



**Advies ‘Ontwikkelingen en Knelpunten bij  
Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen’**



# **Advies ‘Ontwikkelingen en Knelpunten bij Forensisch Psychiatrische Klinieken en Afdelingen’**

Den Haag, 29 maart 2018

## Inhoud

<b>Samenvatting</b> .....	4
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>6</b>
1.1 Aanleiding .....	6
1.2 Vraagstelling .....	6
1.3 Afbakening .....	6
1.4 Werkwijze .....	8
<b>2 Context</b> .....	<b>9</b>
2.1 Vernieuwing van de forensische zorg sinds 2008 .....	9
2.2 Ontwikkelingen in de overige forensische zorg (OFZ) .....	9
2.3 Veranderingen in het tbs-veld .....	11
<b>3 Bevindingen</b> .....	<b>12</b>
3.1 Algemene bevindingen.....	12
3.2 Knelpunten naar thema .....	13
3.2.1 De complexiteit van de psychiatrische problematiek .....	13
3.2.2 Titelgerelateerde problematiek .....	14
3.2.3 Problemen rondom indicatiestelling en plaatsing .....	18
3.2.4 Uitstroom uit de forensische zorg .....	20
3.2.5 Financiële en personele schaarste in combinatie met een hoge regeldruk .....	22
<b>4 Verwachte impact van nieuwe wet- en regelgeving (Wfz en Wvggz) op genoemde knelpunten</b> .....	<b>24</b>
4.1 Inleiding .....	24
4.2 Instroom in de forensische zorg .....	25
4.3 Behandelbaarheid en problematiek in forensische zorg .....	25
4.4 Uitstroom naar reguliere zorg .....	26
<b>5 Conclusies en aanbevelingen</b> .....	<b>27</b>
5.1 Conclusies.....	27
5.2 Aanbevelingen .....	30
5.2.1 Aanbevelingen aan het ministerie van Justitie en Veiligheid .....	30
5.2.2 Aanbevelingen aan het (overige) forensische zorgveld .....	31
<b>Bijlage 1</b> <i>Lijst van geraadpleegde stakeholders</i> .....	33
<b>Bijlage 2</b> <i>Plaatsingsbesluiten per forensische zorgtitel in fpa's en fpk's over de jaren 2015, en 2017</i> .....	35

## Samenvatting

Aanleiding voor dit advies zijn signalen die de Afdeling advisering van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (hierna: Afdeling advisering) de afgelopen jaren heeft ontvangen van forensisch psychiatrische klinieken (fpk's) en forensisch psychiatrische afdelingen (fpa's) over de toegenomen zwaarte van de problematiek van de justitiabelen waarmee deze instellingen te maken hebben. De instellingen maken zich zorgen over de spanningen die de verzwaring van de doelgroep oproept op de punten behandel- en beheersbaarheid van patiënten en werkdruk en veiligheid voor het personeel.

Dit advies richt zich op de tenuitvoerlegging van forensische zorgtitels in fpk's en fpa's. Het betreft klinische zorg, dat wil zeggen zorg waarbij een patiënt is opgenomen in een behandelvoorziening. Centraal in dit advies staat de vraag welke ontwikkelingen zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan bij fpk's en fpa's en in hoeverre deze hebben geleid tot knelpunten.

De Afdeling advisering constateert dat de stelselwijziging forensische zorg, die vanaf 2008 geleidelijk vorm heeft gekregen, er toe heeft geleid (samen met overige wet- en regelgeving, zoals de Wet Voorwaardelijke Sancties) dat veel meer justitiabelen met psychiatrische problematiek toegang vinden tot forensische zorg. Het feit dat justitiabelen veel vaker dan voorheen in zorgtrajecten worden geplaatst (in plaats van in reguliere detentie) mag als grote winst worden benoemd. De inhoudelijke regievoering en aansturing (soms tot op patiëntniveau) heeft bij behandelaren geleid tot een veel sterkere forensische oriëntatie dan voorheen.

De veranderingen in de forensische zorg hebben ook gevolgen (gehad) voor fpk's en fpa's. De Afdeling advisering concludeert dat bij de tenuitvoerlegging van forensische zorgtitels in deze instellingen problemen spelen die de behandeling van justitiabelen onder druk zetten. Deze problemen hebben enerzijds te maken met een nog niet voltooid adaptatieproces van de instellingen aan een veranderde doelgroep. Hier is het forensisch zorgveld aan zet. Anderzijds worden de knelpunten veroorzaakt door externe – dat wil zeggen buiten de competentie van de zorgprofessionals liggende – belemmeringen. Het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) is hier, als eindverantwoordelijke voor het stelsel, aan zet.

De doelgroep die thans met een forensische titel in fpk's en fpa's wordt opgenomen is veel diverser dan in het recente verleden. Het betreft justitiabelen met meer verschillende zorgtitels en andere, vaak meervoudige psychiatrische en psychosociale stoornissen. Met name de (comorbide) persoonlijkheidsproblematiek, verslaving en problemen rond lichte verstandelijke beperkingen zijn bij de veelal beperkte 'stok achter de deur' (en motivatie) en in de relatief korte opnameperiode moeilijk te beïnvloeden. De aanwezigheid van verschillende doelgroepen (qua problematiek en qua titel / rechtspositie) maakt het creëren van een eenduidig behandelklimaat voor alle patiënten bovendien geen sinecure.

Fpk's en fpa's staan voor de professionele uitdaging om de veranderde doelgroep adequate, effectieve zorg te bieden. Gezien de vaak korte en lichte titels beveelt de Afdeling advisering aan behandelingen eerder transmuraal dan alleen klinisch te organiseren. Daarnaast zijn binnen de klinische fase specifieke behandelprogramma's met een korte behandelduur nodig. Er moet geïnvesteerd worden in een hoogstaand personeels- (en arbeidsmarkt)beleid met ruime trainings- en intervisiemogelijkheden. Intensieve samenwerking met externe partners (als reclassering en detentiefunctionarissen) die de behandelingstrajecten mede bepalen is essentieel. Investeren in regionale kwaliteitsnetwerken kan het (complexe) forensische systeem verder verbeteren. Ten slotte beveelt de Afdeling advisering het forensisch zorgveld aan regionale (forensische) High Intensive Care (HIC) units te realiseren voor de meest complexe patiënten en voor crisisopvang.

Een aanzienlijk deel van de problemen ligt buiten de competentie van de professionals en de mogelijkheden van de zorgaanbieders. De procedure rond indicatiestelling en plaatsing biedt fpk's en fpa's te weinig ruimte voor goede voorbereiding en selectie van moeilijke patiënten. De Afdeling advisering beveelt het ministerie van JenV aan de instroomprocedure te verbeteren, zodat er ruimte ontstaat voor een warme overdracht, voorlichting, motivering en duidelijke afspraken bij de intake en de start van de klinische behandeling. Daarnaast wordt aanbevolen om de regelgeving aan te passen zodat klinieken meer mogelijkheden krijgen om een eenduidig behandel- en beheersklimaat te organiseren. De uitstroom naar vooral reguliere (door de gemeente of onder de Zorgverzekeringswet gefinancierde) vervolgzorg is vaak problematisch waardoor ongemotiveerde (en/of ongefinancierde) patiënten, die noodgedwongen langer in de fpk of de fpa verblijven, het afdelingsklimaat negatief beïnvloeden. Het ministerie van JenV wordt opgeroepen deze problemen bij de verantwoordelijke partijen (zoals het ministerie van VWS en zorgverzekeraars) onder de aandacht te (blijven) brengen. Ook adviseert de Afdeling advisering het ministerie te kijken naar de tarieven en de zorgen over het nieuwe aanbestedingsmodel (dat geen plaatsen reserveert maar wel opnames afdwingt). Verder vormen verschraving, personeelstekorten (vooral bij essentiële zorgdisciplines) en hoge werk- en regeldruk een bedreiging voor de zorgkwaliteit en verdienen daarom brede aandacht. Een gezond stelsel moet ook deze belemmeringen adresseren. De eindverantwoordelijke voor het stelsel, het ministerie van JenV, is hier aan zet.

Ten slotte concludeert de Afdeling advisering dat de (aangenomen maar nog in te voeren) nieuwe wetten rond forensische en verplichte zorg naar verwachting een onvoldoende oplossing zullen bieden voor de geschetste problematiek. Dit betekent dat gerichte aandacht voor de gemelde problemen (los van de implementatie van deze wetgeving) naar mening van de Afdeling advisering noodzakelijk is.

## 1 Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Aanleiding voor dit advies zijn signalen die de Afdeling advisering van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (hierna: Afdeling advisering) de afgelopen jaren heeft ontvangen vanuit het forensische zorgveld, met name van forensisch psychiatrische klinieken (fpk's) en forensisch psychiatrische afdelingen (fpa's), over de toegenomen zwaarte van de problematiek van de justitiabelen waarmee deze instellingen te maken hebben.

Fpk's en fpa's geven aan dat hun populatie de laatste jaren is veranderd, kort samen te vatten als patiënten die met zwaardere, meer complexe problematiek opgenomen zijn met (relatief) lichte titels en een beperkte behandelduur. De instellingen maken zich zorgen over de spanningen die dit oproept op de punten behandel- en beheersbaarheid van patiënten en werkdruk en veiligheid voor het personeel.

Volgens Fpk's en fpa's zijn er diverse verklaringen voor de verzwaring van hun doelgroep: de instroom van (niet-psychotische maar complexe) patiënten die zijn opgenomen onder justitiële voorwaarden en de verschuiving die heeft plaatsgevonden door ambulantisering (zowel in de forensische als in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz)), waardoor de moeilijke patiënten 'overblijven'. De indruk bestaat tevens dat de afname van het aantal tbs-opleggingen ook geleid heeft tot een verschuiving naar andere forensische titels.

### 1.2 Vraagstelling

De Afdeling advisering streeft ernaar met haar adviezen een bijdrage te leveren aan een humane en rechtvaardige tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen. In dit advies gaat het om de tenuitvoerlegging van forensische zorgtitels in fpk's en fpa's. De signalen vanuit het forensisch zorgveld worden nader verkend, eventuele knelpunten geïdentificeerd en er worden aanbevelingen gedaan. De volgende vraagstelling staat in dit advies centraal:

Welke ontwikkelingen hebben er plaatsgevonden bij forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen en hebben deze geleid tot knelpunten? Zo ja, biedt de nieuwe wetgeving (de wetten gedwongen zorg) oplossingen en wat zijn andere mogelijke oplossingsrichtingen?

### 1.3 Afbakening

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg als onderdeel van een straf of maatregel. Forensische zorg kan door de strafrechter worden opgelegd aan iemand met een stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd. Ook kan tijdens een gevangenisstraf worden toegeleid naar zorg als dat nodig blijkt.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> DJI, Informatieblad forensische zorg. Overzicht behandelinstellingen met verblijf, oktober 2017.

Dit advies richt zich op forensische zorg die in de fpa's en fpk's wordt geleverd. Het betreft klinische zorg, dat wil zeggen zorg waarbij een patiënt is opgenomen in een behandelvoorziening. De zorg die fpk's en fpa's bieden valt in beleidstermen onder de 'Overige Forensische Zorg' (OFZ), waarmee –hoewel deze benaming anders doet vermoeden– wordt bedoeld alle forensische zorg (zowel klinisch als ambulante) met uitzondering van de zorg die in de forensisch psychiatrische centra (fpc's, ook wel tbs-klinieken genoemd) wordt geboden.

Fpa's zijn regionaal gespreide afdelingen binnen ggz-instellingen, die sinds de negentiger jaren zijn opgericht om forensische patiënten psychiatrische behandeling te bieden en vooral ook de doorstroom naar de reguliere zorg te bevorderen. Tijdens de psychiatrische behandeling in de fpa's wordt toegewerkt naar terugkeer in de maatschappij en krijgen patiënten ondersteuning bij het vinden van werk, woning en/of dagbesteding. De behandeling vindt plaats met een gemiddeld beveiligingsniveau (niveau 2). Forensische verslavingsafdelingen (fva's) zijn vergelijkbare afdelingen, maar zijn gericht op de behandeling van verslaafde justitiabelen. Er zijn 15 fpa's (en 2 fva's) in Nederland.<sup>2</sup>

Fpk's zijn grotere klinieken met een hoger beveiligingsniveau (niveau 3), waardoor ernstiger ontregelde of vluchtgevaarlijke patiënten kunnen worden behandeld. De kliniek biedt een intensieve behandeling in een hoog beveiligde omgeving, die is gericht op het verminderen van delictgevaarlijkheid. Het doel is dat iemand op een veilige manier resocialiseert. Anders dan in fpa's kunnen in fpk's ook patiënten worden behandeld die met tbs met dwangverpleging opgelegd hebben gekregen. Forensische verslavingsklinieken (fvk's) zijn gericht op patiënten met verslavingsproblematiek. Er zijn 7 fpk's en 3 fvk's.

