



Rijksoverheid

Zorg voor een veilige omgeving

Brede maatschappelijke heroverweging

Datum	20 april 2020
Status	Definitief

Colofon

Titel	Zorg voor een veilige omgeving
Bijlagen	5
Inlichtingen	Inspectie der Rijksfinanciën BMH@minfin.nl

Inhoud

Woord vooraf—5

Samenvatting en varianten—6

1 Inleiding—19

- 1.1 Opdracht werkgroep—20
- 1.2 Budgettaire grondslag—20
- 1.3 Dwarsdoorsnijdende thema's—20
- 1.4 Leeswijzer—20

2 De belangrijkste maatschappelijke en budgettaire ontwikkelingen—22

- 2.1 Maatschappelijke opgave—22
 - 2.1.1 Rol van de Rijksoverheid en beleidsontwikkelingen—22
 - 2.1.2 Straf en behandeling—24
 - 2.1.3 Relatie met andere maatschappelijke sectoren en beleidsterreinen—24
- 2.2 Opbouw en ontwikkeling forensische zorg—26
 - 2.2.1 Vormen van forensische zorg—26
 - 2.2.2 Rechtspositie van de patiënt—27
 - 2.2.3 Ontwikkeling van het aantal patiënten in de verschillende onderdelen van de forensische zorg—28
- 2.3 Forensische zorg vanuit ketenperspectief—29
 - 2.3.1 Rollen en verantwoordelijkheden betrokken actoren—29
 - 2.3.2 Instroom, doorstroom en uitstroom—30
 - 2.3.3 Indicatie, plaatsing en regievoering—31
 - 2.3.4 Samenwerking tussen ketens—32
- 2.4 Bekostiging forensische zorg—33
- 2.5 Administratieve lasten en productiviteit—34
 - 2.5.1 Administratieve lasten—34
 - 2.5.2 Digitalisering en gegevensuitwisseling—34

3 Analyse en beoordeling van beleid—36

- 3.1 Knelpunten forensische zorg—36
 - 3.1.1 Opereren in een context van maatschappelijke zorgen en weerstand—36
 - 3.1.2 Continu balanceren tussen zorg, behandeling, straf en veiligheid—36
 - 3.1.3 Uitdaging om samenwerking binnen en tussen ketens te organiseren—37
 - 3.1.4 Omgaan met beperkingen om preventief te kunnen handelen—37
 - 3.1.5 Aantrekkelijkheid stimuleren om in de forensische zorg te werken—38
- 3.2 Beantwoording hoofdvragen taakopdracht—38
 - 3.2.1 Wat zijn de oorzaken van de groeiende capaciteitsbehoefte?—38
 - 3.2.2 Hoe kan de beheersbaarheid worden vergroot?—39
 - 3.2.3 Hoe kan de doeltreffend- en doelmatigheid worden versterkt en wat zijn de verwachte effecten?—39
 - 3.2.4 Hoe kan de forensische zorg bijdragen aan een vermindering van de dreiging van gevaarlijke verwarde personen en vermindering van recidive door (ex)justitiabelen?—40
 - 3.2.5 Hoe kan de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg worden verbeterd?—40

4 Beleidsvarianten—41

- 4.1 Beleidsvariant 1: Optimalisatie—41
 - 4.1.1 Maatregel 1: Verbetering (digitale) samenwerking—42

- 4.1.2 Maatregel 2: Terugdringen administratieve lasten—43
- 4.1.3 Maatregel 3: Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt—44
- 4.1.4 Maatregel 4: Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie—45
- 4.2 Beleidsvariant 2: Eenvoudiger organiseren—47
- 4.2.1 Maatregel 1: Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan—47
- 4.2.2 Maatregel 2: Eén indicerende partij—49
- 4.2.3 Maatregel 3: Eén plaatsingsloket—50
- 4.2.4 Maatregel 4: Minder aanbieders, langere contracten—51
- 4.2.5 Maatregel 5: Herschikken forensische zorgtitels—52
- 4.3 Beleidsvariant 3: Behandeling centraal—54
- 4.3.1 Maatregel 1: Eerder behandelen—54
- 4.3.2 Maatregel 2: Preventief onder toezicht—56
- 4.3.3 Maatregel 3: Nazorg financieren—57
- 4.4 Beleidsvariant 4: Straf centraal—59
- 4.4.1 Maatregel 1: Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel—59
- 4.4.2 Maatregel 2: Wet langdurig toezicht: ja, tenzij—61
- 4.4.3 Maatregel 3: Elektronische monitoring—62
- 4.4.4 Maatregel 4: Preventieve detentie—63

5 Bijlage 1: Taakopdracht—66

- 5.1 Inleiding—66
- 5.2 Opdracht aan de werkgroep—66
- 5.3 Hoofdvragen—66
- 5.4 Afbakening en reikwijdte—67
- 5.5 Organisatie—67

6 Bijlage 2: Samenstelling werkgroep—68

7 Bijlage 3: Geraadpleegde bronnen—69

- 7.1 Rapporten/publicaties—69
- 7.2 Kamerbrieven—70
- 7.3 Geraadpleegde experts—70
- 7.4 Werkbezoeken en conferenties—71
- 7.5 (Ex)-forensische zorgpatiënten—71

8 Bijlage 4: Tabellen met indicatoren en samenhang—72

Bijlage 5: Rapport AEF. Ik ben niet alleen mijn delict (separate bijlage)

Woord vooraf

Voor u ligt het rapport *Zorg voor een veilige omgeving* van de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen. In totaal zijn zestien rapporten opgesteld naar aanleiding van de motie Sneller c.s. Deze motie heeft het kabinet gevraagd om ter voorbereiding op een volgende neergaande conjunctuur of economische crisis effectieve beleidsopties en hervormingen, bestaand uit zowel plussen als minnen, in kaart te brengen. Met de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen heeft het kabinet invulling gegeven aan de motie.

Over de volle breedte van de collectieve sector zijn zestien maatschappelijke opgaven geïdentificeerd. Voor deze onderwerpen zijn ambtelijke werkgroepen onder leiding van een onafhankelijke voorzitter opgesteld en deze zijn ondersteund door een onafhankelijk secretariaat. Daarbij is externe expertise zoveel mogelijk betrokken. De leden van de werkgroep hebben zitting genomen zonder last of ruggespraak. De opties betreffen zowel investeringen en intensiveringen als hervormingen en besparingen. Het uiteindelijke doel is om in de toekomst onderbouwde keuzes mogelijk te maken door inzicht te verschaffen in effectieve beleids- en uitvoeringsopties en de mogelijke gevolgen daarvan, zonder oordeel over de wenselijkheid.

Aanvullend zijn vijf dwarsdoorsnijdende thema's geïdentificeerd. Het gaat om maatschappelijke samenhang, brede determinanten van zorggebruik, productiviteit, digitalisering en de stabiliserende functie van de overheid in de economie. Deze dwarsdoorsnijdende thema's zijn waar relevant meegenomen in de verschillende rapporten. In dit rapport zijn de dwarsdoorsnijdende thema's maatschappelijke samenhang, brede determinanten van zorggebruik en digitalisering relevant bevonden in de afbakening van het onderzoek. Nadere informatie over de uitwerking van deze dwarsdoorsnijdende thema's in het rapport staat beschreven in paragraaf 1.3.

Er bestaat mogelijk wisselwerking tussen de opgestelde maatregelen. Ook kunnen varianten zijn opgenomen die elkaar uitsluiten, tegenwerken of versterken. De gevolgen (o.a. maatschappelijk, economisch, juridisch, fiscaal, uitvoering en budgettair) zijn zo goed mogelijk beschreven per variant. De gevolgen van maatregelen moeten vanwege mogelijke wisselwerking en opstapeling van de gevolgen altijd in een totaalpakket aan maatregelen worden bezien. Dit geldt in het bijzonder voor de gevolgen voor de uitvoering en medeoverheden.

Bij de maatregelen is uitgegaan van een besluit op 1 september 2021 gevolgd door een implementatieproces (bv. een wetgevingsproces). Het precieze tijdpad is afhankelijk van de maatregel. Als er één jaar later wordt besloten tot een maatregel (1 september 2022), dan schuiven bij de meeste maatregelen de bedragen één jaar op.

Samenvatting en varianten

Deze brede maatschappelijke heroverweging richt zich op de zorg die verplicht wordt opgelegd in strafrechtelijk kader, de forensische zorg, die zich beweegt op het snijvlak van het strafrecht en de zorg. Er is gekeken naar de wijze waarop de forensische zorg in Nederland geregeld is: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg voor personen die een strafbaar feit hebben gepleegd en een psychische of psychiatrische stoornis waarvoor ze behandeld moeten worden. Het doel van de heroverweging is beleidsvarianten op te stellen om de forensische zorg doeltreffender – met oog voor de verschillende staftoelen – en doelmatiger te organiseren en de beheersbaarheid te vergroten.

In 2005 is de financiering van de forensische zorg ondergebracht in de justitiebegroting, om de sturing op de zorg in strafrechtelijk kader te verbeteren. Het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) is sindsdien verantwoordelijk voor de capaciteit, inkoop, tarieven, indicatiestelling, bekostiging en plaatsing. De uitvoering is grotendeels belegd bij de Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), een agentschap van het ministerie van JenV. De forensische zorg zelf wordt grotendeels verzorgd in particuliere zorginstellingen en een aantal Rijksinstellingen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de terbeschikkingstelling (tbs), de overige klinische en ambulante forensische zorg (OFZ) en verblijfszorg, waaronder forensisch beschermd wonen en forensische zorg voor gedetineerden in de penitentiair psychiatrische centra (PPC's). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft sinds 2005 een indirecte rol ten aanzien van forensische zorg. Zij is stelselverantwoordelijk voor de reguliere zorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg (ggz). De budgettaire grondslag van de forensische zorg is in 2020 ongeveer 860 miljoen. Met dit budget worden Rijksinstellingen en particuliere instellingen die forensische zorg aanbieden gefinancierd. Jaarlijks worden er in de forensische zorg ongeveer 20.000 mensen behandeld, waarvan het grootste deel ambulant.

Knelpunten in de forensische zorg

Het hoofddoel van de forensische zorg, vastgelegd in de Wet forensische zorg is het beperken van recidive. Oftewel, het voorkomen dat iemand na afloop van de forensische titel nogmaals een strafbaar feit begaat. Onderzoek van het WODC naar recidive laat zien dat de forensische zorg hierin relatief succesvol is.¹ De recidivecijfers zijn twee jaar na uitstroom gemiddeld genomen lager na forensische zorg dan na een reguliere gevangenisstraf, al verschilt dit wel per type forensische zorg. Dit ondersteunt het uitgangspunt dat de combinatie van zorg en behandeling die in de forensische zorg centraal staat, effectief is doordat het de recidivekans beperkt en de samenleving beschermt. Daarnaast is er ook aandacht voor de andere doelen van straf: vergelding en afschrikking.

Naast de positieve resultaten die de forensische zorg behaalt in termen van recidive zijn er maatschappelijke zorgen over de forensische zorg naar aanleiding van enkele ernstige incidenten. Bij deze incidenten ging het enerzijds om de balans tussen zorg en veiligheid, anderzijds ging het over informatiedeling bij overdrachtmomenten in de forensische keten en bij de overgang van forensische zorg naar het reguliere zorg- of sociaal domein. Ten slotte zijn er zorgen over de veiligheid en kwaliteit van

¹ WODC (2018). *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*.

instellingen. Deze instellingen staan onder (financiële) druk vanwege een stijgende capaciteitsbehoefte in combinatie met een krappe arbeidsmarkt. Goede forensische zorg valt of staat bij voldoende personeel én voldoende gekwalificeerd en ervaren personeel.

De sector forensische zorg is bovendien complex ingericht: er zijn veel gecontracteerde zorgaanbieders, er zijn meerdere indicatiestellende partijen, er wordt met diverse ICT-systemen gewerkt en de werkprocessen zijn niet optimaal gestandaardiseerd. Dit leidt tot versnippering en maakt effectieve en efficiënte samenwerking tussen organisaties binnen en buiten de forensische zorg een uitdaging. Dit zorgt bovendien voor lacunes in de dataverzameling en informatievoorziening. Een goede beheersing en evaluatie van het stelsel, beleidsvorming en de ontwikkeling van doeltreffende en doelmatige werkwijzen is daardoor niet altijd mogelijk.

Beantwoording hoofdvragen

In de taakopdracht (zie bijlage 1) zijn vijf hoofdvragen opgenomen.

Wat zijn de oorzaken van de groeiende capaciteitsbehoefte?

Uit cijfers van DJI blijkt dat de afgelopen jaren gemiddeld genomen sprake is van een opwaartse trend in capaciteitsbehoefte in de forensische zorg (zie paragraaf 2.2). Dit blijkt ook uit de stijgende uitgaven aan forensische zorg in de afgelopen jaren. De sterkste groei is te zien bij het forensisch beschermd wonen. Verschillende factoren dragen bij aan de groei van de capaciteitsbehoefte; er is niet één hoofdoorzaak aan te wijzen. Cijfers van DJI en 3RO geven geen eenduidige verklaring voor de groei. Uit expertsessies blijkt dat de verklaring kan worden gevonden in de toename van forensische zorg als bijzondere voorwaarde bij voorwaardelijke straffen en de voorwaardelijke invrijheidsstelling. Daarnaast wordt er gewezen op de beperkte mogelijkheden voor door- en uitstroom naar zelfstandig en/of begeleid wonen en een veranderd beeld wanneer iemand kan doorstromen naar een lager beveiligingsniveau of toe te werken naar resocialisatie en verlot.

Hoe kan de beheersbaarheid worden vergroot?

Doordat de onafhankelijke strafrechter de forensische zorg oplegt na een onafhankelijk adviesrapport en indicatie en de onafhankelijke NZa de tarieven voor de forensische zorg bepaalt, is de forensische zorg in algemene zin budgettair moeilijk beheersbaar. Deze constatering moet overigens worden gezien in het licht van de relatief positieve recidiveresultaten van de forensische zorg. Er is ruimte én noodzaak om de beheersbaarheid van de forensische zorg te vergroten. Hier past de belangrijke kanttekening om te investeren in de beschikbaarheid van kwalitatief hoogwaardige data over instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg. Deze data moet bovendien eenvoudig en geautomatiseerd te generen zijn. Daardoor zijn uitgaven aan forensische zorg beter te voorspellen en is sneller inzichtelijk waar doorstroom in de keten stagneert. Deze kennis schept de mogelijkheden om beheersmaatregelen te nemen. Een belangrijk hulpmiddel om deze informatie te verzamelen en te ontsluiten zijn slimmere ICT-toepassingen en –systemen die de (digitale) samenwerking tussen organisaties verbetert en helpt informatie over patiënten uit te wisselen.

Hoe kan de doeltreffend- en doelmatigheid worden versterkt en wat zijn de verwachte effecten?

Het verbeteren van (digitale) samenwerking en het terugdringen van de administratieve lasten versterkt de doeltreffendheid en doelmatigheid. De

behandelaren hebben daardoor meer tijd voor behandeling, intervisie en bijscholing (beleidsvariant 1). De doeltreffend- en doelmatigheid van de forensische zorg kan worden vergroot door met trajectsturing te werken (beleidsvariant 2). Door over een langere periode te kijken wat een delinquent met forensische zorg nodig heeft wordt efficiency behaald. Daarnaast hangt de beantwoording van deze vraag af van welke doelen men met de forensische zorg wil behalen. Als waarde wordt gehecht aan het strafdoel vergelding, valt de keuze eerder op strenger straffen dan wanneer het strafdoel voorkomen van herhaling de meeste prioriteit krijgt. Daarom worden er in dit rapport twee voorstellen (beleidsvarianten 3 en 4) gedaan. Eén met het vertrekpunt dat behandeling binnen de forensische zorg het meest effectieve middel is om het risico op recidive van gevaarlijke delinquenten te verminderen (beleidsvariant 3). Daarom is het wenselijk om, indien nodig, zo snel mogelijk met de behandeling te starten, de delinquent intensiever te behandelen en standaard nazorg aan te bieden. De ander met het vertrekpunt dat het onwenselijk is de Nederlandse samenleving bloot te stellen aan de risico's die gepaard gaan met verlof en vrijheden tijdens de forensische behandeling (beleidsvariant 4). Deze variant heeft een positief effect op de strafdoelen afschrikking en vergelding maar met de kanttekening dat rekening moet worden gehouden met hogere recidive.

Hoe kan de forensische zorg bijdragen aan een vermindering van de dreiging van gevaarlijke verwarde personen en vermindering van recidive door (ex)justitiabelen?
De recidive na uitstroom uit de forensische zorg is gemiddeld genomen lager dan na uitstroom uit het reguliere gevangeniswezen. Forensische zorg draagt bij aan een veiliger Nederland. In antwoord op deze vraag worden daarom voorstellen gedaan om meer en eerder te starten met behandelingen in de forensische zorg. Ook wordt voorgesteld door monitoring meer zicht te hebben op de groep gevaarlijke personen die op dat moment niet verdacht worden van een strafbaar feit, maar wel een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico kent en op de groep die na afloop van hun forensische zorgtitel nog niet uitbehandeld is. De relatie tussen forensische zorg en de dreiging van gevaarlijke verwarde personen is minder eenduidig. De term verward gedrag is een paraplueterm. In dit rapport ligt de focus op personen met gevaarlijk psychisch of psychiatrisch gedrag met een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico. Deze groep loopt het risico een strafbaar feit te plegen en anderen leed te berokkenen. Voor deze groep worden maatregelen voorgesteld om meer preventief te kunnen behandelen en waar nodig meer verplichte (na)zorg op te leggen.

Hoe kan de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg worden verbeterd?
Een significant deel van de groep die forensische zorg ontvangt is eerder behandeld in de ggz. Ook na uitstroom uit de forensische zorg blijft er in het overgrote deel van de gevallen behoefte aan zorg. Bij het verbeteren van de (digitale) samenwerking en het verder standaardiseren van werkprocessen binnen de keten van forensische zorg is het belangrijk ook rekening te houden met de processen van de reguliere zorg. Daarnaast biedt het voorgestelde instrument van trajectsturing de ruimte om gedurende de forensische behandeling te sturen op de terugkeer in de samenleving. Ook wordt de suggestie gedaan om activiteiten van zorgaanbieders voor nazorg (beter) te financieren. Daarmee wordt de aansluiting op de reguliere zorg verbeterd.

Beleidsvarianten

In het rapport staan vier beleidsvarianten met maatregelen. De eerste twee varianten gaan over het doeltreffender en doelmatiger vormgeven van de forensische zorg. Met de varianten 3 en 4 wordt invulling gegeven aan het

maatschappelijke en politieke debat over de forensische zorg. In deze varianten wordt een steviger onderscheid gemaakt tussen behandeling en straf.

Veel maatregelen kunnen ook zelfstandig of in combinatie met maatregelen uit andere varianten uitgevoerd worden. In bijlage 4 bij dit rapport is daarom een overzicht opgenomen waarin is weergegeven in welke mate maatregelen gelijktijdig uitgevoerd kunnen worden of niet. In dezelfde bijlage is in één oogopslag te zien wat de effecten van de verschillende maatregelen zijn, inclusief budgettaire gevolgen, doeltreffendheid en doelmatigheid, uitvoerbaarheid, recidive en de uitwerking op de strafdoelen. De beleidsvarianten 2, 3 en 4 hebben behoorlijke consequenties voor de uitvoerende organisaties, niet alleen budgettair, maar ook voor personeel en werkwijze. Bij (politieke) besluitvorming dient hiervan rekenschap te worden gegeven indien deze varianten en/of onderliggende maatregelen worden ingevoerd.

Op de volgende pagina's is voor de varianten een samenvattend fiche en infographic toegevoegd. Hoofdstuk 4 bevat een uitgebreide beschrijving van de maatregelen, effecten en aandachtspunten bij de uitvoering.

Thema 3 Zorg voor een veilige omgeving – Variant 1 Optimalisatie

Omschrijving

Om het stelsel van forensische zorg te optimaliseren zijn in deze variant vier maatregelen opgenomen. Er is geen sprake van een stelselwijziging. Deze maatregelen kunnen zelfstandig of als pakket uitgevoerd worden:

1. *Verbeteren (digitale) samenwerking*: Het verbeteren van de onderlinge samenwerking en gegevensuitwisseling binnen en buiten het stelsel door het verder standaardiseren van werkprocessen, het op orde brengen van de data over instroom, doorstroom en uitstroom en het stroomlijnen van de ICT.
2. *Terugdringen administratieve lasten*: Het verminderen van de administratieve lasten binnen de forensische zorg, zodat professionals meer tijd kunnen besteden aan de patiënt en professionele ontwikkeling.
3. *Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt*: Het verbeteren van de arbeidsmarkt voor forensische zorg door trajecten te starten voor zij-instromers, taken binnen de instellingen te beleggen bij ander personeel dan de behandelaars en door in te zetten op meer (technische) innovatie.
4. *Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie*: Het verbeteren van het maatschappelijk beeld van de forensische zorg door een open en transparante communicatie.

Effecten

- Het pakket aan maatregelen draagt bij aan het optimaliseren en verminderen van knelpunten binnen het forensische stelsel. Een beter functionerend stelsel levert voor de forensische zorgpatiënten betere kwaliteit van zorg, wat de doeltreffendheid bevordert.
- Een effectievere sanctie-uitvoering door voldoende gekwalificeerd forensisch personeel en een betere digitale samenwerking levert na investeringen op termijn ook besparingen op.
- Bovendien zijn behandelaars door de maatregelen minder tijd kwijt aan administratie en hoeven zij taken die ook door anderen uitgevoerd kunnen worden niet meer te doen waardoor zij meer tijd besteden aan behandeling. Dit maakt het beroep aantrekkelijker.
- Een eenduidige communicatiestrategie zorgt voor een positiever maatschappelijk beeld over de forensische zorg, wat de acceptatie van resocialiserende patiënten vergroot.

