en de kosten voor rekening van de zorgverzekeraar zijn. Op deze manier is niet alleen de juiste patiënt op de juist plek, maar betaalt ook de juiste partij.

Bijlage 1: Uitgebreide analyse jurisprudentie

1.1 Geïnccludeerde zaken

In totaal zijn 125 strafzaken gevonden waarin een zorgmachtiging werd overwogen (n = 47) of werd afgegeven (n=78). Zaken waarbij een zorgmachtiging is afgegeven konden zowel via de beschikking dan wel het vonnis worden gevonden. In 46 van de gevallen waarin een zorgmachtiging werd afgegeven via de strafrechter was alleen het vonnis dan wel de beschikking vindbaar, maar niet beide.

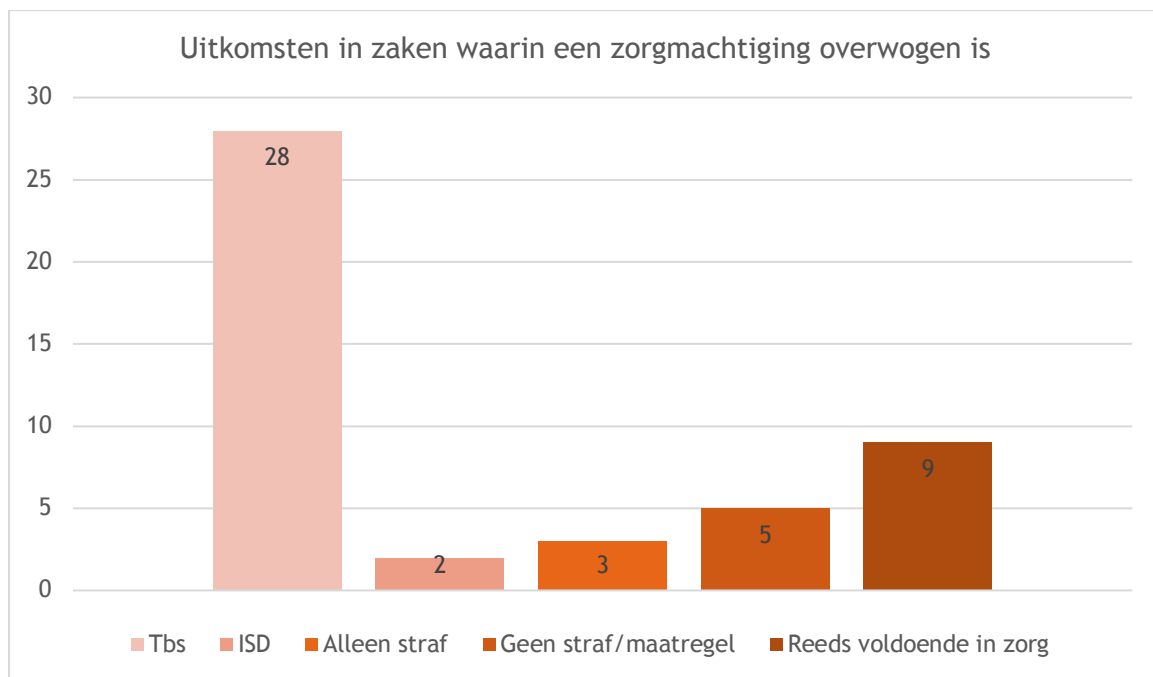
Het moge geen verassing zijn dat het toepassen van artikel 2.3 Wfz vooral wordt overwogen in artikel 39 Sr-situaties. Artikel 39 van het Wetboek van Strafrecht bepaalt dat de verdachte die aan een psychische stoornis lijdt, niet gestraft mag worden als het feit hem wegens de stoornis niet kan worden toegerekend. In 59 van de strafzaken waarin een zorgmachtiging werd overwogen dan wel afgegeven werd de verdachte volledig ontoerekeningsvatbaar verklaard. In 33 strafzaken werd de verdachte verminderd toerekeningsvatbaar verklaard. In dertien zaken was er sprake van een tbs-verlengingszitting. In die zaken was de strafbaarheid van de verdachte niet opnieuw aan de orde. In de overige 20 zaken is, meestal door het ontbreken van de bijbehorende strafzaak, geen informatie over de strafbaarheid van de verdachte beschikbaar.



