



Rijksoverheid

Zorg voor een veilige omgeving

Brede maatschappelijke heroverweging

Datum 20 april 2020
Status Definitief

Colofon

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

Inhoud

Woord vooraf—5

Samenvatting en varianten—6

1 Inleiding—19

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

2 De belangrijkste maatschappelijke en budgettaire ontwikkelingen—22

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

3 Analyse en beoordeling van beleid—36

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

4 Beleidsvarianten—41

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

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

5 Bijlage 1: Taakopdracht—66

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

6 Bijlage 2: Samenstelling werkgroep—68

7 Bijlage 3: Geraadpleegde bronnen—69

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

8 Bijlage 4: Tabellen met indicatoren en samenhang—72

Bijlage 5: Rapport AEF. Ik ben niet alleen mijn delict

Woord vooraf

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

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

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

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

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

Samenvatting en varianten

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

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

Knelpunten in de forensische zorg

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

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

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

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

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

Beantwoording hoofdvragen

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

Wat zijn de oorzaken van de groeiende capaciteitsbehoefte?

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

Hoe kan de beheersbaarheid worden vergroot?

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

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

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

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

Hoe kan de forensische zorg bijdragen aan een vermindering van de dreiging van gevaarlijke verwarde personen en vermindering van recidive door (ex)justitiabelen?

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

Hoe kan de aansluiting tussen forensische en reguliere zorg worden verbeterd?

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

Beleidsvarianten

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

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

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

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

Thema 3 Zorg voor een veilige omgeving – Variant 1 Optimalisatie

Omschrijving

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

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

Effecten

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

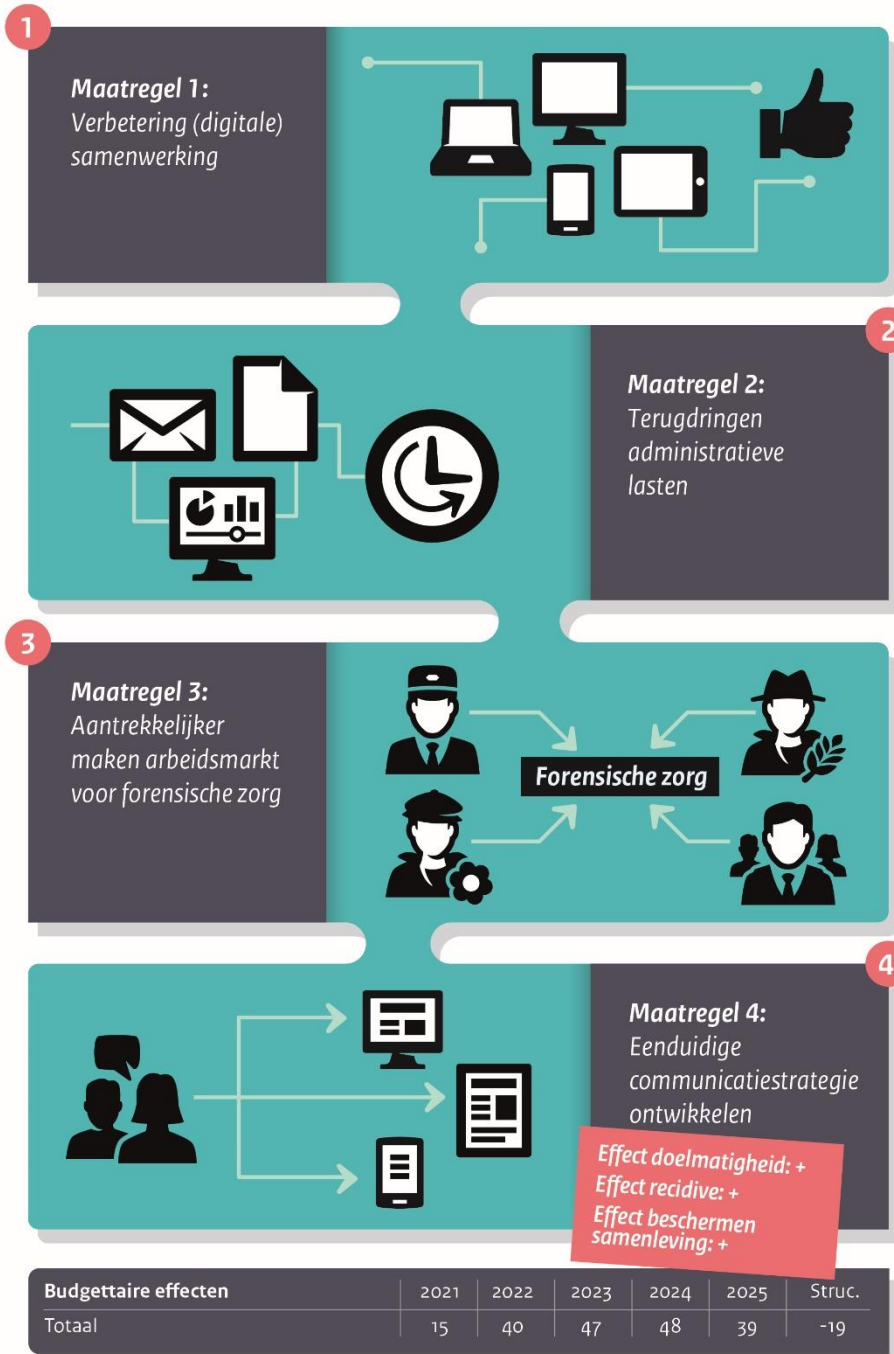
Uitvoering

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

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

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

Beleidsvariant 1: Optimalisatie



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

Omschrijving

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

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

Effecten

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

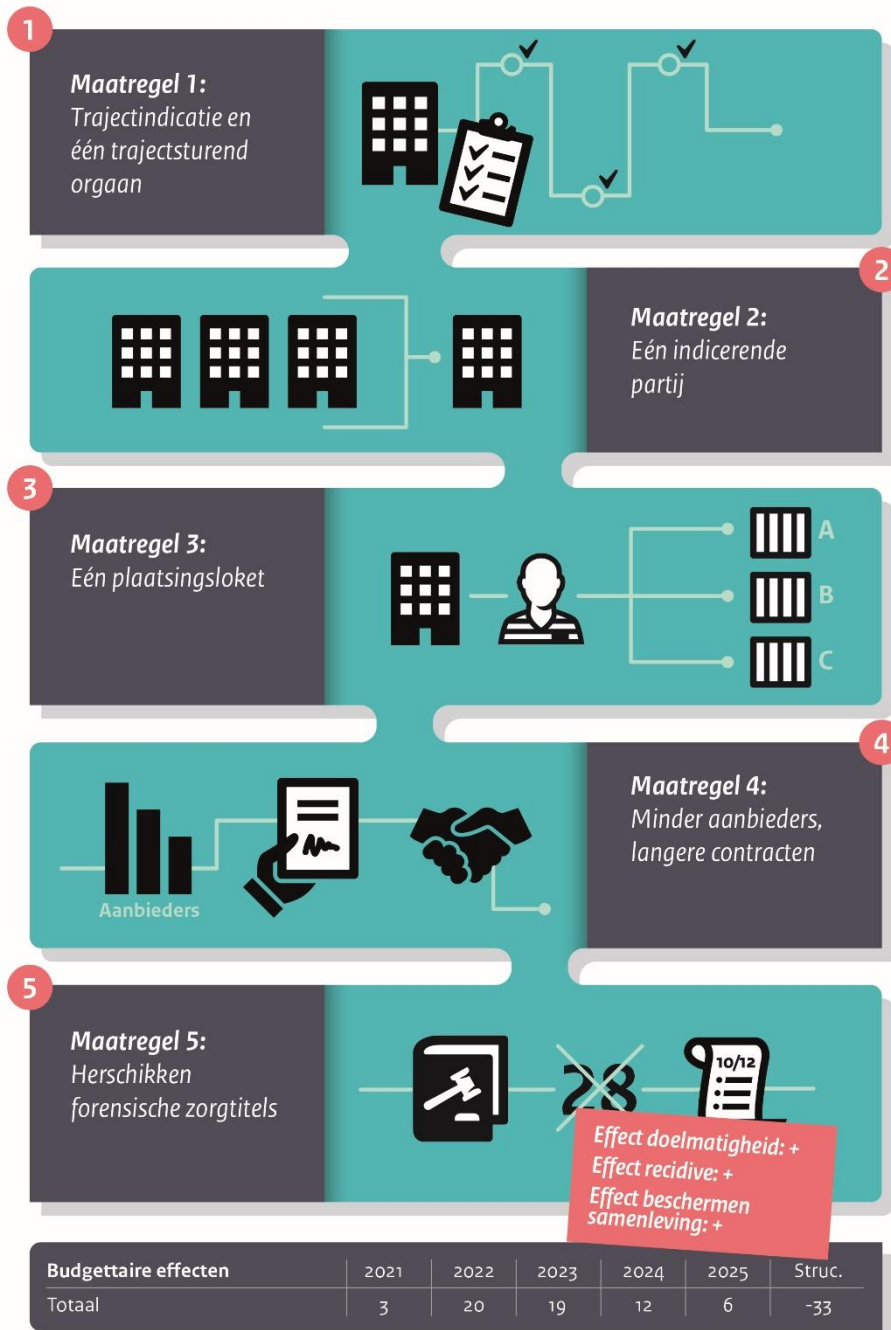
Uitvoering

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

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

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

Beleidsvariant 2: Eenvoudiger organiseren



(in € mln.; +=saldooverslechterend)

