



Wetenschappelijk Onderzoek- en  
Documentatiecentrum

Cahier 2022-4

# Planevaluatie Wet forensische zorg

*Reconstructie en evaluatie van de  
beleidstheorie*

Cahier 2022-4

# Planevaluatie Wet forensische zorg

*Reconstructie en evaluatie van de  
beleidstheorie*

A.M. Burger  
C.H. de Kogel

m.m.v.  
J.J. van der Ree

**Cahier**

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

# Inhoud

	<b>Afkortingen</b>	<b>7</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding en Methoden</b>	<b>16</b>
1.1	Aanleiding tot het onderzoek	16
1.2	Doelgroep	16
1.3	Doel en onderzoeksvragen	17
1.4	Methoden	19
1.4.1	Bronnenonderzoek	19
1.4.2	Reconstructie beleidstheorie	20
1.4.3	Evaluatie van de beleidstheorie	20
1.4.4	Indicatoren	21
1.5	Leeswijzer	21
<b>2</b>	<b>Beknopte Wetsgeschiedenis</b>	<b>23</b>
2.1	Aanleiding tot de Wet forensische zorg	23
2.2	Parlementaire geschiedenis Wet forensische zorg	25
2.2.1	Twee nota's van wijziging	25
2.2.2	Eerste behandeling in de Eerste Kamer en uitstel van behandeling	26
2.2.3	Rapporten over de zorg en de tweede nota van wijziging Wvggz	27
2.2.4	Inwerkingtreding Wfz en lagere regelgeving	28
2.3	Forensische zorg gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz	29
2.3.1	Interimbesluit forensische zorg	29
2.3.2	Forensische zorgen en Michael P.	30
<b>3</b>	<b>Doelen en uitgangspunten van de Wet forensische zorg</b>	<b>32</b>
3.1	Vier doelen	32
3.2	De samenhang tussen forensische zorg en recidive	32
3.3	Balans tussen beveiliging, behandeling en rechtspositie	34
3.3.1	Beveiliging en behandeling binnen de Wfz	35
3.3.2	Behandeling, zorg, herstel	36
3.3.3	Rechtspositie binnen de Wfz	36
<b>4</b>	<b>Patiënt op de juiste plek</b>	<b>38</b>
4.1	Inleiding	38
4.2	Veronderstelling 1.1: Indicatiestelling en plaatsing	39
4.2.1	Onderbouwing voor veronderstelling	42
4.2.2	Indicatoren	44
4.3	Veronderstelling 1.2: Informatie-uitwisseling	44
4.3.1	Onderbouwing voor veronderstelling	46
4.3.2	Indicatoren	47
4.4	Indicatoren voor het doel Patiënt op de juiste plek	47
<b>5</b>	<b>Voldoende forensische zorgcapaciteit</b>	<b>49</b>
5.1	Inleiding	49
5.1.1	Toelichting inkoopssystematiek Justitie en Veiligheid	49
5.1.2	Aanbestedingswet en open house model	50

5.2	Veronderstelling 2.1: Aanpassing zorginkoop aan de hand van zorgvraag	52
5.2.1	Onderbouwing voor veronderstelling	53
5.2.2	Indicatoren	53
5.3	Veronderstelling 2.2: Gedifferentieerde inkoop van zorg	53
5.3.1	Onderbouwing voor veronderstelling	54
5.3.2	Indicatoren	54
5.4	Veronderstelling 2.3: Bestuurlijke boete	55
5.4.1	Onderbouwing voor veronderstelling	55
5.4.2	Indicatoren	56
5.5	Indicatoren voor het doel Voldoende forensische zorgcapaciteit	56
<b>6</b>	<b>Kwalitatief goede forensische zorg</b>	<b>58</b>
6.1	Inleiding	58
6.2	Veronderstelling 3.1: Kwaliteitseisen	60
6.2.1	Onderbouwing voor veronderstelling	60
6.2.2	Indicatoren	61
6.3	Veronderstelling 3.2: Prestatie-indicatoren	61
6.3.1	Onderbouwing voor veronderstelling	61
6.3.2	Indicatoren	63
6.4	Indicatoren voor het doel Kwalitatief goede forensische zorg	63
<b>7</b>	<b>Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg</b>	<b>65</b>
7.1	Inleiding	65
7.2	Veronderstelling 4.1: Aansluiting wettelijke kaders en financieringskaders	66
7.2.1	Onderbouwing voor veronderstelling	67
7.2.2	Indicatoren	68
7.3	Veronderstelling 4.2: Prestatie-indicatoren	68
7.3.1	Onderbouwing voor veronderstelling	69
7.3.2	Indicatoren	69
7.4	Veronderstelling 4.3: Tijdige voorbereiding aansluitende zorg	69
7.4.1	Onderbouwing voor veronderstelling	70
7.4.2	Indicatoren	70
7.5	Veronderstelling 4.4: Artikel 2.3 Wfz	71
7.5.1	Onderbouwing voor veronderstelling	73
7.5.2	Indicatoren	73
7.6	Indicatoren voor het doel Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg	74
<b>8</b>	<b>Discussie en conclusie</b>	<b>76</b>
8.1	Inleiding	76
8.2	Kanttekeningen	76
8.3	Beantwoording onderzoeksvragen	77
8.3.1	Binnen welke maatschappelijke en historische context is de Wfz te kaderen?	77
8.3.2	Hoe ziet de beleidstheorie van de Wfz eruit?	77
8.3.3	Wat kan er gezegd worden over de wetenschappelijke onderbouwing van de beleidstheorie en de afstemming van de beleidstheorie met andere wetgeving en randvoorwaarden?	80
8.3.4	Welke concrete indicatoren uit de planevaluatie kunnen in de proces- en doelbereikingsevaluatie worden ingezet?	82
8.4	Overwegingen bij centrale knelpunten in de Wet forensische zorg	83
8.4.1	Een probleem van capaciteit of doorstroom?	83
8.4.2	Europese Aanbestedingsrichtlijnen en open house modellen	86
8.4.3	De rol van kwaliteit in de Wfz	87

8.5	Richtingen voor proces- en doelbereikingsevaluatie	87
8.6	Conclusie	89
	<b>Summary</b>	<b>91</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>99</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>Samenstelling Begeleidingscommissie</b>	<b>104</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>Samenstelling Klankbordgroep</b>	<b>105</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>Respondenten</b>	<b>106</b>

## Afkortingen

3RO	3 Reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering GGZ, Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering)
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
Bfz	Besluit forensische zorg
DforZo	Directie forensische zorg
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPA	Forensische Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensische Psychiatrische Kliniek
Ifzo	Informatiesysteem forensische zorg
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
Nza	Nederlandse zorgautoriteit
OM	Openbaar Ministerie
Rfz	Regeling forensische zorg
RIBW	Regionale Instellingen voor Beschermende Woonvormen
RvdR	Raad voor de Rechtspraak
SGLVLG	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt
Sr	Wetboek van Strafrecht
<i>Stb</i>	<i>Staatsblad</i>
Tbs	Maatregel terbeschikkingstelling
Wfz	Wet forensische zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang

# Samenvatting

## Achtergrond

Sinds 1 januari 2019 is de Wet forensische zorg (Wfz) van kracht. Artikel 2.3 van de Wfz, het zogeheten schakelartikel waarmee de strafrechter de mogelijkheid krijgt om een civiele machtiging af te geven, is gelijktijdig met de civiele zorgwetten de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd) op 1 januari 2020 in werking getreden. Met de Wfz beoogt de wetgever een kader te bieden voor de wijziging van het forensische zorgstelsel. Deze stelselwijziging werd reeds vanaf 2008 doorgevoerd. Daarbij werd het budget voor forensische zorg overgeheveld vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar de begroting van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Vanaf dat moment wordt zorg op basis van contracten ingekocht door het ministerie van Justitie en Veiligheid en worden forensische patiënten op basis van een gestandaardiseerde indicatiestelling-procedure naar een passende zorgaanbieder geleid.

De Wfz biedt een wettelijk kader voor de inkoop en organisatie van forensische zorg voor volwassenen. De Wfz is van toepassing op de patiënten die aanspraak maken op deze zorg. De wetgever omschrijft forensische zorg als 'geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, met inbegrip van psychogeriatrische zorg, die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere justitiële titel'.

Ten behoeve van de evaluatie van de Wfz wordt in dit rapport de beleidstheorie van de Wfz gereconstrueerd en geëvalueerd. De nadruk bij deze reconstructie ligt op de door de wetgever beoogde doelstellingen en veronderstelde werkzame mechanismen van de Wfz. De veronderstellingen waarop wetgeving is gebaseerd, bepalen mede of de wetgeving in de praktijk kan werken. De planevaluatie is om die reden een belangrijke eerste stap van een wetsevaluatie. Binnen deze evaluatievorm worden niet de uitvoering in de praktijk of de doelbereiking geëvalueerd, maar de theoretische en praktische onderbouwing van de veronderstelde werkzame mechanismen van een wet. Op basis van de reconstructie van de beleidstheorie worden concrete indicatoren geïdentificeerd, die van belang zijn om richting en invulling te geven aan vervolgonderzoek naar de toepassing en doelbereiking van de Wfz in de praktijk.

## Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen luiden:

- 1 Binnen welke maatschappelijke en historische context is het wetsvoorstel voor de Wfz geïntroduceerd en door welke maatschappelijke veranderingen heeft het verder vorm gekregen?
- 2 Hoe ziet de beleidstheorie van de Wfz eruit?
  - a Wat zijn de belangrijkste doelen van de Wfz?
  - b Wat zijn de veronderstelde werkzame mechanismen van waaruit de doelen van de Wfz behaald zouden moeten worden?
- 3 Wat kan er gezegd worden over de onderbouwing van de beleidstheorie, de beschikbaarheid van benodigde randvoorwaarden en de afstemming met andere wetgeving?



- 4 Welke concrete indicatoren kunnen uit de planevaluatie afgeleid worden die in de proces- en doelbereikingsevaluatie ingezet kunnen worden om inzicht te geven in de mate waarin (tussen)doelen van de Wfz worden bereikt?

## Methode

### Bronnenonderzoek

De beschrijving van het historisch kader en de reconstructie van de beleidstheorie vinden plaats op basis van bronnenonderzoek. Daarbij is met name het Kamerdossier van de Wfz van belang, maar is ook gekeken naar de Kamerdossiers van de forensische zorg, de Wvfgz en de Wzd. Daarnaast zijn adviezen en rapporten geraadpleegd die in de periode tussen januari 2004 en maart 2022 zijn gepubliceerd over de sector forensische zorg of de Wfz en is naar wetenschappelijke literatuur gezocht met behulp van de zoekmachines Legal Intelligence en Kluwer Navigator. Het literatuuronderzoek is aangevuld met interviews met beleidsmedewerkers die betrokken waren bij de totstandkoming, invoering en uitvoering van de Wfz, evenals met medewerkers van DJI die betrokken zijn bij de inkoop en de plaatsing binnen de forensische zorg.

### Beleidsreconstructie en beleidsevaluatie

De reconstructie van de beleidstheorie is uitgevoerd in lijn met de zogeheten Policy-Scientific approach voor beleidsevaluaties. Op basis van deze werkwijze zijn de probleemstellingen en de daaraan gerelateerde doelstellingen van de Wfz onderzocht in de Kamerstukken van de Wfz. Daarna zijn in deze Kamerstukken de veronderstellingen van de wetgever over hoe de werkzame mechanismen zouden moeten bijdragen aan het behalen van de doelen van de Wfz geïdentificeerd en verder geëxpliciteerd in 'als...dan' of 'hoe meer... hoe beter' constructies.

Voor iedere veronderstelling over de werking van de Wfz is op basis van wetenschappelijke artikelen en onderzoeksrapporten geëvalueerd of deze veronderstelling onderbouwd kan worden met wetenschappelijke theorie of gegevens. Naast de wetenschappelijke onderbouwing wordt ook de mate van samenhang tussen verschillende beleidsmaatregelen binnen en buiten de Wfz onderzocht en wordt gekeken in hoeverre de wettelijk- en procesmatig benodigde randvoorwaarden aanwezig zijn om de doelen van de Wfz te behalen.

### Indicatoren

Voor ieder doel en ieder verondersteld werkzaam mechanisme van de Wfz zijn specifieke indicatoren geformuleerd, gebaseerd op algemene evaluatiecriteria. Deze evaluatiecriteria voor de doelen richten zich met name op de relevantie van die doelen voor het oplossen van de problemen die spelen in de forensische zorg (Relevantie) en de mate waarin het ingezette beleid leidt tot het bereiken van de doelen (Effectiviteit). Evaluatiecriteria van de veronderstellingen richten zich op de resultaten die behaald worden als gevolg van de inzet van beleidsinstrumenten (Impact), de knelpunten die optreden bij de toepassing van de beleidsinstrumenten (Efficiëntie) en in een aantal gevallen ook de mate waarin het beleid is afgestemd met bestaand of gelijktijdig ingevoerd beleid (Afstemming).

Om te onderzoeken of de uit de planevaluatie afgeleide evaluatie-indicatoren in de optiek van ketenpartners binnen de forensische zorg zinvol en realistisch zijn, is een expertbijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomst zijn ketenpartners binnen

de forensische zorg uitgenodigd om te discussiëren over de reconstructie van de werkzame mechanismen uit de planevaluatie en over de manier waarop de veronderstelde werkzame mechanismen en de doelen van de Wfz kunnen worden onderzocht op basis van concrete indicatoren.

## Historisch kader

In de Motie van Eerste Kamerlid Van de Beeten (2004) en een daaropvolgend onderzoek van de werkgroep Houtman (2005) wordt geconstateerd dat de forensische zorg kampt met meerdere uitdagingen. Knelpunten worden gesignaleerd op het gebied van zorgcapaciteit, de aansluiting met reguliere zorg en de discrepantie tussen enerzijds de verantwoordelijkheden van de Minister van Justitie en Veiligheid voor de tenuitvoerlegging van forensische zorg en anderzijds zijn feitelijke mogelijkheden daartoe. Dientengevolge wordt een brede stelselwijziging voorbereid, waarbij de forensische zorg voortaan op basis van inkoopcontracten zou worden gefinancierd vanuit de begroting van het ministerie van Justitie en Veiligheid in plaats van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze stelselwijziging, die gecombineerd wordt met een nieuwe systematiek van indicatiestelling en plaatsing, wordt vanaf 2008 doorgevoerd.

Hoewel de bekostiging van forensische zorg sinds 2008 vanuit het budget van het ministerie van Justitie en Veiligheid komt, ontbreken in de periode voor de inwerking-treding van de Wfz de formele wettelijke kaders om de verantwoordelijkheid voor de financiering en besturing van de forensische zorg onder het ministerie van Justitie en Veiligheid te laten vallen. De Wfz zou deze lacune moeten opvullen. Om de forensische zorg te regelen in de periode dat het wetsvoorstel voor de Wfz nog bij de Tweede en later de Eerste Kamer lag, gaat vanaf december 2010 het Interimbesluit Forensische Zorg van kracht. Dit Besluit bevatte veel bepalingen die in een aangepaste vorm ook in de Wfz zijn opgenomen, waaronder de regelingen voor indicatiestellingen, plaatsing en inkoop van forensische zorg.

Op 4 juni 2010 wordt het wetsvoorstel voor de Wet forensische zorg samen met de memorie van toelichting door de Minister van Justitie en Veiligheid naar de Tweede Kamer gestuurd, waar het wetsvoorstel in december 2012 is aangenomen. In de Eerste Kamer wordt echter met de behandeling van de Wfz gewacht totdat zij in samenhang met de civiele zorgwetten de Wvvgz en de Wzd behandeld kan worden, waardoor de Wfz pas in 2018 door de Eerste Kamer wordt ingestemd. De Wfz treedt grotendeels per 1 januari 2019 in werking, waarbij het schakelartikel 2.3 Wfz gelijktijdig met de Wvvgz en de Wzd op 1 januari 2020 in werking treedt.

Gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz heeft het wetsvoorstel meerdere veranderingen ondergaan, hoofdzakelijk met betrekking tot de aansluiting met de civiele zorgwetten Wvvgz en Wzd. Met name in reactie op de casus Bart van U. en de daaropvolgende onderzoekscommissie Hoekstra worden wezenlijke veranderingen doorgevoerd in de procedure omtrent artikel 2.3 Wfz, waardoor de civiele machtigingen die door de strafrechter zouden worden afgegeven een meer strafrechtelijk karakter krijgen.

Tegelijkertijd lijken de maatschappelijke en politieke stellingname ten opzichte van de forensische zorg zich over de tijd te verschuiven. In lijn met de golfbewegingen in de tbs zijn er gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz initiatieven geïntrodu-

ceerd waarbij meer werd ingezet op beveiliging, in sommige gevallen ten koste van de behandeling en rechtspositie van een patiënt. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de verscherping van de toekenning van vrijheden in reactie op de casus Michael P.

## Reconstructie Beleidstheorie

In de memorie van toelichting worden vier doelen van de Wfz genoemd: *Patiënt op de juiste plek*, *Voldoende forensische zorgcapaciteit*, *Kwalitatief goede forensische zorg* en een *Goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg*. De forensische zorg zelf staat in het teken van het herstel van de forensische patiënt en de vermindering van de kans op recidive, aldus artikel 2.1 Wfz. Een centraal uitgangspunt dat hieraan ten grondslag ligt is dat forensische zorg leidt tot een daling in het recidiverisico van een patiënt.

Voor ieder van de vier doelen van de Wfz zijn op basis van bronnenonderzoek enkele veronderstelde werkzame mechanismen gereconstrueerd. Deze worden hieronder per doel puntsgewijs weergegeven.

### **Patiënt op de juiste plek**

- 1.1 Door de implementatie van geprotocolleerde indicatiestellingen kunnen potentiële zorg- en beveiligingsbehoeften van justitiabelen structureel in een vroeg stadium worden vastgesteld. Hierdoor worden forensische patiënten tijdig naar de juiste plek geleid. Door de zorg- en beveiligingsbehoefte zoals die beschreven staan in de indicatiestelling als uitgangspunt te nemen voor plaatsing, wordt vraaggericht en niet capaciteitsgericht geplaatst.
- 1.2 Als de (mogelijkheden tot) informatie-uitwisseling tussen instanties wordt verbeterd, wordt de zoektocht naar de meest geschikte zorgplek vereenvoudigd. Hoe beter de informatie-uitwisseling wordt geregeld, hoe beter de patiënt naar de juiste plek kan worden geleid.

### **Voldoende forensische zorgcapaciteit**

- 2.1 Als gebruik wordt gemaakt van een inkoopstelsel voor forensische zorg, kan de inkoop van forensische zorg worden aangepast aan de hand van de zorgvraag van afgelopen jaren. Door de zorginkoop aan te passen aan de hand van de voorgaande zorgvraag, kan voldoende forensische zorgcapaciteit worden gecreëerd.
- 2.2 Als gebruik wordt gemaakt van een inkoopstelsel voor forensische zorg en deze inkoop vraag-gestuurd is, komt een gedifferentieerd zorgaanbod tot stand, waarbij meer ruimte ontstaat voor zorgaanbieders om zich verder te specialiseren. Doordat zorg kan worden ingekocht bij meer verschillende zorgaanbieders, ontstaat er voldoende forensische zorgcapaciteit.
- 2.3 Doordat de plaatsing van forensische patiënten contractueel kan worden afgedwongen wanneer die valt binnen de inkoopafspraken met een zorgaanbieder, kan een tijdige start van de behandeling op een passende zorglocatie worden bewerkstelligd.

### **Kwalitatief goede forensische zorg**

- 3.1 Als forensische zorg enkel wordt ingekocht bij zorginstellingen die voldoen aan specifieke kwaliteitseisen, kan via de zorginkoop sturing worden gegeven aan de kwaliteit van de forensische zorg. Dit leidt tot kwalitatief goede forensische zorg.
- 3.2 Als een inkoopstelsel voor forensische zorg wordt gebruikt, kan de zorginkoop worden gestuurd op basis van scores die zorgaanbieders behalen op prestatie-

indicatoren. Door de zorginkoop deels te baseren op de score van een zorgaanbieder op deze prestatie-indicatoren, wordt forensische zorg gericht ingekocht bij zorginstellingen die kwalitatief goede forensische zorg leveren.

### **Goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg**

- 4.1 Door de wettelijke en financiële kaders van de forensische en reguliere zorg beter op elkaar aan te laten sluiten, worden de randvoorwaarden geschapen voor een betere aansluiting tussen beide stelsels.
- 4.2 Als een inkoopstelsel voor forensische zorg wordt gebruikt, kan de zorginkoop worden gestuurd op basis van scores die zorgaanbieders behalen op prestatie-indicatoren. Door de zorginkoop deels te baseren op de score van een zorgaanbieder op deze prestatie-indicatoren, wordt forensische zorg zoveel mogelijk ingekocht bij zorginstellingen die een goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg bewerkstelligen.
- 4.3 Voor sommige personen is na afloop van de forensische zorgtitel aansluitende reguliere zorg gewenst. Als een zorgaanbieder voor deze patiënten binnen zes weken voor afloop van forensische zorg voorbereidingen treft, wordt tijdig begonnen met de voorbereidingen voor aansluitende zorg. Daardoor ontstaat er een goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg.
- 4.4 Als de strafrechter op meerdere momenten in het strafproces, ambtshalve of op vordering van de officier van justitie, een civiele machtiging voor verplichte zorg kan afgeven aan een brede doelgroep, dan wordt de strafrechter beter in staat gesteld om een integrale afweging te maken tussen straf en zorg. In dat geval kunnen betrokkenen die niet (meer) in de forensische sector thuishoren beter naar de reguliere zorg worden geleid, waardoor er een betere aansluiting tussen het strafrecht en de reguliere zorg wordt bewerkstelligd.

## **Onderbouwing Beleidstheorie**

### **Forensische zorg en recidive**

De samenhang tussen forensische zorg en vermindering van het risico op recidive is uitvoerig onderzocht en onderschreven. In tegenstelling tot strengere bestraffing en supervisie, welke nauwelijks effect hebben op recidivecijfers, leiden rehabilitatieprogramma's en behandelprogramma's tot een duidelijke vermindering in recidive. Tegelijkertijd bestaan er aanzienlijke verschillen in de effectiviteit van behandelprogramma's, wat het belang van de doelen van de Wfz, met name de doelen *Kwalitatief goede forensische zorg* en *Patiënt op de juiste plek*, onderschrijft.

### **Patiënt op de juiste plek**

Om het doel *Patiënt op de juiste plek* te bereiken heeft de wetgever een uniform en geprotocolleerd proces opgezet, waarbij de inkoop, indicatiestelling en plaatsing van forensische patiënten onafhankelijk van elkaar worden uitgevoerd. Binnen de systematiek van indicatiestelling en plaatsing dient de zorg- en beveiligingsvraag op geprotocolleerde wijze in kaart te worden gebracht, waarna de plaatsing op vraag-gestuurde en niet capaciteit-gestuurde basis tot stand komt. Door binnen de Wfz de mogelijkheden tot informatie-uitwisseling tussen ketenpartners verder uit te breiden en door de inrichtingen van een Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo) kan de toeleiding van patiënten naar de juiste plek beter gerealiseerd worden. Uit eerdere rapporten wordt duidelijk dat capaciteitstekorten in de forensische zorg deze vraag-gestuurde plaatsing kunnen tegenwerken, al worden deze constatering niet

ondersteund met concrete cijfers over hoe frequent dit knelpunt voorkomt en in hoeverre dit met tijdelijke overbruggingszorg kan worden ondervangen.

### **Relatie zorginkoop, forensische zorgcapaciteit en kwaliteit forensische zorg**

De wetgever veronderstelde ten tijde van het indienen van het wetsvoorstel Wfz dat de zorginkoop een sturende rol zou spelen in het bewerkstelligen van een goede aansluiting tussen zorgvraag en zorgcapaciteit, evenals bij het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Dientengevolge zijn alle geïdentificeerde veronderstelde werkzame mechanismen die gekoppeld zijn aan de doelen *Voldoende forensische zorgcapaciteit* en *Kwalitatief goede forensische zorg* gerelateerd aan de zorginkoop. Toen de Europese Aanbestedingsrichtlijnen in 2016 werden aangescherpt, werden de mogelijkheden van DJI om met individuele zorgaanbieders afspraken te maken met betrekking tot capaciteit, kwaliteit en prijs sterk ingeperkt.

In reactie op deze veranderingen in de aanbestedingswetgeving hanteert DJI met ingang van 2020 een open house model bij de inkoop van forensische zorg. Binnen dit open house model wordt forensische zorg niet aanbesteed, maar wordt iedere zorgaanbieder die zich registreert en die voldoet aan een serie minimumeisen gecontracteerd voor forensische zorg. Binnen dit open house model kan DJI geen afspraken maken met individuele zorgaanbieders over capaciteit, kwaliteit of prijs, waardoor DJI slechts in geringe mate op macroniveau sturing kan geven aan deze facetten van de forensische zorg. De veronderstellingen die de wetgever aan het begin van het wetgevingstraject formuleerde over hoe de zorginkoop zou leiden tot bevordering van de doelen *Voldoende forensische zorgcapaciteit* en *Kwalitatief goede forensische zorg* zijn daardoor binnen het huidige inkoopstelsel niet aannemelijk. Inmiddels heeft DJI stappen gezet om vanaf 1 januari 2024 een alternatief inkoopmodel te hanteren, te weten het landschapsgerichte inkoopmodel. Naar verwachting kan dit ertoe leiden dat DJI in de toekomst beter zal kunnen sturen op prijs, kwaliteit en capaciteit van forensische zorg.

### **Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg**

Uit de Kamerstukken zijn vier verschillende veronderstelde werkzame mechanismen op te maken van waaruit de Wfz het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* zou moeten bevorderd. Voor deze veronderstellingen geldt veelal dat er wisselende evidentie bestaat dat de onderliggende werkzame mechanismen een positieve bijdrage kunnen leveren aan de continuïteit van zorg. De aansluiting van onder andere de financiële kaders van de forensische zorg en de reguliere zorg is een positieve ontwikkeling, maar rechtspositionele verschillen tussen forensische en reguliere patiënten in de civiele zorgwetten kunnen continuïteit van zorg in de weg staan (veronderstelling 4.1). In het geval van het inspanningsvereiste, dat is vastgelegd in artikel 2.5 Wfz (veronderstelling 4.3), moet vastgesteld worden dat deze bepaling enkel kan bijdragen tot de zorgcontinuïteit wanneer binnen zes weken ook daadwerkelijk vervolgzorg opgestart kan worden. In het geval van artikel 2.3 Wfz (veronderstelling 4.4) blijkt uit recente rapporten dat het schakelartikel wordt gebruikt, maar nog niet erg frequent. Gedeeltelijk kan dit verklaard worden door ontbrekende randvoorwaarden zoals de capaciteit van beveiligde bedden en de financiering daarvan, maar ook door onduidelijkheden in de wetgeving en uitvoering evenals weeffouten in de artikel 2.3 Wfz-procedure in relatie tot de Wzd.

## Richtingen voor toekomstig onderzoek

Uit de planevaluatie is gebleken dat het zinvol is om een proces- en doelbereikings-evaluatie uit te voeren voor de Wfz. Dit onderzoek heeft inzichten opgeleverd met betrekking tot de theoretische en praktische onderbouwing van de veronderstelde werkzame mechanismen die ten grondslag liggen aan de Wfz. Op basis van de bevindingen uit de planevaluatie kan een prioritering gegeven worden aan de processen die nader onderzocht moeten worden in de hierop volgende proces- en doelbereikings-evaluaties uit het onderzoeksprogramma 'Evaluatie Wet forensische zorg'.

### **Patiënt op de juiste plek**

Het proces van indicatiestelling en plaatsing speelt een centrale rol in de toeleiding van patiënten naar de juiste plek. Op basis van de planevaluatie zijn concrete indicatoren vastgesteld op basis waarvan de veronderstelde werking van het proces van indicatiestelling en plaatsing kan worden onderzocht en zijn mogelijke onderzoeksopzetten beschreven om dit nader te onderzoeken.

Eenzijds kan een prospectieve studie worden opgezet. Hierbij zouden plaatsings-coördinatoren verzocht worden om systematisch te registreren in welke gevallen het niet mogelijk is om een patiënt op de juiste plek te plaatsen. In deze gevallen zou gekeken kunnen worden of het vereiste beveiligingsniveau of de zorgvraag in de indicatiestelling moet worden aangepast en of hier sprake is van tijdelijke overbruggingszorg of een langdurige second-best plaatsing. Als alternatief kan een retrospectief onderzoek worden uitgevoerd, waarbij op basis van gegevens uit Ifzo de daadwerkelijke plaatsingen van patiënten worden vergeleken met gegevens uit de initiële indicatiestelling.

Dit onderzoek zou kunnen worden aangevuld met vraaggesprekken met functionarissen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en de plaatsing, om meer inzicht te krijgen in het proces, de administratieve lasten omtrent de indicatiestelling en plaatsing van patiënten en de rol die informatie-uitwisseling speelt in het geleiden van patiënten naar de juiste plek.

### **Voldoende forensische zorgcapaciteit en Kwalitatief goede forensische zorg**

In de huidige planevaluatie wordt geconstateerd dat de veronderstelde werkzame mechanismen van waaruit de doelen *Voldoende forensische zorgcapaciteit* en *Kwaliteit van forensische zorg* zouden moeten worden bereikt niet aannemelijk zijn binnen de huidige inkoopstructuur. DJI heeft inmiddels stappen gezet om per 1 januari 2024 de inkoop van forensische zorg op basis van een landschapsgericht inkoopmodel aan te besteden, onder andere om meer grip te krijgen op capaciteit, kwaliteit en prijs. Vanwege de voorgenomen wijziging in de inkoopstrategie is het in de nabije toekomst minder zinvol om de rol van de zorginkoop ten aanzien van de doelbereiking binnen de Wfz te evalueren. Wanneer het landschapsgerichte inkoopmodel is doorgevoerd in de inkoop voor forensische zorg is het van belang dat opnieuw wordt onderzocht in hoeverre binnen deze constructie door DJI invulling gegeven wordt aan de veronderstelde werkzame mechanismen van de Wfz.

### **Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg**

In zowel het onderzoek naar artikel 2.3 Wfz als in de gelijktijdig verschenen evaluatie van de Wvvgg en de Wzd is uitvoerig onderzoek gedaan naar praktijkervaringen met artikel 2.3 Wfz en de aansluiting van de wettelijke kaders tussen de Wfz enerzijds en

de Wvvgz en de Wzd anderzijds. In 2022 zal nog een tweede rapport over de jurisprudentie omtrent artikel 2.3 Wfz worden gepubliceerd.

In de procesevaluatie zou daarnaast nog aandacht kunnen uitgaan naar de impact en efficiëntie van artikel 2.5 Wfz (veronderstelling 4.3). Met behulp van vraagg gesprekken kan worden nagevraagd welke invloed artikel 2.5 Wfz heeft op het bewerkstelligen van continuïteit van zorg en welke knelpunten er optreden in de voorbereiding van aansluitende reguliere zorg na afloop van het strafrechtelijk kader. Deze informatie zou eventueel gecombineerd kunnen worden met informatie uit registratiesystemen, om de gemiddelde tijdsverloop van zorgmachtigingen of rechterlijke machtigingen af te zetten tegen de voorbereidingstermijn zoals die is vastgelegd in artikel 2.5 Wfz.

## Conclusie

De stelselwijziging van de forensische zorg en de daaruit voortkomende Wfz heeft geleid tot grootschalige wijzigingen in de systematiek van inkoop van en toeleiding naar forensische zorg.

Over het geheel genomen menen we dat er goede wetenschappelijke evidentie is voor het algemene uitgangspunt van de Wfz dat effectieve forensische zorg bijdraagt aan het herstel van de forensische patiënt en vermindering van het risico op recidive. De wetgever heeft in het kader van dit algemene uitgangspunt een viertal doelen geformuleerd voor de Wfz. Op basis van de planevaluatie constateren we dat er wisselende evidentie is voor de veronderstelde werkzame mechanismen van waaruit de Wfz diens doelen zou moeten behalen. Enerzijds is er goede evidentie dat de systematiek van indicatiestelling en plaatsing kan leiden tot een betere toeleiding van forensische patiënten naar de juiste plek met de juiste zorg. Anderzijds wordt duidelijk dat de huidige systematiek van zorginkoop, die een centrale rol zou moeten spelen in het bewerkstelligen van voldoende forensische zorgcapaciteit en kwalitatief goede forensische zorg, als gevolg van de Aanbestedingswetgeving en het open house model te weinig sturing kan geven aan capaciteit, kwaliteit en kosten van de forensische zorg. In 2024 zal worden overgestapt naar een andere inkoopssystematiek, waarbij naar verwachting beter sturing kan worden gegeven op deze factoren. Wanneer deze herziene inkoopssystematiek in de praktijk is geïmplementeerd, zal het van groot belang zijn om te evalueren in hoeverre de doelen van de Wfz binnen deze nieuwe systematiek worden nagevolgd. Ook voor de veronderstelde werkzame mechanismen ten behoeve van de continuïteit van zorg bestaat wisselende evidentie – hoewel nieuwe mogelijkheden zoals artikel 2.3 Wfz weliswaar worden toegepast, spelen randvoorwaarden zoals capaciteitsproblemen voor beveiligde bedden ook hier een belangrijke rol.

Uit deze planevaluatie is gebleken dat het goed mogelijk en zinvol is om een proces- en doelbereikingsevaluatie uit te voeren voor de Wfz. In het kader van het onderzoeksprogramma *Evaluatie Wet forensische zorg zijn* reeds eerste stappen gezet in de procesevaluatie van het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* en specifiek artikel 2.3 Wfz, waarbij een van de rapporten reeds is gepubliceerd en een tweede rapport in het najaar van 2022 zal worden gepubliceerd. Gezien de veranderingen die plaats zullen vinden in de inkoopssystematiek zal de procesevaluatie zich daarnaast voornamelijk richten op het proces van indicatiestelling en plaatsing, dat een centrale rol speelt in het doel *Patiënt op de juiste plek*.

# 1 Inleiding en Methoden

## 1.1 Aanleiding tot het onderzoek

De Wet forensische zorg (Wfz) is per 1 januari 2019 van kracht geworden. Artikel 2.3 van de Wfz, het zogeheten schakelartikel waarmee de strafrechter de mogelijkheid krijgt om een civiele machtiging af te geven, is gelijktijdig met de civiele zorgwetten Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd) op 1 januari 2020 in werking getreden. De Wfz omvat de codificatie van een stelselwijziging van de forensische zorg die reeds in 2008 werd ingevoerd, waarbij het budget voor forensische zorg werd overgeheveld vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) naar de begroting van het ministerie van Justitie en Veiligheid.<sup>1</sup>

In artikel 8.1 van de Wfz wordt bepaald dat de minister binnen drie jaar na inwerking-treding van de Wfz en vervolgens telkens na vijf jaar een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de Wfz aan de Eerste en Tweede Kamer dient te sturen. Om aan dit wetsartikel gehoor te kunnen geven heeft het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen van het ministerie van Justitie en Veiligheid het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum (WODC) gevraagd een onderzoeksprogramma te ontwerpen ter evaluatie van de Wfz. Het onderhavige onderzoek is onderdeel van het meerjarig 'Onderzoeksprogramma Wet forensische zorg' dat tussen 2020 en 2025 wordt uitgevoerd door het WODC.

Ten behoeve van de evaluatie van de Wfz wordt in dit rapport de beleidstheorie van de Wfz geanalyseerd en geëvalueerd. De nadruk bij deze reconstructie ligt op de door de wetgever veronderstelde werking van de wet, die tot uiting komt in een aantal veronderstelde werkzame mechanismen van waaruit de Wfz diens doelen zou moeten bereiken. Veronderstelde werkzame mechanismen zijn processen of beleidsinstrumenten waarvan de wetgever bij het opstellen van de Wfz verwacht had dat zij zullen bijdragen aan het behalen van een of meer van de doelen van de wet. De veronderstellingen waarop wetgeving gebaseerd wordt, bepalen aldus mede of de wetgeving in de praktijk kan werken. De planevaluatie is om die reden een belangrijke eerste stap van een wetsevaluatie. Binnen deze evaluatievorm worden niet de uitvoering in de praktijk of de doelbereiking geëvalueerd, maar de theoretische onderbouwing van de veronderstelde werkzame mechanismen van een wet. Op basis van deze beleidstheorie worden concrete indicatoren geïdentificeerd, die van belang zijn om richting en invulling te geven aan vervolgonderzoek naar de toepassing en doelbereiking van de Wfz in de praktijk.

## 1.2 Doelgroep

De Wfz biedt een wettelijk kader voor de inkoop en organisatie van forensische zorg voor volwassenen. Er is expliciet gekozen om in 2008 de forensische jeugdzorg niet mee te nemen in de stelselwijziging van de forensische zorg, omdat het complexe

<sup>1</sup> Het ministerie van Justitie en Veiligheid heeft gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz twee naamswijzigingen doorgemaakt: op 1 december 2010 wijzigde de naam van ministerie van Justitie naar Veiligheid en Justitie. Op 1 januari 2018 werd de naam gewijzigd van ministerie van Veiligheid en Justitie naar Justitie en Veiligheid. In dit rapport zal het ministerie ook voor de naamswijziging van 2018 telkens worden aangeduid als het ministerie van Justitie en Veiligheid.



karakter van de jeugdzorg mogelijk tot uitvoerbaarheids- en implementatieproblemen bij de stelselwijziging zou kunnen leiden. De wetgever gaf daarbij aan dat bij de evaluatie van de wet, na de inwerkingtreding, expliciet kan worden bezien of de forensische jeugdzorg in aanmerking zou komen om te worden toegevoegd aan de Wfz.

De Wfz is van toepassing op patiënten die aanspraak maken op forensische zorg. De wetgever omschrijft forensische zorg als 'geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, met inbegrip van psychogeriatrische zorg, die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere justitiële titel' (*Stb.* 2019, 230; maar zie artikel 1.1 lid 2 Wfz voor een uitgebreidere definitie).

Forensische zorg wordt door het ministerie van Justitie en Veiligheid gefinancierd op basis van een zorgtitel. Op het moment van schrijven zijn er in totaal 26 forensische zorgtitels (Dienst Justitiële Inrichtingen [DJI], 2020).

### 1.3 Doel en onderzoeksvragen

In het huidige onderzoek wordt een planevaluatie uitgevoerd - een reconstructie en evaluatie van de doelen en veronderstellingen van de wetgever met betrekking tot de Wfz en diens werkzame mechanismen. Een planevaluatie kan al in een vroeg stadium na inwerkingtreding, of zelfs voorafgaand aan de inwerkingtreding van wetgeving worden uitgevoerd (Kautto & Similä, 2005; Leeuw, 2003; Mickwitz, 2003). In dit onderzoek staat niet de daadwerkelijke doelbereiking van de Wfz centraal, maar richten we ons erop om in een vroeg stadium na de inwerkingtreding van de Wfz inzicht te krijgen in:

- de historische en maatschappelijke context waarbinnen de Wfz is geïntroduceerd en vorm heeft gekregen;
- de reconstructie van de beleidstheorie achter de wet: het geheel aan doelen en veronderstelde werkzame mechanismen;
- de onderbouwing van de beleidstheorie;
- indicatoren die op basis van de beleidstheorie geïdentificeerd kunnen worden voor de toekomstige proces- en doelbereikingsevaluatie.<sup>2</sup>

Deze doelstellingen zijn vertaald in een reeks onderzoeksvragen.