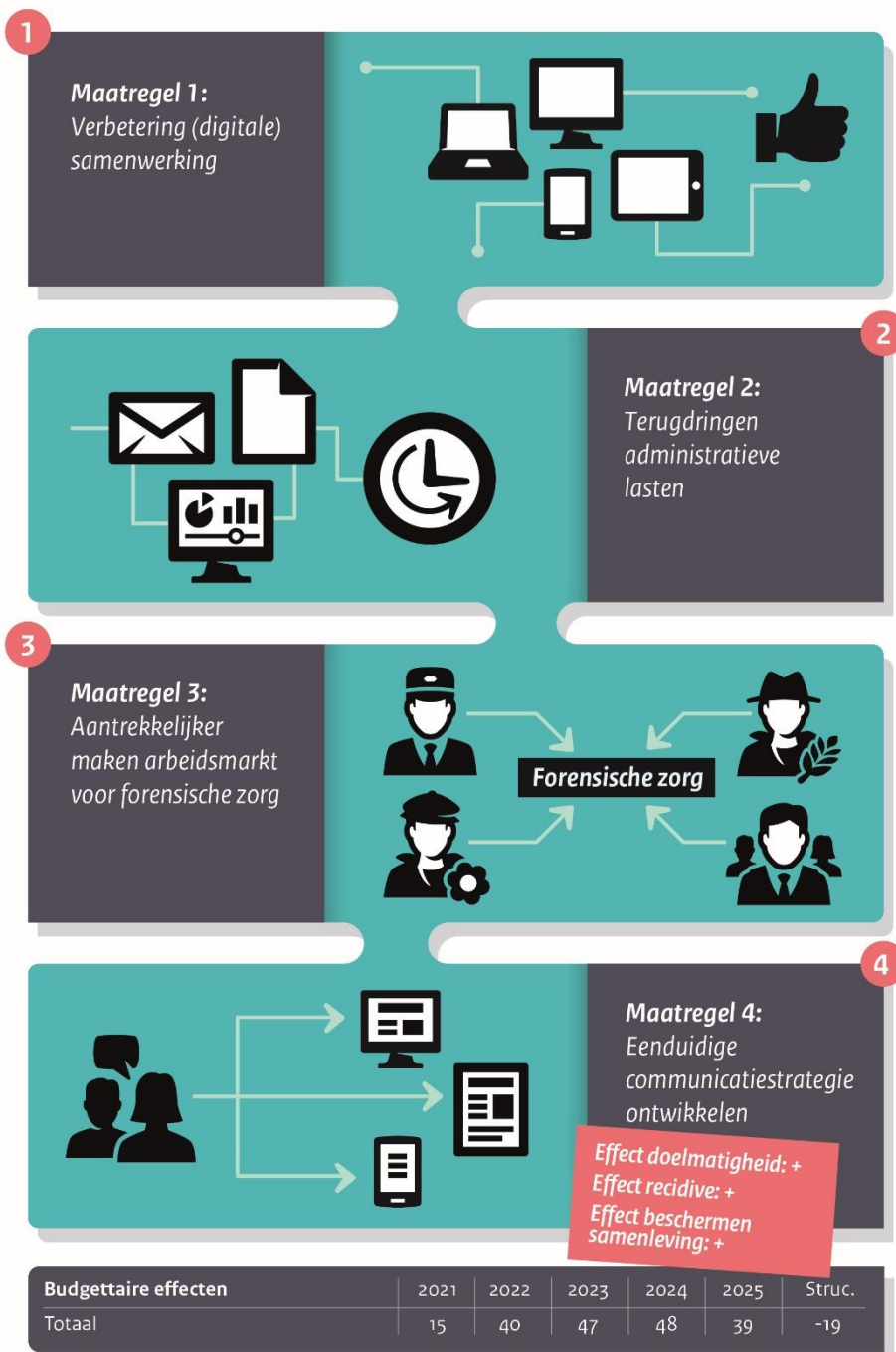
Uitvoering

- Het pakket aan maatregelen is uitvoerbaar; de maatregelen kunnen ook los van elkaar geïmplementeerd worden.
- De maatregelen vragen om samenwerking tussen het ministerie van JenV, VWS, DJI, de forensische zorginstellingen en andere betrokken partijen.
- Het aanpassen van systemen, aantrekken van personeel en het verminderen van administratieve lasten vragen tijd en aandacht van de betrokken (uitvoerings)organisaties en zorginstellingen.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldooverslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1. Verbeteren (digitale) samenwerking	11	29	33	36	30	-16
2. Terugdringen administratieve lasten	1	2	2	2	1	0
3. Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt	3	8	11	10	8	-3
4. Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie	0	1	1	0	0	0
Totaal	15	40	47	48	39	-19

Beleidsvariant 1: Optimalisatie



(in € mln.; +=saldoverslechterend)

Thema 3 Zorg voor een veilige omgeving – Variant 2 Eenvoudiger organiseren**Omschrijving**

Deze variant beoogt de complexiteit te reduceren en de sturing binnen het stelsel te verbeteren door middel van vijf maatregelen die in samenhang moeten worden gezien:

1. *Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan*: Door trajectindicatie stuurt een orgaan op het gehele behandeltraject van de forensische zorgpatiënt.
2. *Eén indicerende partij*: Indicatiestelling wordt bij een orgaan belegd, door de indicatiestelling van 3RO en NIFP samen te voegen.
3. *Eén plaatsingsloket*: Plaatsing wordt bij een orgaan belegd, door de plaatsing door 3RO en DIZ samen te voegen.
4. *Minder aanbieders, langere contracten*: Instellingen stimuleren om zich te specialiseren in forensische zorg waarbij instellingen ook meerdere typen forensische zorg aanbieden.
5. *Herschikken forensische zorgtitels*: De laatste maatregel zorgt dat het aantal forensische zorgtitels wordt herschikt en beperkt tot ca. 10 tot 12 titels.

Effecten

- Het pakket aan maatregelen zorgt voor de bundeling van expertise van indicatiestelling, plaatsing en trajectsturing en tot een daling van de complexiteit binnen de forensische zorg. Taken worden duidelijker belegd en de expertise neemt toe. Hierdoor kan efficiency worden behaald, stijgt de kwaliteit van zorg en daalt uiteindelijk de kans op recidive. Door trajectsturing te introduceren in het forensische stelsel ontstaat er meer regie in de keten en het behandeltraject van individuele patiënten.
- Door opschaling en specialisatie worden de instellingen professioneler en efficiënter. Het aantal overdrachtsmomenten wordt verminderd. De kwaliteit en impact van de zorg gaat omhoog en dat leidt naar verwachting tot betere resultaten op het terrein van recidive. Daar staat het risico tegenover dat concentratie van aanbieders kan leiden tot ongewenste prijsopdrijving en een minder optimale regionale spreiding.

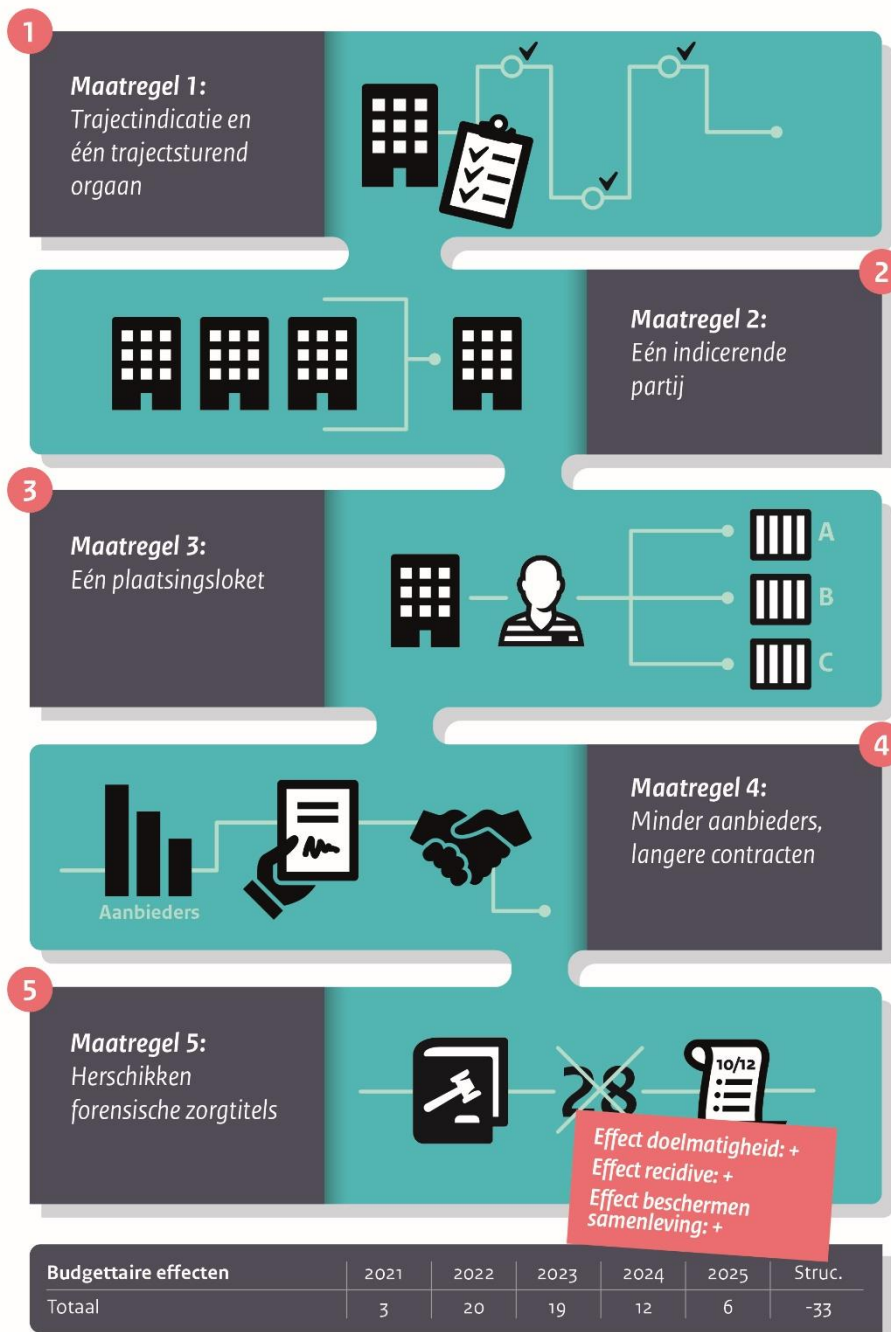
Uitvoering

- De maatregelen dienen in samenhang te worden gezien. De uitvoering van deze maatregelen is intensief en heeft zowel praktische als juridische consequenties voor de betrokken (uitvoerings)organisaties en forensische zorginstellingen.
- Voor maatregel 1, 2 en 3 geldt dat expertise wordt gebundeld en wordt belegd bij één orgaan. Dat zijn intensieve meerjarige trajecten met wetswijzigingen en stevige consequenties voor betrokken ketenpartners op het terrein van taken, personeel, ICT en informatievoorziening.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldoerslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1. Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan	2	9	9	6	5	2
2. Eén indicerende partij	0	5	5	2	1	-3
3. Eén plaatsingsloket	1	3	3	2	-1	-2
4. Minder aanbieders, langere contracten	0	1	0	0	0	-22
5. Herschikken forensische zorgtitels	0	2	2	2	1	0
Subtotaal	3	20	19	12	6	-25
<i>Effect instroom vermindering recidive (=1% totale uitgaven)</i>						-8
Totaal	3	20	19	12	6	-33

Beleidsvariant 2: Eenvoudiger organiseren



(in € mln.; +=saldo verslechterend)

Thema 3 Zorg voor een veilige omgeving – Variant 3 Behandeling centraal**Omschrijving**

In deze variant staat behandeling centraal om zo recidive te verminderen door het nemen van drie maatregelen:

1. *Eerder behandelen, optie 1a Tijdens gevangenisstraf behandeling starten*: Forensische zorgpatiënten die eerst een gevangenisstraf opgelegd krijgen, starten direct bij aanvang van hun verblijf in de gevangenis met de behandeling.
Eerder behandelen, optie 1b Geen gevangenisstraf i.c.m. forensische zorg: Een forensische zorgbehandeling wordt niet meer opgelegd met gevangenisstraf.
2. *Preventief onder toezicht*: Een groep met een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico van ca. 1.500 personen komt na afloop van hun forensische titel onder preventief toezicht te staan met periodieke contactmomenten. Indien nodig wordt intensievere (ambulante) behandeling aangeboden.
3. *Nazorg financieren*: Door het aanbieden en financieren van nazorg kan een behandelaar na afloop van de forensische titel in contact blijven met de (ex)patiënt.

Effecten

- Het pakket aan maatregelen draagt bij aan de kwaliteit van de forensische zorg en verlaagt daarmee het risico op recidive. De focus komt met deze variant meer op het strafdoel voorkomen van herhaling te liggen dan op het strafdoel vergelding.
- De maatregelen dragen bij aan doeltreffendheid, omdat sneller gestart kan worden met de behandeling van de psychische stoornis, en doelmatigheid, omdat de instroom en totale straf- en behandelduur afneemt. De sanctie-uitvoering wordt effectiever en levert na investeringen op termijn ook besparingen op.

Uitvoering

- De maatregelen zijn los van elkaar te implementeren, maar ook gecombineerd, met uitzondering van optie 1a en 1b.
- De maatregelen hebben afgezien van organisatorische uitdagingen vooral juridische implicaties. Vrijheidsbenemende maatregelen zijn alleen mogelijk met een juridische grondslag en er moet worden aangetoond dat dit in het belang is van de veiligheid en ter bescherming van anderen.
- Een scherpe afbakening van de selectiecriteria voor een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico is wenselijk. Voor het financieren van nazorg is aanpassing van regels noodzakelijk.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldoerslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1a. Tijdens gevangenisstraf behandeling starten	0	3	5	7	8	-9
1b. Geen gevangenisstraf i.c.m. forensische zorg	0	5	8	11	13	-3
2. Preventief onder toezicht	0	16	13	18	18	18
3. Nazorg financieren	9	17	34	34	34	34
Subtotaal met optie 1a	9	36	52	59	60	43
Subtotaal met optie 1b	9	38	55	63	65	49
Effect verkorting behandelduur						-20
Effect instroom vermindering recidive (=5% totale uitgaven)						-40
Totaal 1a	9	36	52	59	60	-17
Totaal 1b	9	38	55	63	65	-11

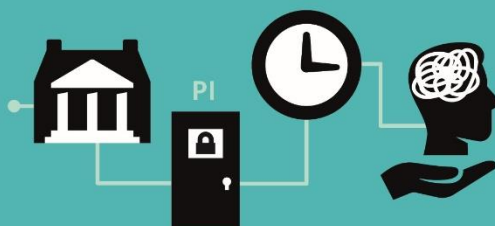
Beleidsvariant 3: Behandeling centraal

1

Maatregel 1: Eerder behandelen

1a: Tijdens gevangenisstraf
behandeling starten

1b: Geen gevangenisstraf
i.c.m. forensische zorg



2

Maatregel 2: Preventief onder toezicht 'groep van 1.500'



3

Maatregel 3: Nazorg financieren



Effect doelmatigheid: +
Effect recidive: ++
Effect beschermen
samenleving: ++

Budgettaire effecten	2021	2022	2023	2024	2025	Struc
Totaal met 1a	9	36	52	59	60	-17
Totaal met 1b	9	38	55	63	65	-11

(in € mln.; +=saldoverslechterend)

Thema 3 Zorg voor een veilige omgeving – Variant 4 Straf centraal

Omschrijving

In deze variant staat straf en vergelding centraal door middel van vier maatregelen die nadrukkelijk ook los van elkaar ingevoerd kunnen worden:

1. *Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel*: Alle vormen van forensische zorg worden afgeschaft; er bestaat geen stelsel van forensische zorg meer. Er is slechts veroordeling tot gevangenisstraf mogelijk, in de gevangenis wordt de noodzakelijke zorg die valt onder de zorgverzekeringswet aangeboden.
2. *Wet langdurig toezicht: ja tenzij*: Regelt dat alle veroordeelden met een delict waarvoor tenminste vier jaar gevangenisstraf staat langdurig toezicht opgelegd krijgen, tenzij een rechter anders beslist. Er wordt periodiek getoetst of verlenging wenselijk is.
3. *Elektronische monitoring*: Een groep van circa 5.000 personen die op basis van risicotaxaties een hoog risico op (ernstige) recidive hebben, zonder dat er sprake is van acuut gevaar, worden elektronisch gemonitord.
4. *Preventieve detentie*: In aansluiting op een gevangenisstraf wordt preventieve detentie opgelegd om de veiligheid van de samenleving te beschermen. Vrijheidsbeneming vindt plaats voor onbepaalde tijd met een periodieke rechterlijke toets die losstaat van het gepleegde misdrijf.

Effecten

- Het afschaffen van de forensische zorg levert op korte termijn een besparing op, maar zal de recidive waarschijnlijk verhogen, de instroom in de ggz vergroten en op termijn voor een toename van het aantal personen in de gevangenis zorgen. Dit zorgt waarschijnlijk voor een toename van kosten in sectoren buiten de forensische zorg.
- De maatregel ten aanzien van het langdurig toezicht zorgt ervoor dat op een logischer moment kan worden bepaald of het verstandig is langdurig toezicht toe te passen ter bescherming van de maatschappij.
- Het elektronisch monitoren van potentieel gevaarlijke personen zorgt ervoor dat deze groep niet uit beeld verdwijnt, waardoor de kans op recidive wordt beperkt.
- Preventieve opsluiting heeft als effect dat (potentieel) zeer gevaarlijke personen niet terugkeren in de maatschappij zolang zij een gevaar blijven vormen. Dat komt de maatschappelijke veiligheid ten goede; het proportionaliteitsbeginsel ten aanzien van de straf en het delict valt hiermee weg.

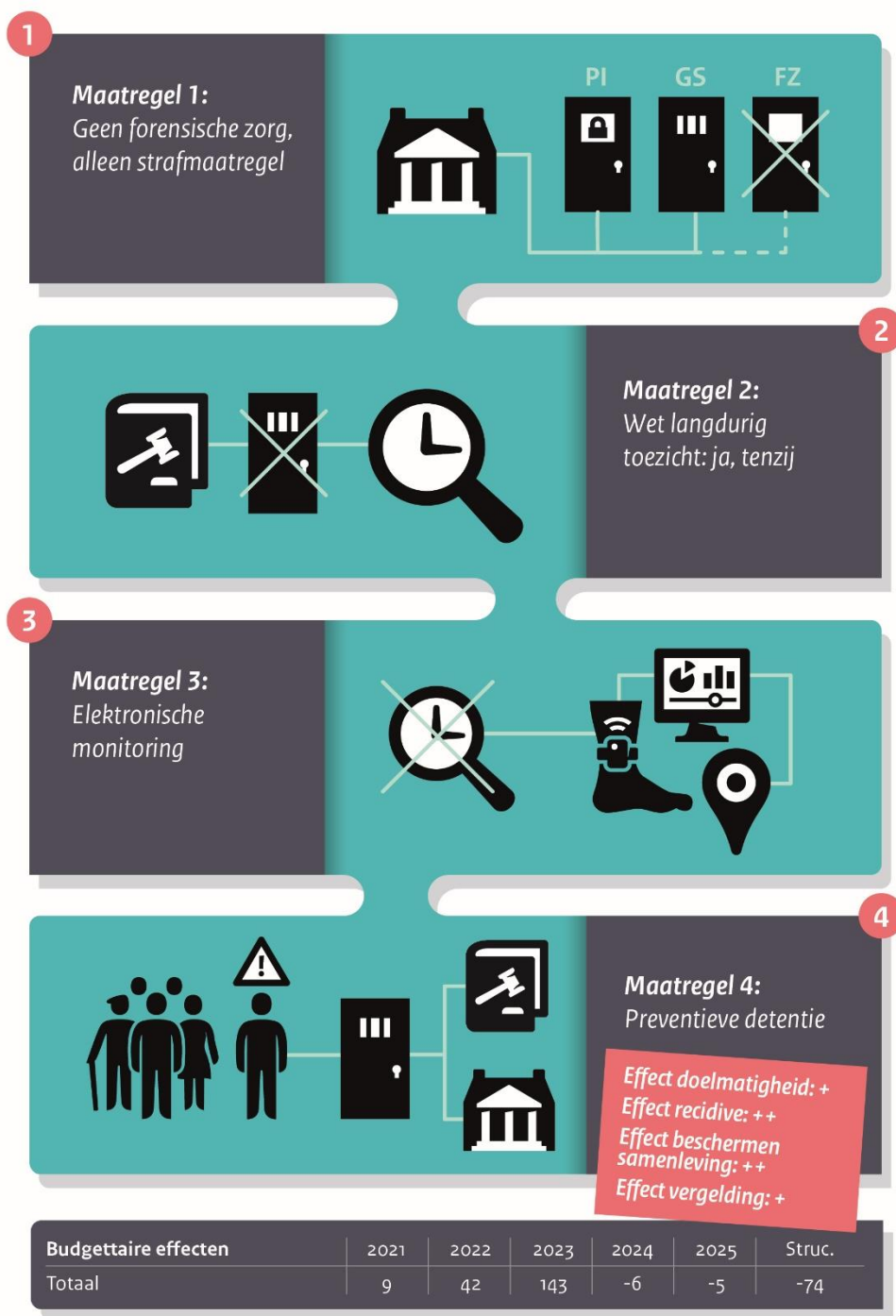
Uitvoering

- Het afschaffen van de forensische zorg vraagt naast wetwijzigingen ook veel aanpassingen van betrokken partijen en zorginstellingen en capaciteitsuitbreiding van het gevangeniswezen, inclusief frictiekosten.
- Maatregel 2 tot en met 4 zorgt voor extra taken bij partijen als de reclassering, het openbaar ministerie en de rechterlijke macht. Ook voor deze maatregelen zijn wetwijzigingen noodzakelijk.

Budgettaire gevolgen in mln. euro's (+ = saldoerslechterend)

	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1. Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel	0	0	-242	-242	-242	-242
<i>Frictiekosten bij 1</i>	0	0	300	150	150	0
2. Wet langdurig toezicht: ja, tenzij	9	17	34	34	34	34
3. Elektronische monitoring	0	25	49	49	49	49
4. Preventieve detentie	0	0	2	3	4	5
Subtotaal	9	42	143	-6	-5	-154
<i>Effect instroom door stijging recidive (=10% totale uitgaven)</i>						80
Totaal						-74

Beleidsvariant 4: *Straf centraal*



1 Inleiding

Forensische zorg is een wezenlijk onderdeel van het overheidsbeleid gericht op een veilige maatschappij. Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel aan iemand met een psychische of psychiatrische stoornis, verslaving of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd. Wat forensische zorg onderscheidt van een gevangenisstraf of een opname in een ggz-instelling is dat er sprake is van een *combinatie* van straf, behandeling en beveiliging. Daarmee opereert de forensische zorg op het snijvlak van twee werelden: het strafrecht en de zorg.

Het hoofddoel van de forensische zorg, vastgelegd in de Wet forensische zorg (Wfz), is het beperken van recidive. Oftewel, het voorkomen dat iemand die in de forensische zorg is behandeld na afloop van de behandeling, wanneer de forensische zorgtitel voorbij is, nogmaals een strafbaar feit pleegt. De recidivecijfers van het WODC laten zien dat de forensische zorg hierin relatief succesvol is.² In internationale vergelijking scoort Nederland hiermee redelijk goed.³

Dit betekent niet dat we ons als samenleving moeten neerleggen bij de huidige recidivecijfers. De cijfers illustreren immers ook dat het na behandeling in de forensische zorg met enige regelmaat misgaat. En als het dan ernstig misgaat, is hier veel maatschappelijke aandacht voor: de impact voor slachtoffers en maatschappij is hoog. Dit illustreren recente onderzoeken van de Inspectie JenV en Onderzoeksraad voor Veiligheid naar de casus Michael P. en de 'Amsterdamse metromoord', die vragen oproepen als: Hoe heeft het mis kunnen gaan? Waren veiligheidsrisico's wel voldoende in beeld? Hebben de betrokken organisaties wel voldoende samengewerkt? Is de balans tussen zorg en veiligheid niet te ver naar één kant doorgeslagen?

Deze vragen maken duidelijk dat forensische zorg balanceren is voor alle betrokken partijen, waarbij continu afwegingen moeten worden gemaakt tussen een rechtvaardige en proportionele strafmaat, genoegdoening voor slachtoffers, zorg en een menswaardig bestaan voor verdachte of dader, een veilige samenleving, een acceptabele risicomaat, een reële mogelijkheid tot re-integratie en de betaalbaarheid van de forensische zorg. Dit balanceren maakt dat het van belang is om met enige regelmaat stil te staan bij het stelsel van forensische zorg en kritische vragen te stellen. Is dit stelsel nog wel zo slim, eenvoudig en effectief georganiseerd als wenselijk is? Sluit het wel voldoende aan bij ontwikkelingen op andere beleidsterreinen en -dossiers, zoals de ggz, de Wmo, volkshuisvesting en de bredere justitiële keten? En blijft het stelsel wel houdbaar en betaalbaar in de toekomst?

In deze heroverweging voeren we een analyse uit om tot antwoorden te komen op deze vragen. En op basis van die antwoorden stellen we verschillende beleidsvarianten voor die doorontwikkeling van de forensische zorg in diverse richtingen mogelijk maken. Daarbij brengen we neutraal en zonder waardeoordeel de voor- en nadelen, uitvoerings- en budgettaire consequenties in beeld.

² WODC (2018). *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*.

³ Van der Wolf (2012). *Tbs: Veroordeeld tot vooroordeel*.

1.1 Opdracht werkgroep

De werkgroep Zorg voor een veilige omgeving heeft een taakopdracht meegekregen (zie bijlage 1). In de taakopdracht zijn vijf hoofdvragen opgenomen die de werkgroep in dit rapport beantwoordt:

1. Wat zijn de oorzaken van de groeiende capaciteitsbehoefte in de forensische zorg?
2. Hoe kan de beheersbaarheid van de forensische zorg worden vergroot?
3. Hoe kan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de forensische zorg worden versterkt en wat zijn de verwachte effecten?
4. Hoe kan de forensische zorg bijdragen aan een vermindering van de dreiging van gevaarlijke verwarde personen en de vermindering van recidive door (ex)justitiabelen?
5. Hoe kan de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere zorg worden verbeterd (o.a. i.r.t. het programma Continuïteit van Zorg)?

Op basis van de beantwoording van deze hoofdvragen, stelt de werkgroep vier beleidsvarianten voor. Alle varianten bevatten een aantal maatregelen die helpen de forensische zorg doeltreffender, doelmatiger of met meer focus op een van de strafdoelen te organiseren.

