



Raad voor
Strafrechtstoepassing
en Jeugdbescherming

19 december 2024

• • Technologische innovaties in de forensische zorg

Advies over randvoorwaarden bij de
inzet van technologieën in de
forensische zorg



Inhoud

Afkortingenlijst	4
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Vraagstelling	6
1.3 Afbakening en perspectief	6
1.4 Begrippen	7
1.5 Werkwijze	8
1.6 Leeswijzer	9
2 De context	10
2.1 Overheidsbeleid	10
2.2 Kansen en praktische aandachtspunten bij technologieën in de forensische zorg	11
2.3 Ontwikkelingen technologieën in de forensische en brede zorgpraktijk	12
2.3.1 Soorten technologieën in de forensische zorg	12
2.3.2 Implementatieperikelen	12
2.3.3 Projecten	13
2.3.4 Zorgbrede ontwikkelingen en randvoorwaarden	13
3 Ethische overwegingen	15
3.1 Ethiek in de forensische behandeling	15
3.1.1 Algemene ethische uitgangspunten: menselijke waardigheid en autonomie	15
3.1.2 Ethische uitgangspunten voor goede zorg	16
3.1.3 Ethische overwegingen forensische zorg	16
3.1.4 Ethische overwegingen bij toepassing van technologieën in de forensische zorg	17
3.1.5 Nieuwe ethische principes als gevolg van technologieën?	19
3.2 Ethiek met betrekking tot technologieën ten behoeve van beveiliging	20
4 Juridische overwegingen	22
4.1 Rechtsbeginselen in de forensische zorg	22
4.2 Ethische beginselen vastgelegd in mensenrechtelijk en Grondwettelijk kader	23
4.2.1 Mensenrechten en grondrechten	23
4.2.2 Nieuwe rechten nodig als gevolg van technologieën?	25
4.2.3 Beperking van mensen- en grondrechten	26
4.3 Wettelijke kaders bij individuele toepassing van technologieën	27
4.3.1 Verschillende wettelijke kaders in de forensische zorg	27
4.3.2 Wettelijke kaders bij vrijwillige behandeling/zorg	28
4.3.3 Wettelijke kaders bij gedwongen behandeling/zorg en beveiliging	30
4.3.4 Aandachtspunten wettelijke grondslag	32
4.3.5 Tijdelijke wet- en regelgeving en experimenteerbepalingen	33
4.4 Wettelijke kaders vereisten aan technologieën	33
4.4.1 Vereisten aan technologieën	34
4.4.2 Vereisten bij AI	34
4.4.3 Aandachtspunten vereisten aan technologieën.	35



5	Randvoorwaarden voor de inzet van technologieën in de forensische zorg	37
5.1	Normatief kader	37
5.2	De uitgangspunten	38
5.2.1	Uitgangspunten voor de toelating van technologieën	38
5.2.2	Uitgangspunten voor implementatie van technologieën	39
5.2.3	Uitgangspunten voor de toepassing op individueel niveau	40
5.3	Aanbevelingen met betrekking tot overheidsregie	42
5.3.1	Wettelijke grondslag	42
5.3.2	Lagere regelgeving en beleid	43
5.3.3	Tijdelijke wet en/of experimenteerbepalingen	44
6	Voorbeelden technologieën	46
6.1	AI – onder andere risicotaxatie	46
6.2	Virtual Reality	46
6.3	Smartwatch – meten van stress of andere fysiologische gegevens	47
6.4	Robotica	48
6.5	Beveiligingstechnologieën / bodyscan	49
6.6	Administratieve lastenverlichting voor personeel	49
	Geraadpleegde stukken	51
	Bijlage 1 Lijst van geraadpleegde deskundigen	55



Afkortingenlijst

AI	Artificiële Intelligentie
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
Bvt	Beginnelsenwet verpleging ter beschikking gestelden
DPIA	Data Protection Impact Assessment
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FPA	Forensische Psychiatische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatisch Centrum
FPK	Forensische Psychiatische Kliniek
FRIA	Fundamental Rights Impact Assessment
F-RIBW	Forensisch Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen
FVA	Forensische Verslavingsafdeling
FKV	Forensische Verslavingskliniek
FZ	Forensische Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
JenV	Justitie en Veiligheid
Jo.	Juncto
MDR	Verordening Medische Hulpmiddelen
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PPC	Penitentiair Psychiatisch Centrum
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Rvt	Reglement Verpleging Terbeschikkinggestelden
SGLVG+	Forensische instelling voor Sterk Gedragsgestoorden met een Lichte Verstandelijke Beperking
VR	Virtual Reality
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfz	Wet forensische zorg
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang



1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Anno 2024 is het gebruik van geavanceerde technologie niet meer weg te denken in de samenleving. Ook in de forensische zorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van zulke technologieën of wordt de inzet daarvan overwogen. Hierover is de RSJ gevraagd een advies uit te brengen.

Technologieën kunnen onder andere worden ingezet ten behoeve van beveiliging en behandeling van een patiënt. Voorbeelden zoals genoemd in de adviesaanvraag zijn: de bodyscan om bij terugkeer van verlof te controleren op het binnenbrengen van verboden goederen, het gebruik van apps bij risicotaxatie, de inzet van *Virtual Reality* bij het oefenen met verlof, het gebruik van een *wearable* (bijvoorbeeld een *smartwatch*) om de stress van een patiënt te monitoren en de inzet van (sociale) robots om specifieke taken bij de behandeling te ondersteunen of in sommige gevallen zelfs over te nemen. Daarnaast zijn er technologische mogelijkheden voor (administratieve) lastenvermindering van het personeel in de zorg.

Volgens de adviesaanvraag biedt de inzet van technologieën in de forensische zorg kansen. Uit een onderzoek blijkt de verwachting dat technologieën kunnen zorgen voor een lagere capaciteitsdruk en betere kwaliteit van de geleverde forensische zorg.¹

Daarbij is onder meer de gedachte dat de inzet van technologieën kansen biedt voor het omgaan met (beheers)risico's en dat deze technologieën patiënten mogelijkheden geven om meer regie te hebben over het eigen behandelproces. Tegelijkertijd zijn er risico's, bijvoorbeeld wat betreft de verzameling, opslag en/of gebruik van data. Ook is geconstateerd dat wetgeving in de praktijk vaak achterloopt op de ontwikkeling en introductie van nieuwe technologieën.

Om te komen tot een verantwoorde afweging omtrent de inzet van technologieën in de forensische zorg, is meer inzicht nodig in de ethische en rechtspositionele aspecten van die inzet.² Bij het afwegen daarvan gaat het ook om de doelen waarvoor de technologieën worden ingezet. Dat kan zijn voor de behandeling of de beveiliging, maar ook voor de efficiëntie, bijvoorbeeld door het verlichten van de werkdruk van het personeel door gebruik van technologie.

Kenmerkend voor de forensische zorg is dat deze per definitie plaatsvindt binnen een gedwongen kader waarbinnen behandel- en veiligheidsdoelstellingen samengaan.³

Ten aanzien daarvan is relevant dat de drie dimensies 'veiligheid van de samenleving', 'de behandeling en het herstel van de patiënt' en 'de rechtsbescherming van de

¹ De Ruijter strategie, 2024, p. 26-27 (hierna aangeduid als Toekomstverkenning sector Forensische zorg).

² Te beluisteren in: Tech voor Twaalf S1 A4, *Ga op ontdekkingstocht in de uitvoering en gun jezelf te dromen over hoe technologische ontwikkelingen ons werk van overmorgen gaan beïnvloeden* – &MAES, en-maes.nl, 25 november 2023 (podcast). In deze aflevering wordt met Wouter Dronkers (hoofd forensische zorg en plaatsvervangend directeur Sanctie- en Slachtofferbeleid bij het ministerie van Justitie en Veiligheid) gesproken over technologieën binnen de forensische zorg.

³ Behandeling is in de forensische zorg altijd gericht op terugdringen van het recidivegevaar en vindt plaats binnen de context van beveiliging.



patiënt' met elkaar kunnen concurreren. Daardoor verkeren ze in een dynamisch evenwicht, waarbij soms op bepaalde dimensies meer nadruk ligt.⁴

1.2 Vraagstelling

Tegen deze achtergrond is de Afdeling advisering van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (hierna: de RSJ) door de toenmalige minister voor Rechtsbescherming gevraagd te adviseren over technologische innovaties binnen de forensische zorg. Meer specifiek is de RSJ gevraagd een kader te schetsen met betrekking tot rechtspositionele en ethische afwegingen bij de inzet van nieuwe vormen van technologie in de forensische zorg. Daarbij is ook gevraagd:

- onderscheid te maken tussen de inzet van technologieën ten aanzien van de behandeling enerzijds en de veiligheid/beveiliging anderzijds;
- de mogelijkheid van (een) experimenteerbepaling(en) voor wetgeving te betrekken;
- de hiervoor genoemde voorbeelden van bestaande technologieën concreet te betrekken.

1.3 Afbakening en perspectief

Ethische, rechtspositionele en overige juridische randvoorwaarden

Het advies biedt een overkoepelende en fundamentele reflectie op technologische innovaties in de forensische zorg, gevolgd door een formulering van ethische, rechtspositionele en overige relevante juridische uitgangspunten en aanbevelingen voor een verantwoorde toelating, implementatie en toepassing van technologieën in de praktijk.⁵

De randvoorwaarden zijn tot op heden slechts beperkt in kaart gebracht en de ontwikkelingen ten aanzien van technologieën gaan snel. Dit advies biedt daarom geen volledig kader voor een toetsing van bestaande en toekomstige technologieën. De uitgangspunten zijn bedoeld als vertrekpunt voor de verdere ontwikkeling van randvoorwaarden en de besluitvorming hierover.

Op verzoek van het ministerie van Justitie en Veiligheid worden bij enkele specifieke technologieën aandachtspunten benoemd. Deze worden niet langs de door de RSJ geformuleerde uitgangspunten gelegd, maar dienen ter illustratie.

Forensische zorg

De RSJ gaat in dit advies uit van forensisch klinische zorg. Dat houdt in dat sprake is van een opname in/op een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), Forensische Psychiatrische Kliniek (FPK), Forensische Verslavingskliniek (FVK), Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA), Forensische Verslavingsafdeling (FVA's) of Forensische

⁴ Dit is in *Kamerstukken II* 1991/92, 22329, nrs. 1-2 expliciet bepaald voor de TBS, maar dit kan worden doorgetrokken naar de gehele forensische zorg. Van der Wolf, Reef & Wams 2020, p. 17.

⁵ Een kosteneffectiviteitsanalyse acht de RSJ ook van belang, maar dit wordt in dit advies niet uitgewerkt aangezien het de patiënt niet direct raakt. Dit gaat om de bijdrage aan het gestelde doel in relatie tot de financiële kosten die het met zich meebrengt. Dit betreft onder andere subsidies, ontwikkel- en productiekosten, inkoopkosten en opschaalbaarheid, levensduur, (zorg)verzekeringen en bijkomende (eventueel tijdrovende) administratieve lasten.



instelling voor Sterk Gedragsgestoorden met een Lichte Verstandelijke Beperking (SGLVG+).⁶

Daarmee vallen forensische poliklinieken (ambulante behandeling)⁷ en Forensisch Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (F-RIBW's), besloten afdelingen in een reguliere GGZ-instelling of verslavingszorgafdeling, en resocialisatieafdelingen van een kliniek met beveiligingsniveau 1 (alle met zogenoeten 'verblijfszorg') buiten de reikwijdte van dit advies.⁸

Technologieën

In dit advies richt de RSJ zich op zowel bestaande als toekomstige technologieën (zoals onder andere genoemd in paragraaf 2.3) die de individuele patiënt raken en waarbij ethische, rechtspositionele en overige relevante juridische vraagstukken aan de orde zijn. Algemene technologieën worden buiten beschouwing gelaten.⁹

Innovaties bieden kansen en risico's

De RSJ beoogt in dit advies vanuit ethisch en juridisch oogpunt naar zowel de kansen als de risico's van de toepassing van technologieën te kijken. De reflectie daarover in dit advies is daarom kritisch, maar niet negatief.

1.4 Begrippen

Technologieën

Voor de vormen van technologie die in de forensische zorg worden ingezet, worden verschillende termen gebruikt. De RSJ hanteert in dit advies de term 'technologieën'.

Forensische zorg

In dit advies wordt met het begrip 'forensische zorg' bedoeld op zorg voor meerderjarigen die op strafrechtelijke titel aan gedwongen geestelijke gezondheidszorg, inclusief verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, zijn onderworpen.¹⁰ Hierbij sluit de RSJ aan bij de definitie uit artikel 1 lid 2 Wet forensische zorg (Wfz).

⁶ Zie website Klinische zorg | Forensische zorg in de praktijk | Forensische zorg

⁷ Zie website Ambulante zorg | Forensische zorg in de praktijk | Forensische zorg

⁸ Zie Website Verblijfszorg | Forensische zorg in de praktijk | Forensische zorg

⁹ Voorbeelden zijn digitale communicatie via beeldbellen (waaronder telezorg) en bewakingscamera's waarvan data niet worden opgeslagen.

¹⁰ J. Legemaate e.a. 2014, p. 143. Zie ook Tbs en overige forensische zorg | Rijksoverheid.nl. Hieronder vallen niet-civielrechtelijk geplaatste patiënten die op basis van artikel 2.3 Wfz of de Wvggz of Wzd een zorgmachtiging of rechterlijke machtiging hebben. Formeel valt plaatsing in een Penitentiaal Psychiatrisch Centrum (PPC) onder forensische zorg, zie website Forensische zorgtitels | Zorginkoop en Financiering | Forensische zorg.

Er wordt echter in de literatuur verschillend gedacht over in welke mate in een PPC sprake is van forensische zorg. Zie Kempes 2024, p. 1 en Van Bakkum e.a. 2021, p. 340-351. In de praktijk wordt het onder gevangeniswezen geschaard.

De RSJ laat de PPC's in dit advies al met al vanwege het grote verschil in de reden van plaatsing (psychiatrische zorg vanuit detentie) en aard van de behandeling (stabilisatie tegenover resocialisatie om recidive te voorkomen) en daarmee ook de rechtspositie van de patiënt in het kader van de Pbw in plaats van de Pbw, Wvggz of Wzd buiten beschouwing.



Behandeling en beveiliging

Technologieën kunnen in de forensische zorg worden ingezet voor bijvoorbeeld zorg/behandeling (diagnostiek, gedragsinterventies en medische zorg): hierna steeds 'behandeling'.

Daarnaast worden technologieën ingezet voor veiligheid/beveiliging (risicotaxatie, controle en beheersing): hierna steeds 'beveiliging'. De beveiliging in de forensische zorg is enerzijds gericht op het individu – door behandeling van de stoornis die ten grondslag ligt aan het delict – en anderzijds op de samenleving, doordat potentieel gevaarlijke veroordeelden in gesloten setting worden behandeld totdat veilige en gecontroleerde terugkeer in de samenleving mogelijk is.

Ook zijn er controle- en beveiligingsmaatregelen die de veiligheid binnen de kliniek moeten waarborgen, zoals controle op invoer van drugs en andere contrabande. Met het begrip 'beveiliging' bedoelt de RSJ in dit advies steeds het laatste.

Hoewel – zoals verzocht – in dit advies een onderscheid wordt gemaakt tussen deze doelen, wordt opgemerkt dat de toepassing van technologieën vaak beide doelen tegelijkertijd dient.

Patiënt

De diverse instellingen in de forensische zorg gebruiken verschillende benamingen voor de persoon die forensische zorg ontvangt, zoals 'cliënt' of 'patiënt'. De RSJ hanteert in dit advies de term 'patiënt'.

1.5 Werkwijze

Schriftelijke bronnen

Ter voorbereiding op dit advies is een verscheidenheid aan schriftelijke bronnen bestudeerd: (wetenschappelijke) artikelen, onderzoeks- en adviesrapporten, beleidsdocumenten, Kamerstukken en zowel internationale als nationale wet- en regelgeving.

Interviews

Daarnaast zijn er interviews geweest met deskundigen, waarvan een overzicht is opgenomen in een bijlage bij dit advies. Voorafgaand aan de interviews is een lijst met vragen en gespreksonderwerpen gedeeld. De deskundigen brachten kennis uit gedragsdeskundige, juridische of filosofische hoek mee, en/of hadden praktijkervaring met de implementatie of de toepassing van technologieën.

Educatieve evenementen

Door leden van de adviescommissie van de RSJ zijn ook congressen, een conferentie, *webinars* en cursussen bijgewoond die raakvlakken hadden met technologische innovaties in de forensische zorg.¹¹

¹¹ Onder andere het internationale congres in Istanbul van 21 tot en met 24 april 2024 met de titel 'Technology in Corrections' en als hoofdthema 'digital rehabilitation'. Dit congres werd georganiseerd door European Organisation of Prison and Corrections (EUOPRIS) en International Corrections & Prisons Association (ICPA).



1.6 Leeswijzer

Dit advies is geschreven op verzoek van het ministerie van Justitie en Veiligheid en is daarnaast relevant voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor de forensische zorgpraktijk. Tegelijkertijd kan het van belang kan zijn voor andere betrokkenen in het veld.

Misschien zijn niet alle onderdelen van dit advies even relevant voor alle lezers.

Daarom geeft deze leeswijzer een overzicht van de opbouw van het advies.

Het advies bevat na dit inleidende hoofdstuk eerst in hoofdstuk 2 een beschrijving van de context van technologieën binnen het overheidsbeleid en de forensische en brede zorgpraktijk. Dit wordt gevolgd door een uitgebreid overzicht met ethische overwegingen in hoofdstuk 3 en juridische overwegingen in hoofdstuk 4, steeds bestaande uit beschrijvingen van de relevante bestaande kaders bij behandeling en beveiliging met specifieke aandachtspunten bij de inzet van technologieën in de forensische zorg.

Op basis van deze hoofdstukken zijn in hoofdstuk 5 door de RSJ randvoorwaarden geformuleerd voor een verantwoorde toelating, implementatie en individuele toepassing van technologieën. Deze randvoorwaarden bestaan uit aanbevelingen en concrete uitgangspunten.

In het laatste hoofdstuk wordt ter illustratie bij enkele specifieke technologieën een aantal aandachtspunten benoemd.



2 De context

In dit hoofdstuk wordt de context met betrekking tot de inzet van technologieën in de forensische zorg beschreven. Er wordt eerst ingegaan op de achtergrond van het overheidsbeleid op dit gebied. Daarna volgt een korte reflectie op de kansen en praktische aandachtspunten van technologieën voor de forensische zorg. Vervolgens worden de ontwikkelingen van technologieën in de forensische en brede zorgpraktijk tot op heden beschreven.