Zowel op fpa- als op fpk-beveiligingsniveau zijn enkele afdelingen / klinieken speciaal gericht op Sterk Gedragsgestoorde, Licht Verstandelijk Gehandicapte patiënten (SGLVG).

Zowel in fpa's als in fpk's kunnen ook patiënten zonder een forensische zorgtitel worden opgenomen. Het betreft ggz-patiënten die meestal op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in de reguliere ggz zijn opgenomen maar voor wie het beveiligingsniveau en/of het beheersingsklimaat van een fpk of fpa geïndiceerd is.

Om pragmatische redenen hebben wij ons in dit advies beperkt tot de instellingen waarvan signalen werden ontvangen: de fpa's en fpk's. De Afdeling advisering realiseert zich dat de ontwikkelingen in de forensische zorg (zie hierna) ook in andere segmenten van de OFZ tot knelpunten kunnen hebben geleid. De omvang van het forensisch zorgveld, met de verschillende soorten zorg en begeleiding die daarbinnen aan uiteenlopende doelgroepen worden geboden, is echter te groot om in een enkel advies te behandelen. Dit is de reden dat forensische zorg die wordt geleverd in fva's en fvk's, in afdelingen en klinieken speciaal gericht op SGLVG-

---

<sup>2</sup> DJI, Informatieblad forensische zorg. Overzicht behandelinstellingen met verblijf, oktober 2017.

problematiek, door forensische poliklinieken en door FACT<sup>3</sup>-teams buiten het bestek van dit advies vallen. Hetzelfde geldt voor de begeleiding en bescherming die wordt geboden in forensische RIBW's (Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen). Hoewel ook is gesproken met een vertegenwoordiger van een forensische RIBW, een forensische polikliniek en een fvk, hebben wij onvoldoende inzicht in de representativiteit van de door hen genoemde problemen. Ook de forensische zorg binnen detentie (zowel binnen de Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's) als 'ambulant' geleverd in detentie door de ggz) wordt niet behandeld, maar zal in een apart advies worden geadresseerd.<sup>4</sup>

#### **1.4 Werkwijze**

Over een periode van ongeveer twee jaar<sup>5</sup> is met diverse stakeholders (zie bijlage 1) in het forensisch veld gesproken. Primair is gesproken met, of schriftelijke input gevraagd van, medewerkers en bestuurders van fpk's en fpa's. Ook hebben (reguliere) werkbezoeken aan verschillende fpk's en fpa's plaatsgevonden waarbij de ontvangen signalen aan de orde zijn gekomen. Deze informatie is in het adviestraject mede gewogen via gesprekken met relevante beleidsmakers van het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV), de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), en getoetst aan beleidsnota's en beschikbare onderzoeksgegevens.

Daarnaast heeft een beperkte cijfermatige analyse plaats gevonden van ontwikkelingen binnen de OFZ en specifiek bij fpk's en fpa's (er is informatie opgevraagd bij de Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)).

---

<sup>3</sup> Forensisch FACT staat voor Forensisch Functie/Flexibel Assertive Community. Hierbij levert een ambulant werkend multidisciplinair team alle zorg en behandeling aan forensisch psychiatrisch patiënten, daar waar ze wonen en werken. [www.f-actnederland.nl/f-act-forensisch/](http://www.f-actnederland.nl/f-act-forensisch/). Forensisch FACT is op dit moment het dominante model van flexibele, outreachende ambulante zorg aan forensische patiënten met complexe psychiatrische problematiek.

<sup>4</sup> Dit onderwerp komt aan de orde in een medio 2018 te verschijnen RSJ-advies over gedetineerden met psychische problematiek.

<sup>5</sup> De totstandkoming van dit advies heeft wegens omstandigheden enige tijd stil gelegen. De doorlooptijd bedraagt hierdoor ongeveer twee jaar.



## 2 Context

In dit advies beziet de RSJ de knelpunten die fpa's en fpk's in de praktijk ervaren mede in het licht van de veranderingen die sinds 2008 in het stelsel van de forensische zorg zijn doorgevoerd. Hieronder volgt een korte schets van de voor dit advies meest relevante (historische) ontwikkelingen die in het forensische zorgveld sinds 2008 zijn ingezet en die van invloed zijn geweest op de populaties van forensische zorginstellingen.

### 2.1 Vernieuwing van de forensische zorg sinds 2008

In 2008 heeft het (toenmalige) ministerie van Justitie de financiering van, maar vooral ook de regie over de zorg in strafrechtelijk kader (m.u.v. de tbs, die al onder de regie van het ministerie van Justitie viel) overgenomen van het ministerie van VWS. Hiermee werd vooral beoogd de problemen met forensische zorg (nl. onvoldoende samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen) binnen en aansluitend aan detentie op te lossen, zoals die onder andere in de Eerste Kamer<sup>6</sup> waren geadresseerd. In 2007 werden de middelen voor de forensische zorg van de begroting van de minister van VWS overgeheveld naar het ministerie van Justitie. Daarmee nam Justitie zelf de verantwoordelijkheid op zich voor de capaciteit en inkoop, de indicatiestelling en plaatsing en van de tarifiering en de bekostiging van de forensische zorg. Per 1 januari 2008 is de sectordirectie tbs van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) getransformeerd in de nieuwe Directie Forensische Zorg (DForZo), inmiddels Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen (ForZo/JJI) genaamd. Deze directie is onder meer verantwoordelijk voor de inkoop van forensische zorg in strafrechtelijk kader.

Met het programma Vernieuwing Forensische Zorg (VFZ) heeft Justitie vervolgens de stelselwijziging, die uiteindelijk in de Wet forensische zorg (Wfz) is verankerd, vormgegeven.

Samen met enkele andere beleidswijzigingen (o.a. het Programma Justitiële Voorwaarden, de Wet voorwaardelijke sancties, het Interimbesluit forensische zorg<sup>7</sup>) heeft deze stelselwijziging geleid tot een sterke toename van het aantal justitiabelen dat in het kader van het vonnis ambulante of klinische behandeling of begeleiding (al dan niet in combinatie met beschermd wonen) opgelegd heeft gekregen. Als gevolg van deze ontwikkelingen kregen forensische zorginstellingen te maken met een beduidend grotere variëteit aan forensische zorgtitels dan voorheen. Hierover in hoofdstuk 3.2.2 van dit advies meer.

### 2.2 Ontwikkelingen in de overige forensische zorg (OFZ)

Sinds 2008 is er veel veranderd in het segment overige forensische zorg, waaronder de klinische forensische zorg die fpk's en fpa's leveren. Het betreft een dynamisch beleidsterrein dat te maken heeft gehad met capaciteitsaanpassingen (afbouw hoog beveiligde plaatsen, opbouw ambulant en laag beveiligde plaatsen) en met nieuwe

<sup>6</sup> *Motie Van de Beeten (2004), Kamerstukken I 2003/2004, 28 979, nr. E.*

<sup>7</sup> *Vooruitlopend op de definitieve invoering van de Wet forensische zorg (fz) dient het Interimbesluit forensische zorg als wettelijke basis voor het huidige forensische zorgstelsel. In het Interimbesluit is het aantal titels waarop forensische zorg kan worden verleend uitgebreid.*

wetgeving.

In de eerste helft van de afgelopen 10 jaar (2008-2013) heeft een sterke uitbreiding plaatsgevonden van alle segmenten van de OFZ. Het aantal gecontracteerde klinische bedden (grotendeels fpk- en fpa-bedden) verdubbelde van 608 in 2008 tot 1224 in 2013<sup>8</sup>, waarna voor dat segment (beveiligingsniveau 2 en 3) een stabilisatie plaatsvond op het niveau van 2013. Inmiddels (cijfers 2015) zijn er 423 fpa en 273 fpk plaatsen in functie.<sup>9</sup> Het hele segment OFZ groeide na 2013 nog wel door: het totaal aantal forensische zorgplaatsingen (klinisch, beschermd wonen, ambulante)<sup>10</sup> steeg van 14.900 in 2013 naar 21.300 in 2016. Deze stijging is met name veroorzaakt door een sterke uitbreiding van RIBW-plaatsen (van 369 in 2012 naar 1172 in 2016) en een uitbreiding van de ambulante zorg.<sup>11</sup>

In 2014 liet het ministerie van JenV onderzoek<sup>12</sup> doen naar de oorzaken van de oplopende vraag naar OFZ-capaciteit. Uit dit onderzoek volgde de conclusie dat de toegenomen vraag veroorzaakt werd door:

- Verbetering van het aanbod van forensische zorg en de ontsluiting hiervan: dit heeft ertoe geleid dat meer justitiabelen in de forensische zorg geplaatst zijn.
- De invoering van de Wet voorwaardelijke sancties in 2012: dit heeft geleid tot een groter aantal vonnissen met forensische zorg als voorwaarde.
- Het beleid 'GGz tenzij' binnen detentie heeft geleid tot een kleine stijging in de uitstroom naar de OFZ.
- In het kader van de Voorwaardelijke Invrijheidsstelling (VI) is er een tendens om vaker (met name klinische) zorg als bijzondere voorwaarde op te leggen.
- Een veranderende instroom in de strafrechtsketen, mede als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen zoals versoering van maatschappelijke voorzieningen, ambulantisering ggz en eigen bijdrage in de ggz. Hierdoor is het risico groter geworden dat mensen 'afglijden', in de criminaliteit belanden en met multiproblematiek de strafrechtsketen instromen.
- Een verschuiving van tbs met dwangverpleging naar tbs-met voorwaarden en een toename van voorwaardelijke beëindigingen (met zorg als voorwaarde). In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de effecten van de veranderingen in het tbs-veld op de OFZ.

De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) constateerde in de Marktscan Forensische zorg 2016<sup>13</sup> dat vooral in de lager beveiligde forensische zorg het aanbod verandert. Er is sprake van een verschuiving naar meer ambulante zorg en lichtere vormen van forensische zorg. Dit sluit aan bij het in de 'Meerjarenovereenkomst forensische

<sup>8</sup> DJI, *Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014-2017*, 16 augustus 2013, p. 12.

<sup>9</sup> DJI in getal 2011-2015 (2016) respectievelijk 2012-2016 (2017).

<sup>10</sup> DJI geeft vanaf 2013 het totaal aantal forensische plaatsingen in de OFZ weer. De plaatsingen zijn niet uitgesplitst naar klinisch, ambulante en beschermd wonen.

<sup>11</sup> DJI, *Forensische zorg in getal 2012-2016* (2017).

<sup>12</sup> Significant, *Vraagontwikkeling OFZ. Onderzoek naar de oorzaken van de stijging naar de vraag van Overige Forensische Zorg*, 22 september 2014.

<sup>13</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, *Marktscan Forensische zorg 2016*, augustus 2017.

zorg 2013-2017' overeengekomen beleid om patiënten zo veel mogelijk via lichtere vormen van zorg en beveiliging te behandelen.<sup>14</sup>

### 2.3 Veranderingen in het tbs-veld

Ook de tbs-sector was de afgelopen jaren in beweging. Een aantal ontwikkelingen met betrekking tot de forensische zorgtitel 'tbs (terbeschikkingstelling) met dwangverpleging' heeft ook een effect gehad op de OFZ, waaronder de klinische forensische zorg die in fpa's en fpk's wordt geleverd.