1.2 Budgettaire grondslag

De budgettaire grondslag van deze heroverweging is weergegeven in tabel 1. De aflopende reeks wordt verklaard doordat de budgettaire wijzigingen die voortvloeien uit het Prognosemodel Justitiële Ketens (PMJ) niet verder dan 2021 verwerkt zijn⁴.

Tabel 1: Budgettaire grondslag

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Uitgaven (in € mln.)	864	855	798	800	800	800

1.3 Dwarsdoorsnijdende thema's

Voor deze heroverweging zijn drie dwarsdoorsnijdende thema's relevant, namelijk maatschappelijk onbehagen, brede determinanten van zorggebruik en digitalisering. Maatschappelijk onbehagen is relevant omdat media-analyses aantonen dat bepaalde groepen burgers zich zorgen maken over de forensische zorg, de re-integratie van de forensische zorgpatiënt⁵ en de strafmaat. Onbehagen ontstaat ook door recidive: doen we wel voldoende om recidive te voorkomen? In hoofdstuk 4 doet de werkgroep bij beleidsvariant 3 en 4 voorstellen om op dit onbehagen in te spelen, waarbij in variant 3 de focus ligt op effectiviteit van de behandeling en in variant 4 meer oog is voor het strafdoel vergelding. Het thema brede determinanten van zorggebruik is ook relevant voor deze heroverweging, omdat meer inzicht in de factoren die bijdragen aan een verblijf in de forensische zorg kunnen helpen bij het ontwerpen van effectieve maatregelen. In de analyse in hoofdstuk 2 besteden we hier aandacht aan. Tot slot is ook het thema digitalisering van belang, omdat effectievere ICT-toepassingen en digitale informatie-uitwisseling bijdragen aan een doelmatige forensische zorg. Het thema digitalisering komt zowel in de analyse in hoofdstuk 2 als bij beleidsvariant 1 in hoofdstuk 4 aan de orde.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we de belangrijkste maatschappelijke en budgettaire ontwikkelingen binnen de forensische zorg en daarmee samenhangende terreinen.

⁴ Ministerie van JenV (2019). *Ontwerpbegroting 2020*.

⁵ In deze heroverweging worden de termen (forensische zorg)patiënt, delinquent, justitiabele en persoon met een forensische (zorg)titel door elkaar gebruikt.

In hoofdstuk 3 geven we een nadere analyse en beoordeling van het huidige beleid, identificeren we een aantal knelpunten en beantwoorden we hoofdvragen uit de taakopdracht. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 4 in op de vier beleidsvarianten.

In bijlage 1 is de taakopdracht opgenomen, in bijlage 2 de samenstelling van de werkgroep en in bijlage 3 de geraadpleegde bronnen en experts. In bijlage 4 vatten we de effecten van de varianten en maatregelen samen en beoordelen we de mate waarin maatregelen onderling samenhangen. Tot slot is bijlage 5 een separaat rapport van AEF waarin in opdracht van de werkgroep de levensverhalen van zes (ex-)forensische zorgpatiënten zijn opgetekend.

2 De belangrijkste maatschappelijke en budgettaire ontwikkelingen

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste maatschappelijke en budgettaire ontwikkelingen die raken aan de forensische zorg en het bredere thema zorg voor een veilige omgeving.

2.1 Maatschappelijke opgave

Ongeveer 40% van alle Nederlanders tussen de 18 en 64 jaar krijgt op enig moment in hun leven te maken met een psychische of psychiatrische aandoening. Jaarlijks worden meer dan één miljoen mensen hiervoor behandeld, onder andere binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Gelukkig komt slechts een beperkt deel van deze groep in aanraking met politie en justitie. Zij vertonen soms gevaarlijk en verward gedrag en als ze een delict plegen kan hun psychische of psychiatrische stoornis daar een rol in spelen. Naast hun psychische problemen kennen zij vaak ook andere problematiek, zoals schulden, werkloosheid en dak- of thuisloosheid.

De bekendste vorm van forensische zorg is de terbeschikkingstelling (tbs). Het grootste gedeelte van de patiënten ontvangt andere vormen van forensische zorg, zoals forensische zorg tijdens een gevangenisstraf in een penitentiaal psychiatrisch centrum (PPC), forensische zorg in een ggz-instelling, een instelling voor forensisch beschermd wonen of ambulante forensische zorg. De ambulante doelgroep, waarbij een patiënt niet in een instelling is opgenomen, is verreweg het grootst. In paragraaf 2.2 gaan we nader in op de verschillende vormen van forensische zorg.

Bij forensische zorg wordt continu gewerkt aan de veilige terugkeer van patiënten in de maatschappij. De patiënt neemt stap voor stap weer deel aan de samenleving en resocialiseert. Belangrijk onderdeel van de resocialisatie is het opnieuw wennen aan vrijheden door zowel begeleid als onbegeleid verlof. Inherent aan dit verlof is dat incidenten nooit in het geheel zijn uit te sluiten. Een belangrijke voorwaarde voor resocialiseren is dat een justitiabele bij terugkeer in de maatschappij wordt geaccepteerd en ondersteund. Terugkeer kan in sommige gevallen leiden tot maatschappelijke onrust. Het feitelijk risico op eventuele incidenten sluit niet een-op-een aan op de maatschappelijke perceptie hiervan.⁶ Een media-analyse suggereert dat burgers een groter veiligheidsrisico ervaren dan in het verleden, hoewel het feitelijk aantal incidenten in de afgelopen periode niet is gestegen. In de periode 2014–2018 waren er jaarlijks rond de 30–50 onttrekkingen⁷ uit de tbs.⁸

2.1.1 Rol van de Rijksoverheid en beleidsontwikkelingen

In 2004 werd de regering in de motie Van de Beeten gevraagd te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen. Aanleiding voor de motie waren lacunes in de samenwerking en afstemming tussen onder andere zorginstellingen, hulpverlening, justitie en gemeenten. Voor de uitvoering van deze motie is door de toenmalige ministers van Justitie, van VWS en van Financiën de werkgroep Houtman ingesteld. Deze werkgroep adviseerde in 2005 om de mogelijkheden tot sturing op zorg in strafrechtelijk kader te verbeteren door de financiering van deze zorg onder te brengen in de justitiebegroting. Met de

⁶ OvV (2019). *Forensische zorg en veiligheid: Lessen uit de casus Michael P.*

⁷ Bij een onttrekking 'onttrekt' een tbs'er zich bijvoorbeeld van zijn begeleiders tijdens een begeleid verlof of keert een tbs'er tijdens onbegeleid verlof niet terug in de kliniek.

⁸ Kamerstukken 2018/19, 29452, nr. 233.

effectuering daarvan in het programma Vernieuwing forensische zorg in strafrechtelijk kader, verschoof in 2007 het budget voor forensische zorg van het ministerie van VWS naar het ministerie van JenV. Het ministerie van JenV is sindsdien verantwoordelijk voor de capaciteit, inkoop, tarieven, indicatiestelling, bekostiging en plaatsing. De uitvoeringsverantwoordelijkheid is grotendeels belegd bij de Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), een agentschap van het ministerie van JenV.

Zoals hierboven opgemerkt is een kenmerk van forensische zorg terugkeer in de samenleving, eerst via verlof en daarna via (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel. Een belangrijk onderdeel daarvan is het inschatten van bijkomende risico's. Daarbij zoekt de Rijksoverheid naar een balans tussen de maatschappelijke veiligheid, de behandeling en de rechten en belangen van de patiënt. Het maatschappelijke risico dat de patiënt vormt blijft nadrukkelijk een inschatting. De minister van Rechtsbescherming heeft hierover onlangs in de Tweede Kamer gezegd: "Er is simpelweg nooit een garantie, nooit een 100%-garantie, dat het niet mis kan gaan".⁹

Uit verschillende rapporten die zijn gepubliceerd naar aanleiding van incidenten komen tekortkomingen in het forensische stelsel naar voren en blijkt dat er bij vlagen sprake is van maatschappelijke onrust. Zo stelde onder andere de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) dat de balans tussen zorg en veiligheid in de forensische zorg is doorgeschoten naar de component zorg, de afstand tussen de beleidsmakers en de zorginstellingen te groot is en de informatie-uitwisseling te wensen over laat.¹⁰ Incidenten leiden niet alleen tot maatschappelijke onrust. Ook de druk op de zorginstellingen en de overheid neemt erdoor toe. Dit kan zich uiten in een verkramping van het systeem, waarbij de politieke aandacht vooral uitgaat naar de incidenten en minder naar het functioneren van het stelsel en er een kloof bestaat tussen veiligheidsverwachtingen van de burger en te geven veiligheids garanties in het stelsel. Op basis van een casussenanalyse constateert het WODC¹¹ dat politieke gevoeligheid, maatschappelijke onrust en mediagevoeligheid, leiden tot aanvullende wetgeving en richtlijnen en dat hierdoor minder maatwerk op het gebied van behandeling en vrijheden van de forensische zorgpatiënt mogelijk is.

In 2018 heeft het ministerie van JenV de meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021 opgesteld met onder andere GGZ Nederland (GGZ NL) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.¹² Hierin zijn afspraken gemaakt om de kwaliteit en veiligheid van patiënten en medewerkers in de forensische zorg op peil te brengen. Zo wordt er geïnvesteerd in het terugdringen van de administratieve lasten met 25% en wordt er een campagne gestart om het imago van de forensische zorg te verbeteren en zo de (zij-)instroom van nieuwe medewerkers te bevorderen. Om de afspraken uit te voeren is de Taskforce forensische zorg ingericht.¹³ In 2019 is door het ministerie van JenV een pakket aan maatregelen genomen in de forensische zorg in reactie op de onderzoeksrapporten naar de casus Michael P.¹⁴ Sindsdien zijn er enkele knelpunten weggewerkt. Zo is met het Besluit forensische zorg meer informatie-uitwisseling verplicht, waardoor gegevens uit het persoonsdossier en het behandeldossier van gedetineerden moeten worden gedeeld met de forensische instelling of de reclassering. Ook is het voor personen die mogelijk voor tbs in

⁹ Kamerstukken 2018/19, 29 452 nr. 233.

¹⁰ OvV (2019). *Forensische zorg en veiligheid: Lessen uit de casus Michael P.*

¹¹ WODC (2011). *Tbs-behandeling geprofileerd, een gestructureerde casussenanalyse.*

¹² Ministerie van JenV (2018). *Meerjarenovereenkomst forensische zorg.*

¹³ Op de website www.taskforceforensischezorg.nl is de voortgang te monitoren en meer informatie te vinden.

¹⁴ Ministerie van JenV (2019). *Voortgang maatregelen onderzoeken Michael P.*

aanmerking komen, vastgelegd in het Besluit weigerende observandi, moeilijker geworden met het weigeren van medewerking aan gedragskundig onderzoek de oplegging van de tbs-maatregel te voorkomen. Een laatste voorbeeld is dat veroordeelden van ernstige gewelds- en zedenmisdrijven niet meer uitgeplaatst kunnen worden zonder dat daar een recente delictanalyse en risicotaxatie aan vooraf is gegaan.

2.1.2

Straf en behandeling

Wie in Nederland een strafbaar feit pleegt kan daarvoor worden veroordeeld tot een straf. Er bestaan allerlei vormen van straf, van een geldboete tot een gevangenisstraf of een verplichte behandeling. Een straf wordt om vier redenen opgelegd: vergelding, voorkomen van herhaling, afschrikken en het beschermen van de samenleving. Het opleggen van forensische zorg is gericht op het voorkomen van herhaling en het beschermen van de samenleving. In de forensische zorg wordt dan ook gesproken over een behandeling in plaats van een straf. De behandeling heeft echter wel een gedwongen karakter en is daarmee, afhankelijk van de behandeling, vrijheidsbenemend of vrijheidsbeperkend. De mate waarin de behandeling vrijheidsbenemend of vrijheidsbeperkend is, wordt bepaald door de straf. Overigens is er soms ook sprake van een combinatie van straf en behandeling. Een gevangenisstraf voorafgaand aan de behandeling komt de behandeling niet altijd ten goede.¹⁵ Dit blijkt bijvoorbeeld uit het verhaal van Kees en Kermit in bijlage 5.

Kees:

"Ik voetbalde soms in de gevangenis. Maar dan vertelde ik waarvoor ik zat. Toen wilden ze niet meer met me praten. Dan werd ik uitgescholden. Toen heb ik geleerd mijn verhaal niet meer te delen."

Kermit:

Er is weinig voorbereiding voor tbs. Hij moet zich staande houden in de hiërarchie. "Het is echt een kat en muis spel. In de gevangenis had ik me tot aan de tanden toe bewapend. Je bouwt een verweermodus op. Dat zit je echt dwars als je dan naar de tbs gaat." Volgens hem is dat te voorkomen. "In de kliniek gaat het niet om bestraffen. Het gaat om hulp. Het zou helpen als je dat vanuit de gevangenis al meer mee zou krijgen. Dan kom je iets positiever binnen."

2.1.3

Relatie met andere maatschappelijke sectoren en beleidsterreinen

De forensische zorg streeft ernaar om patiënten op een verantwoorde manier terug te laten keren in de maatschappij. Uit onderzoek blijkt dat onderdeel van een succesvolle re-integratie na behandeling is het hebben van een baan, onderdak, het aflossen van schulden en het herstellen van relaties. Patiënten zijn veelal niet in staat al deze zaken zelfstandig te regelen en moeten hier dus voor het aflopen van hun forensische zorgtitel bij worden geholpen. Hier ligt een belangrijke rol voor gemeenten en andere instanties. Dat blijkt ook het geval bij het verhaal van Jeffrey in bijlage 5.

Jeffrey:

Jeffrey heeft op dit moment te maken met dertien overheidsinstanties. "Ik heb ze nodig, maar het zijn er wel veel", vertelt hij. "De afspraken met alle instanties voelen voor mij als een werkdag."

Woningmarkt

¹⁵ WODC (2018). *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*.

De druk op de woningmarkt¹⁶ heeft binnen de forensische zorg vermoedelijk vooral invloed op het forensisch beschermd wonen. Het gebruik hiervan is in de afgelopen jaren fors toegenomen: in 2012 waren er 400 plaatsen, in 2017 waren dit er 1.550¹⁷. Een aannemelijke verklaring die geopperd is door experts die de werkgroep sprak is dat patiënten na hun behandeling moeilijker aanspraak kunnen maken op een zelfstandige woning, omdat deze slechts beperkt beschikbaar zijn. Om ervoor te zorgen dat een patiënt toch onderdak heeft, kan het door behandelaars noodzakelijk worden geacht de patiënt langer 'vast te houden' in een forensische klinische setting of beschermd wonen als beschermende factor in het kader van risicomanagement. Dit bevordert de doorstroom niet. Mogelijk wordt ook de meerwaarde van forensisch beschermd wonen door de rechter groter geacht dan voorheen.

Aanpak gevaarlijke verwarde personen

De politie is in 2011 begonnen incidenten met personen met verward gedrag te registreren. Het aantal meldingen van personen met verward gedrag is sindsdien sterk toegenomen, tot boven de 80.000 per jaar. Dit heeft in 2016 geresulteerd in de oprichting van het schakelteam personen met verward gedrag. Dit zorgde er bijvoorbeeld voor dat gemeenten een aanpak gingen opstellen voor verwarde personen, onder andere door samenwerking tussen verslavingszorg, gemeentelijke wijkteams en woningcorporaties te stimuleren. Een belangrijke nuancering hierbij in relatie tot deze brede maatschappelijke heroverweging is dat niet alle verwarde personen ook daadwerkelijk gevaarlijk zijn en daarmee een grotere kans hebben in de forensische zorg te belanden. Uit een analyse van politieregistraties van verward gedrag blijkt bijvoorbeeld dat het vaak om personen met dementie gaat, burenruzies en agressie en fors alcohol- of drugsgebruik, waarbij ook armoede, verslaving of verstandelijke beperkingen een rol spelen.¹⁸ Dat is ook het geval in het verhaal van Jeffrey in bijlage 5.

Jeffrey:

"Het begon met één keertje coke. Toen werd het wekelijks en toen dagelijks." Hij verandert door de drugs. Hij is zichzelf niet meer. "Ik lulde wartaal, leugens en bedroog. Ik leefde in een wereld die nergens op gebaseerd was." De drugs maken veel kapot. Hij komt in een depressie terecht. Hij wordt snel boos en kan zijn agressie niet goed in bedwang houden. "Ik heb toen een akkefietje met m'n moeder gehad. Ik heb haar klappen gegeven en haar bij haar strot gepakt."

Dit neemt niet weg dat er een groep gevaarlijke verwarde personen is die nog onvoldoende in het vizier is. De aanpak voor deze groep is nog niet 'sluitend'. Zo concludeerde de commissie-Hoekstra dat de aanbevelingen die naar aanleiding van de moord op oud-minister Els Borst zijn gedaan, nog niet voldoende zijn opgevolgd. Uit een recente beleidsreactie op de tweede monitorrapportage van Hoekstra blijkt dat er nog steeds zorgen zijn over de groep mensen met psychiatrische stoornissen die zeer agressief zijn en overlastgevend en gevaarlijk gedrag vertonen.¹⁹ Een van de maatregelen die in de beleidsreactie wordt aangekondigd is het ontwikkelen van een actiegerichte aanpak voor deze groep en samenwerking tussen veiligheid, zorg en het sociale domein te bevorderen. Een andere actie was het in kaart brengen van de groep waar het om gaat, door een quickscan van AEF. Uit deze quickscan bleek dat het om een groep van ongeveer 850 tot 1450 personen gaat die ernstig verward

¹⁶ Woningmarkt is onderdeel van BMH7 Goed wonen als onderdeel van integrale gebiedsontwikkeling.

¹⁷ AEF (2018). *Ontwikkelingen in forensisch beschermd wonen*.

¹⁸ RIVM (2018). *Monitor Personen met verward gedrag*.

¹⁹ Kamerstukken 2018/19, 32399, nr. 24.

gedrag vertoont en een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico met zich meebrengt.²⁰

Ontwikkelingen in de ggz

In de forensische zorg heeft ongeveer 60% van de patiënten een voorgeschiedenis in de ggz, 40% van de patiënten heeft dat dus niet.²¹ Een significant deel van de patiënten waarvan de forensische zorgtitel afloopt heeft na behandeling behoefte aan een reguliere ggz-behandeling. Veel aanbieders van forensische zorg bieden ook ggz-behandelingen. Ondanks dat de zorg vaak bij dezelfde aanbieders plaatsvindt, staan de forensische zorg en de ggz behoorlijk op zichzelf. De ggz wordt namelijk bekostigd vanuit de zorgverzekeraars, terwijl forensische zorg wordt bekostigd vanuit het ministerie van JenV. Hierdoor loopt ook de verantwoording anders. Er is weinig bekend of en hoe patiënten vanuit de forensische zorg doorstromen in de ggz en vice versa.

In de ggz is sinds 2008 een trend ingezet om het aantal intramurale ggz-plekken te verminderen en meer ambulante behandelingen aan te bieden. Het streven is om in 2020 een derde van de bedden afgebouwd te hebben ten opzichte van het jaar 2008.²² Het is onduidelijk in welke mate de ambulantisering van de ggz gevolgen heeft voor de instroom in de forensische zorg, al wordt in een rapport van Significant over de vraagontwikkeling van de forensische zorg wel opgemerkt dat dit één van de oorzaken van de groei is.²³

Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Binnen de gehele zorgsector is er spanning op de arbeidsmarkt. Zo constateerde de voorzitter van de Sociaal Economische Raad (SER) onlangs dat in de sector zorg en welzijn grote tekorten aan personeel zijn. Dit geldt zowel voor artsen, verpleegkundigen als verzorgenden. Dat zet de kwaliteit en toegankelijkheid van de sector onder druk en leidt tot hogere werkdruk en meer onvrede op de werkvloer. AEF en de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) concluderen bijvoorbeeld dat er binnen de forensische zorg te weinig ervaren personeel en een hoog ziekteverzuim is.²⁴

2.2 Opbouw en ontwikkeling forensische zorg

'De forensische zorg' is een breed begrip en bestaat uit allerlei verschillende onderdelen. Weliswaar is tbs het meest bekend, de meeste patiënten die behandeld worden in de forensische zorg worden behandeld in de zogenaamde 'overige forensische zorg'. De verschillende onderdelen en kenmerken van patiënten bespreken we in deze paragraaf. Verschillende experts drukten de werkgroep op het hart oog te hebben voor de verschillen en de forensische zorg niet over één kam te scheren.

2.2.1 Vormen van forensische zorg

Er zijn 28 forensische zorgtitels: 24 strafrechtelijke titels, twee vormen van forensisch psychiatrisch toezicht (fpt), verdiepingsdiagnostiek en de voorgenomen indicatiestelling van de reclassering. De forensische zorgtitels zijn niet volledig bepalend voor het type forensische zorg dat de patiënt ontvangt. Deels parallel aan

²⁰ AEF (2018). *Quickscan personen met ernstig verward gedrag en een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico*.

²¹ NZa (2018) *Monitor Continuïteit van forensische zorg*.

²² Trimbo instituut (2015). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2015*.

²³ Significant (2014). *Vraagontwikkeling OFZ: Onderzoek naar de oorzaken van de stijging naar de vraag van Overige Forensische Zorg*.

²⁴ AEF (2018). *Forensische zorgen*; RSJ (2018). *Ontwikkelingen en knelpunten bij forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen*.

de titels en deels over de titels heen worden binnen de forensische zorg drie segmenten en binnen ieder segment drie zorgtypes onderscheiden. Bij klinische forensische zorg gaat het veelal om zorg in een gesloten instelling. Bij ambulante forensische zorg gaat het om zorg die patiënten thuis ontvangen of in een zorginstelling waar ze slechts voor de behandeling zelf naartoe gaan maar niet wonen. Forensische verblijfszorg is gericht op het wonen met begeleiding of bescherming. De indeling in segmenten weerspiegelt de problematiek van de zorgontvangers, de indeling in zorgtypes is gebaseerd op de zorgsetting en het beveiligingsniveau. In tabel 2 zijn de verschillende onderdelen van de forensische zorg weergegeven.

Tabel 2: Verschillende segmenten en zorgtypen in de forensische zorg²⁵

Segment				
Zorgtype		Forensische psychiatrie	Forensische verslavingszorg	Forensisch verstandelijke gehandicaptenzorg
	Klinische forensische zorg	Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Psychisch Penitentiair Centrum (PPC) Forensisch Psychiatrisch Kliniek (FPK) Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) Reguliere ggz	Forensische Verslavingskliniek Forensische Verslavingsafdeling	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk beperkt forensisch (SGLVG+)
	Ambulante forensische zorg	Forensisch Psychiatrische Polikliniek Reguliere ggz	Forensische Verslavingspolikliniek Reguliere Verslavingszorg	Polikliniek licht verstandelijke beperking (LVB)
	Forensische verblijfszorg	Regionale instelling voor beschermend en begeleid wonen Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (longstay)	Regionale instelling voor beschermend en begeleid wonen	Verstandelijk gehandicaptenzorg

2.2.2

Rechtspositie van de patiënt

De rechten en plichten van een patiënt zijn mede afhankelijk van de strafrechtelijke titel. Zo zijn in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) regels gesteld voor de verpleging van overheidswege en de rechtspositie van tbs-gestelden. Indien tbs-gestelden of andere patiënten met een justitiële titel in een FPA, FPK of andere ggz-instelling verblijven is de interne rechtspositie afhankelijk van de strafrechtelijke titel geregeld in de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) of de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang. Tot 31 december 2019 was dit de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

²⁵ Ministerie van JenV (2018). *Handboek Forensische zorg*.

De forensische titel van een patiënt is sterk van invloed op de behandeling en het beveiligingsniveau van de patiënt. Belangrijk voor de behandeling is ook de duur. Alleen tbs met bevel tot verpleging van overheidswegen kan ongemaximeerd verlengd worden. De andere titels hebben allemaal een vastgestelde einddatum. Dit maakt dat een patiënt in principe, ongeacht de mate waarin behandeling geslaagd of afgerond is, na een vastgestelde periode terugkeert in de maatschappij. Na het aflopen van de forensische titel kan behandeling van een patiënt nog wel gewenst zijn. Dit dient dan te gebeuren in een ander zorgdomein, bijvoorbeeld via de reguliere ggz of Wmo. De verplichte zorg valt daarmee wel weg. Dit is kwetsbaar, want de ingewikkelde doelgroep met ernstige psychiatrische problematiek heeft baat bij de continuering van zorg. Dit speelt bijvoorbeeld ook in het verhaal van Jeffrey in bijlage 5.