2.1 Overheidsbeleid

Uit onderzoek¹² in opdracht van het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg¹³ begin 2023 is gebleken dat er sinds 2017 een hoge capaciteitsdruk is door een steeds hogere instroom en een langere gemiddelde behandelduur,¹⁴ oplopend tekort aan personeel,¹⁵ een zwaardere zorgvraag¹⁶ en minder goed functioneren van andere, preventief werkende (zorg)gebieden, met name de reguliere ggz.¹⁷ Naar aanleiding daarvan is de Meerjarenagenda Forensische Zorg opgesteld met als doel de forensische zorg toekomstbestendig te maken.¹⁸ Het ketenbreed implementeren van technologie en innovatie, maakt onderdeel uit van deze meerjarenagenda.¹⁹

De gedachte is namelijk dat technologieën op het gebied van beveiliging, zorg, behandeling en administratie goede toepassingen voor de forensische zorg kunnen opleveren, leidend tot een lagere capaciteitsdruk²⁰ en betere kwaliteit van de geleverde zorg.²¹ Zo kan de inzet van technologieën bijdragen aan het verlagen van de (administratieve) werkdruk, het ondersteunen van personeel bij werkzaamheden en het efficiënter inrichten van processen binnen de forensische zorg. Een voorbeeld is de softwareapplicatie 'De Forensische Tijdlijn' waarmee een zorgaanbieder op geautomatiseerde wijze alle relevante gegevens over een patiënt kan opvragen op één plek.²² Ook kan de inzet van technologieën bijdragen aan surveillance, controle en ondersteuning (bij behandelingen) van forensisch patiënten.²³

¹² Toekomstverkenning sector Forensische Zorg.

¹³ Een samenwerkingsverband tussen het ministerie van Justitie en Veiligheid met partners uit de forensische zorgsector.

¹⁴ Verschuivingen binnen het dynamisch evenwicht door onder andere de risicotolerantie in de samenleving die lijkt lager te worden en het 'Michael P.-effect' hebben geleid tot een hernieuwde toename aan opleggingen van forensische zorg en de oplegging van meer sancties. Toekomstverkenning sector Forensische Zorg, p. 19-21.

¹⁵ Toekomstverkenning sector Forensische Zorg, p. 16-18.

¹⁶ Bijvoorbeeld hogere somatische zorgvragen door vergrijzing, complexere zorgvragen door complexe (multi)problematiek en het groeiend aandeel patiënten met een licht verstandelijke beperking en/of een verslaving aan middelen. Toekomstverkenning sector Forensische Zorg, p. 16-18, 21-23.

¹⁷ Toekomstverkenning sector Forensische Zorg, p. 23-26.

¹⁸ Toekomstverkenning sector Forensische Zorg, p. 11 en Meerjarenagenda Forensische Zorg 2024-2029.

¹⁹ Meerjarenagenda Forensische Zorg 2024-2029.

²⁰ Om die reden wordt ook gekeken naar de inzet van technologie in het gevangeniswezen, *Kamerstukken II* 2023/24, 24587, nr. 967.

²¹ Toekomstverkenning sector Forensische Zorg, p. 26-27.

²² Voortgangsbrief forensische zorg januari 2023, *Kamerstukken II*, 2022/23, 33628, nr. 97, p. 7.

²³ Voortgangsbrief forensische zorg januari 2023, *Kamerstukken II*, 2022/23, 33628, nr. 97, p. 41-44.



Dit wordt daarom als een belangrijke oplossing voor de huidige knelpunten²⁴ en zelfs als essentieel gezien voor het toekomstbestendig houden van de forensische zorg. Voor het implementeren ervan zijn passende randvoorwaarden nodig.²⁵ Die randvoorwaarden zijn nog beperkt in kaart gebracht en verwerkt in wet- en regelgeving en landelijk beleid. Zo zijn technologieën tot op heden heel beperkt verwerkt in het Kwaliteitskader Forensische zorg van het Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg.²⁶

2.2 Kansen en praktische aandachtspunten bij technologieën in de forensische zorg

Technologieën kunnen inderdaad ondersteuning bieden bij de behandeling van forensisch patiënten. Zo kan het de algemene werkzaamheid van een behandeling vergroten. Het kan leiden tot meer autonomie voor de patiënt.²⁷ Het kan daarnaast motiverend werken bij een doorgaans laaggemotiveerde doelgroep door onder meer spelelementen toe te voegen. Ook kan meer en rijkere informatie over een patiënt verzameld worden, omdat technologieën minder afhankelijk kunnen zijn van tijd, plaats en behandelaar.²⁸

Er zijn echter ook praktische aandachtspunten, naast de ethische en juridische aandachtspunten die in dit advies centraal staan. Een belangrijk praktisch aandachtspunt is dat op dit moment zowel in de politiek als in de forensische zorgpraktijk veel hoop wordt gevestigd op technologieën als oplossing voor het personeelstekort. Daar staat tegenover dat de implementatie en toepassing ervan ook extra tijd kosten, bijvoorbeeld door opleiding van personeel dat ermee moet leren werken,²⁹ onderhoud van de technologieën, aanvullende administratieve lasten ten aanzien van de registratie ervan, uitlezen van data en evaluaties in gesprekken en behandel- en zorgplannen. Ook de begeleiding van patiënten die moeten leren omgaan met de technologieën kan extra tijd kosten.³⁰

Daarnaast moeten technologieën wat betreft het ontwerp en de inhoud voldoende aansluiten op behoeften en eigenschappen van gebruikers. Dit betreft zowel de patiënten, een diverse en complexe doelgroep, als de behandelaren.³¹ Patiënten en behandelaren in de forensische zorg worden nu vaak niet bij het ontwerpproces betrokken.³²

²⁴ Naast gericht(er) meten en monitoren van effecten en resultaten, flexibiliteit inbouwen om met het fluctuerende beroep op de forensische zorgcapaciteit om te kunnen gaan, investeren in samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein alsook het gevangeniswezen en tot slot het draagvlak versterken door het belang van forensische zorg te laten zien (door middel van resultaatdeling).

²⁵ Meerjarenagenda Forensische Zorg 2024-2029.

²⁶ Dit kwaliteitskader heeft als doel de kwaliteit van de forensische zorg inzichtelijk te maken en verder te verbeteren. Afgesproken is dat alle partijen in de forensische sector in 2028 volledig werken volgens het kader. Zie: Kwaliteitskader FZ.nl.

²⁷ Technologie in de forensische zorg – Crossing borders, KFZ 2019.

²⁸ Kip & Bouman 2020, p. 2-4.

²⁹ Oprins, 't Hart & Dhondt 2022, p. 6-75. Dit beeld werd bevestigd in gesprekken van de RSJ met het veld.

³⁰ Dit bleek uit gesprekken van de RSJ met het veld.

³¹ Kip & Bouman 2020, p. 4-5; Meynen 2022a.

³² Kip, Ligthart & Meynen 2024, p. 95-96.



2.3 Ontwikkelingen technologieën in de forensische en brede zorgpraktijk

2.3.1 Soorten technologieën in de forensische zorg

Er worden in de forensische zorg verschillende technologieën ingezet. Naast de eerder genoemde vormen, te weten Virtual Reality, wearables, technologische mogelijkheden voor (administratieve) lastenvermindering van het personeel en (sociale) robots, kan het bijvoorbeeld ook gaan om web-based modules, beeldbellen, mobiele apps, serious games en domotica (huisautomatisering).³³ Op www.Techwijzerfz.nl³⁴ staat een niet-uitputtend overzicht van in de forensische zorg beschikbare behandeltechnologieën met informatie; een overzicht van beveiligingstechnologieën ontbreekt.

Gelet op de huidige technologische ontwikkelingen kan het in de toekomst mogelijk ook gaan om (samenwerkende) nanotechnologie³⁵, biotechnologie³⁶, informatie- en communicatietechnologie en cognitieve technologieën die erg ingrijpend kunnen zijn.

2.3.2 Implementatieperikelen

Uit onderzoek blijkt dat er in de forensische zorgpraktijk veel enthousiasme is voor technologieën.³⁷ Desondanks blijft het vaak bij tijdelijke pilots en blijft een verantwoorde en grootschalige implementatie achter.

Het potentieel ervan wordt op dit moment niet benut om financiële redenen,³⁸ vanwege juridische beperkingen en ethische bezwaren.³⁹ Hierover en over de noodzaak van het verder onderzoeken daarvan wordt al enkele jaren geschreven in de literatuur.⁴⁰ Daarnaast zijn er praktische redenen. Zo ontbreekt het aan capaciteit en structurele samenwerking. Ook is er beperkt duidelijkheid over de meerwaarde van technologieën door een gebrek aan evaluaties en effectiviteitsonderzoek.⁴¹ Er wordt wel meer ingezet op onderzoek naar Virtual Reality.⁴²

Initiatieven zijn echter veelal afhankelijk van individuele behandelaren die van het bestaan afweten of promovendi die bij de ontwikkeling betrokken zijn. Daarbij worden technologieën vaak ingezet op grond van beschikbaarheid (een nieuwe technologie komt op de markt en wordt vervolgens onderzocht), in plaats van op grond van behoeften van behandelaren of patiënten.⁴³ Een gedegen visie op de toepassing ervan lijkt te ontbreken, evenals zelfregulering door middel van richtlijnen, protocollen en standaarden.

³³ Zie voor een uitleg van deze technologieën Kip & Bouman 2020, p. 2-3.

³⁴ Ontwikkeld door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) in samenwerking met het Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en Transfore (forensische behandelinstelling).

³⁵ Technologie ontwikkeld van materialen en componenten die het formaat hebben van individuele atomen en moleculen.

³⁶ Technologie ontwikkeld van producten met gebruik van micro-organismen.

³⁷ Hauwert, Van der Bas & Smit 2024. Dit beeld werd bevestigd in gesprekken van de RSJ met het veld.

³⁸ Meerjarenagenda Forensische Zorg 2024-2029.

³⁹ Toekomstverkenning sector Forensische Zorg, p. 41-49.

⁴⁰ Bijvoorbeeld: Meynen, 2022b, Kip, Ligthart & Meynen, 2024 p. 91-96; Bijlsma e.a. 2022.

⁴¹ Hauwert, Van der Bas & Smit 2024; Kip & Bouman 2020, p. 4-5.

⁴² Momenteel vindt bijvoorbeeld onderzoek plaats naar de toepassingsmogelijkheden van VRlof, VR Relax en een VR CGT module in een forensisch-therapeutische setting. Virtual Reality Studies - Arkin Onderzoek.

⁴³ Hauwert, Van der Bas & Smit 2024; Kip & Bouman 2020, p. 4-5. Dit beeld werd bevestigd in gesprekken van de RSJ met het veld.



2.3.3 Projecten

Er zijn de afgelopen jaren twee belangrijke innovatieprojecten in de forensische zorg gestart.

Project 'Toepassing draagbare technologieën ten behoeve van een effectieve behandeling'

Een samenwerkingsverband van negen forensische klinieken⁴⁴ doet binnen het project 'Toepassing draagbare technologieën ten behoeve van een effectieve behandeling' onderzoek naar de zorgvuldige toepassing van mobiele apps en draagbare technologieën in de behandeling en begeleiding (ter ondersteuning van het risicomanagement) van patiënten.⁴⁵ Voordat binnen dit project een technologie wordt goedgekeurd, worden eerst relevante ethische en juridische aspecten onderzocht. Uitgangspunten zijn dat technologieën toegevoegde waarde moeten hebben voor een patiënt, dat standaard een privacy-check wordt gedaan en dat deze alleen worden ingezet als is voldaan aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Vervolgens beslist de behandelaar in het individuele geval over gebruik van bepaalde technologieën. Daarbij is het uitgangspunt dat niet de beschikbaarheid van een bepaalde technologie, maar het behandeldoel leidend is.

Project 'Innovatie en Technologie'

Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) is in opdracht van het ministerie van Justitie en Veiligheid in september 2024 voor de duur van 3,5 jaar het project 'Innovatie en Technologie' gestart. Beoogd wordt technologische innovaties te stimuleren door met behulp van praktijkkennis randvoorwaarden te creëren voor samenwerking, implementatie en het bieden van ondersteuning. Prioriteiten hierbij zijn personeelsbehoud, werkdrukverlaging en kwaliteitsverbetering. Als onderdeel van dit project zal de TechwijzerFZ worden uitgebreid.⁴⁶ Dit platform biedt een overzicht van technologieën voor de behandeling en begeleiding van forensische patiënten, met een keuzehulp tool en inclusief informatie over de specifieke doelgroep, doelen en (indien beschikbaar) ook implementatiebehoeften.⁴⁷

Anders dan bovengenoemde projectgroep, hanteert het EFP bij de Techwijzer geen ethische en juridische toets ten aanzien van toepassing van technologieën.

Op het moment van schrijven van dit advies bleek geen sprake van informatie-uitwisseling of samenwerking tussen beide projecten.

2.3.4 Zorgbrede ontwikkelingen en randvoorwaarden

In het gehele Nederlandse zorgveld wordt de inzet van technologieën in toenemende mate gezien als een belangrijke oplossing voor bestaande problemen.⁴⁸

⁴⁴ Met twintig innovatie-experts die verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van bruikbare technologieën en 100 behandelaren die toegang hebben tot de ontwikkelde technologieën.

⁴⁵ <https://tbsnederland.nl/nieuws/draagbare-technologieen-op-maat-toegepast-in-het-risicomanagement-binnen-de-tbs/>.

⁴⁶ Projectplan Innovatie en Technologie van het EFP, 15-07-2024.

⁴⁷ www.techwijzerfz.nl.

⁴⁸ Zie hierover: Van Kolschooten 2024, p. 89-90.



Andere zorgterreinen, zoals de ouderenzorg, lopen veelal vooruit met technologische ontwikkelingen ten opzichte van de forensische zorg, zoals met de brede inzet van domotica en hybride zorg.⁴⁹ Ook monitort het RIVM sinds 2013 digitale zorg⁵⁰ en heeft de zorgorganisatie Vilans een zogeheten 'Waardewaaier' ontwikkeld om de toegevoegde waarde van digitale zorg in de organisatie te onderzoeken.⁵¹ Deze zorgbrede ontwikkelingen zijn relevant voor de ontwikkelingen in de forensische zorg en kunnen worden meegenomen bij het in kaart brengen van de ethische, rechtspositionele en overige relevante juridische aandachtspunten.

Door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) werd al in 2009 gewezen op een gebrek aan een inhoudelijke visie op de rol van technologie in de reguliere zorg. Bij de inzet van nieuwe technologieën werd vaak onvoldoende nagedacht over de implicaties voor de kwaliteit van de zorg, de betrouwbaarheid van het systeem⁵², de benodigde aanpassingen in werkprocessen en het welzijn en de veiligheid. Ook werden technologieën te vaak ingevoerd omdat het aanbod er was en niet vanwege een zorgvraag.

De IGJ deed toen aanbevelingen voor een succesvolle implementatie over onder andere training en opleiding van personeel en goede communicatie met de patiënt en medewerkers bij het opstellen van de gebruikerseisen.⁵³ Inmiddels heeft de IGJ een toetsingskader ontwikkeld voor het bewaken van de kwaliteit en veiligheid van de inzet van digitale zorg in de reguliere (inclusief gedwongen) zorg. De normen en toetsingscriteria zijn bepaald aan de hand van de wet- en regelgeving, veldnormen en richtlijnen die beroepsorganisaties van zorgverleners hebben opgesteld.⁵⁴

De RSJ heeft voornoemde zorgbrede ontwikkelingen en uitgangspunten meegenomen ten aanzien van technologieën binnen de forensische zorg, maar de situatie is niet hetzelfde. In de forensische zorg is namelijk sprake van een gedwongen kader met een combinatie van behandel- en beveiligingsdoelstellingen.

Dit betreft bovendien een uniek terrein binnen het strafrecht waar veel verschillende wettelijke kaders, culturen en perspectieven samenkomen. Ook betreft het een specifieke complexe doelgroep met zware problematiek. Door onder andere geringe motivatie, achterdocht en laaggeletterdheid zijn forensische patiënten vaak moeilijk te betrekken bij de behandeling.⁵⁵ Uit het voorgaande blijkt het belang van het goed in kaart brengen van de randvoorwaarden voor de ontwikkeling, implementatie en toepassing van technologieën specifiek in de forensische zorg. In de twee hoofdstukken hierna volgen de ethische, rechtspositionele en juridische reflecties die daaraan bijdragen.

⁴⁹ Van Kolschooten, 2024 p. 89-90; KPMG 2022.

⁵⁰ Versluis e.a. 2024.

⁵¹ <https://www.vilans.nl/kennis/waardewaaier-waardebepaling-voor-digitale-zorg>.

⁵² Zie voor het belang van de betrouwbaarheid van metingen ook: Bijlsma e.a. 2022.

⁵³ IGJ 2009.

⁵⁴ Toetsingskader Digitale zorg IGJ.

⁵⁵ Kip, Ligthart & Meynen 2024, p. 91-96.



3 Ethische overwegingen

Behandel- of beveiligingsinterventies in de forensische zorg kunnen raken aan fundamentele ethische waarden zoals de autonomie, de onaantastbaarheid van het individu en/of respect voor de privacy van de patiënt. Voor bestaande behandel- of beveiligingsinterventies is doorgaans duidelijk welke ethische waarden in het geding zijn bij de afweging van verantwoorde toepassing.

Ten aanzien van technologieën is dat nog niet uitgekristalliseerd en moeten de ethische aspecten van mogelijke toepassing nog in kaart worden gebracht.

Dit hoofdstuk biedt hiervoor een basis, met een overzicht van de belangrijkste ethische waarden en op grond daarvan geformuleerde uitgangspunten die in het geding zijn bij de beoordeling en eventuele toepassing van technologieën in de forensische zorg.

Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen toepassing in het kader van behandeling (3.1) en beveiliging (3.2).

3.1 Ethiek in de forensische behandeling

3.1.1 Algemene ethische uitgangspunten: menselijke waardigheid en autonomie

Respect voor de menselijke waardigheid vormt een fundamenteel ethisch principe, dat samenhangt met het sinds de Verlichting heersende mensbeeld van de mens als vrij en autonoom wezen. Waarborgen ten aanzien van autonomie, privacy en lichamelijke integriteit vloeien hieruit voort.