Figuur 1 | Strafbaarheid van de verdachte, onderverdeeld naar de zaken waarin een zorgmachtiging is overwogen, maar niet afgegeven en zaken waarin een zorgmachtiging door de strafrechter is afgegeven. * In zaken waar het ging of tbs verlengd moet worden, stond de strafbaarheid van de verdachte niet opnieuw ter discussie.

1.2 Artikel 2.3 Wfz overwogen, maar niet afgegeven

In de 47 zaken waarin een zorgmachtiging werd overwogen maar niet werd afgegeven, werd 28 keer tbs en twee keer een Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD) opgelegd.³⁸ In drie zaken kreeg de betrokkene alleen een gevangenisstraf. In deze drie gevallen had de rechtbank het Openbaar Ministerie verzocht een verzoekschrift tot een zorgmachtiging voor te bereiden en in al die gevallen heeft de OvJ op eigen initiatief deze voorbereiding gestaakt.³⁹ Op verzoek kreeg de rechtbank niet de stukken die het Openbaar Ministerie had verkregen in het kader van deze voorbereiding en was het ambtshalve afgeven van de zorgmachtiging niet mogelijk waardoor alleen de optie tot opleggen van een straf resteerde. In vijf zaken werd de verdachte ontslagen van alle rechtsvervolging en werd er geen tbs of andere vorm van zorg opgelegd. Redenen hiervoor waren dat er niet voldaan werd aan de criteria voor een zorgmachtiging (n = 3), het ontbreken van een geschikte plek met bijbehorende hoog beveiligingsniveau (n =1) en het niet beschikken over de juiste informatie om ambtshalve een zorgmachtiging af te geven (n =1). In negen zaken waarin de verdachte volledig ontoerekeningsvatbaar werd geacht oordeelde de strafrechter dat de verdachte al voldoende ingebed was in zorg en werd dus geen zorgmaatregel opgelegd.



Figuur 2 | Uitkomsten in strafzaken waarin een zorgmachtiging overwogen is.

In 22 zaken wordt expliciet in het vonnis vermeld dat een zorgmachtiging in het civiele kader niet wenselijk is omdat de reguliere ggz niet gericht is op recidivepreventie. Daarnaast is een belangrijke reden om geen zorgmachtiging op te leggen de maximale duur van de zorgmachtiging. In veertien zaken wordt zes maanden

³⁸ Een ISD-maatregel is een maatregel bedoeld voor veelplegers die herhaaldelijk delicten plegen. De maatregel heeft een duur van twee jaar en omvat behandeling en begeleiding in een gespecialiseerde inrichting met als doel het verminderen van recidive en resocialisatie van de dader.

³⁹ ECL:NL:RBNNE:2020:3156; ECLI:NL:RBAMS:2020:3688; ECLI:NL:RBROT:2022:1619.

zonder garantie op verlenging als te kort gezien om de verdachte voldoende te behandelen en de veiligheid te kunnen waarborgen.

In twaalf zaken wordt expliciet benoemd dat zorg als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf geen haalbare optie is wegens het ontbrekende ziektebesef en -inzicht. In die gevallen werd tevens vaak benoemd dat het opleggen van een zorgmachtiging een te lichte maatregel zou zijn. In negen van die zaken resteerde enkel de optie tbs met dwangverpleging. In de overige drie zaken werd er geen tbs opgelegd maar een ISD-maatregel (n = 1), een gevangenisstraf (n = 1) en geen straf of maatregel (n = 1).