- 1 Binnen welke maatschappelijke en historische context is het wetsvoorstel voor de Wfz geïntroduceerd en door welke maatschappelijke veranderingen heeft het verder vorm gekregen?

Gezien de duur van de parlementaire geschiedenis van de Wfz – de Wfz werd pas negen jaar na de indiening van het initiële wetsvoorstel in de Tweede Kamer van kracht – is het zinvol om de maatschappelijke en historische context waarbinnen de Wfz heeft vorm gekregen onder de loep te nemen. Hierbij richten wij ons op het bespreken van belangrijke Kamerstukken uit de parlementaire geschiedenis, evenals incidenten en onderzoeksrapporten en de invloed die zij hebben gehad op het

---

<sup>2</sup> Een procesevaluatie onderzoekt wat goed gaat en waar knelpunten liggen bij de uitvoering van processen uit de Wfz. Een doelbereikingsevaluatie onderzoekt in hoeverre de doelen die de wetgever heeft gesteld met de Wfz daadwerkelijk behaald worden.

wetgevingstraject van de Wfz en op het stelsel van de forensische zorg in het algemeen.

- 2 Hoe ziet de beleidstheorie van de Wfz er uit?
  - a Wat zijn de belangrijkste doelen van de Wfz?
  - b Wat zijn de veronderstelde mechanismen op basis waarvan de doelen van de Wfz behaald zouden moeten worden?

Een beleidstheorie is het geheel aan kennis en veronderstellingen waarop het beleid is gebaseerd (Van Heffen, 2003). Het doel van de reconstructie van een beleidstheorie is om te beschrijven hoe het beleid volgens de beleidsmakers verondersteld wordt te werken, hoe het volgens hen zou moeten worden geïmplementeerd en welke doelen het volgens hen zou moeten bereiken (Hildén et al., 2002; Kautto & Similä, 2005).

Volgens Van Heffen (2003) is het initiële uitgangspunt van een beleidstheorie een probleemperceptie – een waargenomen situatie die negatief wordt gewaardeerd. De doelen van het beleid zijn de antithese van deze probleemperceptie en zouden als oplossing voor de als negatief waargenomen situatie moeten dienen. Daarnaast wordt de beleidstheorie opgebouwd door veronderstellingen van de wetgever over de werkzame mechanismen van het ingezette beleid – theorieën over hoe beleidsinstrumenten of -processen zouden moeten leiden tot het bevorderen dan wel hert behalen van de doelen van de wet (Van Heffen, 2003).

- 3 Wat kan er gezegd worden over de wetenschappelijke onderbouwing van de beleidstheorie, de beschikbaarheid van benodigde randvoorwaarden en de afstemming met andere wetgeving?

De beleidstheorie is geen wetenschappelijke theorie, maar een reflectie van de veronderstellingen van de wetgever. Deze veronderstellingen kunnen in meer of mindere mate op wetenschappelijke kennis gebaseerd zijn. Het doel van de planevaluatie is om aan de hand van wetenschappelijke literatuur te onderzoeken of op basis van de veronderstellingen van de wetgever verwacht mag worden dat de Wfz de beoogde doelen zal behalen. Het onderhavige project is aldus een ex ante onderzoek: een planevaluatie van de verwachte effecten van de Wfz.

Van Heffen (2003) geeft aan dat bij het beoordelen van de kwaliteit van een beleidstheorie niet enkel gekeken moet worden naar de wetenschapstheoretische basis, maar ook naar strategische criteria. Bij strategische criteria gaat het onder andere om de congruentie tussen de door de beleidstheorie geïmpliceerde randvoorwaarden en de feitelijke randvoorwaarden. In hoeverre zijn de wettelijk- en procesmatig benodigde randvoorwaarden aanwezig om de doelen van de Wfz te behalen?

Per doel zal voor ieder verondersteld werkzaam mechanisme worden geëvalueerd in hoeverre dit kan worden onderbouwd op basis van wetenschappelijke onderzoek, dan wel in hoeverre de procesmatige randvoorwaarden voor de uitvoering van het veronderstelde mechanisme voorhanden zijn.

- 4 Welke concrete indicatoren kunnen uit deze planevaluatie afgeleid worden die in de proces- en doelbereikingsevaluatie ingezet kunnen worden om inzicht te geven in de mate waarin doelen van de Wfz worden bereikt?

De reconstructie van de beleidstheorie helpt om concrete indicatoren te identificeren die in vervolgonderzoek kunnen worden gebruikt om veronderstelde mechanismen en doelen van de Wfz empirisch te onderzoeken. Een indicator is een variabele aan de hand waarvan kan worden geëvalueerd in hoeverre een verondersteld werkzaam mechanisme daadwerkelijk naar behoren functioneert, dan wel of een doel wordt behaald.

Om te bestuderen of de veronderstellingen van de wetgever kloppen, is het van belang om de doelen en de veronderstelde werkzame mechanismen te kunnen onderzoeken aan de hand van concrete, meetbare indicatoren. We maken hierbij onderscheid tussen indicatoren die zich richten op de doelen van de Wfz (*Relevantie* en *Effectiviteit*) en indicatoren die zich richten op de veronderstellingen over de werkzame mechanismen van de Wfz (*Impact*, *Efficiëntie* en *Afstemming*). Deze evaluatiecriteria richten zich elk op een ander onderdeel van de beleidsaanpak en worden nader toegelicht in paragraaf 1.4.4.

Per doel en voor iedere veronderstelling worden aan de hand van algemene evaluatiecriteria een of meerdere inhoudelijke indicatoren geformuleerd. Aan de hand van deze indicatoren kan tijdens de proces- of doelbereikingsevaluatie worden onderzocht in hoeverre de veronderstellingen van de wetgever zijn bewaarheid en in hoeverre deze hebben geleid tot het behalen van de doelen van de Wfz.

## **1.4 Methoden**

### *1.4.1 Bronnenonderzoek*

De beschrijving van het historisch kader en de reconstructie van de beleidstheorie vinden plaats op basis van bronnenonderzoek. Daarbij is met name het Kamerdossier van de Wfz van belang (32 398). Daarnaast zijn meerdere brieven, rapporten en beleidsreacties uit het Kamerdossier van de forensische zorg (33 628) opgenomen in dit onderzoek. Aangezien de parlementaire geschiedenis van de Wfz sterk is vervlochten met die van de Wvvgz en de Wzd, zijn ook de Kamerdossiers van deze wetten meegenomen in het bronnenonderzoek (respectievelijk dossiers 32 399 en 31 996). Daarnaast zijn adviezen en rapporten geraadpleegd die in de periode tussen januari 2004 en maart 2022 zijn gepubliceerd over de sector forensische zorg of de Wfz. Januari 2004 is gekozen als startdatum omdat de motie van het Eerste Kamerlid Van de Beeten uit 2004 veelal gezien wordt als het startpunt voor het wetgevings-traject dat uiteindelijk tot de Wfz heeft geleid (zie hoofdstuk 2).

Met behulp van de zoekmachines van Legal Intelligence en Kluwer Navigator is aan de hand van de zoektermen 'forensische zorg', 'wet forensische zorg' en 'artikel 2.3 wet forensische zorg' systematisch gezocht naar literatuur die is gepubliceerd tussen januari 2004 en maart 2022. Met behulp van de snowball-methode zijn additionele publicaties geïdentificeerd die van belang zijn voor de planevaluatie uit de bronnenlijsten van de publicaties die op basis van deze systematische zoektocht zijn gevonden.

Het literatuuronderzoek is aangevuld door interviews met twee functionarissen die een centrale rol hebben gespeeld bij de totstandkoming en invoering van de Wfz (zie bijlage 3). De informatie uit deze interviews heeft bijgedragen aan de duiding van informatie met betrekking tot de parlementaire geschiedenis zoals die beschreven is in

hoofdstuk 2 en het identificeren van centrale problemen en doelen van de Wfz in hoofdstukken 3 tot en met 7. De volgende vragen zijn in deze interviews leidend geweest:

- Voor welke knelpunten moest het wetsvoorstel van de Wfz een oplossing bieden?
- Welke belangrijke veranderingen heeft het wetsvoorstel van de Wfz doorgemaakt?
- Welke rapporten, besluiten en incidenten hebben de parlementaire geschiedenis van de Wfz met name beïnvloed?
- Op welke manier is de parlementaire geschiedenis van de Wfz beïnvloed door andere wetgevingstrajecten, waaronder die van de Wvvgg en de Wzd?

#### 1.4.2 *Reconstructie beleidstheorie*

De reconstructie van de beleidstheorie is uitgevoerd volgens de werkwijze zoals voorgesteld door Van Heffen (2003) en de *Policy-Scientific approach* van Leeuw (2003). Binnen deze werkwijze dienen allereerst de problemen waarvoor de Wfz een oplossing dient te bieden te worden geïdentificeerd. De doelen die de wetgever voor ogen had met de voorgestelde wetswijziging zouden gerelateerd moeten zijn aan deze problemen (Van Heffen, 2003). Vervolgens wordt nagegaan welke veronderstellingen de wetgever heeft geuit over hoe de doelen van de Wfz behaald zouden moeten worden met behulp van beleidsinstrumenten die geïntroduceerd worden in de Wfz. Deze veronderstelde werkzame mechanismen kunnen zowel expliciet als ook impliciet uit de Kamerstukken naar voren komen. In sommige gevallen worden de beleidsinstrumenten in Kamerstukken genoemd als middel om een bepaald doel mee te bereiken, maar is niet nadrukkelijk omschreven hoe dit middel precies tot het doel zou moeten leiden. Door de veronderstellingen te herformuleren in de vorm van 'als...dan' of 'hoe meer... hoe beter' constructies en ze schematisch in een causale keten te zetten, worden de veronderstelde werkzame mechanismen verder geëxpliciteerd (Leeuw, 2003). Voor iedere veronderstelling wordt een verwijzing gegeven naar het specifieke Kamerstuk of de Kamerstukken waarin deze veronderstelling ter sprake komt.

#### 1.4.3 *Evaluatie van de beleidstheorie*

In deze planevaluatie wordt onderzocht in hoeverre de beleidstheorie onderbouwd wordt door wetenschappelijk onderzoek. Voor iedere veronderstelling over de werking van de Wfz is door middel van een literatuuronderzoek gekeken of deze veronderstelling onderbouwd kan worden door wetenschappelijke theorie of empirische gegevens.

Naast de wetenschappelijke onderbouwing wordt ook de mate van samenhang tussen verschillende beleidsmaatregelen binnen en buiten de Wfz onderzocht en wordt gekeken in hoeverre de wettelijk- en procesmatig benodigde randvoorwaarden aanwezig zijn om de doelen van de Wfz te behalen.

Ter ondersteuning van de reconstructie en evaluatie van de beleidstheorie zijn vraaggesprekken gehouden met een beleidsmedewerker die de inkoop van forensische zorg coördineert en met coördinatoren van de inkoop van forensische zorg vanuit DJI. Deze gesprekken richtten zich onder andere op de mogelijkheden en tekortkomingen van het huidige open house model en de redenen waarom voor dit stelsel is gekozen. Daarnaast is een vraaggesprek gehouden met een plaatsingscoördinator van DJI over het plaatsingsproces (zie bijlage 3 voor een beschrijving van mensen die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd).

#### 1.4.4 Indicatoren

Voor ieder doel en ieder verondersteld werkzaam mechanisme van de Wfz zijn inhoudelijke indicatoren geformuleerd, gebaseerd op algemene evaluatiecriteria die zijn aangedragen door Hildén en collega's (2002; zie tabel 1.1).

Om te onderzoeken of de uit de planevaluatie afgeleide evaluatie-indicatoren draagkracht hebben onder ketenpartners binnen de forensische zorg, is een expertbijeenkomst georganiseerd (zie bijlage 3). Tijdens deze bijeenkomst zijn ketenpartners binnen de forensische zorg uitgenodigd om te discussiëren over twee zaken. Ten eerste over de vraag in hoeverre zij zich konden vinden in de reconstructie van de werkzame mechanismen uit de planevaluatie. Ten tweede over de manier waarop met concrete indicatoren zou kunnen worden nagegaan in hoeverre de veronderstelde werkzame mechanismen en de doelen van de Wfz worden bereikt. De volgende vragen zijn gedurende deze bijeenkomst leidend geweest:

- In hoeverre kunnen deelnemers zich vinden in de reconstructie van de veronderstelde mechanismen van de Wfz?
- In hoeverre zijn de indicatoren theoretisch gezien geschikt voor het meten van de veronderstelde mechanismen of doelen?
- In hoeverre is het in de praktijk realistisch dat deze indicatoren gemeten kunnen worden?

De uitkomsten van deze expertbijeenkomst hebben bijgedragen om de indicatoren in hoofdstukken 4 tot en met 7 verder te expliciteren en om een beter beeld te krijgen van de haalbaarheid van specifieke indicatoren.

**Tabel 1.1 Algemene criteria voor evaluatie van de Wfz**

criterium	Beschrijving
Relevantie	In hoeverre zijn de doelen van de Wfz relevant voor het oplossen van de problemen die spelen in de forensische zorg?
Effectiviteit	In hoeverre zijn veranderingen in de mate waarin de geïdentificeerde problemen spelen in de forensische zorg direct te herleiden tot de beleidsdoelen en de aanpak?
Impact	Zijn de resultaten behaald als gevolg van de beleidsinstrumenten?
Efficiëntie	Welke knelpunten treden op in de uitvoering van het beleid? Zijn er alternatieven voor de aanpak?
Afstemming	Is het beleid afgestemd met bestaand of gelijktijdig ingevoerd beleid?

Bron: gebaseerd op Hildén et al. (2002), Mickwitz (2003), Kautto en Similä (2005)

## 1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van het rapport biedt een historische beschouwing van de aanleiding tot en de parlementaire geschiedenis van de Wfz. In hoofdstuk 3 worden de doelen van de Wfz besproken in relatie tot de meer algemene uitgangspunten van de Wfz.

De planevaluatie vindt plaats in hoofdstukken 4 tot en met 7. In elk hoofdstuk wordt een toelichting gegeven op een van de doelen van de Wfz (Patiënt op de juiste plek, Voldoende forensische zorgcapaciteit, Kwalitatief goede forensische zorg, Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg) en de daarbij behorende veronderstelde

werkzame mechanismen. Voor ieder verondersteld werkzaam mechanisme wordt onderzocht in hoeverre dit mechanisme wordt ondersteund door wetenschappelijke theorieën of resultaten en of wettelijk- en procesmatig benodigde randvoorwaarden voor de uitvoering van de veronderstelling aanwezig zijn. Tot slot worden concrete indicatoren voorgesteld die van belang zijn om richting en invulling te geven aan vervolgonderzoek naar de toepassing en doelbereiking van de Wfz in de praktijk. Het slothoofdstuk omvat een discussie met betrekking tot de belangrijkste bevindingen en conclusies.

## 2 Beknopte Wetsgeschiedenis

### 2.1 Aanleiding tot de Wet forensische zorg

De directe aanleiding voor de Wfz en de daaraan gekoppelde organisatorische veranderingen in de forensische zorg is een motie die door Eerste Kamerlid Van de Beeten in juli 2004 is ingediend (zie box 2.1). In deze motie, gepresenteerd in onderstaand kader, wordt de regering verzocht om de samenhang tussen curatieve en penitentiaire zorgvoorzieningen te verbeteren. Dit verzoek is gestoeld op de observatie dat zich op dat moment een groeiend aantal personen in het gevangeniswezen bevindt dat kampt met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking en voor wie niet de nodige forensische zorg geboden kan worden. Daarnaast is voor hen de aansluiting met curatieve zorg na afloop van de strafrechtelijke titel niet voldoende geregeld. De motie wordt Kamerbreed gesteund en vormt de basis voor de latere herziening van het forensische zorgstelsel en de Wfz.

#### Box 2.1 Motie Van de Beeten (2004)

De Kamer,

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

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

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

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

overwegende dat deze problematiek op kabinetsniveau behoort te worden aangepakt;

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

en gaat over tot de orde van de dag.

Naar aanleiding van de Motie Van de Beeten wordt de interdepartementale werkgroep Houtman aangesteld. De werkgroep Houtman heeft als doel om de behoefte, capaciteit en financiering van forensische zorg in kaart te brengen en te onderzoeken hoe financiering van forensische zorg in de toekomst zou moeten worden geregeld. In het daaruit voortvloeiende advies worden drie problemen geschetst die de kwaliteit en continuïteit van forensische zorg belemmeren (Werkgroep Houtman, 2005):

- 1 schaarste in de GGz en de tbs-sector en een groeiende behoefte aan forensische zorg capaciteit;
- 2 aansluitingsproblemen tussen justitiële instellingen en zorginstellingen door verschillen in sturing en financiering;
- 3 spanning tussen de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie en Veiligheid voor de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke vonnissen waarbij een vorm van psychische zorg benodigd is en de feitelijke mogelijkheden daartoe.

De werkgroep Houtman stelt een aantal maatregelen voor om deze knelpunten te ondervangen. Ten aanzien van de schaarste binnen de GGz en tbs-sector stelt de commissie voor om in te zetten op betere diagnostiek en indicatiestelling en om prognoses op te stellen voor de behoefte aan zorg in een strafrechtelijk kader bij de voorbereiding van de jaarlijkse begroting. Daarnaast moet er meer geïnvesteerd worden in eindvoorzieningen voor tbs-gestelden die niet behandelbaar blijken (longstay afdelingen).

Ten aanzien van de aansluitingsproblemen stelt de werkgroep voor om de financieringsstructuur van de forensische zorg aan te passen aan het systeem dat reeds in de reguliere GGz wordt gebruikt, waarbij zorg zou moeten worden ingekocht in de vorm van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) en intramurale zorgarrangementen (IZAs). Daarnaast zou er een betere ketensamenwerking moeten komen op beleids-, uitvoerings- en cliëntniveau, waarbij een patiëntvolgsysteem en een centrale registratie van de bezettingsgraad van verschillende instellingen de aansluiting tussen zorg in justitieel- en regulier kader zou moeten verbeteren. Uiteindelijk is hiervoor het Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo) opgericht, dat vanaf 1 januari 2010 in gebruik wordt genomen.

De meest ingrijpende maatregel die door de werkgroep Houtman wordt voorgedragen is om voor de forensische zorg een inkoopstelsel te hanteren, waarbij deze zorg wordt ingekocht en gefinancierd vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid in plaats van het ministerie van VWS. Deze overheveling van de begroting zou de mogelijkheid van de Minister van Justitie en Veiligheid waarborgen om verantwoordelijkheid te dragen voor voldoende capaciteit en goede kwaliteit van zorg voor justitiabelen.

De Minister van Justitie en Veiligheid reageert positief op het verslag van de Werkgroep Houtman en geeft aan een implementatieplan te zullen opstellen en de bijbehorende wetgeving te zullen voorbereiden (*Kamerstukken II 2004/05, 29 452, nr. 36*). Toch zou dit uiteindelijk nog een aantal jaren duren als gevolg van een incident: in 2005 ontsnapt de tbs-patiënt Wilhelm S. aan zijn begeleiders, waarna hij een week later iemand doodt. De zaak wordt uitvoerig behandeld in de media, waarbij de veiligheid van de tbs-maatregel in twijfel wordt getrokken. Om deze kwestie te onderzoeken wordt een parlementaire onderzoekscommissie tbs geïnstalleerd, ook wel de Commissie Visser genoemd. In het rapport 'Vandaag, over gisteren en morgen' (*Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nr. 5*) adviseert de onderzoekscommissie meerdere aanpassingen aan het tbs-stelsel te doen om het tbs-systeem veiliger te maken, waaronder het verlengen van de wettelijke termijn voor voorwaardelijke beëindiging van tbs tot maximaal negen jaar en de invoering van een Adviescollege Verloftoetsing voor tbs. Ook adviseert de commissie de invoering van Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's) als bijdrage aan de oplossing van het capaciteitsprobleem in de forensische zorg. In het rapport van de Commissie Visser worden daarnaast de aanbevelingen van de Werkgroep Houtman onderschreven. De aanbevelingen van de Werkgroep Houtman en Commissie Visser worden uiteindelijk verwerkt in het



programma Vernieuwing forensische zorg in strafrechtelijk kader dat in 2006 van start ging. Dit programma heeft uiteindelijk mede vorm gegeven aan de stelselherziening van de forensische zorg, inclusief de invoering van het inkoopstelsel voor forensische zorg vanuit het budget van Justitie en Veiligheid met ingang van januari 2008 en het eerste wetsvoorstel van de Wfz (*Kamerstukken II 2009/10, 29 452, nr. 122*).

## 2.2 **Parlementaire geschiedenis Wet forensische zorg**

Op 4 juni 2010 stuurt de Minister van Justitie en Veiligheid het wetsvoorstel voor de Wfz (*Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 2*) samen met de memorie van toelichting (*Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3*) naar de Tweede Kamer. Dit wetsvoorstel biedt een kader voor de inkoopssystematiek van forensische zorg en de bijbehorende budgetoverheveling uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar het ministerie van Justitie en Veiligheid. Als onderdeel van die inkoopssystematiek wordt vanuit de Wfz de inkoop, indicatiestelling en plaatsing binnen de forensische zorg geregeld.

### 2.2.1 *Twee nota's van wijziging*

In twee nota's van wijziging (*Kamerstukken II 2011/12, 32 398, nr. 10* en *2012/13, nr. 19*) worden na de initiële indiening van het wetsvoorstel nog wijzigingen aan de Wfz doorgevoerd. In de hierop volgende alinea's zullen de belangrijkste wijzigingen uit beide nota's worden besproken.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wfz wordt enkel geregeld dat de minister kan aanwijzen welke instanties een indicatiestelling kunnen afgeven en aan wie zij die indicatiestelling zouden moeten afgeven. Alle andere regels over de indicatiestelling zouden in een Algemene Maatregel van Bestuur worden bepaald. In de eerste en tweede nota van wijziging worden meerdere wetsartikelen toegevoegd waarin wordt beschreven wanneer een indicatiestelling kan worden afgegeven, hoe de indicatiestelling zich verhoudt tot de uitspraak van de rechter en de uiteindelijk te verlenen zorg en in welke gevallen de procedure van de indicatiestelling kan worden doorgekruist om versneld forensische zorg op te leggen (voor een beschrijving van de indicatiestelling in de Wfz, zie paragraaf 4.3).

In de eerste nota van wijziging wordt een wijziging in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) doorgevoerd, waardoor de Minister van Justitie en Veiligheid in zijn rol als inkoper van forensische zorg gelijk wordt gesteld met een zorgverzekeraar. Dientengevolge krijgt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) in de eerste nota van wijziging een rol als (markt)toezichthouder voor de forensische zorg toebedeeld. Hiermee beoogt de wetgever de systematiek van de regelgeving van de reguliere zorg ook binnen de forensische zorg te volgen. Daarnaast hoopt de wetgever op deze manier een betere rollenscheiding te bewerkstelligen tussen de rollen van de minister als enerzijds zorginkoper en anderzijds budgetverantwoordelijke. Doordat de NZa vanuit diens rol binnen de Wmg ook wordt belast met tarief- en prestatieregulering van de forensische zorg, komen twee wetsartikelen in de Wfz die hierop toezien in de tweede nota van wijziging te vervallen.

In de eerste nota van wijziging wordt een mogelijkheid ingevoerd om een eigen bijdrage voor forensische zorg te heffen. Het doel van de eigen bijdrage is om de forensische patiënt in een gelijke positie te brengen met een patiënt die op grond van

de Wet Bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) in een instelling verblijft (*Kamerstukken II* 2011/12, 32 398, nr. 10, p. 15). Het werd als sociaal onwenselijk beschouwd dat iemand die op basis van een strafrechtelijke titel in een instelling verblijft geen bijdrage in de kosten van diens verblijf hoeft te leveren, terwijl behandeling van de Wfz in de Tweede Kamer stuit dit op verzet van partijen die willen tegengaan dat er een te hoge drempel zou ontstaan om zorg te aanvaarden (*Handelingen II* 2012/13, nr. 25, item 3). Uiteindelijk is de mogelijkheid om een eigen bijdrage te heffen in de forensische zorg in de Wfz komen te vervallen (*Handelingen II* 2012/13, nr. 36, item 12).

In de tweede nota van wijziging wordt een wijziging in artikel 37a van het Wetboek van Strafrecht (Sr) toegevoegd aan de Wfz. Dit gewijzigde artikel 37a Sr wordt ook wel de Regeling weigerende observandi genoemd. In de regeling weigerende observandi wordt een procedure omschreven waarmee de officier van justitie bij de rechter-commissaris een vordering tot een machtiging kan indienen voor het gebruik van bestaande medische gegevens ten behoeve van de pro Justitia (pJ)-rapportage, in geval iemand weigert mee te werken aan een pJ-onderzoek met het oog op het opleggen van de maatregel van tbs met dwangverpleging. De regeling weigerende observandi valt buiten het bereik van dit rapport (de evaluatie hiervan is beschreven door Nagtegaal, 2018, 2019), maar is toch van belang voor deze beknopte wetgeschiedenis vanwege de invloed die deze regeling heeft gehad op het verloop van de parlementaire geschiedenis. De regeling weigerende observandi staat centraal in meerdere debatten die zijn gevoerd in het kader van de Wfz, zowel in adviezen en reacties van de regering (*Kamerstukken II* 2012/13, 32 398, nr. 24), de Tweede Kamer (*Handelingen II* 2012/13, nr. 25, item 3; nr. 36, item 22) en de Eerste Kamer (*Kamerstukken I* 2012/13, 32 398, E; *Handelingen I* 2013/14, nr. 25, item 7; *Handelingen I* 2017/18, nr. 14, item 3).

Het wetsvoorstel voor de Wfz is op 18 december 2012 aangenomen door de Tweede Kamer.

### 2.2.2 *Eerste behandeling in de Eerste Kamer en uitstel van behandeling*

Op 1 april 2014 wordt het wetsvoorstel van de Wfz voor de eerste keer mondeling besproken in de Eerste Kamer. De leden van de Eerste Kamer benoemen tijdens deze bespreking enkele knelpunten met betrekking tot de regeling voor weigerende observandi, de bevoegdheden die de minister tegenover private FPC's worden toebedeeld en de inwerkingtreding van het schakelartikel 2.3 Wfz.

De vergadering wordt op verzoek van de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid geschorst om een aantal van de aan de orde gestelde knelpunten met de Minister van VWS te bespreken en deze vervolgens per brief verder toe te lichten (*Handelingen I* 2013/14, nr. 25). Hoewel de Staatssecretaris vervolgens in zijn Brief beargumenteert dat de Wfz zo snel mogelijk zou moeten worden behandeld (*Kamerstukken I* 2014/15, 32 398, K, p. 28), besluit de Eerste Kamer te wachten met de verdere behandeling van de Wfz tot zij dit in samenhang met de Wzd en de Wvvgz kan doen (*Kamerstukken I* 2014/15, 32 398, M, p. 2):

*'Samenvattend acht de Commissie de harmonisatie van de rechtsposities van personen die gedwongen zorg ontvangen van groter belang dan een snelle inwerkingtreding van de verbeteringen die de Wfz beoogt. Zij is derhalve voornemens om de behandeling van de Wfz verder aan te houden, teneinde de Wfz, de Wzd en de Wvvgz gezamenlijk te behandelen.'*

### 2.2.3 Rapporten over de zorg en de tweede nota van wijziging Wvvgz

In 2012 brengt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg op aanvraag van de ministeries van Justitie en Veiligheid en VWS het adviesrapport *Stoornis en Delict* uit. In het rapport worden meerdere adviezen gegeven die de aansluiting van forensische en reguliere zorg zouden moeten verbeteren. De Raad pleit voor de implementatie van één wettelijk uitvoeringsregime, gebaseerd op één gezamenlijke indicatiestelling waarin zowel de benodigde zorg en behandeling als de noodzakelijke beveiliging worden ondergebracht. Zorgplannen op basis van die indicatiestelling zouden overgedragen moeten worden tussen de forensische en de reguliere zorg. Onwenselijke verschillen in rechtspositie zouden zoveel mogelijk weggenomen moeten worden. Tot slot zouden de verschillende financieringsstromen (Wfz, Zvw, AWBZ en Wmo) beter geharmoniseerd kunnen worden door een centrale verrekking achteraf. De knelpunten die door de Raad worden geïdentificeerd, worden door onderzoekers Mevis (2012) en Zwemstra (2013) onderschreven, al wordt ook gewezen op bredere contextuele knelpunten die een integraal stelsel zoals door de RVZ werd voorgesteld in de weg zouden staan (Mevis, 2012). In de beleidsreactie geeft de minister aan de adviezen van de Raad weliswaar niet een op een over te nemen, maar wel in te zetten op betere afstemming tussen het ministerie van Justitie en Veiligheid en zorgverzekeraars wanneer het gaat om financiering, bekostiging en inkoop van zorg en een betere aansluiting van de werkprocessen in strafrechtelijk, civiel en vrijwillig kader (*Kamerstukken II 2012/13, 33 628, nr. 2*).

Verdere aansluiting tussen strafrechtelijke en civielrechtelijke zorg vindt plaats in reactie op het onderzoeksrapport van de Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg (Legemaate et al., 2014). In dit rapport wordt door de onderzoekers gepleit voor de harmonisatie van rechtsposities van patiënten die onder verschillende wettelijke regimes vallen (te weten de Penitentiaire Beginselenwet, Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, Wet Bopz en in de toekomst de Wfz, Wvvgz en de Wzd). In reactie op de thematische wetsevaluatie worden de Wfz, Wvvgz en Wzd verder met elkaar geharmoniseerd. Zo worden kernbegrippen zoals (verplichte) zorg en zorgaanbieder, evenals criteria voor verplichte zorg, waar mogelijk geharmoniseerd. Daarnaast worden de hoofdstukken in de Wvvgz en de Wzd die zich richten op patiënten die in het kader van een straf of maatregel (tijdelijk) in een Wvvgz- dan wel een Wzd-accommodatie verblijven verder uitgewerkt en geharmoniseerd tussen beide civiele zorgwetten. In deze hoofdstukken wordt geprobeerd meer duidelijkheid te scheppen over de geldende interne rechtspositie voor forensische patiënten (*Kamerstukken II 2015/16, 32 399 nr. 25, p. 191 en p. 217*).

In 2014 wordt het wetgevingstraject van artikel 2.3 Wfz, het schakelartikel waarmee een brug tussen de Wfz en de civielrechtelijke verplichte zorgwetten Wvvgz en Wzd wordt geslagen, sterk beïnvloed door een incident dat heeft geleid tot maatschappelijke onrust: Bart van U., een psychiatrisch patiënt die al bekend was bij Justitie, wordt opgepakt voor het doden van een oud-minister en zijn eigen zus. In reactie op deze casus wordt de onderzoekscommissie Hoekstra geïnstalleerd, met als opdracht om de strafrechtelijke beslissingen van het OM bij de zaak Bart van U. te onderzoeken. De

onderzoekscommissie signaleert verschillende knelpunten in de samenwerking en informatie-uitwisseling tussen politie, OM en GGz en geeft aanbevelingen over hoe deze samenwerking beter gestructureerd konden worden. De aanbevelingen van de Commissie Hoekstra leiden tot grote veranderingen in de Wvvggz en de Wzd, met name waar het de koppeling via artikel 2.3 Wfz betreft. Omdat de Wzd en de Wfz op dat moment al door de Tweede Kamer zijn goedgekeurd, worden de gewijzigde procedures in deze wetten eveneens doorgevoerd in de omvangrijke tweede nota van wijziging van de Wvvggz (*Kamerstukken II 2015/16, 32 399, nr. 25*). De belangrijkste wijzigingen die betrekking hebben op artikel 2.3 Wfz zijn weergegeven in box 2.2.

De aanpassingen aan de artikel 2.3 Wfz-procedure die in de tweede nota van wijziging van de Wvvggz zijn doorgevoerd weerspiegelen een beleidsmatige tendens om meer in te zetten op beveiliging, wanneer het gaat om patiënten die vanuit het strafrecht in de reguliere psychiatrie worden geplaatst. Deze veranderingen zijn deels ten koste gegaan van de behandeling en de rechtspositie van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is dat een persoon, die na afloop van een strafrechtelijke maatregel een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz krijgt, niet in staat wordt gesteld een eigen plan van aanpak op te stellen (*Kamerstukken II 2015/16, 32 399, nr. 25, p. 167; De Kogel, Van der Ree & Burger, 2021*).

#### **Box 2.2 Wijzigingen in de procedure rondom artikel 2.3 Wfz in de tweede nota van wijziging van de Wvvggz**

- In de Wvvggz zou de verzoekersrol voor een zorgmachtiging vervuld worden door de geneesheer-directeur, maar op advies van de Commissie Hoekstra wordt de verzoekersrol nu gelegd bij de officier van justitie. In de Wzd krijgt de officier van justitie eveneens de verzoekersrol in het geval van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz. Bij de aanvraag van een rechterlijke machtiging bij een civiele rechter behoudt het Centrum Informatievoorzieningen Zorg de verzoekersrol.
- In de Wvvggz en de Wzd worden aparte procedures geïntroduceerd voor de voorbereiding en uitvoering van artikel 2.3 Wfz.
- In het oorspronkelijke wetsvoorstel van de Wfz uit 2010 kon de strafrechter met behulp van het aangepaste artikel 37 Sr toepassing geven aan artikel 2.3 Wfz. Na de tweede nota van wijziging van de Wvvggz zou artikel 37 Sr volledig komen te vervallen en werd de afgifte van een zorg- of rechterlijke machtiging door een strafrechter volledig geregeld vanuit artikel 2.3 Wfz.
- Het NIFP moet tijdelijk een adviserende rol krijgen in zaken waarin de toepassing van artikel 2.3 Wfz wordt overwogen. In dat advies wordt ingegaan op de componenten zorgbehoefte en beveiligingsniveau. Deze adviserende rol van het NIFP zou niet meer nodig zijn wanneer de processen van indicatiestelling van de reguliere en forensische zorg voldoende op elkaar zijn afgestemd, waardoor de beveiligingscomponent ook voldoende in de reguliere indicatiestelling wordt geborgd.\*

\* De laatste voorgestelde wijziging, te weten de structurele adviserende rol van het NIFP, is uiteindelijk niet formeel doorgevoerd. Desondanks vormen de rapportages van het NIFP in veel gevallen de start van een artikel 2.3 Wfz voorbereidingstraject.

#### **2.2.4 Inwerkingtreding Wfz en lagere regelgeving**

Op 23 januari 2018 stemt de Eerste Kamer in met de Wfz, de Wvvggz en de Wzd. De Wfz treedt grotendeels per 1 januari 2019 in werking. Het schakelartikel 2.3 Wfz

treedt gelijktijdig met de Wvvggz en de Wzd op 1 januari 2020 in werking. De bepalingen uit de Wfz worden verder uitgewerkt in het Besluit forensische zorg (Bfz; *Stb.* 2019, 230) en de Regeling forensische zorg (Rfz; *Stb.* 2019, 38718), die respectievelijk op 26 juni 2019 en 16 juli 2019 in werking treden. Zo wordt in het Bfz onder andere de gegevensverwerking door en informatie-uitwisseling tussen ketenpartners binnen de forensische zorg verder uitgewerkt en wordt beschreven welke organisaties in welke situaties de indicatiestelling en plaatsing van forensische patiënten dienen te verzorgen. De Rfz beschrijft onder andere aan de hand van welke criteria de plaatsende instanties een keuze moeten maken bij welke zorgaanbieder een patiënt geplaatst wordt (hier wordt nader op ingegaan in hoofdstuk 4)

## **2.3 Forensische zorg gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz**

De periode tussen de indiening van het eerste wetsvoorstel tot de daadwerkelijke inwerkingtreding van de Wfz heeft ruim acht en een half jaar geduurd. In deze periode hebben zich verschillende belangrijke ontwikkelingen voorgedaan binnen de forensische zorg. Deze ontwikkelingen zijn van belang om in deze evaluatie in ogenschouw te nemen, omdat zij een belangrijke uitwerking hebben gehad op de regelgeving en de organisatie van de forensische zorg. In dit deelhoofdstuk zullen we aandacht besteden aan het Interimbesluit forensische zorg (paragraaf 2.3.1), de toenemende werkdruk in de forensische zorg en de gevolgen van de casus Michael P. (paragraaf 2.3.2) en de golfbewegingen in de tbs (paragraaf 2.3.3).

### **2.3.1 Interimbesluit forensische zorg**

Zoals aangeduid in paragraaf 2.1 vindt in 2008 de stelselwijziging in de forensische zorg plaats. Vanaf dat moment wordt forensische zorg door het ministerie van Justitie en Veiligheid op basis van contracten ingekocht bij zorgaanbieders en wordt een nieuwe systematiek van indicatiestelling en plaatsing in de forensische zorg geïntroduceerd. De Wfz zou het wettelijk kader moeten bieden voor deze systematiek van indicatiestelling, plaatsing en inkoop. Om een wettelijk kader voor deze systematiek te bieden in de periode totdat de Wfz zou worden aangenomen, is vanaf 1 januari 2011 het Ibfz van kracht. Uiteindelijk is het Ibfz acht jaar van kracht geweest, tot de inwerkingtreding van de Wfz in 2019.

Met het Ibfz bleef de forensische zorg strikt genomen nog onderdeel van de AWBZ (en later de Wet langdurige zorg; *Stb.* 2014, 520), maar kon voor de forensische zorg een andere systematiek gehanteerd worden dan in de reguliere zorg. Het Ibfz bevatte een versimpelde versie van het wetsvoorstel Wfz. Doordat het Ibfz al een wettelijk kader bood voor de stelselwijziging, zijn de procedures zoals zij in de Wfz beschreven worden al geruime tijd voor de inwerkingtreding van de Wfz van kracht gegaan.

Gedurende de periode dat de Ibfz van kracht is, zijn er ook belangrijke ontwikkelingen geweest in de rol van de Minister van Justitie en Veiligheid als zorginkoper die later doorwerken in de Wfz. Zo treedt op 1 april 2012 een besluit tot wijziging van het Ibfz in werking (*Stb.* 2012, 134). In deze wijziging van het Ibfz wordt de Minister van Justitie en Veiligheid aangemerkt als zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 33 van de AWBZ, waardoor de minister als inkoper onder de werkingssfeer valt van de Wmg. Dientengevolge wordt de NZa belast met de prestatie- en tariefvaststelling voor de forensische zorg. De regulerende en toezichthoudende rol van de NZa wordt in het

gewijzigde Ibfz nog niet van toepassing verklaard, maar de wetgever geeft wel aan dit in de eerste nota van wijziging in de Wfz te willen doorvoeren (zie paragraaf 2.2.1).