Binnen de praktijk van de strafrechtstoepassing komt respect voor de menselijke waardigheid tot uitdrukking in het uitgangspunt van de humane strafrechtstoepassing.⁵⁶

Ethische waarden zijn fundamenteel. Tegelijkertijd kunnen in een specifieke situatie verschillende ethische waarden in het geding zijn, die met elkaar op gespannen voet kunnen staan. In de praktijk gaat het daarom altijd om een afweging. Zo kan het nodig zijn om een inbreuk te maken op de autonomie door toepassing van dwangmedicatie, in het belang van de veiligheid voor de patiënt of de omgeving. Deze inbreuk op de autonomie en lichamelijke integriteit van de patiënt is alleen onder strikte voorwaarden gelegitimeerd. Welke voorwaarden dat zijn komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Om in het kader van een behandeling deze afweging verantwoord te kunnen maken, zijn voor de zorg expliciete ethische uitgangspunten geformuleerd. Voor de forensische zorg geldt bovendien dat deze wordt verleend binnen een gedwongen strafrechtelijk kader, wat leidt tot specifieke ethische aandachtspunten. Binnen de forensische zorg tenslotte kunnen technologieën weer andere ethische vragen oproepen dan de bestaande behandelinterventies. De ethische overwegingen die in deze verschillende contexten van belang zijn, worden hieronder besproken.

⁵⁶ Waarborgen voor een humane strafrechtstoepassing vloeien rechtstreeks voort uit de fundamentele mensenrechten en de Grondwet en zijn meer specifiek vastgelegd in de Beginselenwetten (Pbw, Bvt, BJJ). In de 'Beginselen van goede bejegening' van de RSJ geldt humane bejegening als overkoepelend principe: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Goed bejegenen. Beginselen voor het overheidsoptreden tegenover mensen die een justitiële straf of maatregel ondergaan*. Verkorte uitgave, RSJ 2012.



3.1.2 Ethische uitgangspunten voor goede zorg

Genoemde algemene ethische uitgangspunten zijn voor het medisch handelen uitgewerkt in de vier principes van medische ethiek: respect voor autonomie, niet schaden, weldoen en rechtvaardigheid.⁵⁷

Respect voor autonomie houdt in dat de behandelaar de wens van de patiënt zoveel mogelijk respecteert. Dat leidt tot het fundamentele uitgangspunt dat de patiënt in principe moet instemmen met de behandeling (*informed consent*).

Niet schaden betekent dat het belang van de patiënt niet mag worden geschaad.

Weldoen impliceert voor de behandelaar de positieve plicht om goed te doen voor de patiënt.

Rechtvaardigheid betekent dat de behandelaar de ene patiënt niet minder of beter behandelt dan de andere.

3.1.3 Ethische overwegingen forensische zorg

Bovengenoemde medisch-ethische uitgangspunten gelden voor al het medisch handelen, ook wanneer dit plaatsvindt binnen de strafrechtelijke context van de forensische zorg. Behandeling in de forensische zorg moet immers voldoen aan dezelfde medische en ethische kwaliteitseisen die gelden voor zorg in de vrije samenleving.

Bijzonder aan de forensische zorg is echter dat sprake is van een gedwongen kader met ingeperkte autonomie: ten eerste omdat de behandeling is opgelegd door de rechter en dus in beginsel niet volledig vrijwillig is en ten tweede omdat binnen de context van de forensische behandelsetting veiligheid en controle voorop staan. Dat leidt tot een grote afhankelijkheidspositie van de patiënt.

Deze situatie van ingeperkte autonomie heeft mogelijk gevolgen voor 'vrijwilligheid' van de *informed consent*. Bij instemming met een behandelinterventie is altijd de vraag in hoeverre dit een vrije keuze is. Niet instemmen met aangeboden behandelingsinterventies kan bijvoorbeeld worden geïnterpreteerd als een gebrek aan motivatie voor de behandeling. Ook kan het niet instemmen met interventies leiden tot stagnatie, met negatieve gevolgen voor de kans op verlof en uiteindelijk vrijlating.

Tegelijkertijd is voortgang van de behandeling ook in het belang van de patiënt.

Tegenover de vrijheid om in te stemmen met een behandeling, staat de mogelijkheid om een behandelinterventie te stoppen (een zogenaamde opt-out optie). Waar patiënten in de vrije samenleving daartoe altijd kunnen besluiten (situaties van dwangbehandeling uitgezonderd), is dit voor de forensisch patiënt minder duidelijk.

Alleen al de context van het gedwongen kader beperkt de mogelijkheid om in vrijheid te beslissen over voortzetting of stoppen van een behandeling.⁵⁸

⁵⁷ Dit zijn de principes van medische ethiek zoals uitgewerkt door T.L. Beauchamp & J.F. Childress in hun standaardwerk *Principles of Biomedical Ethics* (first edition 1979). Het betreft de principes: Respect for Autonomy, Nonmaleficence, Beneficence, Justice.

⁵⁸ Van belang is hierbij het onderscheid tussen behandeling en verpleging. De door de rechter opgelegde maatregel 'tbs met verpleging' betreft de gedwongen opname. De afzonderlijke behandelinterventies kunnen echter niet gedwongen worden opgelegd, tenzij sprake is van een noodzaak van dwangbehandeling die wettelijk gelegitimeerd moet zijn.



Ethische afwegingen met betrekking tot behandeling hebben in deze context dan ook vooral betrekking op de vraag hoe binnen het gedwongen kader zoveel mogelijk recht kan worden gedaan aan de autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

3.1.4 Ethische overwegingen bij toepassing van technologieën in de forensische zorg

Op grond van het beginsel van goede zorg betreft de eerste afweging bij invoering van nieuwe technologieën de vraag of deze bijdraagt aan goede zorg binnen het gedwongen kader van de forensische zorg. Dat leidt tot de volgende aandachtspunten.

Autonomie en informed consent

Naast de hierboven beschreven overwegingen ten aanzien van autonomie in relatie tot het gedwongen kader, kan ook de aard van een technologie van invloed zijn op de autonomie van de patiënt. Een bekend voorbeeld is het gebruik van biofeedback, waarbij de patiënt op grond van het gemeten stressniveau een signaal krijgt met daaraan gekoppeld aanwijzingen hoe te kalmeren. Een dergelijke vorm van *nudging* in de richting van gewenst gedrag kan worden opgevat als een inbreuk op de autonomie. Tegelijkertijd kan het de autonomie vergroten, als de patiënt hierdoor meer regie krijgt over het behandelproces.

Deze afweging betreft in het algemeen alle behandeltechnologieën die inwerken op de mentale en emotionele toestand van de patiënt. Voorbeelden daarvan variëren van transcraniële stimulatie (stimulatie van hersengebieden vanaf de buitenkant van de schedel) tot meer invasieve toepassingen zoals hersenimplantaten. Hoewel dergelijke vormen van beïnvloeding raken aan de autonomie van de patiënt, is niet eenduidig te zeggen of toepassing in het individuele geval de autonomie schaadt of juist bevordert. Zorgvuldige toepassing betreft dus altijd een afweging.⁵⁹ Belangrijke overwegingen daarbij zijn of de patiënt al of niet heeft ingestemd en de vraag of de behandeling leidt tot meer regie over het eigen leven (bijvoorbeeld wanneer het leven niet meer wordt overheerst door verlammende depressie of aanvallen van extreme agressie).

Weldoen

Vanuit het principe van 'weldoen' is de belangrijkste vraag welk positief effect de patiënt ondervindt van de behandelinterventie. Daarbij geldt altijd dat er voldoende evidentie moet zijn dat de behandeling effectief bijdraagt aan het beoogde doel. De mate waarin de effectiviteit bewezen moet zijn, is mede afhankelijk van de invasiviteit van de interventie: voor een licht hulpmiddel als een digitale reminder voor medicijninname gelden minder zware eisen aan bewezen effectiviteit dan voor bijvoorbeeld continue monitoring en biofeedback.

Los van deze algemene overwegingen kunnen technologische innovaties een aantal mogelijke voordelen bieden:

- Technologieën betreffen vaak niet-talige interventies (interactieve tools zoals games, Virtual Reality, robotica).

⁵⁹ Bijlsma e.a. 2022.



Binnen de doelgroep van de forensische zorg, met vaak gebrekkige taalbeheersing en cognitieve vermogens, kan dat een voordeel zijn.⁶⁰ Ook vinden patiënten digitale tools vaak leuker dan therapeutische gesprekken, wat de motivatie kan verhogen.

- Kans op snellere behandeling: wanneer patiënten bijvoorbeeld een verlofsituatie kunnen oefenen met een VR-bril en deze vorm van oefenen effectief is, dan kan dat ertoe leiden dat deze patiënten eerder met verlof kunnen, wat het behandeltraject kan versnellen.

Een kritische overweging betreft de continuïteit van de behandelinterventie: hoe is deze gewaarborgd? Veel nieuwe behandeltechnologieën worden immers ontwikkeld en onderhouden door commerciële partijen die failliet kunnen gaan of om andere reden stoppen met het onderhoud en updaten van de betreffende technologie. Dat maakt dat patiënten, die vanuit overheidswege gedwongen worden behandeld, voor de voortgang van die behandeling afhankelijk zijn van externe partijen. Zo kan bij een patiënt die veel baat heeft bij een specifieke technologie, plotseling de behandeling stoppen als de ontwikkelaar de ondersteuning stopt of failliet gaat.

Vanuit het oogpunt van weldoen, maar ook concreet vanuit behandelooqpunt, is het van belang de patiënt te beschermen tegen het stopzetten van een behandeling om andere dan behandelinhoudelijke redenen.

Niet schaden

Vanuit het oogpunt van 'niet schaden' is het van belang om eventuele voordelen van de behandelinterventies af te wegen tegen de mogelijke risico's voor de patiënt. Ethische aandachtspunten met betrekking tot technologieën betreffen vooral de privacy en de controle over onderliggende digitale systemen:

- Data blijven in handen van commerciële partijen.
Apps en andere digitale systemen die worden gebruikt in de behandeling, zijn vaak in handen van commerciële partijen. De patiënt en behandelaar hebben geen controle over de data. Die zijn vaak privacygevoelig, terwijl niet duidelijk is hoe de privacy wordt gewaarborgd, wat er in de toekomst met de data gebeurt en hoe lang de onderliggende software via updates wordt ondersteund. Waar sprake is van zelflerende systemen (AI), is bovendien niet te voorspellen hoe het systeem zich ontwikkelt. Een belangrijke eis in dit verband is dat de betreffende technologieën voldoen aan de wet- en regelgeving met betrekking tot onder meer privacy en veiligheid (zie verderop in dit advies: 'wettelijke kaders vereisen aan technologieën').
- Onderliggende algoritmes zijn niet transparant.
Voor de interpretatie van data zijn algoritmes nodig, maar de gebruiker weet niet welke bias is ingebouwd, of hoe is beslist over de criteria die het algoritme gebruikt.

⁶⁰ Kip, Ligthart & Meynen 2024, p. 91-96. Zie ook Harte e.a. 2024, p. 65-80.



- Onbekende factoren bemoeilijken *informed consent*.

Om te kunnen spreken van *informed consent*, moet de behandelaar de patiënt goed en volledig hebben geïnformeerd over de verwachte effecten en risico's van de behandelinterventie.

Bij technologieën is dat ingewikkeld omdat de behandelaar het onderliggende digitale systeem en de wijze waarop de privacy wordt beschermd, mogelijk zelf niet volledig door- en overziet. Daarnaast zijn patiënten vaak laagopgeleid met beperkte cognitieve functies op het gebied van aandacht en geheugen.⁶¹ Dat maakt het moeilijk om de patiënt goed en volledig te informeren. Het gaat er dan om hoe deze *voldoende* geïnformeerd kan worden om al of niet in te stemmen met de behandeling.

Rechtvaardigheid

Vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid is van belang dat in principe alle patiënten gelijke toegang hebben tot de benodigde behandelinterventies.

Wanneer technologieën behandelinterventies voor specifieke groepen patiënten leuker of makkelijker toegankelijk maken, dan is dat positief vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn bij sommige digitale tools zoals games of robotica, die voor minder taalvaardige patiënten deelname makkelijker maken. Aan de andere kant moet worden afgewogen of de toepassing ervan extra eisen stelt aan de gebruiker, waardoor de algemene toegankelijkheid juist vermindert.

3.1.5 Nieuwe ethische principes als gevolg van technologieën?

Naast de algemeen geaccepteerde ethische principes met betrekking tot behandeling, zijn door de introductie van technologieën nieuwe aandachtspunten in beeld gekomen. Deze zijn specifiek gerelateerd aan de aard van de technologieën en hun beoogde toepassing en zijn nog niet als algemeen ethische principes gedefinieerd. Het gaat hierbij om de bescherming van de mentale integriteit en het belang van betekenisvol menselijk contact.

Mentale integriteit

Een ethische overweging die in bovenstaande nog niet is genoemd maar die wel raakt aan de autonomie en de andere uitgangspunten van goede zorg, betreft het begrip mentale integriteit. Vanuit ethisch oogpunt geldt de bescherming van de lichamelijke integriteit als een fundamenteel uitgangspunt, dat onder meer tot uitdrukking komt in de principes van autonomie en niet-schaden. Met de introductie van technologieën is de mentale integriteit meer in beeld gekomen doordat het technieken betreft die ofwel informatie verzamelen over de mentale toestand (zoals stressmeting door smartwatches) of de mentale toestand kunnen beïnvloeden op een andere manier dan de klassieke psychotherapie.

⁶¹ Kip & Bouman 2020, p. 4.



Daarbij gaat het niet alleen om invasieve behandelinterventies als *deep brain stimulation*, maar ook om toepassingen die niet lichamelijk invasief zijn maar wel een groot effect hebben op de mentale toestand en daardoor als ingrijpend kunnen worden aangemerkt. Een voorbeeld daarvan is biofeedback waarbij voortdurend gewenst gedrag van de patiënt wordt gestimuleerd.

Belang van betekenisvol menselijk contact

Naast de vier basisprincipes van medische ethiek vormt het uitgangspunt van 'zorg als mensenwerk' een belangrijke overweging, die voortvloeit uit de opvatting van de mens als intersubjectief wezen. Betekenisvol contact tussen behandelaar of zorgverleners en patiënt vormt daarmee een belangrijk aspect van de behandeling. Vanuit ethisch perspectief kan het belang van betekenisvol contact worden gezien in het verlengde van het fundamentele uitgangspunt van de menselijke waardigheid.

Dit aspect is actueel met het oog op technologieën die de relatie tussen patiënt en behandelaar kunnen veranderen, bijvoorbeeld wanneer robotica wordt ingezet om taken over te nemen van de verpleging.⁶²

3.2 Ethiek met betrekking tot technologieën ten behoeve van beveiliging

Zoals eerder in dit advies aangegeven, staat forensische zorg in het teken van behandeling en beveiliging. Evenals voor behandeling, worden ook specifiek ten behoeve van beveiliging technologieën ontwikkeld. Dit gaat om controle- en beveiligingsmaatregelen die de veiligheid binnen de kliniek moeten waarborgen. Een voorbeeld hiervan is de bodyscan, waarmee door beelden in het lichaam gecontroleerd kan worden op het binnensmokkelen van drugs of andere contrabande.

Wat betreft de ethische afwegingen voor verantwoorde toepassing geldt ook ten aanzien van beveiligingsmaatregelen dat het hierboven uitgewerkte respect voor de menselijke waardigheid in acht moet worden genomen als fundamenteel uitgangspunt van een humane en rechtvaardige strafrechtstoepassing.

Dat impliceert dat inperkingen op de lichamelijke integriteit en privacy alleen zijn toegestaan onder strikte voorwaarden, waaronder de voorwaarde dat deze niet meer wordt ingeperkt dan strikt noodzakelijk is.

Anders dan bij de toepassing van technologieën ten behoeve van behandeling, is voor beveiligingsinterventies geen *informed consent* vereist, omdat controle en beveiliging inherent zijn aan de plaatsing in een strafrechtelijke context. Dit betekent niet dat de toepassing van deze beveiligingstechnologieën zonder instemming automatisch toelaatbaar is.

De twee laatstgenoemde aspecten komen verder aan de orde in het juridische hoofdstuk met betrekking tot fundamentele mensen- en grondrechten en de nationale wettelijke kaders voor behandeling en beveiliging. De ethische waarden hebben daarin een fundament.

⁶² Van Est & Gerritsen 2017. Eén van de aanbevelingen in dit rapport vormt de invoering van een recht op betekenisvol menselijk contact in de zorg (zie verderop in dit advies: 'Mensenrechten en grondrechten').



Specifieke ethische aandachtspunten bij technologieën ten behoeve van beveiliging zijn de volgende.

- Het risico bestaat dat de beschikbaarheid van technologieën voor behandel- en beveiligingsdoeleinden leidt tot een cumulatie van eisen ten aanzien van veiligheid en controle. Zo kan de mogelijkheid om voorafgaand aan verlov te oefenen met de VR-bril, gemakkelijk overgaan in de eis dat zonder die virtuele oefening geen verlov wordt verleend.
- De verleiding kan ontstaan om gegevens die met instemming van een patiënt via een behandeltechnologie zijn verkregen, later tegen de patiënt te gebruiken voor beveiligingsdoeleinden.



4 Juridische overwegingen

De fundamentele ethische waarden zoals in het vorige hoofdstuk beschreven, zijn dermate fundamenteel dat ze ten grondslag liggen aan fundamentele mensen- en grondrechten en (inter)nationale wettelijke kaders die de forensische patiënt juridisch beschermen bij de toepassing van technologieën in de forensische zorg. Dit gebeurt door zowel vereisten aan behandel- en beveiligingsinterventies in de forensische zorg (interne rechtspositie) als vereisten aan de betreffende technologieën.

De (interne) rechtspositie van een patiënt bestaat uit drie onderdelen: inhoudelijke rechten (onder andere vereisten voor *informed consent* en privacy), procedurele rechten (zoals het klachtrecht) en informatie over de rechtspositie.⁶³ Dit hoofdstuk richt zich vooral op de inhoudelijke rechten, maar procedurele aspecten en informatie over de rechtspositie komen wel terug in de door de RSJ geformuleerde uitgangspunten in het laatste hoofdstuk.