Aan het eind van het eerste decennium van deze eeuw was sprake van een sterk opgelopen duur van de tbs-behandeling naar ruim 10 jaar (bij het cohort 1998 en 1999). Een risicomijdend verlop- en verlengingsbeleid was hier in sterke mate debet aan.<sup>15</sup> Het aantal oplettingen van tbs met dwangverpleging nam na een piek van meer dan 200 oplettingen in 2004<sup>16</sup> fors af, waarbij de verminderde 'populariteit' van de maatregel zeker een rol speelde. Vanaf 2012 bleef het aantal oplettingen tamelijk stabiel op een relatief laag niveau: van 115 oplettingen in 2012 naar 98 oplettingen in 2016. Na jaren van groei is daarmee ook de behoefte aan tbs-dwangplaatsen na 2010 afgenomen: de gemiddelde capaciteit van fpc's is teruggelopen van 2156 plaatsen in 2010 (de piek) tot 1491 in 2016.<sup>17</sup>

De afname van het aantal patiënten met tbs-met dwangverpleging impliceert dat (een deel van) deze justitiabelen met een andere forensische zorgtitel op een andere plek dan een fpc in de forensische zorg terecht komt, bijvoorbeeld in de fpk's en fpa's.

Het aantal oplettingen van tbs met voorwaarden is sinds 2010 (37) eerst toegenomen maar in de periode 2012- 2016 vrij stabiel gebleven: rond de 70 oplettingen per jaar.<sup>18</sup> De toename van het aantal oplettingen van tbs met voorwaarden drukt op de OFZ. Door de verlengde (maximale) duur van de maatregel kunnen patiënten namelijk ook langer op grond van deze titel in de OFZ verblijven.

Desondanks vormen de afname van tbs met dwangverpleging en de toename van het aantal oplettingen van tbs met voorwaarden getalsmatig slechts in zeer beperkte mate een verklaring voor de sterke toename van het totale segment OFZ. De (klinische) OFZ is nauwelijks gegroeid door een substitutie van tbs met dwangverpleging naar overige forensische zorg. De groei van de OFZ is vooral veroorzaakt door een toename van andere (voor de OFZ deels nieuwe) groepen justitiabelen die forensische zorg krijgen opgelegd.

---

<sup>14</sup> *Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013-2017.*

<sup>15</sup> *Er zijn de afgelopen jaren verschillende initiatieven en afspraken (Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2018, Taskforce behandelduur tbs, Manifest van Lunteren) ingezet om de behandelduur in de tbs te beperken en het vertrouwen (van met name de advocatuur en de rechterlijke macht) in de tbs-maatregel terug te brengen. De gezamenlijke inspanningen hebben er toe geleid dat de gemiddelde behandelduur in de tbs inmiddels is gedaald van 10 naar ruim onder de 8 jaar. Uit DJI, Forensische zorg in getal 2012-2016 (2017) blijkt dat de meest recente meetwaarde op basis van instroomcohorten uitkomt op een duur van minder dan acht jaar (instroomcohort 2007 en 2008: mediaan in jaren = 7,5 respectievelijk 7,2 jaren).*

<sup>16</sup> *De piek in het aantal oplettingen ligt in 2004 met 226 oplettingen. DJI, Tbs in getal 2008 (2009).*

<sup>17</sup> *DJI, Forensische zorg in getal 2012-2016 (2017) respectievelijk 2010-2014 (2015).*

<sup>18</sup> *DJI, Forensische zorg in getal 2012-2016 (2017) respectievelijk 2010-2014 (2015).*

## 3 Bevindingen

### 3.1 Algemene bevindingen

Over het algemeen kan gesteld worden dat de personen met wie gesproken is in het kader van dit advies positief zijn over de transitie die het afgelopen decennium in de forensische zorg heeft plaatsgevonden. Men is van oordeel dat het ministerie van JenV (toen nog Justitie) na de overheveling van middelen en bevoegdheden betreffende de forensische zorg deze sector voortvarend ter hand heeft genomen en dat de kwaliteit van en de professionaliteit in de forensische zorg sindsdien zijn verbeterd. Het aanvankelijke verzet (o.a. bij GGZ Nederland) vanwege de gevreesde risico's van overheveling van een zorgportefeuille naar een ministerie dat primair gericht is op veiligheid, was snel verdwenen.

Met name de overige forensische zorg kreeg onder leiding van de beleidsdirectie Forzo/JJI te maken met een kwantitatieve en kwalitatieve impuls. De capaciteitsproblemen, die leidden tot wachttijden en tot problemen rond plaatsing in de forensische zorg, werden op basis van strikte vraagsturing en een goed onderbouwd contracterings- en inkoopbeleid aangepakt. Dit heeft geleid tot de eerder genoemde uitbreiding van klinische en ambulante forensische voorzieningen en forensische RIBW-plaatsen. Hierdoor hebben veel meer forensische patiënten toegang gekregen tot forensische zorg (vaak in plaats van "kale" detentie). Parallel hieraan werden tal van maatregelen genomen die zijn gericht op het borgen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Dit gebeurde deels als voorwaarde bij de zorginkoop (o.a. via de prestatie-indicatoren), maar ook via het stimuleren van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en het Expertise Centrum Forensische Zorg (EFP). Via specifieke kwaliteitsprojecten als "De Ideale FPA"<sup>19</sup> en door het ontwikkelen van evidence based zorgprogramma's werd de sector inhoudelijk ondersteund. Veel is ook geïnvesteerd in het proces van zorgtoewijzing ("de juiste patiënt op de juiste plaats") met tijdige, onafhankelijke indicatiestelling en plaatsing, digitaal ondersteund door het zogenaamde Ifzo -systeem.<sup>20</sup>

De nadruk op de forensische aspecten van de zorg, zoals het taxeren van delictrisico's, het beleid gericht op risicoreductie en veiligheid en de nauwe samenwerking met de reclassering, is inmiddels breed geaccepteerd. Wel worden met enige regelmaat kanttekeningen geplaatst bij de dominante positie van JenV met betrekking tot alle aspecten van zorgverlening (van contractering, inkoop, tarifiering en afrekening tot individuele zorgbeslissingen).

Hoewel medewerkers en bestuurders van fpk's en fpa's over het algemeen positief oordelen over de veranderingen in de forensische zorg van de afgelopen tien jaar, ervaren zij tegelijkertijd knelpunten die mogelijk ten koste kunnen gaan van de kwaliteit van en de veiligheid in de forensische zorg. Hierna wordt ingegaan

<sup>19</sup> Het FPA/FPK directieberaad heeft in 2011 het visiedocument 'De ideale FPA' opgesteld. Hierin zijn kwaliteitsambities geformuleerd die als kader dienen voor het werken aan verbeteringen. Door het benchmarken van behaalde resultaten, is het de bedoeling dat FPA's meer van elkaar gaan leren. Zie GGZ Nederland, *Betere zorg, veiliger samenleving. Visiedocument forensische zorg, 2013/397*, p. 20.

<sup>20</sup> Het Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo) ondersteunt het totale proces van forensische zorg; van het invoeren van een indicatiestelling tot en met plaatsing bij een gecontracteerde zorginstelling die beschikt over een passend zorgaanbod. <https://www.forensischezorg.nl/indicatiestelling-plaatsing/indicatiestelling/systemen/ifzo>

op de (onderling nauw samenhangende) knelpunten die in dit adviestraject zijn geïdentificeerd.

## **3.2 Knelpunten naar thema**

### **3.2.1 De complexiteit van de psychiatrische problematiek**

Sinds de stelselwijziging forensische zorg die in 2008 is gestart, hebben fpk's en fpa's steeds meer te maken gekregen met een grote verscheidenheid aan (moeilijk behandelbare) stoornissen en problemen, vaak ook gecombineerd voorkomend. Voor die tijd waren de fpa's vooral gericht op psychotische patiënten, die veelal op grond van artikel 37 Wetboek van Strafrecht<sup>21</sup> werden opgenomen of anderszins de overstap vanuit detentie naar de ggz moesten maken (bijv. in verband met detentieongeschiktheid). Een minderheid betrof tbs-patiënten (ook veelal met een schizofrene stoornis) met transmuraal verlof en crisisplaatsingen vanuit penitentiaire inrichtingen. Fpk's hadden daarnaast ook (vooral psychotisch kwetsbare) tbs gestelden met dwangverpleging die gefaseerd naar minder beveiligde plekken in het forensisch zorgveld doorstroomden en vaak al een lange behandeling in het fpc hadden ondergaan. Door het hogere zorg- en beveiligingsniveau zijn fpk's toegerust voor forensische patiënten met een hogere beveiligingsbehoefte.

Problematische patiënten worden volgens medewerkers en bestuurders van fpk's en fpa's vooral gekenmerkt door een stapeling van - deels samenhangende - psychiatrische en psychosociale problematiek. Er is eerder sprake van 'triple' dan 'double trouble', met verschillende combinaties van psychotische stoornissen, ernstige persoonlijkheidsstoornissen, verslaving aan of misbruik van verschillende middelen en een licht verstandelijke beperking (LVB), gekoppeld aan ernstig en langdurig sociaal disfunctioneren (dakloosheid, schuldenproblematiek, criminaliteit).

Daarnaast is er vaak een beperkte motivatie tot (en inzet voor) verandering, zowel door de negatieve ervaringen met hulpverlening en instanties als door de recente detentie-ervaring. Hoewel harde cijfers ontbreken, is dit een ontwikkeling die door de betreffende instellingen steeds naar voren wordt gebracht en breed wordt herkend. Gemeld wordt dat ook de bijkomende (psychosociale) problematiek, zoals schulden en huisvestingsproblematiek, de laatste jaren is toegenomen. In hoeverre veranderingen in maatschappelijke opvang, financieringsregelingen (eigen bijdrages) en minder mogelijkheden voor dagbesteding hierbij een rol spelen is onvoldoende duidelijk en valt buiten het bestek van dit advies.

Naast hun forensische functie hebben de fpa's vaak een rol gekregen in de opvang en behandeling van in de reguliere GGZ moeilijk beheersbare patiënten zonder strafrechtelijke titel (vaak met een BOPZ-machtiging). Mogelijk is er een toename van deze groep in de forensische zorg door de beddenreductie in de GGZ. Ook uit- en doorstroom van deze patiënten is problematisch, zodat ze vaak te lang op een afdeling blijven.

---

<sup>21</sup> (Straf)rechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis

De sector heeft medio 2017<sup>22</sup> de zorgen over (onder meer) de zwaarte van de doelgroep onder de aandacht van de Tweede Kamer gebracht. GGZ Nederland zegt hierover: "Als gevolg van de ambulantisering en de verkorting van de behandelduur is de problematiek van de groep patiënten die in (klinische) forensische zorg verblijft steeds zwaarder. Waar voorheen afdelingen een mix waren van lichte en zwaardere gevallen, blijven nu vooral de zware gevallen over. Dit heeft zijn effecten op het behandelmilieu en de druk die op medewerkers wordt gelegd".

### *Differentiatie blijkt lastig*

Een bijkomend probleem is dat het voor met name de fpa's - ondanks toegenomen omvang - niet of slechts beperkt mogelijk is om te differentiëren naar bijvoorbeeld psychotisch of anderszins kwetsbaren en patiënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Patiënten met verschillende soorten problematiek verblijven gezamenlijk op afdelingen; dit is vaak nadelig voor het behandel- en beheersklimaat. Er wordt veelal gewerkt met afdelingen die zijn ingericht op basis van risiconiveau met een bijbehorende structuur. De patiënt gaat tijdens zijn verblijf door een aantal units heen (vaak te starten op de opname-unit) en krijgt - als de behandelingsresultaten goed zijn en afhankelijk van de forensische zorgtitel - steeds meer vrijheden en zelfstandigheid. Differentiatie naar problematiek ligt niet voor de hand omdat dit zich slecht verhoudt tot het principe van regionale plaatsing.

### *Delictzwaarte*

De toegenomen zwaarte van de doelgroep wordt door de fpk's en fpa's niet direct toegeschreven aan een toegenomen delictzwaarte bij de populatie. Tegelijkertijd wordt in sommige instellingen aangegeven dat men de indruk heeft dat de rechter voor 'tbs-waardige' delicten lichtere titels en daarmee lichtere vormen van zorg oplegt. Het is niet vast te stellen of (en zo ja hoeveel) justitiabelen die voorheen een tbs-dwangmaatregel opgelegd kregen, nu -vanwege het gedaalde aantal opleggingen van deze maatregel (zie 2.3)- met een lichtere vorm van forensische zorg in een fpk of fpa verblijven. Wel is duidelijk dat de nieuwe groepen die zijn ingestroomd meer spreiding in de delictpatronen vertonen dan voorheen (bijvoorbeeld verwervingscriminaliteit door verslaafde veelplegers door toename van het aantal patiënten met een ISD-maatregel (zie hierna)).