### 2.3.2 *Forensische zorgen en Michael P.*

Naast organisatorische veranderingen in de indicatiestelling, plaatsing en inkoop, is de forensische zorgsector gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz ook sterk beïnvloedt door toenemende werkdruk. Tijdens een Algemeen Overleg van de vaste commissie voor Justitie en Veiligheid worden knelpunten binnen de forensische zorg besproken die door de Nederlandse GGz waren gesignaleerd: de toenemende complexiteit van de problematiek van patiënten in de forensische zorg, de stijgende werkdruk, personeelstekorten en de hoge administratieve lasten (*Kamerstukken II 2016/17, 33 628, nr. 220*). In reactie zegt de Staatssecretaris toe om in samenwerking met de Nederlandse GGz de veiligheid en werkdruk van het personeel in de forensische zorg te onderzoeken.

In het daaruit volgende onderzoeksrapport, *Forensische Zorgen*, worden meerdere systemische problemen in de forensische zorg blootgelegd: de maximale belastbaarheid die medewerkers binnen de patiëntenzorg aankunnen is overschreden als gevolg van een toenemend complexe patiëntpopulatie, een stijging in administratieve taken, een tekort aan goedopgeleide, ervaren zorgprofessionals, een toegenomen financiële kwetsbaarheid van zorgaanbieders en een sterk gestegen werkdruk (Wijga et al., 2018). Zoals wordt geconstateerd door Van der Wolf et al. (2020) hebben deze situationele factoren ook een rol gespeeld bij de casus Michael P., waarbij laatstgenoemde tijdens zijn verblijf op een forensisch psychiatrische afdeling Anne Faber verkracht en doodt. In een kabinetsreactie naar aanleiding van het rapport *Forensische Zorgen* en de casus Michael P. gaf de Minister voor Rechtsbescherming aan om op korte termijn meerdere maatregelen te nemen om de druk op de forensische zorg te verminderen: het bieden van meer financiële ruimte aan zorgaanbieders, het organiseren van 'schrapsessies' met als doel om overbodige administratieve lasten in 2020 met 25% te reduceren en het initiëren van een arbeidsmarktcampagne om nieuw en gekwalificeerd personeel aan te trekken. Daarnaast worden de in het onderzoeksrapport gesignaleerde punten gebruikt als uitgangspunt voor een nieuwe Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg (*Kamerstukken II 2017/18, 33 628, nr. 32*).

Het rapport *Forensische Zorgen* (Wijga et al., 2018) en het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de zaak Michael P. (Joustra, Van Hasselt & Zouridis, 2019) hebben geleid tot een aantal maatregelen die overwegend ertoe leiden dat de nadruk op beveiliging en delict preventie een belangrijkere rol spelen in de forensische zorg:

- met behulp van de regeling weigerende observandi moet het opleggen van een tbs-maatregel bij mensen die weigeren mee te werken aan een onderzoek in het PBC worden gefaciliteerd;
- vóór de aanvraag van een indicatiestelling moet op initiatief van de penitentiaire inrichting of het penitentiair psychiatrisch centrum waar een persoon verblijft een gestructureerde risicotaxatie en delictanalyse worden uitgevoerd;
- maatschappelijke risico's moeten zwaarder worden meegewogen bij de beslissing om al dan niet vrijheden toe te kennen in de forensische zorg;
- de procedure bij uitplaatsing van een gedetineerde en bij het toekennen van vrijheden binnen de forensische zorgen worden verder aangescherpt;
- informatiedeling bij een uitplaatsing naar een instelling voor forensische zorg, in geval een gedetineerde hier geen toestemming voor geeft, wordt verbeterd;

- de informatievoorziening richting gemeenten bij terugkeer van (ex-) gedetineerden in de samenleving moet worden verbeterd.

### 2.3.3 *Golfbewegingen in de tbs*

Van der Wolf et al. (2020) beschrijven fluctuaties in de aantallen tbs-gestelden als golfbewegingen, waarbij de bezetting van tbs-instellingen vertraagd meedeint met maatschappelijke ontwikkelingen in het denken over de forensische psychiatrie. Periodes waarin vanuit de maatschappij en de politiek de roep om beveiliging krachtiger wordt wisselen zich af met periodes waar meer wordt ingezet op begrenzing van het aantal tbs-opleggingen omwille van doorgeleiding in de zorg ofwel beheersing van de oplopende financiële kosten.

Een voorbeeld van een dergelijke focus op beveiliging ten koste van de behandeling en rechtspositie van tbs patiënten is te vinden in de beleidsvisie voor de tbs van toenmalig Staatssecretaris Teeven in 2011 (*Kamerstukken II 2010/11, 29 452, nr. 138*). In deze beleidsvisie worden strengere regels voor de tbs geïntroduceerd: wanneer iemand zich onttrekt aan verlop, of een strafbaar feit pleegt tijdens diens verlop, krijgt diegene gedurende één jaar geen verlop (deze regeling is vanaf juni 2021 grotendeels komen te vervallen nadat de Inspectie Justitie en Veiligheid in een rapport had geconcludeerd dat de regeling contraproductief is voor de resocialisatietrajecten van patiënten; *Staatscourant 2021, 30687*). Daarnaast moet tbs met dwangverpleging verplicht worden gevolgd door een periode van minimaal één jaar voorwaardelijke beëindiging van de tbs en wordt de maximale duur van negen jaar van de voorwaardelijke beëindiging van tbs met dwangverpleging vervangen door een onbepaalde duur (dit wordt doorgevoerd in de Wet langdurig toezicht). Tegelijkertijd wordt de behandeling die in tbs-instellingen wordt geboden versoerd. Het doel van deze versoering is om 'niet meer intensieve, hoog beveiligde klinische zorg te verlenen dan nodig en niet minder dan veilig is' (*Kamerstukken II 2010/11, 29 452, nr. 138, p. 2*). Met deze beleidsvisie lijkt aldus een andere richting te worden ingeslagen dan men zich met de Wfz ten doel had gesteld (voor een overzicht van de doelen van de Wfz, zie hoofdstuk 3).

Een meer recente golfbeweging in de tbs komt voort uit de casus Michael P., welke een grote impact heeft gehad op de forensische zorg. In de media wordt veelal gesproken van het Michael P-effect: waar het aantal tbs opleggingen voor het incident al meerdere jaren daalde, is sinds 2019 weer een stijging te zien in het aantal tbs-opleggingen (DJI, 2019; DJI, 2021; Van der Wolf et al., 2020). Tegelijkertijd wordt door tbs-directeuren gesignaleerd dat de doorstroom naar klinieken met een lager beveiligingsniveau stagneert (NOS, 2020; Redactie Metronieuws, 2020). Dergelijke golfbewegingen zijn voor een evaluatie van de Wfz van belang, omdat hieruit duidelijk wordt dat de vraag naar forensische zorg aan sterke fluctuaties onderhevig is die niet altijd in verband kunnen worden gebracht met de inwerkingtreding van nieuw beleid waaronder de Wfz. In paragraaf 8.4.1 wordt hier nader op in gegaan.

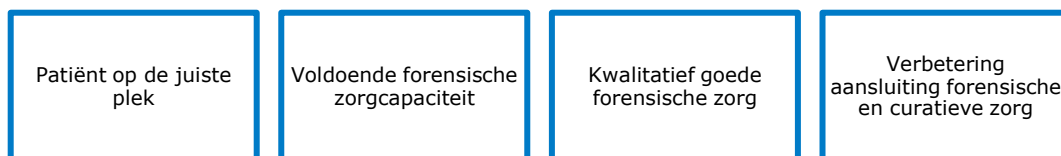
## 3 Doelen en uitgangspunten van de Wet forensische zorg

### 3.1 Vier doelen

In hoofdstuk 2 van de memorie van toelichting van de Wfz worden een viertal doelen genoemd die ten grondslag liggen aan de bepalingen binnen de Wfz (*Kamerstukken II*, 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 3-6; zie figuur 3.1). De vier doelen, evenals een korte beschrijving van de doelen uit de memorie van toelichting, worden hieronder weergegeven:

- 1 *De patiënt op de juiste plek*: een forensische patiënt dient tijdig de zorg te ontvangen die past bij diens stoornis, met een passend beveiligingsniveau;
- 2 *Voldoende forensische zorgcapaciteit*: de forensische zorgcapaciteit dient te worden uitgebreid in overeenstemming met de zorgvraag;
- 3 *Kwalitatief goede forensische zorg*: kwalitatieve, hoogwaardige forensische zorg gericht op de veiligheid van de samenleving levert een belangrijke bijdrage aan het terugdringen van het recidiverisico;
- 4 *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg*: als na afloop van de strafrechtelijke titel blijkt dat nog steeds zorg nodig is, is een goede aansluiting met en overdracht naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg essentieel.

**Figuur 3.1 Doelen van de Wfz zoals beschreven in de memorie van toelichting (2010)**



De vier doelen kunnen gekaderd worden binnen twee hoofdthema's van de Wfz: de doelen *Patiënt op de juiste plek*, *Voldoende forensische zorgcapaciteit* en *Kwalitatief goede forensische zorg* richten zich op het voorzien in adequate forensische zorg binnen het strafrechtelijk kader. Het vierde doel, de *Verbetering van de aansluiting tussen forensische en curatieve zorg*, richt zich op het verbeteren van de continuïteit van zorg ook na afloop van het strafrechtelijk kader.<sup>3</sup>

In hoofdstukken 4 tot en met 7 worden de vier doelen en de daarbij horende veronderstellingen een voor een behandeld.

### 3.2 De samenhang tussen forensische zorg en recidive

In artikel 2.1 lid 1 Wfz wordt bepaald dat de forensische zorg als doel heeft om 'het herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving' te bevorderen. Dit suggereert dat de vermindering van het risico op recidive het overkoepelende doel van de Wfz is, waarbij dit wordt bewerkstelligd door vanuit de Wfz na te streven kwalitatief goede forensische

<sup>3</sup> Zoals wordt besproken in paragraaf 7.5 heeft één van de veronderstelde werkzame mechanismen van dit doel, te weten artikel 2.3 Wfz, een breder bereik. Via artikel 2.3 Wfz kunnen ook personen die geen forensische zorg hebben ontvangen, maar wel met het Strafrecht in aanraking zijn gekomen, naar verplichte reguliere zorg worden geleid.



zorg beter toegankelijk te maken. Deze constatering is in lijn met de reactie van de Minister voor Rechtsbescherming op een recent rapport van de Algemene Rekenkamer (2022), waar hij de doelen die benoemd zijn in paragraaf 3.1 benoemt als tussen-doelen en waarbij het hoofddoel de vermindering van de recidive zou zijn (Bestuurlijke reactie, kenmerk 3832025, 2022).

Naar dit centrale doel van forensische zorg, de vermindering van het recidiverisico, is de afgelopen decennia veel wetenschappelijk onderzoek gedaan. Dit onderzoek laat in de eerste plaats zien dat rehabilitatie-programma's en behandelprogramma's tot een duidelijke vermindering in recidive leiden. Dit in tegenstelling tot strengere bestraffing en supervisie, die nauwelijks effect hebben op recidivecijfers (Akers & Sellers, 2004; Cullen et al., 2002) en in sommige gevallen zelfs kunnen leiden tot een hoger recidiverisico (Aos et al., 2001; Lipsey & Cullen, 2007). Uit een overzichtsstudie van meerdere meta-analyses blijkt dat de vermindering in recidiverisico tussen de 10-40% ligt wanneer rehabilitatie- en behandelprogramma's worden ingezet (Lipsey & Cullen, 2007). De studie van Lipsey en Cullen (2007) toont aan dat forensische zorg een consistent en relatief groot effect heeft op de vermindering van het risico op recidive onder forensische patiënten. Tegelijkertijd suggereert de studie dat er aanzienlijke verschillen zijn in de effectiviteit van behandelprogramma's. Afhankelijk van het type behandelprogramma dat wordt ingezet kan het effect op de vermindering van het recidive-risico variëren tussen 40% en 60%.

In de tweede plaats geeft het wetenschappelijk onderzoek meer inzicht in de vraag wat de werkzame bestanddelen van behandel- en rehabilitatieprogramma's zijn die bijdragen aan recidivevermindering. Andrews en collega's hebben op basis van meerdere meta-analyses een aantal principes geëxtraheerd die de waarschijnlijkheid verhogen dat forensische zorgprogramma's succesvol zijn in het verlagen van het recidiverisico (Andrews & Bonta, 2010; Andrews et al., 1990). Deze zogeheten What Works principes en het daaruit voortvloeiende Risk-Need-Responsivity model gelden als de wetenschappelijke gouden standaard voor het bepalen van evidence based behandelmethodes binnen de forensische zorg (Ward et al., 2007). Volgens deze principes wordt de effectiviteit van een behandelprogramma bepaald door de mate waarin het aansluit op het recidiverisico van de patiënt, de mate waarin het programma zich richt op beïnvloedbare risicofactoren van de patiënt en de mate waarin het programma is aangepast op de mogelijkheden van de patiënt (te denken aan leervermogen, eventuele beperkingen, leerstijl). In een recente Kamerbrief onderschreef de Minister voor Rechtsbescherming dat een interventie, om effectief te zijn, zou moeten aansluiten bij deze principes (Bestuurlijke reactie AR-rapport forensische zorg, kenmerk 3832025).

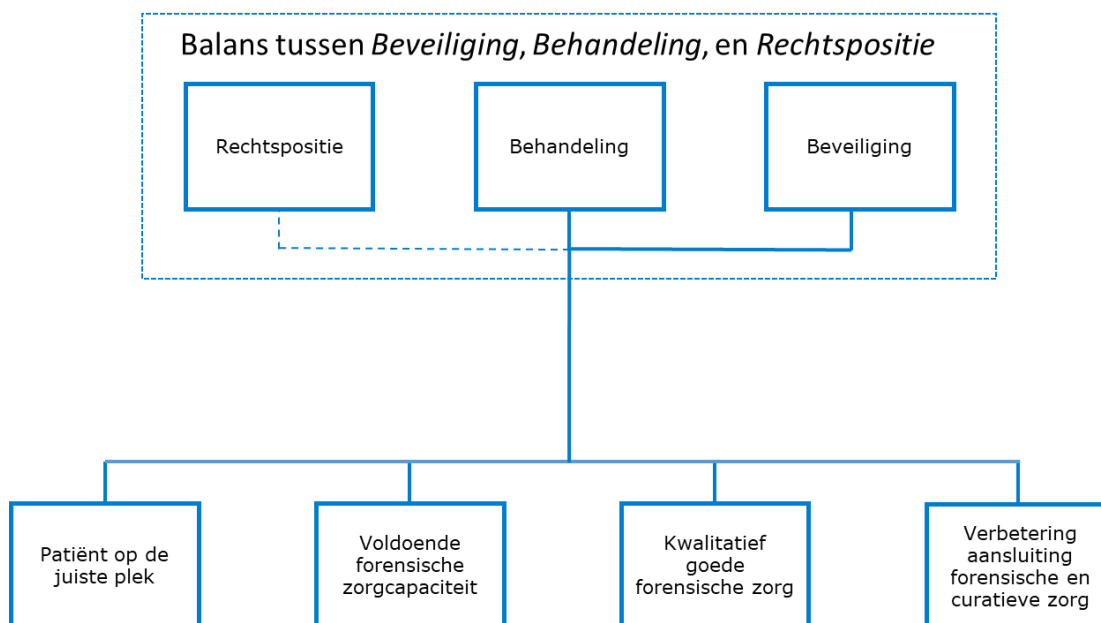
De herhaaldelijk aangetoonde samenhang tussen forensische zorg en recidive ondersteunt de centrale veronderstelling van de Wfz dat het versterken van de forensische zorg een vermindering in het risico op recidive tot gevolg zou hebben en daarmee bijdraagt aan een veiligere samenleving. Het grote onderlinge verschil in de effectiviteit van behandelprogramma's bevestigt daarnaast het belang van de doelen van de Wfz, met name het bevorderen van kwalitatief goede forensische zorg en de toeleiding van de patiënt naar de juiste plek.

### 3.3 Balans tussen beveiliging, behandeling en rechtspositie

De nadruk op het belang van forensische zorg in het reduceren van het risico op recidive komt in de memorie van toelichting ook tot uiting in een algemeen uitgangspunt van de Wfz, te weten de balans tussen beveiliging, behandeling en rechtspositie. Deze drie aspecten werden oorspronkelijk geïntroduceerd als de pijlers van de tbs (*Kamerstukken II 1991/92*, nr. 22 329) en worden in de memorie van toelichting van de Wfz breder gerelateerd aan de gehele sector forensische zorg. De doelen van de Wfz (geïntroduceerd in paragraaf 3.1) dienen daarbij te worden geïnterpreteerd in verhouding tot deze drie pijlers van de forensische zorg (zie figuur 3.2). De Wfz richt zich op het verhogen van de kwaliteit van de zorg en het verbeteren van de door- en uitstroom, wat vervolgens zou moeten leiden tot een reductie in het recidiverisico, wat leidt tot een grotere veiligheid van de samenleving. Echter, zo beschrijft de wetgever in de memorie van toelichting (*Kamerstukken II 2009/10*, 32 398, nr. 3, p. 6): 'Uitgangspunt daarbij is om de rechtspositie van forensische patiënten (onder wie terbeschikkinggestelden) niet te beperken, teneinde het hiervoor genoemde evenwicht te bewaren.'

In paragraaf 3.2.1 wordt verder ingegaan op de verhouding tussen de pijlers *Beveiliging* en *Behandeling* binnen de Wfz. In paragraaf 3.2.2 wordt nader besproken hoe begrippen als behandeling, zorg en herstel zich tot elkaar verhouden binnen de context van de Wfz. In paragraaf 3.2.3 wordt besproken hoe de pijler *Rechtspositie* tot uiting komt binnen de Wfz.

**Figuur 3.2 De vier doelen in relatie tot het algemene uitgangspunt van de Wfz**



Noot: De vier doelen (onderste rij) staan in dienst van het versterken van de pijlers *Behandeling* en *Beveiliging*. De rechtspositie wordt nadrukkelijk niet bepaald vanuit de Wfz.

### 3.3.1 *Beveiliging en behandeling binnen de Wfz*

Het behouden van een balans tussen beveiliging, behandeling en rechtspositie kan gezien worden als een overkoepelend doel van de wet. De doelen van de Wfz lijken echter met name in dienst te staan van het versterken van de pijlers *Behandeling* en *Beveiliging*. Een voorbeeld hiervan vinden we in de beschrijving van de doelen *Patiënt op de juiste plek* en *Kwalitatief goede forensische zorg* in de memorie van toelichting (*Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 4*):

*'Zorg passend bij de stoornis van de justitiabele is essentieel voor het welslagen van de behandeling en dus vermindering van de recidive. Daarom is de adequate toeleiding naar juiste forensische zorg één van de pijlers van het nieuwe stelsel.'*

*'Kwalitatieve, hoogwaardige forensische zorg gericht op de veiligheid van de samenleving levert een belangrijke bijdrage aan het terugdringen van het recidiverisico.'*

Het belang van zowel beveiliging als behandeling van de forensische patiënt wordt ook benadrukt in de expliciete doelstelling van forensische zorg die in artikel 2.1 lid 1 Wfz wordt gegeven:

*Met inachtneming van het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zo veel als mogelijk aangewend voor herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving.*

In de algemene inleiding van de memorie van toelichting wordt het belang van forensische zorg voor het waarborgen van de veiligheid van de samenleving benoemd (*Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 1*):

*'De forensische zorg is voor het kabinet een belangrijk onderdeel van het sanctie- en preventiebeleid. Het kabinet beoogt een vermindering van de recidive met 10%-punt ten opzichte van het jaar 2002.'*<sup>4</sup>

De wetstekst benadrukt dat, in tegenstelling tot de reguliere gezondheidszorg, forensische zorg in het teken staat van zowel het herstel van de patiënt als van het maatschappelijke belang van de bescherming van de veiligheid van de samenleving. De bewoording van de doelstelling van forensische zorg in de Wfz heeft duidelijke raakvlakken met het resocialisatiebeginsel zoals beschreven staat in de doelstellingen van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Mevis et al., 2019). Zoals ook wordt opgemerkt door Mevis et al. (2019) benoemt artikel 2.1 lid 1 Wfz specifiek dat het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel in acht moet worden gehouden bij de tenuitvoerlegging van forensische zorg. Met andere woorden, andere strafrechtelijke belangen, waaronder vergelding en bescherming van de samenleving, kunnen in de praktijk voorrang krijgen ten opzichte van het herstel van de forensische patiënt.

<sup>4</sup> In de nota naar aanleiding van het verslag van de Tweede Kamer staat beschreven dat het bij dit concrete doel tot recidivevermindering ging om een beleidsdoelstelling en minder om een doelstelling dat specifiek door het wetsvoorstel Wfz bereikt diende te worden (*Kamerstukken II 2011/12, 32 398, nr. 9*). De doelstelling diende in 2013 te worden behaald – ruime tijd voor de uiteindelijke inwerkingtreding van de Wfz.

### 3.3.2 *Behandeling, zorg, herstel*

Bij het lezen van bovengenoemde passages uit de memorie van toelichting valt op dat de wetgever de termen *behandeling* en *zorg* schijnbaar inwisselbaar inzet bij het beschrijven van de doelen van de Wfz. Waar de doelen van de Wfz zich richten op het verbeteren van zorg in een forensisch kader, wordt binnen het overkoepelende doel gesproken over een balans tussen behandeling, beveiliging en rechtspositie. Deze focus op behandeling valt enigszins te verklaren doordat de term *behandeling* al geruime tijd in gebruik was als een van de pijlers van de tbs, die vanuit de memorie van toelichting werd gegeneraliseerd naar de gehele forensische zorg. Vanuit linguïstisch perspectief is deze inwisselbaarheid incorrect: *behandeling* is immers een smallere term dan *zorg*. Met andere woorden, alle behandeling valt onder zorg, maar niet alle zorg valt onder de noemer behandeling. Zo wordt in veel gevallen forensische zorg geboden bestaande uit ondersteuning, begeleiding, risicomangement en toezicht.

Dat de wetgever niet bedoeld heeft om zorg en behandeling als inwisselbare termen in te zetten, blijkt ook uit eerdergenoemde passage uit de memorie van toelichting (p. 4): 'Zorg passend bij de stoornis van de justitiabele is essentieel voor het welslagen van de behandeling en dus vermindering van de recidive'. Hierbij lijkt de bredere term *zorg* in dienst te staan van de smallere term *behandeling* en wordt gesuggereerd dat zorg passend bij de stoornis tot vermindering van de recidive leidt vanwege de bijdrage daarvan aan het slagen van de behandeling. Dit roept de vraag op welk belang zorg dient in de ogen van de wetgever op het moment dat deze niet gecombineerd wordt met behandeling.

Een dergelijke schijnbare inwisselbaarheid van terminologie vinden we ook terug in artikel 2.1 lid 1 Wfz, waar wordt bepaald dat de tenuitvoerlegging van een straf of maatregel naast het verminderen van de kans op recidive zoveel mogelijk moet worden aangewend voor het herstel van de forensische patiënt. Hoewel de wetgever niet nader definieert wat wordt bedoeld met de term *herstel*, roept dit wel de vraag op of zorg die niet leidt tot het herstel van patiënten wel voldoet aan de doelstellingen van de Wfz. Deze vraag is met name van belang voor een deel van de forensische patiënten voor wie herstel geen realistisch streven is en waar de zorg zich met name richt op ondersteuning en toezicht (denk hierbij bijvoorbeeld aan psychogeriatrische patiënten of patiënten met een verstandelijke beperking).

### 3.3.3 *Rechtspositie binnen de Wfz*

Waar de doelen van de Wfz gericht zijn op het versterken van de behandeling van forensische patiënten om daarmee ook de beveiliging van de samenleving te bevorderen, wordt de rechtspositie van forensische patiënten niet geregeld vanuit de Wfz (zie figuur 3.2). Dit wordt benadrukt in een brief van de toenmalige Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid aan de Eerste Kamer (*Kamerstukken I 2014/15*, 32 398, K):

*'(...) de Wfz [is] in hoofdzaak een organisatiewet (...), die de organisatorische randvoorwaarden stelt voor de forensische zorg. De Wfz is géén rechtspositiewet en dit wetsvoorstel gaat uit van de bestaande rechtsposities.'*

Tegelijkertijd wordt het uitgangspunt geformuleerd dat de balans tussen de drie pijlers in evenwicht blijft, wat suggereert dat de rechtspositie van de forensische patiënt de

uitvoering van de overige doelen dient in te nemen: de pijlers *Behandeling* en *Beveiliging* kunnen worden versterkt, maar enkel wanneer dit niet ten koste gaat van de rechtspositie van de forensische patiënt.

## 4 Patiënt op de juiste plek

### 4.1 Inleiding

De wetgever schrijft in de memorie van toelichting van de Wfz over het doel *Patiënt op de juiste plek* (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 3):

*'Zorg passend bij de stoornis van de justitiabele is essentieel voor het welslagen van de behandeling en dus vermindering van de recidive. Daarom is de adequate toeleiding naar juiste forensische zorg één van de pijlers van het nieuwe stelsel. Van belang hierbij is een goede diagnose en onderbouwd zorgadvies, dat inzicht geeft in psychische stoornissen, verslaving en verstandelijk vermogen van de justitiabele. (...) Na het rechterlijk vonnis dient zo snel mogelijk met de behandeling van de justitiabele gestart te worden.'*

Het doel *Patiënt op de juiste plek* wijst dus op een adequate en snelle toeleiding van betrokkenen naar de juiste forensische zorg, gebaseerd op diagnostiek en een onderbouwd zorgadvies.

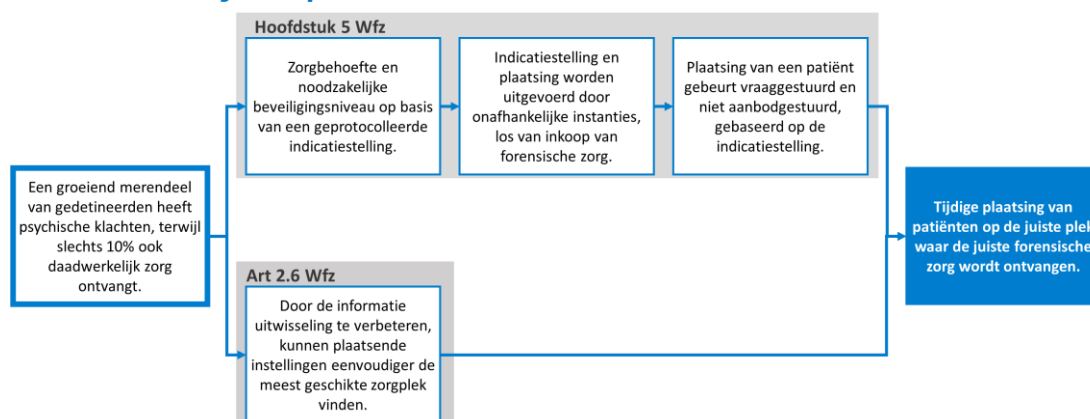
Het doel *Patiënt op de juiste plek* lijkt een reactie te zijn op de motie van Eerste Kamerlid Van de Beeten (Kamerstukken I 2003/04, 28 979, E) en de Werkgroep Houtman (2005), waarin werd gesignaleerd dat er ernstige gebreken zijn in de hulpverlening voor gedetineerden met psychische problematiek. Het beeld dat in deze motie werd geschetst werd later bevestigd in een onderzoek dat signaleerde dat hoewel het merendeel van gedetineerden psychische problemen heeft, slechts 10% van hen ook daadwerkelijk forensische zorg ontving (Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2012). In de Wfz is de oorspronkelijke probleemstelling uit de Motie van de Beeten, de gebrekkige hulpverlening voor gedetineerden, breder getrokken naar de doelstelling om een tijdige en adequate toeleiding naar zorg in strafrechtelijk kader te bewerkstelligen.

Het belang van een tijdige toeleiding naar forensische zorg wordt benadrukt in een recent onderzoeksrapport naar de recidive tijdens forensische zorgtrajecten (Drieschner & Tollenaar, 2021). Uit dit onderzoek blijkt dat recidive gedurende forensische zorg trajecten voornamelijk plaatsvindt in de eerste drie maanden wanneer sprake is van een strafrechtelijke titel maar er nog niet daadwerkelijk sprake is van forensische zorg. Door patiënten zo snel mogelijk naar forensische zorg toe te leiden zou het recidiverisico mogelijk dalen, aldus de onderzoekers.

In de parlementaire stukken van de Wfz worden verschillende verwachtingen geuit over hoe de Wfz het doel *Patiënt op de juiste plek* zou kunnen bewerkstelligen. Deze veronderstelde werkzame mechanismen zijn schematisch weergegeven in Figuur 4.1 en worden in de komende paragrafen verder besproken. Het gaat hierbij enerzijds om het geprotocolleerde proces van indicatiestelling en plaatsing (paragraaf 4.2) en anderzijds om het verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners (paragraaf 4.3) en anderzijds om. Voor elk mechanisme worden de veronderstellingen in verder detail beschreven, wordt de onderbouwing voor de veronderstellingen besproken en worden indicatoren geïdentificeerd aan de hand waarvan in vervolgonderzoek kan worden onderzocht of de veronderstellingen kloppen.

In paragraaf 4.4 worden mogelijke geschikte indicatoren voor het doel *Patiënt op de juiste plek* besproken.

**Figuur 4.1 Veronderstelde werkzame mechanismen voor het doel *Patiënt op de juiste plek***



Noot: Wanneer mechanismen verbonden zijn aan een concreet wetsartikel, wordt dit wetsartikel aangeduid met een grijs kader. Het initiële probleem dat met dit doel verholpen zou moeten worden, wordt in de meest linker box weergegeven en is gebaseerd op de Motie van Eerste Kamerlid Van de Beeten (2004).

## 4.2 Veronderstelling 1.1: Indicatiestelling en plaatsing

### **Veronderstelling 1.1:**

*Door de implementatie van geprotocolleerde indicatiestellingen kunnen potentiële zorg- en beveiligingsbehoeften van justitiabelen structureel in een vroeg stadium worden vastgesteld. Hierdoor worden forensische patiënten tijdig naar de juiste plek geleid. Door de zorg- en beveiligingsbehoefte zoals die beschreven staan in de indicatiestelling als uitgangspunt te nemen voor plaatsing, wordt vraaggericht en niet capaciteitsgericht geplaatst (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 3).*

In het project Vernieuwing Forensische Zorg, dat uiteindelijk zou uitmonden in het wetsvoorstel voor de Wfz, werd een uniforme systematiek voor onafhankelijke en individuele indicatiestelling en plaatsing van forensische patiënten ontwikkeld en geïmplementeerd (Kamerstukken II 2006/07, 29 452, nr. 70). De wet- en regelgeving zou binnen de Wfz worden geharmoniseerd, waardoor er één uniforme plaatsingsprocedure zou zijn voor de forensische zorg, onafhankelijk van de achterliggende strafrechtelijke titel van een patiënt (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 80). De systematiek van indicatiestelling en plaatsing is sinds 2008 geleidelijk voor de gehele forensische zorg ingevoerd (Mulder et al., 2014; Kamerstukken II 2006/07, 29 452, nr. 70).

Uitgangspunt van de nieuwe systematiek is een strikte functiescheiding binnen het stelsel van forensische zorg; het inkopen, indiceren, plaatsen en bieden van zorg dient onafhankelijk van elkaar plaats te vinden om belangenverstremming te voorkomen (Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nrs. 4-5, p. 125; Kamerstukken II 2006/07, 29 452, nr. 48). Aan deze hernieuwde indicatiestelling- en plaatsingssystematiek waren zeer hoge verwachtingen verbonden. Zo zou de 'verkeerde bedden problematiek [worden] opgelost' en de geïntroduceerde uniforme werkwijze zou leiden tot 'een optimale match tussen zorgvraag en zorgaanbod op individueel niveau (...), gebaseerd op de gestelde indicatie' (ministerie van Justitie, 2011). In de onderstaande sectie

wordt een beschrijving gegeven van de systematiek van indicatiestelling en plaatsing binnen de Wfz.

Voor aanvang van forensische zorg moet een formele indicatiestelling en een plaatsing worden uitgevoerd. In de indicatiestelling wordt de benodigde zorg en de eventuele beveiligingsnoodzaak van de justitiabele vastgesteld. Bij de vormgeving van de indicatiestelling in het huidige stelsel van de forensische zorg is een aantal uitgangspunten geformuleerd waaraan het proces van indicatiestelling moet voldoen (*Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 76*). Zo dient de indicatiestelling vraaggericht en niet capaciteitsgericht te zijn – de zorg en beveiliging die de patiënt nodig heeft is bepalend voor waar diegene wordt geplaatst en de indicatiestelling vindt onafhankelijk plaats van de financier en de zorgaanbieders. Daarnaast dient de indicatiestelling plaats te vinden op basis van landelijk vastgestelde, gevalideerde instrumenten die een integrale beoordeling van alle relevante aspecten van een mogelijke psychische stoornis, verslaving en verstandelijke handicap betrekken. Tot slot dient de indicatiestelling tijdig tot stand te komen en moet deze efficiënt zijn ingericht, waarbij bureaucratie en onnodige extra kosten worden vermeden.

Afhankelijk van het type forensische zorg dat geïndiceerd moet worden, wordt de indicatiestelling uitgevoerd door het NIFP, de drie reclasseringsorganisaties (3RO), of het Psycho-Medisch Overleg (PMO) van een Penitentiaire Inrichting van het Gevangeniswezen (art. 5.2 lid 1 Wfz, verder gespecificeerd in art. 5.1 lid 1 Bfz). Het NIFP verricht de indicatiestelling voor alle klinische forensische zorg, verblijfszorg na afloop van klinische forensische zorg en verblijfszorg van justitiabelen die zijn veroordeeld wegens een ernstig gewelds- en/of zedenmisdrijf. Het PMO voert de indicatiestelling uit voor ambulante zorg binnen de penitentiaire inrichting (bijvoorbeeld psychotherapie tijdens verblijf op een detentieafdeling), evenals verblijfszorg in het kader van re-integratie vanuit detentie. 3RO voeren de indicatiestelling uit voor ambulante zorg en voor verblijfszorg met uitzondering van gevallen waarin het NIFP daartoe bevoegd is. Een overzicht van deze taakverdeling wordt in tabel 4.1 gegeven.

**Tabel 4.1 Rolverdeling van indicatiestelling in de forensische zorg**

	Ambulante zorg	Verblijfszorg	Klinische Zorg
NIFP		X (vanuit klinische zorg)	X
3RO	X	X	
PMO	X (vanuit PI)	X (re-integratie)	

Bron: Bouman et al. (2012)

De initiële indicatiestelling wordt afgegeven aan de officier van justitie en de strafrechter. Op basis van deze indicatiestelling wordt een beslissing genomen over de te verlenen forensische zorg, waarbij de officier van justitie en de strafrechter nog kunnen afwijken van de geïndiceerde zorg of het beveiligingsniveau die beschreven staan in het rapport. De uitspraak van de rechter is uiteindelijk leidend, waarbij de inhoud en strekking van de indicatiestelling bepaalt welke zorg moet worden verleend. Wanneer deze uitspraak afwijkt van de initiële indicatiestelling, wordt de indicatiestelling door het indicerende orgaan in overeenstemming gebracht met de vastgestelde strafrechtelijke titel (art. 5.1 lid 2 Wfz). De toegekende forensische zorgtitel biedt de bekostigingsgrondslag voor de te verlenen forensische zorg en vormt de basis van waaruit de plaatsing wordt uitgevoerd.



Na de indicatiestelling start het plaatsingsproces, waarbij een passende zorgaanbieder wordt gezocht voor de forensische patiënt. In situaties waar de indicatiestelling verzorgd wordt door 3RO of PMO, wordt door deze instanties ook de plaatsing verzorgd. Wanneer de indicatiestelling wordt verzorgd door het NIFP, wordt de plaatsing geregeld vanuit de Divisie Individuele Zaken (DIZ) van DJI (art. 6.1 Bfz).

De wetgever heeft in de Rfz (2019) een aantal criteria vastgelegd op basis waarvan de plaatsende instantie een forensische patiënt zou moeten matchen aan een zorgaanbieder (art. 12 Rfz). De plaatsende instantie dient op basis van het type forensische zorg dat wordt geïndiceerd (ambulante begeleiding of behandeling, verblijfszorg, klinische zorg of tbs met voorwaarden, of tbs met verpleging van overheidswege) met specifieke 'harde' criteria rekening te houden bij het selecteren van een geschikte zorgaanbieder binnen dat zorgtype. Een compleet overzicht van deze criteria wordt weergegeven in tabel 4.2. Deze harde criteria worden ingevoerd in het Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo), die een match creëert tussen de forensische patiënt en passende zorgaanbieders. In aanvulling op deze harde criteria kunnen andere afwegingen (zogenoeten 'zachte' criteria), een rol spelen bij een juiste plaatsing (DJI, 2022a). Voorbeelden van zachte criteria zijn de duur van de strafrechtelijke titel, het behandelprogramma en het behandelmilieu dat bij een zorgaanbieder wordt geboden, de cultuur en identiteit van de patiënt, of de nabijheid van slachtoffers. Op basis van deze harde criteria en zachte criteria dient een patiënt uiteindelijk naar de juiste plek met passende zorg te worden geleid.

**Tabel 4.2 Criteria op basis waarvan volgens artikel 12 Rfz de keuze voor een zorgaanbieder moet worden gemaakt**

	Ambulante begeleiding of behandeling	Verblijfszorg	Klinische zorg en tbs met voorwaarden	Tbs met verpleging van overheidswegen
Geslacht	X	X	X	X
Leeftijd		X	X	
Begeleiding voor dominante zorgvraag als ook bijkomende problematiek	X	X		
Noodzaak tot bemoeizorg	X			
Aanwezigheid van zedendelinquentie		X	X	
Geïndiceerde zorg zwaartepakket		X		
DB(B)C-hoofdgroep			X	
Verstandelijk vermogen van de patiënt			X	
Zorgsoort			X	
Niveau van verblijfsintensiteit of van het beveiligingsniveau			X	
Psychiatrische en persoonlijkheidsproblematiek				X
Verstandelijke beperking				X
Langdurige forensische psychiatrische zorg				X
Extreem vlucht- of beheersgevaar				X
Ongewenstverklaring of inreisverbod				X
Zorgaanbieder in regio waar patiënt zal re-integreren*	X	X	X	X

\* Artikel 12 Lid 6 Rfz merkt meerdere bijzondere omstandigheden aan als contra-indicatie voor plaatsing van een forensisch patiënt bij een zorgaanbieder binnen de regio van de justitiabele. Een voorbeeld van een contra-indicatie is bijvoorbeeld dat de woonplaats van het slachtoffer of nabestaanden zich in de regio van de zorgaanbieder bevindt.