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

Omschrijving

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

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

Effecten

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

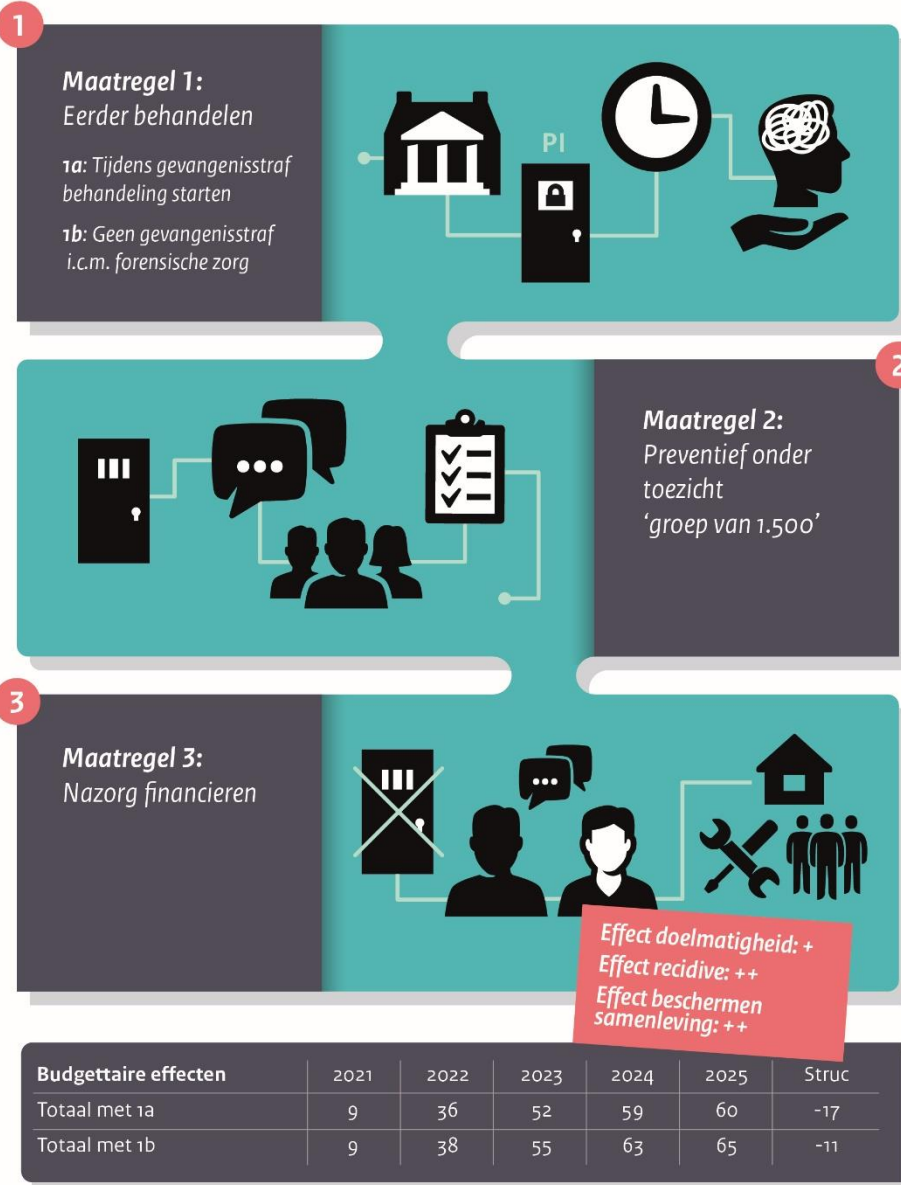
Uitvoering

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

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

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

Beleidsvariant 3: Behandeling centraal



(in € mln.; +=saldoverslechterend)

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

Omschrijving

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

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

Effecten

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

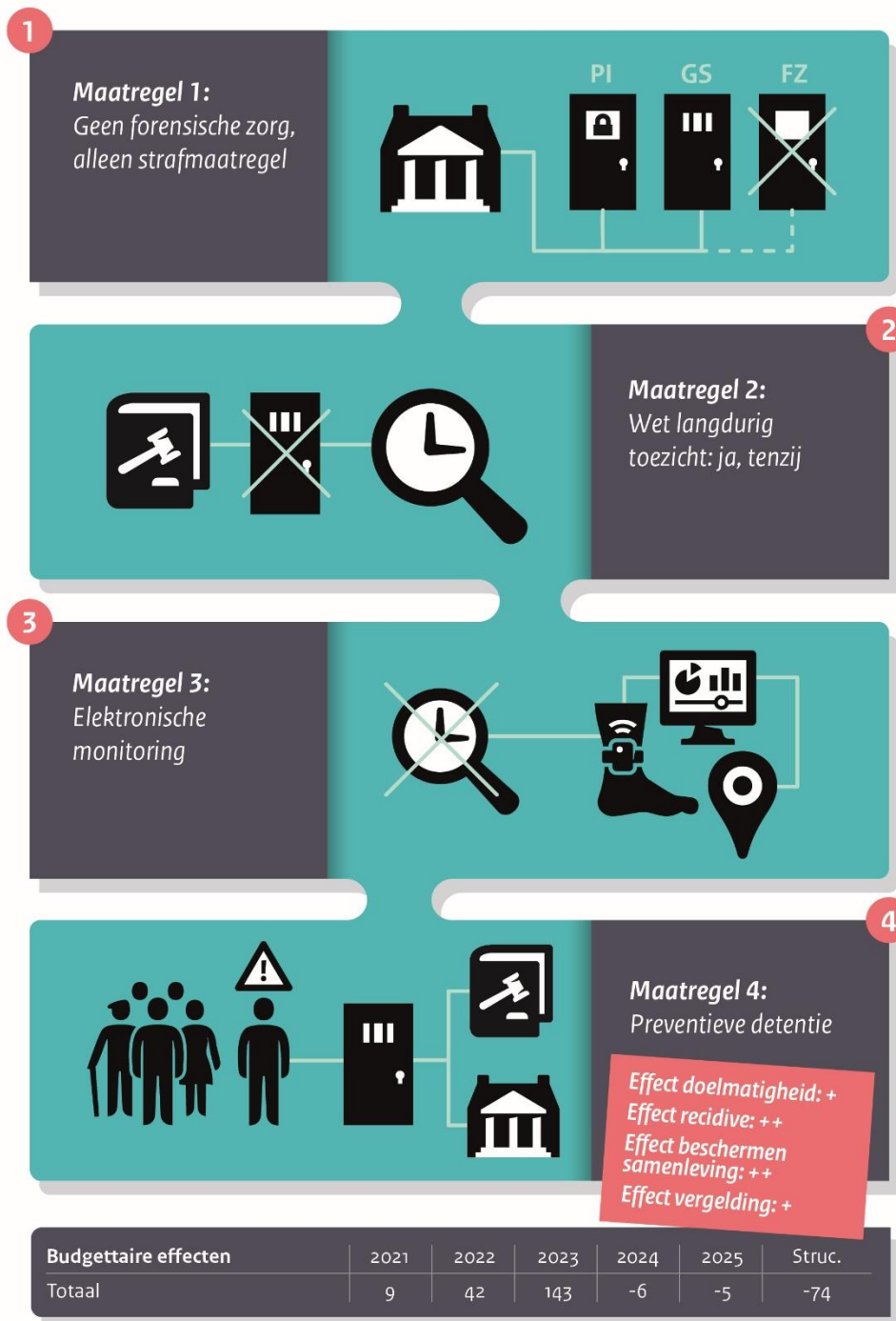
Uitvoering

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

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

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

Beleidsvariant 4: Straf centraal



1 Inleiding

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Opdracht werkgroep

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

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

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

1.2 Budgettaire grondslag

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

Tabel 1: Budgettaire grondslag

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

1.3 Dwarsdoorsnijdende thema's

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

1.4 Leeswijzer

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

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

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

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

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

2 De belangrijkste maatschappelijke en budgettaire ontwikkelingen

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

2.1 Maatschappelijke opgave

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

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

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

2.1.1 Rol van de Rijksoverheid en beleidsontwikkelingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2

Straf en behandeling

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

Kees:

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

Kermit:

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

2.1.3

Relatie met andere maatschappelijke sectoren en beleidsterreinen

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

Jeffrey:

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

Woningmarkt

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

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

Aanpak gevaarlijke verwarde personen

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

Jeffrey:

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

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

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

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

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

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

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

Ontwikkelingen in de ggz

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

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

Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

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

2.2 Opbouw en ontwikkeling forensische zorg

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

2.2.1 Vormen van forensische zorg

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 2: Verschillende segmenten en zorgtypen in de forensische zorg²⁵

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

2.2.2

Rechtspositie van de patiënt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 4: Instroom forensische zorg

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

Tabel 5: Uitstroom forensische zorg

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

2.3 Forensische zorg vanuit ketenperspectief

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

2.3.1 Rollen en verantwoordelijkheden betrokken actoren

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

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

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

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

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

2.3.2

Instroom, doorstroom en uitstroom

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

Danielle:

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

Tabel 6: Instroom, doorstroom, uitstroomroutes forensische zorg²⁹

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

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

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

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

Tabel 7: Instroom forensische zorg

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

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

Tabel 8: Behoeftte vervolgzorg na uitstroom

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

2.3.3

Indicatie, plaatsing en regievoering

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

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

³¹ Inclusief praktijkondersteuner huisarts ggz en eerstelijnspsycholoog.

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

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

Tabel 9: Overzicht indicatiestelling

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

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

Tabel 10: Overzicht plaatsing

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

2.3.4

Samenwerking tussen ketens

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

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

Kees:

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

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

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

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

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

2.4 Bekostiging forensische zorg

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

³⁴ RVS (2012). *Stoornis en delict*.

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

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

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

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

Tabel 11: Uitgaven aan forensische zorg 2014-2018

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

2.5 Administratieve lasten en productiviteit

2.5.1 *Administratieve lasten*

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

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

2.5.2 *Digitalisering en gegevensuitwisseling*

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

³⁸ AEF (2018). *Forensische zorgen*.

³⁹ AEF (2018). *Forensische zorgen*.

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

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

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

3 Analyse en beoordeling van beleid

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

3.1 Knelpunten forensische zorg

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3

Uitdaging om samenwerking binnen en tussen ketens te organiseren

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

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

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

3.1.4

Omgaan met beperkingen om preventief te kunnen handelen

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

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

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

3.1.5

Aantrekkelijkheid stimuleren om in de forensische zorg te werken

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

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

3.2 Beantwoording hoofdvragen taakopdracht

In deze paragraaf beantwoordt de werkgroep de vijf hoofdvragen.

3.2.1

Wat zijn de oorzaken van de groeiende capaciteitsbehoefte?

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

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

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

3.2.2 *Hoe kan de beheersbaarheid worden vergroot?*

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

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

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

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

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

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

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

4 Beleidsvarianten

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

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

4.1 Beleidsvariant 1: Optimalisatie

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

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

Tabel 12: Budgettaire effecten beleidsvariant 1

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

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

4.1.1

Maatregel 1: Verbetering (digitale) samenwerking

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

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 13: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 1

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

Uitvoerbaarheid

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

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

4.1.2

Maatregel 2: Terugdringen administratieve lasten

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

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 14: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 2

| <i>(in € mln.; +=saldoverslechterend)</i> | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Struc. |
|---|------|------|------|------|------|--------|
| Vermindering administratieve lasten | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 |

Uitvoerbaarheid

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

4.1.3

Maatregel 3: Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

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

Financiële doorrekening

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 15: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 3

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

Uitvoerbaarheid

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

4.1.4

Maatregel 4: Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

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

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

Tabel 16: Financiële doorrekening beleidsvariant 1, maatregel 4

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

Uitvoerbaarheid

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

4.2 Beleidsvariant 2: Eenvoudiger organiseren

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

Tabel 17: Budgettaire effecten beleidsvariant 2

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

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

4.2.1 *Maatregel 1: Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan*

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

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

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

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

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

Tabel 18: Financiële doorrekening, maatregel 1

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

Uitvoerbaarheid

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

Juridisch:

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

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

ICT en informatievoorziening:

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

4.2.2

Maatregel 2: Eén indicerende partij

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 19: Financiële doorrekening maatregel 2

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

Uitvoerbaarheid

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

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

4.2.3 *Maatregel 3: Eén plaatsingsloket*

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 20: Financiële doorrekening maatregel 3

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

Uitvoerbaarheid

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

4.2.4

Maatregel 4: Minder aanbieders, langere contracten

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 21: Financiële doorrekening maatregel 4

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

Uitvoerbaarheid

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

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

4.2.5

Maatregel 5: Herschikken forensische zorgtitels

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

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

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 22: Financiële doorrekening maatregel 5

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

Uitvoerbaarheid

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

4.3 Beleidsvariant 3: Behandeling centraal

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

Tabel 23: Budgettaire effecten beleidsvariant 3

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

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

4.3.1 Maatregel 1: Eerder behandelen

Optie 1a: Tijdens gevangenisstraf forensische zorgbehandeling starten

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

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

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

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

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

Financiële doorrekening

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

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

Tabel 24: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 1a

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

Tabel 25: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 1b

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

Uitvoerbaarheid

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

4.3.2

Maatregel 2: Preventief onder toezicht

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Voor de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 26: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 2

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

Uitvoerbaarheid

Er zijn zowel uitvoeringstechnische als juridische overwegingen:

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

4.3.3

Maatregel 3: Nazorg financieren

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

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

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

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

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

Tabel 27: Financiële doorrekening beleidsvariant 3, maatregel 3

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

Uitvoerbaarheid

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

4.4 Beleidsvariant 4: Straf centraal

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

Tabel 28: Budgettaire effecten beleidsvariant 4

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

De frictiekosten van maatregel 1 stoppen na het jaar 2025.

4.4.1

Maatregel 1: Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

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

Bij het doorrekenen zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 29: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 1

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

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

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

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

Uitvoerbaarheid

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

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

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

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

4.4.2 *Maatregel 2: Wet langdurig toezicht: ja, tenzij*

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

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Bij de financiële doorrekening zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 30: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 2

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

Uitvoerbaarheid

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

4.4.3

Maatregel 3: Elektronische monitoring

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

Voor deze variant zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 31: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 3

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

Uitvoerbaarheid

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

4.4.4

Maatregel 4: Preventieve detentie

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

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

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

Doeltreffendheid en doelmatigheid

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

Financiële doorrekening

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

Voor deze variant zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

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

Tabel 32: Financiële doorrekening beleidsvariant 4, maatregel 4

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

Uitvoerbaarheid

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

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

Afgezien van juridische zijn er ook een tweetal operationele aandachtspunten:

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

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

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

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

5 Bijlage 1: Taakopdracht

5.1 Inleiding

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

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

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

5.2 Opdracht aan de werkgroep

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

5.3 Hoofdvragen

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

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

5.4 Afbakening en reikwijdte

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

Tabel 33: Uitgaven aan forensische zorg 2014-2018

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

5.5 Organisatie

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

Samenstelling secretariaat: JenV, FIN.