### **3.2.2 Titelgerelateerde problematiek**

Een tweede patiëntgebonden bron van zorg is volgens de ondervraagden gerelateerd aan de justitiële titels waarmee patiënten zijn opgenomen. De betrokken instellingen ondervinden behandel- en beheersproblemen die te maken met de diversiteit aan titels en de duur van de titels. Daarnaast worden specifieke problemen gemeld met betrekking tot de fasering<sup>23</sup> die plaatsvindt in de tbs.

<sup>22</sup> Met het oog op het AO tbs op 22 juni 2017 stuurde GGZ Nederland op 13 juni 2017 een brief aan de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van de Tweede Kamer.

<sup>23</sup> Bij de tbs-behandeling vindt het verlof gefaseerd plaats: begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof, proefverlof. Zie [www.tbsnederland.nl](http://www.tbsnederland.nl).



### *Diversiteit aan titels*

Fpk's en fpa's hebben te maken met vele (forensische) zorgtitels:

- patiënten die op grond van art. 37 Sr (strafrechtelijke machtiging) zijn geplaatst;
- patiënten met een civielrechtelijke machtiging op grond van de Wet Bopz;
- patiënten met de titel (ex-) tbs met dwangverpleging (incl. tbs met transmuraal of proefverlof en voorwaardelijke beëindiging tbs);
- plaatsingen vanuit het gevangeniswezen naar forensische zorginstellingen (artikel 15 lid 5 (detentieongeschiktheid), 43.3 Pbw (overbrenging voor behandeling vanuit het gevangeniswezen gedurende de laatste detentiefase), de maatregel Inrichting Stelselmatige daders (ISD)<sup>24</sup> en de voorwaardelijke ISD;
- titels met zorg als voorwaarde bij een rechterlijke beslissing. Voorbeelden hiervan zijn de tbs met (klinische zorg als) voorwaarden, voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr), schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv) en voorwaardelijke invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr).

De betrokken instellingen hebben in de afgelopen jaren meer dan voorheen te maken gekregen met justitiabelen met voorwaardelijke sancties en met een ISD-maatregel. Daarnaast kregen ze ook vaker te maken met met Bopz-patiënten die in de reguliere ggz niet te handhaven zijn. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van het aantal plaatsingsbesluiten in fpk's en fpa's per forensische zorgtitel over de jaren 2015 t/m 2017. Het overzicht bevestigt de grote instroom van patiënten uit de eerste twee categorieën (justitiabelen met voorwaardelijke sancties en met de ISD-maatregel).

De toegenomen diversiteit aan (forensische) zorgtitels gaat gepaard met sterk verschillende rechtsposities. Mede door de sterk gevarieerde psychiatrische problematiek (die een individuele aanpak vraagt) is het creëren van een eenduidig en helder behandel- en beheersklimaat ingewikkeld geworden.

De interne rechtspositie van de patiënten die onder justitiële voorwaarden (incl. ISD met voorwaarden) zijn opgenomen wordt bepaald door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze wet benadrukt vooral de individuele rechten van betrokkene en biedt, anders dan via overleg en instemming, weinig ruimte voor beperkende en op beheersing gerichte maatregelen.

Bij andere justitiële titels is de Wet Bopz geheel (art 37Sr) of gedeeltelijk van toepassing (dit laatste bij tbs met transmuraal of proefverlof, tbs met voorwaarden en bij tbs met voorwaardelijke beëindiging, bij ISD of bij observatieplaatsing (art. 196 Sv). De Wet Bopz laat ruimte voor beperkende maatregelen, echter uitsluitend

---

<sup>24</sup> Het doel van de ISD-maatregel is tweeledig. De eerste doelstelling ziet op het bevorderen van de veiligheid van de maatschappij door het voor langere tijd opsluiten van zeer actieve veelplegers. De tweede doelstelling betreft het bewerkstelligen van gedragsverandering en de beëindiging van de recidive van de verdachte. Met de maatregel wordt beoogd de vicieuze cirkel van vastzitten, vrijkomen en terugvallen te doorbreken. Het is met name bedoeld als 'allerlaatste kans voorziening'. De maatregel is dan ook bestemd voor de zwaarste groep veelplegers. Zie <https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/ISD/isd-maatregel/>.

via het individuele behandelingsplan.

Detentieplaatsingen gelden vooral als vervangende detentie, waarbij voor de interne rechtspositie de WGBO van toepassing is. Bij veel (behandelgebonden) beslissingen zijn externe instanties (mede)verantwoordelijk (zie verderop in paragraaf 3.2.2).

Het verschil in handelingsbevoegdheden maakt het behandel- en beheersklimaat complex en kan leiden tot situaties die door patiënten als onbegrijpelijk en/of onrechtvaardig kunnen worden ervaren.

In de praktijk werken fpk's en fpa's vaak met een (intern) overzicht voor het personeel waarin is aangegeven welke gevolgen een bepaalde (forensische) zorgtitel heeft voor interne rechtspositie, vrijheden op de afdeling, hoe te handelen bij ontslagwensen, recidive gevaar, welke procedure te volgen bij separeren, hoe te handelen bij ontvluchting en waar de eindverantwoordelijkheid ligt. De sector heeft aangedrongen op invoering van (sectorbrede) forensische huisregels die kunnen zorgen voor meer uniforme behandel- en beheersregels (bijvoorbeeld consequenties bij overtreding op het gebied van middelengebruik, diverse vormen van destructief gedrag etc.). Rechtspositionele argumenten verhinderen fpk's en fpa's soms de benodigde beveiligingsmaatregelen door te voeren, aldus GGZ Nederland.<sup>25</sup> De toenmalig staatssecretaris van VenJ zegde toe de invoering van forensische huisregels mogelijk te maken. Hiervoor is een wijziging van het Besluit rechtspositieregelen Bopz nodig.<sup>26</sup>

Vooralsnog gelden echter de uit de Wet Bopz en WGBO voortkomende individuele rechten en plichten. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft in het kader van onderhavig adviestraject nogmaals benadrukt dat zij daar ook nadrukkelijk op toetst.

In 2016 deed de Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) een incidentenonderzoek naar aanleiding van berichtgeving in de media over mogelijke misstanden bij een fpk. De IJenV concludeerde onder andere dat de diversiteit aan verschillende verblijftitels en ziektebeelden van cliënten per afdeling de begeleiding complex maakt.<sup>27</sup>

### *Lichte en/of korte titels*

Waar forensische behandeling vaak geholpen wordt door de zogenaamde 'stok achter de deur' is hier nauwelijks sprake van als:

- de titel binnen enkele weken tot maanden afloopt (wat vaak het geval is na uitplaatsing uit een PPC). Vaak is de stoornis nog wel zodanig dat klinische behandeling wenselijk is, maar de (ongemotiveerde) patiënt kan de tijd "uitzitten". Ook komt al heel snel de problematiek van uitstroom op de voorgrond (zie 2.2.4)

<sup>25</sup> Brief 'AO tbs en forensische zorg' van GGZ Nederland aan de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van de Tweede Kamer der Staten- Generaal, 13 juni 2017.

<sup>26</sup> JenV heeft laten weten dat er momenteel (medio maart 2018) besluitvorming over de voorgestelde wijziging van het Besluit rechtspositieregelen Bopz plaatsvindt.

<sup>27</sup> Brief van de staatssecretaris van VenJ aan de Tweede Kamer: "Voorlopige bevindingen Inspectie Veiligheid en Justitie over De Woenselse Poort", 14 oktober 2016.



- de titel te licht is / de strafdreiging bij overtreding van regels of voorwaarden nihil is.

Een groep waarbij de beperkte duur van de titel een rol speelt, betreft patiënten met een ISD-maatregel. Instellingen geven aan dat patiënten met een ISD-maatregel een moeilijk te behandelen groep vormen gezien de ernst van de problematiek en de beperkte duur van de extramurale fase.<sup>28</sup> Deze patiënten veroorzaken vaak problemen op de afdeling (met name verbale en fysieke agressie). Ook met patiënten die geplaatst zijn op grond van artikel 15.5 Pbw (detentieongeschiktheid) is de ervaring dat de termijn om iets met de patiënt te bereiken door middel van behandeling of resocialisatie vaak erg kort is.

Een groep waarbij volgens de instellingen vaak sprake is van een (relatief) te lichte titel betreft de patiënten met tbs met voorwaarden. Medewerkers en bestuurders van fpk's en fpa's zeggen vaker dan voorheen met patiënten met deze justitiële titel te maken hebben en de indruk te hebben dat er thans zwaardere problematiek dan vroeger onder deze titel schuilt. De verruiming van de criteria voor oplegging en de verlenging van de maximale duur van de maatregel in 2009 kunnen hierbij een rol hebben gespeeld.

Bij patiënten met de maatregel tbs met voorwaarden spelen soms problemen met betrekking tot het conformeren aan voorwaarden. Deze groep patiënten vertoont vaak berekenend gedrag en zoekt de grenzen van de afspraken op. Het overtreden van voorwaarden leidt vervolgens niet altijd tot een omzetting in tbs met dwangverpleging. In de praktijk betekent deze maatregel veel regelgeving, administratie en overlegtijd.

Het is niet aan te tonen of (en zo ja hoeveel) justitiabelen die voorheen een tbs-dwangmaatregel opgelegd kregen, nu tbs met voorwaarden of een andere lichtere vorm van forensische zorg opgelegd krijgen. De cijfers (zie hoofdstuk 2.2) laten echter zien dat de verschuiving van tbs met dwangverpleging naar tbs met voorwaarden in absolute aantallen niet heel groot is (opleggingen tbs dwang in 2011 t/m 2015 van 111 naar (minimaal) 95; tbs met voorwaarden van 57 naar 70).

### *Invloed externe partijen*

Het vrijheden-, verlov en ontslagbeleid wordt – afhankelijk van de forensische zorgtitel- in verschillende mate door externe partijen (mede) bepaald. Het gaat om het gevangeniswezen (de penitentiaire inrichting (PI) van herkomst, soms in samenwerking met de officier van justitie), de reclassering en het fpc. Dit kan de behandeling vertragen, bijvoorbeeld als de PI toestemming moet geven voor het uitbreiden van vrijheden of voor verlov en het maanden duurt voordat er toestemming komt voor vervolgstappen. In sommige gevallen krijgt de instelling geen toestemming van de PI. Ook worden visieverschillen rond terugval in middelengebruik gemeld: waar behandelaren een beperkte terugval veelal zien als normaal onderdeel van een behandel- of resocialisatieproces, kan de PI daaraan

<sup>28</sup> De totale duur van de ISD-maatregel is met twee jaar aanzienlijk. De intramurale fase (in een penitentiaire inrichting) neemt echter het grootste deel van deze tijdsduur in beslag. De extramurale fase vindt plaats buiten de penitentiaire inrichting, bijvoorbeeld in de forensische ggz.

consequenties verbinden zoals intrekken van vrijheden, terugplaatsing, etc). Behandelaren ervaren in dit soort gevallen weinig vertrouwen in hun professioneel oordeel. Intensief overleg met de PI of met eindverantwoordelijk fpc is dan essentieel voor een goed behandelbeloop.

Meer in het algemeen speelt dat de verwachtingen en eisen ten aanzien van recidivereductie onder invloed van de sturing door JenV bij zowel beleidsmakers als behandelaren duidelijk toegenomen zijn. Deze verwachtingen staan op gespannen voet met de vaak korte behandelduur en het beperkte dwangkader en leggen een druk op behandelaren. Gezien het feit dat er veelal sprake is van chronische problematiek, kan een kortdurende (klinische) behandeling slechts een belangrijke bijdrage aan recidivebeperking leveren als deze gevolgd wordt door voldoende intensieve nazorg (begeleiding / toezicht), zo geven behandelaren en afdelingsmanagement aan.

#### *Fasering tbs*

Een kleinere en van oudsher bekende groep patiënten voor fpk's en fpa's betreft tbs-gestelden met dwangverpleging die gefaseerd vanuit fpc's naar minder beveiligde plekken in het forensisch zorgveld doorstromen. Deze groep patiënten is vaak langere tijd intensief behandeld in een fpc en voor hen geldt een duidelijke fasering en verantwoordelijkheidsverdeling (en terugkeergarantie naar de fpc indien er sprake is van terugval).