Jeffrey:

"Je krijgt een band met zo iemand. Het voelt vertrouwd. Iets wat je van je ouders nooit hebt gehad of gekend. Mensen zijn ook anders naar mij gaan kijken. Ze zagen wel dat ik wilde veranderen, maar dat het niet altijd lukte. Ze hielden mij altijd een hand boven m'n hoofd". Jeffrey wilde nog een jaar extra een toezichthouder hebben. Maar dat mocht niet. "Als zo'n instantie weggaat die meer betekent dan je ouders, dan doet dat pijn."

2.2.3

Ontwikkeling van het aantal patiënten in de verschillende onderdelen van de forensische zorg

De overeenkomst tussen personen in de forensische zorg is dat ze een (voorwaardelijke) straf en/of maatregel opgelegd hebben gekregen door de rechter en dat er sprake is van een psychische of psychiatrische stoornis. Het overgrote deel van de personen in de forensische zorg is man. In de overige forensische zorg is 90% man; in de tbs is dit meer dan 90%. Het aandeel personen met een licht verstandelijke beperking (Ivb) neemt de laatste jaren toe. Binnen de FPC's was dit bijvoorbeeld 16% in 2006 terwijl het aandeel in 2013 al 33% bedroeg. Bij ongeveer een kwart van de patiënten in de forensische zorg is sprake van een aan een middel gebonden stoornis, bijvoorbeeld alcohol- of drugsverslaving. Ook veel voorkomend zijn de persoonlijkheidsstoornissen (15%), schizofrenie en andere psychotische stoornissen (13%) en stoornissen in de kindertijd (13%).²⁶

Het type delict waarvoor forensische zorg opgelegd wordt varieert. Waar het beeld soms is dat forensische zorg alleen opgelegd wordt bij ernstige gewelds- of zedendelicten, is dit in de praktijk niet zo. Zo wordt in een kwart van de gevallen forensische zorg opgelegd voor een zogenaamd midden geweld delict (wapenbezit, intimidatie, openlijke geweldpleging) en in ruim 10% voor licht geweld (belediging groep, valse aangifte, mishandeling, vernieling), 13% van de opleggingen betreft een delict op het terrein van zeden en 10% zwaar geweld, zoals zware mishandeling of vrijheidsberoving.

In tabel 3, 4 en 5 zijn respectievelijk het aantal gerealiseerde plaatsen per forensische zorgtype en de instroom en uitstroom van patiënten in de forensische zorg weergegeven.²⁷ Tabel 3 laat over de periode van 2014 tot en met 2018 een stijging zien in het gemiddelde aantal gerealiseerde plaatsen in de forensische verblijfszorg en PPC. Daarnaast is een daling te zien van het gemiddelde aantal gerealiseerde plaatsen tbs in de periode 2014-2018, maar tegelijkertijd in tabel 4 een stijging van de instroom in de tbs.²⁸

²⁶ DJI (2019). *Infographic forensische zorg*.

²⁷ Deze informatie is gebaseerd op data uit het bronsysteem IFZO, Tulp en Mits.

²⁸ De kwaliteit en betrouwbaarheid hiervan is niet volledig, waardoor aan de cijfers geen conclusie gehangen kan worden. Primair doel van deze registratiesystemen is om forensische zorgpatiënten en justitiabelen te registreren, te matchen en te plaatsen bij de best mogelijke zorginstellingen op basis van de zorgindicatie. De data in dit

Tabel 3: Gemiddelde gerealiseerd aantal plaatsen in de forensische zorg per jaar

	2014	2015	2016	2017	2018
Klinische forensische zorg	1.046	1.063	965	1.042	1.078
Forensische verblijfszorg	880	1.147	1.394	1.560	1.661
Tbs	1.782	1.630	1.491	1.396	1.395
PPC	620	620	620	632	630

Tabel 4: Instroom forensische zorg

	2014	2015	2016	2017	2018
Klinische forensische zorg	506	394	416	420	431
Forensische verblijfszorg	433	429	480	515	500
Tbs	92	118	108	117	138
PPC	1.399	1.401	1.485	1.660	1.598
Ambulant behandeling	6.232	5.797	5.137	4.580	4.394
Ambulante begeleiding	634	791	976	1.035	1.202

Tabel 5: Uitstroom forensische zorg

	2014	2015	2016	2017	2018
Klinische forensische zorg	624	559	517	464	544
Forensische verblijfszorg	320	427	470	591	590
Tbs	153	188	170	210	156
PPC	1.362	1.351	1.482	1.617	1.542
Ambulante behandeling	4.546	5.074	5.322	4.984	4.639
Ambulante begeleiding	668	879	1.188	1.315	1.501

2.3

Forensische zorg vanuit ketenperspectief

In de forensische zorgketen hebben patiënten te maken met een keten van instellingen en professionals die daarin werkzaam zijn. De doeltreffendheid en doelmatigheid van de forensische zorg wordt sterk beïnvloed door de mate waarin samenwerking tussen deze organisaties goed verloopt en de overgangen vanuit het perspectief van de patiënt geborgd zijn.

2.3.1

Rollen en verantwoordelijkheden betrokken actoren

De minister van JenV is verantwoordelijk voor het stelsel forensische zorg en is daarmee politiek verantwoordelijk. De niet forensische, reguliere zorg valt onder stelselverantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. De rol van JenV ten aanzien van forensische zorg is directer dan de rol van VWS ten aanzien van reguliere zorg. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de forensische zorg is grotendeels belegd bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van JenV. DJI levert zelf zorg in twee Rijks FPC's en vier PPC's, in de overige gevallen koopt DJI zorg in via aanbestedingen bij (particuliere) zorgaanbieders.

systeem verandert dagelijks en dat heeft ook invloed op de informatie die hierop gebaseerd wordt. Dit betekent dat informatie uit de systemen altijd gezien moet worden als een momentopname en verschillende informatie kan weergegeven op verschillende momenten voor dezelfde criteria. Daarnaast is er sprake van een onvolledigheid en ondeugdelijke registratie die een sterke invloed op de data en de conclusies die hieruit getrokken kunnen worden.

Forensische zorg wordt in de meerderheid van de gevallen verleend naar aanleiding van een uitspraak van de rechter. De rechter kan verschillende vormen van (gedwongen) zorg opleggen. Welke zorg een persoon krijgt wordt bepaald door één van de indicatiestellende partijen. Indicatiestelling is het vaststellen van de zorgbehoefte en de eventuele beveiligingsnoodzaak. De indicatiestelling vindt onafhankelijk van het zorgaanbod en de zorginkoop plaats.

Gemeenten hebben een belangrijke rol bij de terugkeer in de maatschappij, vooral op het gebied van veiligheid, werk en inkomen. In veel gevallen hebben personen die uit de forensische zorg komen een indicatie voor beschermd wonen die vanuit de Wmo onder verantwoordelijkheid van de gemeenten wordt geregeld omdat de stap naar zelfstandig wonen vaak groot is.

Bij de forensische zorg zijn verschillende toezichthouders betrokken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt zich bezig met markttoezicht en het vaststellen van tarieven en prestaties voor de forensische zorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is verantwoordelijk voor het toezicht op veiligheid, kwaliteit, en toegankelijkheid van de medische zorg in de forensische zorg. De Inspectie Justitie en Veiligheid houdt toezicht op organisaties die forensische zorg bieden, waarbij onder andere aandacht is voor maatschappelijke re-integratie, rechtsposities van de patiënt, de interne veiligheid en de maatschappelijke veiligheid.

2.3.2

Instroom, doorstroom en uitstroom

Forensische zorg staat zoals eerder geconstateerd niet op zichzelf. Patiënten zijn in veel gevallen al eerder behandeld. Ná behandeling in de forensische zorg stromen patiënten veelal uit naar andere vormen van zorg of (maatschappelijke) ondersteuning. Ook is het essentieel dat patiënten binnen de forensische zorg kunnen doorstromen van zwaardere naar lichtere zorg of andersom. De overgang binnen de forensische zorg en de overgang naar zorg in een ander domein verloopt niet altijd soepel. Dit kan gevolgen hebben voor de behandeling en behandelduur van forensische zorgpatiënten, de kosten en uiteindelijk de veiligheid van de maatschappij bij terugval en recidive. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit het verhaal van Danielle uit bijlage 5. Hetzelfde geldt voor patiënten die (nog) geen delict hebben gepleegd en zorg nodig hebben. In tabel 6 is een kwalitatief overzicht weergegeven van instroom-, doorstroom- en uitstroomroutes in de forensische zorg.

Danielle:

Ze zit acht maanden in de FPA.

"Ik heb het daar goed gehad.

Maar aan het einde was ik er wel klaar mee. Toen moest ik nog wel drie maanden wachten. Want er waren lange wachtlijsten voor beschermd wonen." Toch krijgt ze door haar justitietitel best snel een woonplek. "Als je met Wmo gaat, dan is het heel moeilijk. Maar nu betaalt justitie. Dan gaat het sneller. Anders had ik langer in de FPA moeten blijven."

Tabel 6: Instroom, doorstroom, uitstroomroutes forensische zorg²⁹

Verleden in ggz of fz	Instroom	Doorstroom	Uitstroom
Patiënt is in behandeling (geweest) in de ggz of fz Patiënt heeft langdurige ggz (Wlz) ontvangen of is bekend bij gemeente	Strafrechtelijke titel Plaatsing in de fz	Naar een lichtere of zwaardere vorm van fz of naar een andere aanbieder Van en naar zorg met fz karakter	Naar de reguliere ggz (Zvw) Naar beschermd wonen (Wlz)

²⁹ NZa (2018). *Monitor continuïteit van zorg*.

Patiënt heeft geen verleden in de ggz of fz		(beveiligde ggz, Zvw)	Naar begeleiding, schuldhulpverlening etc. (Wmo)
---	--	-----------------------	--

Qua instroom is bekend dat van de patiënten die instromen in de forensische zorg ongeveer 60% tot drie jaar daarvoor is behandeld in de reguliere ggz. Voor tbs ligt dit percentage zelfs boven de 80%. Daarnaast is bijna 80% van de patiënten die tbs opgelegd krijgen eerder veroordeeld.³⁰ Het grootste deel hiervan is behandeld in de gespecialiseerde ggz. 21% van de patiënten heeft zorg ontvangen tot een maand voorafgaand aan de instroom in de forensische zorg. In tabel 7 is een overzicht weergegeven dat door de NZa is opgesteld.

Tabel 7: Instroom forensische zorg

Zorgvorm	Tegelijk ggz en fz	< 1 maand vooraf	< 3 maanden vooraf	< 6 maanden vooraf	< 1 jaar vooraf	<3 jaar vooraf
Basis-ggz ³¹	0%	1%	2%	3%	4%	5%
Gespecialiseerd (en tweedelijns) ggz	10%	17%	21%	24%	29%	37%
Langdurige zorg (Zvw of Wlz)	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Combinatie van 2 of meer zorgvormen	1%	2%	3%	4%	7%	14%

Ook bij uitstroom is er voor veel patiënten een behoefte aan de continuering van zorg. Iets meer dan de helft van de forensische zorgpatiënten komt binnen drie jaar na hun behandeling in de forensische zorg weer terug in de reguliere ggz.³² In tabel 8 is weergegeven hoeveel procent van de patiënten vervolgzorg krijgt na het aflopen van de forensische titel. Naar schatting is er een doelgroep van 5.000 personen die gedurende hun leven intensief gebruik maken van deze verschillende zorgvormen. Deze personen volgen verschillende routes tussen de geestelijke gezondheidszorg, de forensische zorg en de maatschappelijke opvang. Op de grensvlakken van deze domeinen opereren de aanbieders van zorg en begeleiding. De domeinen kennen veelal hun eigen kaders, regels en bekostigingssystematiek.

Tabel 8: Behoeftte vervolgzorg na uitstroom

Type forensische zorg	Gemiddeld percentage vervolgzorg		
	2015	2016	2017
PPC	84%	85%	80%
Ambulante behandeling	56%	54%	58%
Klinisch	63%	77%	72%
Beschermde wonen/ambulant	46%	54%	57%

2.3.3

Indicatie, plaatsing en regievoering

Voordat een patiënt behandeling krijgt dient er een indicatie te zijn. Het strafrechtelijke vonnis en de onafhankelijke indicatiestelling bepalen de zorgbehoefte en de beveiligingsnoodzaak van de patiënt. Dit vindt onafhankelijk van het zorgaanbod en de zorginkoop plaats zodat de objectiviteit van de indicatie is

³⁰ WODC (2017). *Van voorwaardelijk naar onvoorwaardelijk terbeschikkinggesteld*.

³¹ Inclusief praktijkondersteuner huisarts ggz en eerstelijnspsycholoog.

³² NZa (2018). *Monitor continuïteit van zorg*.

geborgd. Er zijn drie momenten waarop indicatiestelling plaatsvindt: tijdens de rechtsgang na het plegen van een delict, tijdens de detentie of tijdens de periode dat de justitiabele onder toezicht staat van de reclassering. Naast indicatie is er ook herindicatie mogelijk wanneer de zorgbehoefte of de beveiligingsnoodzaak stijgt. De indicatiestelling en herindicatiestelling ligt niet bij één organisatie. In tabel 9 is weergegeven welke instellingen voor de verschillende vormen van forensische zorg indiceren.

Tabel 9: Overzicht indicatiestelling

	Ambulante zorg	Verblijfszorg	Klinische zorg
NIFP/IFZ		X	X
3RO	X	X	
PMO (GW)	X	X	X

Na indicering start de plaatsing. Net als bij indicering zijn er meerdere organisaties die de plaatsing regelen. De plaatsende instanties gaan op zoek naar een zorgaanbieder die de geïndiceerde zorg en de vereiste beveiliging kan leveren. Een overzicht is weergegeven in tabel 10.

Tabel 10: Overzicht plaatsing

	Ambulante zorg	Verblijfszorg	Klinische zorg
DIZ		X	X
3RO	X	X	
PMO (GW)	X	X	

2.3.4

Samenwerking tussen ketens

Zoals eerder in dit rapport geconstateerd, hebben veel verschillende partijen een rol en verantwoordelijkheid bij de forensische zorg. Uit reconstructies van incidenten door de inspecties en de OvV blijkt dat er zwakke plekken zitten in de forensische zorgketen en tussen de verschillende ketens die sterk samenhangen met de forensische zorg, zoals de ggz en de Wmo. Dit terwijl diverse rapporten laten zien dat het om een ingewikkelde doelgroep gaat met ernstige psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en gedragsproblemen die zich regelmatig en gedurende lange periode beweegt tussen de forensische zorg, de ggz en de maatschappelijke ondersteuning. Dit impliceert dat de betrokken partijen ten behoeve van deze personen én de bescherming van de maatschappij en de inperking van overlast goed moeten samenwerken. Waar vanuit systeemperspectief wellicht heldere rollen en verantwoordelijkheden te definiëren zijn voor de betrokken organisaties, is dat vanuit het perspectief van de samenleving minder het geval.³³

Binnen de verschillende ketens gaat het dus vaak over dezelfde personen of personen met vergelijkbare kenmerken. Het kan soms 'toeval' zijn (i.e., omstandigheden anders dan de primaire stoornis) of een persoon in de justitiële sfeer dan wel puur in de zorgsfeer terecht komt.

Kees:

Kees krijgt nu bezoek van een vrijwilliger. Hij was er zelfs met kerstavond. "Dat was heel speciaal voor mij. Dat iemand écht voor mij komt." Ook op zijn volgende woonplek komt de vrijwilliger langs. En als hij vrijkomt ook. Dan kan Kees hem bellen met vragen. Of om af te spreken. Kees heeft verder niemand om te zien als hij vrij is. "Ik wil straks minimaal één persoon met wie ik dingen kan delen. Die niet wegl loopt. Die weet van mijn delict."

³³ Crijns et al. (2018). *Ketens de baas: Pijlers en bouwstenen voor ketensturing*.

In beide sectoren beschouwt behandelend personeel de stoornis daarom ook als het primaire aangrijpingspunt voor actie, niet de justitietitel. Maar zeker bij instroom en doorstroom zien we dat kwaliteitsmeting en -borging, de mate van transparantie, informatie-uitwisseling, bekostiging en (uitvoerings)processen in de verschillende domeinen sterk van elkaar verschillen.³⁴ Het doel van het ministerie van JenV om de recidive te verminderen en de veiligheid van de samenleving te vergroten en het doel van het ministerie van VWS om de zorg aan psychiatrische patiënten te verbeteren in de forensische zorgketen is complementair aan elkaar. Na afloop van de forensische titel is er immers nog vaak behoefte aan zorg of begeleiding. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het verhaal van Kees in bijlage 5.

Significant heeft in 2012³⁵ een onderzoek laten uitvoeren waarin zij veel politiek-bestuurlijke dynamiek constateren: "Bij veiligheid en justitie meer nadruk op centrale regie, op beveiliging (van de samenleving), op straf en op recidivevermindering. Bij zorg (ggz) op bezuinigingen, op prioritering, op extramuralisering en op gereguleerde marktwerking". Sindsdien zijn er door JenV en VWS verschillende acties ondernomen om de ketens beter op elkaar aan te sluiten, onder andere door in te zetten op de continuïteit van zorg na een strafrechtelijke titel.³⁶

In een recente systeemtechnische analyse van het stelsel forensische zorg zijn de keten en de 'koppelvlakken' geanalyseerd aan de hand van de netwerktheorie van Koppenjan en Klijn.³⁷ De analyse maakt duidelijk dat er op strategisch, inhoudelijk en institutioneel niveau factoren zijn die complexiteit veroorzaken met risico's voor de (beleids)doelstellingen van de forensische zorg. Om als keten te functioneren is het van belang dat er, naast individuele doelstellingen, ketendoelstellingen worden geformuleerd en nagestreefd. Deze vorm van integraliteit in het stelsel kan worden bevorderd door meer in samenhang te opereren. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om rollen, taken en verantwoordelijkheden, informatiedeling en het inzichtelijk maken van kwaliteits-, effectiviteits- en efficiëntie-indicatoren. Om daarbij belangen van verschillende partijen goed te kunnen wegen en de visie en doelstellingen van het forensisch zorgstelsel in het oog te houden, is het wenselijk het verbeteren van de samenhang gestructureerd en onder regie van het ministerie van JenV op te pakken. Dit draagt bij aan het effectief en efficiënt functioneren van 'koppelvlakken', en overzicht bij de verschillende partijen over de gehele forensische keten.

2.4 Bekostiging forensische zorg

De bekostigingssystematiek van de forensische zorg kent een bepaalde gelaagdheid. Het ministerie van JenV bekostigt DJI en DJI bekostigt de gecontracteerde instellingen die forensische zorg leveren. Zorgaanbieders en DJI maken afspraken over de hoogte van het tarief voor forensische zorg. De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding door het ministerie van JenV. Er zijn echter beperkt instellingen die exclusief forensische zorg bieden. Aanbieders van forensische zorg zijn vaak onderdeel van grote zorginstellingen voor geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg of beschermd wonen/maatschappelijke opvang en hebben diverse opdrachtgevers die ieder vanuit afzonderlijke stelsels werken, zoals de Zvw, Wlz, Wfz, Wmo en Jeugdwet. In tabel 11 zijn de totale uitgaven aan de forensische zorg weergegeven. Hieruit blijkt dat de gerealiseerde uitgaven sinds

³⁴ RVS (2012). *Stoornis en delict*.

³⁵ Bouman et al. (2012). *De forensische zorg: Beschrijving van het besturingsmodel*.

³⁶ Zie <https://www.continuiteitvanzorg.nl/>

³⁷ KPMG (2020). *Systeemtechnische analyse stelsel forensische zorg*.

2015 stijgen. Als deze realisaties worden afgezet tegen de begrote uitgaven van 864 mln. voor 2020, mag geconcludeerd worden dat er sprake is van een stijgende lijn.

Tabel 11: Uitgaven aan forensische zorg 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Uitgaven (in € mln.)	791	757	805	805	822

2.5 Administratieve lasten en productiviteit

2.5.1 *Administratieve lasten*

Voor het zorgdomein geldt dat er veel discussie is over de administratieve lasten, dit speelt ook in de forensische zorg. In 2018 heeft AEF onderzoek gedaan naar de administratieve lasten in de forensische zorg. Uit dit onderzoek bleek dat een doorsnee psychiater en psychotherapeut binnen de forensische zorg respectievelijk 16 en 16,5 uur van de 36 uur bezig zijn met administratie.³⁸ Dit sluit aan bij cijfers over administratieve lasten binnen de reguliere ggz. Veel van de administratieve lasten zijn van belang voor het functioneren van de forensische zorg. Een groot deel van de tijd gaat bijvoorbeeld naar het maken van behandelplannen en het maken van dagrapportages. Niet alle administratieve taken zijn van wezenlijk belang voor het leveren van een goede behandeling. AEF concludeert dat de administratieve lasten de laatste jaren zijn gestegen en dat er meer risico op incidenten is omdat de tijd waarin behandelaren direct contact hebben met patiënten onder druk staat.

Er zijn twee hoofdoorzaken die de hoge mate van administratieve lasten veroorzaken. Enerzijds is er een gebrek aan vertrouwen tussen de opdrachtgever en de zorgaanbieders, waarbij instellingen bij het ontbreken van administratie bang zijn financiering te verliezen en zich bij incidenten niet goed te kunnen verweren. Anderzijds is er sprake van een gebrek aan inzicht bij beide partijen welke administratieve taken nu daadwerkelijk uitgevoerd moeten worden, waardoor onnodig veel administratie wordt bijgehouden.³⁹ Daar komt nog bij dat er sprake is van toezicht dat is belegd bij verschillende instanties en inspecties. Uit onderzoek van GGZ NL blijkt dat de verschillende inspectiediensten ieder voor zich onderzoek uitvoeren, gebaseerd op verschillende wet- en regelgeving. Zij hanteren hun eigen eisen, formats en vragen, waardoor zorgaanbieders het gevoel hebben meermaals hetzelfde op te moeten leveren.⁴⁰ Mogelijk dat stappen die zijn gezet in het kader van het toezicht op grond van de Jeugdwet door de Inspectie JenV en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, waarbij meer wordt samengewerkt ten behoeve van zoveel mogelijk integraal toezicht en de grondslag voor meer informatiedeling wordt verkend, ook voor de forensische zorg relevant kan zijn.

2.5.2 *Digitalisering en gegevensuitwisseling*

De forensische zorg wordt geleverd door zorgaanbieders die actief zijn in verschillende wettelijke stelsels. Daardoor hebben de aanbieders ook op het terrein van informatiedeling met veel verschillende regelgeving te maken. Gebrekkige informatiedeling speelt in bijna elk incidentenrapport van de inspecties een rol. Ook uit onderzoek van Rebel Groep blijkt dat er binnen de forensische zorg veel problemen worden ervaren ten aanzien van de informatie-uitwisseling. Het probleem wordt volgens hen door iedereen in de sector genoemd en erkend, maar dit leidt nog niet overal tot actie. Zo zit de softwareleverancier meestal niet aan tafel in gesprekken over het terugdringen van administratieve lasten. Dit vergroot de kans

³⁸ AEF (2018). *Forensische zorgen*.

³⁹ AEF (2018). *Forensische zorgen*.

⁴⁰ GGZ Nederland (2017). *Het roer moet om*.

op ondoordachte beslissingen in het kader van informatiemanagement en aanschaf van nieuwe ICT-modules die 'geplakt' worden op bestaande modules.⁴¹ De zorginstellingen hanteren bovendien onderling verschillende systemen, dit maakt geautomatiseerde uitwisseling ingewikkeld. Digitalisering kan niet plaatsvinden zonder een bepaalde vorm van standaardisering, maar dit perkt wel de autonomie van instellingen in. Digitalisering kan een belangrijk hulpmiddel zijn in het terugdringen van de administratieve lasten, maar heeft vooral zin als dit leidt tot betere en eenvoudigere gegevensuitwisseling. Op dit moment bestaat er in de forensische zorg geen patiëntvolgsysteem, terwijl uit diverse rapporten en de expertsessies van de werkgroep blijkt dat dit door veel betrokken partijen wel wenselijk wordt geacht.