Net als de ethische aspecten, zijn de rechtspositionele en overige relevante juridische aspecten bij de inzet van technologieën slechts beperkt in kaart gebracht. Dit hoofdstuk biedt hiervoor een basis met een overzicht van de meest relevante rechtsbeginselen (4.1), de belangrijkste mensenrechten zoals vastgelegd in het EVRM en grondrechten zoals vastgelegd in de Grondwet (4.2) en de relevante nationale wetgeving voor behandel- en beveiligingsinterventies in de forensische zorg (4.3). Ook wordt belangrijke Europese wetgeving met specifieke vereisten aan technologieën besproken (4.4).⁶⁴

Bij elk onderdeel wordt een aantal aandachtspunten besproken.

4.1 Rechtsbeginselen in de forensische zorg

Hieronder volgt een overzicht van de voor de forensische zorg meest relevante algemene rechtsbeginselen en hun werking.

Ongeschreven rechtsbeginselen vormen een fundament van ons rechtssysteem en verbinden waarden en normen met rechtsregels en rechtsbeslissingen. Ze zijn nauw verbonden met de ethiek en de mensen- en grondrechten en de reikwijdte daarvan.⁶⁵ Rechtsbeginselen geven geen rechtstreekse juridische aanspraken, tenzij zij specifiek in wet- en regelgeving zijn vastgelegd.⁶⁶ Wel zijn zij altijd richtinggevend bij afwegingen en daarmee legitimerend, alsmede maatstaf voor toetsing van rechtsregels en rechtsvormend.⁶⁷ De precieze uitwerkingen kunnen verschillen per rechtsgebied. De voor forensische patiënten relevante rechtsbeginselen binnen het strafrecht en gezondheidsrecht (zie verderop in dit advies: 'verschillende wettelijke kaders in de forensische zorg') zijn de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid/effectiviteit en doelbinding.

⁶³ Ploem & Voskes 2024, p. 374.

⁶⁴ Naast de wetgeving, zijn ook lagere regelgeving, rechtspraak en zelfregulering van belang, dit laatste bijvoorbeeld via de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en standaarden. Het voert te ver om dit allemaal in dit advies uit te werken, maar ten aanzien daarvan worden wel enkele aandachtspunten besproken en aanbevelingen gedaan.

⁶⁵ Leenen e.a. 2024, p. 21-22.

⁶⁶ Leenen e.a. 2024, p. 21-22.

⁶⁷ Elders 1987, p. 87-91.



Proportionaliteit houdt in dat de behandelaar een interventie inzet die in verhouding staat tot het beoogde doel. Belangrijke overwegingen zijn of de duur te lang is en of door (medisch) handelen onevenredige nadelen ontstaan, zoals te ernstige bijwerkingen.

Subsidiariteit impliceert voor de behandelaar dat als het kan, een minder ingrijpende interventie wordt ingezet. Een overweging in combinatie met proportionaliteit is of het geheel van interventies te zwaar is (therapeutische *overkill*), ook al wordt een interventie op zichzelf als niet-ingrijpend beschouwd.⁶⁸

Doelmatigheid betekent dat de behandelaar kan onderbouwen of de inzet effectief zal zijn gezien het te verwachten resultaat. In de gedwongen GGZ wordt hiervoor ook de term 'effectiviteit' gehanteerd.⁶⁹ Er moet bijvoorbeeld sprake zijn van zinvolle diagnostiek en er moeten geëigende diagnostische en therapeutische methoden worden gebruikt.⁷⁰ Ook moet er sprake zijn van voldoende begeleiding.

Doelbinding houdt in dat een behandelaar een interventie alleen inzet als deze een expliciet omschreven doel dient en dat deze interventie bovendien niet wordt uitgeoefend voor een ander doel dan waarvoor zij is gegeven. Een belangrijke overweging hierbij is of gegevens die door middel van technologieën verkregen met een behandeldoel of beveiligingsdoel zijn verkregen, als bewijsmateriaal voor nieuwe strafbare feiten kunnen worden gebruikt.⁷¹

Meerdere rechtsbeginselen kunnen met elkaar op gespannen voet staan. In de praktijk gaat het daarom altijd om een afweging van het geheel aan de hand van de omstandigheden van het geval.

4.2 Ethische beginselen vastgelegd in mensenrechtelijk en Grondwettelijk kader

Hieronder volgt eerst in 4.2.1 een kort overzicht van hoe belangrijke ethische noties, respect voor de menselijke waardigheid en het daaruit afgeleide respect voor autonomie, privacy en bescherming van de lichamelijke integriteit, zijn vastgelegd in bestaande mensen- en grondrechten, waarna in 4.2.2 wordt ingegaan op de vraag of de toepassing van technologieën vraagt om nieuwe fundamentele rechten. In 4.2.3 wordt ingegaan op de vraag wanneer een inbreuk op mensen- en grondrechten gerechtvaardigd is.

4.2.1 Mensenrechten en grondrechten

Hieronder wordt de internationale bescherming van fundamentele rechten uit de Grondwet en het EVRM uitgewerkt. Mensenrechten zijn daarnaast opgenomen in vele andere internationale en Europese verdragen.⁷²

⁶⁸ Leenen e.a. 2024, p. 43.

⁶⁹ Leenen e.a. 2024, p. 26, 32, 33, 42, zie ook Ploem & Voskes 2024, p. 141, 156.

⁷⁰ Leenen e.a. 2024, p. 397.

⁷¹ Ligthart, Kooijmans & Meynen 2017, p. 579-603; Buruma 2008, p. 90-91.

⁷² Van de Verenigde Naties: de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM, 1948); het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (IVBPR, 1966); het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK, 1989); VN-verdrag tegen foltering en andere wrede, onmenselijke en ontterende behandeling of bestraffing. Vanuit de Raad van Europa: het Europees Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke of



Binnen de Nederlandse rechtsorde is de invloed van het EVRM het grootst, doordat de hierin vastgelegde rechten kunnen worden getoetst door Nederlandse rechters en het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.⁷³

Eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en privéleven

Het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer, vastgelegd in artikel 10 van de Grondwet en artikel 8 EVRM, biedt een belangrijke waarborg voor de bescherming van de privacy en vormt het fundament onder specifieke regelgeving met betrekking tot bijvoorbeeld opslag en verspreiding van data. Daarmee is het bijvoorbeeld van belang bij gebruik van apps die (persoons)gegevens verzamelen over de patiënt. Een mogelijk dilemma in dit verband kan zijn: stel dat een patiënt toestemming heeft gegeven om bepaalde informatie te verzamelen, strekt die toestemming dan ook tot analyse van die gegevens op een later moment, wanneer bijvoorbeeld nieuwe analysemethoden beschikbaar zijn?⁷⁴

Recht op menswaardige behandeling – verbod op foltering

Artikel 3 EVRM beschermt in de meest directe zin tegen inbreuken op de menselijke waardigheid: 'Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.' Dat betekent dat bij iedere noodzakelijke behandel- of beveiligingsinterventie moet worden overwogen of deze voor de patiënt onmenselijk of vernederend is. Hieraan verwant is het recht op onaantastbaarheid van het lichaam, zoals vastgelegd in artikel 11 van de Grondwet.

Recht op vrijheid en veiligheid

Respect voor de mens als vrij en autonoom wezen is vastgelegd in artikel 5 EVRM:

'Eenieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon'.⁷⁵

Met betrekking tot technologische innovaties in de forensische zorg kan dit op twee manieren relevant zijn. Ten eerste bij de vraag in hoeverre een technologie de vrijheid van de patiënt beperkt of deze juist vergroot. Denkbaar is dat verlop zonder locatiemonitoring onvoldoende veilig en verantwoord is, terwijl dat met locatiemonitoring wel verantwoord is en daarom mogelijk wordt.

Ten tweede is dit recht van belang met betrekking tot de mogelijke verplichting tot het aanbieden van interventies die de resocialisatie bevorderen met als doel een veilige terugkeer in de samenleving te bespoedigen. Rechtmatige vrijheidsbeneming om gevaar af te wenden vereist namelijk dat er effectieve mogelijkheden worden geboden om dat gevaar te verminderen en tegelijkertijd te werken aan de verantwoorde beëindiging van de vrijheidsbeneming.⁷⁶

vernederende behandeling of bestraffing (1987). Vanuit de Europese Unie: het Handvest van grondrechten van de Europese Unie (EU, 2000, bindend sinds 2009).

⁷³ Zie voor een samenvatting van hoe mensenrechten zijn gewaarborgd in internationale verdragen: Leenen e.a. 2024, p. 10-12.

⁷⁴ Ligthart, Kooijmans & Meynen 2021, p. 1790-1797.

⁷⁵ Het recht om niet te worden gedwongen mee te werken aan de eigen veroordeling (artikel 6 EVRM) hangt samen met dit recht op vrijheid.

⁷⁶ Ligthart 2021.



Informed consent

Zoals eerder aangegeven, vormt het uitgangspunt van *informed consent* dat de patiënt moet instemmen met een behandeling de basis voor het medisch handelen. Om te spreken van een geldige vorm van *informed consent* is het van belang dat de patiënt goed geïnformeerd is over de behandeling en dat de toestemming vrijwillig is gegeven. Dit is niet als zodanig geformuleerd in mensen- of grondrechten, maar kan worden afgeleid uit het recht op zelfbeschikking van de patiënt, wat inhoudt dat eenieder in staat moet worden gesteld zelf beslissingen te nemen over leven en lichaam. Hoewel de Grondwet niet expliciet het woord 'zelfbeschikking' noemt, klinkt dit beginsel wel door in het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10 Grondwet) en in het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11 Grondwet).

4.2.2 Nieuwe rechten nodig als gevolg van technologieën?

Via AI, neuro- en biotechnologieën kan op nieuwe manieren informatie worden verkregen over de mentale toestand (zoals hersenscans en smartwatches die het stressniveau meten) of kan de werking van het brein – en daarmee de mentale toestand – worden beïnvloed (zoals aansporing tot goed gedrag door biofeedback). De ontwikkeling van zulke technologieën die op nieuwe manieren inwerken op lichaam en geest van individuen, vormt aanleiding voor recente discussies over de vraag of de volgende ethische uitgangspunten bij de toepassing in de forensische zorg voldoende zijn beschermd in de bestaande mensen- en grondrechten.

Bescherming van de menselijke waardigheid

De menselijke waardigheid wordt op Europees niveau genoemd als basis onder fundamentele rechten. Dat is nu niet het geval in de Nederlandse Grondwet. Met het oog op nieuwe technologische ontwikkelingen, is recent bepleit dat ook verankering van de menselijke waardigheid in de Grondwet van belang is voor de regulering daarvan.⁷⁷

Bescherming van mentale integriteit

Anders dan de lichamelijke integriteit, is de bescherming van de mentale integriteit momenteel niet expliciet vastgelegd. Wel is het innerlijk leven op verschillende manieren beschermd: de vrijheid van gedachten, geweten en godsdienst in artikel 9 EVRM en de vrijheid van meningsuiting in artikel 10 EVRM en artikel 7 Grondwet. De vraag is of aanpassing of uitbreiding daarvan noodzakelijk is.

Punten van discussie zijn bijvoorbeeld:

- In hoeverre beschermt het bestaande recht op bescherming van lichamelijke integriteit tegen het vergaren van informatie uit het lichaam door metingen van wearables of hersenmetingen?⁷⁸
- Die laatste vraag geldt ook voor doelgerichte verandering van de mentale toestand door bijvoorbeeld transcraniële hersenstimulatie (een niet fysiek invasieve neurotechniek) of gedragsbeïnvloeding door apps en biofeedback.

⁷⁷ Van Beers 2024, p. 11-37.

⁷⁸ Ligthart, Kooijmans & Meynen 2021, p. 1790-1797.



Zonder inbreuk te maken op de lichamelijke integriteit, kan hiermee krachtig worden ingewerkt op de mentale toestand.⁷⁹

- Ook is relevant of de bescherming van de vrijheid van meningsuiting zou moeten worden uitgebreid met het recht om informatie *niet* te delen. Wordt informatie die is verkregen uit bijvoorbeeld hersenscans aangemerkt als informatie in de zin van artikel 10 EVRM?

Als uitweg uit deze discussie is recent bepleit een grondwettelijke bescherming van de geest in te voeren.⁸⁰ Deze zou betrekking moeten hebben op de mentale privacy (waarborgen tegen het ongewenst vergaren van informatie over de emotionele of mentale toestand) en de persoonlijke integriteit (waarborgen tegen ongewenste beïnvloeding van de geestelijke toestand).

Recht op betekenisvol menselijk contact

Technologieën kunnen effect hebben op de relatie tussen de patiënt en de behandelaar. Dit kan het onder 3.1 genoemde belang van betekenisvol contact ondermijnen. Bijvoorbeeld als robotica uitsluitend wordt ingezet met het doel menselijke interactie tussen patiënt en behandelaar te vervangen.

Het is op dit moment nog onduidelijk of en op welke wijze deze ethische uitgangspunten een plek zullen krijgen in het mensenrechtenkader en de Grondwet. De RSJ neemt echter wel de overwegingen uit deze lopende discussie mee, met betrekking tot het ethisch en juridisch kader voor de verantwoorde toepassing van technologieën in de forensische zorg, nu en in de toekomst.

4.2.3 Beperking van mensen- en grondrechten

Hiervoor is besproken hoe de inzet van behandel-/beveiligingstechnologieën in de forensische zorg al snel kan leiden tot een beperking van mensen- en grondrechten. Dit hoeft op zich niet problematisch te zijn en te leiden tot een schending daarvan. De overheid mag deze rechten onder bepaalde voorwaarden beperken, tenzij het gaat om zogeheten absolute rechten zoals het verbod op onmenselijke of vernederende behandelingen.

Voor een rechtmatige beperking van rechten uit de Grondwet is altijd een specifieke wettelijke grondslag nodig. Beperking van rechten uit het EVRM moeten bij wet zijn voorzien en deze rechtsregel moet voorzienbaar (voldoende precies geformuleerd), toegankelijk (kenbaar) en verenigbaar zijn met de *rule of law*.⁸¹

Daarnaast moet het een of meer in de bepalingen van het EVRM genoemde legitieme doelen dienen. Ook moet de beperking noodzakelijk zijn in een democratische samenleving. Dat houdt in dat het aan een dringende maatschappelijke behoefte voldoet, proportioneel is (in dit verband: zowel in redelijke verhouding tot het ermee beoogde doel als effectief en doelmatig) en subsidiair.⁸²

⁷⁹ Ligthart, Kooijmans & Meynen 2021, p. 1790-1797.

⁸⁰ Ligthart & Meynen 2024, p. 169-190.

⁸¹ Een combinatie van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. Eenieder moet zich aan de wet houden en er moeten voldoende waarborgen tegen willekeurige inbreuken zijn.

⁸² Dit betreft een veralgemenisering. Het EHRM noemt per wetsbepaling en casus iets andere toetsingscriteria. Kenniscentrum voor beleid en regelgeving en Handreiking Constitutionele



In de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) is bijvoorbeeld concreet vastgelegd onder welke voorwaarden het recht op onaantastbaarheid van het lichaam kan worden beperkt (artikel 21 jo. artikel 30 Bvt). Het is gelet op het voorgaande dus belangrijk om te bezien of de wettelijke grondslag voor de inzet van technologieën in de forensische zorg op dit moment aanwezig is.

4.3 Wettelijke kaders bij individuele toepassing van technologieën

Hierna zal worden ingegaan op de huidige relevante wettelijke grondslagen bij de inzet van technologieën in de forensische zorg die leiden tot een beperking van mensen- en grondrechten. Hieronder volgt eerst in 4.3.1 een kort overzicht van de verschillende wettelijke kaders binnen de forensische zorg, gevolgd door een overzicht van wettelijke kaders bij behandelinterventies in 4.3.2 en wettelijke kaders bij beveiligingsinterventies in 4.3.3. Daarna wordt in 4.3.4 ingegaan op aandachtspunten.

4.3.1 Verschillende wettelijke kaders in de forensische zorg

De interne rechtspositie van een forensische patiënt wordt bepaald door een combinatie van het strafrecht (Bvt en Wfz) en het gezondheidsrecht (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), Wet Zorg en Dwang (Wzd) en Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). Welke wet precies van toepassing is hangt af van de verblijfplaats, de juridische titel en de specifieke situatie.

In een FPC (TBS-kliniek) geldt de Bvt. In een FPK, FVK, FPA, FVA (forensisch geestelijke gezondheidszorg) de Wvggz (artikel 9:1 e.v.)⁸³ en in een instelling voor SGLVG+ is dat de Wzd (artikel 49 e.v.).⁸⁴

Op een TBS-gestelde met bevel tot verpleging van overheidswege, is hoofdstuk 9 van toepassing op het verblijf en de behandeling (artikel 9:1 lid 1 Wvggz).

Voor personen met een voorwaardelijke straf of maatregel, geldt hoofdstuk 9 deels. Niet voor de behandeling, maar wel voor de huisregels, een veiligheidsonderzoek en het beperken van bezoek, de bewegingsvrijheid en communicatiemiddelen (artikel 9:1 lid 2 Wvggz).

De wettelijke kaders zijn op dit moment niet met elkaar geharmoniseerd, waardoor de rechtsposities sterk verschillen. Dat geldt in het algemeen en is ook relevant bij de inzet van technologieën. Ook bewegen patiënten zich tijdens hun behandeling regelmatig afwisselend tussen deze wettelijke kaders.

Dit kan tot onduidelijkheid leiden over wat ten aanzien van technologieën op het gebied van behandeling en beveiliging is toegestaan, en wie verantwoordelijk is als een patiënt tevens onder toezicht staat van de reclassering.⁸⁵

Toetsing Praktische handvatten voor wet- en regelgeving, directie Constitutionele Zaken en Wetgeving van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2021.

⁸³ Van toepassing bij een patiënt met een psychische stoornis.

⁸⁴ Van toepassing bij een patiënt met een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening, zoals dementie. Ook patiënten met niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov en de ziekte van Huntington, mits hierbij sprake is van dezelfde gedragsproblemen en/of regieverlies als een verstandelijke beperking of psychogeriatrische aandoening. Op termijn (na inwerkingtreding van het Besluit uitbreiding gelijkgestelde aandoeningen) geldt dit ook voor patiënten met gerontopsychiatrische aandoeningen en autismespectrumstoornissen.

⁸⁵ Werken aan veilige en herstelgerichte forensische zorg | IGJ - Inspectie JenV | augustus 2022, p. 3.



Ook kan onduidelijk zijn welke regelgeving van toepassing is wanneer een patiënt transmuraal in een FPA verblijft onder verantwoordelijkheid van een FPC.⁸⁶ De complexiteit kan zich bij uitstek in de hybride instellingen voordoen waar patiënten met verschillende forensische titels en patiënten op civielrechtelijke basis verblijven.