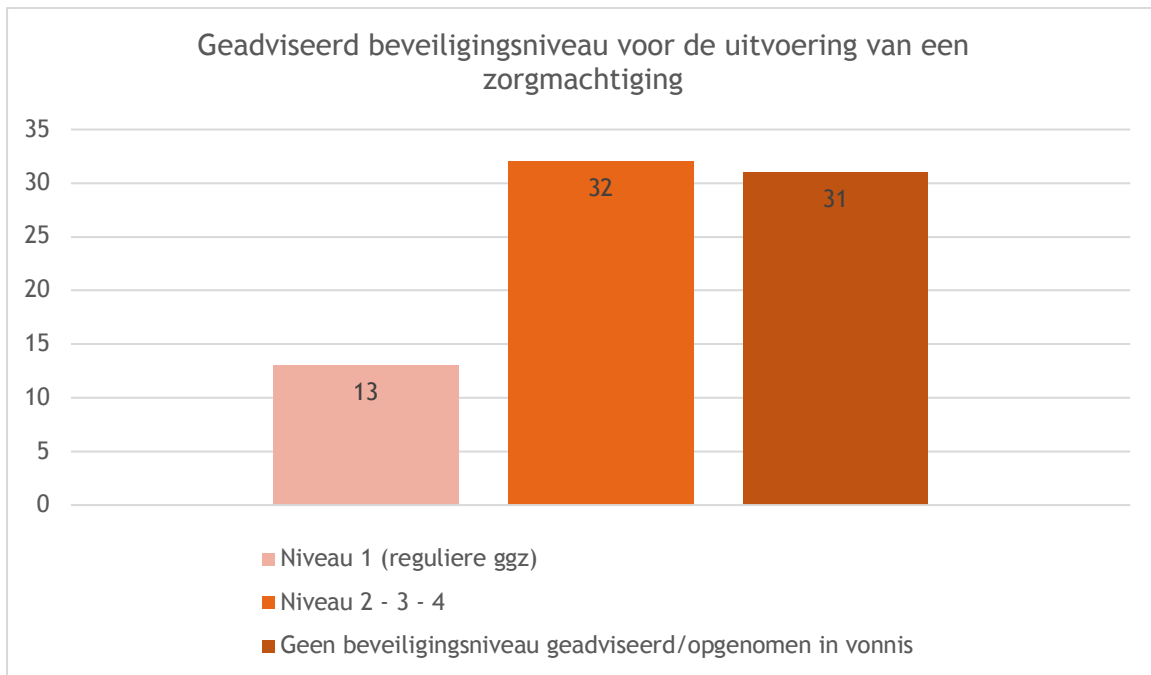
Opvallend is dat in zeven zaken de officier van justitie zelf heeft besloten de voorbereidingen tot een verzoekschrift voor een zorgmachtiging af te breken. In vier gevallen heeft het Openbaar Ministerie geweigerd de stukken op basis waarvan de voorbereidingen worden beëindigd, geweigerd te overhandigen en zich te beroepen op het afgeleide beroepsgeheim. In april 2021 heeft de Hoge Raad uitgesproken, nadat het Gerechtshof Arnhem/Leeuwarden dit in 2020 ook had gedaan, dat de strafrechter de OvJ kan verplichten de stukken te verstrekken die het Openbaar Ministerie heeft verkregen in de voorbereidingen van het verzoekschrift (zoals de medische verklaringen en de bevindingen van de GD).⁴⁰ Zonder deze verplichting zou de bevoegdheid van de strafrechter om een zorgmachtiging ambtshalve op te leggen een lege huls zijn. Toch is het na de uitspraak van het Hof nogmaals voorgevallen dat het Openbaar Ministerie weigert de stukken te overhandigen aan de rechtbank ondanks dat de rechtbank in het vonnis wijst op de uitspraak van het Gerechtshof Arnhem/Leeuwarden hierover.⁴¹

1.3 Zorgmachtiging op basis van artikel 2.3 Wfz afgegeven

Bij een grondige analyse van 78 onderzochte zaken waarin de strafrechter een zorgmachtiging heeft opgelegd valt op dat in 32 van deze gevallen expliciet wordt vermeld dat de patiënt behandeld moet worden binnen een forensische setting. De geadviseerde beveiligingsniveaus variëren van 2 tot 4. In slechts dertien zaken wordt expliciet aangegeven dat behandeling in een reguliere kliniek passend is, oftewel beveiligingsniveau 1. In de overige 31 zaken wordt het beveiligingsniveau niet gespecificeerd in het vonnis of de beschikking. Het is niet duidelijk of er in deze gevallen door deskundigen geen advies is uitgebracht over het beveiligingsniveau of dat dit advies niet is opgenomen in de uitspraak. In de 32 zaken waarin deskundigen het advies tot civiele zorg combineren met het advies de verdachte te plaatsen in een kliniek met een beveiligingsniveau van 2 of hoger wordt het vaak niet duidelijk waarom een zorgmachtiging toch de meest geschikte maatregel is.