Deze groep zorgt op zich niet voor (nieuwe) behandelproblemen voor forensische instellingen. Wel wordt als problematisch ervaren dat er (door de tbs-verlengingsrechter) vaker dan vroeger besloten wordt om in de eindfase van de tbs met dwangverpleging snelle voortgang af te dwingen, bijvoorbeeld door de fase van proefverlof over te slaan en direct over te gaan tot voorwaardelijke beëindiging. Zowel fpc's als reclassering, maar ook fpk's en fpa's benoemen het ontbreken van een 'ordentelijke' fasering als onwenselijk, omdat het vaker leidt tot terugval of behandelcomplicaties.

### **3.2.3 Problemen rondom indicatiestelling en plaatsing**

Sinds de stelwijziging zijn indicatiestelling en plaatsing binnen de forensische zorg een verantwoordelijkheid van het ministerie van JenV. Indiciestelling vindt onafhankelijk van zorgaanbieders en van de afdeling zorginkoop van ForZo/JJI plaats.<sup>29</sup> Hetzelfde geldt voor de plaatsing. Hiermee heeft het ministerie vooral beoogd te zorgen voor een vraaggericht aanbod van zorg. Beïnvloeding of aanpassing van de vraag aan het al bestaande zorgaanbod moet hiermee worden voorkomen.

Plaatsende instanties, in het geval van klinische OFZ de Divisie Individuele Zaken (DIZ, onderdeel van DJI), zoeken op basis van de indicatie naar een (door ForZo/JJI

<sup>29</sup> Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, *werkenheid Indiciestelling Forensische Zorg (NIFP/IFZ) voert de indicatiestelling uit voor alle klinische zorg en voor verblijfszorg na klinisch verblijf.*

gecontracteerde) zorgaanbieder die de geïndiceerde zorg en de eventueel vereiste beveiliging kan leveren.<sup>30</sup> Een belangrijke rol wordt gespeeld door het Forensisch Plaatsingsloket (FPL). Het FPL ondersteunt het proces van indicatiestelling, plaatsing, zorgverlening en financiering. Het FPL is het centrale aanspreekpunt voor de ketenpartners als het gaat om plaatsing van forensische patiënten bij een instelling.

Fpk's en fpa's ervaren problemen met de huidige werkwijze van indicatiestelling en plaatsing.

Waar voor de stelselwijziging de instellingen overleg voerden met indicatiestellers/reclassering over de voorgenomen plaatsing, zijn zij er nu feitelijk niet bij betrokken. De laatste gesprekken met de patiënt rond problematiek en eventuele zorgbehoefte hebben veelal weken eerder plaatsgevonden in gesprekken ten behoeve van een Pro Justitia rapportage of adviesrapportage van de reclassering. Daarna vormt de indicatiestelling een papieren triage naar zorgsoort en beveiligingsniveau.

Nadat DIZ een besluit heeft genomen krijgt de instelling vijf dagen om de patiënt te accepteren<sup>31</sup> en dit terug te koppelen aan DIZ/ FPL,<sup>32</sup> waarbij nauwelijks ruimte (en zeker geen financiering) bestaat voor een intakegesprek.

Hier lijkt het oogmerk van onafhankelijke indicatiestelling en plaatsing te zijn doorgeschoten, zo wordt meermaals aangegeven. Bovendien ervaart men het als een gemiste kans dat – na een juridisch voortraject van soms wel drie maanden – de intake wordt overgeslagen en de plaatsing als sluitstuk op deze manier wordt afgehandeld.

In een intakegesprek kan niet alleen de geschiktheid worden beoordeeld, tevens en vooral kan de patiënt worden voorbereid op de plaatsing in de kliniek; het bevordert een goede 'landing' in de betreffende kliniek. Nu is er geen voorlichting uit de eerste hand over wat iemand kan verwachten (en wat er van hem verwacht wordt), geen motivering, geen tijd voor bezinning, en daardoor een veel moeilijker start. Hier is veel irritatie over bij behandelaren. Het komt geregeld voor dat (achteraf) blijkt dat essentiële informatie en documentatie over de te plaatsen patiënt ontbreekt.

De bijna onmogelijkheid om iemand (gemotiveerd) af te wijzen draagt bij aan de onvrede. Formeel kunnen instellingen een plaatsing weigeren maar zij ervaren een grote druk om een patiënt aan te nemen. Door verschillende instellingen wordt aangegeven dat de plaatsing in ongeveer 80% van de gevallen goed gaat, maar dat 20% van de plaatsingen problemen oplevert. Het gaat dan meestal om een verkeerde indicatiestelling, die met een goed intakegesprek wellicht had kunnen worden voorkomen. Bij een mismatch garandeert ForZo/JJI (DIZ) binnen 48 uur overplaatsing, maar dit wordt in de praktijk niet altijd gehaald.

---

<sup>30</sup> [www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl)

<sup>31</sup> Voor zorgaanbieders geldt een opnameplicht voor klinische zorg en een behandelplicht voor ambulante zorg. In de Wfz is een opnameplicht opgenomen voor aanbieders van klinische zorg en een behandelplicht voor ambulante zorgaanbieders. Voorheen was dit een inspanningsverplichting. De opnameplicht moet volgens JenV worden gezien als een stok achter de deur in 'noodsituaties'. Ministerie van Justitie en Veiligheid, Handboek forensische zorg, editie 4, herzien januari 2018.

<sup>32</sup> Ministerie van Justitie en Veiligheid, Handboek forensische zorg, editie 4, januari 2018, p. 30.

Daarnaast wordt aangegeven dat er onvoldoende inhoudelijke expertise aanwezig is bij het FPL. Een opnamecoördinator van de kliniek kan hierdoor geen inhoudelijk overleg voeren met het FPL.

ForZo/JJI geeft aan dat de vroegere problemen (plaatsgebrek, wachttijden en moeilijk plaatsbare patiënten) door capaciteitsuitbreiding en de indicatie- en plaatsingssystematiek feitelijk zijn opgelost. Verkeerde plaatsingen worden door het FPL binnen 48 uur verholpen. Het FPL herkent dat in ongeveer 20% van de gevallen sprake is van een mismatch waardoor er extra zaken geregeld moeten worden, bijvoorbeeld opschaling of terugplaatsing naar de kliniek als verblijf in een RIBW problemen oplevert. Informatie over het weigeren van plaatsingen door zorgaanbieders en (in samenhang daarmee) over aantallen herplaatsingen en herindicaties kon door ForZo/JJI niet worden verstrekt.

### **3.2.4 Uitstroom uit de forensische zorg**

Forensische patiënten lijden in hoge mate aan chronische psychiatrische stoornissen. Bij langer durende titels vindt regelmatig doorstroom in de forensische zorgketen plaats, meestal naar zorg met een lagere zorg- en beveiligingsintensiteit. Patiënten van fpk's en fpa's kunnen doorstromen naar een forensische RIBW of ambulante begeleiding krijgen van een polikliniek of een (forensisch) FACT-team. Hier lijkt het huidige stelsel goed te functioneren, o.a. door de sterke groei van het aantal door justitie ingekochte plaatsen voor forensische ambulante behandeling en voor beschermd wonen bij forensische RIBW's. Uitstroom na afloop van de strafrechtelijke titel blijkt echter nog steeds een groot knelpunt. Fpk's en fpa's hebben te maken met een tekort aan geschikte uitstroomplaatsen in de reguliere ggz (zowel RIBW-plaatsen als klinische bedden) alsook in de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG). Dit speelt des te meer in gevallen waarbij nog forensische deskundigheid en toezicht (herkennen, signaleren van risicogedrag en evt. doorverwijzen) nodig is. Patiënten verblijven dan noodgedwongen maanden langer in de kliniek. De onmogelijkheid om een patiënt tijdig uit te plaatsen naar de reguliere VG of GGZ werkt demotiverend op het personeel en de patiënt en kan leiden tot beheers- en behandelproblemen. Als oorzaken voor dit knelpunt worden genoemd:

- financieringsproblemen (financieringsschotten, te lage zorgzwaarte-indicatie/tekortschietende contractering door zorgverzekeraars);
- ambulantisering en beddenreductie in de ggz;
- tekorten / beperkingen in gemeentelijke huisvesting;
- het (cultuur)verschil tussen de forensische ggz en de reguliere ggz. De 'kloof' tussen de twee sectoren is de laatste jaren groter geworden: de reguliere ggz is zich steeds meer gaan richten op herstel en autonomie en steeds minder op begrenzing. Tegelijkertijd wordt erkend dat de angst van de reguliere ggz, dat oude gedragspatronen van (ex) forensische patiënten weer terugkomen zodra het forensisch toezicht wegvalt, in sommige gevallen terecht is.

In de praktijk wordt steeds vaker (als tijdelijke oplossing zolang er een titel is) de

'forensische route' gekozen. Hiermee wordt bedoeld dat vaker wordt gekozen voor doorstroom binnen de forensische keten (bijvoorbeeld naar forensische RIBW's) waar voorheen al (eerder) werd gekozen voor de 'oversteek' naar de reguliere ggz.

Het knelpunt van de uitstroom uit de forensische zorg is geadresseerd in het programma 'Continuïteit van Zorg'<sup>33</sup> dat zich richtte op het verbeteren van de aansluiting tussen zorg verleend in een strafrechtelijk kader en zorg verleend in de reguliere ggz of verstandelijk gehandicaptenzorg. De belangrijkste opbrengsten van dit programma zijn:<sup>34</sup>

- Een handleiding voor professionals. Dit document biedt ondersteuning bij het oprichten en invullen van een regionaal overleg rondom de patiënt.
- Een document met informatie over de bekostiging en regelgeving van stelseloverstijgende zorg. Doel hiervan is de kennis over deze onderwerpen bij ketenpartners te vergroten, wat zou moeten bijdragen aan een betere toeleiding van patiënten naar passende zorg. In dit document zijn knelpunten gesignaleerd op het gebied van bekostiging en regelgeving bij patiënten die zich verplaatsen tussen de verschillende stelsels. Voor deze knelpunten zijn oplossingsrichtingen geformuleerd.
- Een onderzoek naar de beletselen in continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die zorg nodig hebben en geen juridische titel (meer) hebben.<sup>35</sup> In dit onderzoek wordt geconstateerd dat het onder de huidige wetgeving voor zorgverzekeraars/zorgkantoren niet aantrekkelijk is om te investeren in capaciteit voor beveiligde zorg voor mensen zonder strafrechtelijke titel. Er wordt onder meer aanbevolen om een gespecialiseerde inkoper voor niet strafrechtelijke beveiligde zorg aan te stellen. Naar aanleiding van dit onderzoek hebben de (toenmalig) staatssecretaris van VenJ en de (toenmalig) minister van VWS aan GGZ Nederland de opdracht gegeven in samenwerking met de relevante partijen voor 1 april 2018 te komen tot een veldnorm voor beveiligde zorg in een niet strafrechtelijk kader waarbij ook aandacht is voor de levensloopfunctie.<sup>36</sup>
- Een pilot waarbij de financierende organisatie in het stelsel waar de patiënt zijn zorgtraject vervolgt (dit is afhankelijk van de vraag of de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke opvang of de Zorgverzekeringswet van toepassing is) de indicatiestelling overneemt voor maximaal 90 dagen. Binnen deze termijn moet een nieuwe indicatie worden geregeld. De verwachting is dat dit de doorstroom van patiënten over de financieringsschotten heen zal faciliteren.

Na afloop van het programma hebben de opdrachtgevers zich eraan gecommitteerd het onderwerp de komende jaren te blijven adresseren en zij hebben hiertoe samenwerkingsafspraken gemaakt.<sup>37</sup>

<sup>33</sup> *Opdrachtgevers waren de ministeries van VenJ en VWS, Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten. Het programma liep van 1 januari 2016 tot 1 juni 2017.*

<sup>34</sup> *Kamerstukken II 2016–2017, 33 628, nr. 19*

<sup>35</sup> *Andersson Elffers Felix (AEF), Onderzoek naar beletselen in de continuïteit van zorg voor personen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben, 13 april 2017.*

<sup>36</sup> *Kamerstukken II 2016–2017, 33 628, nr. 18.*

<sup>37</sup> *Kamerstukken II 2016–2017, 33 628, nr. 19*

### **3.2.5 Financiële en personele schaarste in combinatie met een hoge regeldruk**

Medewerkers en bestuurders van fpk's en fpa's melden een tekort aan middelen en gekwalificeerd personeel als een groot probleem binnen de klinische OFZ. In combinatie met een hoge administratieve regeldruk resulteert dit onder meer in een hoge werkdruk voor het personeel.