4.3.2 Wettelijke kaders bij vrijwillige behandeling/zorg

Hierna wordt een overzicht gegeven van wetsartikelen, voor zover relevant bij de toepassing van technologieën bij de individuele forensische patiënt.

Behandeling in de Wgbo

De Wgbo (artikelen 7:446 t/m 7:468 BW) bevat de rechten en plichten van een patiënt (ook forensisch) bij een geneeskundige behandeling. Daaronder wordt verstaan: handelingen ten aanzien van genezen van een ziekte, behoeden voor het ontstaan ervan, beoordelen gezondheidstoestand en andere handelingen van een (tand)arts die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon.

Een belangrijke waarborg is de zorgplicht van de behandelaar (artikel 453 Wgbo) als concretisering van de ethische uitgangspunten 'niet schaden' en 'weldoen'. Op basis daarvan moet een behandelaar handelen volgens de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden, zoals dat de behandeling een concreet behandeldoel moet dienen.⁸⁷

Behandeling in de Bvt versus zorg in de Wvggz en Wzd

De Bvt, Wvggz en Wzd bevatten specifieke aanvullende bepalingen voor forensische patiënten. De term 'behandeling' binnen de forensische zorg heeft een verschillende uitwerking in de Bvt, de Wvggz en de Wzd. De Bvt is van strafrechtelijke aard waarbij het verminderen van het recidiverisico en resocialisatie wordt beoogd. Dit gebeurt door middel van behandeling: het samenstel van handelingen gericht op een dusdanige vermindering van de uit de psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap voortvloeiende gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (artikel 1 onder v jo. artikel 2 Bvt).

De Wvggz en de Wzd zijn van oorsprong civielrechtelijke wetten die gericht zijn op zorg in reguliere GGZ-instellingen en Wzd-instellingen, waarbij met name het stabiliseren of herstellen van de geestelijke gezondheid dat tot ernstig nadeel leidt voorop staat en zoveel als mogelijk op vrijwillige basis. Met zorg wordt bedoeld (artikel 1 sub 3 Wzd en artikel 1 onder v jo. artikel 3:2 sub 1 Wvggz): bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging en verplichte zorg (artikel 3:2 lid 2 Wvggz) of onvrijwillige zorg (artikel 2 Wzd) als steeds genoemd in de betreffende wet. Dit kan in de praktijk tot complexe juridische vragen leiden, omdat er in bepaalde klinieken qua cultuur en behandelfilosofie twee verschillende werelden bij elkaar komen.⁸⁸ De ene meer gericht op risicomanagement en de andere meer op therapeutisch herstel.

⁸⁶ Dit bleek uit gesprekken van de RSJ met het veld.

⁸⁷ Leenen e.a. 2024, 397.

⁸⁸ Leenen e.a. 2024, p. 228-229.



Welke technologieën concreet bedoeld zijn voor beveiliging en welke voor behandeling kan dan diffuus zijn. Dit komt door de genoemde aard en doelen van de wetten, de definities van 'behandeling' en 'zorg' en de specifieke wetsbepalingen (zie ook verderop in dit advies: 'wettelijke kaders bij vrijwillige behandeling/zorg').

Informed consent bij behandeling

Eerder kwam al het medisch-ethische uitgangspunt van *informed consent* aan de orde. Dit is specifiek vastgelegd in de Wgbo (artikel 448 jo. artikel 450) en omvat de toestemming na duidelijke voorlichting (passend bij het bevattingsvermogen) over onderzoek, behandeling en de gezondheidstoestand alsmede tijdig overleg met de patiënt. Daarnaast is het verankerd in specifieke wetsartikelen in de Bvt (artikel 16a), Wvggz (artikel 9:5) en Wzd (artikel 6 jo. artikel 7 lid 3). Op basis daarvan kan een technologie in het kader van de behandeling of zorg worden toegepast als er voorzien is in het zorg-/behandelingsplan, waarover overeenstemming moet bestaan, en de patiënt of diens vertegenwoordiger zich niet tegen de behandeling verzet.

Wils(on)bekwaamheid

Essentieel voor een geldig *informed consent* is dat een patiënt wilsbekwaam is. De patiënt moet informatie kunnen begrijpen, toepassen op de eigen situatie, kunnen redeneren en een beslissing kunnen uiten.⁸⁹ Daarover kunnen in de forensische zorg twijfels zijn, zoals bij lage of afnemende cognitieve mogelijkheden en bij sommige psychiatrische ziektebeelden.

Bij vaststelling van wilsonbekwaamheid wordt een vertegenwoordiger toegewezen,⁹⁰ die zoveel mogelijk de wil en voorkeuren van de patiënt moet respecteren.⁹¹ De behandelaar moet dit ook, maar kan tegen het verzet van één van beiden ingaan als het anders niet verenigbaar is met de zorg van een goede hulpverlener. Bijvoorbeeld, omdat ernstig nadeel dreigt, zoals bedoeld in de Wgbo, Wvggz en Wzd.⁹² In de Wgbo is dit in artikel 465 lid 6 bepaald, waarbij geldt dat geen causaal verband met de psychische stoornis nodig is.

Ook kunnen de hieronder vermelde dwangsituaties op basis van de Bvt van toepassing zijn.

Het verschilt per wettelijk kader wat het gevolg is van de wilsonbekwaamheid. Zo biedt de Wvggz in het algemeen meer ruimte voor het honoreren van wilsbekwaam verzet dan de Wzd.⁹³ Voor wilsonbekwaamheid is in het algemeen met name aandacht in de drie zorgwetten ten opzichte van de Bvt en daarmee mogelijk ook in de praktijk bij de individuele toepassing van behandeltechnologieën.

⁸⁹ In de Wgbo wordt dit gedefinieerd als 'in staat zijn tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake' (artikel 465 lid 3).

⁹⁰ Hierbij moet gekeken worden of het tijdelijk is, bijvoorbeeld door een behandelbare onderliggende ziekte. Ploem & Voskes 2024, p. 74-76

⁹¹ Als een patiënt op basis van de zorgwetten instemt met bepaalde zorg, maar de vertegenwoordiger verzet zich dan gaat het verzet van de vertegenwoordiger voor. Als de patiënt zich verzet en de vertegenwoordiger stemt in, gaat het verzet van de patiënt voor.

⁹² Ploem & Voskes 2024, p. 145-155.

⁹³ Ploem & Voskes 2024, p. 78-79.



4.3.3 Wettelijke kaders bij gedwongen behandeling/zorg en beveiliging

Uitgangspunt in zowel de Bvt, Wvggz als Wzd is dat een behandeling van een patiënt alleen plaatsvindt met *informed consent*. Als de inzet van een technologie in het kader van de behandeling of zorg wordt overwogen en de patiënt stemt niet in (uitgaande van wilsbekwaamheid), dan kan onder bepaalde voorwaarden worden overgegaan tot gedwongen behandeling/zorg.

Daarnaast kunnen technologieën in het kader van beveiliging worden ingezet. Hieronder wordt beschreven hoe dat is geregeld in de Bvt, Wvggz en de Wzd. Het doel van de interventie moet dan steeds duidelijk zijn (doelbinding). Daarnaast geldt steeds dat dit een uiterste middel (*ultimum remedium*) moet zijn (artikel 2:1 Wvggz, artikel 9 Wzd, artikel 16b Bvt en als het zogenaamde 'uitgangspunt van minimale beperkingen' vastgelegd in artikel 2 Bvt). Ook moeten steeds de eerder genoemde algemene rechtsbeginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid worden afgewogen (in de artikelen 3:3 Wvggz en 10 en 15 Wzd specifiek vastgelegd).

Bvt

Het is op grond van de Bvt mogelijk om een patiënt onder dwang met medicatie te behandelen. Daarbij moet het gevaar voor de patiënt, één (of meer) ander(en) of de algemene veiligheid van personen of goederen worden veroorzaakt specifiek door toedoen van een psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap (causaal verband).

Een dwangbehandeling is mogelijk als aannemelijk is dat zonder de geneeskundige behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen (artikel 16b, aanhef en onder a Bvt). Een andere mogelijkheid is wanneer de behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis de patiënt binnen de instelling doet veroorzaken, af te wenden (artikel 16b, aanhef en onder b Bvt). In beide gevallen moet dit in het behandelingsplan zijn opgenomen.

Wanneer het noodzakelijk is voor het afwenden van acuut ernstig gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de patiënt of anderen, kan een geneeskundige handeling (niet zijnde een dwangbehandeling) worden verricht (artikel 26 Bvt). Anders dan voornoemde bepalingen, is causaliteit tussen de stoornis en het gevaar hierbij niet vereist. Verder kan een onomkeerbare ingreep in het lichaam van een patiënt altijd slechts met instemming plaatsvinden (artikel 28 Bvt).

Onder verschillende voorwaarden kunnen bepaalde maatregelen worden getroffen voor controle en het beperken van (bewegings)vrijheid. Controle is mogelijk door het vaststellen van de identiteit (artikel 22 Bvt), onderzoeken aan het lichaam of kleding (artikel 23 Bvt), urineonderzoek op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen (artikel 24 Bvt), onderzoek in het lichaam (artikel 25 Bvt), het onderzoeken van de persoonlijke verblijfsruimte op aanwezigheid van verboden voorwerpen (artikel 29 Bvt), het onderzoeken en weigeren van uitreiken of verzenden van brieven of andere poststukken of toezicht daarop (artikel 35 Bvt) en het toezichthouden op of beperken van telefoongesprekken (artikel 38 Bvt).



Het beperken van (bewegings)vrijheid is mogelijk door bevestiging van mechanische middelen (artikel 27 Bvt), de aanwending van vrijheidsbeperkende middelen (artikel 30 Bvt), plaatsing op een afdeling voor intensieve zorg (artikel 32 Bvt), afdelingsarrest (artikel 33 Bvt) en afzondering/separatie (artikel 34 Bvt) eventueel onder observatie via een camera (artikel 34a Bvt).

Daarnaast kunnen aan verlop bijzondere voorwaarden betreffende het gedrag van de patiënt kunnen worden verbonden (artikel 50 Bvt), zoals controle op alcohol- en drugsgebruik of het gebruik van een elektronisch volgsysteem (artikel 53 lid 7 Reglement Verpleging Terbeschikkinggestelden (Rvt)).

Wvggz en Wzd

De mogelijkheden voor verplichte/onvrijwillige zorg in de Wvggz en Wzd zijn het toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen. Daarnaast kan het ook gaan om het beperken van de bewegingsvrijheid, insluiten, uitoefenen van toezicht op de patiënt (zoals cameratoezicht, domotica zoals een sensor in de deur of een GPS-tracker),⁹⁴ onderzoek aan kleding of lichaam, onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen, controleren op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen, aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de patiënt iets moet doen of nalaten, waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen, beperken van het recht op het ontvangen van bezoek (artikel 3:2 Wvggz en artikel 2 Wzd).

Binnen de Wzd kan aan een patiënt onvrijwillige zorg worden verleend overeenkomstig het zorgplan, indien dat daarin is opgenomen aan de hand van een multidisciplinaire besluitvormingsprocedure (artikel 10 Wzd) of daarbuiten bij een noodsituatie (artikel 15 Wzd). Er moet dan door het gedrag als gevolg van de aandoening of beperking een (aanzienlijk risico zijn op) ernstig nadeel⁹⁵ voor zichzelf, een ander, de algemene veiligheid of goederen zijn en sprake van (non-)verbaal verzet.

Binnen de Wvggz kan verplichte zorg plaatsvinden als aannemelijk is dat zonder de behandeling het ernstig nadeel dat de psychische stoornis doet veroorzaken, niet binnen redelijke termijn kan worden weggenomen, of dit volstrekt noodzakelijk is om het ernstig nadeel dat de psychische stoornis patiënt binnen een accommodatie doet veroorzaken, af te wenden (artikel 9:6 Wvggz). Daarnaast kunnen in een noodsituatie bepaalde middelen of maatregelen⁹⁶ worden toegepast (artikel 9:8 Wvggz).

⁹⁴ Ploem & Voskes 2024, p. 157.

⁹⁵ Onder ernstig nadeel in zowel de Wvggz als Wzd wordt verstaan: Levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, (im)materiële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of ' maatschappelijke teloorgang', ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de cliënt of een ander; De veiligheid van de cliënt wordt bedreigd, al dan niet onder invloed van een ander; Het gedrag van de cliënt is zo hinderlijk dat het agressie van anderen oproept; De algemene veiligheid van personen of goederen is in gevaar.

⁹⁶ Aangewezen bij algemene maatregel van bestuur.



Verder kan bij (alle) forensische patiënten het recht op bezoek, recht op bewegingsvrijheid en recht op gebruik communicatiemiddelen worden beperkt als het nadelig is voor de gezondheidstoestand van de patiënt of het noodzakelijk is ter voorkoming van verstoring van de orde of voor de veiligheid in de accommodatie of ter voorkoming van strafbare feiten (artikel 9:9 Wvggz en artikel 51a Wzd). Als verplichte zorg – zoals dwangmedicatie – noodzakelijk is, maar op basis van deze bepalingen niet mogelijk, dan zal op grond van de Wvggz daarvoor een zorgmachtiging moeten worden aangevraagd, of in spoedeisende gevallen een crisismachtiging.

4.3.4 Aandachtspunten wettelijke grondslag

Gelet op deze wettelijke kaders is de wettelijke grondslag voor het inzetten van technologieën in de Wgbo, Bvt, Wvggz en Wzd tot op zekere hoogte aanwezig, in die zin dat het onder bestaande begrippen in de bepalingen kan vallen. Hierdoor kan technologie worden ingezet in het kader van een geneeskundige behandeling in de Wgbo, een behandeling of beveiligingsmaatregel in de Bvt of een van de vormen van zorg in de Wvggz en Wzd. In dat geval kunnen technologieën met een behandel doel die in een behandel-/zorgplan zijn opgenomen, worden ingezet als sprake is van *informed consent* – uitgaande van wilsbekwaamheid – en als voldaan is aan de overige genoemde vereisten (zoals proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid). Als geen sprake is van *informed consent* en een dwangbehandeling of verplichte/onvrijwillige zorg wordt overwogen of als sprake is van technologieën met een beveiligingsdoel (met name in het kader van de Bvt), dan ligt dat anders.

Daarbij spelen verschillende aandachtspunten, zoals:

- Bepaalde technologieën zullen in het kader van de Bvt als een beveiligingsinterventie (controle en beperken van de (bewegings)vrijheid) worden gezien, waar dat in het kader van de Wvggz en Wzd meer als een behandelinterventie (een van de vormen van zorg) wordt gezien.
- In hoeverre recidivegevaar valt onder 'ernstig nadeel' binnen de Wvggz en Wzd is niet helder.⁹⁷
- Het is de vraag onder welke wettelijke kaders, naast duidelijk geneeskundige zoals medicamenteuze behandelingen, ook bepaalde gedragsinterventies – bijvoorbeeld gericht op algemene leefstijl of verslavingsproblemen – of neuro-interventies onder 'behandeling' of 'zorg' vallen en in hoeverre deze onder dwang/verplicht⁹⁸ mogen worden opgelegd, eventueel als voorwaarde bij verlof.⁹⁹
- Bij een klinisch verblijf via een voorwaardelijke straf of maatregel wordt meer uitgegaan van vrijwilligheid, maar is er geen sprake van vrijblijvendheid en kunnen drangsituaties zich snel aandienen. Dit gaat gepaard met vraagstukken over of sprake is van een schending van mensen- en grondrechten.¹⁰⁰

⁹⁷ Dit vraagpunt komt regelmatig aan de orde in de literatuur en rechtspraak, met name in het kader van de toepassing van artikel 2.3 Wfz.

⁹⁸ Los van de vraag hoe effectief dat zal zijn vanwege de benodigde motivatie.

⁹⁹ Bijlsma e.a. 2022, p. 7.

¹⁰⁰ Bijlsma e.a. 2022, p. 100-108.



Doordat de toepassing van technologieën op dit moment slechts beperkt is verwerkt in wet- en regelgeving, is de wettelijke grondslag daarvoor niet altijd duidelijk en concreet (voorzienbaar) aanwezig. Daarmee is ook onzeker of wordt voldaan aan de overige vereisten, zoals het dienen van een legitiem doel. Dit raakt de rechtszekerheid van patiënten en kan leiden tot een schending van mensen- en grondrechten. Het invoeren van (aanvullende) wettelijke grondslagen ligt daarom voor de hand. Vanwege de snelle ontwikkelingen kan het een uitdaging zijn om toekomstbestendige wet- en regelgeving op te stellen met tegelijkertijd een niet te brede formulering, waardoor de uitwerking van de bepalingen in de praktijk nog geïnterpreteerd of ingevuld moet worden.¹⁰¹ Ook spelen er meerdere belangen die moeten worden afgewogen bijvoorbeeld van de patiënt en de behandelaar, en het algemeen belang, bijvoorbeeld van medisch-wetenschappelijk onderzoek of stijgende zorgkosten.¹⁰² Dit kost tijd. Het parallel opstellen van tijdelijke wet- en regelgeving of experimenteerbepalingen kan dan een uitkomst bieden.

4.3.5 Tijdelijke wet- en regelgeving en experimenteerbepalingen

Naast vaste wet- en regelgeving kunnen ook tijdelijke wetten (in formele zin, waarbij het parlement betrokken is), tijdelijke regelingen en experimenteerbepalingen¹⁰³ (beide lagere regelgeving waarbij het parlement niet betrokken is, zoals AMvB's) worden ingevoerd. Experimenteerbepalingen maken het mogelijk om tijdelijk af te wijken van wetten in formele zin (zoals de Bvt, Wvggz en Wzd). Dit wordt dan expliciet vastgelegd en doorgaans ook in de wet in formele zin bepaald.

Een voorbeeld binnen de forensische zorg is de ministeriële regeling 'Tijdelijke regeling verlof met elektronisch volgsysteem', die zijn basis heeft in artikel 53 lid 7 Rvt. Een voorbeeld van een experimenteerregeling is de 'Regeling experiment tijdschrijven gespecialiseerde ggz en fz'.

Met name de lagere regelgeving kan relatief snel worden ingevoerd en gewijzigd om bepaalde technologieën eerst uit te proberen, bijvoorbeeld via pilots, voordat de formele wetgeving er in zijn geheel op wordt aangepast.