#### 4.2.1 Onderbouwing voor veronderstelling

De toeleiding van patiënten naar forensische zorg in de periode voorafgaand aan de stelselwijziging wordt door verschillende onderzoekers gekenmerkt door een gebrek aan systematiek en functionerend op basis van 'ons kent ons' (Daniels, 2008; Van Kordelaar & Slijkhuis, 2011a). Mogelijk als gevolg van dit gebrek aan systematiek werd de forensische zorg ook gemoduleerd op basis van het arrondissementale zorgaanbod – afhankelijk van de grootte van een arrondissement en het beschikbare zorgaanbod werden forensische zorgvormen relatief vaker of minder vaak geadviseerd. Zo werd in een arrondissement met een FPK of FPC vaker geadviseerd tot het

opleggen van een tbs met voorwaarden, terwijl in een arrondissement met een poliklinische dagbehandeling relatief vaker bijzondere voorwaarden werden geadviseerd (Van Kordelaar, 2002, p. 16-34). De strikte functiescheiding tussen inkoop, indicatiestelling en plaatsing, evenals de uniforme en gestandaardiseerde procedures voor indicatiestelling en plaatsing, hebben volgens onderzoekers van het NIFP een belangrijke bijdrage geleverd aan de passendheid van zorg en daarmee de effectiviteit van de behandeling (Van Kordelaar & Slijkhuis, 2011b).

Desalniettemin klinken ook binnen het huidige systeem geluiden die erop wijzen dat de indicatiestelling en de plaatsing nog weleens kunnen worden beïnvloed door schaarste in het aanbod en wachtlijsten binnen de forensische zorg. Zo bleek in een onderzoek dat de indicatiestelling en plaatsing van gedetineerden en ISD'ers niet altijd vraag-gestuurd plaatsvindt, omdat bij de indicatiestelling rekening wordt gehouden met het beschikbare aanbod en wachttijden (Roorda & Buysse, 2016). Doordat in deze gevallen geen indicatie wordt gesteld of aangevraagd, worden deze zorgvragen niet geregistreerd en kan ook niet kwantitatief worden vastgesteld hoe vaak deze capaciteit-gestuurde toeleiding naar zorg voorkomt.

Ook het plaatsingsproces blijkt in de praktijk deels capaciteit-gestuurd. Zoals beschreven in paragraaf 4.3 wordt idealiter een volgtijdelijk proces gevolgd, waarbij de plaatsende instantie op basis van de indicatiestelling een passende plek voor een forensische patiënt zoekt. In de praktijk komt het echter voor dat er door capaciteitsproblemen geen beschikbare plekken zijn op een passende plek. In plaats van dat een volgtijdelijk proces wordt toegepast, grijpt men dan terug op een iteratief proces. De indicatiestelling moet dan worden aangepast op basis van de beschikbaarheid van het zorgaanbod (Broere et al., 2016). In een verkennend gesprek dat in het kader van dit onderzoek met een van de plaatsingscoördinatoren van het Forensisch Plaatsingsloket van DJI werd gevoerd is deze constatering bevestigd, al wordt hier een belangrijke nuance bij geplaatst: capaciteits-gestuurde plaatsingen zouden in ieder geval door het Forensisch Plaatsingsloket voornamelijk worden ingezet ter overbruggingszorg, waarbij de patiënt alsnog op de juiste plek geplaatst wordt wanneer capaciteit beschikbaar wordt. Doordat niet structureel wordt bijgehouden of patiënten op de juiste plek kunnen worden geplaatst en of indicatiestellingen moeten worden aangepast, kan niet worden vastgesteld in hoeverre wel of niet sprake is van een stelselmatige afwijking van het uitgangspunt van vraag-gestuurde plaatsing.

De Algemene Rekenkamer (2022) constateert dat informatie over de aansluiting tussen de door de rechter voorgeschreven en de daadwerkelijk uitgevoerde zorg, wanneer het gaat om bijvoorbeeld de vereiste verblijfsintensiteit en het vereiste beveiligingsniveau, ook binnen Ifzo niet volledig voorhanden is – hoewel op basis van beschikbare gegevens kan worden vastgesteld of een patiënt is geplaatst in een instelling die het voorgeschreven beveiligingsniveau aanbiedt, kan niet worden bepaald in hoeverre de patiënt ook daadwerkelijk op een afdeling met het betreffende niveau of de betreffende intensiteit is geplaatst. Op basis hiervan blijkt dat slechts 0,3% van de forensische patiënten in een instelling is geplaatst die niet de juiste verblijfsintensiteit dan wel het juiste beveiligingsniveau kan bieden. Voor respectievelijk 19,2% en 79,5% heeft de zorgaanbieder waar de patiënt is geplaatst wel het juiste beveiligingsniveau dan wel de juiste verblijfsintensiteit in huis, maar is het op basis van Ifzo gegevens onduidelijk in hoeverre de patiënt ook daadwerkelijk op de betreffende afdeling is geplaatst.

#### 4.2.2 *Indicatoren*

Om te testen in hoeverre de implementatie van indicatiestellingen faciliterend of belemmerend werkt voor het behalen van de doelen van de Wfz, dient er gekeken te worden naar de *Impact* en *Efficiëntie* van dit beleidsinstrument.

##### **Impact**

Om de impact van het huidige systeem van indicatiestelling en plaatsing op het doel *Patiënt op de juiste plek* te onderzoeken, dient er te worden onderzocht in hoeverre de indicatiestelling en plaatsing voldoen aan de uitgangspunten van deze beleidsinstrumenten: het hanteren van een vraaggerichte en niet capaciteitsgerichte werkwijze, een gestandaardiseerde methodiek en een efficiënt ingericht proces.

Middels dossieronderzoek in Ifzo en vraaggesprekken met functionarissen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en de plaatsing kan onderzocht worden:

- Hoe vaak en in welke gevallen wordt de indicatiestelling aangepast, omdat geen forensische zorg capaciteit beschikbaar is met het juiste beveiligingsniveau?
- Hoe vaak en in welke gevallen wordt de indicatiestelling aangepast, omdat geen forensische zorg capaciteit beschikbaar is die aan de zorgvraag kan voldoen?

Zoals benoemd in paragraaf 4.3.1 wordt niet structureel bijgehouden of en op welke manier een indicatiestelling is aangepast. Om die reden zou ofwel een retrospectieve studie ofwel een prospectieve studie moeten worden opgezet om zicht te krijgen op het proces van indicatiestelling en plaatsing. In geval van een prospectieve studie zouden plaatsers verzocht kunnen worden om structureel bij te houden wanneer patiënten niet op de juiste plek geplaatst kunnen worden, in welke gevallen de indicatiestelling moet worden aangepast en op welke criteria een dergelijke aanpassing nodig is. In geval van een retrospectieve studie zouden in Ifzo de daadwerkelijke plaatsingen van patiënten kunnen worden vergeleken met gegevens uit de initiële indicatiestelling.

##### **Efficiëntie**

Middels vraaggesprekken met functionarissen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en de plaatsing kan onderzocht worden:

- Wat gaat goed en welke knelpunten treden op in de uitvoering van de indicatiestelling en de plaatsing?
- In hoeverre beschikken instanties die de indicatiestelling en de plaatsing verzorgen over de benodigde informatie?
- In hoeverre is het proces van indicatiestelling en plaatsing gestandaardiseerd?
- Hoe wordt de administratieve last van de indicatiestelling en plaatsing ervaren?

#### 4.3 **Veronderstelling 1.2: Informatie-uitwisseling**

##### **Veronderstelling 1.2:**

*Als de (mogelijkheden tot) informatie-uitwisseling tussen instanties wordt verbeterd, wordt de zoektocht naar de meest geschikte zorgplek vereenvoudigd. Hoe beter de informatie-uitwisseling wordt geregeld, hoe beter de patiënt naar de juiste plek kan worden geleid (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 3; Stb. 2019, 230, p. 18).*

De wetgever heeft de mogelijkheden tot informatie-uitwisseling tussen instanties binnen de forensische zorgketen op twee manieren willen uitbreiden. Enerzijds zijn de wettelijke mogelijkheden tot gegevensuitwisseling tussen ketenpartners uitgebreid. Anderzijds is Ifzo opgericht ter ondersteuning van de informatie-uitwisseling. Beide onderdelen van dit veronderstelde werkzame mechanismen zullen achtereenvolgens hieronder worden besproken.

### **Regelgeving omtrent informatie-uitwisseling**

In de Wfz en het Bfz wordt het wettelijk kader voor gegevensuitwisseling tussen ketenpartners in de forensische zorg verder uitgebreid. De bepalingen in de Wfz en Bfz sluiten aan bij bestaande wettelijke kaders die gegevensuitwisseling regelen binnen de forensische zorg, waaronder de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (Wjsg), de Algemene verordening gegevensbescherming (Avg) en de Wet politiegegevens. Naast de wettelijke bepalingen uit de Wjsg bevatten de Wfz en het Bfz enkele bepalingen waarin wordt omschreven in welke situaties deze informatie zonder toestemming van de justitiabele gedeeld mag worden tussen onder andere indicatiestellers, het hoofd van de penitentiare inrichting, zorgaanbieders, OM en reclassering. In dit kader benadrukt de wetgever het belang van het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel, waarbij de verwerking en uitwisseling van persoonsgegevens niet onevenredig mag zijn in verhouding tot het te dienen doel (proportionaliteit) en niet met een lichter, voor de betrokkene minder ingrijpend middel kan worden bereikt (subsidiariteit) (*Stb.* 2019, 230, p. 18).

Bij gegevensuitwisseling ten dienste van de behandeling en begeleiding van de patiënt gaat het om informatie over de patiënt en diens persoonsgegevens, bijvoorbeeld de indicatiestelling voor forensische zorg, evenals de pro Justitia- en reclasserings-rapportages. Deze informatie wordt door de minister verstrekt aan zorgaanbieders (art. 2.6 lid 3 Wfz; art. 2.4 Bfz; art. 7.1 Bfz). Soortgelijke informatie ontvangt de reclassering van het OM (art. 2.6 lid 5 Wfz; art. 2.2 Bfz). Daarnaast wordt vanuit het Bfz een lid toegevoegd aan artikel 38 van de Penitentiare maatregel, waarin wordt bepaald dat de directeur van een penitentiare inrichting de noodzakelijke gegevens uit het penitentiare dossier van een justitiabele verstuurt naar het hoofd van de zorginstelling waar de justitiabele forensische zorg ontvangt (art. 7.2 Bfz). Voor zowel de zorgaanbieders als de reclassering zijn deze gegevens noodzakelijk om goede hun taak goed uit te kunnen oefenen, zowel vanuit het oogpunt van een potentiële risicotaxatie als ook vanuit het doelgericht verlenen van forensische zorg.

In het kader van het waarborgen van de veiligheid van de samenleving zijn daarnaast meerdere regelingen opgenomen in de Wfz en Bfz voor gegevensuitwisseling vanuit zorgaanbieders naar het OM, de reclassering en de minister. Zorgaanbieders dienen informatie over behandeltrouw van forensische patiënten te verstrekken aan het OM dan wel de reclasseringsinstelling (art. 2.6 lid 6 Wfz; art. 2.3 Bfz), evenals constatering of vermoedens van een overtreding van de voorwaarden in een strafrechtelijke beslissing. Daarnaast dient de zorgaanbieder bij het voltooien van de forensische zorg, of in een eerder stadium op verzoek van het OM of uit eigen beweging, een risicotaxatie op recidive af te geven (art. 2.6 lid 6 Wfz). Daarnaast beschrijft artikel 6.10 Wfz de procedure van informatieverstrekking in gevallen van ongeoorloofde afwezigheid of bijzondere voorvallen betreffende de forensische patiënt: het hoofd van de instelling bij wie de algemene verantwoordelijkheid ligt voor de tenuitvoerlegging van de straf of maatregel dient de minister in deze gevallen op de hoogte te stellen. Indien de zorg wordt verleend door een andere instelling dan de instelling die de algemene

verantwoordelijkheid draagt, dient deze de verantwoordelijke instelling te informeren, opdat deze op haar beurt de minister kan inlichten.

Tot slot bevat het Bfz een wijziging van artikel 37a van het Wetboek van Strafrecht. Op grond van de nieuwe leden 5 tot en met 9 van dat artikel kunnen bestaande gegevens betreffende de gezondheid van verdachten worden gevorderd wanneer die geen medewerking verlenen aan het opstellen van pJ-rapportages. Deze vordering gaat in tegen het medische beroepsgeheim van behandelaren. Deze wijziging, ook wel de *regeling weigerende observandi* genoemd, valt zoals eerder vermeld buiten het bereik van de huidige wetsevaluatie en zal afzonderlijk worden geëvalueerd (zie Nagtegaal, 2018, 2019).

### **Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo)**

Een van de aanbevelingen van de Werkgroep Houtman (2005) was om een patiëntvolg-systeem en een centrale registratie van de bezettingsgraad op te richten, om zo de ketensamenwerking in de forensische zorg te versterken. In navolging van deze aanbeveling is op 1 januari 2010 Ifzo opgericht - een digitaal systeem dat het proces van indicatiestelling en plaatsing in de forensische zorg ondersteunt. De indicerende organisatie maakt in Ifzo de indicatiestelling aan op basis van een gestandaardiseerd indicatiestellingsformat (Bredenoort & Roeg, 2021). Op basis van selectiecriteria die zijn gebaseerd op artikel 12 Rfz (tabel 4.2) toont Ifzo gecontracteerde zorgaanbieders die voldoen aan de criteria voor *Patiënt op de juiste plek*. De plaatsingscoördinator kan vervolgens contact opnemen met een passende zorgaanbieder met een verzoek tot plaatsing van de forensische patiënt.

#### **4.3.1 Onderbouwing voor veronderstelling**

### **Regelgeving omtrent informatie-uitwisseling**

De Wfz introduceert meerdere bepalingen om de gegevensuitwisseling binnen de forensische zorgketen te verbeteren. Afgaand op de regelingen die in de Wfz en het Bfz zijn opgenomen worden hiermee twee algemene doelen gediend: het voorzien in noodzakelijke informatie ten behoeve van de zorg voor een patiënt en het waarborgen van de veiligheid van de samenleving. De verbeterde mogelijkheden tot informatie-uitwisseling stellen een zorgaanbieder in staat om een inschatting te maken of een patiënt daadwerkelijk de juiste zorg geboden kan worden in de betreffende instelling en kan op die wijze bijdragen tot het doel *Patiënt op de juiste plek*.

Bakker en Arends (2020) identificeren wel twee vormen van informatie-uitwisseling die in het forensische kader ontbreken. Ten eerste ontbreekt een grondslag voor het delen van reguliere medische informatie tussen zorginstellingen. Dit is van belang omdat somatische en psychische aandoeningen regelmatig interacteren en het medisch dossier belangrijke informatie kan bevatten met betrekking tot (contra-) indicaties voor bepaalde soorten medicatie voor psychische stoornissen. Deze medische informatie kan enkel worden verstrekt op basis van vrijwilligheid van de patiënt.

Een tweede lacune waar Bakker en Arends (2020) op wijzen is dat de gegevens-uitwisseling tussen penitentiaire inrichtingen naar reguliere zorgaanbieders niet wordt geregeld vanuit de Wfz. Wanneer forensische patiënten aansluitend aan de zorg die zij hebben ontvangen in strafrechtelijk kader worden overgedragen aan reguliere zorgaanbieders, zijn deze zorgaanbieders voor de informatieoverdracht dus aangewezen op regelgeving vanuit civiele zorgwetten zoals de WGBO, Wvvgg en de Wzd. Hierdoor treden in de praktijk knelpunten op bij de informatie-uitwisseling, onder andere bij de

voorbereiding van een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz (De Kogel et al., 2021).

### **Patiëntvolgsysteem Ifzo**

Zoals beschreven in paragraaf 4.2.1 is Ifzo een systeem dat primair is ingericht om het proces van indicatiestelling, matching en plaatsing van patiënten te ondersteunen. Door de automatische matching van patiënten aan zorgaanbieders op basis van de vastgestelde selectiecriteria uit artikel 12 Rfz kan Ifzo een belangrijke bijdrage leveren aan de standaardisatie van de toeleiding van forensische patiënten naar passende zorgaanbieders. Daartegenover staat dat de huidige versie van Ifzo niet is gericht als een patiëntvolgsysteem, waardoor geen zuiver beeld gegeven kan worden van de feitelijke verblijfsintensiteit of het beveiligingsniveau gedurende het volledige zorgtraject (Wijga et al., 2018). In Ifzo zou vaak informatie ontbreken met betrekking tot de plaatsingsdatum of de beoogde einddatum en zouden gegevens over de zorg die is geleverd aan patiënten niet worden geregistreerd (Algemene Rekenkamer, 2022). Er zijn op dit moment initiatieven door DJI ondernomen om de functionaliteiten van Ifzo uit te breiden om ook de functie van patiëntvolgsysteem verder uit te bouwen.

#### 4.3.2 *Indicatoren*

Om te onderzoeken in hoeverre de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners binnen de forensische zorg faciliterend of belemmerend werkt voor het behalen van de doelen van de Wfz, kan worden gekeken naar de *Impact* en *Efficiëntie* van dit beleidsinstrument.

#### **Impact**

Middels vraaggesprekken of focusgroepen met ketenpartners in de forensische zorg kan de impact van de informatie-uitwisseling binnen de Wfz worden onderzocht:

- In welke mate dragen de regelingen uit de Wfz en het Bfz bij aan de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners in de forensische zorg?
- In welke mate draagt de mogelijkheid tot informatie-uitwisseling die wordt geregeld binnen de Wfz bij tot het succesvol geleiden van patiënten naar de juiste plek?
- In welke mate draagt Ifzo bij aan de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners in de forensische zorg en de toeleiding van patiënten naar de juiste plek?

#### **Efficiëntie**

De efficiëntie van de informatie-uitwisseling binnen de Wfz kan ook door middel van vraaggesprekken of focusgroepen worden onderzocht:

- Wat gaat goed en welke knelpunten treden op in de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners in de forensische zorg?
- Wat gaat goed en welke knelpunten treden op bij het werken met Ifzo bij indicatiestellers, plaatsers en zorgaanbieders?

#### 4.4 **Indicatoren voor het doel Patiënt op de juiste plek**

Hoewel niet nadrukkelijk door de wetgever wordt vermeld wat wordt verstaan onder de juiste zorg op de juiste plek, blijkt uit de nota van toelichting van het Bfz dat de te verlenen zorg moet passen bij de zorgbehoefte en de beveiligingsnoodzaak die is opgenomen in de indicatiestelling (*Stb.* 2019, 230, p. 25). Daarnaast heeft de wetgever in de Rfz (2019) een aantal criteria vastgelegd op basis waarvan de plaatsende instantie een forensische patiënt zou moeten matchen aan een zorgaanbieder (art. 12

Rfz). Deze criteria zijn specifiek toegespitst op de verschillende typen forensische zorg (ambulante begeleiding, verblijfszorg, klinische zorg, of tbs). Een compleet overzicht op basis waarvan volgens artikel 12 Rfz de keuze voor een zorgaanbieder moet worden gemaakt is weergegeven in tabel 4.2.

Het doel *Patiënt op de juiste plek* kan worden geëvalueerd aan de hand van de relevantie en de effectiviteit van het ingezette beleid:

### **Relevantie**

Middels vraagesprekken met ketenpartners binnen de forensische zorg kan worden uitgevraagd:

- In welke mate komen de criteria voor een juiste plaatsing op basis van artikel 12 Rfz overeen met de criteria voor 'de juiste plek' zoals die worden beschreven door ketenpartners in de forensische zorg?

### **Effectiviteit**

In paragraaf 4.2.1 zijn meerdere knelpunten in kaart gebracht die het evalueren van de plaatsing van forensische patiënten, en daarmee het doel *Patiënt op de juiste plek*, bemoeilijken. Als mogelijke oplossing is voorgesteld om veronderstelling 1.1 nader te onderzoeken door middel van een prospectief dan wel een retrospectief onderzoek. Binnen een dergelijk onderzoek kan ook de doelbereiking van *Patiënt op de juiste plek* worden onderzocht, aan de hand van onder andere de volgende criteria:

- Voor welk percentage van de patiënten voldoet de zorgaanbieder aan alle criteria op basis van artikel 12 Rfz?
- In hoeveel procent van de gevallen wordt een patiënt geplaatst in een instelling met het juiste beveiligingsniveau, dan wel een hoger of lager beveiligingsniveau?
- Hoe vaak moet overbruggingszorg worden ingezet totdat plaats beschikbaar wordt in een voorziening die aan zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak kan voldoen?



## 5 Voldoende forensische zorgcapaciteit

### 5.1 Inleiding

De interdepartementale werkgroep Houtman signaleerde een discrepantie tussen de verantwoordelijkheid van de minister om te waarborgen dat justitiabelen de benodigde zorg ontvangen en diens daadwerkelijke financiële mogelijkheden om dit te doen (Werkgroep Houtman, 2005). Om dit knelpunt aan te pakken werd vanuit de werkgroep voorgesteld om het budget, dat tot dan toe bij het ministerie van VWS was ondergebracht binnen de AWBZ, over te hevelen naar het ministerie van Justitie en Veiligheid. Gelijktijdig met deze budgetoverheveling in 2008 werd een inkoopstelsel ingevoerd, waarbij het ministerie van Justitie en Veiligheid in het kader van contracten met zorgaanbieders afspraken kon maken over 'de kwaliteit, hoeveelheid en de prijs van de ingekochte zorg' (*Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 76*). Conform artikel 4.1 lid 1 Wfz wordt de forensische zorg bij zorgaanbieders, met uitzondering van rijksinstellingen, ingekocht op basis van contracten.

De inkoopcontracten die zouden worden afgesloten met zorgaanbieders zouden de basis zijn van waaruit het ministerie van Justitie en Veiligheid zou kunnen sturen op de kwaliteit, capaciteit en de prijs van forensische zorg. Zo schrijft de Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid in 2007 aan de Tweede Kamer (*Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 76*):

*'Door de contracten die met de GGz-instellingen worden gesloten is vooraf duidelijk of er plaats is voor de behandeling van de betrokkene. De afhankelijkheid van beschikbaarheid van capaciteit in de reguliere gezondheidszorg, die zo kenmerkend is voor het huidige stelsel, kan daardoor worden verminderd. Plaatsing kan door de algemene contracten beter worden afgedwongen en voortijdig ontslag kan worden voorkomen indien dat in strijd is met de afspraken.'*

In de volgende deelparagrafen zal de beleidstheorie omtrent de inkoopstelsel door het ministerie van Justitie en Veiligheid worden gereconstrueerd (paragraaf 5.1.1), waarbij ook aandacht wordt besteed aan hoe deze wordt beïnvloed door de Aanbestedingswetgeving (paragraaf 5.1.2).

#### 5.1.1 Toelichting inkoopstelsel Justitie en Veiligheid

Vanuit de inkoopstelsel van het ministerie van Justitie en Veiligheid worden forensische zorg- en observatieplaatsen door het ministerie ingekocht bij private zorgaanbieders op basis van schriftelijke overeenkomsten. De NZa heeft een adviserende rol bij de uitoefening van deze taak (art. 4.1 lid 3 Wfz). De Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI) van DJI stelt zich op als afnemer van de forensische zorg en is verantwoordelijk voor de inkoop, bekostiging en de kwaliteit van forensische zorg. De forensische zorgmarkt is ingericht als een monopolie: ForZo/JJI is de enige inkoper van forensische zorg, waarbij deze in theorie eisen kan stellen aan de kwaliteit en de prijs bij de verschillende forensische zorgaanbieders.

Forensische zorg wordt ingekocht op basis van meerjarige schriftelijke raamovereenkomsten die worden afgesloten met zorgaanbieders. In de memorie van toelichting van de Wfz wordt vermeld dat deze contracten afspraken zouden moeten bevatten

over volume, prijs en kwaliteit van de in te kopen forensische zorg (*Kamerstukken II* 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 17).

In de Wmg wordt bepaald dat voor zover het de inkoop van forensische zorg betreft, de minister wordt gelijkgesteld met een ziektekostenverzekeraar (art. 1 lid 3 Wmg) en dat forensische zorg onderdeel is van zorg als besproken in de Wmg (art. 1 lid 2 Wmg). Dientengevolge worden de maximumtarieven van forensische zorg conform de Wmg bepaald door de NZa. Aanvankelijk hanteerde DJI nog kortingen voor een aantal tarieven binnen de forensische zorg. Daarop werd een kort geding aangespannen door meerdere zorgaanbieders. De voorzieningenrechter gaf aan dat DJI verplicht is te onderbouwen en motiveren dat de door haar gehanteerde generieke kortingen leiden tot reële tarieven (ECLI:NL:RBDHA:2020:544). Er werd geoordeeld dat DJI onvoldoende had onderbouwd hoe de gehanteerde tarieven werden vastgesteld. DJI hanteert sindsdien de vastgestelde NZa-maximumtarieven voor de meeste forensische zorg prestaties. In de huidige contractering maakt DJI daarnaast geen prijsafspraken met individuele zorgaanbieders, met uitzondering van een aantal partijen die zichzelf bij inschrijving kortingen hebben opgelegd.

### 5.1.2 *Aanbestedingswet en open house model*

Forensische zorg wordt door DJI ingekocht op basis van schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders. Dergelijke schriftelijke overeenkomsten gelden als overheidsopdrachten, waardoor de inkoop van forensische zorg moet worden aanbesteed. De regels en procedures voor dergelijke aanbestedingen worden beschreven in de Aanbestedingswet 2012. In 2016 is de aanbestedingsregelgeving verder aangescherpt, waardoor forensische zorg moet worden aanbesteed volgens de strengere richtlijnen uit de procedure voor 'Sociale en andere specifieke diensten'. Binnen deze aanbestedingsprocedure moet DJI de aanbesteding vooraf aankondigen, waarbij concreet moet worden aangegeven op basis van welke aspecten bepaald zal worden of een aanbesteding gegund zal worden (transparantie). Daarnaast moet iedere zorgaanbieder volgens dezelfde standaarden getoetst worden (gelijke behandeling) en mag DJI geen onredelijke zware eisen opnemen in de selectie en gunning van een aanbesteding (proportionaliteit).

Per 2018 heeft DJI voor het eerst toepassing gegeven aan de aanbesteding van forensische zorg volgens de richtlijnen van *Sociale en andere specifieke diensten*. Hierbij ervaarde DJI meerdere knelpunten die inherent zijn aan de basisbeginselen van de aanbestedingsregelgeving – op een transparante en proportionele wijze afspraken maken over capaciteit, kwaliteit en prijs op basis van gelijke behandeling in een veld waarbij zorgaanbieders sterk verschillend van elkaar zijn op factoren als beschikbare capaciteit en behandelaanbod. Om die reden heeft DJI binnen de aanbestedingsronde van 2018 geen capaciteitsafspraken gemaakt met individuele zorgaanbieders (DJI, 2017) en geeft DJI in 2020 invulling aan de inkoop van forensische zorg middels een zogeheten open house<sup>5</sup> (DJI, 2019). Binnen deze procedure worden alle aanbieders die zich hebben aangemeld en die voldoen aan de gestelde minimum (kwaliteits-)eisen gecontracteerd voor forensische zorg. Doordat binnen deze procedure feitelijk niet wordt aanbesteed – immers wordt de aanbesteding aan geen enkele partij gegund en kan iedere geïnteresseerde partij die voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen zich registreren als forensische zorgaanbieder –, heeft het Europese Hof van Justitie

<sup>5</sup> Dit geldt niet voor forensische zorg in FPC's en PPC's. Forensische zorg vanuit Rijks FPC's en PPC's wordt via een inbesteding gecontracteerd. De overige FPC's zijn particuliere justitiële instellingen en worden afzonderlijk gecontracteerd door middel van een enkelvoudig onderhandse procedure (Meijer et al., 2021).

geoordeeld dat de aanbestedingsrichtlijnen niet van toepassing zijn wanneer deze procedure wordt gehanteerd (ECLI:EU:C:2016:399; ECLI:EU:C:2018:142).

Binnen de open house procedure stelt DJI als inkoper een serie minimumeisen vast waar een potentiële aanbieder van forensische zorg aan moet voldoen, afhankelijk van het type zorg en het beveiligingsniveau dat geboden wordt. In het geval van forensische zorg zijn dit de Kwaliteitseisen forensische zorg (hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 6.2 bij veronderstelling 3.2). Iedere zorgaanbieder die aan deze minimumeisen voldoet en zich inschrijft als aanbieder van forensische zorg wordt door DJI gecontracteerd. Tijdens de zorginkoop wordt daarbij niet geselecteerd op basis van kwaliteit, capaciteit of prijs van de geleverde zorg (Bastian et al., 2017; Meijer et al., 2021).

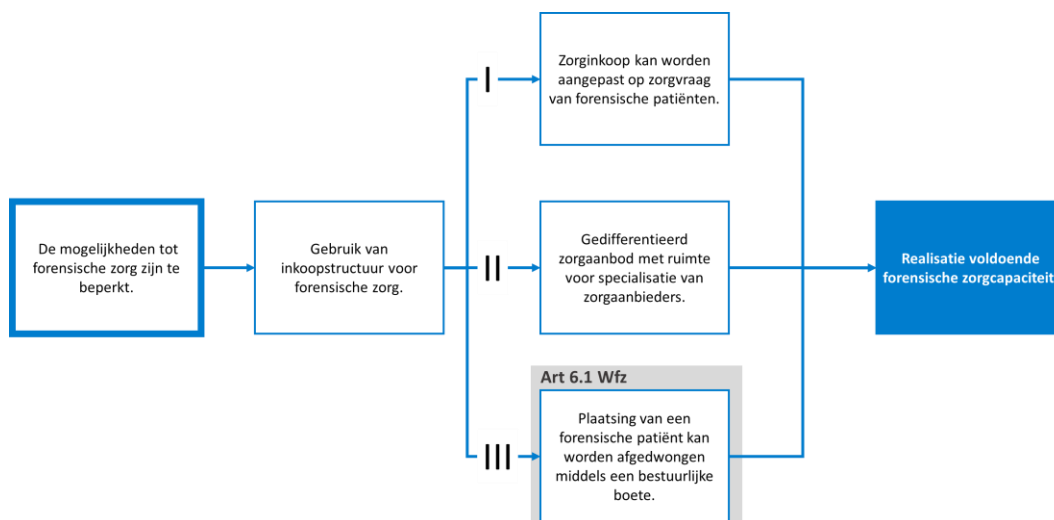
Doordat DJI binnen het open house model geen prijs- en volumeafspraken met individuele zorgaanbieders kan maken, kan ook slechts beperkt gestuurd worden op capaciteit en budgettering van de forensische zorg. Dientengevolge zijn meerdere mogelijkheden uitgewerkt om de inkoop van forensische zorg in de toekomst op een andere manier gestalte te geven (*Kamerstukken II 2020/21*, 33 628, nr. 82) en is een adviesrapport gepubliceerd om de vraag te beantwoorden welke inkoopstrategie DJI in de toekomst het beste kan volgen (Meijer et al., 2021). Waar de contracten van het herziene inkoopstelsel eigenlijk per 1 januari 2023 in werking zouden treden (*Kamerstukken II 2021/22*, 33 628, nr. 81), wordt in een recente brief van de Minister voor Rechtsbescherming vermeld dat beoogd werd om de nieuwe contracten pas per 1 januari 2024 in te laten gaan (*Kamerstukken II 2021/22*, 33 628, nr. 85). Dit herziene stelsel zal vermoedelijk gebruikmaken van een landschapsgericht inkoopmodel,<sup>6</sup> waarbij de intentie is dat er meer sturing op prijs, kwaliteit en capaciteit mogelijk zal zijn. Op het moment van schrijven is nog onduidelijk hoe deze alternatieve inkoopstrategie vorm zal krijgen.

In de parlementaire stukken van de Wfz worden verschillende verwachtingen geuit over hoe de Wfz het doel *Voldoende forensische zorgcapaciteit* zou kunnen bewerkstelligen. De wetgever had voor ogen om met behulp van de herziene inkoopstructuur via een aantal verschillende mechanismen het doel van voldoende forensische zorgcapaciteit te bereiken. Deze veronderstelde mechanismen zijn schematisch weergegeven in Figuur 5.1 en worden in de komende paragrafen verder besproken. Het bieden van voldoende forensische zorgcapaciteit zou bereikt moeten worden door de zorginkoop aan de hand van de zorgvraag aan te passen (paragraaf 5.2), door sterker in te zetten op gedifferentieerde inkoop van zorg (paragraaf 5.3) en door het hanteren van een bestuurlijke boete om opname te waarborgen (paragraaf 5.4). Voor elk mechanisme worden de veronderstellingen in verder detail beschreven, wordt de onderbouwing voor de veronderstellingen besproken en worden indicatoren geïdentificeerd aan de hand waarvan in vervolgonderzoek kan worden onderzocht of de veronderstellingen kloppen. In paragraaf 5.5 worden indicatoren voor het doel *Voldoende forensische zorgcapaciteit* geïdentificeerd.

---

<sup>6</sup> Binnen het landschapsgerichte inkoopmodel zou de forensische zorgmarkt worden gesegmenteerd naar het soort aanbieder, waarbij segmentatie van zorgaanbieders bijvoorbeeld optreedt op basis van beschikbare zorgcapaciteit. Binnen ieder van deze segmenten kan een andere aanbestedingsprocedure worden ingericht, waardoor de aanbestedingsprocedure in theorie beter kan worden toegespitst op de karakteristieken van een specifiek segment van de zorgmarkt (Meijer et al., 2021).

**Figuur 5.1 Veronderstelde werkzame mechanismen voor het doel Voldoende forensische zorgcapaciteit**



Noot: Het initiële probleem dat met dit doel aangepakt dient te worden, wordt in de meest linker box weergegeven.

## 5.2 Veronderstelling 2.1: Aanpassing zorginkoop aan de hand van zorgvraag

### **Veronderstelling 2.1:**

*Als gebruik wordt gemaakt van een inkoopstelsel voor forensische zorg, kan de inkoop van forensische zorg worden aangepast aan de hand van de zorgvraag van afgelopen jaren. Door de zorginkoop aan te passen aan de hand van de voorgaande zorgvraag, kan voldoende forensische zorgcapaciteit worden gecreëerd (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 4; Kamerstukken II 2011/12, 32 398, nr. 9, p. 4; Stb. 2019, 230, p. 24).*

Bij de invoering van het inkoopstelsel voor forensische zorg had de wetgever de ambitie om een vraaggericht stelsel te creëren. In een brief aan de Tweede Kamer schrijft de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid hierover (Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 76):

*'Het nieuwe stelsel is vraaggericht: de zorg en beveiliging die de patiënt nodig heeft, bepaalt waar hij/zij wordt geplaatst en daarmee bij welke inrichting of instelling die zorg en beveiliging wordt ingekocht. Zowel de omvang als de kwaliteit van de zorg zullen op basis van geïnventariseerde bestaande of toekomstige behoeften door Justitie worden ingekocht'.*

Binnen dit vraaggerichte stelsel zou op basis van de afgegeven indicatiestellingen een beeld ontstaan van de geaggregeerde forensische zorgvraag. De indicatiestellingen bieden immers een schatting van hoeveel zorgplaatsen voor ieder type zorg en op welk beveiligingsniveau moeten worden ingekocht bij de aankomende inkoopronde (Kamerstukken II 2011/12, 32 398, nr. 9, p. 4). Op basis van deze geaggregeerde zorgvraag zou de zorginkoop verder verfijnt kunnen worden, waardoor het forensische zorgaanbod in theorie beter kan aansluiten op de zorgvraag en beveiligingsbehoefte, waardoor er voldoende forensische zorgcapaciteit gecreëerd zou kunnen worden (Stb. 2019, 230, p. 24).

### 5.2.1 *Onderbouwing voor veronderstelling*

Veronderstelling 2.1 gaat ervan uit dat er sprake is van jaarlijkse fluctuaties in de vraag naar forensische zorg en dat op deze jaarlijkse fluctuaties kan worden geanticipeerd op basis van een geaggregeerd overzicht van het aantal indicatiestellingen van het voorgaande jaar dan wel de voorgaande jaren. De hoeveelheid ingekochte zorg kan vervolgens worden aangepast aan de recente zorgvraag, waardoor voldoende forensische zorgcapaciteit zou kunnen worden gecreëerd.

Een belangrijke randvoorwaarde voor deze veronderstelling is dat DJI een inkoopmodel hanteert van waaruit concrete capaciteitsafspraken gemaakt kunnen worden met zorgaanbieders. Zoals beschreven staat in paragraaf 5.1.1 heeft DJI in verband met de aangescherpte Aanbestedingsregelgeving gekozen voor een open house inkoopmodel. Binnen dit inkoopmodel kunnen alle zorgaanbieders die voldoen aan de minimumeisen die door DJI gesteld zijn zich inschrijven als forensisch zorgaanbieder. Met deze zorgaanbieders worden binnen het open house model in principe geen individuele prijs-, kwaliteit- of capaciteitsafspraken gemaakt. Doordat er geen capaciteitsafspraken gemaakt worden met individuele zorgaanbieders, kan DJI ook slechts beperkt middels de zorginkoop zorg dragen voor een flexibele en doelgerichte inkoop van voldoende zorgcapaciteit.

### 5.2.2 *Indicatoren*

Doordat DJI binnen het open house inkoopmodel geen capaciteitsafspraken kan maken met individuele zorgaanbieders, kan de inkoop niet worden aangepast aan de hand van de hoeveelheid ingekochte zorg van afgelopen jaren. Veronderstelling 2.1 wordt binnen het huidige open house model daardoor niet nagevolgd.

## 5.3 **Veronderstelling 2.2: Gedifferentieerde inkoop van zorg**

### ***Veronderstelling 2.2:***

*Als gebruik wordt gemaakt van een inkoopstelsel voor forensische zorg en deze inkoop vraag-gestuurd is, komt een gedifferentieerd zorgaanbod tot stand, waarbij meer ruimte ontstaat voor zorgaanbieders om zich verder te specialiseren. Doordat zorg kan worden ingekocht bij meer verschillende zorgaanbieders, ontstaat er voldoende forensische zorgcapaciteit (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 4; Kamerstukken I 2012/13, 32 398, F, p. 33).*

De Commissie Visser beval aan meer differentiatie en specialisatie van zorgaanbieders mogelijk te maken om de dynamiek in het stelsel van forensische zorg te vergroten en samenwerking tussen instellingen te versterken (*Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nrs. 4-5, p. 121*). Deze aanbeveling werd opgenomen in het plan van aanpak tbs (*Kamerstukken II 2006/07, 30 250, nr. 48, p. 20*) en werd van wezenlijk belang geacht voor het bewerkstelligen van een goede aansluiting tussen het forensische zorgaanbod en de individuele beveiligings- en zorgbehoeften van patiënten (*Kamerstukken II 2009/10, 29 452, nr. 122*).