Personeelsschaarste wordt benoemd als een fors knelpunt binnen de klinische OFZ dat bijdraagt aan de hoge werkdruk. Er is een groot tekort aan psychiaters, psychologen en verpleegkundig specialisten. Dit heeft te maken met een combinatie van schaarste op de arbeidsmarkt (die ggz-breed speelt) en een slecht imago van de forensische sector. Specifiek binnen de klinische OFZ speelt ook dat medewerkers er op een gegeven moment voor kiezen onregelmatige werktijden in te ruilen voor meer regelmaat, iets wat bijv. de ambulante (forensische) zorg of de reclassering wel kan bieden. Om de onderbezetting van het personeel op te vangen wordt er vaak gewerkt met invalkrachten of wordt personeel (m.n. psychiaters) op uurbasis ingehuurd. Continuïteit en kwaliteit komen op deze wijze echter onder druk te staan.

De betrokken instellingen ervaren dat de regeldruk is toegenomen. Er ligt veel nadruk op verantwoording. Met de dreiging van een incident op de achtergrond is het van groot belang dat het dossier op orde is. De administratieve lasten komen ook voort uit de juridische complexiteit die de aanwezigheid van vele (forensische) zorgtitels met zich meebrengt. De sector geeft aan dat "administratie een doel op zich dreigt te worden, waarbij het wantrouwen regeert" en heeft de ambitie uitgesproken om in 2020 de administratieve regeldruk met vijftig procent te willen verminderen.<sup>38</sup> Hierbij is uiteraard wel de medewerking van het ministerie nodig.

De forensische sector heeft verder aangegeven dat de tarieven onder druk staan.<sup>39</sup> De tarieven voor de zorg in de klinische OFZ zijn enkele jaren geleden fors verlaagd en liggen momenteel nog onder de adviesprijs van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Ook leveren de instellingen regelmatig (noodgedwongen) zorg die niet bekostigd wordt.

In opdracht van het Forensisch Netwerk<sup>40</sup> is een onderzoek uitgevoerd naar "de verhouding tussen de betaalde tarieven van de FZ en de noodzakelijke kosten om het noodzakelijke zorg- en veiligheidsniveau te kunnen (blijven) leveren".<sup>41</sup> De uitkomst was dat de meeste klinische tarieven beduidend lager zijn dan passend bij het gewenste kwaliteitsniveau. De Afdeling advisering van de RSJ ziet de bevindingen van dit onderzoek, dat de stelling ondersteunt dat de huidige tarieven

<sup>38</sup> Brief 'AO tbs en forensische zorg' van GGZ Nederland aan de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van de Tweede Kamer der Staten- Generaal, 13 juni 2017.

<sup>39</sup> Arteria Consulting, *Tarifiering forensische zorg. Onderzoek naar de kosten voor het leveren van noodzakelijke forensische (gehandicapten) zorg*, september 2017.

<sup>40</sup> Naast GGZ Nederland zijn in het Forensisch Netwerk alle instellingen vertegenwoordigd die forensisch psychiatrische zorg leveren. Het betreft forensisch psychiatrische centra, forensisch psychiatrische klinieken, forensisch psychiatrische afdelingen, poliklinieken, forensische verslavingszorg afdelingen/ klinieken, regionale instellingen voor beschermd wonen, sterk gedragsgestoorde en licht verstandelijk gehandicaptenzorg en klinieken voor intensieve behandeling. Zie <https://www.tbsnederland.nl/over-ons/> en <https://kfz.nl/over-kfz/opdrachtgever>.

<sup>41</sup> Arteria Consulting, *Tarifiering forensische zorg. Onderzoek naar de kosten voor het leveren van noodzakelijke forensische (gehandicapten) zorg*, september 2017.



te laag zijn voor het gewenste zorgniveau, als een duidelijk signaal van de sector zelf dat er een tekort is aan middelen en personeel.

De sector vreest daarnaast dat nieuwe manier van aanbesteden van de forensische zorg per 1 januari 2018 (als gevolg van de gewijzigde Aanbestedingswet 2016 ) tot grotere financiële onzekerheid, hogere administratieve lasten, druk op de betaalde tarieven en –uiteindelijk– druk op kwaliteit van de geleverde zorg zal leiden.<sup>42</sup>

Naar aanleiding van een door de Tweede Kamer aangenomen motie<sup>43</sup> heeft het ministerie van JenV een quick scan uit laten voeren naar de voorgenomen wijze van aanbesteden van forensische zorg. Hierin staat de vraag centraal of de manier waarop de aanbesteding is vormgegeven leidt tot een te grote nadruk op de prijs van de geleverde zorg (in plaats van op de kwaliteit van de geleverde zorg). Nadat de rapportage tot de conclusie leidde dat de factor “prijs” geen dominante rol speelt in de aanbesteding heeft de minister de Tweede Kamer geïnformeerd dat de aanbestedingsprocedure niet essentieel gewijzigd zou worden.<sup>44</sup> De Afdeling constateert dat de zorgen van de instellingen met het rapport slechts beperkt zijn geadresseerd en feitelijk niet zijn weggenomen.

In een brief aan de Tweede Kamer ten behoeve van het Algemeen Overleg tbs op 22 juni 2017 heeft GGZ Nederland medio 2017 politieke aandacht gevraagd voor de werkdruk voor het personeel, die onder meer oploopt door de druk om klinische behandeltijd verder te verkorten, de administratieve lasten / regeldruk en het tekort aan ervaren en goed geschoold personeel. Ook werd aandacht gevraagd voor de onder druk staande tarieven en de (toen nog aanstaande) aanbesteding van forensische zorg per 2018.<sup>45</sup>

Tijdens bovengenoemd overleg in de Tweede Kamer zegde de toenmalig staatssecretaris een door de sector gevraagd onderzoek toe naar de veiligheid en de werkdruk van het personeel in de forensische zorg. Een aantal van de in dit hoofdstuk genoemde knelpunten worden (kwantitatief) geanalyseerd in dit onderzoek. Het gaat dan om onder meer werkdruk, kostenontwikkeling, administratieve lasten, personeelsschaarste alsook de veranderingen van de populaties sinds de stelselwijziging en de daarmee mogelijk gepaard gaande verzwaring van de doelgroep.<sup>46</sup>

---

<sup>42</sup> Brief 'AO tbs en forensische zorg' van GGZ Nederland aan de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van de Tweede Kamer der Staten- Generaal, 13 juni 2017

<sup>43</sup> De motie Van Toorenborg op 7 juli 2017, Kamerstukken II, 2016/17, 29542, nr.215

<sup>44</sup> Brief aan de Tweede Kamer over de Quickscan aanbesteding forensische zorg 2018, 27 november 2017

<sup>45</sup> Brief 'AO tbs en forensische zorg' van GGZ Nederland aan de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie van de Tweede Kamer der Staten- Generaal, 13 juni 2017

<sup>46</sup> Andersson Elffers Felix (AEF), Onderzoek Veiligheid in de forensische zorg (nog niet gepubliceerd).

## 4 Verwachte impact van nieuwe wet- en regelgeving (Wfz en Wvggz) op genoemde knelpunten

### 4.1 Inleiding

De Wet forensische zorg (Wfz) vormt het juridisch sluitstuk van de stelselwijziging forensische zorg en moet de kwaliteit, capaciteit en toegankelijkheid van forensische zorg voor justitiabelen bevorderen. De belangrijkste doelen van de Wfz zijn: de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische en de reguliere ggz.<sup>47</sup>

De Wet verplichte ggz (Wvggz) is bedoeld om de problemen met de Wet Bopz (zoals in drie wetsevaluaties zijn benoemd) te ondervangen. Naast betere rechtsbescherming ligt de focus vooral op het mogelijk maken van ambulante (persoonsvolgende) gedwongen behandeling.

De Wfz vervangt het Interimbesluit Wfz en is recent, op 23 januari 2018, door de Eerste Kamer aangenomen. Hier is een lang wetgevingstraject aan vooraf gegaan. Het wetsvoorstel is in juni 2010 bij de Staten Generaal ingediend en in 2012 aangenomen door de TK, maar de parlementaire behandeling is vertraagd doordat de Eerste Kamer de drie wetten op het gebied van de gedwongen zorg (Wfz, Wvggz, WZD) gezamenlijk wilde behandelen. Dit mede naar aanleiding van de in het najaar van 2014 verschenen thematische wetsevaluatie gedwongen zorg van ZonMw, waarvan de voornaamste conclusie was dat de verschillende wettelijke regelingen onvoldoende op elkaar waren afgestemd.<sup>48</sup>

Met diverse nota's van wijziging bij het wetsvoorstel Wvggz heeft de minister van VWS mede namens de minister van (het toenmalige) ministerie van VenJ in het najaar van 2015 wijzigingen in zowel de Wvggz alsook de Wfz en Wzd voorgesteld met als doel de wetten beter op elkaar af te stemmen. In november 2015 bracht de RSJ advies uit over deze Tweede nota van wijziging Wvggz en concludeerde dat van goede, samenhangende en inzichtelijke wetgeving, die in de praktijk eenduidig toepasbaar is, nog geen sprake was. De RSJ constateerde onder meer dat de rechtspositie van forensische patiënten die onder de Wvggz (en Wzd) vallen nog onvoldoende duidelijk was geregeld.<sup>49</sup> In de inmiddels aangenomen Wvggz zijn voor forensische patiënten wel beperkende en controlerende maatregelen toegestaan. Desondanks blijven complexe rechtspositionele verschillen op afdelingsniveau aanwezig. De Afdeling advisering van de RSJ heeft geadviseerd in de uitvoeringsbesluiten een compleet overzicht op te nemen van toepasselijke regels hieromtrent.<sup>50</sup>

De inwerkingtreding van de Wfz is voorzien in 2019 met uitzondering van het schakelartikel (art. 2.3 Wfz<sup>51</sup>) dat in 2020 zal worden ingevoerd. Gezien de

<sup>47</sup> *Wet forensische zorg, Memorie van toelichting, vergaderjaar 2009-2010, 32 398. Nr. 3.*

<sup>48</sup> *ZonMw, Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg, 2014.*

<sup>49</sup> *RSJ, Advies Tweede nota van wijziging Wvggz, 19 november 2015.*

<sup>50</sup> *RSJ, Advies Besluit Forensische Zorg in samenhang met de Besluiten Verplichte ggz en Zorg en dwang, 15 februari 2018.*

<sup>51</sup> *Artikel 2.3 Wfz regelt dat de strafrechter direct bij de behandeling van de strafzaak een zorgmachtiging cf. de Wvggz kan opleggen.*



complexiteit van de nieuwe wetgeving wordt een ruime implementatieperiode noodzakelijk geacht, ongetwijfeld met aanloopproblemen en noodzakelijke bijstellingen, hetgeen betekent dat de verbeteringen nog geruime tijd op zich zullen laten wachten. Wat betreft de Wfz geldt dat veel van de regelingen van de wet al in het Interimbesluit forensische zorg zijn opgenomen, waardoor de veranderingen beperkt zullen zijn.

Voor onderhavig advies is vooral relevant in hoeverre de nieuwe wetgeving de geïdentificeerde knelpunten (zie hoofdstuk 3) kan ondervangen. Hierna wordt ingegaan op de effecten die na implementatie op diverse terreinen (mogelijk) zijn te verwachten.

#### **4.2 Instroom in de forensische zorg**

- Een goede behandeling in de reguliere ggz kan voorkomen dat patiënten met Justitie in aanraking komen. Een positief (dempend) effect kan dan ook verwacht worden van verdere opbouw van ambulante zorg met een gepast gebruik van ambulante dwang. Meerdere respondenten wijzen echter op de recente bezuinigingen, de afbouw van klinische bedden en de achterblijvende opbouw van ambulante teams in de reguliere ggz, waardoor juist meer psychiatrische patiënten in het forensisch circuit dreigen te belanden.
- Gegeven de hoge percentages justitiabelen met psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld in detentie), zou de instroom in de forensische zorg nog fors kunnen stijgen. Echter de grote wijzigingen in de instroom hebben al plaatsgevonden, vooruitlopend op de nieuwe wetgeving. Zorgelijke signalen komen vanuit de PPC's, waar functionarissen nog recent aangaven problemen met de doorverwijzing naar de ggz te ervaren. Bij het FPL wordt dit probleem overigens niet bevestigd.
- Het schakelartikel 2.3. in de WFZ, waarbij de strafrechter bevoegd wordt om zorgmachtigingen op te leggen, zal daarentegen weer kunnen leiden tot meer instroom naar de reguliere en forensische zorg.