⁴⁰ ECLI:NL:GHARL:2020:3335; ECLI:NL:HR: 2021:534.

⁴¹ ECLI:NL:RBNNE:2020:3156.



Figuur 3 | Geadviseerd beveiligingsniveau waarbinnen de zorgmachtiging tot uitvoer gebracht zou moeten worden door deskundigen.

De meeste vonnissen waarin een zorgmachtiging wordt opgelegd omvatten de overweging dat de behandeling van de stoornis voldoende is om het risico op recidive aanzienlijk te verminderen. Echter, in negen gevallen wordt expliciet genoemd dat naast de stoornisbehandeling, er ook in de behandeling zelf aandacht moet zijn voor recidivepreventie. In deze gevallen wordt vaak een forensische setting aanbevolen waarin de zorgmachtiging ten uitvoer moet worden gebracht, temeer omdat de reguliere ggz zich niet richt op recidivepreventie. Waarom een civiele zorgmachtiging in die gevallen toch het meest geschikt is, wordt niet duidelijk. Overigens is het belangrijk te vermelden dat op basis van de vonnissen niet te achterhalen waar de patiënt uiteindelijk wordt geplaatst, hoe die plaatsing verloopt en wat consequenties van die plaatsing is.

In de zaken waarin een zorgmachtiging wordt afgegeven, is er achttien keer gesproken is over een voorwaardelijke straf met als bijzondere voorwaarde verplichte zorg. In dertien van deze zaken is zowel een zorgmachtiging afgegeven als een voorwaardelijke straf met bijzondere voorwaarden. De patiënt wordt daarmee zowel in het strafrecht gehouden als verwezen naar de civiele ggz. De patiënt is in dat geval blijkbaar niet 'meer geschikt' voor de civiele zorg als er wordt geoordeeld dat de patiënt ook vanuit forensisch kader zorg wordt opgelegd. In de overige vijf zaken is er een zorgmachtiging opgelegd omdat er niet werd voldaan aan de voorwaarden voor tbs met dwangverpleging.

Op basis van de bestudeerde zaken lijkt dat de strafrechter dus niet altijd scherp voor ogen heeft dat artikel 2.3 Wfz alleen bedoeld is voor gevallen waarin de patiënt beter op zijn plek is in de reguliere ggz dan in de forensische zetting. In bijna de helft van de gevallen (41%) wordt een hoger beveiligingsniveau aanbevolen dan het 'standaard beveiligingsniveau' in de civiele GGZ en er wordt regelmatig benadrukt dat

recidiefpreventie een cruciaal aspect van de behandeling moet zijn. De strafrechter lijkt daarmee niet daadwerkelijk ‘de juist patiënt op de juiste plek’ onder te brengen.

Ter illustratie een bespreking van een rechterlijke uitspraak waarin de strafrechter afwijkt van het doel van artikel 2.3 van de Wet forensische zorg.⁴² Tijdens deze zitting, die enkel betrekking heeft op het verzoek tot een zorgmachtiging, heeft de OvJ aangegeven dat hij het verzoek niet steunt omdat een civiele zorgmachtiging niet primair gericht is op het voorkomen van herhaling van strafbaar gedrag. In dergelijke situaties moet het strafrecht prevaleren. De behandeling van de strafzaak moet nog plaatsvinden, en de OvJ stelt voor om daarop te wachten om te beoordelen welke mogelijkheden er binnen het strafrecht bestaan. De GD heeft ook betoogd dat de veiligheid in de reguliere ggz niet kan worden gegarandeerd wanneer de betrokkene verslechtert, en daarom is beveiligingsniveau drie of vier noodzakelijk. De rechtbank volgt echter niet het standpunt van de OvJ. Het verlenen van een zorgmachtiging betekent niet dat er geen vrijheidsbeperkende straffen of maatregelen in de strafzaak kunnen worden opgelegd. Gedurende de geldigheidsperiode van de zorgmachtiging zal de betrokkene behandeling krijgen, wat naar verwachting het risico op herhaling zal verminderen. De rechtbank spreekt zich echter niet uit over het specifieke beveiligingsniveau en daarmee wordt er niet ingegaan op de stelling van de GD.

⁴² ECLI:NL:RBZWB:2020:2000.