De wetgever geeft aan dat door middel van de inkoopstructuur een meer gedifferentieerd aanbod van forensische zorg tot stand gebracht kan worden, waarbij ook meer ruimte ontstaat voor zorgaanbieders om zich verder te specialiseren, door zorg in te kopen bij een breed scala aan zorgaanbieders (*Kamerstukken I 2012/13, 32 398, F,*

p. 33). In de memorie van toelichting op het Bfz schrijft de minister hierover (*Stb.* 2019, 230, p. 23):

*'Doordat het ministerie van Justitie en Veiligheid zelf zorg inkoop en deze inkoop vraag-gestuurd is, komt een gedifferentieerd zorgaanbod tot stand, waarbij de zorgvraag van de forensische patiënten bepalend is. Hierdoor sluit het aanbod beter aan bij de problematiek van forensische patiënten'*

### 5.3.1 *Onderbouwing voor veronderstelling*

Veronderstelling 2.2 gaat ervan uit dat DJI binnen het inkoopstelsel zorg zou kunnen inkopen bij een breed scala aan zorgaanbieders en dat daarmee een gedifferentieerd zorgaanbod ontstaat. In een reactie op de Raad van State (*Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 4, p. 8*) gaf de wetgever aan dat het gebruik van een inkoopmodel voor forensische zorg in de periode tussen 2008 en 2010 al had geleid tot een meer gedifferentieerd zorgaanbod. Deze bewering was gebaseerd op een toename in het aantal zorginstellingen waarbij forensische zorg was ingekocht in die periode. Wanneer het aantal geregistreerde zorginstellingen gehanteerd wordt als graadmeter voor differentiatie van de zorgmarkt, zou het huidige open house model voor zorginkoop een zeer geschikt systeem om differentiatie te bewerkstelligen. Open house kenmerkt zich immers doordat zorgaanbieders een laagdrempelige toegang wordt geboden tot de forensische zorgmarkt: doordat iedere zorgaanbieder die voldoet aan de minimum-eisen die door DJI gesteld worden zich als forensische zorgaanbieder kan inschrijven, ontstaat er in potentie een breder scala aan zorginstellingen die forensische zorg kunnen aanbieden. Dit blijkt ook uit het feit dat in 2021 raamovereenkomsten zijn afgesloten met 180 zorgaanbieders, tegenover slechts 64 zorgaanbieders in 2008 toen de inkoopsystematiek pas net was geïntroduceerd (*Handelingen II 2020/21, 2727, Aanhangsel; Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 4, p. 8*).

De vraag is echter in hoeverre het aantal gecontracteerde zorgaanbieders een goede representatie biedt van de mate van differentiatie en specialisatie binnen de forensische zorgmarkt. Doordat DJI binnen het huidige open house model geen capaciteitsafspraken kan maken met individuele zorgaanbieders, kan enkel sturing worden gegeven aan de differentiatie en specialisatie van de zorgmarkt door middel van plaatsing – er wordt immers enkel geplaatst daar waar vraag is – en kan er niet actief op worden toegezien dat het zorgaanbod adequaat is verdeeld over verschillende regio's (Meijer et al., 2021). Het huidige stelsel leidt daardoor weliswaar tot een toename van het aantal zorgaanbieders, maar niet noodzakelijkerwijs tot een betere spreiding of een gerichte differentiatie in overeenstemming met de zorgvraag.

### 5.3.2 *Indicatoren*

Om te onderzoeken in hoeverre de zorginkoop leidt tot differentiatie en specialisatie in de zorg, dient er gekeken te worden naar de *Impact* van de huidige inkoopstrategie op de differentiatie in het zorgaanbod.

#### **Impact**

Op basis van vraaggesprekken met zorgaanbieders binnen de forensische zorg kan worden geïnterviewd welke invloed de inkoopsystematiek heeft op de differentiatie en specialisatie binnen de sector.

Cijfermatig zou deze veronderstelling daarnaast stapsgewijs onderzocht kunnen worden op basis van gegevens uit het Facturatie Controle Systeem (FCS):

- Wat is het totaal aantal forensische zorginstellingen per zorgvorm (opgesplitst naar klinische zorg op verschillende beveiligingsniveaus, verblijfszorg en ambulante zorg)?
- Wat is het totaal aantal forensische zorginstellingen per zorgvorm, per regio?
- Wat is het totaal aantal forensische zorginstellingen per zorgvorm, per regio, ten opzichte van de grootte van de zorgvraag in die regio?

## 5.4 Veronderstelling 2.3: Bestuurlijke boete

### **Veronderstelling 2.3:**

*Doordat de plaatsing van forensische patiënten contractueel kan worden afgedwongen wanneer die valt binnen de inkoopafspraken met een zorgaanbieder, kan de beschikbaarheid van zorgcapaciteit en de plaatsing van forensische patiënten worden gegarandeerd (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 8-9).*

De Commissie Visser waarschuwde in 2006 dat de toepassing van een inkoopstelsel voor forensische zorg enkel zou functioneren wanneer een acceptatieplicht zou worden geïntroduceerd als ultimum remedium, ter voorkoming van niet-plaatsbare tbs-patiënten (Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nrs. 4-5, p. 122). Deze aanbeveling werd door de projectgroep Vernieuwing Forensische Zorg overgenomen en uitgebreid naar de volledige forensische zorg (Kamerstukken II 2006/07, 29 452, nr. 48). In de Wfz is deze acceptatieplicht verbonden met een bestuurlijke boete en in artikel 6.1 lid 3 en 4 van de Wfz vastgelegd:

#### Artikel 6.1 Wfz

- 3 Na plaatsing van de forensische patiënt is de zorgaanbieder verplicht om de geïndiceerde zorg en beveiliging te bieden. De instelling is verplicht de forensische patiënt op te nemen en forensische zorg te verlenen.
- 4 Onze minister kan de zorgaanbieder een bestuurlijke boete opleggen, indien de zorgaanbieder niet voldoet aan de verplichting tot opnemings- en verlening van forensische zorg bedoeld in het derde lid.

De bepalingen omtrent de bestuurlijke boete zijn opgenomen in artikel 6.6 Bfz. Hierin is opgenomen dat de boete bij een eerste overtreding ten hoogste € 12.500 kan bedragen. Bij een tweede overtreding binnen een periode van vijf jaar kan de boete ten hoogste € 25.000 bedragen. Alvorens de boete wordt opgelegd, wordt de zorgaanbieder schriftelijk geïnformeerd en in de gelegenheid gesteld hierover te worden gehoord. De minister legt geen bestuurlijke boete op wanneer de zorgaanbieder naar het oordeel van de minister aannemelijk kan maken dat een rechtvaardigingsgrond bestaat voor het niet voldoen aan de verplichting tot opnemings- en verlening van geïndiceerde forensische zorg en beveiliging. De bestuurlijke boete is bedoeld als ultimum remedium om een opname te kunnen afdwingen.

### 5.4.1 Onderbouwing voor veronderstelling

Gedurende de adviesronde van het Bfz argumenteerde de Nederlandse GGz dat de bestuurlijke boete niet past bij de geldende aanbesteding van forensische zorg binnen het open house model (Nederlandse GGz, 2018):

*'Met deze aanbesteding verdwijnen de productieafspraken tussen zorgaanbieders en de Dienst Justitiële Inrichtingen. Hiermee verdwijnen ook zekerheden die zorgaanbieders hebben om hun bedrijfsvoering op in te richten. Aan de andere kant worden ze geconfronteerd met de mogelijkheid tot een bestuurlijke boete. Dit is in onze ogen niet met elkaar te vereenzelvigen. In de oude situatie was de bestuurlijke boete een logisch gevolg van de wederzijdse verplichting die zorgaanbieder en financier aangingen in de productieafspraken. Zonder die afspraken stellen we ons op het standpunt dat de bestuurlijke boete niet te rechtvaardigen is.'*

In een schriftelijk overleg reageerde de minister op vragen die deze kwestie vanuit de Tweede Kamer opriep. Hij gaf hierbij aan dat ook binnen de huidige contracten, waarin het exacte aantal bedden dat jaarlijks wordt afgenomen niet vooraf is vastgelegd, een situatie zich kan voordoen waarbij een bestuurlijke boete kan worden afgegeven. Als voorbeelden voor dergelijke situaties noemt hij (*Kamerstukken II 2018/19, 33 628, nr. 39*):

*'(...) indien blijkt dat de zorgaanbieder een bepaalde categorie forensische patiënten stelselmatig weigert of indien bekend is dat er bedden beschikbaar zijn, maar de zorgaanbieder een specifieke forensische patiënt, die tot de doelgroep van de zorgaanbieder behoort, desalniettemin niet wenst op te nemen'*

Desalniettemin staat in het Convenant beveiligde bedden (*Kamerstukken II 2020/21, 25 424, nr. 558, Bijlage*) beschreven dat DJI niet de intentie heeft om de bestuurlijke boete in het jaar 2021 toe te passen en deze ook in de voorgaande jaren niet heeft toegepast. Wanneer deze boete niet wordt toegepast door DJI en zij openlijk uitspreken deze intentie niet te hebben, is het zeer onwaarschijnlijk dat dit veronderstelde werkzame mechanisme daadwerkelijk een uitwerking zal hebben op het doel *Voldoende forensische zorgcapaciteit*.

#### 5.4.2 *Indicatoren*

De mogelijkheid tot de afgifte van een bestuurlijke boete wordt op dit moment niet door DJI toegepast, waardoor de veronderstelling dat de bestuurlijke boete bijdraagt aan het behalen van het doel *Voldoende forensische zorgcapaciteit* niet wordt nagevolgd.

### 5.5 **Indicatoren voor het doel Voldoende forensische zorgcapaciteit**

Om de aansluiting tussen de ingekochte zorgcapaciteit en de forensische zorgvraag in kaart te brengen, dient per zorgtype en beveiligingsniveau gemeten te worden hoe groot de discrepantie is tussen de zorgvraag op basis van indicatiestellingen en de beschikbare forensische zorgcapaciteit.

#### **Relevantie**

Middels vraagg gesprekken met ketenpartners binnen de forensische zorg kan worden nagevraagd:

- In hoeverre is het bieden van voldoende forensische zorgcapaciteit relevant voor de problemen die spelen in de forensische zorg, waaronder de gebrekkige toeleiding naar de juiste plek, de verminderde grip op de kwaliteit van zorg en het tekort aan continuïteit van zorg?



Met behulp van de registratiesystemen van het *Dashboard beveiligde bedden* kan daarnaast in theorie worden onderzocht:

- Wat is de gemiddelde duur van wachttijden per beveiligingsniveau?

### **Effectiviteit**

Middels vraaggesprekken met plaatsende instanties en zorgaanbieders kunnen de volgende indicatoren worden onderzocht:

- In hoeverre is de aansluiting tussen de beschikbare forensische zorgcapaciteit en de zorgvraag veranderd sinds de inwerkingtreding van de Wfz?
- In hoeverre zijn veranderingen in de forensische zorgcapaciteit terug te leiden naar het beleid dat met de Wfz is ingezet?

Een van de criteria van het doel *Voldoende forensische zorgcapaciteit* was dat de forensische zorg kon worden uitgevoerd in de regio waar de patiënt in een later stadium ook zal re-integreren. Om die reden is het ook van belang om te kijken in hoeverre er voldoende forensische zorgcapaciteit wordt geboden per regio:

- Wat is de gemiddelde duur van wachttijden per zorgtype en beveiligingsniveau per regio?

## 6 Kwalitatief goede forensische zorg

### 6.1 Inleiding

Het derde doel van de Wfz is het bieden van kwalitatief goede forensische zorg gericht op de veiligheid van de samenleving. Het is onduidelijk in hoeverre de wetgever de kwaliteit van forensische zorg ten tijde van het indienen van het wetsvoorstel ontoereikend vond, of dat kwalitatief hoogwaardige forensische zorg meer als een basisvoorwaarde gezien wordt voor het bieden van forensische zorg. In de eerste memorie van antwoord aan de Eerste Kamer gaf de toenmalige Staatssecretaris van JenV aan dat een probleem ook was dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om te sturen op de kwaliteit binnen de forensische zorg (*Kamerstukken I 2012/13*, 32 398, F, p. 5). Zoals ook in paragraaf 3.2 is besproken, wordt het belang van kwalitatief goede zorg en evidence-based behandelmethodes onderstreept door de grote verschillen in effectiviteit van behandelprogramma's wat betreft het verminderen van recidive. Meta-analyses van de effecten van specifieke behandelprogramma's op recidivevermindering laten een variatie zien tussen 0% (psychodynamische behandeling; Garrett, 1985) tot 50% en 60% (gepersonaliseerde gedragstherapie; Andrews et al., 1990).

Over de precieze definitie van kwalitatief goede forensische zorg bestaat echter onduidelijkheid. Ten tijde van de indiening van het wetsvoorstel heeft de wetgever het begrip 'kwalitatief goede forensische zorg' niet nader gedefinieerd en ook nu wordt geen eenduidige omschrijving voor dit concept geboden. Zoals de Minister voor Rechtsbescherming onlangs schreef in een brief aan de Tweede Kamer: 'Op dit moment is in de forensische zorg geen sprake van een eenduidige omschrijving van wat onder kwalitatief goede forensische zorg wordt verstaan' (*Kamerstukken II 2021/22*, 35 925 VI, nr. 135).

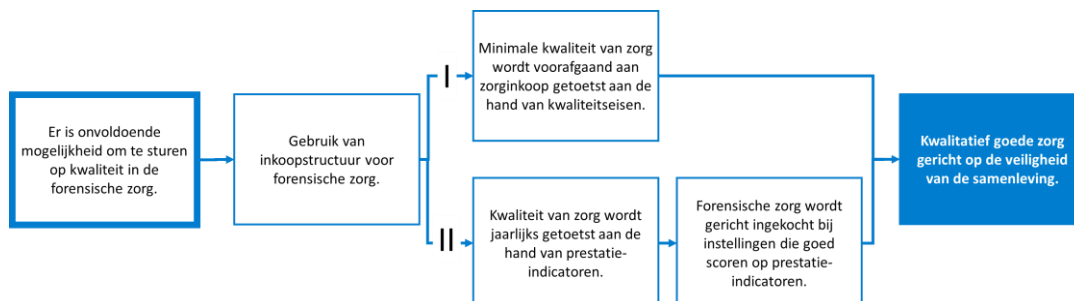
Sinds juli 2020 wordt echter vanuit de sector zelf gewerkt aan een Kwaliteitskader forensische zorg van waaruit bepaald zou moeten worden aan welke criteria kwalitatief goede forensische zorg dient te voldoen. Bij de ontwikkeling van dit Kwaliteitskader is een groot aantal instanties en partijen betrokken, waaronder DJI, diverse branche-organisaties (Nederlandse GGz, Valente, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), beroepsorganisaties (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Instituut van Psychologen, Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen) en de patiënten belangenvereniging Mind. In het Kwaliteitskader is een visie ontwikkeld over wat kwaliteit binnen de forensische zorg inhoudt. Dit wordt opgehangen aan een vijftal pijlers: *Veiligheid en persoonsgerichte zorg*, *Forensisch vakmanschap*, *Organisatie van zorg*, *Samenwerken* en *Informereren over resultaten*. Uit dit Kwaliteitskader valt geen eenduidige definitie van Kwalitatief goede forensische zorg op te maken. Wel blijkt dat dit als een zeer breed concept wordt gezien waarbij kwaliteit van zorg onder andere verbonden is met aspecten van veiligheidsmanagement (o.a. de afname van risicotaxaties met behulp van gevalideerde instrumenten), zorginhoudelijke elementen (o.a. het werken volgens evidence-based standaarden en gepersonaliseerde behandelplannen) en organisatiestructuur (o.a. voldoende inzet op scholing van personeel). In deze planevaluatie wordt vastgehouden aan deze brede omschrijving van het begrip 'kwalitatief goede forensische zorg'.

Hoewel de Wfz geen regelingen bevat die direct ingrijpen op de kwaliteit van forensische zorg, worden in de vorm van de zorginkoop wel randvoorwaarden geschapen van waaruit de kwaliteit van forensische zorg kan worden bevorderd. Het inkopen en differentiëren op basis van kwaliteit was dan ook één van de speerpunten uit het Meerjarenovereenkomst van ForZo/JJI 2013-2017 en is sindsdien opnieuw bekrachtigd in de Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021 en de Bestuurlijke agenda forensische zorg 2020.

Ondanks het voornemen om tijdens de zorginkoop te differentiëren op basis van kwaliteit, waarschuwde de NZa in haar marktscan van de forensische zorg in 2015 al dat de kwaliteitscriteria en prestatie-indicatoren nauwelijks een rol speelden bij de inkoop van forensische zorg (Nederlandse Zorgautoriteit, 2015). De mogelijkheden om gericht zorg in te kopen op basis van kwalitatief goede zorg werden verder beperkt nadat DJI als gevolg van de aanscherping van de aanbestedingswetgeving in 2016 gebruik moest maken van de aanbestedingsprocedure voor 'sociale en andere specifieke diensten' (zie hierover ook paragraaf 5.1.2). Door Bastian en collega's (2017) werd geconcludeerd dat in de daaropvolgende aanbesteding van forensische zorg kwaliteit van zorg niet als een gunningscriterium werd gehanteerd (Bastian et al., 2017), waardoor er vanuit de inkoopstructuur slechts beperkt sturing kan worden gegeven aan de kwaliteit van forensische zorg. Met de invoering van open house in 2020 is het voor DJI niet meer mogelijk om met individuele zorgaanbieders kwaliteitsafspraken te maken buiten de algemene minimumeisen die gesteld worden bij de zorginkoop.

Zoals uit het voorgaande in deze paragraaf blijkt, tracht de wetgever evenals bij het bieden van voldoende forensische zorgcapaciteit de kwaliteit van forensische zorg binnen de Wfz te beïnvloeden met behulp van het inkoopstelsel (zie figuur 6.1). De herziene inkoopstructuur zou kwalitatief goede zorg moeten waarborgen doordat (1) enkel zorg wordt ingekocht bij zorgaanbieders die voldoen aan specifieke kwaliteitseisen en (2) de kwaliteit van de geleverde forensische zorg achteraf getoetst wordt aan de hand van prestatie-indicatoren, waarbij de zorginkoop kan worden aangepast op basis van de scores van zorgaanbieders op deze indicatoren. Deze mechanismen worden in paragrafen 6.2 en 6.3 nader besproken.

**Figuur 6.1 Veronderstelde werkzame mechanismen voor het doel Kwalitatief goede forensische zorg**



Noot: Het initiële probleem dat met dit doel aangepakt dient te worden, wordt in de meest linker box weergegeven.

## 6.2 Veronderstelling 3.1: Kwaliteitseisen

### **Veronderstelling 3.1:**

*Als forensische zorg enkel wordt ingekocht bij zorginstellingen die voldoen aan specifieke kwaliteitseisen, kan via de zorginkoop sturing worden gegeven aan de kwaliteit van de forensische zorg. Dit leidt tot kwalitatief goede forensische zorg (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 9).*

Bij de inkoop van forensische zorg worden zorginstellingen vooraf getoetst aan de hand van een serie minimeisen, zodat selectief zorg kan worden ingekocht bij instellingen die aan de vooraf gestelde eisen voldoen (Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 76). In de memorie van toelichting schrijft de wetgever hierover (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 9): 'Het gaat daarbij om eisen inzake de interne en externe veiligheid, eisen op het gebied van huisvesting en minimum-kwaliteitseisen waaraan de behandeling dient te voldoen'.

DJI heeft de forensische zorgmarkt onderverdeeld in vier verschillende percelen (klinische zorg, ambulante behandeling, ambulante begeleiding & verblijfszorg en tbs). Voor ieder perceel is een set minimeisen geformuleerd op basis van een Programma van Eisen (DJI, 2020), dat in overleg met het veld tot stand is gekomen. Enkel de zorgaanbieders die voldoen aan deze eisen kunnen zich registreren als aanbieder van forensische zorg. De kwaliteitseisen variëren van basale eisen zoals het beschikken over de noodzakelijke vergunningen voor de panden, procesmatige eisen zoals de periodieke afname van risicotaxaties, tot meer behandelinhoudelijke eisen zoals de forensische scholing van personeel. Door deze kwaliteitseisen te hanteren bij de zorginkoop, wordt geprobeerd sturing te geven aan de inkoop van kwalitatief goede forensische zorg (Stb. 2019, 230).

### 6.2.1 Onderbouwing voor veronderstelling

In een rapport van Bastian en collega's (2017) wordt geconcludeerd dat slechts een klein deel van de kwaliteitseisen daadwerkelijk betrekking heeft op de kwaliteit van de geboden zorg. De kwaliteitseisen zouden met name gericht zijn op de bedrijfsvoering en proces gerelateerd zijn in plaats van zorginhoudelijk, bleek uit interviews met betrokkenen van DJI, de Nederlandse GGz en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Het gaat in deze gevallen bijvoorbeeld om de vraag of een zorgaanbieder een toelating op grond van de Wet toelating zorginstellingen heeft, of inschrijvers voor het perceel tbs zijn aangewezen als tbs-instelling, of de vraag of inschrijvers beschikken over een erkend kwaliteitssysteem.

Na het rapport van Bastian en collega's is het aantal kwaliteitseisen dat wordt betrokken bij de inkoop van forensische zorg aanzienlijk uitgebreid. Hierbij is ook meer aandacht gekomen voor kwaliteitseisen met een zorginhoudelijk karakter. Voorbeelden uit het Programma van Eisen van 2020 zijn onder andere dat zorgaanbieders uitkomsten van risicotaxaties dienen te gebruiken in de behandeling en dat uitkomsten van risicotaxaties en delictanalyses bij doorstroom binnen de forensische keten moeten worden overgedragen. Daarnaast dienen personeelsleden die direct betrokken zijn bij de zorgverlening aan justitiabelen forensisch geschoold te zijn. Het gaat dan om onderwerpen als forensische scherpthe, risicomangement, de forensische doelgroep en het forensische veld. Hoewel deze kwaliteitseisen toezien op scholing en op het gebruik van risicotaxaties in de behandeling, worden hiermee nog steeds in zeer beperkte mate zorginhoudelijke eisen gesteld aan de behandeling.

### 6.2.2 *Indicatoren*

Om te onderzoeken in hoeverre de implementatie van kwaliteitseisen faciliterend of belemmerend werkt voor het behalen van het doel *Kwalitatief goede forensische zorg*, dient er voornamelijk gekeken te worden naar de *Impact* van dit beleidsinstrument.

#### **Impact**

Middels vraaggesprekken met forensische zorgaanbieders en DJI kan worden nagegaan of en, zo ja, in hoeverre de bestaande kwaliteitseisen een toereikende waarborg bieden voor kwalitatief goede forensische zorg.

## 6.3 **Veronderstelling 3.2: Prestatie-indicatoren**

### **Veronderstelling 3.2:**

*Als een inkoopstelsel voor forensische zorg wordt gebruikt, kan de zorginkoop worden gestuurd op basis van scores die zorgaanbieders behalen op prestatie-indicatoren.*

*Door de zorginkoop deels te baseren op de score van een zorgaanbieder op deze prestatie-indicatoren, wordt forensische zorg gericht ingekocht bij zorginstellingen die kwalitatief goede forensische zorg leveren (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 4).*

Prestatie-indicatoren zijn een specifieke set gegevens die jaarlijks aangeleverd moeten worden door zorgaanbieders om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg. De prestatie-indicatoren voor de forensische zorg maakten tot en met 2012 als subset onderdeel uit van de algemene set prestatie-indicatoren voor de GGz. Vanaf 2013 worden de prestatie-indicatoren voor de forensische zorg als eigenstandige set indicatoren doorontwikkeld door de Directie Forensische Zorg (DForZo) van DJI met medewerking van het Expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP) (Steinmann, 2019; DForZo, 2013). Over de doelstellingen van de prestatie-indicatoren schrijft DForZo (2013):

*'Met de uitvraag en doorontwikkeling van de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie wil DForZo de kwaliteit van de zorg inzichtelijk maken. De informatie over de geleverde kwaliteit kan zowel door zorgaanbieders zelf ten behoeve van het interne kwaliteitsbeleid, als ook door bijvoorbeeld patiëntenverenigingen worden gebruikt. Voor DForZo is zicht op de kwaliteit van belang daar zij in toenemende mate haar inkoop wil baseren op kwaliteit'.*

Veronderstelling 3.2 gaat ervan uit dat de kwaliteit van geleverde forensische zorg achteraf kan worden getoetst aan de hand van prestatie-indicatoren en dat de zorginkoop in toekomstige inkooprondes kan worden aangepast op basis van de scores van zorginstellingen op deze indicatoren. Door de zorginkoop deels te baseren op de score op deze prestatie-indicatoren, zou de wetgever erop toe kunnen zien dat forensische zorg wordt ingekocht bij zorginstellingen die een kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving leveren.

### 6.3.1 *Onderbouwing voor veronderstelling*

Veronderstelling 3.2 is gestoeld op de verwachting dat prestatie-indicatoren kunnen worden ingezet om sturing te bieden aan de kwaliteit van zorg door middel van

gerichte inkoop bij zorgaanbieders die adequaat scoren op relevante prestatie-indicatoren. Deze veronderstelling hangt af van twee factoren die hieronder afzonderlijk besproken zullen worden: de mate waarin DJI scores op prestatie-indicatoren kan meewegen als gunningsfactor bij de inkoop van forensische zorg en de mate waarin de prestatie-indicatoren een adequate representatie zijn van kwalitatief goede zorg.

Zoals benoemd in paragraaf 5.1.1 wordt forensische zorg op dit moment ingekocht middels een open house model. Binnen dit inkoopmodel kunnen geen capaciteitsafspraken gemaakt worden met zorgaanbieders en worden alle zorgaanbieders die zich registreren en die voldoen aan de gestelde minimumeisen gecontracteerd voor forensische zorg. Dientengevolge kan DJI binnen het huidige open house model niet gericht zorg inkopen op basis van scores op prestatie-indicatoren. Dit onderdeel van de veronderstelling wordt binnen het huidige inkoopstelsel dus niet bewaarheid.

Zoals werd vastgesteld door Bastian en collega's (2017), wordt door DJI met behulp van de prestatie-indicatoren enigszins op kwaliteit gestuurd met behulp van een malussysteem. Wanneer zorgaanbieders niet voldoen aan de minimumnormen van de prestatie-indicatoren, of wanneer zij niet tijdig gegevens aanleveren of onjuiste gegevens aanleveren, wordt hen een boete (*malus*) opgelegd. Deze boete bedraagt in 2022 0,25 tot 0,5% van de bekostiging van de geleverde zorg per indicator wanneer niet wordt voldaan aan de gestelde normen op een prestatie-indicator en 1% wanneer niet, niet tijdig en/of onjuist informatie over een indicator wordt aangeleverd (DJI, 2022b).

In een recent rapport dat is opgesteld door het EFP en ForZo/JJI (2019) zijn de prestatie-indicatoren geëvalueerd onder respondenten werkzaam in verschillende segmenten van de forensische zorg. Gemiddeld genomen waren respondenten 'ontevreden tot neutraal' over de toenmalige prestatie-indicatoren. Er werd aangegeven dat het aanleveren van de prestatie-indicatoren beperkte meerwaarde had voor de behandeling en meer een reflectie zijn van het tijdig meten in plaats van de inhoudelijke kwaliteit van de geleverde zorg. Naar aanleiding van dit rapport werd het aantal prestatie-indicatoren vanaf 2020 teruggebracht van acht naar drie, waardoor de kwaliteit van zorg enkel gemeten wordt aan de hand van de indicator *Risicotaxatie* en *Ernst van de problematiek* (de derde indicator is *Continuïteit van zorg*, deze wordt behandeld in paragraaf 7.3).

Bij de operationalisatie van deze prestatie-indicatoren dient een kritische kanttekening te worden geplaatst over de precieze inhoud van wat gemeten wordt met de prestatie-indicatoren. Zoals ook geconstateerd wordt door de Algemene Rekenkamer (2022), richten de indicatoren zich voornamelijk op de vraag hoe vaak bepaalde processen worden uitgevoerd en niet op de vraag hoe goed die processen verlopen. Zo wordt in het geval van bijvoorbeeld de prestatie-indicator *Ernst van de problematiek* een zorgaanbieder niet genormeerd op basis van de gemiddelde verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten. ForZo/JJI hanteert in plaats daarvan een normering op basis van het percentage patiënten met een forensische zorgtitel die een geldige meting hadden van de ernst van de problematiek, waarbij een van de door DJI geselecteerde meetinstrumenten dient te zijn gebruikt. Met andere woorden, zorgaanbieders worden op basis van de prestatie-indicatoren niet zo zeer gecontroleerd op zorginhoudelijke aspecten van de forensische zorg (bijvoorbeeld het handelen volgens evidence based richtlijnen of methodes), maar eerder op de mate waarin er toezicht wordt gehouden door aanwezigheid van metingen van de risicotaxatie en ernst van de

problematiek. Toezicht op de ernst van de problematiek en risicotaxaties zijn weliswaar belangrijke randvoorwaarden voor het leveren van kwalitatief goede zorg en zijn ook onderdeel van het Kwaliteitskader, maar bieden geen adequaat dekkende representatie van het concept *Kwalitatief goede zorg* zoals dit in het Kwaliteitskader naar voren komt.

### 6.3.2 *Indicatoren*

Zoals blijkt uit het rapport van de Algemene Rekenkamer (2022) kan gesteld worden dat de huidige prestatie-indicatoren geen adequaat beeld biedt van het brede concept 'kwalitatief goede forensische zorg' zoals die in het Kwaliteitskader wordt omschreven.

Daarnaast kan DJI binnen het huidige open house model niet gericht zorg inkopen op basis van scores op prestatie-indicatoren; iedere zorgaanbieder die voldoet aan de minimum kwaliteitseisen kan zich immers inschrijven als een aanbieder voor forensische zorg. Dit onderdeel van de veronderstelling wordt binnen het huidige inkoopstelsel niet nagevolgd.

## 6.4 **Indicatoren voor het doel Kwalitatief goede forensische zorg**

Hoewel uit het voorgaande duidelijk wordt dat vanuit de Wfz met de inkoop van forensische zorg slechts in beperkte mate richting gegeven kan worden aan de kwaliteit van forensische zorg, kan de Wfz aanhaken bij een forensische zorglandschap waar al sterk is ingezet op kwaliteit van zorg, zowel op initiatief van beleidsmakers als ook vanuit de sector zelf. Te denken is onder andere aan de projecten uit het programma Kwaliteit forensische zorg, de bevordering en implementatie van theoretisch gefundeerde zorgprogramma's die zijn ontwikkeld door het EFP (2019), de toetsing van gedragsinterventies aan de hand van wetenschappelijke criteria door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie en de ontwikkeling van een Kwaliteitskader forensische zorg (Bults et al., 2021). Steinmann (2019) beschrijft dan ook dat ketenpartners die de stelselwijziging hebben meegemaakt beschrijven dat de kwaliteit van zorg in alle domeinen van forensische zorg is verbeterd, mede dankzij deze initiatieven.

Om te onderzoeken in hoeverre het doel *Kwalitatief goede forensische zorg* wordt bevorderd binnen de Wfz, is het belangrijk om vast te stellen wat onder kwalitatief goede forensische zorg wordt verstaan. In deze planevaluatie wordt aangesloten bij de brede omschrijving van het begrip 'kwalitatief goede forensische zorg' zoals die in het Kwaliteitskader forensische zorg geboden wordt. In het Kwaliteitskader wordt dit concept verbonden aan meerdere pijlers (Veiligheid en persoonsgerichte zorg, Forensisch vakmanschap, Organisatie van zorg, Samenwerken en Informeren over resultaten), die onder andere het belang onderstrepen van veiligheidsmanagement (o.a. de afname van risicotaxaties met behulp van gevalideerde instrumenten), behandelinhoudelijke elementen (o.a. het werken volgens evidence-based standaarden en gepersonaliseerde behandelplannen) en organisatorische factoren (o.a. voldoende inzet op scholing van personeel).

Het doel *Kwalitatief goede forensische zorg* kan worden geëvalueerd aan de hand van de relevantie en de effectiviteit van het ingezette beleid.

**Relevantie**

Middels vraaggesprekken met ketenpartners binnen de forensische zorg kan worden nagegaan:

- In hoeverre is het bevorderen van kwalitatief goede forensische zorg vanuit de zorginkoop relevant voor het oplossen van de problemen die spelen in de forensische zorg?

**Effectiviteit**

De mate waarin onderzocht kan worden in hoeverre er kwalitatief goede forensische zorg geleverd wordt is afhankelijk van de vraag in hoeverre kwalitatief goede forensische zorg op een zinvolle wijze gekwantificeerd kan worden vanuit het Kwaliteitskader forensische zorg. Het Kwaliteitskader specificceert voor elk van de vijf pijlers van kwalitatief goede forensische zorg meerdere kwaliteitsaspecten, die in verschillende mate kunnen worden vertaald tot concrete indicatoren ten behoeve van de evaluatie van de kwaliteit van forensische zorg. Wanneer het Kwaliteitskader wordt geïmplementeerd, heeft DJI zich voorgenomen om op geaggregeerd niveau te registreren in hoeverre de kwaliteitsaspecten worden nageleefd. Op basis van deze geaggregeerde gegevens zal een beeld moeten worden gevormd van de kwaliteit van forensische zorg. Hierbij zal kritisch moeten worden geëvalueerd in hoeverre deze geaggregeerde gegevens een adequate representatie biedt van een complex concept als kwalitatief goede forensische zorg.



## 7 Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg

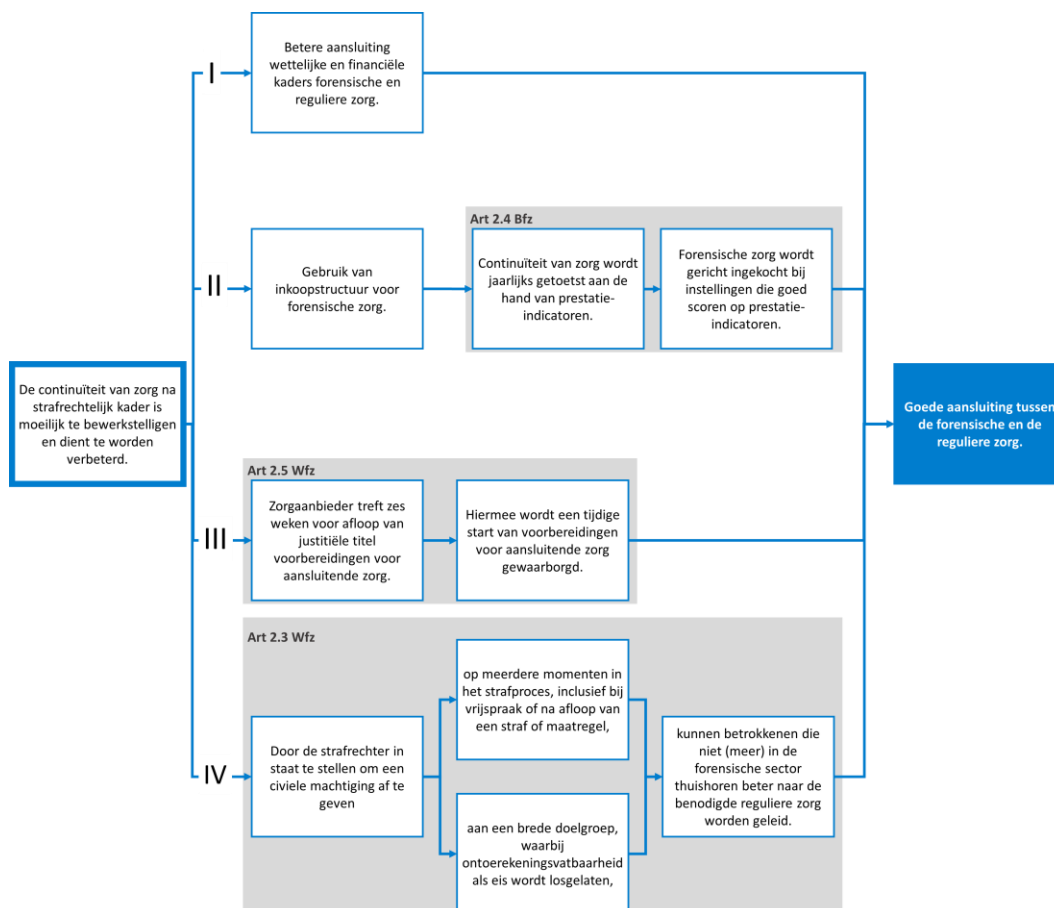
### 7.1 Inleiding

De NZa concludeerde in haar onderzoeksrapport 'Monitor Continuïteit van forensische zorg' dat er bij patiënten na uitstroom uit de forensische zorg sprake zou zijn van een structurele behoefte aan zorg in de reguliere GGz (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018). Naar inschatting van behandelaars in forensische zorginstellingen varieerde het percentage van patiënten dat vervolgzorg nodig had na afloop van de strafrechtelijke titel in 2015 afhankelijk van het type forensische zorg dat zij hadden ontvangen tussen de 43% (na ambulante begeleiding/beschermd wonen) en 83% (na klinische behandeling in een PPC). Binnen drie maanden na afloop van forensische zorg is echter slechts een derde van de patiënten ingestroomd in de reguliere zorg – een beduidend lager percentage dan het percentage van patiënten dat volgens behandelaars eigenlijk nog vervolgzorg nodig zou hebben (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018).

In meerdere onderzoeksrapporten wordt bevestigd dat de aansluiting tussen forensische zorg en de algemene geestelijke gezondheidszorg al decennialang problematisch verloopt (Bangma et al., 2017; Candel & Wijga, 2017; Nederlandse Zorgautoriteit, 2018; Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2007; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012; Taskforce behandelduur tbs, 2015; Van der Wolf et al., 2020). Steinmann (2019) constateert dat de stelselwijziging van de forensische zorg hier niet toe heeft bijgedragen. Sterker nog, in interviews met personen die de stelselwijziging hebben meegemaakt en die zicht hebben op de ontwikkelingen die zich sindsdien hebben voorgedaan werd de continuïteit van zorg na strafrechtelijk kader aangewezen als het zwakste punt van de stelselwijziging (Steinmann, 2019, p. 346). Waar de continuïteit van zorg zou zijn verbeterd wat betreft de doorstroom vanuit de tbs naar lagere beveiligingsniveaus, zou de doorstroom voor de overige forensische zorg richting reguliere zorg zijn verslechterd, als gevolg van het duidelijker labelen van personen als forensische patiënt.