#### **4.3 Behandelbaarheid en problematiek in forensische zorg**

- De doorzettingmacht van ForZo/JJI met betrekking tot opnameplicht, beslissingsmacht met betrekking tot verlof en ontslag, bestuurlijke boetes wordt versterkt in de Wfz. Dit betreft ongetwijfeld de zorg aan complexe patiëntgroepen, hetgeen de problemen bij instellingen zou kunnen versterken.<sup>52</sup>
- In de Wvvggz is meer ruimte om op forensische afdelingen te werken met beperkende huisregels en sturende bevoegdheden van de behandelstaf. Dit kan een positief effect hebben op afdelingsklimaat en behandelbaarheid.
- Van diverse kanten is gewaarschuwd voor een complexere uitvoeringspraktijk (met dito administratieve belasting), welke een negatieve invloed kan hebben op werkdruk en arbeidstevredenheid.

---

<sup>52</sup> In het advies over het Besluit forensische zorg heeft de Afdeling advisering aandacht gevraagd voor de te geringe invloed van het behandelperspectief in de balans tussen de bevoegdheden van de minister en die van de geneesheer-directeur. RSJ, Advies Besluit Forensische Zorg in samenhang met de Besluiten Verplichte ggz en Zorg en dwang, 15 februari 2018.

- De capaciteitsverruiming binnen de forensische zorg (met toenemende beschikbaarheid van ambulante zorg en forensische RIBW's) draagt op positieve wijze bij aan het principe van "de juiste patiënt op de juiste behandelplaats".

#### **4.4 Uitstroom naar reguliere zorg**

- Binnen de Wfz wordt van gecontracteerde instellingen geëist dat een eventuele doorverwijzing zes weken voor het geplande ontslag in gang gezet moet worden. Dit borgt wellicht een accurate uitstroomprocedure, maar lijkt de gemelde problemen rond uitstroom naar reguliere zorg (ggz en maatschappelijke opvang) niet echt te adresseren. De voorbereiding is staand beleid in de ondervraagde zorginstellingen. De beperking lijkt vooral gelegen in het tekort aan "beveiligde ggz bedden" en RIBW plaatsen met kennis en ervaring met (ex)forensische patiënten. De beschikbaarheid wordt beperkt door huidige financierings- en regelgevingsschotten. Een programma als "Continuïteit van Zorg" (zie eerder) is op dit punt kansrijker dan de nieuwe wetgeving.

Samengevat lijkt de nieuwe wetgeving een moeilijk te voorspellen invloed te hebben op de geschetste problematiek. Er zullen zowel positieve als negatieve effecten optreden. Dit betekent dat gerichte aandacht voor de gemelde problemen naar mening van de Afdeling advisering noodzakelijk is om deze effectief te kunnen reduceren. De invoering van de nieuwe wetgeving zal onvoldoende oplossing bieden.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Conclusies

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit dit adviestraject gekoppeld aan de centrale vraag:

*"Welke ontwikkelingen hebben er plaatsgevonden bij forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen en hebben deze geleid tot knelpunten? Zo ja, biedt de nieuwe wetgeving (de wetten gedwongen zorg) oplossingen en wat zijn mogelijke oplossingsrichtingen?"*

#### **1. De toegang tot de forensische zorg is het laatste decennium sterk verbeterd.**

- De Afdeling advisering constateert dat de stelselwijziging forensische zorg, die vanaf 2008 geleidelijk vorm heeft gekregen, er toe heeft geleid (samen met overige wet- en regelgeving, zoals de Wet Voorwaardelijke Sancties) dat veel meer justitiabelen met psychiatrische problematiek toegang vinden tot forensische zorg.
- Het feit dat justitiabelen veel vaker dan voorheen in zorgtrajecten worden geplaatst (in plaats van in reguliere detentie) mag als grote winst worden benoemd. Ook in het forensisch zorgveld wordt deze ontwikkeling positief gewaardeerd.
- Het ministerie van JenV heeft naast faciliterende wetgeving ook fors geïnvesteerd in capaciteitsuitbreiding en ondersteunende structuren (IFZO, EFP, KFZ). Zowel de (beveiligde) klinische capaciteit als RIBW, SGLVG en ambulante behandelingen zijn aanzienlijk uitgebreid.
- Vroegere problemen rond plaatsing in de forensische zorg en wachttijden zijn door bovengenoemde maatregelen feitelijk opgelost.

#### **2. De inhoudelijke regievoering en aansturing (soms tot op patiëntniveau) heeft bij behandelaren geleid tot een veel sterkere forensische oriëntatie dan voorheen.**

- Risicotaxatie, risicomangement, delictscenario's en nauwe samenwerking met de reclassering zijn gemeengoed geworden.
- Of dit ook daadwerkelijk heeft geleid tot recidivevermindering is nog niet te zeggen; er is nog onvoldoende bekend over de strafrechtelijke recidive door justitiabelen die OFZ hebben ontvangen.<sup>53</sup>

#### **3. Bovengenoemde ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat de doelgroep waarmee fpk's en fpa's te maken hebben het laatste decennium veranderd is.**

- Het forensisch zorgveld staat voor de taak adequate behandeling te organiseren voor de doelgroep die tegenwoordig met een forensische zorgtitel wordt opgenomen; een doelgroep die een grotere diversiteit

---

<sup>53</sup> Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) is gevraagd deze groep toe te voegen aan de Recidivemonitor, een doorlopend onderzoeksproject waarin de terugval van justitiabelen op gestandaardiseerde wijze wordt gemeten. Het WODC deed al onderzoek onder ex-terbeschikkinggestelden, maar nu worden daar de andere forensische zorgtitels aan toegevoegd. Vermoedelijk kunnen vanaf 2019 gestandaardiseerde recidivemetingen worden verricht op basis van Ifzo. Zie WODC, *Recidive na forensische zorg. Een eerste stap in de ontwikkeling van een recidivemonitor voor de sector Forensische Zorg*, 2015.

vertoont dan in het (vrij recente) verleden.

- Het betreft justitiabelen met meer verschillende titels en complexe psychiatrische en psychosociale stoornissen. Met name de (comorbide) persoonlijkheidsproblematiek, verslaving en problemen rond lichte verstandelijke beperkingen zijn bij de veelal beperkte "stok achter de deur" (en motivatie) en in de relatief korte opnameperiode moeilijk te beïnvloeden.
- De aanwezigheid van verschillende doelgroepen (qua problematiek en qua titel / rechtspositie) maakt het creëren van een eenduidig behandelklimaat voor alle patiënten bovendien geen sinecure.
- Na afloop van de titel laat de doelgroep zich moeilijk plaatsen in reguliere zorg.
- Verwachtingen en eisen ten aanzien van recidivereductie staan op gespannen voet met de vaak korte behandelduur en het beperkte dwangkader en leggen een druk op behandelaren van fpk's en fpa's. De risico's bij het laag beveiligde behandel- en resocialisatieproces wegen voor hen zwaar.

**4. Bij de tenuitvoerlegging van forensische zorgtitels in deze instellingen spelen problemen die de behandeling van justitiabelen onder druk zetten.**

- Deze problemen hebben enerzijds te maken met een nog niet voltooid adaptatieproces van de instellingen aan de veranderde doelgroep en worden anderzijds veroorzaakt door externe –d.w.z. buiten de competentie van de zorgprofessionals liggende– belemmeringen.
- Deze knelpunten behoeven aandacht en een nadere (onderzoeksmatige) analyse. In dit kader acht de Afdeling Advisering het positief dat het ministerie van JenV momenteel een onderzoek (zie 3.2.5) laat uitvoeren naar de veiligheid in de forensische zorg, waarbij ook een aantal van de hierna genoemde knelpunten aan de orde komt.

**5. Er is bij fpk's en fpa's sprake van een nog niet voltooid adaptatieproces.**

- Fpk's en fpa's staan voor de professionele uitdaging om te gaan met bovengenoemde problematiek en de veranderde doelgroep in de klinische OFZ adequate, effectieve zorg te bieden.
- Allereerst dient het behandel- en beheersklimaat te worden afgestemd op de verschillende doelgroepen. Het behandel- en beheersklimaat is niet eenduidig en kan door patiënten als onbegrijpelijk en/of onrechtvaardig worden ervaren. De individuele rechtsposities maken het creëren van een eenduidig klimaat niet eenvoudig. De betrokken instellingen geven aan hierin (deels) een weg te hebben gevonden, maar het blijft lastig. De sector heeft het initiatief genomen om sectorbrede forensische huisregels op te stellen, om beter om te kunnen gaan met een variëteit aan titels en de beperkte beheersmogelijkheden die bepaalde titels met zich meebrengen. Deze regels kunnen pas worden ingevoerd na wijziging van het besluit bij de Wet Bopz of na implementatie van de Wvvgz.
- Gezien het chronische karakter van de problematiek moet worden ingezet

op daadwerkelijk transmurale zorgprogrammering, waarbij de klinische fase (vaak volgend op opname in een PPC) gevolgd wordt door klinische, ambulante en/of RIBW zorg.

- De opnameduur, die in belangrijke mate wordt bepaald door de duur van de titel, vormt voor de klinische zorg in fpk's en fpa's een beperkende factor. Daarom zijn binnen de klinische fase behandelprogramma's met een korte behandelduur nodig, maar deze zijn nog beperkt beschikbaar. In het kwaliteitsprogramma voor de forensische zorg programma KFZ (en deelprogramma's als "De Ideale FPA") worden protocollen en richtlijnen ontworpen gericht op verschillende doelgroepen.
- Behandeling en besluitvorming daarover kan gecompliceerd worden door de toestemming die nodig is van externe partijen (fpc, penitentiaire inrichting en reclassering). Zeker waar het gaat over het opbouwen van vrijheden, verloven of ontslag en reacties op incidenten zijn er verschillen in invalshoeken vanuit behandel- versus beheerspectief. Dit vereist van fpk's en fpa's dat zij veelvuldig in overleg treden met andere behandelaren en de verschillende justitiële vertegenwoordigers.
- Voor bovenstaande taakstelling is (kwalitatief en kwantitatief) voldoende opgeleid en ervaren personeel essentieel. Dit vraagt om een hoogstaand personeels- (en arbeidsmarkt)beleid met ruime trainings- en intervisiemogelijkheden.

#### **6. Externe belemmeringen en onderliggende problemen.**

Opvallend is dat een aanzienlijk deel van de geïdentificeerde knelpunten buiten de competentie van de professionals en de macht van de zorgaanbieders ligt. Het gaat om de volgende externe belemmeringen en onderliggende problemen:

- De procedures met betrekking tot de indicatiestelling en plaatsing werken in sommige gevallen belemmerend. Deze procedures ontberen een goede voorbereiding voor kliniek en patiënt en kunnen leiden tot tijdverlies in de behandeling door een niet goed voorbereide start van de behandeling of tot een mismatch. Het systeem biedt onvoldoende flexibiliteit om een mismatch op te lossen. Dit betekent ook onnodige administratieve rompslomp voor klinieken. Het ministerie bepaalt de instroom; fpk's en fpa's hebben hier nauwelijks invloed op, zodat er ook niet gestuurd kan worden op de samenstelling van de populatie binnen de kliniek
- De hardnekkige problemen met betrekking tot de uitstroom naar de reguliere ggz, waardoor patiënten (waarvoor JenV niet meer betaalt) de fpk of fpa –maanden of zelfs jarenlang– niet kunnen verlaten (de kliniek heeft een zorgplicht), hebben een negatief effect op het behandelmilieu en zetten de financiën onder druk.
- Een tekort aan goed geschoold en ervaren personeel, deels vanwege de situatie op de arbeidsmarkt, deels vanwege een negatief imago van de sector, vormt een groot probleem voor de kwaliteit en continuïteit van zorg binnen fpk's en fpa's.