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

7 Bijlage 3: Geraadpleegde bronnen

7.1 Rapporten/publicaties

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

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

7.2 Kamerbrieven

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

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

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

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

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

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

7.3 Geraadpleegde experts

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

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

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

7.4 Werkbezoeken en conferenties

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

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

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

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

7.5 (Ex)-forensische zorgpatiënten

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

8 Bijlage 4: Tabellen met indicatoren en samenhang

| | Budgettair (- = saldo- verslechterend) | Doelmatigheid en/of doeltreffendheid | Uitvoerbaarheid | Recidive (- = recidive verhogend) | Vergelding | Voorkomen van herhaling | Afschrikken | Beschermen samenleving |
|--|--|--|-----------------|---|------------|-------------------------------|-------------|---------------------------|
| Variant 1 Optimalisatie | +/- | ++ | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 1. Verbeteren (digitale) samenwerking | +/- | ++ | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 2. Terugdringen administratieve lasten | + | ++ | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 3. Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt | +/- | + | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 4. Ontwikkelen eenduidige communicatiestrategie | - | + | + | + | +/- | + | +/- | + |
| Variant 2 Eenvoudiger organiseren | + | + | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 1. Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan | - | ++ | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 2. Eén indicerende partij | +/- | ++ | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 3. Eén plaatsingsloket | +/- | ++ | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 4. Minder aanbieders, langere contracten | + | + | + | + | +/- | + | +/- | + |
| 5. Herschikken forensische zorgtitels | +/- | + | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| Variant 3 Behandeling centraal | +/- | + | +/- | ++ | - | ++ | - | + |
| 1. Eerder behandelen | +/- | ++ | +/- | ++ | -- | ++ | - | + |
| 2. Preventief onder toezicht | -- | + | +/- | + | +/- | + | +/- | + |
| 3. Nazorg | -- | + | + | ++ | +/- | ++ | +/- | ++ |
| Variant 4 Straf centraal | + | - | - | - | ++ | +/- | ++ | +/- |
| 1. Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel | + | - | - | -- | ++ | -- | ++ | -- |
| 2. Wet langdurig toezicht: Ja, tenzij | - | +/- | +/- | + | + | + | ++ | + |
| 3. Elektronische monitoring | - | +/- | - | + | + | + | ++ | + |
| 4. Preventieve detentie | - | + | -- | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ |

| | | Verbetering digitale samenwerking binnen de keten van forensische zorg | Terugdringen administratieve lasten | Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt voor forensische zorg | Eenduidige communicatiestrategie ontwikkelen | Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan | Minder aanbieders, langere contracten | Forensische zorgtitels reduceren en afschaffen | Preventief onder toezicht 'groep van 1.500' | Eerder behandelen | Wet langdurig toezicht: Ja, tenzij strafmaatregel | Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel | Elektronische monitoring | Preventieve detentie |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|---|---------------------------------------|--|---|-------------------|---|--|--------------------------|----------------------|
| Optimalisatie | Verbetering digitale samenwerking binnen de keten van forensische zorg | ■ | | | | | | | | | | | | ■ |
| | Terugdringen administratieve lasten | | ■ | | | | | | | | | | | |
| | Aantrekkelijker maken arbeidsmarkt voor forensische zorg | | | ■ | | | | | | | | | | |
| | Eenduidige communicatiestrategie ontwikkelen | | | | ■ | | | | | | | | | |
| Eenvoudiger organiseren | Trajectindicatie en één trajectsturend orgaan | | | | | ■ | | | | | | | | ■ |
| | Eén indicerende partij | | | | | | ■ | | | | | | | ■ |
| | Eén plaatsingsloket | | | | | | | ■ | | | | | | ■ |
| | Minder aanbieders, langere contracten | | | | | | | | ■ | | | | | ■ |
| | Forensische zorgtitels reduceren en afschaffen | | | | | | | | | ■ | | | | ■ |
| Behandeling centraal | Eerder behandelen | | | | | | | | | ■ | | | ■ | ■ |
| | Preventief onder toezicht 'groep van 1.500' | | | | | | | | | | ■ | | | ■ |
| | Nazorg financieren | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ |
| Straf centraal | Geen forensische zorg, alleen strafmaatregel | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| | Wet langdurig toezicht: Ja, tenzij | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ |
| | Elektronische monitoring | | | | | | | | | | | | ■ | ■ |
| | Preventieve detentie | | | | | | | | | | | | | ■ |

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

Bijlage 5

Levensverhalen uit de forensische zorg

“Ik ben niet alleen mijn delict”



Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Datum

24-02-2020

Opdrachtgever

Ministerie van Financiën

Contact

Maxime Dekkers / m.dekkers@aef.nl

Pippa Groenenberg / p.groenenberg@aef.nl

Sophie Hoogeboom / s.hoogeboom@aef.nl

Referentie

GF30/rapport

Foto voorzijde:

Hollandse Hoogte

Inhoud

| | |
|---|-----------|
| 1 Voorwoord | 4 |
| Hoe is dat nu eigenlijk, patiënt zijn in de forensische zorg? | 4 |
| Wat kan ik met dit rapport? | 4 |
| 2 Leven met forensische zorg | 5 |
| Het verhaal van Kees..... | 6 |
| Het verhaal van Jeffrey | 11 |
| Het verhaal van Ray..... | 15 |
| Het verhaal van Daniëlle | 19 |
| Het verhaal van Kermit | 24 |
| Het verhaal van Ko | 27 |
| 3 Nawoord | 31 |
| Wat hebben we geleerd? | 31 |
| Hoe hebben we het aangepakt? | 32 |
| Dankwoord | 33 |

1 Voorwoord

Hoe is dat nu eigenlijk, patiënt zijn in de forensische zorg?

De forensische zorg staat volop in de belangstelling. En daarmee de mensen om wie het gaat. In dit rapport geven wij de patiënten van de forensische zorg een gezicht. Wij luisterden naar de verhalen van zes patiënten. Wat hebben ze meegemaakt? Hoe ziet hun dagelijks leven er nu uit? Welke zorg ontvangen zij en welke zorg hebben zij eerder gehad? Welke problemen zijn zij tegengekomen in de forensische zorg? Wat ging er goed?

De mensen die we spraken ontvangen en ontvingen uiteenlopende vormen van forensische zorg. We spraken patiënten in de klinische zorg met verschillen in de zwaarte van beveiliging en intensiteit van zorg. Ook spraken we patiënten in de verblijfszorg of die ambulante zorg ontvangen, en een ervaringsdeskundige die nu zelf in de forensische zorg werkt. In dit rapport lees je hun levensverhaal, hoe zij bij de forensische zorg kwamen en hoe ze dat ervaren.

Beter beleid door patiënten een gezicht te geven

Deze portretten zijn onderdeel van één van de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (BMH's). Dit zijn Rijksbrede onderzoeken naar zestien thema's om beleid doelmatiger en doeltreffender te maken. Eén van die thema's is BMH 3: 'Zorg voor een veilige omgeving', waarbinnen de forensische zorg een belangrijk onderwerp is. Het verzamelen van verhalen van de patiënten helpt om beleidsmakers, politici en andere betrokkenen door de ogen van de patiënten te laten ervaren wat de forensische zorg nu inhoudt. En wat keuzes in beleid voor invloed kunnen hebben op de praktijk in de forensische zorg.

Het optekenen van deze verhalen draagt hopelijk bij aan het maken van weloverwogen keuzes in dit domein, die passen bij wat nodig is voor zowel patiënten als de professionals werkend in de forensische zorg. De verhalen zijn verteld aan en opgeschreven door adviseurs van adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF). Wij zijn een bureau voor maatschappelijke vraagstukken en zijn bekend in het justitie en veiligheidsdomein.

Wat kan ik met dit rapport?

Deze levensverhalen zijn illustraties ter aanvulling van het BMH-onderzoek. We schetsen een beeld van hoe het is om deze zorg te krijgen. Wat voor leven hebben deze mensen gehad? Wat heeft de forensische zorg hen gebracht? En wat kan de overheid volgens hen doen om de zorg nog beter te maken? Daarvan krijg je een beeld door de verhalen in dit rapport.