⁴¹ Rebel Groep (2019). *Schrappen verrijken met implementeren*.

3 Analyse en beoordeling van beleid

In dit hoofdstuk destilleren we uit de beschrijvingen van de belangrijkste ontwikkelingen uit hoofdstuk 2 een aantal knelpunten. We geven kort aan welke beleidsvarianten maatregelen bevatten die deze knelpunten (deels) kunnen oplossen. Daarnaast beantwoorden we in het tweede deel van dit hoofdstuk beknopt de hoofdvragen uit de taakopdracht.

3.1 Knelpunten forensische zorg

3.1.1 *Opereren in een context van maatschappelijke zorgen en weerstand*

Maatschappelijke zorgen over incidenten in en recidive na forensische zorg komen niet per definitie overeen met de ontwikkeling van het aantal en de ernst van feitelijke incidenten. Deze maatschappelijke druk vertaalt zich in druk op het ministerie van JenV om maatregelen te nemen, waardoor de bewegingsruimte van instellingen mogelijk beperkt wordt. Ook blijkt de forensische zorg bij een groot deel van de burgers in beperkte mate bekend te zijn. Bij een gebrek aan kennis is het gevoel bepalend, zeker als dat gevoel in sterke mate bepaald wordt door wat de media over forensische zorg schrijven. Door de betrokken overheidsinstanties en instellingen wordt niet proactief gecommuniceerd over wat er bereikt wordt met de forensische zorg en wat er wél goed gaat.

Het is deels inherent aan het systeem van forensische zorg dat er dingen misgaan ("mensen moeten kunnen oefenen met hun vrijheden, want als ze plotseling vrijheden krijgen gaat het hoe dan ook veel vaker mis"), tegelijkertijd zijn er mogelijkheden het aantal fouten verder te beperken ("risicotaxatie stond op de achtergrond en de juiste informatie over de stoornis van de patiënt was onbekend bij de behandelende inrichting"). In hoofdstuk 4 wordt daarom een maatregel voorgesteld om de proactieve communicatie over de forensische zorg te versterken (beleidsvariant 1).

3.1.2 *Continu balanceren tussen zorg, behandeling, straf en veiligheid*

Een voortdurend dilemma in de forensische zorg is zoals de werkgroep in hoofdstuk 2 constateerde het balanceren tussen zorg en veiligheid. Daarbij zijn vier kanttekeningen belangrijk. Ten eerste zijn sommige partijen van mening dat in de forensische zorg de balans te ver is doorgeslagen naar de zorg. Ten tweede is het een belangrijke nuance dat het per type forensische zorg verschilt wat de juiste balans tussen zorg en veiligheid is. Ten derde wordt het dilemma tussen zorg en veiligheid niet door iedereen als zodanig ervaren. Ten vierde is het belangrijk een onderscheid te maken tussen verschillende typen veiligheid. Hebben we het over een veilig leefklimaat in forensische instellingen of juist over de beveiliging van de maatschappij? Bij de veiligheid van de maatschappij moet worden gedifferentieerd tussen korte en lange termijn veiligheid.

Bovenstaande kanttekeningen nemen niet weg dat vaststaat dat een onderscheidend kenmerk van de forensische zorg is dat deze uit twee componenten bestaat: een passende behandeling én de daarbij behorende beveiliging. Uit diverse rapporten en gesprekken is gebleken dat wat de optimale balans is niet eenvoudig objectief kan worden vastgesteld. Dit vraagt om een normatief afwegingskader. Politieke partijen maken hierin een eigen afweging en keuze. Dit rapport brengt de impact van die keuzes op hoofdlijnen in beeld.

In hoofdstuk 4 worden daarom twee beleidsvarianten voorgesteld waarbij enerzijds de forensische zorg meer en eerder gaat behandelen om de nadruk meer op zorg en recidivebeperking te leggen (beleidsvariant 3) en anderzijds om de forensische zorg strenger en strikter te organiseren om de nadruk meer op vergelding en straf te leggen (beleidsvariant 4).

3.1.3

Uitdaging om samenwerking binnen en tussen ketens te organiseren

Forensische zorg staat niet op zichzelf. Patiënten zijn in sommige gevallen al voordat zij een strafbaar feit pleegden behandeld voor hun psychische of psychiatrische stoornis. Na afloop van de forensische zorg is vervolgzorg in veel gevallen noodzakelijk. Het is daarom belangrijk dat de overgang naar andere vormen van zorg, gefinancierd binnen de Zvw, Wlz of Wmo, soepel verloopt. Zoals uit hoofdstuk 2 blijkt is dit niet altijd voldoende het geval. De werkgroep constateert dat dit onwenselijk is in termen van continuïteit van zorg. Het betreft een kwetsbare doelgroep, waarbij niet voetstoots kan worden aangenomen dat zij zichzelf wel zullen redden na afloop van hun forensische titel.

Maar niet alleen bij de uitstroom uit de forensische zorg kan de samenwerking beter. Ook binnen de forensische zorg is er ruimte de samenwerking verder te verbeteren door gestructureerd en onder regie te werken aan de samenhang van de keten. Om als keten te functioneren is het van belang dat er, naast individuele doelstellingen, ketendoelstellingen worden geformuleerd en nagestreefd. Er blijken slechts beperkt gegevens beschikbaar te zijn over de instroom, doorstroom en uitstroom in het forensische stelsel. Deze informatie is noodzakelijk om het stelsel als geheel goed te laten functioneren en om beleidskeuzes goed te kunnen maken en onderbouwen. De informatie die wél beschikbaar is over forensische zorgpatiënten kan soms lastig gedeeld worden tussen organisaties en instellingen, bijvoorbeeld doordat ICT-systemen niet op elkaar aansluiten en niet optimaal wordt omgegaan met de privacyregels.

In hoofdstuk 4 stelt de werkgroep daarom een beleidsvariant voor die inzet op optimalisatie, door betere (digitale) samenwerking tussen instellingen en ketens te realiseren (beleidsvariant 1) en een variant om de complexiteit in het systeem te reduceren (beleidsvariant 2) ten behoeve van betere patiëntzorg en effectievere trajecten. In de optimalisatievariant (beleidsvariant 1) wordt tot slot ook een aantal voorstellen gedaan om meer standaardisatie binnen de forensische zorg te realiseren, onder andere op het terrein van werkprocessen, ICT en dataverzameling en daarmee ook informatievoorziening op een hoger niveau te brengen.

3.1.4

Omgaan met beperkingen om preventief te kunnen handelen

Het huidige stelsel van forensische zorg kent een aantal juridische en beleidsmatige beperkingen. De eerste beperking is de (soms te) korte forensische zorgtitel, die bovendien veelal gemaximeerd is. Alleen tbs met dwangverpleging van overheidswege kan op dit moment ongemaximeerd zijn. Dit zorgt ervoor dat in sommige gevallen de behandeling van een persoon in de forensische zorg stopt, terwijl de behandeling nog niet is afgerond. Zoals in paragraaf 2.3 geconstateerd is, verloopt de overgang naar de reguliere zorg en behandeling niet altijd even soepel. Dit belemmert re-integratie en draagt bij aan recidive: de stoornis of verslaving waarvoor wordt behandeld verdwijnt immers niet vanzelf. Het lijkt de werkgroep daarom wenselijk de mogelijkheden die er zijn om langere forensische behandeling op te leggen uit te breiden. Daarbij is het van belang niet alleen naar de strafrechtelijke mogelijkheden te kijken – het is immers niet mogelijk mensen twee

keer te straffen voor hetzelfde delict –, maar ook naar civielrechtelijke maatregelen. De tweede beperking ligt in de beperkte mogelijkheden die er zijn om personen na afloop van hun juridische titel en behandeling in de forensische zorg te monitoren. Op dit moment is deze monitoring alleen mogelijk op grond van de wet langdurig toezicht voor de groep die ernstige zeden-of geweldsdelicten gepleegd heeft. Bovendien moet deze voor het onderdeel 'de Gedragsbeïnvloedende en Vrijheidsbeperkende maatregel' voor de start van het forensische zorgtraject door de rechter bij het vonnis worden opgelegd.

De werkgroep concludeert dat er meer ruimte moet ontstaan voor organisaties om preventief te handelen, ook wanneer hiervoor geen strafrechtelijke grond is. In hoofdstuk 4 worden er daarom voorstellen gedaan om meer behandel- en monitormogelijkheden te creëren. Enerzijds om behandelingen of straf te kunnen verlengen (beleidsvariant 4) wanneer de veiligheid van de samenleving in het geding is, anderzijds om beter te kunnen monitoren na afloop van de straf (beleidsvariant 3 en 4).

3.1.5

Aantrekkelijkheid stimuleren om in de forensische zorg te werken

Goede forensische zorg valt of staat bij voldoende personeel én voldoende gekwalificeerd en ervaren personeel. Hierom richt de Taskforce Kwaliteit en veiligheid forensische zorg zich op het domein arbeidsmarkt. Met een brede arbeidsmarktaanpak en een verbetering van het imago van de sector willen zij de potentiële arbeidsmarkt voor de forensische zorg vergroten en (zij-)instroom van nieuwe medewerkers bevorderen. Primair richten ze zich op werving, beeldvorming en leren van aanpakken die werken. De werkgroep erkent het belang van deze aanpak. Tijdens een van de interviews werd het voorbeeld gedeeld van een tbs'er die in vier jaar tijd met zeven verschillende behandelcoördinatoren te maken had en ongeveer 70 verschillende sociotherapeuten. Dit is niet bevorderlijk voor de snelheid en kwaliteit van de geboden behandeling en de motivatie van de patiënt. Dit beeld komt ook naar voren in rapporten van AEF en de inspecties. Die rapporten maken inzichtelijk dat de forensische zorg en meer specifiek de FPA's en FPK's onder druk staan. Daardoor zijn de risico's op het gebied van veiligheid toegenomen, zowel voor de maatschappij als personeel dat werkzaam is in de forensische zorg. Een minder (goed) behandelde patiënt vormt potentieel immers een groter veiligheidsrisico dan een meer en/of beter behandelde patiënt.

Goede forensische zorg is sterk afhankelijk van de kwaliteit en beschikbaarheid van personeel. Het is mensenwerk. Daarom is het belangrijk het werk aantrekkelijker te maken en daarbij rekening te houden met de gelopen veiligheidsrisico's.

3.2

Beantwoording hoofdvragen taakopdracht

In deze paragraaf beantwoordt de werkgroep de vijf hoofdvragen.

3.2.1

Wat zijn de oorzaken van de groeiende capaciteitsbehoefte?

Uit de cijfers blijkt dat de afgelopen jaren sprake is van een opwaartse trend in capaciteitsbehoefte in de forensische zorg. Verschillende factoren dragen bij aan de groei van de capaciteitsbehoefte; er is niet één hoofdoorzaak aan te wijzen. Bovendien is het belangrijk bij het spreken over groeiende capaciteit een onderscheid te maken tussen de verschillende typen forensische zorg. Zo is er met name een sterke groei te zien in het forensisch beschermd wonen. Waar er in 2012

ongeveer 400 plaatsen voor forensisch beschermd wonen waren, waren dit er in 2017 al 1.550. Bij de andere typen forensische zorg is de groei minder sterk.

Uit de cijfers blijkt geen eenduidige oorzaak van de groeiende capaciteitsbehoefte. Enkele aannemelijke verklaringen uit de expertsessies zijn dat het aantal opleggingen met zorg als een bijzondere voorwaarde is toegenomen en dat binnen de voorwaardelijke invrijheidsstelling vaker zorg als bijzondere voorwaarde wordt opgelegd. Daarmee lijkt tenminste een deel van de stijgende capaciteitsbehoefte voor rekening te komen van 'het succes' van het gevoerde beleid: de doeltreffendheid van de forensische zorg leidt ertoe dat meer rechters deze mogelijkheid benutten. Dit leidt tot een hogere instroom. Tegelijkertijd zijn er een aantal andere oorzaken. Zo wordt gewezen op twee factoren die vooral de doorstroom en uitstroom uit de forensische zorg beïnvloeden, namelijk de beperkte mogelijkheden voor doorstroom naar zelfstandig of begeleid wonen en een veranderd beeld wanneer iemand kan doorstromen naar een lager beveiligingsniveau of klaar is om toe te werken naar resocialisatie en te starten met verlot. De forensische zorgtrajecten worden hierdoor langer. Het is aannemelijk dat heftige maatschappelijke incidenten met (ex)forensische zorgpatiënten hierop van invloed zijn.

3.2.2 *Hoe kan de beheersbaarheid worden vergroot?*

Er is ruimte én noodzaak om de beheersbaarheid van de forensische zorg te vergroten. De belangrijkste maatregel die de werkgroep hiervoor voorstelt is investeren in de beschikbaarheid van kwalitatieve data over instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg, die bovendien eenvoudig en geautomatiseerd te generen is. Dit helpt niet alleen om de uitgaven aan forensische zorg beter te voorspellen, maar ook om sneller door te hebben waar doorstroom in de keten stagneert. Deze kennis schept de mogelijkheden om beheersmaatregelen te nemen. Als bovendien meer zicht ontstaat over de wijze waarop patiënten de forensische zorg inkomen, doorlopen en verlaten levert dit ook relevante informatie op over de mate waarin hun behandeltraject succesvol verlopen is. Dit helpt om effectieve kwaliteitsmaatregelen te kunnen nemen. Een belangrijk hulpmiddel om deze informatie te verzamelen en te ontsluiten zijn slimmere ICT-toepassingen en – systemen die organisaties helpen informatie over patiënten uit te wisselen. Daarnaast ontbreekt het binnen het forensische stelsel aan overkoepelende sturing. Door ontbrekende integraliteit en ketendoelstellingen in het stelsel is het lastig voor betrokken partijen om in samenhang te opereren. Dit zorgt voor complexiteit, versnippering en inefficiency, waardoor de (financiële) beheersbaarheid suboptimaal is.

3.2.3 *Hoe kan de doeltreffend- en doelmatigheid worden versterkt en wat zijn de verwachte effecten?*

Er zijn verschillende aanknopingspunten om de forensische zorg doeltreffender en doelmatiger te organiseren. In lijn met de beantwoording op de vorige vraag geldt ook hier dat het verbeteren van de (digitale) samenwerking en het verder standaardiseren van werkprocessen binnen de keten van forensische zorg uiteindelijk leidt tot professionalisering wat kan leiden tot doelmatigere en doeltreffendere behandelingen. Het terugdringen van administratieve lasten kan de doelmatigheid verbeteren doordat behandelaars meer tijd hebben voor het behandelen van patiënten. Ook met beleidsvariant 2 (eenvoudiger organiseren) kan de doeltreffend- en doelmatigheid van de forensische zorg worden vergroot door met trajectsturing en één trajectsturend orgaan te werken. Door over een langere periode te kijken wat een forensische zorgpatiënt nodig heeft wordt efficiency

behaald en de behandeling verbeterd. Daarnaast dient de kanttekening te worden geplaatst dat het uiteraard afhankelijk is van welke doelen men met de forensische zorg wil behalen. Als veel waarde wordt gehecht aan het strafdoel vergelding, valt de keuze eerder op strenger straffen (beleidsvariant 4) dan wanneer recidivebeperking de meeste prioriteit krijgt (beleidsvariant 3). Beleidsvariant 3 heeft als vertrekpunt dat behandeling binnen de forensische zorg het meest effectieve middel is om het risico op recidive te verminderen. Daarom is het wenselijk om, indien nodig, zo snel mogelijk met de behandeling te starten en de patiënt intensiever te behandelen. In beleidsvariant 4 is het vertrekpunt dat het onwenselijk is de Nederlandse samenleving bloot te stellen aan de risico's die gepaard gaan met verlof en vrijheden tijdens de forensische behandeling. Deze variant heeft een positief effect op de strafdoelen afschrikking en vergelding maar met de kanttekening dat dit op termijn wel resulteert in een hoger recidiverisico.

- 3.2.4 *Hoe kan de forensische zorg bijdragen aan een vermindering van de dreiging van gevaarlijke verwarde personen en vermindering van recidive door (ex)justitiabelen?*
- De positieve relatie tussen forensische zorg en recidive blijkt uit de data: de recidive na uitstroom uit de forensische zorg is gemiddeld genomen lager dan na uitstroom uit het reguliere gevangeniswezen. Forensische zorg draagt daarmee dus bij aan een veiliger Nederland, door beveiliging en behandeling te combineren. In beleidsvariant 3 werkt de werkgroep daarom een aantal voorstellen uit om meer en eerder te starten met behandelingen in de forensische zorg en door monitoring meer zicht te hebben op de groep gevaarlijke personen die nog geen strafbaar feit heeft gepleegd, maar wel een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico kent of de groep die na afloop van hun forensische zorgtitel nog niet uitbehandeld is. Het kan van toegevoegde waarde zijn dergelijke maatregelen te nemen, omdat het overgrote deel van de forensische zorgtitels een gemaximeerde einddatum kent. De behandeling van de stoornis hoeft nog niet afgerond zijn wanneer de justitiële titel verlopen is.

De relatie tussen forensische zorg en de dreiging van gevaarlijke verwarde personen is minder eenduidig. Immers, zoals we eerder in dit rapport lieten zien, is de term verward gedrag een paraplueterm. Er is gekozen om in deze rapportage te focussen op personen met gevaarlijk psychisch of psychiatrisch gedrag met een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico. Deze groep loopt het risico een strafbaar feit te plegen en anderen leed te berokkenen. Voor deze groep worden maatregelen voorgesteld om meer preventief te kunnen handelen en waar nodig meer verplichte (na)zorg op te leggen (in beleidsvarianten 3 en 4).

- 3.2.5 *Hoe kan de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg worden verbeterd?*
- De werkgroep constateert dat de beschikbare data aantoont dat een significant deel van de groep die op dit moment forensische zorg ontvangt eerder behandeld is in de ggz. Ook na uitstroom uit de forensische zorg blijft er in het overgrote deel van de gevallen behoefte aan zorg. Daarbij komt dat veel instellingen voor forensische zorg ook reguliere ggz aanbieden. De werkgroep komt in de beleidsvarianten met beleidsopties die een bijdrage leveren aan de verbeterde aansluiting tussen de forensische en reguliere zorg. Bij het verbeteren van de (digitale) samenwerking en het verder standaardiseren van werkprocessen binnen de keten van forensische zorg verdient het volgens de werkgroep aanbeveling ook rekening te houden met de processen van de reguliere zorg. Daarnaast biedt het instrument van trajectsturing ook de ruimte om gedurende de forensische behandeling te sturen op de terugkeer in de samenleving. Tot slot doet de werkgroep de suggestie om activiteiten van zorgaanbieders voor nazorg (beter) te financieren. Daarmee wordt de aansluiting op de reguliere zorg verbeterd.

4 Beleidsvarianten

In hoofdstuk 3 zijn een aantal knelpunten binnen het huidige beleid beschreven en beantwoorden we de hoofdvragen uit de taakopdracht. Op basis van deze knelpunten en bevindingen zijn in deze rapportage vier beleidsvarianten opgenomen om de forensische zorg doeltreffender en doelmatiger te maken of anders te organiseren, door meer nadruk te leggen op bepaalde strafdoelen. Ten eerste stellen we een basisvariant met maatregelen voor om het huidige stelsel te optimaliseren. Daarnaast stellen we drie beleidsvarianten voor met sterk verschillende inhoudelijke uitgangspunten en waarbij wordt gefocust op verschillende maatregelen en daarmee samenhangende effecten. Binnen beleidsvariant 4 wordt ook de 20%-besparing gerealiseerd conform de taakopdracht. We brengen van alle varianten de voor- en nadelen en uitvoerings- en budgettaire consequenties in kaart, zonder daaraan een waardeoordeel te verbinden.

Een aantal begeleidende opmerkingen zijn hierbij relevant. Ten eerste zijn de maatregelen geclusterd in vier varianten. Dit neemt niet weg dat veel maatregelen ook zelfstandig uitgevoerd kunnen worden, of eenvoudig gecombineerd kunnen worden met maatregelen uit andere varianten. In bijlage 4 is daarom een overzicht opgenomen waarin is weergegeven in welke mate maatregelen gelijktijdig uitgevoerd kunnen worden of niet. Ten tweede is er voor gekozen om één jaartal aan te houden voor het weergeven van het structurele effect van de maatregelen. Hiervoor is het jaartal genomen waarop het budgettaire effect van de laatste maatregel structureel wordt. Dat is het jaar 2032. Dat neemt niet weg dat een groot deel van de maatregelen al in eerdere jaren structureel zijn. In een enkel geval benoemen we dat expliciet. Ten derde beschrijven we in dit hoofdstuk de varianten en maatregelen in detail. Het kan ook behulpzaam zijn in een oogopslag te zien wat de effecten van de verschillende maatregelen zijn in termen van budgettaire gevolgen, doelmatigheid en doeltreffendheid, uitvoerbaarheid, recidive en de uitwerking op de strafdoelen. Dit totaaloverzicht is ook weergegeven in bijlage 4. Ten vierde hebben beleidsvarianten 2, 3 en 4 behoorlijke consequenties voor de uitvoerende organisaties, niet alleen budgettair, maar ook voor personeel en werkwijze. De politiek dient zich hiervan rekenschap te geven indien ervoor wordt gekozen de varianten en/of onderliggende maatregelen in te voeren. Het lijkt nuttig een aanvullende uitvoeringstoets te doen, om zo bijvoorbeeld zicht te krijgen op indirecte effecten op andere beleidsterreinen dan de forensische zorg. Tot slot is bij de varianten 2, 3 en 4 een inschatting gemaakt van het budgettaire effect van de verwachte stijging of daling van het recidiverisico. Dit treedt pas later op.

4.1 Beleidsvariant 1: Optimalisatie

Deze variant schetst een aantal maatregelen die leiden tot een verbetering van het functioneren van het stelsel van forensische zorg. De maatregelen raken aan verschillende onderdelen van de forensische zorg. Een essentieel onderdeel is het verbeteren van de onderlinge samenwerking en gegevensuitwisseling binnen en buiten het stelsel. Het verder standaardiseren van werkprocessen, het op orde brengen van de data over instroom, doorstroom en uitstroom en het stroomlijnen van de ICT is daarvoor een relevante basis. Een tweede maatregel is het verminderen van de administratieve lasten binnen de forensische zorg. Deze maatregel draagt ook bij aan de derde maatregel, het verbeteren van de

arbeidsmarkt voor forensische zorg. Een vierde maatregel dient het maatschappelijk beeld van forensische zorg te verbeteren door open en transparante communicatie.

Tabel 12: Budgettaire effecten beleidsvariant 1

(in € mln.; +=saldooverslechterend)	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1. Verbeteren (digitale) samenwerking	11	29	33	36	30	-16
2. Terugdringen administratieve lasten	1	2	2	2	1	0
3. Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt	3	8	11	10	8	-3
4. Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie	0	1	1	0	0	0
Totaal	15	40	47	48	39	-19

Het effect van deze maatregelen is in dit geval al structureel vanaf 2026.

4.1.1

Maatregel 1: Verbetering (digitale) samenwerking

Om de digitale samenwerking te verbeteren dient de sector aan de slag gaan met het standaardiseren van de werkprocessen en data. Hierna kunnen de ICT-systemen van de forensische instellingen gestroomlijnd worden door koppelingen te maken tussen de verschillende systemen die de instellingen gebruiken. Het voordeel hiervan is dat informatie bijvoorbeeld niet meer via de mail of papier overgedragen hoeft te worden. Dit scheelt niet alleen tijd, maar voorkomt ook fouten bij het invoeren van gegevens.

Alle bij de behandeling betrokken partijen dienen een adequate informatiepositie hebben. Gegevens dienen te worden verwerkt en verzameld voor een welbepaald, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigd doel ('doelbinding'), ook in het licht van privacywetgeving. Indien een dossier niet compleet is, dan kan geen patiëntoverdracht plaatsvinden.