De wetgever constateerde ten tijde van de indiening van het wetsvoorstel van de Wfz dat de continuïteit van zorg na strafrechtelijk kader moeilijk te bewerkstelligen was en dat behandelingen na afloop van het strafrechtelijk kader vaak niet werden afgemaakt (*Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 2*). In de memorie van toelichting worden verschillende verwachtingen genoemd hoe de Wfz de continuïteit van zorg zou kunnen bevorderen. De veronderstelde werkzame mechanismen, die hieronder zullen worden besproken, zijn schematisch weergegeven in Figuur 7.1. Het gaat hierbij om het creëren van een betere aansluiting van wettelijke en financiële kaders (paragraaf 7.2), het hanteren van een inkoopstrategie waarbij gestuurd wordt op de continuïteit van zorg (paragraaf 7.3), het hanteren van een voorbereidingstermijn voor aansluitende zorg voor forensische zorgaanbieders (paragraaf 7.4) en het creëren van een regeling waarmee de strafrechter op meerdere momenten in het strafproces aan een brede doelgroep een civiele machtiging Wvvgg of Wzd kan afgeven (paragraaf 7.5). In deze paragrafen worden achtereenvolgens de veronderstellingen telkens in verder detail beschreven, wordt de onderbouwing voor deze veronderstellingen besproken en worden indicatoren geïdentificeerd aan de hand waarvan kan worden onderzocht of deze veronderstellingen kloppen. In paragraaf 7.6 worden indicatoren voor het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* geïdentificeerd.

**Figuur 7.1 Veronderstelde werkzame mechanismen voor het doel Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg**



Noot: Wanneer mechanismen verbonden zijn aan een concreet wetsartikel, wordt dit wetsartikel aangeduid met een grijs kader. Het initiële probleem dat met dit doel aangepakt dient te worden, wordt in de meest linker box weergegeven.

## 7.2 Veronderstelling 4.1: Aansluiting wettelijke kaders en financieringskaders

### **Veronderstelling 4.1:**

*Door de wettelijke en financiële kaders van de forensische en reguliere zorg beter op elkaar aan te laten sluiten, worden de randvoorwaarden geschapen voor een betere aansluiting tussen beide stelsels (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 5-6; 14).*

De wetgever heeft met de criteria voor verlening van zorg evenals met de terminologie in de Wfz waar mogelijk willen aansluiten bij de gedwongen zorg wetgeving in de reguliere zorg, te weten de Wet Bopz en de Wvvgg en Wzd (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 5). In reactie op een van de aanbevelingen van de *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg* (Legemaate et al., 2014) werden de Wfz, Wvvgg en Wzd verder met elkaar geharmoniseerd (zie ook paragraaf 2.2.3). Kernbegrippen zoals (verplichte) zorg en zorgaanbieder, evenals criteria voor verplichte zorg, werden waar mogelijk geharmoniseerd. Daarnaast werden de wettelijke regelingen ten opzichte van

patiënten die in het kader van een straf of maatregel (tijdelijk) in een Wvggz- dan wel een Wzd-accommodatie verblijven verder uitgewerkt en met elkaar geharmoniseerd, met als doel om meer duidelijkheid te scheppen over de geldende interne rechtspositie voor patiënten (*Kamerstukken II* 2015/16, 32 399 nr. 25, p. 191, 217).

Naast de wettelijke kaders werden ook geprobeerd de financiële kaders van de forensische en reguliere zorg beter op elkaar aan te laten sluiten (*Kamerstukken II* 2007/08, 29 452, nr. 76). Binnen de gehanteerde inkoopstructuur werd zorg niet langer ingekocht op basis van plaats, maar op basis van dezelfde financieringsstructuren die ook gehanteerd werden binnen de reguliere zorg: Diagnose- Behandelcombinaties (DBC), zorgzwaarte parameters en extramurale parameters. Binnen de DBC's, die gehanteerd werden voor de financiering van klinische zorg, werd een extra beveiligingselement geïntegreerd in de financiering van forensische zorg op verhoogde beveiligingsniveaus (DBBC). Per 1 januari 2022 zijn zowel de reguliere als de forensische zorg overgestapt naar bekostiging van zorg vanuit het Zorgprestatie-model.

### 7.2.1 *Onderbouwing voor veronderstelling*

Zoals benoemd in paragraaf 2.2.3, werden de wettelijke kaders van de Wfz, Wvggz en de Wzd op aanbeveling van de Thematische Wetsevaluatie Gedwongen Zorg (2014) verder geharmoniseerd. Daarnaast werd de interne rechtspositie van forensische patiënten die in het kader van een straf of maatregel (tijdelijk) in een Wvggz- dan wel een Wzd-accommodatie zouden verblijven verder uitgewerkt en geharmoniseerd tussen beide civiele zorgwetten. Desalniettemin werd in de recent verschenen wets-evaluatie van de Wvggz en de Wzd gesteld dat hoofdstuk 9 van de Wvggz, waarin de rechtspositie van personen met een strafrechtelijke titel die in een Wvggz-accommodatie geplaatst worden geregeld wordt, niet goed aansluit bij de rest van de Wvggz. Zo wordt de rechtspositie van personen met een strafrechtelijke titel in hoofdstuk 9 Wvggz algemeen geregeld, terwijl het uitgangspunt van de Wvggz is dat iemands rechtspositie individueel wordt bepaald binnen de zorgmachtiging (Legemaate et al., 2021, p. 364-365). Ook uit een recent onderzoek naar praktijkervaringen met artikel 2.3 Wfz blijkt dat de wettelijke kaders van de Wfz en de Wvggz en Wzd niet altijd goed op elkaar aansluiten (De Kogel et al., 2021). Met name de aansluiting tussen de Wfz en de Wzd via artikel 2.3 Wfz stuit op fundamentele procedurele problemen, wat tot gevolg heeft dat deze koppeling in de eerste anderhalf jaar sinds de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz zeer zelden is toegepast (in totaal veertien keer; De Kogel et al., 2021, p. 54). Hieruit blijkt dat de aansluiting tussen de Wfz en de civiele verplichte zorgwetten in sommige gevallen als gevolg van een gebrekkige aansluiting tussen de wettelijke kaders problematisch verloopt.

De stelselwijziging en de inkoopstrategie van het ministerie van Justitie en Veiligheid hebben ertoe geleid dat dezelfde financieringsstructuur wordt gehanteerd in de forensische en reguliere zorg. Tegelijkertijd leidde de stelselwijziging ertoe dat forensische en reguliere zorg worden bekostigd vanuit verschillende financieringsbronnen (forensische zorg wordt betaald vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid, terwijl reguliere zorg wordt betaald vanuit de zorgverzekeraar, de Wet maatschappelijke ondersteuning, of de Wet langdurige zorg). Steinmann (2019) beschrijft aan de hand van interviews dat de wet- en regelgeving rond de bekostiging van zorg aan patiënten die van stelsel wisselen tot complicaties leidt voor de continuïteit van zorg. Zo beschrijft een bestuurder van een instelling voor forensische zorg (Steinmann, 2019, p. 426): 'Voor de stelselwijziging was dit probleem minder, omdat er maar één

financier was. Na de stelselwijziging zijn de discussies technisch en inhoudelijk ingewikkelder geworden, ook wat financiering betreft. Er hebben zich situaties voorgedaan waarin de behandelaar niet verder kon met de best passende behandeling in de reguliere zorg, omdat de financiering niet te regelen viel. Voor de stelselwijziging liep dat makkelijker in elkaar over'. Waar binnen de Wfz dus is aangesloten bij de reguliere zorg wat betreft de financieringsstructuur van de forensische zorg, zijn als gevolg van de stelselwijziging andere muren opgeworpen door de splitsing van financieringsbronnen.

### 7.2.2 *Indicatoren*

Om te testen in hoeverre de huidige aansluiting tussen de wettelijke en financiële kaders van de forensische en de reguliere zorg faciliterend of belemmerend werkt voor het bevorderen van de continuïteit van zorg, dient er gekeken te worden naar de *Impact* en de *Efficiëntie* van deze mechanismen.

#### **Impact**

Middels vraaggesprekken of focusgroepen met ketenpartners in de forensische zorg kan de impact van de aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg worden onderzocht:

- In hoeverre heeft de afstemming tussen de wettelijke kader van de Wfz, Wvvgz en Wzd invloed op de continuïteit van zorg?
- In hoeverre heeft de afstemming van de betalingsmethodiek in de forensische en reguliere zorg invloed gehad op de continuïteit van zorg?

#### **Efficiëntie**

De efficiëntie van de aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg kan ook door middel van vraaggesprekken of focusgroepen worden onderzocht, waarbij aandacht dient uit te gaan naar de volgende vragen:

- Wat gaat goed en welke knelpunten treden er op in de toepassing van regelgeving van de bijzondere bepalingen ten aanzien van personen met een strafrechtelijke titel in de Wvvgz (hoofdstuk 9) en de Wzd (hoofdstuk 3)?
- In hoeverre treden er knelpunten op bij de toepassing van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bekostiging van de zorg voor patiënten die van bekostigingsgrondslag wisselen?

## 7.3 **Veronderstelling 4.2: Prestatie-indicatoren**

### **Veronderstelling 4.2:**

*Als een inkoopstelsel voor forensische zorg wordt gebruikt, kan de zorginkoop worden gestuurd op basis van scores die zorgaanbieders behalen op prestatie-indicatoren.*

*Door de zorginkoop deels te baseren op de score van een zorgaanbieder op deze prestatie-indicatoren, wordt forensische zorg zoveel mogelijk ingekocht bij zorginstellingen die een goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg bewerkstelligen (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 4).*

Met veronderstelling 4.2 gaat de wetgever ervan uit dat de continuïteit van zorg kan worden bevorderd door bij de zorginkoop rekening te houden met de scores die zorgaanbieders halen op specifieke prestatie-indicatoren. Deze prestatie-indicatoren worden jaarlijks aangeleverd door forensische zorgaanbieders. *Continuïteit van zorg* is

één van de drie prestatie-indicatoren binnen de forensische zorg (evenals *Risicotaxatie* en *Ernst van de problematiek*, zie veronderstelling 3.2) en richt zich op het meten van inspanningen die door de forensische zorgaanbieder zijn gedaan om continuïteit van zorg tijdens of na strafrechtelijk kader te bewerkstelligen. Specifiek wordt gekeken naar de proportie van patiënten waarvoor na afloop van de forensische zorgtitel een vorm van vervolgzorg is geïndiceerd. Er is bewust gekozen om bij deze prestatie-indicator niet de daadwerkelijk gerealiseerde vervolgzorg te meten, omdat de realisatie van vervolgzorg ook afhankelijk is van externe factoren waar een zorgaanbieder minder of geen invloed op heeft (DJI, 2020).

### 7.3.1 *Onderbouwing voor veronderstelling*

Doordat DJI in verband met de Europese Aanbestedingswetgeving gebruikmaakt van een open house model, kan DJI geen capaciteitsafspraken maken met specifieke zorgaanbieders en kan DJI ook niet gericht zorg inkopen bij zorgaanbieders die goed scoren op de prestatie-indicator *Continuïteit van zorg*.

Zoals beschreven in paragraaf 6.3.1 kan DJI met behulp van een malussysteem nog enigszins op continuïteit van zorg sturen op basis van de prestatie-indicator *Continuïteit van zorg*. Wanneer zorgaanbieders niet voldoen aan de minimumnormen van deze prestatie-indicator, of wanneer zij niet tijdig of onjuiste gegevens aanleveren, wordt hen een boete (malus) opgelegd (DJI, 2022b).

### 7.3.2 *Indicatoren*

DJI kan binnen het huidige open house model niet gericht zorg inkopen op basis van scores op prestatie-indicatoren; iedere zorgaanbieder die voldoet aan de minimum kwaliteitseisen kan zich immers inschrijven als een aanbieder voor forensische zorg. Deze veronderstelling wordt binnen het huidige inkoopstelsel niet nagevolgd.

## 7.4 **Veronderstelling 4.3: Tijdige voorbereiding aansluitende zorg**

### ***Veronderstelling 4.3:***

*Voor sommige personen is na afloop van de forensische zorgtitel aansluitende reguliere zorg gewenst. Als een zorgaanbieder voor deze patiënten binnen zes weken voor afloop van forensische zorg voorbereidingen treft, wordt tijdig begonnen met de voorbereidingen voor aansluitende zorg. Daardoor ontstaat er een goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg (Kamerstukken II 2011/12, 32 398, nr. 10, p. 16; Kamerstukken II 2012/13, 32 398, nr. 19, p. 13).*

Om een goede aansluiting tussen de forensische en reguliere zorg te bewerkstelligen na afsluiting van het strafrechtelijk kader, moet tijdig worden begonnen met de voorbereiding van aansluitende reguliere zorg. In artikel 2.5 Wfz wordt bepaald dat een forensisch zorgaanbieder zes weken voor afloop van de justitiële titel van een patiënt voorbereidingen moet treffen voor aansluitende reguliere zorg, indien continuïteit van zorg wenselijk is voor de betrokkene. Deze aansluitende zorg kan idealiter worden bewerkstelligd in de vorm van vrijwillige nazorg. Wanneer de betrokkene niet bereid is tot vrijwillige nazorg, kan de zorgaanbieder zich wenden tot het Openbaar Ministerie, zodat de voorbereidingen kunnen worden gestart voor een zorgmachtiging op grond van de Wvvgz of een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd. De wetgever ging er daarbij van uit dat deze inspanningsverplichting voor de

zorgaanbieder, zes weken voor afloop van de strafrechtelijke titel, een tijdige start van de voorbereiding van aansluitende zorg zou betekenen (*Kamerstukken II 2011/12*, 32 398, nr. 10, p. 16; *Kamerstukken I 2014/15*, 32 398, K, p. 20).

#### 7.4.1 *Onderbouwing voor veronderstelling*

Het is onduidelijk in hoeverre de voorbereidingstijd van zes weken toereikend zou zijn voor de voorbereiding en afgifte van een reguliere zorgmachtiging of rechterlijke machtiging door een civiele rechter. In een recent evaluatieonderzoek van de Wvvgz en de Wzd blijkt dat de voorbereiding en indiening van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging in ongeveer de helft van de gevallen niet lukt binnen de wettelijke termijn van vier weken (Legemaate et al., 2021). Dit kan suggereren dat de voorbereiding en afgifte van een reguliere zorgmachtiging voor een forensische patiënt regelmatig ook langer zou duren dan de voorbereidingstijd van zes weken die wordt bepaald in artikel 2.5 Wfz. Dit is tot nu toe niet nader onderzocht.

Voor een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz duurt de periode tussen de start van de voorbereiding van een verzoekschrift en de beslissing door de rechtbank respectievelijk meer dan tien en meer dan dertien weken (De Kogel et al., 2021, p. 59). Dit suggereert dat de voorbereidingstijd die in artikel 2.5 Wfz is vastgelegd niet toereikend is voor de aanvraag van een machtiging via artikel 2.3 Wfz. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit alle artikel 2.3 Wfz aanvragen betreft, niet enkel de aanvragen aansluitend op forensische zorg. Het is onduidelijk in hoeverre de doorlooptijd voor deze groep korter of langer is dan de gemiddelde doorlooptijd.

Er is geen informatie beschikbaar over de gemiddelde doorlooptijd om vrijwillige zorg te bewerkstelligen in aansluiting op forensische zorg. Uit de Monitor Continuïteit van forensische zorg van de NZa (2018) bleek echter dat de gemiddelde totale wachttijd voor patiënten die uitstroomden uit de forensische zorg en vervolgzorg kregen in de gespecialiseerde GGz in 2015 meer dan twaalf weken bedroeg. In 2021 is de treeknorm voor zowel de basis-GGz als de gespecialiseerde GGz vier weken voor de aanmeldwachttijd en tien weken voor de behandelwachttijd. De maximaal aanvaardbare totale wachttijd bedraagt daarmee veertien weken (Nederlandse Zorgautoriteit, 2021). Dit suggereert dat zelfs wanneer de forensische zorgaanbieder een patiënt zes weken voor afloop van de strafrechtelijke titel aanmeldt voor vervolgzorg in de reguliere GGz, de betrokkene ruim acht weken geen zorg zou ontvangen direct na afloop van de strafrechtelijke titel.

Naast de doorlooptijd van verzoekschriften kunnen wachttijden binnen de reguliere zorg ook een probleem zijn voor een succesvolle aansluiting tussen de forensische en reguliere zorg vanuit artikel 2.5 Wfz. Zo gold in 2019 voor bedden in instellingen voor beschermd wonen een gemiddelde wachttijd van 35 weken. In een recent rapport over praktijkervaringen met artikel 2.3 Wfz gaven ketenpartners herhaaldelijk aan dat er een groot tekort is aan beveiligde bedden in de reguliere zorg, waardoor zorgaanbieders gedwongen zijn om ofwel een negatief advies voor een zorgmachtiging af te geven, ofwel de patiënt op te nemen op een mogelijk onvoldoende beveiligde afdeling (De Kogel et al., 2021).

#### 7.4.2 *Indicatoren*

Om te onderzoeken in hoeverre de tijdige voorbereiding van aansluitende zorg zoals vastgelegd in artikel 2.5 Wfz faciliterend of belemmerend werkt voor het behalen van

de doelen van de Wfz, dient er gekeken te worden naar de *Impact* en *Efficiëntie* van dit beleidsinstrument.

### **Impact**

Middels vraaggesprekken met zorgaanbieders kan worden nagegaan:

- Welke invloed heeft de wettelijke verplichting om zes weken voor afloop van het strafrechtelijk kader te beginnen met de voorbereidingen voor aansluitende reguliere zorg op het daadwerkelijk bewerkstelligen van continuïteit van zorg?

### **Efficiëntie**

Middels vraaggesprekken met zorgaanbieders kan worden nagegaan:

- Wat gaat goed en welke knelpunten treden er op in de voorbereiding van aansluitende reguliere zorg na afloop van het strafrechtelijk kader?

Daarnaast kan uit het registratiesysteem OMZIS worden achterhaald:

- De gemiddelde tijdsverloop tussen registratie van een aanvraag voor een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz bij het OM en een beslissing door een strafrechter voor patiënten na afloop van forensische zorg.
- De gemiddelde tijdsverloop tussen registratie van een aanvraag voor een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging bij het OM en een beslissing door een civiele rechter voor patiënten na afloop van forensische zorg.

Uit registratiesystemen van de NZa ofwel de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zou daarnaast in theorie kunnen worden achterhaald:

- De gemiddelde aanmeldwachtijd en behandelwachtijd binnen de reguliere zorg. Op basis hiervan kan worden bepaald in hoeverre de voorbereidingstermijn van zes weken om aansluitende zorg te bewerkstelligen realistisch is.

## **7.5 Veronderstelling 4.4: Artikel 2.3 Wfz**

### **Veronderstelling 4.4:**

*Als de strafrechter op meerdere momenten in het strafproces, ambtshalve of op vordering van de officier van justitie, een civiele machtiging voor verplichte zorg kan afgeven aan een brede doelgroep, dan wordt de strafrechter beter in staat gesteld om een integrale afweging te maken tussen straf en zorg. In dat geval kunnen betrokkenen die niet (meer) in de forensische zorg thuishoren beter naar de reguliere zorg worden geleid, waardoor er een betere aansluiting tussen het strafrecht en de reguliere zorg wordt bewerkstelligd (Kamerstukken II 2009/10, 32 398, nr. 3, p. 12-14).*

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

- a het gedrag van de betrokkene moet als gevolg van diens aandoening tot ernstig nadeel leiden;
- b er zijn geen minder ingrijpende mogelijkheden om het ernstig nadeel te voorkomen;

- c het verlenen van verplichte zorg is evenredig gelet op het beoogde doel;
- d het is redelijkerwijs te verwachten is dat het verlenen van verplichte zorg effectief is (Wvvggz), ofwel dat de opname en het verblijf geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden (Wzd);
- e specifiek voor de Wzd is nog van belang dat de afgifte van een rechterlijke machtiging enkel mogelijk is indien de betrokkene zich verzet tegen de opname en het verblijf.

Doordat de Wvvggz en de Wzd civiele zorgwetten zijn, spelen strafrechtelijke criteria zoals recidivegevaar wettelijk geen rol in de overweging of een individu in aanmerking komt voor een machtiging voor verplichte zorg. Toch heeft de Hoge Raad bepaald dat wanneer een strafrechter ambtshalve de afgifte van een machtiging via artikel 2.3 Wfz strekkende tot opname in een accommodatie overweegt, deze ook aandacht dient te besteden aan de vraag welke accommodatie geschikt zou zijn voor een betrokkene, gelet op zowel de zorgbehoefte als de eventueel vereiste beveiliging (ECLI:NL:HR:2021:534). Hierin wijkt de toepassing van artikel 2.3 Wfz af van de machtigingen die door een civiele rechter worden afgegeven.

Hoewel de machtiging via artikel 2.3 Wfz door een strafrechter wordt afgegeven, gaat het om een civiele maatregel en dus om reguliere, non-forensische zorg. Waar de strafrechter in geval van forensische zorg een indicatiestelling vaststelt en deze zorg oplegt, is in geval van artikel 2.3 Wfz slechts sprake van de afgifte van een machtiging. In de praktijk betekent dit dat de strafrechter de zorginstelling machtigt om de opgelegde zorg uit te voeren, maar dat de uitvoering van deze machtiging niet kan worden afgedwongen. In de Wvvggz en Wzd zijn termijnen opgenomen waarbinnen de machtiging ten uitvoer zou moeten worden gelegd (twee weken voor de zorg-machtiging, vier weken voor de rechterlijke machtiging, waarbij de machtiging in geval van de Wzd na deze periode komt te vervallen; respectievelijk art. 8:1 Wvvggz en art. 39 lid 7 Wzd).

Om de doorstroom van patiënten vanuit het strafrecht naar de reguliere zorg te faciliteren, specificeert artikel 2.3 Wfz een elftal situaties waarin de strafrechter toepassing kan geven aan het wetsartikel. Hierbij is van belang dat de wetstekst van artikel 2.3 Wfz bepaalt dat de strafrechter enkel toepassing kan geven aan artikel 2.3 Wfz *in het kader van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde*. In de consultatiefase zijn vraagtekens geplaatst bij deze zinsnede, omdat de criteria voor 'strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde' niet duidelijk zouden zijn gedefinieerd en onjuist de indruk zou kunnen ontstaan dat het bij een machtiging vanuit artikel 2.3 Wfz gaat om een strafrechtelijke maatregel (Raad van State, 2016; Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2015). Hoewel niet duidelijk wordt gedefinieerd wat bedoeld wordt met de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde, gaat het hier in ieder geval om 'het voorkomen, opsporen en vervolgen van strafbare feiten' (*Kamerstukken II 2013/14*, 32 399, nr. 10, p. 49). Hiervan kan sprake zijn wanneer de betrokkene tegelijkertijd strafrechtelijk wordt vervolgd (art. 2.3 lid 1 sub 1-4 Wfz) of wanneer de strafrechter na afloop van een lopende strafrechtelijke maatregel om een beslissing tot verlenging wordt gevraagd (sub 6-10). In situaties zonder connexe strafrechtelijke procedure (sub 5 en 11) dient de strafrechter zelf te overwegen of sprake is van de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde. De wetgever bespreekt enkele voorbeelden waarin het OM een machtiging kan vorderen van de strafrechter (*Kamerstukken II 2015/16*, 32 399, nr. 25, p. 224). Zo kan de OvJ een machtiging vorderen bij de strafrechter wanneer hij of zij de strafzaak van een verdachte met een psychische stoornis besluit te seponeren of af te doen met een



strafbeschikking. Een andere situatie waaraan werd gedacht is wanneer bij een forensische patiënt die met diens instemming in een accommodatie verblijft toch dwangbehandeling vereist is. In deze gevallen is er een directe link met het strafrecht en kan de OvJ een machtiging vorderen van de strafrechter middels artikel 2.3 Wfz. In situaties waar deze strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde niet van toepassing is, dient de OvJ zich te wenden tot de civiele rechter.

### 7.5.1 *Onderbouwing voor veronderstelling*

In een recent WODC-rapport zijn de praktijkervaringen van ketenpartners die werken met artikel 2.3 Wfz in kaart gebracht (De Kogel et al., 2021). Uit dit onderzoek blijkt dat artikel 2.3 Wfz in de eerste anderhalf jaar na de inwerkingtreding slechts beperkt is toegepast (in totaal zijn in deze periode 102 zorgmachtigingen en 14 rechterlijke machtigingen via artikel 2.3 Wfz afgegeven). Geïnterviewde ketenpartners gaven aan tegen meerdere uitvoeringsproblemen aan te lopen. Zo lopen de trajecten van een strafzaak en het voorbereidingsproces van een zorgmachtiging via artikel 2.3 Wfz volgens respondenten regelmatig ongelijk in de tijd, waardoor stukken zoals een medische verklaring verouderd kunnen zijn wanneer het strafproces is afgerond en er over de zorgmachtiging beslist kan worden. Daarnaast worden barrières in de informatie-uitwisseling tussen justitie instanties en zorgaanbieders genoemd. Tot slot geven respondenten aan dat algemene GGz-instellingen terughoudend zijn om artikel 2.3 Wfz patiënten te plaatsen, omdat deze instellingen aangeven niet over de benodigde beveiliging en expertise wat betreft risicomanagement te beschikken om op een verantwoorde manier de patiënten met een machtiging via artikel 2.3 Wfz op te nemen.

Meerdere onderzoekers en instanties hebben gewaarschuwd dat met het wegvallen van artikel 37 Sr een kloof ontstaat in de mogelijkheden tot verplichte forensische zorg. Hierdoor zouden patiënten met ernstige psychische problematiek die op grond van hun stornis een duidelijk recidiverisico hebben, die voorheen onder artikel 37 Sr zouden zijn gevallen, binnen het huidige stelsel een te zwaar beveiligingsprofiel hebben voor een civiele machtiging. Doordat een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging voor deze mensen niet doelmatig zou zijn en de verplichte zorgmodaliteit van artikel 37 Sr is weggefallen, bestaat er geen strafrechtelijk of civielrechtelijk alternatief en zouden betrokkenen mogelijk dus eerder een tbs-maatregel opgelegd krijgen. Van der Wolf et al. (2020) concluderen gezien deze worstelingen dat met er de invoering van artikel 2.3 Wfz naast een verrijking, tegelijkertijd een verschraving van de mogelijkheden heeft plaatsgevonden. Om die reden pleitten meerdere onderzoekers en instanties voor ofwel het behoud van artikel 37 Sr, of de ontwikkeling van een forensische variant van de civiele artikel 2.3 Wfz maatregel (e.g. de Nederlandse GGz, NVvP & V&VN, 2021; RvdR, 2009; Van Oploo et al., 2020).

### 7.5.2 *Indicatoren*

Om te testen in hoeverre de implementatie van artikel 2.3 Wfz faciliterend of belemmerend werkt voor het behalen van de doelen van de Wfz, dient er gekeken te worden naar de *Impact*, *Efficiëntie* en *Afstemming* van dit beleidsinstrument.

#### **Impact**

Middels een jurisprudentie onderzoek kan worden onderzocht:

- Hoe vaak wordt een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging krachtens artikel 2.3 Wfz afgegeven? Hoe vaak gebeurt dit in verschillende fasen van het strafproces?

Wanneer gegevens uit de registratiesystemen van het CBS worden gekoppeld aan OMZIS kan worden onderzocht:

- Hoe vaak wordt een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging krachtens artikel 2.3 Wfz, strekkende tot opname in een accommodatie, ten uitvoer gebracht in accommodaties met een verhoogd beveiligingsniveau?

Om te onderzoeken in hoeverre de invoering van artikel 2.3 Wfz en het wegvallen van artikel 37 Sr heeft geleid tot een toename in de afgifte van forensische zorgtitels, kan in het registratiesysteem OMZIS onderzocht worden in hoeverre de frequentie van afgifte van forensische zorgtitels is veranderd sinds de inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz. Hierbij zou met name gekeken moeten worden naar forensische zorg in het kader van een voorwaardelijke veroordeling (art. 14 Sr), de tbs met dwangverpleging (art. 37a Sr) en de tbs met voorwaarden (art. 38a Sr). Hierbij moet worden opgemerkt dat deze cijfers voorzichtig zouden moeten worden geïnterpreteerd, aangezien de frequentie waarmee dergelijke forensische zorgtitels worden opgelegd fluctueert over de tijd (zie paragraaf 2.3.3). De frequentie van afgifte van artikel 2.3 Wfz kan ook vergeleken worden met de frequentie waarmee het oude artikel 37 Sr werd afgegeven, al is dit geen zuivere vergelijking omdat het toepassingsbereik van artikel 2.3 Wfz in theorie breder is.

### **Efficiëntie**

Middels vraagesprekken of focusgroepen met ketenpartners in de zorg kan de efficiëntie van artikel 2.3 Wfz worden onderzocht:

- Wat gaat goed en welke knelpunten treden op in de voorbereiding en uitvoering van een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz? Hierbij kan onder andere gekeken worden naar de ambtshalve toepassing van artikel 2.3 Wfz, de rol van de minister bij verlof of ontslag en de procedurele mogelijkheden van de voorbereidingen van een rechterlijke machtiging via artikel 2.3 Wfz.

### **Afstemming**

Middels vraagesprekken of focusgroepen met ketenpartners in de zorg kan de afstemming van artikel 2.3 Wfz met de civiele verplichte zorgwetten worden onderzocht. Hierbij dient te worden nagegaan:

- Hoe ziet de doelgroep van artikel 2.3 Wfz er uit?
- In hoeverre is de regelgeving binnen de Wvvgz en de Wzd afgestemd op de doelgroep van artikel 2.3 Wfz?

## **7.6 Indicatoren voor het doel Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg**

Het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* kan worden geëvalueerd aan de hand van de relevantie en de effectiviteit van het ingezette beleid.

### **Relevantie**

Middels vraagesprekken met ketenpartners binnen de forensische zorg kan worden nagegaan:

- In hoeverre is het waarborgen van continuïteit van zorg relevant voor het oplossen van de problemen die spelen in de forensische zorg?

### **Effectiviteit**

Zoals wordt vastgesteld door de Algemene Rekenkamer (2022), is op dit moment niet goed vast te stellen in welke mate continuïteit van zorg na strafrechtelijk kader wordt bewerkstelligd voor forensische patiënten. Bestaande wet- en regelgeving verhinderen dat de gegevens over forensische zorgtrajecten (in beheer van het Ministerie van Justitie en Veiligheid) en reguliere zorgtrajecten (in beheer van de NZa) gecombineerd kunnen worden. Om de doelbereiking van de Wfz op het doel Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg te evalueren is het van groot belang dat de limitatieve opsomming van instanties waarmee de NZa informatie mag delen, vastgelegd in artikel 70 van de Wmg, wordt aangepast zodat deze informatie ook met het ministerie van Justitie en Veiligheid kan worden gedeeld.

In afwachting van deze wijziging in wet- en regelgeving kan de effectiviteit van de Wfz op de continuïteit van zorg toch in begrensde mate worden geëvalueerd. Zo kan op basis van scores op de prestatie-indicator *Continuïteit van zorg* worden vastgesteld in hoeverre er een inspanning is geleverd om vervolgzorg te bewerkstelligen (de indicator houdt niet bij of deze vervolgzorg ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt):

- Voor patiënten die uitstromen uit forensische klinische of ambulante zorg, dan wel uit beschermd wonen of ambulante begeleiding wordt bijgehouden bij welk percentage van deze patiënten vervolgzorg is geïndiceerd.
- Voor patiënten die uitstromen uit PPC's wordt bijgehouden welk percentage van patiënten bij wie de forensische zorgtitel is geëindigd vervolgzorg nodig heeft. Vervolgens wordt bijgehouden voor wie op de datum van afloop van de forensische titel het juiste verwijstype is geregeld en voor wie een zorgmachtiging of crisismachtiging is afgegeven.

## 8 Discussie en conclusie

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden enkele kanttekeningen bij de planevaluatie besproken (paragraaf 8.2). Vervolgens komt de beantwoording van de onderzoeksvragen aan bod (paragraaf 8.3), gevolgd door een discussie van enkele kernthema's uit het onderzoek (paragraaf 8.4). Daarna bespreken we hoe de hierop volgende proces- en doelbereiksevaluatie gericht vormgegeven kunnen worden op basis van de resultaten uit de planevaluatie (paragraaf 8.5). Tot slot volgt een conclusie van het onderzoek (paragraaf 8.6).

### 8.2 Kanttekeningen

Deze planevaluatie kent enkele beperkingen. Een kanttekening bij de reconstructie van de beleidstheorie is dat de veronderstelde mechanismen die in hoofdstukken vier tot en met zeven besproken worden, niet expliciet op deze wijze zijn verwoord door de wetgever. De veronderstellingen zijn afgeleid uit Kamerstukken die betrekking hebben op de Wfz – in de tekst wordt telkens een verwijzing gegeven naar secties uit de memorie van toelichting of andere Kamerstukken waarin deze veronderstellingen besproken worden. Het gaat hierbij veelal om impliciete beschrijvingen van veronderstelde werkzame mechanismen om de doelen van de Wfz te behalen. Dientengevolge bevat de reconstructie van de beleidstheorie zekere vrijheidsgraden wanneer het gaat om de reconstructie en de precieze bewoording van de veronderstellingen die in de beleidstheorie gedaan worden. Om deze vrijheidsgraden zo veel mogelijk te reduceren is bij het destilleren en reconstrueren van de beleidstheorie systematisch te werk gegaan (zoals beschreven in paragraaf 1.4.2) en is op meerdere momenten verificatie gevraagd bij beleidsfunctionarissen en ketenpartners die betrokken zijn (geweest) bij de totstandkoming of uitvoering van de Wfz.

Een kanttekening bij de evaluatie van de veronderstelde mechanismen is dat de onderliggende processen duidelijk aan verandering onderhevig zijn. Een voorbeeld hiervan is de manier waarop vorm wordt gegeven aan het inkoopstelsel van forensische zorg; waar DJI op het moment van schrijven gebruikmaakt van een open house model om zorgaanbieders te contracteren, zijn inmiddels verschillende mogelijkheden uitgewerkt om de inkoop van forensische zorg op een andere manier gestalte te geven (*Kamerstukken II 2020/21, 33 628, nr. 82*) en heeft DJI al concrete stappen ondernomen om per 1 januari 2024 de inkoop van forensische zorg anders te organiseren (Meijer et al., 2021). Omdat het in dit stadium nog onduidelijk is hoe dit alternatieve inkoopmodel specifiek vorm zal krijgen, zijn wij genoodzaakt ons in deze planevaluatie te beperken tot een beschrijving en evaluatie van de manier waarop het huidige inkoopmodel zich verhoudt tot de doelen en veronderstellingen van de Wfz.

Tot slot dient nog de kanttekening te worden gemaakt dat in de schriftelijke bronnen die zijn geraadpleegd voor deze planevaluatie een tendens bestaat om voornamelijk te focussen op (onderdelen van) beleidsprocessen die niet optimaal verlopen. Deze tendens is inherent aan kritische analyses en rapporten waarin uitdagingen en kansen worden blootgelegd die verbetering behoeven. Hierdoor kan een negatief gekleurd beeld ontstaan, waarbij processen die wel goed lopen wellicht onderbelicht blijven. Bij

processen die minder aandacht hebben gekregen in voorgaande rapporten is het helaas onduidelijk in hoeverre deze wel of niet goed lopen. Voor dit rapport hebben wij geprobeerd zo veel mogelijk deze systematische bias in de verslaglegging te onder- vangen door de veronderstelde werkzame mechanismen systematisch in kaart te brengen, waardoor ook processen die minder aandacht hebben gekregen in publicaties in de evaluatie worden betrokken. Daarnaast hebben wij niet alleen schriftelijke bron- nen geraadpleegd, maar zijn wij ook in gesprek gegaan met beleidsfunctionarissen en ketenpartners binnen de forensische zorg.

### **8.3 Beantwoording onderzoeksvragen**

#### *8.3.1 Binnen welke maatschappelijke en historische context is de Wfz te kaderen?*

De Wfz kent een lange parlementaire geschiedenis: vanaf de indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer zou het nog negen jaar duren alvorens de Wfz in werking trad. In deze tijdspanne kwam de bekostiging van de forensische zorg reeds vanuit het budget van het ministerie van Justitie en Veiligheid en werden veel van de processen uit de Wfz omtrent indicatiestelling, plaatsing en inkoop al in de praktijk gebracht op basis van het Ibfz.

Gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz heeft het wetsvoorstel nog meerdere veranderingen ondergaan, hoofdzakelijk met betrekking tot de aansluiting met de civiele zorgwetten Wvvgz en Wzd. Met name in reactie op de casus Bart van U. en de daaropvolgende onderzoekscommissie Hoekstra werden wezenlijke verande- ringen doorgevoerd aan de procedure omtrent artikel 2.3 Wfz, waardoor de officier van justitie een nadrukkelijker rol kreeg in de procedures en de civiele machtigingen die door de strafrechter zouden worden afgegeven een meer strafrechtelijk karakter kregen.

Tegelijkertijd lijken de maatschappelijke en politieke stellingname ten opzichte van de forensische zorg zich over de tijd te verschuiven. In lijn met de golfbewegingen in de tbs (Van der Wolf et al., 2020), zijn er gedurende de parlementaire geschiedenis meerdere initiatieven geïntroduceerd waarbij meer werd ingezet op beveiliging. In sommige gevallen gebeurde dit ten koste van de behandeling en rechtspositie van de forensische patiënt. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de verscherping van de toekenning van vrijheden in reactie op de casus Michael P. Deze verschuivingen in de politieke opinie lijken te resulteren in een sterkere nadruk op de beveiligings- component van de forensische zorg en minder op het belang van de behandeling en rechtspositie.

#### *8.3.2 Hoe ziet de beleidstheorie van de Wfz eruit?*

De vier doelen van de Wfz zijn de Patiënt op de juiste plek, Voldoende forensische zorgcapaciteit, Kwalitatief goede forensische zorg en Goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg. Voor ieder doel bevat de Wfz een aantal veronderstelde werkzame mechanismen van waaruit deze doelen zouden moeten worden bevorderd. In tabel 8.1 is een overzicht weergegeven met een beschrijving van alle veronderstelde mechanismen per doel van de Wfz.

Deze vier doelen staan in dienst van het algemene doel van forensische zorg dat beschreven staat in artikel 2.1 Wfz: ‘(...) het herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de samenleving’. Een algemeen uitgangspunt dat hierbij in acht moet worden genomen is de balans tussen de pijlers van de forensische zorg, *Beveiliging*, *Behandeling* en *Rechtspositie*. Binnen de Wfz wordt ingezet op het versterken van de beveiliging van de samenleving en het verbeteren van de behandeling binnen de forensische zorg, waarbij dit niet ten koste mag gaan van de rechtspositie van de forensische patiënt (zie paragraaf 3.3).