2 Leven met forensische zorg

De verhalen die je hieronder leest, zijn waargebeurd. Het zijn de levensverhalen van zes patiënten in de forensische zorg, die via ons graag hun eigen verhaal wilden vertellen aan de overheid. Wij hebben in hun eigen woorden hun leven in beeld gebracht. Ze kozen daarbij zelf een andere naam, zodat zij vrij over hun ervaringen kunnen praten. De patiënten komen uit heel het land, van verschillende klinieken en zorginstellingen.



| | | |
|---|--|--|
| <p>Kees Kees woont nu 2,5 jaar in een tbs-kliniek en zat eerder in detentie. Hij heeft een moeilijke jeugd gehad en een tijdlang gekampt met een chatverslaving. Hij leert in therapie meer over zichzelf en hoe hij met verschillende situaties moet omgaan. Nu is hij bezig met voorbereiding op verlof en het opbouwen van een sociaal netwerk.</p> | <p>Jeffrey Jeffrey woont in een appartement en krijgt ambulante zorg. Hij is verslaafd geweest aan drugs en heeft last gehad van psychoses. De zorg heeft hem erg veranderd en de begeleiding maakt een belangrijk deel uit van zijn leven. Hij zou nog wel meer begeleiding willen hebben gehad en heeft het gevoel dat hij dit nog niet kan missen.</p> | <p>Ray Ray woont in een resocialiserende woongroep. Vroeger wilde hij snel veel geld verdienen, en hij kwam op jonge leeftijd in aanraking met criminaliteit. Nu zit hij 19,5 jaar ‘vast’, waarvan een groot deel in tbs. Hij had veel moeite met de behandelingen en zijn tbs is vaak verlengd. Nu begint hij de vruchten van de vele therapieën te plukken. Hierna hoopt hij te gaan wonen in een RIBW en een baan te vinden.</p> |
| <p>Daniëlle Daniëlle werkt inmiddels als ervaringsdeskundige in een FPA. Ze werd op jonge leeftijd zwanger en raakte verder in de problemen met weinig ondersteuning vanuit haar omgeving. Zij heeft verschillende vormen van forensische zorg doorlopen: in PPC, FPA, beschermd wonen en begeleid wonen.</p> | <p>Kermit Kermit is bezig met resocialisatie en woont in een RIBW. Daarvoor heeft hij 5 jaar in een tbs-kliniek gezeten. Eerder zat hij in de gevangenis. Het ging mis met hem toen zijn vader overleed op zijn 18^e. Kermit raakte verslaafd en is steeds meer in de problemen gekomen. Tbs haalde hem uit de problemen, vindt hij.</p> | <p>Ko Voor Ko is de ambulante zorg inmiddels afgebouwd naar ‘waakvlam’-contact als er iets is. Hij heeft een veelbewogen leven, en werkt nu in de transportsector. In detentie heeft hij zich goed voorbereid op een nieuwe start. Hij heeft veel gehad aan zijn behandeling in de PPC. Zijn genderfluiditeit loopt als een rode draad door zijn levensverhaal.</p> |

In het nawoord lees je meer over hoe we de gesprekken hebben aangepakt (zie blz. 31).

Het verhaal van Kees

Kees woont in een tbs-kliniek. Hij zit daar nu 2,5 jaar en woont in een leefgroep. Kees is heel blij met de kliniek. Het is een veilige plek voor hem.

Een drukke agenda

Kees heeft een volle agenda. Hij werkt vaak 7 dagen in de week. De wekker gaat om half 7. Om 7 uur gaat hij naar beneden. “Ik rook een sjekkie en drink koffie”, vertelt hij. Daarna gaat hij aan het werk. Hij werkt in het washok van de kliniek. “Ik doe de was. Bijvoorbeeld van de fysio, de medische dienst en de crisisafdelingen. Daar moet veel voor gewassen worden. Ik zorg dat het wordt opgevouwen. En dan breng ik het rond. Soms krijg ik ook bestellingen. Dan zorg ik dat ze het krijgen.” Kees is blij met zijn baan. Hij werkt daar vooral alleen. “Ik vind het heerlijk. Ik zet de muziek aan. Vooral op Radio NL. Je moet het leuk maken voor jezelf.” In het weekend maakt hij ook de koffiezetapparaten schoon.

Binnen de kliniek volgt Kees onderwijs. Hij volgt een opleiding over het schrijven van een ondernemersplan. “Mijn droom is om voor mezelf te beginnen,” vertelt hij. “Ik wou ooit een winkel. Maar nu krijg ik die vergunning niet door mijn strafblad en tbs. Wel voor een foodtruck.” Daarom volgt hij ook een opleiding sociale hygiëne. “Die moet je dan hebben.” Ook volgt hij rekenen, wiskunde en maatschappijleer. “Ik hoop dat ik een beetje normen en waarden kan leren. Dat miste ik in mijn leven wel.” Als hij klaar is met deze opleidingen wil hij ook een opleiding tot ervaringsdeskundige doen. “Het is dat ik nu aan de verkeerde kant zit, maar ik zou hier wel willen werken.”

“Mijn droom is om voor mezelf te beginnen,” vertelt hij. “Ik wou ooit een winkel. Maar nu krijg ik die vergunning niet door mijn strafblad en TBS. Wel voor een foodtruck.”

Kees doet nog veel meer. Hij vertelt: “Ik doe nog handvaardigheid. Voor in mijn kamer heb ik meubels gemaakt. Een tv-meubel en een salontafel.” Hij voetbalt op woensdag en vrijdag. En soms organiseert hij 's avonds ook voetbal met patiënten. Ook speelt hij piano. “Ik zing altijd graag. Toen ik hier kwam zag ik iemand piano spelen. Ik dacht: dat wil ik ook. Dus ik heb piano leren spelen. Laatst heb ik mezelf ook begeleid hier in de kliniek voor 200 man.” Hij leert nieuwe liedjes. “Maar laatst had ik de lat te hoog gelegd. Toen wilde ik *My Way* spelen. Dat is ook wel iets van mij. Ik leg de lat vaak te hoog.”

Kees is altijd druk. “Ik ben best een bezig bijtje. Toen ik samenwoonde had ik ook drie of vier banen. Ik was meer weg dan thuis. Dan hoefde ik niet na te denken,” vertelt hij. Een keer werd hij ziek in de kliniek. “Toen had ik veel tijd. Ik ging veel nadenken. En toen schrok ik heel erg.” In de kliniek heeft hij geleerd dat hij soms niks moet doen. Dan kan hij nadenken. En dan leert hij dingen over zichzelf.

Wat hij minder fijn vindt is het wonen in een groep. Hij houdt van schoon. “Soms vind ik het moeilijk als het een troep is. Of als het fornuis vies is.” Hij heeft geleerd het los te laten. Hij gaat dan naar zijn kamer. Dan wordt hij rustig. “Je hebt je groep niet voor het uitkiezen.”

In het begin was het moeilijk

De eerste negen maanden in de kliniek vond hij heel moeilijk. “Je moet veel luisteren. En je hoort vaak ‘nee’. Daar kan ik moeilijk mee omgaan. Ik wil altijd mijn zin krijgen. Dat is een

Kees

valkuil”, vertelt hij. Hij vindt het nu nog lastig als er veel jong personeel is. “Ik vind het toch makkelijker iets aan te nemen van een ouder iemand.”

Eerst vond hij het ook moeilijk om zijn verhaal te vertellen. Zeker als er nieuw personeel kwam. “Dan moet je uitleggen waar je voor zit. En waar je goed en slecht in bent.” Hij is daarin beter geworden. “Soms kan ik het wel en soms niet makkelijk delen. Maar ik heb het wel geleerd. Je kunt het over voetbal hebben of over waar het echt over gaat.”

Therapie is heel belangrijk

Kees heeft veel verschillende vormen van therapie. “Toen ik hier kwam duurde het zes of zeven maanden voor therapie begon. Eerst moet je vertellen waarom je hier zit. Dan duurt het nog lang voordat je een plan hebt,” vertelt hij. “En dan heb je modules. Ik heb groepstherapie, EMDR, psychomotorische therapie, en een seksuoloog. Daar volg ik therapie voor vriendschap en relaties. Dat is nogal een ding voor mij. Daarnaast heb ik cognitieve gedragstherapie. Dat heb ik nog twee jaar. Daarna hoop ik ook nog. Want wat je jezelf in 40 jaar hebt aangeleerd, leer je niet zomaar weer af.”

Tijdens therapie heeft hij geleerd op een andere manier naar dingen te kijken. “Bijvoorbeeld naar intimiteit. Ik dacht dat is met je vriendin op de bank zitten. Maar het kan ook andere dingen zijn. Bijvoorbeeld intiem zijn met vrienden. Of met je collega’s. Er valt zoveel onder dat ene woord.”