Ook zitten er lacunes in de datavoorziening van DJI. Op dit moment is er te veel informatie niet beschikbaar en als de informatie al beschikbaar is dient deze regelmatig handmatig verzameld te worden. Het is dus moeilijk om te sturen op basis van juiste gegevens en het ministerie van JenV, de inspecties en/of instellingen te informeren.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Bij deze maatregel is sprake van een (incidentele) intensivering. Door de maatregelen wordt via doelmatigheidswinst op termijn ook een besparing verwacht, onder andere doordat administratieve lasten verlagen. Het verbeteren van de (digitale) samenwerking binnen de keten van forensische zorg komt de doelmatigheid ten goede. Deze maatregel vergt initieel een investering om de verbetering in systemen te bewerkstelligen, maar op termijn is het de verwachting dat het een besparing oplevert. De digitale uitwisseling zorgt ervoor dat behandelaars minder tijd kwijt zijn aan het overnemen en achterhalen van gegevens. Daarnaast voorkomt gestandaardiseerde digitale uitwisseling fouten, wat de kwaliteit van een behandeling indirect ten goede komt. Het verder standaardiseren van werkprocessen leidt tot een eenduidige werkwijze en het uitvoeren van de meest effectieve behandeling.

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Voor standaardiseren werkprocessen wordt gerekend met een tarief per instelling (P=100.000) waarbij wordt uitgegaan van het aantal gecontracteerde aanbieders in 2018 (Q=126). Op termijn levert dit naar verwachting ca. 50.000 besparing per instelling op;
- Voor de elektronische patiëntendossiers wordt gekeken naar het gevangeniswezen waar momenteel een nieuw informatiesysteem voor de primaire detentieprocessen van DJI wordt ontwikkeld. Gezien de forensische doelgroep iets kleiner is wordt gerekend met ca. 75% van de budgettaire omvang van dat systeem;
- De verwachting is dat de beheerskosten van het nieuwe systeem structureel gelijk zijn aan de huidige beheerskosten. Het systeem levert wel structureel een besparing op in de bedrijfsvoering. Hierbij is de business case basisvoorziening justitiabelen als uitgangspunt genomen.

Tabel 13: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 1

(in € mln.; +=saldoverslechterend)	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Standaardiseren werkprocessen	3	13	13	6	0	-6
Koppelingen elektronische patiëntendossiers	8	16	30	30	30	-10

Uitvoerbaarheid

Het komen tot verder gestandaardiseerde werkprocessen binnen de forensische zorg voor de verschillende typen zorg is uitdagend. De sector bestaat uit veel verschillende aanbieders die verschillende typen forensische zorg aanbieden. De sector speelt dus een belangrijke rol; de invloed van het ministerie van JenV en DJI is beperkt. Deze autonomie van de instellingen is van invloed op de implementatie.

Juridisch dient er rekening gehouden te worden met de privacy van patiënten bij het uitwisselen van gegevens. Voor de verstrekking van data die herleidbaar is tot personen ten behoeve van sturing en evaluatie door de minister in het kader van stelselverantwoordelijkheid is een wettelijke grondslag nodig. Die grondslag is nu nog niet aanwezig. In de concept Reparatiwet Wfz (nu in internetconsultatie) is een artikel opgenomen dat de grondslag moet vormen voor de verstrekking van gegevens aan de minister ten behoeve van beleid. Tevens dient een juridische grondslag gevonden te worden om informatie tussen instellingen en partners binnen de keten te delen.

4.1.2

Maatregel 2: Terugdringen administratieve lasten

In aanvulling op de voorstellen van de Taskforce stelt de werkgroep voor om een impuls te geven aan het terugdringen van de administratieve lasten. Met deze maatregel wordt meer vertrouwen gegeven aan de zorgaanbieders en minder verantwoordingsinformatie verwacht. Daarbij dienen toezichthouders, DJI en JenV de verwachte verantwoordingsinformatie te stroomlijnen zodat instellingen niet dezelfde informatie op verschillende manieren aan dienen te leveren. Daarbij wordt rekening gehouden met knelpunten die ontstaan door het huidige bekostigingssysteem zoals het verplichte minuten schrijven.

Een belangrijke rol bij het terugdringen van de administratieve lasten ligt ook bij de instellingen zelf. Zij houden veelal meer informatie bij dan noodzakelijk voor de verantwoording naar DJI, de NZa, de inspecties en het ministerie van JenV. De

standaardisatie van processen en data bij maatregel 1 van deze variant helpt bij het scherpstellen welke administratieve handelingen wel van toegevoegde zijn voor het primaire proces en de verantwoording daarover.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Bij deze maatregel is sprake van een beperkte intensivering, structureel is het effect budgetneutraal. De tijd die niet meer hoeft te worden besteed aan administratieve lasten kan door professionals worden ingezet voor hun professionele ontwikkeling en/of optimalisatie van de behandeling van de patiënt.

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Om de vermindering van administratieve lasten te bewerkstelligen dient een projectteam (5 FTE) te worden ingericht dat samen met de instellingen en de inspecties de administratieve lasten vermindert. Daarnaast dient er rekening gehouden te worden met kosten (2 FTE) voor DJI voor de wijziging en standaardisatie van de verantwoordingssystematiek.

Tabel 14: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 2

(in € mln.; +=saldoverslechterend)	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Vermindering administratieve lasten	1	2	2	2	1	0

Uitvoerbaarheid

In de praktijk blijkt dat het terugdringen van administratieve lasten ingewikkeld is. Het terugdringen dient gepaard te gaan met het veranderen van de verantwoording en met de bekostigingssystematiek. Dit vraagt een gezamenlijke inspanning van toezichthouders, DJI, het ministerie van JenV en de forensische zorgaanbieders. Het vrijmaken van capaciteit bij particuliere instellingen is een belemmering om uitvoering te geven aan deze maatregel. Er zijn geen juridische belemmeringen.

4.1.3

Maatregel 3: Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt

Veel maatregelen zijn gebaat bij de beschikbaarheid van voldoende (gekwaliceerd) personeel. De arbeidsmarkt voor de forensische zorg staat net als veel andere onderdelen van de zorg onder druk. Door maatregel 2 wordt de netto vraag op de arbeidsmarkt teruggedrongen. In aanvulling op de voorstellen van de Taskforce stellen we voor om te investeren in het vergroten van de mogelijkheden voor zij-instroom in de forensische zorg en de financiële knelpunten die dit bij ongewijzigd beleid oplevert weg te nemen. Een tweede mogelijkheid is om een project te starten om te bevorderen dat taken binnen de instellingen bij het daarvoor meest geschikte personeel te beleggen. Een voorbeeld hiervan is de kamercontrole. Dergelijke taken kunnen ook uitgevoerd worden door beveiligingspersoneel waardoor behandelaren meer tijd hebben voor hun patiënten. Een derde optie is het stimuleren van meer (technische) innovatie. Dit kan bijvoorbeeld door het gebruik van online modules voor patiënten als ondersteuning bij lichtere vormen van forensische zorg of het gebruik van mobiele apparaten voor het maken van patiëntrapportages. In andere zorgdomeinen zijn hier al geslaagde voorbeelden van.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Bij deze maatregel is sprake van een intensivering. Door de maatregelen wordt via doelmatigheidswinst op termijn een besparing verwacht. Bovenstaande maatregelen komen de kwaliteit van zorg ten goede. Wanneer er minder sprake is van

personeelstekort en inhuur van flexkrachten hebben zowel behandelaar als patiënt een stabiele omgeving. Het is te verwachten dat op langere termijn bovenstaande maatregelen een positief effect hebben op de recidivecijfers.

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Een meerjarig traject voor het bevorderen van zij-instromers bestaat uit een campagne (0,4 mln.) en uit het financieel aantrekkelijk maken voor zorgaanbieders om zij-instromers aan te nemen. Zij-instromers hebben over het algemeen een hogere loonsom en moeten worden omgeschoold. Deze maatregel voorziet in een vergoeding voor beide componenten (5 mln.);
- Om de professional op de juiste plek te krijgen en indien noodzakelijk functiedifferentiatie toe te passen dient een projectteam (7 FTE) te worden ingericht;
- Om technische innovatie te bevorderen wordt een fonds ingesteld dat instellingen stimuleert ontwikkelingen door te voeren en proactief binnen de sector te verspreiden.

Tabel 15: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 3

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Bevorderen zij-instromers	1	3	5	5	5	3
Professional op de juiste plek	1	2	2	2	1	0
Inzetten op technische innovaties	1	3	5	5	5	0
Verhoging doelmatigheid	0	0	-1	-2	-3	-6

Uitvoerbaarheid

Deze maatregel kent weinig belemmeringen. Voor het beleggen van taken bij ander personeel moeten richtlijnen aangepast worden. Wel is het de vraag in hoeverre de maatregel bevorderen zij-instromers effect sorteert, aangezien het risico bij zij-instromers bestaat dat ze sneller uitstromen of dat bij de sectoren van waaruit zij instromen tekorten ontstaan. De maatregelen vragen inspanningen van verschillende partijen binnen het stelsel van forensische zorg.

4.1.4

Maatregel 4: Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie

Communicatie is bij incidenten essentieel, zowel vanuit de instellingen als vanuit DJI en JenV. Berichtgeving over de forensische zorg is veelal negatief en gericht op incidenten. Open en transparante communicatie over zaken die fout gaan of beter kunnen is belangrijk. Tegelijkertijd illustreren de recidivecijfers dat naast incidenten ook successen geboekt worden. Het is relevant dat ook die verhalen proactief gedeeld worden, zeker omdat onderzoek laat zien dat er bij het brede publiek weinig kennis is over de forensische zorg.

Vooraf bij de OFZ dient een professionaliseringslag gemaakt te worden. Om een eenduidige uitstraling en positievere reputatie te waarborgen is ondersteuning van alle partners (zorgaanbieders, GGZ NL, JenV) nodig. Gezamenlijk wordt een genuanceerd 'verhaal' van de forensische zorg verteld waaruit blijkt wat de forensische zorg doet en waarom dat gebeurt. Hieruit zal een reëler beeld van de forensische zorg ontstaan en moet blijken welke positie forensische zorg heeft tussen de domeinen zorg en veiligheid ter bevordering van de veiligheid van de maatschappij.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Deze intensiveringsmaatregel heeft een positieve uitwerking op het imago van de forensische zorg naar de maatschappij en betrokken partijen. De maatregel heeft daarmee alleen indirecte gevolgen voor de doeltreffendheid en doelmatigheid. Zo kunnen patiënten die de forensische zorg verlaten eenvoudiger doorstromen naar reguliere zorgtrajecten en wordt de terugkeer in de maatschappij gemakkelijker.

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen van de opties zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De primaire verantwoordelijkheid voor deze communicatiestrategie ligt bij de instellingen zelf. Vanuit het ministerie van JenV wordt dit twee jaar gefaciliteerd en financieel ondersteund (1 mln.).

Tabel 16: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 4

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Open en transparante communicatie	0	1	1	0	0	0

Uitvoerbaarheid

Er zijn voor deze maatregel geen grote belemmeringen. De maatregel vraagt een inspanning van de verschillende partijen in de sector.

4.2 Beleidsvariant 2: Eenvoudiger organiseren

Deze beleidsvariant beoogt de werking van het huidige forensische stelsel op onderdelen eenvoudiger te organiseren. De maatregelen in deze beleidsvariant dienen in samenhang te worden gezien en beogen de complexiteit en sturing binnen het stelsel te verbeteren. Indicatiestelling, plaatsing en trajectsturing wordt bij één organisatie belegd. Er wordt aangestuurd op minder aanbieders met langere contracten en minder zorgtitels. Daarmee wordt een overzichtelijker en eenvoudiger stelsel gecreëerd. De uitvoering van deze maatregelen is intensief en heeft stevige consequenties voor de betrokken uitvoeringsorganisaties. Desalniettemin dragen de maatregelen naar verwachting op termijn bij aan een doelmatiger en doeltreffender stelsel van forensische zorg.

Tabel 17: Budgettaire effecten beleidsvariant 2

<i>(in € mln; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1. Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan	2	9	9	6	5	2
2. Eén indicerende partij	0	5	5	2	1	-3
3. Eén plaatsingsloket	1	3	3	2	-1	-2
4. Minder aanbieders, langere contracten	0	1	0	0	0	-22
5. Herschikken forensische zorgtitels	0	2	2	2	1	0
Totaal	3	20	19	12	6	-25
<i>Effect instroom vermindering recidive (=1% totale uitgaven)</i>						-8
Gecorrigeerd totaal	3	20	19	12	6	-33

Het effect van het totaal aan maatregelen is vanaf 2026 structureel. Alleen het effect aan instroom vermindering is vanaf 2032.

4.2.1 Maatregel 1: Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan

Een trajectindicatie biedt binnen vastgestelde kaders en condities de mogelijkheid om op- en af te schalen in zorgbehoefte en beveiligingsniveau zonder nadere tussenkomst van rechter, OM of minister. De trajectindicatie wordt bekrachtigd in het vonnis van de rechter en bepaalt grotendeels hoe het traject eruit ziet gedurende de juridische titel. Daarbij past het niet dat de minister van JenV in individuele zaken beslist over verlofaanvragen. In de trajectindicatie worden afspraken met betrekking tot de vijf leefgebieden vastgelegd om de patiënt gedurende de forensische titel voor te bereiden op terugkeer in de samenleving.

Door trajectsturing te introduceren in het forensische stelsel ontstaat er meer regie op patiënttrajecten. Ongeacht waar of in welke fase van het traject een patiënt zit, het trajectsturend orgaan heeft hier zicht op. Indien afwijkingen in het traject ontstaan, is het aan het trajectsturend orgaan om in actie te komen. Het trajectsturend orgaan organiseert tijdens het traject trajectberaden en zorgt ervoor dat alle relevante partijen betrokken zijn. De frequentie van de trajectberaden hangt af van de zwaarte van het traject.

Om een trajectsturend orgaan te creëren is het nodig om de toezichtsfunctie, zoals die nu door de drie reclasseringsorganisaties vorm wordt gegeven, uit te breiden. Wanneer een persoon onder toezicht van de reclassering staat, is er sprake van een

regiehouder. Dit geldt voor ongeveer 70% van de in totaal 9.400 justitiabelen waarvoor in 2018 één of meer plaatsingen zijn gerealiseerd. Voor 30% van justitiabelen is deze functie nieuw. Justitiabelen aan wie de tbs-maatregel is opgelegd worden uitgezonderd van deze doelgroep, omdat de tbs-maatregel een vastgesteld en stapsgewijs traject kent.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Bij deze maatregel is sprake van een intensivering. Door de maatregelen wordt via doelmatigheidswinst op termijn ook een beperkte besparing verwacht. De trajectindicatie draagt bij aan de doeltreffendheid van het forensische zorgstelsel omdat de kwaliteit van de indicatiestelling wordt verhoogd. De kwaliteit gaat omhoog doordat het administratieve karakter van de indicatiestelling verdwijnt. De trajectindicatie is een hoogwaardig 'product' dat op de langere termijn voorziet in de behoeften, kansen en risico's van de patiënt. Doordat de betrokken partijen gezamenlijk werken aan de terugkeer van de forensische patiënt, gaat de kwaliteit en impact van de zorg omhoog en dat leidt naar verwachting tot betere resultaten op het terrein van recidive. Het is doelmatiger om trajectindicatie vast te stellen, omdat over een langere periode wordt gekeken wat een forensische zorg patiënt nodig heeft. Hierdoor kan efficiency in het administratieve systeem behaald worden doordat niet langer bij elke plaatsing naar een nieuwe aanbieder een nieuwe indicatie nodig is. Bovendien is er een duidelijke verdeling van rollen en verantwoordelijkheden door trajectsturing bij één organisatie te beleggen.

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen van bovenstaande maatregelen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Voor een regiefunctie wordt uitgegaan van een tijdsbesteding van vier bijeenkomsten à twee uur à 90 euro per uur;
- Voor trajectberaden is een vergelijking getrokken met de ZSM tafel;
- Uitgaande bij trajectberaden van 9.400 cliënten en 2 bijeenkomsten à twee uur à 90 euro per uur.

Tabel 18: Financiële doorrekening, maatregel 1

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Kosten regiehouder	1	1	1	1	1	1
Kosten trajectberaden	1	3	3	3	3	3
Eén trajectsturend orgaan	0	5	5	3	3	0
Verhoging doelmatigheid	0	0	0	-1	-2	-2

Uitvoerbaarheid

Voor de trajectsturende rol dient een nieuw orgaan te worden gemaakt of deze taak dient bij een bestaand orgaan te worden belegd. Dat is een intensief meerjarig traject met stevige consequenties voor betrokken ketenpartners zoals de drie reclasseringsorganisaties.

Juridisch:

- Een trajectindicatie en het bijbehorende op- en afschalingskader dient opgenomen te worden in het vonnis. Dit moet omarmd worden door het OM en ZM;
- Aanpassing Wet Forensische Zorg, aangezien deze stelt dat een nieuwe zorgaanbieder een nieuw plaatsingsbesluit betekent;

- Aanpassing Besluit Forensische Zorg artikel 5.2: een overplaatsing van een gedetineerden die is veroordeeld voor ernstige gewelds- en zedendelicten wordt mede gebaseerd op een recente risicotaxatie (niet ouder dan 6 maanden);
- Aanpassing wettelijke taken drie reclasseringsorganisaties.

ICT en informatievoorziening:

- De basis in het systeem IFZO is een indicatiestelling in combinatie met een plaatsingsbesluit;
- De uitwerking van trajectindicaties en de kwaliteitsborging hiervan dient nader vorm gegeven te worden;
- De informatiestromen tussen de verschillende zorgverleners en organisaties veranderen. Het invoeren van maatregel 1 van beleidsvariant 1 (Verbetering digitale samenwerking) helpt bij de soepele implementatie hiervan;
- Invoering van één trajectindicatie voor de gehele forensische periode zal controle op rechtmatigheid en doelmatigheid met de huidige systeeminrichting onmogelijk maken.

4.2.2

Maatregel 2: Eén indicerende partij

Indicatiestelling van ambulant en beschermd wonen trajecten ligt bij de 3RO. Voor klinische zorg ligt de indicering bij het NIFP. Omdat de hiervoor beschreven trajectindicatie bepaalt hoe het traject eruit ziet gedurende de juridische titel, is het wenselijk om de indicerende partijen samen te voegen. Op die manier komen de kennis en expertise van de 3RO op het maatschappelijke vlak en de kennis en expertise van het NIFP op het terrein van de gedragswetenschappen samen in een kwalitatief hoogwaardige trajectindicatie. Concreet betekent bovenstaande dat de indicerende taken van het NIFP en van de 3RO worden ondergebracht bij één indicerend orgaan.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Bij deze maatregel is sprake van een intensivering. Door de maatregelen wordt via doelmatigheidswinst op termijn een besparing verwacht. Door indicatiestelling bij één onafhankelijke organisatie te beleggen vindt niet alleen bundeling van expertise plaats maar is er ook sprake van meer efficiency, bijvoorbeeld door het beperken overhead. Daarnaast is de verwachting dat door het samenvoegen van klinische expertise van het NIFP en de praktische expertise van de 3RO de kwaliteit van indicatiestelling verhoogd wordt. Doordat de betrokken partijen gezamenlijk werken aan de terugkeer van de forensische patiënt, gaat de kwaliteit en impact van de zorg omhoog en dat leidt naar verwachting tot betere resultaten op het terrein van recidive.

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De omvang van de indicerende taken van het NIFP is formatief ongeveer 30fte, die overgaan in het indicerende orgaan;
- Het indicerende orgaan krijgt aanvullende taken;
- Hiermee zijn mogelijk beperkte frictiekosten gemoeid, wat niet in onderstaande doorrekening is meegenomen.

Tabel 19: Financiële doorrekening maatregel 2

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Eén indicerend orgaan	0	5	5	3	3	0
Verhoging doelmatigheid	0	0	0	-1	-2	-3

Uitvoerbaarheid

Voor het beleggen van de indicaties bij één onafhankelijk orgaan dient een nieuw orgaan te worden gemaakt of deze taak dient bij een bestaand orgaan te worden belegd. Dat is een intensief meerjarig traject met stevige consequenties voor betrokken ketenpartners zoals het NIFP, DJI, PMO's binnen het gevangeniswezen en de 3RO. Een kwalitatief hoogwaardige trajectindicatie stelt hoge eisen aan de medewerkers die de trajectindicatie opstellen. De huidige krappe arbeidsmarkt vormt een risico voor het tijdig werven van indicatiestellers en psychiaters.

Juridisch gezien is de maatregel haalbaar, wel dient het Besluit Forensische Zorg artikel 5.1 aangepast te worden, waarin staat beschreven welk orgaan welke indicatiestelling opstelt.

4.2.3

Maatregel 3: Eén plaatsingsloket

Op dit moment zijn er verschillende organisaties die de plaatsing van forensische patiënten verzorgen. Hierdoor is de expertise en het overzicht versnipperd. Met deze maatregel worden de plaatsingstaken belegd bij één organisatie: DJI. Concreet betekent dit dat de plaatsingstaken van de 3RO en het PMO binnen het gevangeniswezen komen te vervallen. DJI wordt daarmee verantwoordelijk voor de plaatsing van patiënten in de ambulante zorg, verblijfszorg en de klinische zorg.

Door een combinatie van deze maatregel met maatregel 2, één indicerende partij, zijn de rollen rondom plaatsing en indicering strikt van elkaar gescheiden. Dit heeft als voordeel dat de indicatiestelling plaatsvindt ongeacht de beschikbaarheid van de geïndiceerde forensische zorg. Aangezien DJI ook de partij is die verantwoordelijk is voor de capaciteit binnen de forensische zorg hebben zij een overzicht van de beschikbare plekken. Het centraal beleggen van de plaatsing bevordert het vergaren van relevante informatie over de in-, door- en uitstroom van de forensische zorg, wat een positief effect heeft op de evaluatie van beleid.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Bij deze maatregel is sprake van een intensivering. Door de maatregelen wordt via doelmatigheidswinst op termijn ook een besparing verwacht. Door plaatsing en indicering strikter van elkaar te scheiden verdwijnt een (eventuele) prikkel om te indiceren binnen de beschikbare plaatsen. Bij de plaatsing wordt uitvoering gegeven aan de kwalitatief hoogwaardige trajectindicatie. Eén plaatsingsloket draagt bij aan de doelmatigheid van de forensische zorg vanwege de bundeling van expertise, waardoor uitvoering gegeven kan worden aan de meest efficiënte werkwijze van plaatsing.

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De plaatsingstaken van de 3RO worden overgeheveld naar DIZ/DJI;
- Hiervoor hoeft geen nieuw orgaan opgericht te worden;
- Dit betekent een uitbreiding in taken van DJI en inkrimping van 3RO;
- Hiermee zijn mogelijk beperkte frictiekosten gemoeid, wat niet in onderstaande doorrekening is meegenomen.

Tabel 20: Financiële doorrekening maatregel 3

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Eén plaatsingsloket	1	3	3	3	1	0
Verhoging doelmatigheid	0	0	0	-1	-2	-2

Uitvoerbaarheid

Het beleggen van alle plaatsingen in de forensische zorg bij één orgaan is een intensief meerjarig traject met stevige consequenties voor betrokken ketenpartners zoals DJI en de 3RO. Deze maatregel zal een aanpassing van de Wet en Besluit Forensische Zorg, Penitentiaire beginselenwet en onderliggende regelgeving verlangen.

4.2.4***Maatregel 4: Minder aanbieders, langere contracten***

Forensische zorg wordt aangeboden door instellingen die naast overige forensische zorg in combinatie met reguliere ggz, ook gehandicaptenzorg of beschermd wonen aanbieden. Een voordeel daarvan is dat patiënten aan het einde van hun forensische titel bij dezelfde aanbieder gemakkelijk door kunnen stromen naar andere vormen van zorg. Tegelijkertijd komt het ook voor dat het specialisme van de forensische zorg slechts een beperkt deel van de organisatie betreft. Dit speelt met name in de overige forensische zorg.