**Tabel 8.1** Overzicht veronderstelde mechanismen van de Wfz en evaluatie van de onderbouwing

Nr.	Beschrijving verondersteld mechanisme	Evaluatie <sup>a</sup>
<b>Patiënt op de juiste plek</b>		
1.1	Door de implementatie van geprotocolleerde indicatiestellingen kunnen potentiële zorg- en beveiligingsbehoeften van justitiabelen structureel in een vroeg stadium worden vastgesteld. Hierdoor worden forensische patiënten tijdig naar de juiste plek geleid. Door de zorg- en beveiligingsbehoefte zoals die beschreven staan in de indicatiestelling als uitgangspunt te nemen voor plaatsing, wordt vraaggericht en niet capaciteitsgericht geplaatst.	<b>Wisselende onderbouwing:</b> Systematiek van indicatiestelling en plaatsing leidt tot een geprotocolleerd en vraag-gestuurd proces. Als gevolg van capaciteitsgebrek kan in de praktijk een iteratief proces ontstaan, waardoor de indicatiestelling en plaatsing toch capaciteits-gestuurd wordt.
1.2	Als de (mogelijkheden tot) informatie-uitwisseling tussen instanties wordt verbeterd, wordt de zoektocht naar de meest geschikte zorgplek vereenvoudigd. Hoe beter de informatie-uitwisseling wordt geregeld, hoe beter de patiënt naar de juiste plek kan worden geleid.	<b>Goede onderbouwing:</b> In de Wfz zijn meerdere regelingen geïntroduceerd om de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders, OM en reclassering te verbeteren. Daarnaast zijn belangrijke stappen gezet in het stroomlijnen van informatie-uitwisseling tussen instanties met behulp van Ifzo.
<b>Voldoende forensische zorgcapaciteit</b>		
2.1	Als gebruik wordt gemaakt van een inkoopstelsel voor forensische zorg, kan de inkoop van forensische zorg worden aangepast aan de hand van de zorgvraag van afgelopen jaren. Door de zorginkoop aan te passen aan de hand van de voorgaande zorgvraag, kan voldoende forensische zorgcapaciteit worden gecreëerd.	<b>Onvoldoende onderbouwing:</b> Binnen het open house model worden geen capaciteitsafspraken gemaakt met zorgaanbieders, waardoor de zorginkoop niet meer dynamisch kan worden aangepast aan de hand van de voorgaande zorgvraag.
2.2	Als gebruik wordt gemaakt van een inkoopstelsel voor forensische zorg en deze inkoop vraag-gestuurd is, komt een gedifferentieerd zorgaanbod tot stand, waarbij meer ruimte ontstaat voor zorgaanbieders om zich verder te specialiseren. Doordat zorg kan worden ingekocht bij meer verschillende	<b>Onvoldoende onderbouwing:</b> Er is onvoldoende evidentie dat het huidige inkoopstelsel differentiatie en specialisatie van zorg in de hand werkt of tegenwerkt. Binnen het open house model geldt een lage drempel voor inschrijving als forensische zorgaanbieder, maar er is geen directe

Nr.	Beschrijving verondersteld mechanisme	Evaluatie <sup>a</sup>
	zorgaanbieders, ontstaat er voldoende forensische zorgcapaciteit.	evidentie dat dit leidt tot een gedifferentieerd zorgaanbod.
2.3	Doordat de plaatsing van forensische patiënten contractueel kan worden afgedwongen wanneer die valt binnen de inkoopafspraken met een zorgaanbieder, kan een tijdige start van de behandeling op een passende zorglocatie worden bewerkstelligd.	<b>Onvoldoende onderbouwing:</b> Bestuurlijke boete wordt niet toegepast door DJI.
<b>Kwalitatief goede forensische zorg</b>		
3.1	Als forensische zorg enkel wordt ingekocht bij zorginstellingen die voldoen aan specifieke kwaliteitseisen, kan via de zorginkoop sturing worden gegeven aan de kwaliteit van de forensische zorg. Dit leidt tot kwalitatief goede forensische zorg.	<b>Wisselende onderbouwing:</b> Met behulp van kwaliteitseisen kan gestuurd worden op kwalitatief goede forensische zorg. Huidige kwaliteitseisen bieden echter onvoldoende adequate representatie van kwalitatief goede forensische zorg.
3.2	Door de zorginkoop deels te baseren op de score van een zorgaanbieder op deze prestatie-indicatoren, wordt forensische zorg zoveel mogelijk ingekocht bij zorginstellingen die een kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving leveren.	<b>Onvoldoende onderbouwing:</b> Binnen het open house model kan zorginkoop niet worden aangepast op basis van scores op prestatie-indicatoren.
<b>Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg</b>		
4.1	Door de wettelijke en financiële kaders van de forensische en reguliere zorg beter op elkaar aan te laten sluiten, worden de randvoorwaarden geschapen voor een betere aansluiting tussen beide stelsels.	<b>Wisselende onderbouwing:</b> Harmonisatie van rechtspositie en kernbegrippen in Wvvgz en Wzd voor patiënten vanuit Wfz, maar procedurele problemen staan toepassing in de weg. Financiële kaders sluiten beter aan, maar door onderscheid in financieringsbronnen nog steeds problemen in aansluiting.
4.2	Door de zorginkoop deels te baseren op de score van een zorgaanbieder op deze prestatie-indicatoren, wordt forensische zorg zoveel mogelijk ingekocht bij zorginstellingen die een goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg bewerkstelligen.	<b>Wisselende onderbouwing:</b> Binnen open house model kan zorginkoop niet worden aangepast op basis van scores op prestatie-indicatoren. Door een malussysteem te hanteren kan toch enigszins gestuurd worden op continuïteit van zorg met behulp van financiële prikkels.
4.3	Voor sommige personen is na afloop van de forensische zorg titel aansluitende reguliere zorg gewenst. Als een zorgaanbieder voor deze patiënten binnen zes weken voor afloop van forensische zorg voorbereidingen treft, wordt tijdig begonnen met de voorbereidingen voor aansluitende zorg. Daardoor ontstaat er een goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere zorg.	<b>Onvoldoende onderbouwing:</b> Onduidelijk in hoeverre zes weken voorbereidingstijd toereikend is om aansluitende reguliere zorg te bewerkstelligen.

Nr.	Beschrijving verondersteld mechanisme	Evaluatie <sup>a</sup>
4.4	Als de strafrechter op meerdere momenten in het strafproces een civiele machtiging voor verplichte zorg kan afgeven aan een brede doelgroep, dan wordt de strafrechter beter in staat gesteld om een integrale afweging te maken tussen straf en zorg. In dat geval kunnen betrokkenen die niet (meer) in de forensische sector thuishoren beter naar de reguliere zorg worden geleid, waardoor er een betere aansluiting tussen het strafrecht en de reguliere zorg wordt bewerkstelligd.	<b>Wisselende onderbouwing:</b> Artikel 2.3 Wfz wordt toegepast, maar deze toepassing wordt beperkt door uitvoeringsproblemen waaronder barrières in de informatie-uitwisseling en het onvoldoende voorhanden zijn van forensische expertise en benodigde beveiliging voor artikel 2.3 Wfz patiënten in reguliere zorginstellingen.

- a De classificatie 'goede/wisselende/onvoldoende onderbouwing' biedt een algemene beoordeling van de onderbouwing van ieder verondersteld werkzaam mechanisme en is bedoeld om lezers in staat te stellen een algemene indruk te krijgen van de onderbouwing voor de verschillende veronderstellingen. Een meer afgewogen beschrijving staat in de bijbehorende tekst en vooral in de hoofdttekst in de hoofdstukken 4 tot en met 7.

### 8.3.3 *Wat kan er gezegd worden over de wetenschappelijke onderbouwing van de beleidstheorie en de afstemming van de beleidstheorie met andere wetgeving en randvoorwaarden?*

De wetgever heeft een aantal veronderstellingen gedaan over welke werkzame mechanismen zouden moeten leiden tot het bereiken van de doelen van de Wfz. In de hoofdstukken 4 tot en met 7 zijn de theoretische en empirische onderbouwing, de afstemming met andere wetgeving en de beschikbaarheid van relevante randvoorwaarden voor deze veronderstelde werkzame mechanismen kritisch onder de loep zijn genomen. In tabel 8.1 is een korte evaluatie toegevoegd van de waarschijnlijkheid of deze veronderstelling zal worden behaald. Deze evaluaties zijn gebaseerd op de onderbouwing voor de veronderstellingen, zoals besproken in de inhoudelijke hoofdstukken 4 tot en met 7.

Het overkoepelende doel van forensische zorg, zoals in artikel 2.1 Wfz staat vermeld, is de vermindering van het risico op recidive en het herstel van de forensische patiënt. Het uitgangspunt dat forensische zorg leidt tot een vermindering van het risico op recidive is uitvoerig onderzocht en onderschreven. In tegenstelling tot strengere bestraffing en supervisie, welke nauwelijks effect hebben op recidivecijfers (Akers & Sellers, 2004; Cullen et al., 2002), leiden rehabilitatie programma's en behandelprogramma's tot een duidelijke vermindering in recidive (Lipsey & Cullen, 2007). Tegelijkertijd bestaat er een aanzienlijke variabiliteit in de effectiviteit van behandelprogramma's. Deze variabiliteit onderschrijft het belang van de doelen van de Wfz, met name wanneer het gaat om het bewerkstelligen van *Kwalitatief goede forensische zorg* en de *Patiënt op de juiste plek*. De nadruk op het *herstel* van de patiënt in plaats van de *zorg* in artikel 2.1 Wfz is verwonderlijk en roept de vraag op of zorg die niet leidt tot herstel van patiënten wel voldoet aan de doelstellingen van de Wfz. Deze vraag is met name van belang voor een deel van de forensische patiënten voor wie herstel geen realistisch streven is en waar de zorg zich met name richt op ondersteuning en toezicht (zie paragraaf 3.3.2).

Om het doel *Patiënt op de juiste plek* te bereiken heeft de wetgever een uniform en geprotocolleerd proces opgezet, waarbij de inkoop, indicatiestelling en plaatsing van



forensische patiënten onafhankelijk van elkaar wordt uitgevoerd. Het proces van indicatiestelling en plaatsing heeft geleid tot een geprotocolleerd proces waarbij de zorg- en beveiligingsvraag in kaart wordt gebracht en op basis waarvan de plaatsing op vraag-gestuurde en niet capaciteit-gestuurde basis tot stand kan komen. Door binnen de Wfz de mogelijkheden tot informatie-uitwisseling tussen ketenpartners verder uit te breiden, kan de toeleiding van patiënten naar de juiste plek beter gerealiseerd worden. Uit eerdere rapporten wordt duidelijk dat capaciteitstekorten in de forensische zorg deze vraag-gestuurde plaatsing kunnen tegenwerken (Broere et al., 2017; Roorda & Buysse, 2016), al worden deze constatering niet ondersteund met concrete cijfers over hoe frequent dit knelpunt voorkomt en in hoeverre dit met tijdelijke overbruggingszorg kan worden ondervangen. In de procesevaluatie van de Wfz is het van belang dat verder onderzocht wordt in hoeverre de regelingen binnen de Wfz ertoe leiden dat patiënten op de juiste plek terecht komen (zie paragraaf 8.5).

De wetgever heeft meerdere veronderstellingen gedaan over de manier waarop de inkoop van forensische zorg door het ministerie van Justitie en Veiligheid zou leiden tot het behalen van de doelen *Voldoende forensische zorgcapaciteit* en *Kwalitatief goede forensische zorg*. Zoals besproken in paragrafen 5.1.1 en 5.1.2, hanteert DJI na veranderingen in de aanbestedingswetgeving sinds 2020 een open house model bij de inkoop van forensische zorg. Als gevolg van dit open house model kan DJI slechts in geringe mate sturing geven aan de capaciteit, kwaliteit en prijs van forensische zorg. De veronderstellingen die de wetgever formuleerde aan het begin van het wetgevingstraject zijn daardoor binnen het huidige inkoopstelsel niet aannemelijk. Doordat deze veronderstellingen niet vervuld worden, is het onrealistisch dat de inkoopstructuur binnen de Wfz op dit moment bijdraagt aan het behalen van deze twee doelen. Inmiddels heeft DJI stappen gezet om vanaf 1 januari 2024 een ander inkoopmodel te hanteren, op basis van een rapport van Meijer en collega's (2021). Naar verwachting kan dit ertoe leiden dat DJI beter zal kunnen sturen op prijs, kwaliteit en capaciteit van forensische zorg (zie ook paragrafen 8.4.2 en 8.4.3).

Uit de Kamerstukken zijn vier verschillende veronderstelde werkzame mechanismen op te maken van waaruit de Wfz het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* zou moeten bevorderen. Voor deze veronderstellingen geldt veelal dat er wisselende onderbouwing bestaat dat de onderliggende mechanismen een positieve bijdrage kunnen leveren aan de continuïteit van zorg. De aansluiting van onder andere de financiële kaders van de forensische zorg en de reguliere zorg is een positieve ontwikkeling, maar rechtspositionele verschillen tussen forensische en reguliere patiënten in de civiele zorgwetten kunnen continuïteit van zorg in de weg staan (veronderstelling 4.1). In het geval van het inspanningsvereiste, dat is vastgelegd in artikel 2.5 Wfz (veronderstelling 4.3), moet vastgesteld worden dat deze bepaling enkel kan bijdragen tot de zorgcontinuïteit wanneer binnen zes weken ook daadwerkelijk vervolgzorg opgestart kan worden. Zoals beschreven in paragraaf 7.4.1 is hierover niet voldoende informatie beschikbaar, maar de informatie die er is suggereert dat de wachtlijsten in ieder geval in sommige gevallen de termijn van zes weken overstijgen. In het geval van artikel 2.3 Wfz (veronderstelling 4.4) blijkt uit recente rapporten dat het schakelartikel wordt gebruikt, maar nog niet erg frequent. Gedeeltelijk kan dit verklaard worden door ontbrekende randvoorwaarden zoals de capaciteit van beveiligde bedden en de financiering daarvan, maar ook door onduidelijkheden in de wetgeving en uitvoering evenals weeffouten in de artikel 2.3 Wfz-procedure in relatie tot de Wzd (De Kogel et al., 2021; Legemaate et al., 2021).

#### 8.3.4 Welke concrete indicatoren uit de planevaluatie kunnen in de proces- en doelbereikingsevaluatie worden ingezet?

De planevaluatie heeft meerdere concrete indicatoren opgeleverd voor toekomstige proces- en doelbereikingsevaluaties. Voor ieder doel en ieder verondersteld mechanisme van de Wfz zijn concrete inhoudelijke evaluatie-criteria geformuleerd, tenzij op basis van de onderbouwing van de veronderstellingen al duidelijk was dat deze niet realistisch waren. De indicatoren zijn gebaseerd op de algemene evaluatiecriteria *Relevantie*, *Effectiviteit*, *Impact*, *Efficiëntie* en *Afstemming* die zijn aangedragen door Hildén en collega's (2002; zie paragraaf 1.4.4).

Een eerste evaluatiecriterium voor de doelen van de Wfz is *Relevantie*. Hierbij wordt gekeken naar de mate waarin de gestelde doelen relevant zijn voor het oplossen van de problemen die spelen in de forensische zorg. Hierbij valt in de planevaluatie op dat de doelen die de wetgever zich gesteld heeft in veel gevallen direct aansluiten bij de problemen die door de wetgever geconstateerd worden. Zo sluit het doel van de Wfz om de aansluiting tussen de forensische en reguliere zorg te bevorderen naadloos aan bij het geconstateerde probleem dat de continuïteit van zorg vanuit strafrechtelijk kader naar de reguliere zorg moeizaam verloopt. Door het algemene karakter van de gestelde doelen is het maar zeer de vraag of het zinvol zou zijn om de *Relevantie* van deze doelen verder te onderzoeken in de doelbereikingsevaluatie – gesteld kan worden dat de beoogde doelen zeer relevant waren en blijven voor de sector forensische zorg.

Binnen het evaluatiecriterium *Effectiviteit* onderzoekt men in hoeverre veranderingen in de mate waarin het geconstateerde probleem zich voordoet direct te herleiden zijn tot het beleid. Het gaat hier om een causaliteitsvraag – in hoeverre is de aanpak, in dit geval de Wfz, van invloed geweest op gedragsveranderingen in de doelgroep (o.a. recidivevermindering) dan wel op veranderingen in processen (o.a. zorgtoeleiding naar de juiste plek). Bij de evaluatie van de effectiviteit van het beleid zijn de constatering van de Algemene Rekenkamer (2022) van groot belang – inzicht in tijdigheid en passendheid van zorg, kwaliteit van zorg en de continuïteit van zorg ontbreekt in veel gevallen doordat registratiesystemen niet op deze vraagstellingen zijn aangepast en gegevens uit verschillende registratiesystemen beperkt kunnen worden gecombineerd. In reactie op dit rapport van de Algemene Rekenkamer heeft de minister toegezegd in te zetten op beter inzicht in de tijdigheid en passendheid van zorg door het registratiesysteem Ifzo te ontwikkelen tot een patiëntvolgsysteem. Daarnaast heeft de minister toegezegd de mogelijkheden te verkennen om informatie over de aansluiting op de reguliere zorg binnen de justitiële keten beschikbaar te maken. Voor de evaluatie van de doelbereiking van de Wfz is dit van groot belang.

Met het evaluatiecriterium *Impact* wordt onderzocht in hoeverre de resultaten zijn behaald als gevolg van de implementatie van de veronderstelde werkzame mechanismen. De evaluatie van de impact van veronderstelde werkzame mechanismen, evenals de effectiviteit van de doelen, vereist in veel gevallen het gebruik van registratiesystemen van het OM, DJI en de NZa. Evenals in het geval van het evaluatiecriterium *Effectiviteit* wordt de mogelijkheid om aan de hand van deze indicatoren een evaluatie uit te voeren sterk bepaald door de wettelijke mogelijkheden daartoe, de beschikbaarheid van de gegevens en de kwaliteit van de registratie. In geval van de indicatiestelling en plaatsing (veronderstelling 1.1) is reeds bekend dat de gegevens die benodigd zijn om de impact van deze veronderstelling te onderzoeken niet structureel worden bijgehouden, waardoor een prospectieve of retrospectieve studie dient te worden opgezet (zie paragraaf 8.5).

Met het evaluatiecriterium *Efficiëntie* kan onderzocht worden wat er goed gaat en welke knelpunten er optreden in de uitvoering van het beleid. De *Efficiëntie* van veronderstelde werkzame mechanismen van de Wfz zou voornamelijk op basis van vraaggesprekken of focusgroepen met ketenpartners kunnen worden onderzocht.

Voor enkele veronderstelde werkzame mechanismen is het zinvol om ook de *Afstemming* met bestaand beleid te onderzoeken. Hierbij wordt gekeken in hoeverre het beleid is afgestemd met bestaand of gelijktijdig ingevoerd beleid. Dit evaluatiecriterium speelt een centrale rol voor veronderstelling 4.1, waar de afstemming tussen de wettelijke kaders van de Wfz, de Wvvgg en de Wzd centraal staat. Daarnaast is *Afstemming* ook van belang voor veronderstelling 4.4, waar artikel 2.3 Wfz als schakelartikel naar de Wvvgg en de Wzd fungeert. Tot slot speelt afstemming een belangrijke rol bij de zorginkoop, waar de veronderstelde werkzame mechanismen in overeenstemming dienen te worden gebracht met de aanbestedingsrichtlijnen die gedurende de parlementaire geschiedenis van de Wfz zijn aangescherpt.

## 8.4 Overwegingen bij centrale knelpunten in de Wet forensische zorg

In de planevaluatie zijn enkele centrale thema's naar voren gekomen als knelpunten van de uiteindelijke doelbereiking van de Wfz. In deze paragraaf zullen we verder ingaan op hoe deze thema's zich verhouden tot de organisatie van het huidige stelsel van forensische zorg.

### 8.4.1 Een probleem van capaciteit of doorstroom?

Eén van de doelen van de Wfz is het bieden van voldoende forensische zorgcapaciteit (zie hoofdstuk 5). Dit doel is met name belangrijk omdat het bestaan van voldoende beschikbare zorgcapaciteit een cruciale voorwaarde betreft voor het behalen van de andere doelen van de Wfz – patiënten kunnen immers enkel naar de juiste plek worden geleid wanneer die plek ook voor forensische zorg is ingekocht en DJI kan zich enkel veroorloven om strenge kwaliteitsafspraken te maken wanneer er voldoende capaciteit beschikbaar is waarbinnen geselecteerd kan worden. Voor de continuïteit van zorg speelt deze capaciteit ook een belangrijke rol, omdat patiënten die na afloop van de forensische zorg alsnog geplaatst dienen te worden op een beveiligd bed aanspraak maken op dezelfde beperkte capaciteit als wanneer zij zich nog in de forensische zorg zouden bevinden.

De capaciteitstekorten in de forensische zorg moeten worden gezien binnen een bredere maatschappelijke achtergrond van personeelstekorten en capaciteitsproblemen in de zorg (*Kamerstukken II 2020/21*, 31 765, nr. 548, blg-973643) en daarmee gepaard gaande toenamen in de belasting van zorgpersoneel (Wijga et al., 2018). Voor de forensische zorg werd een afbouw van de bedden capaciteit geïntroduceerd als onderdeel van Rijksbrede bezuinigingen die ook het ministerie van Justitie en Veiligheid betroffen. Als gevolg van die benodigde bezuinigingen en constaterend dat er een scherpe daling in de capaciteitsbehoefte binnen FPC's te zien was in de periode tussen 2008 en 2012, werd het convenant Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg afgesloten tussen DForZo/JJI, de Nederlandse GGz en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Hoofthema's van deze overeenkomst waren onder andere dat er meer ingezet zou worden op ambulante en laag-beveiligde klinische zorg ten koste van hoog-beveiligde klinische zorg en dat als uitgangspunt gehanteerd zou moeten worden dat de zorg en beveiliging zo laag als mogelijk zouden

moeten zijn, maar ook zo hoog als nodig. Dit convenant werd verder uitgewerkt in het Masterplan DJI, waarin werd besloten tot capaciteitsafbouw in de forensische zorg, met name binnen FPC's en extramuraal ingekochte forensische zorg plaatsen voor behandeling van gedetineerden (Daniëls, 2013). In het Masterplan was opgenomen dat drie FPC's zouden worden opgeheven (uiteindelijk zou een van deze centra, FPC Veldzicht, na veel protest toch niet sluiten). Het sluiten van deze tbs-klinieken ging gepaard met deskundigheidsverlies door vertrekkend personeel (Knoester & Boksem, 2020) en representeert een capaciteitsvermindering die niet op een flexibele wijze weer te herstellen is in perioden waarin het aantal tbs opleggingen weer oploopt. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 loopt het aantal jaarlijkse tbs-opleggingen vanaf 2017 weer op, waardoor inmiddels FPC's te maken hebben met wachtlijsten en de passantenproblematiek weer oploopt.

In het Masterplan werd geraamd dat de totale capaciteit voor de tbs in de periode tussen 2013 en 2018 met ruim 500 bedden zou kunnen worden afgebouwd en dat patiënten eerder zouden doorstromen naar overige vormen van forensische zorg. Om die reden werd geraamd dat de totale capaciteit van de overige forensische zorg met ongeveer 100 plekken zou stijgen tussen 2013 en 2018. Wanneer we deze verwachting afzetten tegen de daadwerkelijk gerealiseerde jaarlijkse capaciteit zien we dat de capaciteit van de FPC's weliswaar afnam, maar de capaciteit van de overige klinische forensische ggz niet met 100 bedden, maar met ruim 1100 bedden zou toenemen tot 2018 (Begrotingsverslagen Justitie en Veiligheid 2013-2018; voor een overzicht zie tabel 8.2). Deze toename is terug te leiden naar een aanzienlijke stijging in het aantal gerealiseerde plaatsen voor beschermd wonen (dit aantal is nagenoeg verviervoudigd in de periode tussen 2013 (434 gerealiseerde plaatsen) en 2018 (1.661 gerealiseerde plaatsen) en is in de periode daarna nogmaals fors gestegen tot 2055 plaatsen in 2020 (DJI, 2015, 2019, 2021).

Uit een rapport door AEF (2018) blijken de belangrijkste drijfveren achter de capaciteitstoename in instellingen voor forensisch beschermd wonen te zijn dat er naast een toename in het aantal cliënten ook een toename is in de duur van de ondersteuning. Waar dit eerste effect gezien kan worden als een gewenste verschuiving naar minder beveiligde zorg, zoals die ook was voorzien in het Masterplan DJI, wijst de tweede tendens erop dat de doorstroom naar regulier beschermd wonen of zelfstandig wonen stopt, waardoor cliënten langer in forensisch beschermd wonen verblijven. Zorgaanbieders geven aan dat cliënten soms langer dan noodzakelijk in forensisch begeleide woonvormen verblijven omdat het ontbreekt aan doorstroomopties – hierbij spelen onder andere een gebrek aan de benodigde expertise en stigma een rol (AEF, 2018). Van der Wolf et al. (2020) constateren dan ook dat het lijkt alsof Justitie zich steeds verder in het nazorgtraject moet inkopen om doorstroom mogelijk te maken. De explosieve groei in ingekochte bedden voor forensisch beschermd wonen roept de vraag op of het bieden van voldoende forensische zorgcapaciteit op de lange termijn een realistisch doel zal zijn wanneer de continuïteit van zorg na strafrechtelijk kader niet substantieel wordt bevorderd.

**Tabel 8.2** Overzicht van jaarlijkse capaciteit en kosten van forensische zorg

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>FPC's</b>														
Capaciteit (Rijksinstellingen) <sup>a</sup>	411	427	427	427	392	373	366	296	206	200	172	169	182	182
Capaciteit (particulier) <sup>a</sup>	1.271	1.383	1.456	1.379	1.376	1.286	1.416	1.334	1.285	1.196	1.138	1.160	1.170	1.151
Omzet (x € 1 mln.)	322,8	363,6	377,6	360,6	364,1	335,0	330,4	299,6	276,5	273,0	275,9	291,0	309,3	306,0
<b>PPC's</b>														
Capaciteit <sup>a</sup>	-	194	700	700	692	680	620	620	620	632	630	668	666	666
Omzet (x € 1 mln.)	-	23,2	93,8	92,1	100,8	98,7	91,2	93,2	102,5	116,3	119,6	130,3	136,3	136,7
<b>Overige intramurale forensische zorg<sup>b</sup></b>														
Capaciteit <sup>a</sup>	-	1.036	1.244	1.369	1.546	1.628	1.916	2.150	2.359	2.602	2.739	2.958	2.981	3.105
(Waarvan RIBW) <sup>c</sup>			(196)	(284)	(351)	(434)	(777)	(880)	(1.147)	(1.394)	(1.661)	(1.876)	(2.066)	
Omzet (x € 1 mln.)	-	107,0	129,4	146,7	185,7	213,8	248,3	246,9	275,5	293,5	321,9	359,5	379,8	387,6
<b>Ambulante forensische zorg</b>														
Omzet (x € 1 mln.)	-	-	-	52,5	56,6	56,6	61,3	74,1	82,3	89,6	92,2	107,4	103,3	105,9
<b>Totaal</b>														
Intramurale capaciteit <sup>a</sup>	1.682	3.040	3.827	3.875	4.006	3.987	4.318	4.166	4.470	4.630	4.679	4.955	5.155	5.104
Omzet (x € 1 mln.)	322,8	586,8	600,8	651,9	706,5	708,8	731,2	713,8	736,8	772,4	809,6	888,2	954,2	936,2

a Capaciteit is weergegeven in aantal beschikbare zorgplaatsen.

b Onder overige intramurale forensische zorg wordt forensische klinische zorg verstaan die verleend wordt in FPA's, FPK's, FVA's, FVK's, RIBWs en SGLVG behandelcentra.

c Gerealiseerde plaatsingen binnen RIBW voor de periode tussen 2010-2020 zijn gebaseerd op de rapporten Forensische zorg in getal (DJI, 2015, 2019a, 2021).

Bron: Jaarverslagen ministerie van Justitie en Veiligheid in de periode van 2010 tot 2021

#### 8.4.2 *Europese Aanbestedingsrichtlijnen en open house modellen*

Een stelsel waarbinnen forensische patiënten naar een passende plek kunnen worden geleid en waar kwalitatief goede zorg wordt geboden, is afhankelijk van een goed functionerend inkoopstelsel waar de inkoopende partij kan sturen op capaciteit, kwaliteit en prijs. Zoals besproken in paragraaf 5.1.1 en 5.1.2, voldoet de inkoopstrategie die op dit moment gehanteerd wordt door DJI – open house – niet aan deze kenmerken, waardoor meerdere veronderstelde werkzame mechanismen met betrekking tot het inkoopstelsel niet kunnen worden onderbouwd. Zoals beschreven in het rapport van Significant (Meijer et al., 2021) liep DJI tegen knelpunten aan bij de zorginkoop, doordat DJI slechts beperkt kan sturen op capaciteit en geen prijs- en volumeafspraken meer met individuele zorgaanbieders maakt en liet DJI daarom onderzoeken hoe de inkoopstrategie anders ingestoken kan worden. Op basis van dit onderzoek is besloten om per 1 januari 2024 gebruik te maken van een inkoop-systematiek op basis van een landschapsgericht inkoopmodel (*Kamerstukken II 2021/22, 33 628, nr. 85; Meijer et al., 2021*). Het voordeel van dit inkoopmodel is dat DJI middels langere contracten een duurzamere samenwerkingsrelatie kan aangaan met zorgaanbieders (*Kamerstukken II 2021/22, 35 925 VI, nr. 135*). Daarnaast kan DJI de zorgmarkt verdelen in verschillende segmenten van vergelijkbare partijen en voor ieder segment een aanbestedingsprocedure hanteren die past bij de zorgaanbieders die binnen dat segment vallen (Meijer et al., 2021). Daarbij zou DJI in theorie ook beter kunnen sturen op kenmerken als capaciteit, kwaliteit en prijs.

De problemen die werden ervaren door DJI bij het invulling geven aan de Europese Aanbestedingsrichtlijnen voor de forensische zorg zijn ook terug te zien bij de WMO- en jeugdzorg. Veel gemeenten kiezen als alternatief voor de aanbesteding van deze zorg ook voor een open house model (Groenwold & Van den Beuken, 2021; Van den Hout, 2018). Binnen de jeugdzorg heeft deze inkoopconstructie geleid tot een sterke groei in het aantal zorgaanbieders, hetgeen ertoe heeft geleid dat gemeenten moeite hebben zicht te behouden op de kwaliteit en bekostiging van zorg (Smolenaars et al., 2021). De Minister van VWS heeft dan ook gewaarschuwd dat bij een open house model de inkoper niet de touwtjes in handen houdt en te veel regie afstaat aan de individuele hulpvragers en aanbieders (*Handelingen II 2020/21, 862, Aanhangsel; Kamerstukken II 2019/20, 34 477, nr. 67*).

In een recent onderzoek naar de uitvoeringslasten van de Europese aanbestedingswetgeving voor het sociale domein werd geconcludeerd dat de uitvoeringslasten voor aanbestedende instanties erg hoog zijn, terwijl de grensoverschrijdende dimensie van de aanbestede diensten verwaarloosbaar is (Viool et al., 2020). De Minister van VWS heeft daarom de dialoog geopend met de Europese Commissie en het Europees Parlement met betrekking tot de vraag of het sociaal domein niet uitgezonderd kan worden van de huidige Europese Aanbestedingsrichtlijn (*Kamerstukken II 2020/21, 34 477, nr. 77*). De problemen die door DJI ervaren bij het aanbesteden van forensische zorg roepen de vraag op of de Europese Aanbestedingsrichtlijnen realistische eisen stellen ten opzichte van een zo ingewikkelde inkoopmarkt als die van de (forensische) zorg en of de Europese Aanbestedingsrichtlijnen niet ook zouden moeten worden heroverwogen voor zorg in justitieel domein.

### 8.4.3 *De rol van kwaliteit in de Wfz*

Kwalitatief goede forensische zorg is een van de doelen van de Wfz (zie hoofdstuk 6). Hierbij valt op dat de Wfz geen mechanismen bevat van waaruit de forensische zorg op zorginhoudelijk gebied wordt beïnvloed, of van waaruit het gebruik van evidence-based behandelmethoden wordt bevorderd. Bestaande mechanismen die binnen de inkoopstructuur kunnen worden ingezet om de kwaliteit van zorg te bevorderen richten zich op dit moment in zeer beperkte mate op zorginhoudelijke aspecten van kwaliteit van zorg. Zo richten de minimum kwaliteitseisen (veronderstelling 3.1) zich voornamelijk op de bedrijfsvoering en op procesmatige variabelen in plaats van zorginhoudelijke kwaliteitskenmerken (Bastian et al., 2017). De prestatie-indicatoren (veronderstelling 3.2) richten zich voornamelijk op de vraag hoe vaak de ernst van de problematiek en het recidiverisico wordt gemeten en niet op de vraag in hoeverre deze metingen een weerklank vinden in de geleverde zorg (Algemene Rekenkamer, 2022).

Uit deze planevaluatie blijkt aldus dat de Wfz op dit moment slechts beperkt bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit van forensische zorg. Anderzijds kan de Wfz aanhaken bij een forensisch zorglandschap waar al sterk is ingezet op kwaliteit van zorg, zowel op initiatief van beleidsmakers als vanuit de sector zelf. Te denken valt onder andere aan de bevordering en implementatie van theoretisch gefundeerde zorgprogramma's die zijn ontwikkeld door het EFP (2019), de toetsing van gedragsinterventies aan de hand van wetenschappelijke criteria door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie en de ontwikkeling van een Kwaliteitskader forensische zorg (Bults et al., 2021). Deze zorgverbetering kan binnen de Wfz ingezet worden als middel om de recidive te verminderen.

Uit de recent op Tenderned gepubliceerde leidraad voor de selectie van zorgaanbieders blijkt dat DJI ook de intentie heeft om binnen de landschapsgerichte zorginkoop vanaf 1 januari 2024 sterker in te zetten op het bevorderen van kwalitatief goede forensische zorg (DJI, 2022c). In deze selectieleidraad wordt vermeld dat de minimumeisen voor zorgaanbieders zullen worden uitgebreid om ook aan te sluiten op het Kwaliteitskader forensische zorg. Hoewel in dit stadium nog niet duidelijk is hoe het Kwaliteitskader precies zal worden geïntegreerd in de minimumeisen voor zorginkoop, biedt dit de mogelijkheid om een belangrijke stap te zetten om ook binnen de zorginkoop een bijdrage te bieden aan het bevorderen van het doel *Kwalitatief goede forensische zorg*. Hierbij zou van belang zijn om in acht te nemen dat het concept 'kwalitatief goede forensische zorg' veel verschillende facetten heeft en dat ook zorginhoudelijke aspecten uit het Kwaliteitskader, zoals het gebruik van evidence-based zorgmethoden, een centrale plek krijgen binnen deze minimumeisen.

## 8.5 **Richtingen voor proces- en doelbereikingsevaluatie**

Dit onderzoek heeft inzichten opgeleverd met betrekking tot de theoretische en praktische onderbouwing van de veronderstelde werkzame mechanismen die ten grondslag liggen aan de Wfz. Op basis van de bevindingen uit de planevaluatie kan een prioritering gegeven worden aan de processen die nader onderzocht moeten worden in de komende proces- en doelbereikingsevaluatie uit het onderzoeksprogramma *Evaluatie Wet forensische zorg*. Op basis van de indicatoren die zijn geformuleerd kan daarnaast nader inhoudelijk invulling worden gegeven aan dit onderzoek. Hieronder wordt voor de doelen van de Wfz besproken welke inzichten de planevaluatie heeft opgeleverd voor de invulling van de procesevaluatie.

### **Patiënt op de juiste plek**

Het proces van indicatiestelling en plaatsing speelt een centrale rol in de toeleiding van patiënten naar de juiste plek. Een van de uitgangspunten van de indicatiestelling en de plaatsing is dat deze vraag-gestuurd en niet capaciteit-gestuurd moeten plaatsvinden. Zoals besproken in paragraaf 4.3.1 is het onduidelijk in welke mate het proces van indicatiestelling en plaatsing daadwerkelijk volgtijdelijk en niet iteratief plaatsvindt. Aangezien in Ifzo niet wordt bijgehouden of en in hoeverre indicatiestellingen worden aangepast op basis van de beschikbare zorgcapaciteit, zou bijvoorbeeld een prospectieve studie kunnen worden opgezet om inzicht te krijgen in de mate waarin het proces van indicatiestelling en plaatsing vraag-gestuurd en niet capaciteit-gestuurd is. In dit onderzoek zouden personen die de plaatsing van forensische patiënten coördineren gevraagd kunnen worden om bij te houden in hoeveel gevallen de indicatiestelling aangepast moet worden. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen gevallen waarbij het vereiste beveiligingsniveau of de zorgvraag van de betrokkene in de indicatiestelling al dan niet moest worden aangepast. Daarnaast kan onderzocht worden of er sprake is van tijdelijke overbruggingszorg of een langdurige *second-best* plaatsing. Dit onderzoek zou kunnen worden aangevuld met vraaggesprekken met functionarissen die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en de plaatsing, om meer inzicht te krijgen in het proces, de knelpunten en de administratieve lasten omtrent de indicatiestelling en plaatsing van patiënten (zoals beschreven in paragraaf 4.2.2.) en de rol die informatie-uitwisseling speelt in het geleiden van patiënten naar de juiste plek (zoals beschreven in paragraaf 4.3.2).

### **Voldoende forensische zorgcapaciteit en Kwaliteit van zorg**

De mogelijkheid van het ministerie van Justitie en Veiligheid om gericht forensische zorg in te kopen speelt een centrale rol binnen meerdere veronderstelde werkzame mechanismen van de Wfz (veronderstellingen 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2 en 4.2 zijn direct hieraan gerelateerd). Met het gebruik van het open house model valt voor DJI de mogelijkheid weg om gericht zorg in te kopen op basis van prijs, kwaliteit, of capaciteitsafspraken (zie paragrafen 5.1.1 en 5.1.2). Om die reden heeft de wetgever inmiddels aangekondigd dat DJI zal afstappen van de open house procedure en dat een landschapsgericht inkoopmodel zal worden toegepast (zie paragraaf 5.1.2 en het rapport van Meijer et al., 2021).

Vanwege de voorgenomen wijziging in de inkoopstrategie is het in de nabije toekomst minder zinvol om de rol van de zorginkoop ten aanzien van de doelbereiking binnen de Wfz te evalueren. Wanneer het landschapsgerichte inkoopmodel is doorgevoerd is het van groot belang dat opnieuw wordt onderzocht in hoeverre binnen deze herziene inkoopprocedure door DJI invulling gegeven wordt aan de veronderstelde werkzame mechanismen van de Wfz.

### **Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg**

In zowel het onderzoek naar artikel 2.3 Wfz (De Kogel et al., 2021) als in de gelijktijdig verschenen evaluatie van de Wvggz en de Wzd (Legemaate et al., 2021) is uitvoerig onderzoek gedaan naar praktijkervaringen met artikel 2.3 Wfz en de aansluiting van de wettelijke kaders tussen de Wfz enerzijds en de Wvggz en de Wzd anderzijds (veronderstellingen 4.1 en 4.4). In 2022 zal nog een tweede rapport over de jurisprudentie omtrent artikel 2.3 Wfz worden gepubliceerd.