Hij leert ook veel over zichzelf. Dat vindt hij best confronterend. “Je herkent patronen. Dingen die steeds weer terugkomen. Bijvoorbeeld dat je vader ook altijd iets deed. Nu weet ik dat ik een probleem heb. En wat mijn valkuilen zijn. Bijvoorbeeld dat ik de lat te hoog leg.” Ook leert hij voor zichzelf opkomen. En dat hij zich niet laat gebruiken door andere mensen. “Ik wil altijd mensen helpen. Maar soms help ik ook de verkeerde mensen.”

“Mensen worden hier geplaatst. Het is belangrijk dat ze een behandeling krijgen. Therapie heeft mij echt geholpen. Ik heb dingen geleerd die ik niet wist.”

Hij vindt het jammer dat er nu te weinig therapeuten zijn in de kliniek. Laatst moest hij een module overslaan omdat er niemand was. En er zijn wachtlijsten voor therapie. Dat vindt hij niet goed. “Mensen worden hier geplaatst. Het is belangrijk dat ze een behandeling krijgen. Therapie heeft mij echt geholpen. Ik heb dingen geleerd die ik niet wist.”

Een eenzame jeugd

Kees’ ouders gaan uit elkaar als hij één jaar is. Hij gaat bij zijn vader en oma wonen. “Mijn moeder heb ik daarna nooit meer gezien. Ik leerde lopen van mijn oma. Mijn vader was eigenlijk altijd dronken en agressief. Hij trapte mijn speelgoed kapot. Of gaf me met de riem. En mijn oma was ook al oud. Die kon er niet altijd tussenspringen. Opvoeding was er niet echt.”

Naast zijn oma en vader ziet hij geen familie. “Ik heb mijn zus niet gezien tot haar 18^e. Mijn vader had aan haar gezeten. En hij heeft ook aan mijn nichtjes gezeten,” vertelt Kees. “Ik dacht dat het normaal was. Hij vertelde er ook over.”

“In de familie was mijn vader het zwarte schaap. Hij mocht ook niet bij familie komen. Ik snapte dat toen nog niet. Ik ging hem zelfs verdedigen. Ik mocht in principe wel komen. Maar ik was nog een kind. Ik kon daar niet alleen heen.” Ook mogen er geen vriendjes of vriendinnetjes van school komen spelen. “Dan moest ik zeggen dat het niet van oma mocht.

Kees

Ik snapte toen niet waarom. Maar mijn vader zat aan kinderen. Hij had ook aan buurmeisjes gezeten.” Zijn oma wil daarom niet dat er meer kinderen over de vloer komen. “Ik kon ook nooit mijn verjaardag vieren vroeger. Als kind was ik altijd alleen.” Er is niemand die hem helpt in die periode. “Misschien was het beter geweest om naar een pleeggezin te gaan.” Maar dat bespreken ze niet. “Mijn oma durfde er nooit iets van te zeggen of ergens melding te maken. Dus bleef de mishandeling doorgaan. En het misbruik.” Zijn oma overlijdt als hij dertien is.

Het verandert als hij ouder wordt. “Toen heb ik mijn vader één keer teruggeslagen”, vertelt hij. “En toen waren de rollen omgedraaid. Ik kon tegen hem zeggen hoe laat hij thuis moest zijn. Op dat moment voelde het goed. Ik kon doen en laten wat ik wilde. Maar eigenlijk is het natuurlijk niet goed. Ik had structuur nodig.” Hij hangt in die tijd steeds meer op straat rond. “Daar waren mensen die spullen nodig hadden. Patat, sigaretten, wc-papier. Ik ging voor ze naar de winkel. Dat verdiende heel goed.”

Tot zijn veertiende gaat hij naar school. Dan wordt zijn vader ziek. Kees moet het huishouden doen, koken, medicijnen geven. Eén keer komt de inspectie langs, maar er gebeurt niks. Hij gaat aan het werk. “Ik werkte twee dagen per week. En vanuit werk kon ik naar de detailhandel-school”, vertelt hij. Maar dan overlijdt zijn vader, en hij maakt zijn opleiding niet af. “Alle opleidingen en papieren heb ik later gehaald in de gevangenis. En in de kliniek. Dus ik heb het aardig ingehaald.” Op school spreekt hij niet over wat er thuis gebeurt. Hij kan een vrolijk masker ophouden. “Ik deelde niets van thuis.”

Kees is zeventien als zijn vader overlijdt. “En ik wilde niks te maken hebben met jeugdzorg. Dus toen ging ik zwerven. Op straat. Gewoon in een trein slapen bijvoorbeeld. En dan krijg je natuurlijk ook boetes. En daar zit je dan ook voor. En toen kwam ik een man tegen. En ik kon bij hem thuis slapen. Dan hoefde ik alleen maar voor zijn kinderen te zorgen. En klusjes te doen. Maar dat was ook weer de verkeerde persoon helpen.”

Relatieproblemen en een chatverslaving

Later heeft Kees een relatie van tien jaar. Ook krijgt hij twee kinderen. Een zoon en een dochter. Na zeven jaar komt hij erachter dat zijn vriendin vreemd is gegaan. Dat vindt hij heel erg. Het gaat slechter met hun relatie en ze praten nog weinig met elkaar. “Toen zocht ik contact op het internet. Ik was eenzaam,” vertelt hij. “Contact via internet is makkelijk. En veilig. Je weet niet wie aan de andere kant zit. En je kan je als iedereen voordoen.”

“Ik dacht: oudere mensen met een baan hebben weinig tijd. Die willen niet met mij praten. En toen ging ik vooral met jongeren chatten. Die chatten altijd. En die reageren snel. Dan kreeg ik veel aandacht”, legt hij uit. “En ik moet eerlijk zijn. Ik vind mensen van 13 of 14 tot 26 ook leuk en aantrekkelijk.” Drie jaar later gaat zijn relatie uit. Hij gaat op zichzelf wonen. “Toen had ik helemaal alle tijd. Ik ging heel veel chatten. Het was echt een verslaving. Ik was achttien uur per dag aan het chatten. En daar kwam op gegeven moment ook een afspraak uit. En dat ging mis.” Hij wordt opgepakt en komt voor de rechter.

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

Gevangenis

Na de rechter komt hij in de gevangenis. Daar heeft hij al therapie. Het is moeilijk om zijn verhaal met mensen te delen. “Ik voetbalde soms in de gevangenis. Maar dan vertelde ik waarvoor ik zat.

Toen wilden ze niet meer met me praten. Dan werd ik uitgescholden. Toen heb ik geleerd mijn verhaal niet meer te delen.”

Tijdens de laatste zeven maanden in de gevangenis zit Kees in de pré-passanten afdeling. Daar zou hij worden voorbereid op tbs. “Maar dat was slecht geregeld. Ze laten je aan je lot over,” vindt hij. “Er is alleen werk. Geen therapie. Dat vonden ze niet belangrijk. Ik raakte ook mijn mentor kwijt. En ze gooiden van alles door elkaar. Mensen die iemand hadden vermoord. Mensen die zaten voor verkrachting. Dan heb je veel te veel ruzie. En vechtpartijen.”

Hij wordt aangemeld bij een andere tbs-kliniek. “Maar ik had op internet gezocht. En ik wist dat ik naar een andere kliniek wilde. Toen heb ik een brief gestuurd naar Den Haag. En de advocaat had ook een brief geschreven. En de directeur.” Uiteindelijk mag Kees naar de kliniek waar hij graag naartoe wil.

“Toen heb ik een schriftje gemaakt met daarin ‘dit is Kees’”, vertelt hij. “Dat had ik uit mezelf gedaan. Ik schreef alles op. Wie ik ben. Medicatie. Wat ik eet en wat ik niet eet. Dat ik structuur nodig heb. Toen hebben ze me ook op een rustige afdeling geplaatst. Er zitten ook wel mensen met psychoses enzo. Maar op andere afdelingen waren meer haantjes. Net als in de gevangenis.”

In de kliniek zijn bijna nooit problemen. Er is geen geweld. Het voelt veilig. Heel soms zijn er drugs binnen. Dat vindt hij niet goed. Het kan gevaarlijk zijn. Hij denkt dat een drugshond zou helpen. “Of een herder uit het asiel. Dan worden mensen al bang. Het gaat om het idee en de schrikreactie.”