Met deze maatregel worden instellingen gestimuleerd om zich te specialiseren in forensische zorg waarbij instellingen ook meerdere type forensische zorg aanbieden. Hierdoor komen instellingen die slechts een beperkt aantal plekken aanbieden niet in aanmerking voor deelname aan de aanbesteding. Hierdoor neemt ook het aantal aanbieders van forensische zorg af. DJI doet dit door eisen te stellen bij de aanbestedingen voor de verschillende onderdelen van forensische zorg. Dit gaat gepaard met het aangaan van langere contracten. Dit zorgt voor meer rust en zekerheid voor de instellingen waardoor zij meer in de geboden zorg en hun personeel kunnen investeren.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Deze maatregel komt de doeltreffendheid en de doelmatigheid ten goede. Door de opschaling en specialisatie worden de instellingen professioneler en efficiënter. Daardoor gaat de kwaliteit en impact van de zorg omhoog en dat leidt naar verwachting tot betere resultaten op het terrein van recidive. Daar staat het risico tegenover dat concentratie van aanbieders kan leiden tot ongewenste prijsopdrijving, al wordt dit risico ingeperkt door de max-tarieven van de NZa.

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Actieve stimulering van concentratie van aanbieders door de inkoopprocedure te wijzigen via kwaliteitseisen waar geen kosten aan verbonden zijn;
- Minder aanbieders en langere contracten levert op termijn minder administratieve lasten en extra werk op door overplaatsingen, daarnaast wordt een besparing op de overhead verwacht. Deze nieuwe werkwijze wordt geïmplementeerd per 2022 (dan loopt de huidige aanbestedingsperiode af). In 2022-2025 wordt voor het eerst conform de nieuwe werkwijze gehandeld, in de nieuwe aanbestedingsperiode per 2026 levert dit naar inschatting een besparing op van 0,25% op de totale uitgaven aan de forensische zorg (benchmark: 864 mln. in 2020), mits de nieuwe wijze van aanbesteden positief wordt geëvalueerd.

Tabel 21: Financiële doorrekening maatregel 4

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Minder aanbieders, langere contracten	0	1	0	0	0	0
Verhoging doelmatigheid	0	0	0	0	0	-22

Uitvoerbaarheid

Om deze maatregel uit te voeren dient DJI de wijze waarop zij de aanbestedingen in de markt zetten aan te passen, binnen de nu geldende richtlijnen voor aanbesteding. De aanbestedingen krijgen een looptijd van vier jaar en stellen eisen aan de geleverde zorg. Daarbij kan ook gebruik gemaakt worden van de standaarden zoals beschreven in de no-regret beleidsvariant. Er moeten maatregelen getroffen worden om het risico van ongewenste prijsopdrijving te mitigeren.

Deze maatregel zorgt voor een verandering voor de markt van overige forensische zorg. Instellingen die nu een beperkt aantal plekken aanbieden kunnen of opschalen of stoppen met het aanbieden van forensische zorg. Bijgaand risico hierbij is dat wanneer één of meerdere instellingen omvallen of besluiten te stoppen er onvoldoende capaciteit kan zijn om de patiënten te plaatsen.

4.2.5***Maatregel 5: Herschikken forensische zorgtitels***

Op dit moment zijn er 28 forensische zorgtitels, onderverdeeld in 7 categorieën. De forensische zorgtitel is de bekostigingsgrondslag voor vergoeding, maar is niet bepalend voor de zorg die kan worden opgelegd. Met deze maatregel wordt het aantal forensische zorgtitels herschikt en beperkt. Deze maatregel draagt bij aan het eenvoudiger en overzichtelijker maken van het forensische zorgstelsel. Het aantal forensische zorgtitels wordt in deze maatregel teruggebracht naar ongeveer 10 tot 12 titels. Het is van belang dat het herzien van de zorgtitels in samenspraak gebeurt met partijen in het veld, waaronder de zorgaanbieders en de NZa. Deze organisaties vormen een programmateam dat onderzoekt welke categorieën eenvoudiger zijn. Hiermee versimpelt de bekostigingsgrondslag. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is dat het geen extra administratieve lasten, rechtsongelijkheid van patiënten of 'handelingsverlegenheid' van professionals met zich meebrengt.

Meer specifiek wordt daarbij voorgesteld de gemaximeerde tbs-maatregel als sanctiemogelijkheid af te schaffen. Deze variant van de tbs-maatregel wordt ten eerste weinig opgelegd maar leidt bij de tenuitvoerlegging wel regelmatig tot problemen. Enerzijds vanwege de ingewikkelde behandeling in de tbs-klinieken. Anderzijds omdat deze specifieke doelgroep voor veel incidenten zorgt. De veiligheid van de samenleving is daarmee onvoldoende geborgd. Een rechter kan wel besluiten om andere vormen van forensische zorg op te leggen, zolang ze in verhouding staan tot het gepleegde delict. Daarbij komt dat de Wet verplichte ggz inmiddels alternatieven biedt voor de noodzakelijke zorg voor deze groep patiënten.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Het reduceren van het aantal zorgtitels leidt in de praktijk tot minder complexiteit binnen de forensische zorg. De maatregel vraagt om een incidentele intensivering en is op termijn budgetneutraal. De administratieve lasten van zorgaanbieders worden verminderd, deze tijd kan worden geïnvesteerd in behandeling of professionele

ontwikkeling. De zorgtitels moeten passen bij de trajectindicatie en de trajectsturing. Dat leidt mogelijk meer doeltreffendheid doordat de titels beter aansluiten op de behandelbehoefte.

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Het programmteam om de vereenvoudiging van de forensische titels te vereenvoudiging kan budgetneutraal;
- Experts uit diverse betrokken partijen worden hiervoor beschikbaar gesteld;
- Het afschaffen van de gemaximeerde tbs-maatregel heeft gelet op de beperkte omvang geen noemenswaardige financiële consequenties;
- Aanbieders worden desgewenst ondersteund bij het doorvoeren van de consequenties in de bedrijfsvoering en ICT.

Tabel 22: Financiële doorrekening maatregel 5

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Herschikken forensische zorgtitels	0	2	2	2	1	0

Uitvoerbaarheid

De administratie en facturatie van de zorgaanbieders en DJI moet worden aangepast. Dat heeft mogelijk consequenties voor de ICT-voorzieningen van deze partijen, een overgangstermijn is handig. Om deze maatregel uit te voeren is een herziening van de zorgtitels nodig die zijn vastgelegd in verschillende wetten, waaronder de Penitentiaire beginselenwet, het Wetboek van Strafrecht en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. Deze wetten dienen aangepast te worden.

4.3

Beleidsvariant 3: Behandeling centraal

Deze beleidsvariant heeft als vertrekpunt dat behandeling binnen de forensische zorg het meest effectieve middel is om het risico op recidive van gevaarlijke patiënten te verminderen. Daarom is het wenselijk om, indien zinvol, zo snel mogelijk met de behandeling te starten en de patiënt intensiever te behandelen. In het geval dat naast een forensische behandeling ook een gevangenisstraf opgelegd is, kan de tijd in de gevangenis optimaal gebruikt worden voor behandeling. Ook wanneer een risicovol persoon geen forensische titel heeft, kan het wenselijk zijn om iemand forensische zorg aan te bieden om zo de veiligheidsrisico's voor de samenleving te verminderen. Daarnaast is het wenselijk om ook na de forensische titel nazorg te verlenen, zodat een betere terugkeer in de samenleving gerealiseerd wordt. De maatregelen kunnen in combinatie met elkaar worden uitgevoerd (optie 1a en 1b uitgezonderd), maar ook los van elkaar.

Tabel 23: Budgettaire effecten beleidsvariant 3

(in € mln.; +=saldoverschlechterend)	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1a.Tijdens gevangenisstraf behandeling starten	0	3	5	7	8	-9
1b.Geen gevangenisstraf i.c.m. forensische zorg	0	5	8	11	13	-3
2.Preventief onder toezicht	0	16	13	18	18	18
3.Nazorg financieren	9	17	34	34	34	34
Totaal met optie 1a	9	36	52	59	60	43
Totaal met optie 1b	9	38	55	63	65	49
Effect verkorting behandelduur						-20
Effect instroom vermindering recidive (=5% totale uitgaven)						-40
Gecorrigeerd totaal 1a	9	36	52	59	60	-17
Gecorrigeerd totaal 1b	9	38	55	63	65	-11

Het effect van het totaal aan maatregelen is vanaf 2029 structureel. Alleen het effect aan instroom vermindering is vanaf 2032.

4.3.1

Maatregel 1: Eerder behandelen

Optie 1a: Tijdens gevangenisstraf forensische zorgbehandeling starten

In deze optie kunnen forensische zorgpatiënten, die eerst een gevangenisstraf opgelegd krijgen, direct bij aanvang van hun verblijf in de gevangenis met een forensische zorgbehandeling beginnen. Deze maatregel is toepasbaar op de tbs en de OFZ doelgroep met een gevangenisstraf.

Optie 1b: Geen gevangenisstraf meer in combinatie met forensische zorg

In deze optie krijgen forensische zorgpatiënten geen gevangenisstraf meer opgelegd, maar beginnen ze direct aan de forensische zorgbehandeling in een zorginstelling. Die instelling heeft daarvoor de meeste expertise en het gewenste leef- en behandelklimaat, waarmee de stoornis en het recidivegevaar zo snel mogelijk aangepakt wordt. Deze maatregel is toepasbaar op de tbs en de OFZ doelgroep met een gevangenisstraf.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Per jaar krijgt ongeveer 75% van de tbs-gestelden een tbs-maatregel in combinatie met een gevangenisstraf opgelegd. Dit betekent dat pas na de gevangenisstraf

begonnen kan worden met het behandelen van de psychische of psychiatrische stoornis. Voor tbs-patiënten zijn de behandeling en verlofmogelijkheden essentieel voor het uiteindelijk terugkeren in de maatschappij. Bijkomend effect van de maatregel is dat de totale duur (gevangenisstraf en tbs-maatregel) in de meeste gevallen korter is dan wanneer de twee strafmaatregelen afzonderlijk en elkaar opvolgend worden toegepast. Door meteen te starten met de behandeling ziet de stoornis minder kans te verergeren. De verwachting is dat meer en eerder behandelen een positief effect heeft op de kans op recidive.

De gemiddelde dagprijs in een PPC is lager dan in een FPC (537 versus 613 euro). Met name in de intramurale fase is eerder behandelen in de gevangenis goedkoper dan in een FPC. Wanneer daarnaast de verkorting van behandelduur in een FPC wordt meegerekend, is het uiteindelijk doelmatiger. Dit is wel afhankelijk van hoe snel iemand met extramurale fase kan beginnen en uiteindelijk hoe snel een tbs-maatregel wordt beëindigd.

Door deze maatregel komt de focus meer op recidivebeperking te liggen dan op het strafdoel vergelding.

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen van de opties zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Alleen de tbs-doelgroep is als uitgangspunt genomen in de doorrekening, er is gerekend met het gemiddelde aantal tbs-opleggingen (105) over de periode 2013-2017;
- Gemiddelde duur van gevangenisstraf van 2,3 jaar in combinatie met tbs met bevel tot dwangverpleging is berekend door totale duur gevangenisstraf (mediaan per differentiatie) te delen door het totaal aantal opleggingen over de periode van 2013-2017;
- Gecorrigeerd voor voorwaardelijke invrijheidstelling van een derde van de gevangenisstraf is 1,5 jaar;
- De helft van de combinatievonnissen zit al op een PPC tijdens de gevangenisstraf en andere helft op een regulier gevangenisregime;
- Maatregel wordt ingevoerd per 2022; structureel effect treedt op vanaf uiterlijk 2029;
- Verschil dagprijs PPC en tbs conform begroting 2020 is op jaarbasis 27.740 euro per persoon.

Tabel 24: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 1a

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Besparing reguliere GW-capaciteit	0	-4	-6	-7	-9	-11
Meerkosten van plaatsing in PPC	0	7	11	14	17	22
Effect verkorting behandelduur (treedt op na 7 ^e jaar)	0	0	0	0	0	-20
Totaal	0	3	5	7	8	-9

Tabel 25: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 1b

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Besparing regulier GW-capaciteit	0	-4	-6	-7	-9	-11
Besparing PPC	0	7	11	14	17	-22
Meerkosten tbs	0	16	25	32	38	50
Effect verkorting behandelduur (treedt op na 7 ^e jaar)	0	0	0	0	0	-20
Totaal	0	5	8	11	13	-3

Uitvoerbaarheid

De opties 1a en 1b zijn uitvoerbaar, met een aantal kanttekeningen. Ten eerste bepaalt de rechter of er een detentie of forensische titel wordt opgelegd. Ten tweede is verlof in detentie niet mogelijk; met (on)begeleid verlof kan alleen tijdens een forensische titel. Daarnaast zijn er op dit moment onvoldoende PPC plaatsen in het gevangeniswezen. Tot slot kan het wenselijk zijn om voor deze doelgroep een aparte inrichting te operationaliseren.

4.3.2**Maatregel 2: Preventief onder toezicht**

Door een 'waakvlamfunctie' wordt het maatschappelijk veiligheidsrisico van een groep van 1.500 personen gemonitord na afloop van de strafrechtelijke titel. Om te monitoren is het nodig om eenmaal per twee weken een contactmoment met de persoon te hebben. De inschatting is dat gemiddeld eenmaal per jaar gedurende een periode van 10 dagen intensief dagelijks contact nodig is. Deze ambulante zorgbegeleiding kan worden uitgevoerd door forensische zorgaanbieders, ingekocht door DJI. Bij de helft van de doelgroep is de inschatting dat gemiddeld eenmaal per jaar een klinische opname van 10 dagen nodig is.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Met deze maatregel wordt het mogelijk om een risicovolle doelgroep na de forensische zorgtitel beter te kunnen monitoren en sneller in te grijpen wanneer veiligheidsrisico's hoog zijn of toenemen. Door actief te monitoren kan ingegrepen worden wanneer het echt nodig is. Tegen relatief lage kosten van het monitoren wordt voorkomen dat deze personen recidiveren en weer terugkomen in het forensische zorgstelsel, waar de kosten op jaarbasis vele malen hoger zijn.

Financiële doorrekening

Voor de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Uurtarieven ambulante behandeling en begeleiding zijn conform tarieven NZa;
- Dagtarief FPA is bepaald door verhouding zorgintensiteiten 2017 en tarieven 2020 te gebruiken;
- De omvang van de doelgroep komt geleidelijk in beeld en stabiliseert op 1.500. Hierbij worden de criteria van AEF in de quickscan gehanteerd om de doelgroep te bepalen;
- Maatregel gaat in 2022 in, voorbereidingen worden getroffen in 2021.

Tabel 26: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 2

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
<i>Omvang van de doelgroep</i>	0	500	1000	1500	1500	1500
Kosten van tweewekelijks contact (huisbezoek)	0	4	7	10	10	10
Kosten van intensief contact gedurende 10 dagen	0	1	3	4	4	4
Kosten klinische opname	0	1	3	4	4	4
Totaal	0	6	13	18	18	18

Uitvoerbaarheid

Er zijn zowel uitvoeringstechnische als juridische overwegingen:

- Vrijheidsbenemende maatregelen, zoals een klinische opname, zijn niet mogelijk zonder juridische grondslag;
- Vrijheidsbeperkende maatregelen (EVRM, artikel 2 vierde protocol), zoals monitoren, mag alleen bij wet en moet voor de democratische samenleving noodzakelijk zijn in het belang van nationale of openbare veiligheid, handhaving openbare orde of voorkomen strafbare feiten, bescherming gezondheid, goede zeden of bescherming van anderen;
- Er moet nog worden beslist waar het mandaat wordt neergelegd (DJI, 3RO of GGZ) om monitoring te bekostigen.

4.3.3***Maatregel 3: Nazorg financieren***

Het is wenselijk dat een behandelaar of vertrouwenspersoon van een instelling voor forensische zorg na afloop van de forensische titel in passend contact kan blijven met de (ex-)patiënt om goede vervolgbehandeling op te starten en daarmee recidive te voorkomen. Om dit te realiseren moet er een prestatie worden geleverd op basis waarvan deze werkzaamheden worden gefinancierd. Daarbij moet de focus liggen op het borgen van de vijf leefgebieden van de (ex-)patiënt, waaronder wonen, werk/inkomen en zorgverzekering, met oog voor de specifieke behoefte van de patiënt.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Uit onderzoek blijkt dat het contact houden met patiënten door een begeleider (een voor de patiënt vertrouwd persoon) in de periode na behandeling tot lagere recidive leidt. Langduriger contact tussen patiënt en zorgverlener of vertrouwenspersoon geeft patiënten, na lange tijd, weer het gevoel ergens bij te mogen horen.⁴² Dit komt de doeltreffendheid van de behandeling ten goede. Het is doelmatiger om meer te investeren in de nazorg om resocialisatie te borgen, dan dat een (ex-)patiënt recidiveert en opnieuw een forensische behandeling nodig heeft.

Financiële doorrekening

Voor het doorrekenen van bovenstaande maatregel zijn de volgende aannames gehanteerd:

- Maatregel is van toepassing op de gehele overige forensische zorg, aangezien in de tbs-maatregel nazorg al is voorzien;
- Het aantal plaatsen voor klinische en beschermd wonen is conform rijksbegroting 2020;
- NZa-tarief forensische psychiatrisch toezicht 2020 is 32,38 euro per dag;

⁴² Schaftenaar (2018). *Contact gezocht: Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg.*

- Wanneer patiënten binnen het forensische zorgstelsel verplaatsen financiert DJI de instellingen, bij het verlaten van de forensische zorg naast instellingen ook aan de ontvangende gemeente en evt. 3RO.

Tabel 27: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 3

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Nazorg financieren	9	17	34	34	34	34

Uitvoerbaarheid

Het is haalbaar om een component nazorg in de financiering op te nemen.

4.4 Beleidsvariant 4: Straf centraal

Deze beleidsvariant heeft als vertrekpunt dat het onwenselijk is de Nederlandse samenleving bloot te stellen aan de risico's die gepaard gaan met verlof en vrijheden tijdens een forensische behandeling. Het toekennen van verlof en vrijheden gaat namelijk niet samen met één van de hoofddoelen van straf: het opsluiten van gedetineerden ter bescherming van de samenleving. Er worden meer wettelijke mogelijkheden gecreëerd om personen preventief op te sluiten of langdurig te volgen na hun vertrek uit de gevangenis. De maatregelen uit deze variant zijn zelfstandig uit te voeren.

Tabel 28: Budgettaire effecten beleidsvariant 4

<i>(in € mln.; +=saldooverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
1.Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel	0	0	-242	-242	-242	-242
<i>Frictiekosten bij 1</i>	0	0	300	150	150	0
2.Wet langdurig toezicht: ja, tenzij	9	17	34	34	34	34
3.Elektronische monitoring	0	25	49	49	49	49
4.Preventieve detentie	0	0	2	3	4	5
Totaal	9	42	143	-6	-5	-154
<i>Effect instroom door stijging recidive (=10% totale uitgaven)</i>						80
Gecorrigeerd totaal						-74

De frictiekosten van maatregel 1 stoppen na het jaar 2025.

4.4.1

Maatregel 1: Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel

Alle vormen van forensische zorg worden afgeschaft. De toekomstige doelgroep (niet huidige veroordeelden) zal als gevolg van deze maatregel worden veroordeeld tot gevangenisstraf en instromen in de penitentiaire inrichtingen. Het gevolg is een afname van het aantal forensisch klinische bedden en een toename van het aantal plaatsen in penitentiaire inrichtingen. In detentie ontvangen de gedetineerden de noodzakelijke reguliere zorg die valt onder de zorgverzekeringswet. Na afloop van de strafrechtelijke titel moeten gedetineerden met psychische problematiek die nog een gevaar voor de samenleving vormen gedwongen worden opgenomen in de geestelijke gezondheidszorg. Doordat tijdens justitiële titel minder wordt behandeld, is het mogelijk dat de complexiteit en zwaarte van de doelgroep die doorstroomt naar de ggz toeneemt.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Deze maatregel betreft in eerste aanleg een besparing. Bij ongemaximeerde tbs met dwangverpleging staat het beschermen van de samenleving en het beperken van het recidivegevaar voorop, waarbij het risicogevaar bepalend is voor de duur van de maatregel. Bij een gevangenisstraf staat de einddatum vast. Het risico bestaat dat doordat de delinquent niet is behandeld er nog een gevaar is voor de samenleving. De gemiddelde dagprijs van een plaats in een gevangenis is lager dan klinische forensische zorg. De recidivecijfers van het gevangeniswezen zijn hoger dan van forensische zorg. Hierdoor levert deze maatregel op de korte termijn een besparing op, maar zal die besparing op den duur lager worden door de verwachting dat er een hogere instroom in de reguliere ggz komt en meer recidive plaatsvindt, die naast een hogere instroom in de gevangenis ook andere maatschappelijke schade kan veroorzaken.

Financiële doorrekening

Deze maatregel heeft tot gevolg dat aanbieders van forensische zorg hun inkomsten zien verdwijnen en klinieken zullen sluiten. Tegelijkertijd neemt de benodigde capaciteit voor gevangenen toe. Dit levert een besparing op doordat een gevangenisplek goedkoper is dan een plek in de forensische zorg. De kosten voor ggz in de gevangenis nemen naar verwachting toe.

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Implementatie per 2023;
- Alle vormen van forensische zorg worden afgeschaft. Tbs'ers en patiënten met OFZ verblijfszorg en beschermd wonen worden in de gevangenis geplaatst;
- PPC's worden afgeschaft, er zijn wel gevangenisplaatsen voor crisisopvang;
- De populatie is het aantal plaatsen conform JenV-begroting 2020;
- De verblijfsduur in de gevangenis blijft gelijk;
- Er dienen nieuwe gevangenen te worden gebouwd of oude gevangenen en/of Rijksinstellingen voor forensische zorg te worden getransformeerd om aan de stijgende vraag naar gevangenisplekken te voldoen. Hiervoor zijn incidentele frictiekosten opgenomen.

Tabel 29: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 1

<i>Aantallen</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Tbs	-	-	1131	1131	1131	1131
Klinische OFZ	-	-	975	975	975	975
Beschermd wonen	-	-	1254	1254	1254	1254
PPC	-	-	632	632	632	632

<i>Afschaffing forensische zorg x € 1 mln.</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Tbs	0	0	-255	-255	-255	-255
Klinische OFZ	0	0	-127	-127	-127	-127
Beschermd wonen	0	0	-163	-163	-163	-163
PPC	0	0	-125	-125	-125	-125
Totaal (1)	0	0	-670	-670	-670	-670

<i>Plaatsing in gevangeniswezen x € 1 mln.</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
tbs naar gevangenis	0	0	117	117	117	117
OFZ naar gevangenis	0	0	101	101	101	101
Beschermd wonen naar gevangenis	0	0	130	130	130	130
PPC naar gevangenis (50%)	0	0	33	33	33	33
PPC naar crisisbeheersing (50%)	0	0	48	48	48	48
Totaal (2)	0	0	427	427	427	427

<i>Verschil plaatsing FZ en gevangenis x € 1 mln.</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Afschaffing forensische zorg (1)	0	0	-670	-670	-670	-670
Plaatsing gevangenis (2)	0	0	427	427	427	427
Totaal (3)	0	0	-242	-242	-242	-242
Frictiekosten	0	0	300	150	150	0
Totaal (4)	0	0	58	-92	-92	-242

Uitvoerbaarheid

In de praktijk levert deze maatregel frictiekosten op. De gevangenis capaciteit wordt uitgebreid en private instellingen verliezen (een deel) van hun inkomsten en bestaansrecht:

- Er is onvoldoende capaciteit in het gevangeniswezen, met name PPC-plaatsen. Hiervoor moeten extra penitentiaire inrichtingen gerealiseerd worden;
- Voor extra detentiecapaciteit dient nieuw personeel geworven te worden in een krappe arbeidsmarkt;
- De 2 Rijksklinieken moeten een andere bestemming krijgen of gesloten worden, dat levert incidentele frictiekosten op;
- Particuliere aanbieders van forensische zorg zullen in financiële problemen komen (overcapaciteit gebouwen en personeel);
- De maatregel geldt niet voor de huidige populatie in de forensische zorg. Er is sprake van een overgangperiode.

Juridisch gezien heeft deze maatregel wetswijzigingen tot gevolg, waaronder het wetboek van Strafrecht en de wet forensische zorg:

- Wetboek van Strafrecht aanpassen: artikel 13, 37a, 37b, 37c, 37e, 38, 38a t/m 38l, 38la, 38lb;
- Wetboek van Strafrechtvordering aanpassen: 509g t/m 509i, 509i bis, 509j, 509j bis, 509l t/m 509u, 509u bis, 509v, 509w en 509x;
- Wet forensische zorg wijzigen. Verwijzing naar Wvvgz moet wel blijven bestaan;
- Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden afschaffen;
- Penitentiaire beginselenwet aanpassen, 15.5 en 43.3 en uitbreiden met verankering noodzakelijk psychische zorg;
- Wvvgz aanpassen;
- Regelgeving NZa aanpassen.