- Ook is sprake van een hoge werkdruk door een hoge administratieve belasting en bureaucratische procedures. De kwaliteit van de behandeling, de veiligheid van personeel en patiënten komen hierdoor onder druk te staan. Ook innovatie kan hierdoor in het gedrang komen.
- De sector heeft te maken met bezuinigingen, korting op tarieven en onbetaalde zorg. Er bestaan zorgen over het nieuwe aanbestedingsmodel (dat geen plaatsen reserveert maar wel opnames afdwingt). De vershraling en financiële onzekerheid, in combinatie met de genoemde personeelstekorten, hoge werk- en regeldruk, vormen een bedreiging voor de zorgkwaliteit en verdienen brede aandacht.

### ***7. Nieuwe wetgeving rond gedwongen zorg biedt naar verwachting onvoldoende soelaas.***

- De wetten rond gedwongen zorg die inmiddels door het parlement zijn aangenomen zullen zowel het behandelproces als de continuïteit van zorg beïnvloeden. De Afdeling advisering verwacht dat de invoering van de Wfz en de Wvggz bovengenoemde knelpunten in de klinische OFZ slechts in beperkte mate kan ondervangen.

## **5.2 Aanbevelingen**

Een gezond forensisch zorgstelsel moet bovengenoemde belemmeringen adresseren. Hierna doet de Afdeling advisering een aantal aanbevelingen aan de zorgaanbieders en de eindverantwoordelijke voor het stelsel, het ministerie van JenV.

### ***5.2.1 Aanbevelingen aan het ministerie van Justitie en Veiligheid***

1. Verbeter de instroomprocedure zodanig dat er ruimte ontstaat voor een warme overdracht, voorlichting, motivering en duidelijke afspraken bij de intake en de start van de klinische behandeling; zorg tevens voor passende bekostiging. Juist bij beperkt gemotiveerde patiënten is goede voorbereiding essentieel voor een succesvol zorgproces. De opnameplicht van de zorgaanbieder en een goede voorbereiding door zorgprofessionals kunnen goed naast elkaar bestaan.
2. Zorg waar mogelijk voor een betekenisvolle stok achter de deur (minstens 3 maanden resttijd van de titel) bijvoorbeeld door snellere doorstroming vanuit het PPC naar de forensische zorg.
3. Regel de mogelijkheid (vooruitlopend op de implementatie van de Wvggz) voor een meer eenduidig regiem in forensische klinieken, onder andere via de door het veld opgestelde forensische huisregels, met meer beheersingsmogelijkheden dan onder de WGBO.

4. Reduceer (samen met het ministerie van VWS) de problemen aan de uitstroomkant van de klinische forensische zorg in lijn met de conclusies van het programma Continuïteit van Zorg. Dit betreft ten eerste de beschikbaarheid van voldoende voorzieningen ((beveiligde) bedden in de GGZ, RIBW plaatsen en voldoende (begeleide) woonvormen). Zet samen met het ministerie van VWS maximaal in op het bereiken van commitment bij de zorgverzekeraars, gezien hun cruciale rol bij de aanpak van dit probleem.
5. Voorkom dat de kwaliteit van zorg wordt uitgehold en aanbieders van klinische OFZ afhaken omdat de (financiële en afbreuk-) risico's te groot worden waardoor opgebouwde expertise en continuïteit verloren gaan. Ga met zorgaanbieders in gesprek over een kostprijs voor forensische zorg waarbij kwalitatief goede zorg kan worden geleverd. Laat de tarieven in ieder geval niet onder de Nza-norm dalen. Onderzoek hoe de financiële belemmeringen voor goed (regionaal) kwaliteitsoverleg kunnen worden weggenomen.
6. Organiseer samen met de forensische sector een (planmatige) reductie van de administratieve belasting voor forensische zorginstellingen en behandelaren.

### **5.2.2 Aanbevelingen aan het (overige) forensische zorgveld**

1. Investeer in een regionaal kwaliteitsnetwerk waarin forensische klinieken op casusniveau alsook op organisatie- /systeemniveau met NIFP/IFZ, FPL, reclassering, PPC en gemeenten/sociale domein (en veiligheidshuis) spreken over o.a. instroom, behandelproblematiek, incidenten, overplaatsingen en nazorg.
2. Gezien de vaak korte duur van de forensische zorgtitels van patiënten die in de klinische OFZ verblijven, moeten behandelingen eerder transmuraal dan alleen klinisch worden georganiseerd. Ontwikkel en implementeer daarom als sector transmurale behandelprogramma's die zowel ambulante als klinische zorg kunnen worden doorgezet (KFZ, Ideale FPA). Zorg daarbij voor een goede aansluiting op de zorg in PI / PPC.
3. Zet klinisch vooral ook in op de implementatie (ontwikkeling en training) van modules gericht op motivering, agressie- en impulscontrole en rehabilitatie/resocialisatie. Daarnaast zijn ook modules gericht op de behoefte van specifieke groepen (bijvoorbeeld verslaafden, psychotici, licht verstandelijk beperkten) en met aandacht voor (etnische en gender) diversiteit nodig. Op die manier kan beter worden ingespeeld op de complexe (psychiatrische) problematiek van de populatie die in de klinische OFZ verblijft.

4. Realiseer regionaal (forensische) High Intensive Care (HIC) units conform het KFZ-model<sup>54</sup> voor de meest complexe patiënten en voor crisisopvang. Hiermee kan worden voorkomen dat deze patiënten het behandel- en beheersklimaat op de reguliere afdelingen negatief beïnvloeden.

---

<sup>54</sup> Het FHIC project richt zich op het ontwikkelen van een High & Intensive Care (HIC) –methodiek die ook voor forensische patiënten geschikt is (FHIC). <https://efp.nl/projecten/fhic>.



## Bijlage 1

### Lijst van geraadpleegde stakeholders

#### 1. Gesproken met:

- FPA/FPK-directieberaad (sinds eind 2017 OFZ-beraad): landelijk overleg van directeuren en managers van fpk's en fpa's.
- Dhr. E.J. van Maren, directeur divisie forensische psychiatrie GGZ Noord Holland Noord. Tevens voorzitter OFZ-beraad.
- Dhr. G.V.M. van Gemert, divisiedirecteur ForZo/JJI en Mw. M. Scheepstra, strategisch management adviseur beleid, ForZo/JJI.
- Dhr. B. Bezemer, coördinator plaatsing FPL-OFZ en Dhr. P. Oosterom, FPL-TBS.
- Dhr. R. Welten, inspecteur en Mw. M. Vroemen, inspecteur, IJV.
- Dhr. E. Pietersma, afdelingshoofd GGZ/FZ en Dhr. G. van Zeeland, inspecteur GGZ/FZ, IGJ.
- Dhr. E.C.T. van Houten, afdelingshoofd FZ en Mw. T.M.P. van Els, teamcoördinator, IGJ.
- Dhr. A. van der Hurk, onderzoekscoördinator, DJI.
- Dhr. T. van den Hazel, klinisch psycholoog, Trajectum.
- Dhr. E. Salowski, psychiater, Dhr. M. van de Burgh, manager, Dhr. R. Delput, klinisch psycholoog, Forensisch Ambulatorium Palier, Den Haag.
- Dhr. J. Berndsen, voorzitter raad van bestuur, Lister.
- Dhr. H. Enzerink, divisie manager klinieken, Tactus Verslavingszorg.
- Dhr. M. Koerhuis, psychiater Palier.
- Dhr. E. ten Holte, raad van bestuur RIBW Nijmegen en Rivierenland en vertegenwoordiger van de RIBW Alliantie.
- Dhr. A.J. Pol, algemeen manager, Mw. M. de Jonge, behandelcoördinator transmuraal en Mw. T. Hannemann, behandelcoördinator/psychotherapeut van de FPC Dr. S. van Mesdag, Dhr. W. Bouwsma, contactfunctionaris en reclasseringswerker Reclassering / Verslavingszorg Noord Nederland en Mw. G. Groen, voorzitter tbs casuoverleg 3RO.
- Dhr. P.A.M. Mevis, hoogleraar straf(proces)recht, Erasmus Universiteit Rotterdam.

#### 2. Werkbezoeken / directeurenoverleg:

- FPA Den Haag (voorheen Palier) (2018).
- FPK Inforsa (2017).
- FPK De Woenselse Poort (2016).
- FPA Roosenburg (2016).
- Directieberaad 3RO (2016).
- De Voorde (longcare, onderdeel Van der Hoeven Kliniek) (2015).
- FPK Assen (2014).

### *3. Schriftelijke informatie ontvangen van:*

- Dhr. M. Koerhuis, psychiater, namens FPA Palier Den Haag.
- Dhr. J. Hendriks, forensisch en klinisch psycholoog, De Waag, Den Haag.
- Dhr. G.J. de Haas, senior advocaat-generaal en coördinator Expertisecentrum Bijzondere Penitentiaire Zaken.
- FPK de Woenselse Poort.
- Divisie ForZo/JJI van de DJI van het ministerie van JenV.

## Bijlage 2

### Aantal plaatsingsbesluiten per forensische zorgtitel in fpa's en fpk's over de jaren 2015, 2016 en 2017.

Forensische zorgtitel	FPA 2015-2017		2015	2016	2017	FPK 2015-2017		2015	2016	2017
Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr)	<b>1167</b>	<b>35%</b>	366	368	433	<b>458</b>	<b>27%</b>	156	137	165
Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38m Sr jo art. 44 b t/m 44 q pm)	<b>437</b>	<b>13%</b>	119	130	188	<b>171</b>	<b>10%</b>	40	59	72
Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo 39 Sr)	<b>381</b>	<b>11%</b>	87	109	185	<b>191</b>	<b>11%</b>	57	78	56
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv)	<b>365</b>	<b>11%</b>	82	152	131	<b>163</b>	<b>10%</b>	45	54	64
Overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw)	<b>270</b>	<b>8%</b>	106	89	75	<b>74</b>	<b>4%</b>	40	18	16
Overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 lid 5 Pbw)	<b>231</b>	<b>7%</b>	73	78	80	<b>230</b>	<b>13%</b>	104	73	53
TBS met voorwaarden (art. 38a Sr)	<b>162</b>	<b>5%</b>	47	54	61	<b>274</b>	<b>16%</b>	94	67	113
Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38g Sr)	<b>135</b>	<b>4%</b>	54	40	41	<b>63</b>	<b>4%</b>	30	16	17
Voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a Sr)	<b>93</b>	<b>3%</b>	27	30	36	<b>71</b>	<b>4%</b>	29	16	26
TBS met proefverlof (art. 51 Bvt)	<b>78</b>	<b>2%</b>	32	23	23	<b>5</b>	<b>0%</b>	3	0	2
Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38m Sr jo art. 38p Sr)	<b>34</b>	<b>1%</b>	7	9	18	<b>7</b>	<b>0%</b>	6	1	0
Plaatsing vanwege pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv)	<b>7</b>	<b>0%</b>	1	4	2	<b>0</b>	<b>0%</b>	0	0	0
Interne overplaatsing naar penitentiair psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)	<b>0</b>	<b>0%</b>	0	0	0	<b>8</b>	<b>0%</b>	0	2	6
<b>Totaal</b>	<b>3360</b>	<b>100%</b>	<b>1001</b>	<b>1086</b>	<b>1273</b>	<b>1715</b>	<b>100%</b>	<b>604</b>	<b>521</b>	<b>590</b>

**Toelichting:**

- Het brondocument voor deze cijfers is aangeleverd door DForZo/JJI.
- De cijfers betreffen de fpk's (7) en fpa's (15) genoemd in het Informatieblad forensische zorg 2017 van DJI. Zie <https://www.forensischezorg.nl/>
- In deze tabel zijn alle plaatsingen in fpk's en fpa's van de betreffende jaargangen opgenomen, met uitzondering van:
  - Plaatsingen op grond van de forensische zorgtitel 'tbs met dwangverpleging' (art.37a jo. 37b WvSr). Deze titel ontbreekt omdat de cijfers zien op plaatsingen in de OFZ. Patiënten met de titel 'tbs met dwangverpleging' behoren tot de reguliere doelgroep van fpk's. Patiënten die met transmuraal verlof in fpa's verblijven (op grond van de titel 'tbs met dwangverpleging', onder eindverantwoordelijkheid van het fpc) ontbreken ook in dit overzicht.
  - Sporadische plaatsingen. Forensische zorgtitels waar in de periode 2015-2017 in de betreffende fpa's en fpk's niet of slechts 1 persoon op is geplaatst, zijn niet opgenomen in deze tabel.