Volgende stappen

“Het is de bedoeling dat we over een halfjaar gaan praten over de volgende stap.” Hij krijgt dan een eigen woonplek binnen de kliniek. “Dan mag ik zo lang als het nodig is oefenen. En dan naar een plek buiten de kliniek met begeleiding. Dan heb je nog wel therapie.” Ze gaan dan kijken hoe het gaat. “Ik moet nog contact houden met de groepsleiding. Ik moet mijn problemen niet alleen oplossen. Dat is ook een valkuil van mij.”

“Vorig jaar hadden we ook al mijn verlof aangevraagd. Maar toen heb ik iets verkeerd gedaan”, vertelt hij. “Dat had ook te maken met dat ik iemand wilde helpen. Maar de verkeerde persoon. En ik wilde diegene niet kwijt. En het werd ook steeds dreigender.” Toen is zijn verlofaanvraag weer ingetrokken. “Maar misschien heeft het zo moeten zijn. In die tijd daarna heb ik wel veel geleerd. En misschien is het wel beter dat het niet buiten is misgegaan.

“Ik wil straks minimaal één persoon met wie ik dingen kan delen. Die niet wegloupt. Die weet van mijn delict.”

Een sociaal netwerk opbouwen

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

Hij heeft gehoord dat hij via de organisatie COSA een netwerk van mensen kan krijgen. Dat zijn vrijwilligers en begeleiders, die nauw contact houden met bijvoorbeeld reclassering en de wijkagent. Ze zorgen dat hij niet eenzaam is. En dat hij geen fouten maakt. Dat geeft extra bescherming. “Dan heb je vijf mensen. En met hen kan je allemaal iets anders gaan doen”,

Kees

vertelt hij. “Ik wil voorlopig nog begeleiding. Ik wil écht niet terugvallen.” Kees wil straks ook vrijwilliger worden bij de daklozenopvang. Hij wil nog steeds mensen helpen. Maar wel de juiste mensen.

Sinds een half jaar schrijft Kees met zijn dochter. Hij stuurt dan een kaart of een brief. Zijn begeleider helpt hem daarbij. Zij kijkt of hij geen dingen belooft die hij niet kan waarmaken. “Dit is echt mijn laatste kans. Dat zegt de kinderrechter ook.” Vroeger had hij geen tijd voor zijn kinderen. Hij was te veel aan het chatten. Daar heeft hij spijt van. Nu wil hij het beter doen. “Dan ga ik liever hier binnen wat langer oefenen. Dan ga ik buiten niet de fout in.”

“Ik ben niet alleen mijn delict. Ik heb wel iets slechts gedaan. Maar ik ben geen slecht mens.”

Hij is blij dat hij een tweede kans krijgt. Maar soms is hij ook verdrietig. “Ik heb weleens gedacht dat het beter was geweest als ik niet geboren was. Dan had ik die dingen niet gedaan. En dan had ik dat allemaal niet meegemaakt. Als ik het liedje hoor ‘Papa ik lijk steeds meer op jou’ dan word ik heel boos. Dan denk ik: jij had hier moeten zitten. En nu zit ik hier.” Hij hoopt dat hij het in de toekomst beter kan doen. “Ik ben niet alleen mijn delict. Ik heb wel iets slechts gedaan. Maar ik ben geen slecht mens.”

Het verhaal van Jeffrey

Jeffrey staat ons met een warm welkom voor zijn appartement op te wachten. “De deur moet op de knip, want hij kan niet meer dicht door het arrestatieteam”, vertelt hij als we de deur achter ons dicht doen. Zijn appartement is schoon en opgeruimd. Hij heeft weinig kleur in zijn huis. De inrichting is zwart en grijs. “De mensen kleuren de ruimte, zo zie ik het”, legt hij uit.

Het gaat goed met Jeffrey. Hij voelt zich weer goed. “Mijn leven gaat in ups en downs. Ik ben nogal een bijzonder geval. Ik heb veel meegemaakt”, vertelt hij. “Nu gaat het weer de goede kant op”.

Boefje

Jeffrey groeit op bij zijn ouders. Als hij tien jaar is, komt daar ook nog een broertje bij. Hij is veel buiten, met vrienden en vriendinnen. “Ik was vrij. Alles kon, niets moest. Ik was wel een beetje een boefje. Overdag wisten mijn ouders niet wat ik aan het doen was. Maar als ik om vijf uur thuis moest zijn, was ik wel om vijf uur thuis.”

Jeffrey klinkt geïrriteerd als hij over zijn ouders praat. “Mijn ouders spreek ik niet meer gelukkig. Ik heb van hen geen opvoeding gehad.” Als hij 17 is gaat hij bij zijn opa en oma wonen. Hij gaat werken. In die periode krijgt hij zijn dochter en trouwt hij. Maar daarna verandert alles: “Ik ging scheiden. Met advocaten en alles erbij. Vanaf toen heb ik veel meegemaakt.”

Aan de drugs

Met de scheiding net achter de rug, begint Jeffrey steeds meer drugs te gebruiken. “Het begon met één keertje coke. Toen werd het wekelijks en toen dagelijks.” Hij verandert door de drugs. Hij is zichzelf niet meer. “Ik lulde wartaal, leugens en bedroog. Ik leefde in een wereld die nergens op gebaseerd was.” De drugs maken veel kapot. Hij komt in een depressie terecht. Hij wordt snel boos en kan zijn agressie niet goed in bedwang houden. “Ik heb toen een akkefietje met m’n moeder gehad. Ik heb haar klappen gegeven en haar bij haar strot gepakt.” Door de drugs raakt hij de realiteit kwijt. Hij rent op een avond in een psychose met twee messen over straat. Ook bedreigt hij onder invloed van drugs en alcohol zijn huidige vriendin met een pistool.

“Ik heb de instanties ook echt nodig, anders ga ik weer naar de klote.”

In die tijd krijgt Jeffrey ambulante forensische zorg opgelegd door de rechter. Eerst vrijwillig, dan gedwongen en nu weer vrijwillig. Hij is erg blij met de behandeling. “Ik heb het ook echt nodig, want anders ga ik weer naar de klote.” Zijn begeleiders leren hem minder negatief te denken. “Ik sloopte hier de ramen eruit. Dat kwam dan door de negatieve gedachten. En mijn impulsieve gedrag”. Jeffrey kan soms agressief worden als mensen naar hem schreeuwen. Of als het

hem allemaal te veel wordt en hij de situatie niet meer kan overzien. “Vroeger kon ik snel schakelen, maar nu niet meer. Dat komt door de drugs”. Zijn begeleiders zitten erbovenop. Jeffrey benadrukt dat hij dat nodig heeft: “Ik moet 100.000 keer gewaarschuwd worden voor het kwartje valt. Er is bepaalde problematiek die ik anders ervaar dan een nobel of nuchter iemand.”

De knop gaat om

Gedwongen behandeling vindt Jeffrey minder fijn. “Ik moest toen elke week komen, maar dat deed ik dan niet. Het voelde als een verplichting, dat werkte bij mij niet. Mijn moeder deed dat ook altijd, die zei dan ‘ik bepaal hier de wet, niet jij’. Dwingen helpt vaak niet. Je moet het

Jeffrey

mensen zelf laten inzien. Dingen doen die bij jou passen, daar pluk je op lange termijn de vruchten van.”

Jeffrey is vorig jaar gestopt met drugs. “Ineens ging het knopje om”. Andere instanties waren ook klaar met hem. “Als ik zo door was gegaan, hadden ze hun handen van mij afgetrokken. Dat hebben ze me later verteld”. Hij zag dat hij met zijn problemen aan de slag moest waar hij verdooving voor bleef zoeken. Nu is hij helemaal clean. Daar is hij blij mee. “Nu heb ik mijn bekkie weer terug”.

Hij vond het in het begin wel moeilijk. Zijn behandelaren hebben hem veel geleerd. “Ze leerden me dat de zin in drugs maar een paar minuten duurt. Dus dat ik dan moest volhouden.” Ook konden ze hem van de drugs afpraten als hij toch weer heel veel zin had. Hij heeft veel aan hen gehad. “Een nobel iemand zou naar vrienden gaan, maar ik had mijn behandelaren.”