Toekomstig onderzoek zou zich daarnaast kunnen richten op het evalueren van de impact en efficiëntie van artikel 2.5 Wfz (veronderstelling 4.3). Met behulp van vraaggesprekken kan worden nagegaan welke invloed artikel 2.5 Wfz in de visie van



professionals heeft op het bewerkstelligen van continuïteit van zorg en welke knelpunten er optreden in de voorbereiding van aansluitende reguliere zorg na afloop van het strafrechtelijk kader. Deze informatie zou eventueel gecombineerd kunnen worden met informatie uit registratiesystemen, om de gemiddelde tijdsverloop van zorgmachtigingen of rechterlijke machtigingen af te zetten tegen de voorbereidings-termijn zoals die is vastgelegd in artikel 2.5 Wfz (zie paragraaf 4.4.2).

Vooruitkijkend naar de doelbereikingsevaluatie dient hierbij te worden opgemerkt dat, zoals al werd vastgesteld door de Algemene Rekenkamer (2022) en is benoemd in paragraaf 7.6, het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* op dit moment niet goed kan worden geëvalueerd. Bestaande wet- en regelgeving verhinderen dat persoonsgegevens over forensische zorgtrajecten (in beheer van het ministerie van Justitie en Veiligheid) en reguliere zorgtrajecten (in beheer van de NZa) gecombineerd kunnen worden. Om de doelbereiking van de Wfz op het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* te evalueren is het van groot belang dat de limitatieve opsomming van instanties waarmee de NZa informatie mag delen, vastgelegd in artikel 70 van de Wet marktordening gezondheidszorg, wordt aangepast zodat deze informatie ook met het ministerie van Justitie en Veiligheid en het WODC kan worden gedeeld.

## 8.6 Conclusie

De wijziging van het forensische zorgstelsel en de daaruit voortkomende Wfz heeft geleid tot grootschalige wijzigingen in de systematiek van inkoop van en toeleiding naar forensische zorg. De aanleiding voor de Wfz was de constatering dat er problemen waren in de toeleiding van patiënten naar de forensische zorg, in de capaciteit van forensische zorg en de aansluiting tussen justitiële instellingen en zorginstellingen. De doelen van de Wfz sluiten goed aan bij deze geconstateerde knelpunten.

Over het geheel genomen menen we dat er goede wetenschappelijke evidentie is voor het algemene uitgangspunt van de Wfz dat effectieve forensische zorg bijdraagt aan het herstel van de forensische patiënt en het risico op recidive vermindert. De wetgever heeft in het kader van dit algemene uitgangspunt een viertal doelen geformuleerd voor de Wfz. Op basis van de planevaluatie constateren we dat er wisselende evidentie is voor de veronderstelde mechanismen van waaruit de Wfz de doelen zou moeten behalen. Enerzijds is er goede evidentie dat de systematiek van indicatiestelling en plaatsing kan leiden tot een betere toeleiding van forensische patiënten naar de juiste plek met de juiste zorg. Anderzijds wordt duidelijk dat de huidige systematiek van zorginkoop, die een centrale rol zou moeten spelen in het bewerkstelligen van voldoende forensische zorgcapaciteit en kwalitatief goede forensische zorg, als gevolg van de aanbestedingswetgeving en het open house model te weinig sturing kan geven aan capaciteit, kwaliteit en kosten van de forensische zorg. In 2024 zal worden overgestapt naar een andere inkoopssystematiek, waarbij naar verwachting beter sturing kan worden gegeven op deze factoren. Wanneer deze inkoopssystematiek in de praktijk wordt toegepast, zal het van groot belang zijn om te evalueren in hoeverre de doelen van de Wfz binnen deze nieuwe systematiek worden nagevolgd. Ook voor de veronderstelde mechanismen ten behoeve van de continuïteit van zorg bestaat wisselende evidentie – waar nieuwe mogelijkheden zoals artikel 2.3 Wfz wel worden toegepast, spelen randvoorwaarden zoals capaciteitsproblemen wat betreft beveiligde bedden ook hier een belangrijke rol.

Uit deze planevaluatie is gebleken dat het goed mogelijk en zinvol is om een proces- en doelbereikingsevaluatie uit te voeren voor de Wfz. In het kader van het onderzoeksprogramma *Evaluatie Wet forensische zorg zijn* reeds eerste stappen gezet in de procesevaluatie van het doel *Verbetering aansluiting forensische en curatieve zorg* en specifiek artikel 2.3 Wfz, waarbij een van de rapporten reeds is gepubliceerd en een tweede rapport in het najaar van 2022 zal worden gepubliceerd. Gezien de veranderingen die plaats zullen vinden in de inkoopssystematiek zal de procesevaluatie zich daarnaast voornamelijk richten op het proces van indicatiestelling en plaatsing, dat een centrale rol speelt in het bevorderen van het doel *Patiënt op de juiste plek*.

## Summary

### Program evaluation for the Forensic care act

#### Reconstruction and evaluation of policy theory

#### Background

The Forensic care act (Dutch: *Wet forensische zorg* or Wfz, hereafter called Wfz) came into force on January 1st 2019. Section 2.3 of the Wfz, which provides a link between the Wfz and the Compulsory mental healthcare act (Dutch: *Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg* or Wvvggz) and the Care and compulsion act (Dutch: *Wet zorg en dwang* or Wzd) came into force on January 1st 2020. The Wfz is meant to provide a framework for changes made to forensic healthcare system that were enacted in 2008. During this system change, the budget for forensic healthcare was transferred from the Ministry of Health, Welfare and Sport to the Ministry of Justice and Security. From that moment onwards, forensic healthcare was purchased by the Ministry of Justice and Security based on contracts. Additionally, a standardized assessment procedure is implemented to help place forensic healthcare patients with suitable healthcare providers.

The Wfz offers a legal framework for the procurement and organization of forensic health care for adults. The Wfz applies to all patients who receive forensic health care. The legislator describes forensic health care as 'mental healthcare, addiction treatment or care for the mentally handicapped, that is part of a (suspended) sentence or measure or the implementation thereof, or a different judicial title'.

For the purpose of evaluating the Wfz, this report will reconstruct and evaluate the policy theory of the Wfz. The emphasis during this reconstruction will lie with the intended objectives and the presumed working mechanisms of the Wfz, as described by the legislator. The presumptions that the legislation was based on will help determine whether the legislation can work in practice. For this reason, evaluating these presumed working mechanisms is an important first step of the evaluation of a law. Within this form of evaluation, it's not the application of the law in practice or the goal attainment that is being evaluated, but the theoretical and empirical substantiation of the presumed working mechanisms of the law. Based on the reconstruction of the policy theory, we can identify specific indicators that can offer direction and substance to future research regarding the application and the goal attainment of the Wfz in practice.

#### Research questions

The research questions are as follows:

- 1 Within what societal and historical context was the bill for the Wfz introduced and by what societal changes did it later take shape?

- 2 How does the policy theory of the Wfz look?
  - a What are the most important goals of the Wfz?
  - b What are the presumed working mechanisms of the Wfz?
- 3 What can be said about the substantiation of the policy theory, the availability of required preconditions and the coordination with other legislation?
- 4 What specific indicators can be extracted from the reconstruction of the policy theory that can be used in future research regarding the use of the Wfz in practice or the goal attainment of the Wfz?

## Methods

### *Source research*

The description of the historical framework and the reconstruction of the policy theory take place based on both a literature review as well as interviews. While the parliamentary file of the Wfz is particularly important in this respect, the parliamentary files of forensic care, the Wvvggz, and the Wzd have also been examined. In addition, reports published in the period between January 2004 and March 2022 on the forensic care sector or the Wfz were consulted, and scientific literature was sought using the search engines Legal Intelligence and Kluwer Navigator. The literature review was supplemented by interviews with policy officers who were involved in the drafting and implementation of the Wfz, as well as with DJI employees involved in procurement of and placement within forensic care.

### *Policy reconstruction and evaluation*

The reconstruction of the policy theory was carried out in accordance with the *Policy-Scientific* approach for policy evaluations. Based on this working method, the problems and related objectives of the Wfz have been extracted from the parliamentary files of the Wfz. Subsequently, the assumptions made by the legislator about the effective mechanisms that should contribute to achieving the goals of the Wfz have been identified in these parliamentary documents and have been made more explicit by reconstructing them in the form of 'if...then' or 'the more... the better' statements.

For each assumption about the functioning of the Wfz, an evaluation has been made on the basis of scientific articles and research reports to see whether this assumption can be substantiated with scientific theory or data. In addition to the scientific substantiation, the degree of coherence between various policy measures within and outside the Wfz is also examined, and the extent to which the statutory and process-related preconditions are present to achieve the objectives of the Wfz is also examined.

### *Indicators*

Specific indicators have been formulated for each purpose and each presumed effective mechanism of the Wfz, based on general evaluation criteria. These evaluation criteria for the central goals focus in particular on the relevance of those goals for solving the problems that play a role in forensic care (*Relevance*) and the extent to which the implemented policy leads to the achievement of the goals (*Effectiveness*). Evaluation criteria of the assumptions focus on the results achieved as a result of the use of policy instruments (*Impact*), the bottlenecks that arise in the application of the

policy instruments (*Efficiency*) and in a number of cases also the degree to which the policy is aligned with existing or concurrently implemented policies (*Alignment*). An expert meeting was organized to investigate whether the evaluation indicators derived from the program evaluation are meaningful and realistic from the point of view of professionals working within the forensic care sector. During this meeting, professionals within the forensic care sector were invited to discuss the reconstruction of the presumed working mechanisms that were reconstructed in the program evaluation and about the way in which these presumed mechanisms and the goals of the Wfz can be investigated on the basis of concrete indicators.

### Historical framework

Following a motion by Member of Parliament Van de Beeten (2004) and a subsequent study by the Workgroup Houtman (2005), it was found that forensic care was struggling with several bottlenecks in the field of care capacity, the connection with regular care and the discrepancy between on the one hand, the responsibilities of the Minister of Justice and Security for the implementation of forensic care and, on the other hand, the actual possibilities for acting on these responsibilities. As a result, a broad system change was prepared, whereby forensic care would henceforth be financed on the basis of purchase contracts from the budget of the Ministry of Justice and Security instead of the Ministry of Health, Welfare and Sport. This system change, which was combined with a new system of assessment and placement, was implemented starting in 2008.

Although the funding of forensic care came from the budget of the Ministry of Justice and Security since 2008, in the period before the Wfz came into effect, there was no formal legal framework to transfer responsibility for financing and managing forensic care under the Ministry of Justice and Security. The Wfz was designed to fill this gap. In order to regulate forensic care while the bill for the Wfz was still before the House of Representatives and later the Senate, the Interim Decree Forensic Care came into effect in December 2010. This Decree contained many provisions that have also been included in the Wfz in an amended form, including the regulations for indications, placement and procurement of forensic care.

On June 4, 2010, the bill for the Forensic Care Act, together with the Explanatory Memorandum, was sent by the Minister of Justice and Security to the House of Representatives, where the bill was adopted in December 2012. In the Senate, however, the Wfz would not be considered until it could be dealt with in conjunction with the civil care laws Wvvgz and Wzd. As a result, the Wfz would only be approved by the Senate in 2018. The Wfz largely entered into force on January 1<sup>st</sup> 2019, with the linking article 2.3 Wfz entering into force simultaneously with the Wvvgz and the Wzd on January 1<sup>st</sup> 2020.

During the parliamentary history of the Wfz, the bill has undergone several changes, mainly with regard to the connection with the civil care Acts Wvvgz and Wzd. Particularly in response to the Bart van U. case and the subsequent Hoekstra investigation committee, substantial changes were made to the procedure regarding Article 2.3 Wfz, as a result of which the civil authorizations that would be issued by the criminal court took on a more criminal character.

At the same time, the social and political position with regard to forensic care seems to be shifting over time. In line with fluctuations in the amount of tbs impositions, initiatives have been introduced during the parliamentary history of the Wfz that focus more on security, in some cases at the expense of a patient's treatment and legal status. An example of this is the tightening of the granting of freedoms in response to the case Michael P.

## Reconstruction of the policy theory

The Explanatory Memorandum mentions four central goals of the Wfz: *Patient in the right place*, *Sufficient forensic care capacity*, *High-quality forensic care* and *Improving the connection between forensic and curative care*. Forensic care itself focuses on the recovery of the forensic patient and the reduction of the risk of recidivism, according to Article 2.1 of the Wfz. A central principle underlying this goal is that forensic care leads to a decrease in a patient's risk of recidivism. It can therefore be stated that the four central goals serve to strengthen the treatment of patients on the one hand and the security of society, while this should not be at the expense of the legal position of patients.

Several presumed working mechanisms have been reconstructed for each goal of the Wfz, based on both literature research and the interviews with policy officers. These are presented one by one for each goal in the following section.

### *Patient in the right place*

- 1.1 If the (opportunities for) exchange of information between institutions is improved, the search for the most suitable place of care is simplified. The better the information exchange is arranged, the better the patient can be guided to the right place.
- 1.2 Through the implementation of protocolled indications, potential care and security needs of offenders can be structurally determined at an early stage. As a result, forensic patients are guided to the right place in time. By taking the care and security needs as described in the assessment as a starting point for placement, placement is demand-oriented and not capacity-oriented.

### *Sufficient forensic healthcare capacity*

- 2.1 If a purchasing system for forensic care is used, the purchasing of forensic care can be adjusted on the basis of the demand for care in recent years. Sufficient forensic care capacity can be created by adjusting healthcare procurement on the basis of the previous healthcare demand.
- 2.2 If a purchasing system for forensic care is used and this purchasing is demand-driven, a differentiated supply of care is created, which creates more room for care providers to specialize further. Because care can be purchased from more different care providers, there is sufficient forensic care capacity.
- 2.3 Because the placement of forensic patients can be contractually enforced when it falls within the purchasing agreements with a healthcare provider, a timely start of treatment at a suitable care location can be achieved.

### *Qualitative forensic health care*

- 3.1 If forensic care is only purchased from healthcare institutions that meet specific quality requirements, the quality of the forensic care can be managed via healthcare procurement. This leads to high-quality forensic care.
- 3.2 If a procurement system for forensic care is used, healthcare procurement can be guided on the basis of scores that healthcare providers achieve on performance indicators. By basing healthcare procurement in part on a healthcare provider's score on these performance indicators, forensic care is specifically purchased from healthcare institutions that provide high-quality forensic care.

### *Improving the connection between forensic and curative care*

- 4.1 By better aligning the legal and financial frameworks of forensic and regular care, the preconditions are created for a better connection between the two systems.
- 4.2 If a procurement system for forensic care is used, healthcare procurement can be steered on the basis of scores that healthcare providers achieve on performance indicators. By basing healthcare procurement in part on a healthcare provider's score on these performance indicators, forensic care is purchased as much as possible from healthcare institutions that ensure a good match between forensic and regular healthcare.
- 4.3 If a procurement system for forensic care is used, healthcare procurement can be steered on the basis of scores that healthcare providers achieve on performance indicators. By basing healthcare procurement in part on a healthcare provider's score on these performance indicators, forensic care is purchased as much as possible from healthcare institutions that ensure a good match between forensic and regular healthcare.
- 4.4 If the criminal court can issue a civil authorization for compulsory care to a broad target group at several moments in the criminal process, either on its own initiative or at the request of the public prosecutor, the criminal court will be better equipped to make an integrated assessment between punishment and care. In that case, those involved who do not (or no longer belong) in the forensic sector can better be directed to regular care, resulting in a better connection between criminal law and regular care.

## **Substantiation of the policy theory**

### *Forensic health care and recidivism*

The relationship between forensic care and reduction of the risk of recidivism has been extensively researched and endorsed. In contrast to stricter punishment and supervision, which have little effect on recidivism rates, rehabilitation programs and treatment programs lead to a clear reduction in recidivism. At the same time, there are significant differences in the effectiveness of treatment programmes, which underlines the importance of the goals of the Wfz, in particular the goals of Good quality forensic care and Patient in the right place.

### *Patient in the right place*

In order to achieve the goal of patient in the right place, the legislator has set up a uniform and protocolled process in which the purchasing, assessment and placement

of forensic patients is carried out independently of each other. The process of assessment and placement has led to a protocolled process in which the care and security demand is mapped, and on the basis of which placement can be established on a demand-driven and not capacity-driven basis. It is clear from previous reports that capacity shortages in forensic care can counteract this demand-driven placement, although these findings are not supported by concrete figures about how frequently this bottleneck occurs and to what extent it can be overcome with temporary bridging care.

#### *Relationship between healthcare purchasing, forensic care capacity and quality of forensic care*

At the time of the submission of the Wfz bill, the legislator assumed that health care procurement would play a guiding role in achieving a good match between care demand and care capacity, as well as in promoting the quality of care. As a result, all identified presumed operative mechanisms that are linked to the central goals Sufficient forensic care capacity and Quality of care are related to the purchase of care. When the European Procurement Guidelines were tightened up in 2016, DJI's possibilities to make agreements with individual healthcare providers with regard to capacity, quality and price were severely limited.

In response to these changes in procurement legislation, DJI will use an open house model for the procurement of forensic care from 2020 onwards. Within this open house model, forensic care is not tendered, but every care provider that registers and meets a series of minimum requirements is contracted for forensic care. Within this open house model, DJI cannot make agreements with individual healthcare providers about capacity, quality or price, which means that DJI can only steer these facets of forensic care to a limited extent on a macro level. The assumptions formulated by the legislator at the start of the legislative process about how healthcare procurement would lead to the promotion of the objectives Sufficient forensic care capacity and Good-quality forensic care are therefore implausible within the current procurement system. DJI has meanwhile taken steps to use an alternative purchasing model from January 1, 2024, namely the landscape-oriented purchasing model. This is expected to mean that DJI will be able to better manage the price, quality and capacity of forensic care in the future.

#### *Improving the connection between forensic and curative care*

No fewer than four presumed effective mechanisms can be derived from the Parliamentary Papers from which the Wfz should promote the central goal of Continuity of care. For these assumptions, there is often varying evidence that the underlying working mechanisms can make a positive contribution to the continuity of care. The reconciliation of, among other things, the financial frameworks of forensic care and regular care is a positive development, but differences in legal position between forensic and regular patients in the civil care laws can hinder continuity of care (assumption 4.1). In the case of the effort requirement laid down in Article 2.5 Wfz (assumption 4.3), it must be established that this provision can only contribute to continuity of care if follow-up care can actually be started within six weeks. In the case of article 2.3 Wfz (assumption 4.4), recent reports show that the link article is used, but not very frequently. This can partly be explained by missing preconditions such as the capacity of secure beds and their financing, but also by ambiguities in the



legislation and implementation, as well as flaws in the Article 2.3 Wfz procedure in relation to the Wzd.

### **Directions for future research**

The program evaluation has shown that it is useful to carry out a process and goal attainment evaluation for the Wfz. This research has provided insights into the theoretical and practical underpinning of the presumed effective mechanisms underlying the Wfz. Based on the findings from the program evaluation, a prioritization can be given to the processes that need to be further investigated in the subsequent process and goal attainment evaluations of the research program 'Evaluation of the Wfz'.

#### *Patient in the right place*

The process of assessment and placement plays a central role in guiding patients to the right place. Based on the program evaluation, concrete indicators have been established on the basis of which the presumed operation of the assessment and placement process can be investigated, and possible research designs have been described for further investigation.

On the one hand, a prospective study can be set up. Placement coordinators would be requested to systematically register in which cases it is not possible to place a patient in the right place. In these cases, it could be examined whether the required security level or the care demand in the assessment needs to be adjusted and whether this concerns temporary bridging care or a long-term second-best placement. Alternatively, a retrospective study can be performed, in which the actual placements of patients are compared with data from the initial indication based on data from Ifzo.

This research could be supplemented with interviews with officials responsible for the assessment and placement, in order to gain more insight into the process, the administrative burden associated with the assessment and placement of patients and the role that information exchange plays in guiding from patients to the right place.

#### *Sufficient Forensic care capacity and Quality of forensic care*

The current program evaluation concludes that the assumed effective mechanisms from which the objectives Sufficient forensic care capacity and Quality of forensic care should be achieved are not plausible within the current procurement structure. DJI has meanwhile taken steps to tender the procurement of forensic care based on a landscape-oriented procurement model as of January 1, 2024, among other things in order to get a better grip on capacity, quality and price. Due to the proposed change in the procurement strategy, it will be less useful in the near future to evaluate the role of healthcare procurement with regard to the achievement of objectives within the Wfz. When the landscape-oriented procurement model has been implemented in procurement for forensic care, it is important to re-examine the extent to which DJI implements the presumed effective mechanisms of the Wfz within this construction.

### *Improving the connection between forensic and curative care*

In both the research into Article 2.3 Wfz and the evaluation of the Wvvggz and Wzd, which was published at the same time, extensive research has been done into practical experience with Article 2.3 Wfz and the connection of the legal frameworks between the Wfz on the one hand and the Wvvggz and the Wzd on the other. A second report on the jurisprudence regarding Article 2.3 Wfz will be published in 2022.

In the process evaluation, attention could also be paid to the impact and efficiency of Article 2.5 Wfz (assumption 4.3). Interviews can be used to find out what influence Article 2.5 of the Wfz has on achieving continuity of care and what bottlenecks arise in the preparation of follow-up regular care after the criminal justice framework has ended. This information could possibly be combined with information from registration systems, in order to compare the average timeframe preparing healthcare authorizations or judicial authorizations against the preparation period as laid down in Article 2.5 Wfz.

### **Conclusion**

The system change of forensic care and the resulting Wfz has led to large-scale changes in the system of purchasing and transferring to forensic care. Overall, we believe that there is good scientific evidence for the general principle of the Wfz that effective forensic care contributes to the recovery of the forensic patient and reduces the risk of recidivism. Within the framework of this general principle, the legislator has formulated four objectives for the Wfz. Based on the program evaluation, we conclude that there is varying evidence for the presumed effective mechanisms from which the Wfz should achieve its goals. On the one hand, there is good evidence that the system of assessment and placement can lead to better guidance of forensic patients to the right place with the right care. On the other hand, it is becoming clear that the current system of healthcare procurement, which should play a central role in achieving sufficient forensic care capacity and high-quality forensic care, can provide insufficient guidance on capacity, quality and costs of forensic care. In 2024, a switch will be made to a different purchasing system, which is expected to allow better control of these factors. There is also varying evidence for the presumed effective mechanisms for the continuity of care – although new options such as Article 2.3 Wfz are being applied, boundary conditions such as capacity problems for secure beds can be an important limiting factor.

This program evaluation has shown that it is quite possible and useful to carry out a process evaluation and goal attainment evaluation for the Wfz. In view of the changes that will take place in the purchasing system, the process evaluation will mainly focus on the process of assessment and placement, which plays a central role in the goal Patient in the right place. The process evaluation will also contain several studies into the effects of the Wfz on continuity of care, specifically focusing on Article 2.3 Wfz.

## Literatuur

- Akers, R. L., & Sellers, C. S. (2004). *Criminological Theories: Introduction, Evaluation, and Application*. Roxbury. Vierde editie.
- Algemene Rekenkamer (2022). *In de zorg, uit het zicht*. Algemene Rekenkamer.
- Andersson Elffers Felix. (2018, december). *Ontwikkelingen in Forensisch Beschermd Wonen*.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Lieb, R. (2001). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime*. Washington State Institute of Public Policy.
- Bakker, C., & Arends, L. (2020). De Wet forensische zorg. *Journal GGZ en Recht*, 4, 1-8.
- Bangma S., Esseboom, N., Van Es, M., Koek, S., & Koster, T. (2017). *Continuïteit van zorg, wegwijzer naar een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij: Eindrapportage programma continuïteit van zorg*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.
- Bastian, E., Schotanus, F., Bouman, G., & Blom, M. (2017). *Quick scan aanbesteding forensische zorg*. Barneveld: Significant.
- Bouman, G., Riphagen, B., Jongebreur, W., & Veeke, R. (2012). *Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg*. Den Haag: Significant.
- Bredenoort, M., & Roeg, D. (2021). *De forensische cliënt op de juiste plek, naar passende zorg door een goede informatie-uitwisseling tussen plaatser en woonvoorziening*. Expertisecentrum forensische psychiatrie.
- Broere, H., Crooijmans, K., & Gommans, T. (2016). *Evaluatie indicatiestelling en plaatsing forensische zorg 2017*. Rotterdam: Rebel Group.
- Bults, N., Schimmel, M., & Vos, J. (2021). *Kwaliteitskader forensische zorg 2021-2024*.
- Candel, F., & Wijga, P. (2017). *Onderzoek naar de beletselen in de continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel meer hebben*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Commissie Visser. (2006). *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: Sdu.
- Cullen, F. T., Pratt, T. C., Micelli, S. L., & Moon, M. M. (2002). Dangerous liaison? Rational choice theory as the basis for correctional intervention. In A.R. Piquero & S.G. Tibbetts (red.), *Rational Choice and Criminal Behavior: Recent Research and Future Challenges*. New York: Routledge.
- Daniëls, D. (2013). Masterplan DJI 2013-2018, een zakelijke visie?. *Sancties*, 35.
- Daniëls, D. (2008). Indiciestelling in de Forensische Psychiatrie, omzien in verwondering. *Sancties*, 1, 3.
- De Kogel, C. H., Van der Ree, J. J., & Burger, A. M. (2021). *Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk*. Den Haag: WODC. Cahier 2021-29.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2013). *Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie*. Eindrapportage verslagjaar 2012.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2015). *Forensische Zorg in getal 2010-2014*.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2019a). *Forensische Zorg in getal 2014-2018*.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2019b). *Toetredingsdocument Forensische zorg 2020*.

- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2021). *Forensische Zorg in getal (2020)*.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2022a). *Beleidskader plaatsing forensische zorg*.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2022b). *Handleiding bekostiging en verantwoording forensische zorg 2022*.
- DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen). (2022c). *Selectieleidraad aanbesteding Overige forensische zorg inclusief tbs-zorg beveiligingsniveau 3*. Kenmerk 295209.
- Drieschner, K., & Tollenaar, N. (2021). *Recidive tijdens forensische zorgtrajecten 2013-2017*. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum: Cahier 2021-18.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie & ForZo/JJI. (2019). *Rapport evaluatie prestatie-indicatoren forensische psychiatrie*.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2019). *Basis zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten*.
- Garrett, C. J. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287-308.
- Hildén, M., Leploa, J., ..., Vedung, E. (2002). Evaluation of environmental policy instruments: A case study of the Finnish pulp & paper and chemical industries. *Monographs of the boreal environment research*, 21, 1-137.
- Joustra, T. H. J., Van Asselt, M. B. A., & Zouridis, S. (2019). *Forensische zorg en veiligheid. Lessen uit de casus Michael P*. Den Haag: Onderzoeksraad voor veiligheid.
- Kautto, P., & Similä, J. (2005). Recently introduced instruments and intervention theories. *Evaluation*, 11, 1, 55-68.
- Klappe, A. W. T., Mevis, P. A. M., & Van der Wolf, M. J. F. (2020). Het afgeven van een zorgmachtiging door de strafrechter: overzicht en eerste indrukken van de praktijk betreffende art 2:3 Wfz sedert 1 januari 2020. *Delikt en Delinkwent*, 7, 584-623.
- Knoester, J. A. W., & Boksem, J. (2020). Zorgen rondom het strafrecht: Tbs. Problemen in de praktijk en een imagoprobleem: Het perspectief van de terbeschikkinggestelde. *Boom Strafblad*, 5, 2.
- Leeuw, F. L. (2003). Reconstructing program theories: Methods available and problems to be solved. *American Journal of Evaluation*, 24(1), 5-20.
- Legemaate, J., Nuijen, J., Voskes, Y., Ploem, M. C., Kroezen, M., Gerritsen, S., Widdershoven, G. A. M., Gevers, J. K. M., Van der Ham, A. J., Muusse, C., Dute, J. C. J., De Wit, M. A. S., Stobbe, E., Van der Roest, H. G., & Kroon, H. (2021). *Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang: Deel 1 – Implementatie en uitvoerbaarheid*. (Deel 51 ed.). Den Haag: ZonMw.
- Legemaate, J., Ploem, M. C., Beijerse, J., Mevis, P. A. M., Van der Wolf, M. J. F., Akerboom, C. P. M., Schol, M. J., Winter, H. B., & Woestenburg, N. O. M. (2014). *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*. Den Haag: ZonMw.
- Lipsey, M. W., & Cullen, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.
- Meijer, R., Jongebreur, W., & Thijssen, E. (2021). *Advies inkoopstrategie forensische zorg ten behoeve van DJI*. Utrecht: Significant.
- Mevis, P. A. M. (2012). Op weg naar geïntegreerde forensische zorg. *Delikt en Delinkwent*, 7, 54.
- Mevis, P. A. M., Klappe, A. W. T., & Van der Wolf, M. J. F. (2019). Wet forensische zorg: Doelen, middelen en verwachte knelpunten. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 43(5), 359-373.
- Mickwitz, P. (2003). A framework for evaluation environmental policy instruments. *Evaluation*, 9(4), 415-436.

- Ministerie van Justitie en Veiligheid. AEF. (2018). *Ontwikkelingen in Forensisch beschermd wonen*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Mulder, H. J., De Bruyn, D. M., Rinne, T., & Bulten, E. (2014). Forensische indicatiestelling: naar een professioneel consistente praktijk. *Sancties*, 41.
- Nagtegaal, M. H. (2018). *Weigerende observandi op een speciale afdeling in het Pieter Baan Centrum: Planevaluatie en bevindingen over het eerste half jaar*. Den Haag: WODC. Cahier 2018-7.
- Nagtegaal, M. H. (2019). *Eindevaluatie Unit 3 Pieter Baan Centrum: Heeft een aparte afdeling voor weigerende verdachten zin?* Den Haag: WODC. Cahier 2019-3.
- Nauta, O., Van Dijk, B., & Terpstra, I. (2012). *Voorstudie effectevaluatie artikel 2.3 Wet forensische zorg*. DSP-groep.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015). *Marktscan forensische zorg 2015*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2016). *Marktscan forensische zorg 2016*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Monitor Continuïteit van forensische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2021). *Informatiekaart Wachttijden ggz 2021*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- NOS.nl. (2020, 15 oktober). *Meer mensen in tbs-klinieken door Michael P.-effect*. Geraadpleegd op 16 februari 2022, van [www.nos.nl/artikel/2340732-meer-mensen-in-tbs-klinieken-door-michael-p-effect](http://www.nos.nl/artikel/2340732-meer-mensen-in-tbs-klinieken-door-michael-p-effect).
- Prinsen, E. D. J. (2015). Principiële fouten in schakeling tussen de Wet forensische zorg en de Wet verplichte ggz. *Journal Ggz en Recht*, 39.
- Raad van State. (2016). *Tweede Nota van Wijziging in verband met het voorstel van wet, houdende regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg), met toelichting*. Kenmerk W13.16.0072/III.
- Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. (2007). *Straf en stoornis een paar apart*. Den Haag: RMO.
- Raad voor de Rechtspraak. (2009). *Advies wetsvoorstel forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in andere wetten*, advies van 25 februari 2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2012). *Stoornis en Delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*, Den Haag: RVZ.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2012). *Advies Forensische zorg tijdens detentie*, advies van 27 september 2012.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2015). *Advies tweede Nota van Wijziging Wet verplichte ggz*, advies van 19 november 2015.
- Redactie Metronieuws. (2020, 15 juli). *Michael P-effect: Aantal tbs'ers neemt toe, maar niet genoeg capaciteit*. *Metronieuws.nl*, 15 juli 2020. Geraadpleegd op 16 februari 2022, van [www.metronieuws.nl/in-het-nieuws/binnenland/2020/07/michael-p-effect-aantal-tbsers-neem-toe-maar-niet-genoege-capaciteit/](http://www.metronieuws.nl/in-het-nieuws/binnenland/2020/07/michael-p-effect-aantal-tbsers-neem-toe-maar-niet-genoege-capaciteit/).
- Roorda, W., & Buysse, W. (2016). *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen*. Amsterdam: DSP-groep.
- Smolenaars, J., Appels, D., & Spanjers, J. (2021, 27 maart). *Inkoopformule 'open house' is doping voor jeugdzorgaanbieders*. Geraadpleegd op 17 februari 2022, van: <https://www.ftm.nl/artikelen/open-house-pokon-jeugdzorgbedrijven-2021>.
- Steinmann, P. L. M. (2019). *Stelselwijziging forensische zorg: Verklarend onderzoek naar een centralisatie van sturing in de zorg* (dissertatie Twente), Universiteit Twente.

- Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ. (2011). *Subset prestatie-indicatoren verslagjaar 2012 Forensische psychiatrie*. Den Haag: Zichtbare Zorg.
- Taskforce behandelduur tbs. (2014). *Rapportage taskforce behandelduur tbs: Bevindingen en aanbevelingen*. Den Haag: Taskforce behandelduur tbs.
- Van der Wolf, M. J. F., Klappe, A. W. T., & Mevis, P. A. M. (2020). Over stromen, waterscheidingen en koudwatervrees: de overgang van strafrecht naar GGZ sinds de Wet forensische zorg. *Boom Strafbblad*, 1(5), 257-264.
- Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent...* Leiden: Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden.
- Van Heffen, O. (2003). Beleidstheorieën uit de beleidspraktijk. In Hoogerwerf, A., & Herweijer, M. (red.). *Overheidsbeleid: Een inleiding in de beleidswetenschap* (pp. 225-240). Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- Van Kordelaar, W. F. J. M., & Slijkhuis, A. Y. (2011a). Vernieuwing en indicatiestelling forensische zorg. In Groen, H., Drost, M., & Nijman, H. L. I. (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Kordelaar, W. F. J. M., & Slijkhuis, A. Y. (2011b). IFZ: Virus of enzym? *Trema Straftoemingsbulletin*, 1, 13-19.
- Van Kordelaar, W. F. J. M. (2002). *Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens in het strafrecht voor volwassenen*. Kluwer: Deventer.
- Van Oploo, L., Prinsen, M., & Bakkum, T. (2020). De invoering van artikel 2.3 Wet forensische zorg: Consequenties voor de strafrechtspraktijk. *Nederlands Juristenblad*, 32, 2384-2390.
- Viool, V., Kraan, O., Meinema, I., & Van der Hoorn, A. (2020). *Report public procurement of social health services: Study of regulatory burdens and the level of cross-border dimension*. Amsterdam: Monitor Deloitte.
- Ward, T., Melser, J., & Yates, P. M. (2007). Reconstructing the Risk-Need-Responsivity model: a theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208-228.
- Werkgroep Houtman. (2005). *Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Wijga, P., Candel, F., Hofstede, K., & Ehrismann, M. (2018). *Forensische zorgen: Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Zwemstra, J. C. (2013). De adviezen 'Stoornis en delict' van de Raad voor de Volksgezondheid en 'Forensische zorg tijdens detentie' van de RSJ gewogen. *Sancties*, 2, 11.

## Parlementaire Stukken

### Wet Forensische Zorg

- Kamerstukken II 2009/10*, 32 398, nr. 2  
*Kamerstukken II 2009/10*, 32 398, nr. 3  
*Kamerstukken II 2009/10*, 32 398, nr. 5  
*Kamerstukken II 2009/10*, 32 398, nr. 12  
*Kamerstukken II 2011/12*, 32 398, nr. 9  
*Kamerstukken II 2011/12*, 32 398, nr. 10  
*Kamerstukken II 2012/13*, 32 398, nr. 19  
*Kamerstukken II 2012/13*, 32 398, nr. 24  
*Kamerstukken I 2012/13*, 32 398, E  
*Kamerstukken I 2012/13*, 32 398, F  
*Kamerstukken I 2014/15*, 32 398, K  
*Kamerstukken I 2014/15*, 32 398, M

*Forensische zorg*

*Kamerstukken II 2012/13, 33 628, nr. 2*  
*Kamerstukken II 2016/17, 33 628, nr. 220*  
*Kamerstukken II 2017/18, 33 628, nr. 32*  
*Kamerstukken II 2018/19, 33 628, nr. 39*  
*Kamerstukken II 2020/21, 33 628, nr. 82*  
*Kamerstukken II 2021/22, 33 628, nr. 81*  
*Kamerstukken II 2021/22, 33 628, nr. 85*

*Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel*

*Kamerstukken II 2004/05, 29 452, nr. 36*  
*Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 76*  
*Kamerstukken II 2009/10, 29 452, nr. 122*  
*Kamerstukken II 2010/11, 29 452, nr. 138*

*Wvggz*

*Kamerstukken II 2015/16, 32 399, nr. 10*  
*Kamerstukken II 2015/16, 32 399, nr. 25*

*Convenant beveiligde bedden*

*Kamerstukken II 2020/21, 25 424, nr. 558*

*Parlementair Onderzoek Tbs*

*Kamerstukken II 2005/06, 30 250, 5*

*Motie Van de Beeten*

*Kamerstukken I 2003/04, 28 979, E*

## Bijlage 1 Samenstelling Begeleidingscommissie

### **Voorzitter**

Mw. prof. dr. J. Harte

Vrije Universiteit Amsterdam

### **Leden**

Mw. mr. A.W.T. Klappe

Gerechtshof Amsterdam

Mw. mr. A.C. Philipsen

Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-  
Generaal Straffen en Beschermen, tot mei 2021  
en vanaf november 2021

Mw. dr. mr. L.E. Van Oploo

Universiteit Utrecht

Mw. dr. M.D. Van Vugt

Trimbos-instituut

Mw. mr. A.H.A. Reehoorn

Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-  
Generaal Straffen en Beschermen, van mei tot  
november 2021



## Bijlage 2 Samenstelling Klankbordgroep

### **Voorzitter**

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

### **Leden**

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

## Bijlage 3 Respondenten

### **Geïnterviewden**

Directoraat Generaal Straffen en Beschermen, Senior beleidsmedewerker  
Directoraat Generaal Straffen en Beschermen, Voormalig hoofd toezicht en behandeling  
Directie Wetgeving en Juridische Zaken, Voormalig raadadviseur bij de sector straf- en sanctierecht  
Inspectie J&V, Senior inspecteur, portefeuille forensische zorg  
DJI-DIZ, Plaatsingscoördinator  
DJI-ForZo/JJI, Coördinator inkoop forensische zorg  
OM, Landelijk officier van justitie verplichte zorg

### **Deelnemers Expertmeeting**

DJI-DIZ, Plaatsingscoördinator  
DJI-FOrZo/JJI, Coördinerend adviseur beleid  
EFP, Projectleider KFZ  
De Nederlandse GGz, Juridisch adviseur  
Inspectie J&V, Senior inspecteur, portefeuille forensische zorg  
Inspectie J&V, Senior inspecteur, portefeuille forensische zorg  
NIFP, Manager Algemene Zaken en Bedrijfsvoering  
NIFP, Beleidsverantwoordelijke indicatiestelling forensische zorg  
Openbaar Ministerie, Advocaat generaal  
PMO, Psychiater en directeur zorg en behandeling  
Rechtspraak, Raadsheer in opleiding  
Reclassering, Productmanager advies en beleidsadviseur portefeuille tbs / PIJ

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

Meer informatie:

[www.wodc.nl](http://www.wodc.nl)