4.4 Wettelijke kaders vereisten aan technologieën

Naast voornoemde wettelijke kaders, zijn er ook belangrijke vereisten aan technologieën zelf voordat deze kunnen worden ingezet in de forensische zorg. Dit is steeds meer internationaal geregeld, voornamelijk in het Europees recht. Hieronder wordt ingegaan op de meest relevante EU-wetgeving. Eerst volgt in 4.4.1 een kort overzicht van kwaliteits- en veiligheidseisen aan technologieën, gevolgd door een overzicht van specifieke regulatie ten aanzien van AI in 4.4.2. Daarna wordt in 4.4.3 ingegaan op aandachtspunten.

¹⁰¹ Ploem & Voskes 2024, p. 36-37.

¹⁰² Ploem & Voskes 2024, p. 36-37.

¹⁰³ Niet te verwarren met wetgeving die experimenten mogelijk maakt. Wetenschappelijk onderzoek met extra kwetsbare deelnemers, waaronder forensische patiënten met een afhankelijke relatie met de uitvoerder of de opdrachtgever alsook de wilsonbekwame patiënt, valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, met name artikel 4.



4.4.1 Vereisten aan technologieën

Technologieën moeten in het algemeen voldoen aan verschillende juridische voorwaarden op het gebied van kwaliteit. Bijvoorbeeld van de Europese interne markt, zoals het Europees consumentenrecht. De meeste technologieën kunnen alleen op de markt worden gebracht met een veiligheidskeurmerk (CE-markering), bijvoorbeeld medische hulpmiddelen of telecommunicatieapparatuur. Dat is onder meer het geval als sprake is van een AI-systeem met een 'hoog risico' (zie verderop in dit advies: 'AI-verordening'). Als technologieën die worden ingezet binnen de forensische zorg gekwalificeerd worden als een medisch hulpmiddel, dan moeten deze ook voldoen aan de eisen van de Verordening Medische Hulpmiddelen (MDR).¹⁰⁴

Verder moeten technologieën ook voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) die Europese regels stelt voor de verwerking van persoonsgegevens. In een aantal gevallen is een *Data Protection Impact Assessment (DPIA)* verplicht, een instrument om de privacyrisico's van gegevensverwerking in kaart te brengen en te verkleinen.¹⁰⁵ Dat zal bij technologieën in de forensische zorg al snel het geval zijn, omdat dit onder meer verplicht is als sprake is van gevoelige gegevens of gegevens van zeer persoonlijke aard, gegevens met betrekking tot kwetsbare personen en bij innovatief gebruik of innovatieve toepassing van nieuwe technologische of organisatorische oplossingen.¹⁰⁶

4.4.2 Vereisten bij AI

Op het gebied van AI is de laatste jaren sprake van veel specifieke Europese regulatie.

AI-verordening

Bijvoorbeeld de AI-verordening van de Europese Unie die in 2024 is aangenomen en tot en met 2 augustus 2027 gefaseerd in werking treedt.¹⁰⁷ Deze verordening stelt regels voor de ontwikkeling, het aanbieden en het gebruik van AI-systemen ten behoeve van de veiligheid en het respecteren van fundamentele rechten. Aan de drie verschillende risicocategorieën die zijn opgesteld voor AI-systemen, hangen zware of minder zware eisen. De AI-verordening verbiedt bepaalde AI-praktijken, zoals het voorspellen van crimineel gedrag, het gebruik van misleidende of manipulatieve technieken die leiden tot schade en *social scoring*¹⁰⁸ als dat leidt tot discriminatie en uitsluiting van bepaalde groepen. Daarnaast is er een categorie voor AI-systemen met een hoog risico, zoals voor veiligheid of grondrechten. Voorbeelden van AI-systemen die daar onder kunnen vallen¹⁰⁹ zijn systemen bedoeld voor onder meer biometrische identificatie, categorisatie en emotieherkenning.

¹⁰⁴ Verordening (EU) 2017/745 medische hulpmiddelen. Van Kolschooten 2024, p. 89-90.

¹⁰⁵ Zie website: Data protection impact assessment (DPIA) | Autoriteit Persoonsgegevens.

¹⁰⁶ Onder de AVG of volgens de lijst van de Autoriteit Persoonsgegevens: het Besluit lijst verwerkingen persoonsgegevens waarvoor een gegevensbeschermingseffectbeoordeling (DPIA) verplicht is, Autoriteit Persoonsgegevens. Die lijst vloeit voort uit een lijst van de European Data Protection Board (Europese privacytoezichhouders).

¹⁰⁷ Verordening (EU) 2024/1689 tot vaststelling van geharmoniseerde regels betreffende artificiële intelligentie.

¹⁰⁸ Mensen beoordelen op basis van hun sociale gedrag of persoonlijke kenmerken.

¹⁰⁹ De in de AI-verordening genoemde voorbeelden zijn niet per definitie problematisch. Dat is afhankelijk van het doel waarvoor het wordt gebruikt, bijvoorbeeld als sprake is van een 'afgebakende procedurele taak'.



In dat geval is een DPIA, een risicomanagementsysteem en een *Fundamental Rights Impact Assessment* (FRIA) verplicht. Een lagere categorie is wanneer sprake is van beperkt risico. Bij een chatbot geldt bijvoorbeeld een meldingsplicht dat sprake is van generatie. Overigens kan een laagrisico-systeem afhankelijk van de context ook een hoogrisico-systeem worden. Daarnaast is er een categorie voor minimale of geen risico's. Daarvoor zijn geen eisen opgesteld.

Er zijn in de AI-verordening aparte regelingen getroffen voor wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van AI-systemen en testmogelijkheden.

Kaderverdrag inzake Kunstmatige Intelligentie en Mensenrechten, Democratie en de Rechtsstaat

Het Kaderverdrag van de Raad van Europa inzake Kunstmatige Intelligentie en Mensenrechten, Democratie en de Rechtsstaat van de Raad van Europa is eveneens in 2024 aangenomen. Het verdrag richt zich op het gebruik van AI-systemen met bescherming van mensenrechten en democratische processen en de rechtstaat. Er moet daarnaast respect zijn voor fundamentele principes, zoals menselijke waardigheid en autonomie, transparantie en toezicht, verantwoordelijkheid, gelijkheid en non-discriminatie, privacy en gegevensbescherming. Er moeten ook effectieve rechtsmiddelen en procedurele waarborgen zijn voor individuen. Daarnaast moeten staten risico- en impactbeoordelingen uitvoeren om de mogelijke gevolgen van AI voor mensenrechten en de rechtsstaat te beoordelen, en passende maatregelen nemen om deze risico's te beheersen. Hierbij geldt dat er specifieke bescherming moet zijn voor kwetsbare groepen.

Daarnaast bestaat er ten aanzien van AI relatief veel niet-bindende *soft law* op Europees gebied.¹¹⁰

4.4.3 Aandachtspunten vereisten aan technologieën.

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende ethische risico's voor technologieën in de forensische zorg besproken, zoals inbreuken op privacy en gebrek aan transparantie in digitale systemen. Deze risico's raken niet alleen ethische principes zoals 'niet-schaden', maar ook juridische kwesties die de rechtspositie van patiënten beïnvloeden. Gebleken is dat in de praktijk niet altijd wordt voldaan aan de ethische en juridische vereisten die aan technologieën worden gesteld, zoals op het gebied van privacy.¹¹¹ Er lijkt in de forensische zorg onvoldoende brede aandacht voor en gespecialiseerde kennis van die vereisten aanwezig te zijn.

¹¹⁰ Zoals de Resolutie van de Europese Unie uit 2021 over artificiële intelligentie in het strafrecht en het gebruik ervan door politieke en gerechtelijke instanties in strafzaken. Momenteel wordt vanuit de Europese Unie gewerkt aan een nieuwe Richtlijn productaansprakelijkheid en een Richtlijn AI-aansprakelijkheid. De Raad van Europa werkt aan een aanbeveling specifiek voor het gebruik van AI in gevangenissen en door reclasseringsdiensten. Die aanbeveling kan relevant zijn wanneer de patiënt onder verantwoordelijkheid van de kliniek, tevens onder toezicht staat van de reclassering.

¹¹¹ Kip, Ligthart & Meynen 2024, p. 91-96.



De verschillende afwegingstoetsen afkomstig uit de Europese regelgeving kunnen ingewikkeld zijn. Bijvoorbeeld de uitgebreide AI-verordening, waarbij niet in een oogopslag duidelijk is wanneer je een 'aanbieder' of 'gebruiker' bent van technologieën, terwijl daar een grote verantwoordelijkheid bij komt kijken. Daarnaast kan bijvoorbeeld een laagrisico-systeem afhankelijk van de context een hoogrisico-systeem worden. Ook moet de praktische uitwerking van een aantal bepalingen de komende jaren nog blijken.

Ook zijn de verschillende kaders niet allemaal verplicht voor iedere soort technologie, zoals de MDR die uitsluitend geldt voor medische hulpmiddelen. Een DPIA heeft daarnaast specifiek betrekking op databeveiliging, en niet op andere risico's en de Europese regulering ziet in het algemeen vooral op kwaliteits- en veiligheidseisen en minder op rechten of aanspraken voor patiënten die geconfronteerd worden met de toepassingen. Het waarborgen van die rechten ligt vooral bij de lidstaten, al zijn er recent wel ontwikkelingen zoals de opname van een FRIA in de AI-verordening.¹¹² Bovendien zijn het veelal algemeen geformuleerde – in plaats van toegesneden op de forensische zorg – verplichtingen of slechts aanbevelingen en is er maar beperkt aandacht voor kwetsbare groepen, zoals patiënten in de forensische zorg.

¹¹² Van Kolfschooten 2024, p. 89-90.



5 Randvoorwaarden voor de inzet van technologieën in de forensische zorg

In dit hoofdstuk worden ethische, rechtspositionele en overige relevante juridische randvoorwaarden benoemd die van belang zijn bij de inzet van technologieën in de forensische zorg.

Daarbij wordt eerst aanbevolen een normatief kader te ontwikkelen (5.1). Daarna volgen respectievelijk uitgangspunten voor de afweging bij het toelaten van technologieën in de forensische zorg, voor implementatie daarvan in klinieken en bij het inzetten van een technologie bij een individuele patiënt (5.2). Tot slot worden aanbevelingen gedaan met betrekking tot overheidsregie (5.3).

5.1 Normatief kader

Technologische behandel- of beveiligingsinterventies kunnen diep ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer. Eventuele toepassing raakt daarmee aan ethische waarden die vervolgens ten grondslag liggen aan fundamentele mensen- en grondrechten, wet- en regelgeving en beleid. De inzet van technologieën in de forensische zorg vraagt daarom een duidelijke en onderbouwde visie. Zo'n visie ligt ten grondslag aan een normatief kader dat nodig is om gedegen afwegingen te kunnen maken ten aanzien van de kansen en de risico's.

Daarbij is een aantal ethische aspecten van belang. Centraal daarin staan de menselijke waardigheid en de autonomie van de patiënt. Op grond daarvan geldt de instemming van de patiënt, *informed consent*, als uitgangspunt voor behandelinterventies. Daarnaast moeten voor iedere behandelinterventie de algemene uitgangspunten voor biomedische ethiek worden afgewogen. Naast autonomie van de patiënt betreft dat de positieve verplichting van de behandelaar om te handelen in het belang van de patiënt en te voorkomen dat de behandeling de patiënt schaadt. Waarborgen ten aanzien van continuïteit van de behandeling, effectiviteit en bescherming van de privacy vloeien uit deze beginselen voort. Ten slotte moet worden afgewogen of de toepassing van de behandeling rechtvaardig is, in die zin dat alle patiënten recht hebben op even goede behandeling.

Wat betreft beveiligingsinterventies geldt dat onder meer de inbreuk op lichamelijke integriteit en privacy moeten worden afgewogen.

Nieuwe ethische aspecten die met de opkomst van technologieën in beeld zijn gekomen, betreffen de bescherming van de mentale integriteit en het belang van betekenisvol menselijk contact. Hoewel beide aspecten (nog) niet zijn opgenomen in fundamentele mensen- of grondrechten, acht de RSJ het belang ervan voldoende aanwezig om deze bij onderstaande uitgangspunten te betrekken.

In de hieronder uitgewerkte concrete uitgangspunten zijn de relevante ethische en juridische overwegingen verwerkt. Het geheel vormt daarmee een eerste basis voor een normatief kader bij de toepassing van technologieën in de forensische zorg.



5.2 De uitgangspunten

Onderstaande uitgangspunten dienen ertoe te waarborgen dat een nieuwe soort technologie niet wordt toegepast zonder dat alle relevante ethische, rechtspositionele en overige juridische aspecten zijn afgewogen, zowel met betrekking tot de technologie zelf, de implementatie daarvan in de praktijk als de toepassing in het individuele geval. Deze uitgangspunten zijn bedoeld als vertrekpunt voor de verdere ontwikkeling van randvoorwaarden en de besluitvorming hierover.

5.2.1 *Uitgangspunten voor de toelating van technologieën*

De RSJ komt tot de volgende uitgangspunten voor de afweging bij de toelating van technologieën binnen de forensische zorg.

1. Doelbinding

Zorg dat het doel van de inzet van een technologie duidelijk is. Daarbij is het volgende van belang:

- a. Breng in kaart of de soort technologie bijdraagt aan een behandeldoel, beveiligingsdoel of bijvoorbeeld verlichting van administratieve lasten.
- b. De inzet van technologieën moet altijd voortkomen uit een duidelijk omschreven doel zoals beschreven onder a, en niet vanuit de beschikbaarheid van technologieën.
- c. Nieuwe technologieën moeten een duidelijke meerwaarde hebben ten aanzien van de bestaande interventies, door deze aan te vullen of te verbeteren (bijvoorbeeld minder ingrijpend of effectiever).

2. Kwaliteit van technologieën

Zie toe op uitvoerig onderzoek en voortdurende evaluaties om de kwaliteit – waaronder het ontwerp, de veiligheid en de effecten – van technologieën binnen een forensisch kader te waarborgen, zodat ook alle relevante (internationale) regelgeving kan worden nageleefd. Hierbij zijn de volgende punten essentieel:

- a. Het werkzame mechanisme moet wetenschappelijk onderbouwd zijn.
- b. Metingen van technologieën moeten betrouwbaar en consistent zijn.
- c. De technologieën moeten technisch veilig zijn en waar nodig moeten technologieën gecertificeerd zijn.
- d. Verboden (zoals discriminerende) AI-praktijken zijn uitgesloten.
- e. Gegevens moeten correct verwerkt worden volgens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en waar nodig zijn een Data Protection Impact Assessment (DPIA) en Fundamental Rights Impact Assessment (FRIA) uitgevoerd.
- f. Hoe ingrijpender de interventie is (op basis van invasiviteit en mate van omkeerbaarheid van de gevolgen), hoe hoger de noodzaak is van bewezen effectiviteit.
- g. Bij een empirische wetenschappelijke studie naar de effectiviteit van een interventie moet een toets plaatsvinden door een ethische commissie en in het geval van medische technologieën door een medisch-ethische commissie.



- h. Als de effectiviteit van een bepaalde technologie niet voldoende is aangetoond, is terughoudendheid geboden bij inzet in de forensische zorg, en is de inzet in een dwangkader niet aan de orde.
- i. Mogelijke negatieve effecten voor de patiënt, zoals schade en het beperken van menselijk contact, moeten duidelijk zijn en worden voorkomen.
- j. Het ontwerp van de soort technologie moet passen bij de inzet in het forensische kader en de wensen en behoeften van de patiënt. Stel vast dat zowel de patiënten als professionals, voor zover relevant, intensief en voortdurend betrokken zijn geweest (cocreatie).

3. Borging en continuïteit

Zorg dat afspraken met leveranciers goed geborgd zijn. Daarbij is het volgende van belang:

- a. Werk uitsluitend met technologie-aanbieders waarmee centraal, bijvoorbeeld door het ministerie van Justitie en Veiligheid, bindend afspraken zijn gemaakt over continuïteit van de technologieën.
- b. Zorg voor goede waarborgen op het gebied van garanties, onderhoud, reparaties, software updates en de opslag en verwerking van verzamelde data.

5.2.2 Uitgangspunten voor implementatie van technologieën

De RSJ komt tot de volgende uitgangspunten voor een goede implementatie van technologieën in forensische klinieken.

1. Beschikbaarheid en alternatieven

Waarborg voldoende beschikbaarheid en alternatieven. De volgende aspecten zijn daarbij belangrijk:

- a. Er moet sprake zijn van een gelijke behandeling, door brede beschikbaarheid van technologieën en goede toegankelijkheid.
- b. Een afweging voor welke technologieën alternatieven beschikbaar moeten zijn heeft plaatsgevonden, bijvoorbeeld voor patiënten met beperkte digitale vaardigheden.

2. Degelijke informatie-uitwisseling

Richt een degelijk systeem in voor de gebruikers (zowel de professionals als patiënten) en zorg voor goede informatie-uitwisseling. Daarbij is het volgende van belang:

- a. Maak duidelijk wat de rol, taken en verantwoordelijkheden van de professional zijn. Dit omvat bijvoorbeeld wie verantwoordelijk is voor verschillende onderdelen van de geleverde zorg (denk daarbij aan gelijktijdige betrokkenheid van de kliniek en de reclassering) en waar de patiënt terecht kan met vragen en klachten.
- b. Zorg voor een helder overzicht van de toegelaten technologieën binnen de forensische zorg en hoe deze kunnen worden aangeschaft.
- c. Maak via beleidskaders, protocollen en standaarden inzichtelijk hoe technologieën onder de juiste randvoorwaarden kunnen worden geïmplementeerd en toegepast bij een patiënt.



- d. Zorg naast uitgebreide informatie ook voor korte, overzichtelijke versies in begrijpelijke taal, zowel voor professionals als patiënten.
- e. Faciliteer eenvoudige uitwisseling van opgedane praktijkervaringen.

3. Kennis en opleiding personeel

Waarborg dat personeel voldoende kennis en opleiding heeft om technologieën op een verantwoorde manier in te zetten. De volgende aspecten zijn daarbij belangrijk:

- a. Professionals moeten worden getraind en bijgeschoold, met aandacht voor digitale vaardigheden en de randvoorwaarden voor het gebruik van technologieën.
- b. Personeel dat werkt met behandel- en beveiligingsinterventies moet op hoofdlijnen op de hoogte zijn van de randvoorwaarden en weten waar aanvullende informatie te verkrijgen is.
- c. Specifieke personeelsleden, zoals innovatiemanagers, moeten volledig op de hoogte zijn en collega's kunnen ondersteunen bij het gebruik van technologieën.