4.4.2

Maatregel 2: Wet langdurig toezicht: ja, tenzij

Op dit moment hebben rechters de mogelijkheid met de wet langdurig toezicht om onder bepaalde voorwaarden langdurig toezicht aan een gedetineerde of tbs-patiënt op te leggen. Het doel van de wet is het voorkomen van recidive van tbs-gestelden en zeden- en zware geweldsdelinquenten met een strafdreiging van tenminste vier jaar door ze zo lang als dat nodig wordt geacht onder toezicht te stellen. Een dergelijke maatregel kan de rechter bij de veroordeling opleggen. Zo niet, kan dat na afloop van de strafrechtelijke titel voor onderdelen binnen de wet alsnog gebeuren, maar dat geldt niet voor de gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel.

De maatregel wet langdurig toezicht: ja tenzij, regelt dat alle veroordeelden met een delict waarvoor tenminste vier jaar gevangenisstraf staat langdurig toezicht opgelegd krijgen (inclusief de gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel binnen de wet langdurig toezicht), tenzij een rechter anders beslist. De huidige voorwaarden van de maatregel blijven bestaan. De totale duur van de

maatregel is niet gebonden aan een maximum. De rechter blijft periodiek toetsen of verlenging van de maatregel nog nodig is.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Deze intensivering komt de doeltreffendheid ten goede doordat nu op een logischer moment wordt bepaald of het verstandig is om een patiënt of gedetineerde onder langdurig toezicht te plaatsen. Nadelig voor de doelmatigheid kan zijn dat voor iedere patiënt of gedetineerde een afweging gemaakt moet worden of langdurig toezicht nodig is.

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Aantal plaatsen conform Rijksbegroting 2020;
- NZa-tarief forensische psychiatrisch toezicht 2020 is €32,38 per dag;
- De maatregel heeft een ingroeipad, omdat het een aantal jaar duurt voordat de maatregel volledig is geïmplementeerd.

Tabel 30: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 2

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Wet langdurig toezicht: ja, tenzij	9	17	34	34	34	34

Uitvoerbaarheid

Om deze maatregel uit te voeren is het nodig om de wet langdurig toezicht aan te passen en zal er mogelijk meer capaciteit nodig zijn bij het OM en de rechterlijke macht doordat er meer toetsingsmomenten komen.

4.4.3

Maatregel 3: Elektronische monitoring

Na afloop van de strafrechtelijke titel kan het voorkomen dat vanwege psychische problematiek een gedetineerde een risico blijft vormen voor de samenleving. Anders dan bij maatregel 2 is het risico niet altijd acuut, waardoor het op dat moment niet nodig of redelijk is om iemand te behandelen of onder intensief toezicht te stellen.

Desalniettemin is bij deze doelgroep op basis van risicotaxaties inzichtelijk dat er in de toekomst een (groot) risico is op (ernstige) recidive. Een bestuursrechtelijke of strafrechtelijke maatregel voorziet daarom in een behoefte om deze doelgroep onder toezicht te plaatsen en vrijheidsbeperkende maatregelen in te stellen. De groep van naar schatting 5.000 personen wordt in de gaten gehouden door elektronische monitoring, bijvoorbeeld in de vorm van een enkelband. De monitoring heeft deels een afschrikwekkende werking. De persoon in kwestie weet immers dat hij of zij in de gaten wordt gehouden. Anderzijds kan bij afwijkend gedrag vroegtijdig worden ingegrepen om recidive te voorkomen.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Met deze maatregel komt er een mogelijkheid om een risicovolle doelgroep na de forensische zorgtitel beter te monitoren en sneller in te grijpen wanneer veiligheidsrisico's toenemen. Op deze manier wordt voorkomen dat een groep tussen wal en schip valt. Het is wenselijk deze groep slim en tegen relatief beperkte kosten te monitoren en waar nodig in te grijpen.

Financiële doorrekening

Voor deze variant zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Momenteel loopt er een pilot elektronisch monitoring in tbs. De prijs voor elektronische monitoring is 26,92 euro per dag, er wordt uitgegaan van een doelgroep van 5.000 personen
- Implementatie per 2022, voorbereiding 2021.

Tabel 31: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 3

<i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i>	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
Elektronische monitoring	0	25	49	49	49	49

Uitvoerbaarheid

Vrijheidsbenemende maatregelen zijn niet mogelijk zonder wettelijke grondslag. Daarbij moet aangetoond worden dat dit noodzakelijk is in het belang van nationale of openbare veiligheid, handhaving openbare orde of het voorkomen van strafbare feiten, bescherming gezondheid, goede zeden of bescherming van anderen. Een deel van de doelgroep is (licht) verstandelijk beperkt en zal praktische problemen ervaren.

4.4.4***Maatregel 4: Preventieve detentie***

Aanvullend op de mogelijkheden van de Wet langdurig toezicht is er behoefte aan een maatregel waarmee personen die een gevaar voor de samenleving vormen preventief kunnen worden vastgezet. Deze maatregel is gebaseerd op de Duitse 'Sicherungsverwahrung' en het Noorse beveiligde bewaring ('forvaring'). De maatregel preventieve detentie (Sicherungsverwahrung) in het Duitse strafrecht maakt het mogelijk dat veroordeelden onder bepaalde voorwaarden worden veroordeeld tot het na tenuitvoerlegging van die gevangenisstraf ondergaan van preventieve detentie voor onbepaalde tijd. De beveiligde bewaring (forvaring) is een straf die in Noorwegen wordt opgelegd met het oog op de bescherming van het recidiverisico dat de veroordeelde met zich meedraagt. Ze wordt om die reden ook de 'preventieve detentie' genoemd. Na het aflopen van de maximumtermijn kan men beslissen de bewaring aan te houden in functie van de bescherming van de maatschappij.

In het Nederlandse stelsel is het op dit moment niet mogelijk om in aansluiting op een gevangenisstraf de veiligheid van de samenleving te beschermen via het opleggen van vrijheidsbeneming. Met deze maatregel wordt preventieve detentie mogelijk. Vrijheidsbeneming kan plaatsvinden voor onbepaalde tijd met een periodieke rechtelijke toets die losstaat van het gepleegde misdrijf. De preventieve detentie wordt mogelijk voor delinquenten die een strafbaar feit hebben gepleegd waarvoor een strafmaximum geldt van minimaal 4 jaar. Na afloop van de straf wordt voor al deze delinquenten bepaald of zij nog een reëel gevaar vormen voor de samenleving. Indien dat het geval is zal de delinquent preventief in detentie worden geplaatst, waarbij de delinquent behandeling krijgt met als doel in de maatschappij terug te keren. De rechter dient periodiek te toetsen of de preventieve detentie nog nodig is. Hiermee wordt het proportionaliteitsbeginsel losgelaten en wordt de nadruk gelegd op de risico's voor de maatschappij.

Deze maatregel is niet alleen toepasbaar op patiënten in de forensische zorg, maar ook op het reguliere gevangeniswezen. Dit heeft als bijkomend voordeel dat de afkeer voor psychiatrisch onderzoek waarschijnlijk kleiner wordt, omdat na afloop van de detentie ook het risico bestaat dat de gedetineerde op basis van deze maatregel wordt vastgehouden.

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Deze maatregel zorgt ervoor dat potentieel gevaarlijke delinquenten niet terugkeren in de maatschappij. Dat komt de doeltreffendheid in termen van maatschappelijke veiligheid ten goede. De toetsing of delinquenten in preventieve detentie dienen te komen vraagt om een zorgvuldige afweging en zal van OM en de rechterlijke macht meer capaciteit vragen.

Financiële doorrekening

Naar verwachting zal het op het totaal van het aantal delinquenten relatief weinig voorkomen dat zij voor langere tijd preventief in detentie worden geplaatst. Het plaatsen van delinquenten zorgt wel voor extra kosten.

Voor deze variant zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De dagprijs voor preventieve detentie is gebaseerd op de gemiddelde dagprijs van een reguliere gevangenisplek (282 euro in 2021; 283 euro 2022 e.v.);
- De aantallen kunnen wijzigen, afhankelijk van de exacte definitie van de doelgroep (ruimer of beperkter).

Tabel 32: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 4

(in € mln.; +=saldoverslechterend)	2021	2022	2023	2024	2025	Struc.
<i>Aantallen</i>	0	0	15	30	40	45
Preventieve detentie	0	0	2	3	4	5

Uitvoerbaarheid

Voor deze maatregel is het nodig om de wet aan te passen, in ieder geval het wetboek voor Strafrecht. Daarnaast wordt met deze maatregel het proportionaliteitsbeginsel losgelaten. In zowel Duitsland als Noorwegen zijn deze maatregelen niet onbesproken. De vraag is in hoeverre de preventieve detentie nog samenhangt met het delict, waardoor deze maatregel mogelijk in strijd is met artikel 5 en artikel 9 van Universele Verklaring van de Rechten van de Mens⁴³, en met het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden⁴⁴:

- In de strafwetten (WvSr en WvSr) zal een nieuwe titel moeten worden opgenomen voor deze nieuwe straf/ maatregel en het bijbehorende procesrecht. In de PBW of een met de Bvt vergelijkbare wet zal de tenuitvoerlegging moeten worden geregeld. Deze uitwerkingen zullen de volgende elementen moeten bevatten;
- Onbepaalde duur, maar met periodieke rechterlijke toets;
- Ultimo ratiobeginsel: alleen tenuitvoerleggen als geen enkele andere oplossing mogelijk is om tenuitvoerlegging te voorkomen;
- Psychische afwijking hoeft niet in relatie te staan tot het gepleegde delict waarvoor hij terecht staat, maar feitelijkheden en ontwikkeling van betrokkene moeten er op wijzen dat betrokkene in de toekomst waarschijnlijk ernstige strafbare feiten zal begaan;
- De inhoud van de maatregel moet gericht zijn op het wegnemen van oorzaken en bepalende factoren voor de gevaarlijkheid van betrokkene.

Afgezien van juridische zijn er ook een tweetal operationele aandachtspunten:

- Deze maatregel leidt mogelijk tot een toename van de detentiecapaciteit in het gevangeniswezen. In de praktijk zal het waarschijnlijk om een gering aantal patiënten/gedetineerden gaan.

⁴³ United Nations (1948). *Universal Declaration of Human Rights*.

⁴⁴ Europese Raad (1950). *Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden*.

- Deze maatregel heeft als doel patiënten/gedetineerden terug te brengen in de maatschappij. Dat vraagt om een behandelsetting.

5 Bijlage 1: Taakopdracht

5.1 Inleiding

Forensische zorg is een relevant maatschappelijk thema, onder andere door actuele casussen. Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf en/of maatregel aan iemand met een psychische of psychiatrische stoornis die een strafbaar feit heeft gepleegd. Centraal bij forensische zorg staat de benodigde combinatie van behandeling en beveiliging. De bekendste vorm van forensische zorg is de tbs (terbeschikkingstelling). Maar er is een groot palet aan typen van forensische zorg en zorgaanbieders waar behandeling en begeleiding mogelijk is, zoals forensische zorg tijdens een gevangenisstraf in een PPC (Penitentiair psychiatrisch centrum), forensische zorg in een GGZ-instelling, een instelling voor beschermd wonen of ambulante forensische zorg.

De vraag naar forensische zorg is de afgelopen jaren toegenomen. Dat geldt zowel voor de zorg met verblijf, als voor de ambulante zorg. Ook spelen ketenpartners (zoals de rechtspraak en de indicatiesteller) een grote rol, alsmede veranderende wetgeving, ontwikkelingen in de reguliere zorg en het sociaal domein en tekorten aan woningen voor sociale doelgroepen. Ook de behoefte aan meer levensloopbestendige oplossingen neemt toe: de doelgroep heeft niet alleen zorg vanuit instellingen nodig, maar moet vaak veel langer in de gaten gehouden worden.

Forensische zorg beweegt zich op het snijvlak van twee werelden: die van het strafrecht en die van de zorg. De uitstroom van patiënten uit de forensische zorg naar de reguliere zorg (bijv. ggz of Wmo) is daarom relevant. Omgekeerd wordt als gevolg van de ambulantisering in de reguliere zorg de doelgroep die klinisch is opgenomen zwaarder, wat tot gevolg heeft dat een beroep op de beveiligde zorg (Forensisch Psychiatrische Afdelingen en Forensisch Psychiatrische Klinieken) toeneemt.

5.2 Opdracht aan de werkgroep

De werkgroep wordt gevraagd om in kaart te brengen wat de oorzaken zijn van de groeiende capaciteitsbehoefte (instroom, doorstroom, uitstroom) in de forensische zorg, en concrete maatregelen in beeld te brengen om de beheersbaarheid te vergroten en de doeltreffendheid en doelmatigheid van de forensische zorg te versterken. Daartoe wordt de werkgroep gevraagd diverse beleids- en uitvoeringsopties in beeld te brengen conform de uitgangspunten zoals vastgelegd in de kamerbrief 'reactie motie Sneller c.s. d.d. 19 december 2018' van 3 april 2019. Daarnaast neemt de werkgroep waar relevant de dwarsdoorsnijdende thema's zoals genoemd in de Kamerbrief mee in de analyse en varianten.

5.3 Hoofdvragen

1. Wat zijn de oorzaken van de groeiende capaciteitsbehoefte in de forensische zorg?
2. Hoe kan de beheersbaarheid van de forensische zorg worden vergroot?
3. Hoe kan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de forensische zorg worden versterkt en wat zijn de verwachte effecten?
4. Hoe kan de forensische zorg bijdragen aan een vermindering van de dreiging van gevaarlijke verwarde personen en de vermindering van recidive door (ex)justitiabelen?

5. Hoe kan de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere zorg worden verbeterd (o.a. i.r.t. het programma Continuïteit van Zorg)?

5.4 Afbakening en reikwijdte

De minimaal te betrekken regelingen zijn weergegeven in onderstaande tabel.⁴⁵

Tabel 33: Uitgaven aan forensische zorg 2014-2018

	2019	2020	2021	2022	2023
Totale uitgaven (in € mln.)	866	863	857	799	801

5.5 Organisatie

Samenstelling werkgroep: JenV, VWS, BZK, AZ, FIN.

Samenstelling secretariaat: JenV, FIN.

⁴⁵ In deze werkgroep mag over de hele ggz gesproken worden waar dit relevant is voor het beantwoorden van de centrale vraagstelling. Er is niet voor gekozen om de ggz op te nemen in deze grondslagtabel omdat er al een deel zorg in JenV artikel 34.3 zit en de ggz al in de grondslag bij andere taakopdrachten terugkomt.

6 Bijlage 2: Samenstelling werkgroep

Voorzitter

Rob Kerstens	ABD Topconsult
--------------	----------------

Leden

Eric Bezem	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Frank Candel	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Marcel Klaver (plv.)	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Stan Dekker	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Danielle Sevenster (plv.)	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Olaf Cornielje	Ministerie van Binnenlandse Zaken
Roger Planje (plv.)	Ministerie van Binnenlandse Zaken
Elsbeth van Dam	Ministerie van Financiën
Wijnand van Goudoever (plv.)	Ministerie van Financiën
Wijnand Stevens	Ministerie van Algemene Zaken
Celine Wijsman (plv.)	Ministerie van Algemene Zaken

Secretariaat

Nadine van Engen	Ministerie van Financiën
Martijn Filak	Ministerie van Financiën
Niels Koorn	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Maaïke de Vries	Dienst Justitiële Inrichtingen

7 Bijlage 3: Geraadpleegde bronnen

7.1 Rapporten/publicaties

- AEF (2018). *Forensische zorgen*. Utrecht.
- AEF (2018). *Ontwikkelingen in forensisch beschermd wonen*. Utrecht.
- AEF (2018). *Quickscan personen met ernstig verward gedrag en een hoog maatschappelijk veiligheidsrisico*. Utrecht.
- AEF (2017). *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor personen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben*. Utrecht.
- Bouman et al. (2012). *De forensische zorg: Beschrijving van het besturingsmodel*. Den Haag.
- Crijns et al. (2018). *Ketens de baas: Pijlers en bouwstenen voor ketensturing*. Den Haag.
- DJI (2019). *Infographic forensische zorg*. Den Haag.
- DJI (2019). *Kwaliteitskader forensische zorg*. Den Haag.
- DJI (2018). *Offerteaanvraag tbs 2019*. Den Haag.
- Europese Raad (1950). *Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden*. Rome.
- GGZ Nederland (2017). *Het roer moet om*. Amersfoort.
- Inspectie Justitie en Veiligheid (2019). *Incidentenonderzoek dodelijk steekincident Amsterdamse metro*. Den Haag.
- Inspectie Justitie en Veiligheid (2019). *Het detentieverloop van Michael P.* Den Haag.
- KPMG (2020). *Systeemtechnische analyse stelsel forensische zorg*. Amstelveen.
- Ministerie van JenV (2019). *Ontwerpbegroting 2020*. Den Haag.
- Ministerie van JenV (2018). *Handboek Forensische zorg*. Den Haag.
- Ministerie van JenV (2018). *Veranderingen n.a.v. Wet forensische zorg*. Den Haag.
- Nagtegaal (2016). *De tbs-maatregel: Kosten en baten in perspectief*. Den Haag.
- Newcom (2018). *Beelvorming forensische zorg: Eindrapportage*. Enschede.
- NZa (2018). *Monitor Continuïteit van zorg*. Utrecht.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019). *Forensische zorg en veiligheid: Lessen uit de casus Michael P.* Den Haag.
- Rebel Groep (2019). *Schrappen verrijken met implementeren*. Rotterdam.
- RIVM (2018). *Monitor Personen met verward gedrag*. Bilthoven.
- RSJ (2018). *Ontwikkelingen en knelpunten bij forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen*. Den Haag.
- RVS (2012). *Stoornis en delict*. Den Haag.
- Schaftenaar (2018). *Contact gezocht: Relationeel werken en het alledaagse als werkzame principes in de klinische forensische zorg*. Amsterdam.
- Significant (2014). *Vraagontwikkeling OFZ: Onderzoek naar de oorzaken van de stijging naar de vraag van Overige Forensische Zorg*. Utrecht.
- Steinmann (2019). *Stelselwijziging forensische zorg: Verklarend onderzoek naar een centralisatie van sturing in de zorg*. Twente.
- Trimbos instituut (2015). *Landelijke monitor Ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2015*. Utrecht.
- United Nations (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Parijs.
- Van der Wolf (2012). *Tbs: Veroordeeld tot vooroordeel*. Oisterwijk.
- WODC (2011). *Tbs-behandeling geprofileerd, een gestructureerde casussenanalyse*. Den Haag.
- WODC (2017). *Van voorwaardelijk naar onvoorwaardelijk terbeschikkinggesteld*. Den Haag.

WODC (2019). *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*. Den Haag.

7.2 Kamerbrieven

Kamerbrief *Reactie op onderzoeksrapport IJenV over dodelijk steekincident in Amsterdamse metro*, Kamerstukken 2019/20, 25 424, nr. 488.

Kamerbrief *Voortgang maatregelen beleidsreactie onderzoeken Michael P.*, Kamerstukken 2018/19, 33628, nr. 60.

Kamerbrief *Beleidsreactie onderzoeken detentieverloop Michael P.*, Kamerstukken 2018/19, 33628, nr. 44.

Kamerbrief *Integrale beleidsreactie DNA en tweede monitorrapportage Hoekstra e.a.*, Kamerstukken 2018/19, 32399, nr. 24.

Kamerbrief *Reactie op verzoek commissie over moord in Lelystad*, Kamerstukken 2018/19, 29452, nr. 231.

Kamerbrief *Meerjarenovereenkomst forensische zorg*, Kamerstukken 2017/2018, 33628, nr. 34.

7.3 Geraadpleegde experts

De werkgroep spreekt een groot woord van dank uit aan de experts die bereid waren hun expertise te delen:

Hyacinthe van Bussel	Directeur FPC Rooyse Wissel, Voorzitter Algemeen Overleg TBS Nederland
Saskia Capello	Directeur Stichting Verslavingsreclassering GGZ – namens de 3RO
Yolanda van Dun	Projectleider Taskforce Kwaliteit en Veiligheid forensische zorg
Willem Eggink	Beleidsmedewerker Regulering Nederlandse Zorgautoriteit
Hans Faber	Hoofdinspecteur Inspectie JenV
Goof van Gemert	Directeur ForZo/JJI Dienst Justitiële Inrichtingen
Nol van Gemmert	Coördinerend adviseur analyse Dienst Justitiële Inrichtingen
Willem Gordeau	Adviseur Dienst Justitiële Inrichtingen
Wilma Kieft	Projectleider Regionale aanpak personen met verward gedrag gemeente Utrecht
Job Knoester	Strafrechtadvocaat KVAK Advocaten, Voorzitter Vereniging van TBS-advocaten
Marcel Krijgsveld	Manager GGZ en forensische zorg Nederlandse Zorgautoriteit
Josefiën Kursten	Directeur Regulering Nederlandse Zorgautoriteit
Jiske Lems	Projectleider Taskforce Kwaliteit en Veiligheid forensische zorg
Dr. Marleen Nagtegaal	Onderzoeker WODC
Prof.dr.mr. Rinus Otte	Procureur-generaal Openbaar Ministerie, Bijzonder hoogleraar Rijksuniversiteit Groningen
Axel van Pel	Coördinator landelijke portefeuille Ketensamenwerking en allianties Nationale Politie
Annelore Roelofs	Plv. hoofddirecteur Dienst Justitiële Inrichtingen
Anouk Roozen	Senior adviseur bedrijfsvoering Dienst

Dr. Petra Schaftenaar	Justitiële Inrichtingen
Dr. Petra Steinmann	Eigenaar Metis Zorg
	Auteur proefschrift Stelselwijziging
	Forensische zorg
Toke Tom	Themadirecteur Sociaal domein gemeente Utrecht
Prof.dr. Robbert-Jan Verkes	Hoogleraar Forensische Psychiatrie
	Radboud Universiteit, Psychiater
	Pompestichting
Prof.dr. Michiel van der Wolf	Hoogleraar Forensische Psychiatrie
	Universiteit Leiden

7.4 Werkbezoeken en conferenties

Ook een woord van dank aan de organisaties en hun medewerkers die bereid waren een werkbezoek te organiseren:

Stichting De Tussenvoorziening, Utrecht
Van der Hoeven Kliniek, Utrecht
Fivoor, Den Haag

En voor de organisatoren van de conferenties waarbij we aanwezig konden zijn:

Rumoer rond de forensische psychiatrie, 28 november 2019, Lunteren
Festival Forensische zorg, 28 januari 2020, Utrecht

7.5 (Ex)-forensische zorgpatiënten

Tot slot wil de werkgroep Kees, Jeffrey, Ray, Danielle, Kermit en Ko bedanken. We waarderen het dat jullie bereid waren over je ervaringen in de forensische zorg te vertellen.

8 Bijlage 4: Tabellen met indicatoren en samenhang

		Verbetering digitale samenwerking binnen de keten van forensische zorg	Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt voor forensische zorg	Terugdringen administratieve lasten	Eenduidige communicatiestrategie ontwikkelen	Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan	Minder aanbieders, langere contracten	Forensische zorgtitels reduceren en afschaffen	Preventieve detentie
Variant 1 Optimalisatie									
1. Verbeteren (digitale)									
2. Terugdringen administratieve lasten									
3. Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt voor forensische zorg									
4. Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie									
Variant 2 Eenvoudiger organiseren									
1. Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan									
2. Eén indicerende partij									
3. Eén plaatsingsloket									
4. Minder aanbieders, langere contracten									
5. Herschikken forensische zorgtitels									
Variant 3 Behandelingscentraal									
1. Eerder behandelen									
2. Preventief onder toezicht 'groep van 1.500'									
3. Nazorg financieren									
Variant 4 Straf centraal									
1. Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel									
2. Wet langdurig toezicht: Ja, tenzij									
3. Elektronische monitoring									
4. Preventieve detentie									

■ Gaat niet samen
■ Gaat moeilijk samen
■ Gaat samen/ versterkt elkaar