4. Technische continuïteit

Voorkomen moet worden dat bij (stroom-/netwerk)storingen de technologieën langdurig uitvallen en daardoor de behandeling en/of beveiliging wordt onderbroken. Hierbij zijn de volgende punten essentieel:

- a. Zorg voor calamiteitenplannen.
- b. Voor medische behandel- en beveiligingstechnologieën moeten in ieder geval alternatieven beschikbaar zijn.

5.2.3 Uitgangspunten voor de toepassing op individueel niveau

De RSJ komt tot de volgende uitgangspunten voor het wel of niet toepassen van technologieën met een beveiligings- en/of behandel doel bij een individuele patiënt binnen de forensische zorg. Dit betreft steeds een individuele beoordeling door een behandelaar en maatwerk aan de hand van objectieve en toetsbare criteria.

1. Doelbinding

Zorg dat de technologie met een vooraf bepaald doel wordt ingezet. Daarbij is het volgende van belang:

- a. Bepaal of de inzet van een specifieke technologie in het individuele geval gericht is op behandeling, beveiliging of een combinatie van beide.
- b. Zorg in verband met een rechtmatige inzet dat duidelijk is welke rechtspositie de patiënt heeft binnen het juridische kader van de Bvt, Wvvgz of Wzd, rekening houdend met het bepaalde doel (*zie ook de hiernavolgende uitgangspunten*). Zorg dat de technologieën en daaruit voortvloeiende data uitsluitend worden gebruikt voor het bepaalde doel.



2. Proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid

Voer een algemene toets uit voordat een bepaalde technologie wordt ingezet, aan de hand van de omstandigheden van het geval. Dit betreft het volgende:

- a. Toets de proportionaliteit: de duur van de inzet en de interventie/het geheel van interventies moet in verhouding zijn tot het doel en dus niet te belastend worden.
- b. Beoordeel de subsidiariteit: zet als het kan minder ingrijpende alternatieven in.
- c. Weeg de doelmatigheid af: bepaal of de inzet effectief zal zijn gezien het te verwachten resultaat.

3. Informeren

Zorg dat de professional de patiënt voldoende informeert over de toepassing van de specifieke technologie. De volgende aspecten zijn daarbij belangrijk:

- a. De informatie moet op een begrijpelijke manier worden besproken en schriftelijk beschikbaar zijn voor de patiënt.
- b. Bespreek daarbij het doel/de doelen, de werking en mogelijke bijwerkingen, duur van de inzet, rechtspositie (waaronder de eventuele mogelijkheid om ermee te stoppen: *opt-out*) en overige relevante zaken (aan de hand van de protocollen).
- c. Als de patiënt niet wilsbekwaam is, informeer dan de vertegenwoordiger.

4. Bij een beveiligingsdoel: altijd een concrete wettelijke grondslag

Technologieën met een beveiligingsdoel kunnen worden ingezet, mits daarvoor een concrete wettelijke grondslag bestaat binnen het juridische kader (Bvt, Wvggz of Wzd) waarin de patiënt zich bevindt.

5. Bij een behandeldoel: instemming of een concrete wettelijke grondslag bij weigering

Technologieën met een behandeldoel kunnen worden ingezet, mits er sprake is van instemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger. Hierbij zijn de volgende punten essentieel:

- a. Bewaak dat de autonomie van de patiënt wordt gerespecteerd en dat de instemming vrijwillig is.
- b. Als de patiënt niet instemt met een noodzakelijke behandeling, kan dwang worden overwogen, mits daarvoor een concrete wettelijke grondslag bestaat binnen het juridische kader (Bvt, Wvggz of Wzd) waarin de patiënt zich bevindt. Terughoudendheid is daarbij geboden. In verband met een inbreuk op fundamentele mensen- en grondrechten geldt gedwongen behandeling als een uiterste middel.



6. Overige afwegingen betreffende de rechtspositie

Zorg bij de inzet van technologieën voor het waarborgen van overige belangrijke rechtspositionele aspecten. Dat betreft onder meer:

- a. Leg waar nodig de inzet van technologieën vast op de gebruikelijke en passende wijze in het kader waarin de patiënt zich begeeft, zoals bijvoorbeeld het behandelplan (Bvt), zorgplan (Wvggz en Wzd) en wettelijke aantekeningen.
- b. Voer een periodieke herbeoordeling in verband met het continueren van de doelbinding, proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.
- c. Zorg gedurende het hele proces voor goede begeleiding van de patiënt.

5.3 Aanbevelingen met betrekking tot overheidsregie

Het ministerie van Justitie en Veiligheid is samen met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport eindverantwoordelijk om te waarborgen dat technologieën binnen de forensische zorg op verantwoorde en doeltreffende wijze worden geïmplementeerd. Om de hiervoor geformuleerde uitgangspunten in de praktijk te brengen, is het van belang dat de overheid meer regie neemt. In dat verband beveelt de RSJ het volgende aan.

5.3.1 Wettelijke grondslag

Voor de inzet van technologieën in de forensische zorg bij een beveiligingsdoel en bij een behandeldoel zodra sprake is van dwang, moet altijd een concrete wettelijke grondslag aanwezig zijn.

De inzet van technologieën bij een patiënt in de forensische zorg kan leiden tot een inbreuk op verschillende fundamentele mensen- en grondrechten (met daarin besloten ethische waarden) zoals opgenomen in (inter)nationale wettelijke kaders.

Voor een rechtmatige toepassing van technologieën binnen een kader van door de overheid opgelegde, in beginsel onvrijwillige plaatsing, is een wettelijke grondslag die voldoet aan de mensenrechtelijke en grondwettelijke vereisten essentieel. Tot op zekere hoogte is die grondslag al aanwezig in de verschillende nationale wettelijke kaders binnen de forensische zorg (Wgbo, Bvt, Wvggz en Wzd), in die zin dat het onder bestaande begrippen in de bepalingen kan vallen.

Het verschilt echter per kader welke veiligheids-/beveiligingsinterventies en welke vormen van behandeling onder dwang of als verplichte/onvrijwillige vorm van zorg kunnen worden opgelegd en wat de randvoorwaarden zijn.

Doordat technologieën op dit moment slechts beperkt verwerkt zijn in wetgeving, is de grondslag niet altijd duidelijk en concreet (voorzienbaar) aanwezig en is daarmee ook onzeker of wordt voldaan aan de overige vereisten (zoals proportionaliteit). Dit raakt de rechtszekerheid van patiënten. Dat is met name problematisch wanneer geen sprake is van *informed consent* en een dwangbehandeling of verplichte/onvrijwillige zorg aan de orde is, of als sprake is van technologieën met een beveiligingsdoel, mogelijk met een schending van mensen- en grondrechten tot gevolg.



Voor een goede rechtspositie van de patiënt moet men ten aanzien van de wettelijke grondslag oog hebben voor een passende invulling per geldend juridisch kader, gelet op de verschillende (regelmatig gelijktijdig aanwezige) behandel- en beveiligingsdoelen bij de inzet van technologieën in de forensische zorg. Hierbij vraagt de RSJ ook aandacht voor de bestaande ingewikkeldheid van de verschillende wettelijke kaders en de onwenselijkheid van het ontbreken van harmonisatie tussen die kaders.

5.3.2 Lagere regelgeving en beleid

Werk in lagere regelgeving en landelijk beleid de randvoorwaarden voor het toelaten en implementeren van verschillende technologieën in de forensische zorg en de toepassing bij de patiënt, verder uit.

Naast een overkoepelende wettelijke grondslag moeten in lagere regelgeving – in de vorm van algemene maatregelen van bestuur en/of ministeriële regelingen – verdere randvoorwaarden worden vastgelegd voor het implementeren van verschillende technologieën in de forensische zorg en de (zowel vrijwillige als gedwongen) toepassing bij de patiënt. Ook moeten er landelijke beleidskaders met richtlijnen komen die uniform vertaald worden naar bijvoorbeeld huisregels van forensische klinieken. Daarmee wordt voorkomen dat een glijdende schaal ontstaat, zodra er een overkoepelende grondslag is.

Daarnaast zorgt het ervoor dat er in de forensische zorgpraktijk meer duidelijkheid komt over de randvoorwaarden voor de inzet van technologieën. Daar lijkt behoefte aan. Hiermee wordt de inzet ervan naar verwachting ook beter ingekaderd ten opzichte van nu. Dit komt de rechtspositie van de patiënt in het forensische kader met een in beginsel onvrijwillig karakter ten goede.

Aangezien de inzet van technologieën in de forensische zorg niet meer valt weg te denken, is het van belang dat de bestaande kaders systematisch worden langsgelopen en aangepast. Naast regelgeving betreft dit bijvoorbeeld het Kwaliteitskader Forensische zorg en het toetsingskader van de IGJ voor digitale (gedwongen) zorg. Waar nodig moeten aanvullende kaders worden gecreëerd, zoals een toetsingskader voor de Inspectie Justitie en Veiligheid.

Deze kaders staan niet op zichzelf. Vereisten uit internationaal, Europees en nationaal recht zijn immers steeds van toepassing, voor zover deze betrekking hebben op de specifieke soort technologie. Dit omvat de (inter)nationale mensenrechtelijke en grondwettelijke kaders en de wetgeving op onder meer het gebied van privacy en certificering.

Daarbij moet aandacht zijn voor de toekomstbestendigheid en moet regelmatig worden geëvalueerd gelet op continue ontwikkeling van wet- en regelgeving als gevolg van doorlopende technologische innovaties, ontwikkelingen in de wetenschap, veranderende normen en ervaringen van klinieken en patiënten als gebruikers.



Hoofdzaken kunnen in hogere wetten vastgelegd worden en in lagere regelgeving kunnen onderdelen worden opgenomen die vaker aanpassing vereisen, zoals een lijst met voor de forensische zorg goedgekeurde technologieën.

5.3.3 Tijdelijke wet en/of experimenteerbepalingen

Ontwikkel tijdelijke wetgeving en/of experimenteerbepalingen.

De RSJ is zich ervan bewust dat het opzetten van gedegen toekomstbestendige wetgeving tijd kost en zorgvuldig moet gebeuren. In de praktijk worden technologieën echter al regelmatig ingezet of wordt de inzet overwogen. In aanloop naar definitieve wetwijzigingen kan daarom – in verband met rechtszekerheid en betere waarborgen voor de forensische patiënt – parallel worden gestart met het ontwikkelen van tijdelijke wetgeving en/of experimenteerbepalingen. Hiermee kunnen nieuwe technologieën ook eerst op legitieme wijze met duidelijkere, betere randvoorwaarden dan nu worden getest via pilots.

Deze wet- en regelgeving kan in aanloop naar definitieve wetgeving worden gemonitord en geëvalueerd, zodat er naar verwachting steeds betere randvoorwaarden en dus waarborgen voor de forensische patiënt zijn.

De RSJ benadrukt dat ook hierbij de ethische, rechtspositionele en overige relevante juridische uitgangspunten ten grondslag moeten liggen aan het ontwerpproces. Tijdelijke wet- en regelgeving of experimenteerbepalingen mogen vanzelfsprekend geen middelen zijn om af te kunnen wijken van belangrijke wettelijke waarborgen.

5.3.4 Landelijke coördinatie

Zorg voor landelijke coördinatie bij het toelaten en implementeren van verschillende technologieën in de forensische zorg en de toepassing bij de individuele patiënt.

Aangezien er in de praktijk behoefte lijkt te zijn aan landelijke coördinatie en een integrale blik wat betreft technologische innovaties, moet het ministerie van Justitie en Veiligheid in samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport daarin meer regie op zich nemen. In dat verband constateert de RSJ dat nog een aantal belangrijke stappen kan worden gezet.

Het ministerie van Justitie en Veiligheid kan een onafhankelijke (overheids)instantie aanwijzen of instellen, die bepaalt of nieuwe technologieën wel of niet kunnen worden toegelaten binnen de forensische zorg. Bij deze instantie is specialistische kennis nodig ten aanzien van de complexiteit van technologische innovaties binnen de forensische zorg.



Daarbij beveelt de RSJ aan een transparant toelatingssysteem voor nieuwe technologieën te ontwikkelen, met duidelijke randvoorwaarden waaraan de door de RSJ geformuleerde uitgangspunten ten grondslag liggen. Gelet op de doorlopende ontwikkelingen moet deze instantie ook periodiek evalueren of de specifieke technologie toegestaan blijft. Hiermee is deze instantie een schakel tussen de ontwikkelaars van technologieën en de forensische klinieken.

In opdracht van het ministerie van Justitie en Veiligheid werkt het EFP vanaf eind 2024 gedurende 3,5 jaar aan een project om de samenwerking, implementatie en ondersteuning in de praktijk op het gebied van technologische innovaties te verbeteren. De RSJ ziet voor het EFP inderdaad een belangrijke faciliterende rol weggelegd, onder andere wat betreft het opleiden, specifieke implementatieprojecten en informatie-uitwisseling met klinieken en patiënten. Dit laatste zowel op het gebied van het beschikbaar stellen van informatie als voortdurende praktijkevaluaties.

De RSJ vindt het echter wel belangrijk dat bij het verder ontwikkelen van de randvoorwaarden ook van bovenaf en met een breder perspectief van onder andere ethici, juristen, onderzoekers, technologieontwikkelaars en beleidsmakers wordt gekeken, en niet voornamelijk gebruik wordt gemaakt van praktijkkennis via zorgverleners en patiënten. Dat geldt ook voor verdere ontwikkelingen ten aanzien van de eerdergenoemde wet- en regelgeving en landelijke beleids- en toetsingskaders. Het door de RSJ geformuleerde kader met uitgangspunten biedt daarvoor een vertrekpunt.



6 Voorbeelden technologieën

In de adviesaanvraag zijn enkele technologieën als voorbeeld genoemd. De RSJ is gevraagd om deze voorbeelden te betrekken bij de ethische en juridische afwegingen ten behoeve van verantwoorde toepassing. In onderstaande komt de RSJ hieraan tegemoet. Zoals in de inleiding benoemd worden per soort technologie mogelijke dilemma's en knelpunten besproken, zonder een oordeel te geven op basis van de uitgangspunten over de toelating, implementatie en toepassing van de betreffende technologieën in het vorige hoofdstuk.

6.1 AI – onder andere risicotaxatie

Toepassingen van AI zijn divers, variërend van risicotaxatie op grond van digitaal geanalyseerde data tot de software onder het biofeedbacksysteem van een wearable. Bij risicotaxatie kan de onbegrensde capaciteit tot gegevensverwerking van AI leiden tot betere risico-inschattingen.¹¹³ Tegelijkertijd zijn er enkele aandachtspunten met betrekking tot het gebruik van AI-toepassingen. Er moet sprake zijn van voldoende psychometrische kwaliteit en op dit moment zijn slechts de AI-systemen om laagcomplex data- en werkprocessen te automatiseren vergevorderd.¹¹⁴

Daarnaast is er het risico op ingebouwde discriminerende bias van de software,¹¹⁵ wat op grond van het principe van rechtvaardigheid een belangrijk aandachtspunt vormt. Op welke criteria is bijvoorbeeld een 'hoogrisico-profiel' gebaseerd?¹¹⁶ Worden bepaalde groepen patiënten mogelijk benadeeld door de beslisriteria?¹¹⁷ Zijn alle beslisriteria transparant?

Een ander aandachtspunt betreft de vraag in hoeverre de analyse en beslissing worden overgelaten aan het systeem en hoe zich dat verhoudt tot de verantwoordelijkheid van de beoordelend behandelaar. In hoeverre is de 'menselijke blik' van de behandelaar een waardevolle toevoeging of juist een potentiële stoorzender voor het objectieve oordeel? Immers: niet alleen het AI-systeem, ook de menselijke beoordelaar kan (onbewuste) bias hebben. Tegelijkertijd kan het menselijk contact tussen onderzoeker en patiënt waardevolle informatie bevatten die niet in een AI-systeem is te objectiveren, zoals klinische indrukken van psychiaters en andere forensisch behandelaren en onderzoekers of het zogenaamde 'niet-pluis gevoel'. Zeker wanneer niet alleen de analyse maar ook de beslissing volledig AI-gestuurd plaatsvindt en de beoordelend behandelaar alleen nog formeel verantwoordelijk is, kan dat raken aan het principe van menswaardigheid in de forensische zorg.

6.2 Virtual Reality

Toepassingen hiervan betreffen de mogelijkheid om door middel van technologieën zoals een VR-bril een levensechte situatie na te bootsen, zodanig dat de drager in een andere realiteit 'is'.

¹¹³ Meynen 2022a, p. 13-24.

¹¹⁴ Harte 2017, p. 2386-2389 en M. Mutsaers & M. Kempes 2024, p. 62-78.

¹¹⁵ Harte 2017, p. 2386-2389.

¹¹⁶ Meynen 2022a, p.13-24.

¹¹⁷ Kip, Ligthart & Meynen, 2024, p. 91-96.



Zo kan bijvoorbeeld een tbs-patiënt die nog niet verantwoord naar buiten kan, binnen de kliniek veilig oefenen met situaties buiten zoals boodschappen doen. Ook kan in het kader van de behandeling worden geoefend met zogenaamde triggerende scenario's, bijvoorbeeld door een zedendelinquent virtueel bloot te stellen aan porno of andere situaties die geweld of agressie of angst kunnen opwekken, zodat hij kan leren deze te beheersen. Patiënten waarderen vaak het spelelement van virtueel oefenen, wat de behandelmotivatie – die vaak laag is bij forensische patiënten – kan verhogen. Dit alles kan het behandeltraject en de resocialisatie positief beïnvloeden, wat in het belang van de patiënt kan zijn.¹¹⁸

Maar er zijn ook ethische aandachtspunten.¹¹⁹ Op grond van het beginsel van goede zorg is van belang hoe het virtueel oefenen is ingebed in de behandelrelatie, met persoonlijk contact tussen behandelaar en patiënt. Omdat levensechte nabootsing van situaties die bijvoorbeeld agressie en angst uitlokken kunnen leiden tot heftige reacties bij de patiënt, is een belangrijke vraag hoe de behandelaar dit vanuit zijn zorgverantwoordelijkheid begeleidt. Is hij aanwezig tijdens het oefenen? Is er opvang voor de patiënt als de opgewekte ervaring onvoorzien en onbedoeld heftig nawerkt na afloop van de VR-sessie? Deze vragen raken aan het beginsel van goede zorg en kunnen vooral opspelen wanneer onder druk van personeelskrapte het VR-oefenen zou worden gezien als (gedeeltelijke) vervanging van de klassieke therapeutische gesprekken.

6.3 Smartwatch – meten van stress of andere fysiologische gegevens

De smartwatch en andere wearables of biosensoren kunnen worden ingezet om verschillende signalen in het lichaam te meten, variërend van beweging (de algemeen bekende stappenteller met periodieke aansporing om te bewegen) tot hartslag en andere fysieke indicatoren van stress of boosheid. Via een systeem van biofeedback geeft het apparaat aan wanneer in het lichaam signalen van opkomende stress of boosheid worden gemeten. Dat kan samengaan met aanwijzingen hoe de stress kan worden teruggebracht naar een ongevaarlijk niveau, bijvoorbeeld 'even rustig ademen' of andere stressverlagende gedragsaanpassingen.

Het doel is dat de patiënt leert om voor hem risicovolle situaties tijdig te onderkennen en de ongewenste impuls om te buigen in plaats van te worden meegesleept door destructieve (agressieve of seksuele) impulsen.

Als de patiënt op deze manier leert zijn impulsen beter te beheersen, dan kan dat bijdragen aan de autonomie. Tegelijkertijd zijn er hier ook ethische aandachtspunten.¹²⁰ Continue monitoring van de lichamelijke toestand is behoorlijk invasief; het gevoel dat gegevens over stressniveau continu worden bijgehouden en kunnen worden gezien door behandelaren kan diep ingrijpen in de ervaren privacy en integriteit van het lichaam. Daar komt bij dat deze biofeedback technologieën behoorlijk persuasief zijn doordat ze op een krachtige manier – met ongevraagde suggesties voor gedragsaanpassing – sturen op gedragsverandering, wat raakt aan de ervaren autonomie.

¹¹⁸ Meynen 2022a, p. 13-24; Kip, Ligthart & Meynen 2024, p. 91-96.

¹¹⁹ Kip, Ligthart & Meynen 2024, p. 91-96.

¹²⁰ Kip, Ligthart & Meynen 2024, p. 91-96.



Bijzondere aandacht is tenslotte vereist voor de privacy. De gemeten gegevens over harstslag, slaap, stresshormonen in het bloed etc. zijn intieme en privacygevoelige gegevens. Data-opslag en afspraken over het delen van data moeten dan ook voldoen aan hoge privacy-eisen. Verder is ook hier van belang in hoeverre de toepassing van de biofeedback apparatuur is ingebed in therapeutische gesprekken met de behandelaar die op grond van dat contact kan inschatten hoe de patiënt reageert op de metingen en de gedragssuggesties. Dragen deze bij aan diens behandeling of is sprake van schadelijke neveneffecten zoals bijvoorbeeld door te sterke gedragssuggesties? Deze spanning met fundamentele waarden (vrijheid, bescherming persoonlijke levenssfeer en lichamelijke integriteit, privacy) moet zorgvuldig worden meegewogen in de beslissing voor toepassing van deze ingrijpende biofeedback technologieën, ook al heeft de patiënt ingestemd.

6.4 Robotica

Onder robotica vallen digitale apparaten die de patiënt kunnen ondersteunen als hulpmiddel. Dat varieert van klassieke robotjes die als 'gesprekspartner' kunnen worden ingezet om gevoelens van eenzaamheid te verlichten, tot ondersteuning bij specifieke handelingen zoals een tablet die op gezette tijdstippen herinnert aan medicijnname, douchen of andere dagelijkse taken.

In de zorg zijn hiermee positieve ervaringen opgedaan, mede doordat patiënten het vaak leuk vinden om robots te gebruiken.¹²¹ Wanneer zij met behulp van robots meer regie en controle over hun eigen leven kunnen krijgen, kan dat de autonomie vergroten. Als voordeel van deze digitale 'hulpjes' is ook opgemerkt dat ze simpele instructies met eindeloos geduld kunnen herhalen, wat voor patiënten met een licht verstandelijke beperking vaak nodig is. Anders dan personeel wordt de robot niet ongeduldig of gehaast, ook niet als het eindeloos duurt.¹²²

Ethische aandachtspunten zijn er vooral wanneer wordt beoogd om menselijk contact van verpleging en verzorgers te vervangen door robots, waarmee betekenisvol contact als belangrijk uitgangspunt in de zorgsituatie in de knel komt. Overigens is juridisch niet helemaal helder of er een recht bestaat op menselijk contact met de behandelaar. Wanneer robots worden gebruikt voor andere dan ondersteunende taken, kan dit leiden tot andere ethische aandachtspunten. Dat zou bijvoorbeeld gelden wanneer beslissingen met grote gevolgen voor de patiënt worden overgelaten aan robots. Een ander knelpunt kan zich voordoen als een patiënt zich zodanig hecht aan een robot dat beëindiging van het gebruik ervan om andere dan behandelinhoudelijke redenen zou leiden tot terugval in de behandeling.

Aangezien die 'beslissingen' worden gegenereerd door de onderliggende programmatuur van de robot, gelden dan dezelfde overwegingen als hierboven zijn genoemd ten aanzien van AI.

¹²¹ Harte e.a. 2024, p. 65-80.

¹²² Harte e.a. 2024, p. 65-80.



6.5 Beveiligingstechnologieën / bodyscan

De bodyscan is een beveiligingstechnologie om patiënten te controleren op het binnenbrengen van contrabande: drugs, wapens en andere in de inrichting verboden voorwerpen. Het biedt een alternatief voor de controle door fouilleren of visiteren. Omdat voor deze toepassing nog geen wettelijke grondslag bestaat, kunnen patiënten nog niet worden verplicht om door de bodyscan te lopen. Bij weigering worden ze dan gefouilleerd. In het veld zijn veel positieve ervaringen met de bodyscan, zowel bij personeel als bij patiënten die het vaak minder ingrijpend vinden dan fouilleren of visiteren, en wie dat niet wil kan kiezen voor de gebruikelijke controle. Dat laatste verandert als de bodyscan als verplicht controlemiddel kan worden ingezet, waarvoor inmiddels wetgeving in voorbereiding is.

Een ethische overweging betreft de lichamelijke integriteit, omdat je met de bodyscan in het lichaam kijkt. De afweging of deze inbreuk gerechtvaardigd is in relatie tot de controle- en beveiligingsdoelstelling, betreft de proportionaliteit en subsidiariteit (en het beginsel van minimale beperkingen). In die afweging moet de eventuele schade door straling in het lichaam worden betrokken.

Vanuit het oogpunt van privacy is van belang hoe de beelden van de scan worden bewaard en verwerkt. Welke informatie wordt bijvoorbeeld opgeslagen: zijn dat de beelden van het lichaam of alleen de conclusie (wel/geen verdachte voorwerpen)? En aangezien een vermoeden van contrabande ingrijpende gevolgen heeft voor de patiënt, is de betrouwbaarheid van de interpretatie vanuit het oogpunt van rechtsbescherming van belang.

Meer juridische overwegingen betreffen het onderscheid tussen controleren *in of aan het lichaam*. Controle aan (de buitenkant van) het lichaam geldt als minder invasief dan controle in het lichaam, wat doorwerkt in onder andere de afweging van het proportionaliteitsvereiste.

Wanneer de bodyscan verplicht kan worden toegepast, is vanuit ethisch oogpunt van belang of de klassieke fouillering beschikbaar blijft als alternatief voor patiënten die, bijvoorbeeld onder invloed van psychoses, extreem angstig of wantrouwig reageren op de scan.

6.6 Administratieve lastenverlichting voor personeel

Strikt genomen is lastenverlichting voor personeel met behulp van technologieën geen technologische innovatie, maar een doelstelling in het kader van personeelsbeleid.

Wanneer de toepassing van technologieën de administratieve lasten voor het personeel verminderen, bijvoorbeeld door het invoeren van gegevens in digitale systemen te automatiseren, kan dat het werk aantrekkelijker maken en kan personeel zich meer richten op het sociotherapeutisch klimaat. In tijden van personeelsgebrek zijn dat in principe positieve ontwikkelingen.

Daarmee is echter niet gezegd dat technologie als zodanig bijdraagt aan lastenverlichting voor het personeel. Zoals bij de hierboven besproken technologieën vaak is opgemerkt kan technologie, mits toegepast na zorgvuldige ethische en juridische analyse, positief bijdragen aan de behandeling of resocialisatie. Maar dan als potentiële aanvulling op, en zeker niet als vervanging van het contact met behandelaar en verplegend personeel.



Bovendien moet rekening worden gehouden met tijdsinvesteringen voor bijvoorbeeld het uitlezen en bewaren van data en het bijhouden van het elektronisch dossier, waarbij moet zijn voldaan aan de privacy- en andere relevante waarborgen. Ook is tijd nodig om het personeel blijvend te scholen in omgang met de nieuwe technologie. Hierdoor kan de netto tijdswinst kleiner zijn dan aanvankelijk gedacht.



Geraadpleegde stukken

Literatuurlijst

Van Beers 2024

B. van Beers, 'Menselijke waardigheid in tijden van *big data* en *Big Tech*: Van genetica en biotechnologie naar artificiële intelligentie en neurotechnologie', in: *De Grondwet en nieuwe technologie: klaar voor de toekomst?: Twaalf pleidooien voor modernisering van de Grondwet*, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties 2024, p. 11-37.

Van Bakkum e.a. 2021

A.H. van Bakkum e.a., 'Te ziek voor reguliere detentie, te gewelddadig voor de GGZ. Zorg voor gedetineerden met psychiatrische problematiek in de Penitentiaire Psychiatrische Centra', *Sancties* 2021, afl. 5, p. 340-351.

Bierhof e.a. 2023

I. Bierhof e.a., *Waardewaaier, waardebeoordeling voor digitale zorg*, Utrecht: Vilans 2023.

Bijlsma e.a. 2022

J. Bijlsma e.a., *Kansen en risico's van de toepassing van neurotechnologie in het strafrecht*, Utrecht: Universiteit Utrecht, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen 2022.

Bults, Schimmel & Vos 2022

N. Bults, M. Schimmel & J. Vos, *Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022-2028*, 2022 (in opdracht van Ministerie van Justitie en Veiligheid e.a.).

Buruma 2008

Y. Buruma, 'Over biologie, technologie en strafrecht', *Justitiële Verkenningen* 2008 afl. 1, p. 90-91.

De Ruijter Strategie 2024

De Ruijter Strategie, *Toekomstverkenning sector Forensische Zorg. Startpunt voor prioritering, richting en strategische samenwerking* (in opdracht van Ministerie van Justitie en Veiligheid), Amstelveen: De Ruijter Strategie 2024, bijlage bij *Kamerstukken II 2023/24*, 33628, nr. 101.

Elders 1987

J. Elders, 'De functie van algemene rechtsbeginselen', *Nederlands Tijdschrift voor Rechtsfilosofie en Rechtstheorie* 1987, p. 87-91.



Van Est & Gerritsen 2017

R. van Est & J.B.A. Gerritsen, with the assistance of L. Kool, *Human rights in the robot age: Challenges arising from the use of robotics, artificial intelligence, and virtual and augmented reality – Expert report written for the Committee on Culture, Science, Education and Media of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe (PACE)*, The Hague: Rathenau Instituut 2017.

Harte 2017

J.M. Harte, 'Recidive inschatten met behulp van een empirisch model: Kansen voor de strafrechtspraktijk?', *Nederlands Juristenblad* 2017, p. 2386-2389.

Harte e.a. 2024

J.M. Harte e.a., 'Personeelskrapte en de inzet van sociale robotica in de forensische zorg', *Tijdschrift voor Forensische Psychiatrie en Psychologie* 2024, afl. 1, 65-80.

Hauwert, Van der Bas & Smit 2024

S. Hauwert, F. van der Bas & W. Smit, *Technologische innovatie in de forensische zorg*, 2024. (Interne publicatie van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, Eindrapport van een onderzoek naar Technologische Innovaties in de forensische zorg in het kader van het 'High Potential Programma')

IGJ 2009

IGJ, *Toepassing van domotica in de zorg moet zorgvuldiger*, Den Haag, IGJ 2009.

IGJ 2022

IGJ, *Werken aan veilige en herstelgerichte forensische zorg*, IGJ en Inspectie JenV, 2022.

IGJ 2024

IGJ, *Toetsingskader Digitale zorg. De inzet van digitale zorg door zorgaanbieders* 2024, Utrecht, IGJ 2024.

Kempes 2024

M.M. Kempes, 'Mentale gezondheidszorg in detentie: een publieke zaak', *Sancties* 2024, afl. 5, p. 1.

Kip e.a. 2019

H. Kip e.a., *Technologie in de forensische zorg – Crossing borders*, Utrecht: KFZ 2019.

Kip & Bouman 2020

H. Kip & Y.H.A. Bouman, 'Van denken en praten naar doen en ervaren: op zoek naar de toegevoegde waarde van technologie voor de forensische psychiatrie', *Sancties* 2020, afl. 4, p. 249-260.



Kip, Ligthart & Meynen 2024

H. Kip, S.L.T.J. Ligthart & G. Meynen, 'Ethiek en recht bij de toepassing van nieuwe technologie in de forensische psychiatrie', *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2024, afl. 2, p. 91-96.

Van Kolfschooten 2024

H.B. van Kolfschooten, 'Artificiële intelligentie in de ouderenzorg, Een voorstel voor een beoordelingsinstrument voor patiëntenrechten', in: F.T. Schut e.a., *Juridische aspecten rondom schaarste in de zorg* (Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht), Boom Juridisch 2024, p. 87-116.

KPMG 2022

KPMG, *Zorginnovaties in de oncologische zorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en cardiovasculaire zorg*, KPMG 2022.

Leenen e.a. 2024

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom juridisch 2024, p.10-12.

Legemaate e.a. 2014

J. Legemaate e.a., *Thematische wetsevaluatie Gedwongen zorg*, Den Haag: ZonMw 2014.

Ligthart, Kooijmans & Meynen 2017

S. Ligthart, T. Kooijmans & G. Meynen, 'Neurotests in de Nederlandse strafrechtspleging: een verkenning van juridische mogelijkheden en uitdagingen', *DD* 2017, afl. 8, p. 579-603.

Ligthart 2021

S. Ligthart, 'Neurotechnieken in het strafrecht: perspectieven op rechtsbescherming', *DD* 2021/52

Ligthart, Kooijmans & Meynen 2021

S. Ligthart, T. Kooijmans & G. Meynen, 'Neurorechten: wat doet Nederland ermee?', *NJB* 2021, p. 1790-1797.

Ligthart 2023

S. Ligthart, 'Neuro-interventies in het sanctierecht: Over negatieve en positieve vrijheden', *Boom Strafbblad* 2023, afl. 1, p. 45-51.

Ligthart & Meynen 2024

S. Ligthart & G. Meynen, 'Grondwettelijke bescherming van de geest', in: *De Grondwet en nieuwe technologie: klaar voor de toekomst? Twaalf pleidooien voor modernisering van de Grondwet*, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties 2024, p.169-190.



Meynen 2022a

G. Meynen, 'Technologie en de menselijke maat in het strafrecht', in: S. van den Akker e.a. (red), *Menselijk Strafrecht. Opstellen over menselijkheid in het strafrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2022, p. 13-24.

Meynen 2022b

G. Meynen, 'Technologie in de forensische psychiatrie: het belang van ethisch en juridisch Onderzoek', *Sancties* 2022, afl. 4, p. 205-208.

Ministerie van BZK 2022

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Handreiking Constitutionele Toetsing Praktische handvatten voor wet- en regelgeving*, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties 2022.

Mutsaers & Kempes 2024

M. Mutsaers & M. Kempes, 'Wat kan artificiële intelligentie betekenen voor de kwaliteit van de forensische advisering?' *Justitiële verkenningen* 2024, afl.1, p. 62-78.

Oprins, 't Hart & Dhondt 2022

E. Oprins, M. 't Hart & S. Dhondt, *Doorbraak in schreeuwend personeelstekort vraagt nieuw perspectief* (whitepaper), Delft: TNO 2022, p. 6-75.

Ploem & Voskes (red.) 2024

C. Ploem & Y. Voskes (red.), *Basisboek ethiek & recht in de gezondheidszorg*, Amsterdam: Boom Uitgevers 2024, p. 374.

Versluis e.a. 2024

A Versluis e.a., *E-healthmonitor 2023: Stand van zaken digitale zorg*, Bilthoven: RIVM 2024.

Van der Wolf, J. Reef & A.C. Wams 2020

M.J.F. van der Wolf, J. Reef & A.C. Wams, *Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*, Leiden: Universiteit Leiden 2020.

Overige bronnen

Kamerstukken II 1991/92, 22329, nrs. 1-2

Kamerstukken II 2023/24, 24587, nr. 967.

Kamerstukken II, 2022/23, 33628, nr. 97 (Voortgangsbrief forensische zorg 31 januari 2023).

Kamerstukken II, 2018/19, 32805, nr. 82.

Meerjarenagenda Forensische Zorg 2024-2029, bijlage bij: *Kamerstukken II* 33628, nr. 104.



Bijlage 1 Lijst van geraadpleegde deskundigen

De hieronder vermelde deskundigen hebben meegewerkt aan een interview of groepsgesprek in het kader van dit advies. Zij zijn verder niet betrokken geweest bij de totstandkoming van dit advies. De medewerking van deze deskundigen aan een interview of rondetafelgesprek betekent uitdrukkelijk niet dat zij de inhoud en/of strekking van het in dit advies gestelde onderschrijven.

Ing. R. (Raymond) Bakker	Projectmanager ICT, GGNet/First Resultancy
S. (Sven) Hagg	Projectleider zorgtechnologie, innovatie en e-health, GGNet
H.B. (Hannah) van Kolschooten	Docent-onderzoeker, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Universiteit van Amsterdam
Mr. dr. S.L.T.J. (Sjors) Ligthart	Postdoc & Universitair Docent, Utrecht Universiteit & Tilburg University
M. (Mariska) Luiken	Beleidsadviseur, FPA DE Boog/GGNet
Prof. dr. G. (Gerben) Meynen	Hoogleraar Forensische psychiatrie en hoogleraar Ethiek, Universiteit Utrecht & Vrije Universiteit Amsterdam
D. (Daniek) Nellissen	Senior projectleider, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
Drs. Q. (Quang) Nguyen	Geestelijk verzorger, Pompestichting
N. (Nienke) Timmer Msc	Directeur forensische zorg, FPA De Boog/GGNet
E. (Evelien) Tulp	Projectcoördinator, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
M.J.F. (Michiel) van der Wolf	Hoogleraar Forensische psychiatrie en hoofddocent Strafrecht, Universiteit Leiden & Rijksuniversiteit Groningen