Vertrouwen

De instanties bepalen niet zijn leven, maar ze maken er wel een groot deel van uit. Hij kan bij hen alles kwijt. Jeffrey kreeg laatst te horen dat hij klaar was bij de reclassering. Dat was voor hem geen goed nieuws. “Je krijgt een band met zo iemand. Het voelt vertrouwd. Iets wat je van je ouders nooit hebt gehad of gekend. Mensen zijn ook anders naar mij gaan kijken. Ze zagen wel dat ik wilde veranderen, maar dat het niet altijd lukte. Ze hielden mij altijd een hand boven m’n hoofd”.

Jeffrey wilde nog een jaar extra een toezichthouder hebben. Maar dat mocht niet. “Als zo’n instantie weggaat die meer betekent dan je ouders, dan doet dat pijn. We zijn vier jaar met elkaar omgegaan. Altijd contact over hoe het met me ging. Hij kent ook mijn drugsverleden. Dat valt nu weg”. Inmiddels heeft Jeffrey geen toezichthouder meer. “Ik heb er wel een paar biertjes op gedronken kan ik je vertellen. En dat waren geen lichte”, vertelt hij over het moment nadat hij afscheid had genomen van zijn toezichthouder. En dat staat hij opeens op om een brief te zoeken in de keuken. “Ik heb nog een brief gekregen van mijn toezichthouder. Daar kreeg ik wel tranen van in mijn ogen”, vertelt hij ontroerd. “Kinderen vallen terug op hun ouders, ik val terug op de instanties.”

“Als zo’n instantie weggaat die meer betekent dan je ouders, dan doet dat pijn.”

Hernieuwd contact

Zijn band met zijn familie gaat op en neer. Toen hij klein was had Jeffrey goed contact met zijn opa, oma, oom en tante. 1,5 jaar geleden was er ruzie ontstaan. “Toen hoefde het even niet”, vertelt Jeffrey. Maar laatst heeft hij toch de moed weer opgepakt en contact met hen opgenomen. “Pak je problemen beet”, dat leren mijn begeleiders mij. En dat heeft hij dus ook gedaan. Hij heeft nu weer contact met zijn opa en oma.

Zijn begeleiders hebben hem ook geholpen in het contact met zijn broertje. “Ik moest hem vroeger niet. Hij trok alle aandacht”. Zijn begeleiders hebben Jeffrey geleerd om positiever te gaan nadenken. Ook over de relatie met zijn broer. “Een paar jaar terug heb ik de strijdbijl begraven. Ik dacht, we hebben elkaar nodig. Door mijn begeleiders ben ik dat gaan inzien”. Jeffrey heeft een vriendin. Hij kent haar al elf jaar. Ze hebben nu drie jaar een relatie. Samen hebben ze twee kinderen. Ook met zijn vriendin gaat het met pieken en dalen. “Met haar had ik negen maanden geen contact gehad. Ze wilde me opeens niet meer zien en de kinderen wilde ze ook bij me weghalen. Maar nu zie ik haar weer”. Daar is Jeffrey blij om. Ook dat hij

Jeffrey

zijn kinderen weer ziet vindt Jeffrey fijn. “Ik ben een vader die vecht voor z’n kinderen. En niet voor de drugs.”

Eenzaam

Jeffrey voelt zich eenzaam. Veel vrienden van vroeger spreekt hij niet meer. Dat zijn de vrienden met wie hij drugs deed. “Als je stopt met de drugs, dan word je een ander mens.” Hij heeft nog een paar vriendinnen met wie hij af en toe belt. Soms voert hij ook hele gesprekken met zichzelf. “De instanties zijn eigenlijk de enige mensen die ik spreek”. Jeffrey weet niet zo goed wat hij daarvan vindt. “Wat ik wel weet, is dat als ik naar vrienden toe zou gaan met al mijn problemen, dan denk ik dat zij denken ‘daar komt hij weer’. Bij de instanties kan ik het tenminste van mij afpraten.”

Maar ondanks dat hij de instanties heeft, is de eenzaamheid bij Jeffrey groot. “Eenzaamheid is sowieso een groot probleem in deze stad”, vertelt Jeffrey. “Er worden wel uurtjes georganiseerd voor mensen die eenzaam zijn. Daar geef ik kookcursus. En als het teveel wordt, loop ik weg. Dat heb ik afgesproken.”

De weg naar vrijwilligerswerk

Samen met zijn behandelaren is hij nu aan het kijken of hij vrijwilligerswerk kan doen. Dat is voor hem een opstapje om uiteindelijk ook weer te kunnen gaan werken. Maar eerst moet hij een dagritme krijgen. “Werken kan ik nu echt nog niet”.

Jeffrey wilde graag iets in de ouderenzorg doen. “Ik help nu ook wel eens bij de burens, bijvoorbeeld met Wmo en CAK, dat vind ik leuk”. Maar voor vrijwilligerswerk in de ouderenzorg heb je een VOG nodig. Die kreeg hij niet. “De politie steekt zijn handen in het vuur dat ik wel met die oudjes om kan gaan. Maar toch kreeg ik geen VOG”. Jeffrey gaat binnenkort kijken of hij bij moestuinen in de buurt vrijwilligerswerk kan doen. “Ik weet nog niet of ik dat leuk vind. Ik laat het op mij afkomen. Wat mijn ogen zien, maken mijn handen.”

Het zijn wel veel instanties

Jeffrey heeft op dit moment te maken met dertien overheidsinstanties. “Ik heb ze nodig, maar het zijn er wel veel”, vertelt hij. “De afspraken met alle instanties voelen voor mij als een werkdag”. En wat nou echt iets is wat kan worden verbeterd? “Sommige roepen maar wat!”, zegt Jeffrey met stemverheffing. “Versta jij je beroep wel, denk ik dan. Er zijn veel mensen die dat niet begrijpen. En die komen hier dan over de vloer. Dan komt hier iemand voor twintig minuten en gaat hij weer weg. Maar ik heb er dan echt niks aan gehad. De goeien bellen mij wel op. Ook al ben je meer een dossier, het is toch op de man af: hoe zij mij kunnen helpen.”

“Ik heb ze nodig, maar het zijn er wel veel. De afspraken met instanties vullen een hele werkdag.”

En wat Jeffrey betreft kunnen de instanties wel beter: “Achterlijk zoveel instanties als er zijn. En iedereen loopt langs elkaar heen. Dan bel ik bijvoorbeeld 10 minuten met een woningbouwvereniging. En als ik daarna nog een keer bel, zeggen ze weer heel iets anders. Dat heb ik zoveel meegemaakt.”

Ondanks dat, kan Jeffrey ook nog niet zonder ze. “Ik weet niet hoe het is als die weg zouden vallen. Ik wil daar nog niet naar kijken. De wil is er wel, maar ik kan het nog niet.”

Jeffrey

De toekomst

Waar Jeffrey over een jaar staat, weet hij niet. “Wel weet ik dat ik over een jaar de instanties nog steeds nodig heb. Het kan namelijk ineens omslaan. Door alcohol, maar ook door het effect van alle dingen die ik heb meegemaakt. Bijvoorbeeld mijn negatieve gedachten.” Voor nu is zijn doel om van de alcohol af te komen. “De meeste drugsverslaafden gaan naar alcohol toe, want je zoekt verdoving. En een biertje kost maar 50 cent”. Jeffrey heeft gevraagd of zijn begeleiders hem daarbij kunnen helpen. “Ik wil er echt vanaf”, vertelt hij.

Ook al is er nog een lange weg te gaan, het gaat nu in ieder geval al veel beter met hem. “Ik ben nu een totaal ander iemand. Ik heb geleerd een luisterend oor te zijn en om er te zijn voor een ander. Het is niet makkelijk, want je komt jezelf wel tegen.” Maar hij is blij dat het weer beter gaat. “Ik doe er weer toe”.

Het verhaal van Ray

“Wat ik nu doe?” We zitten in een kantoor van een werkplaats van een tbs-kliniek. Ray is met de bus hiernaartoe gekomen vanochtend. Zijn fiets is al voor de tweede keer gestolen. “Ik ga werken in het donker en kom weer terug als het weer donker is. Vier keer in de week. Bij een horeca groothandel. Ik werk als stagiair. Ik zie mijn collega’s meer dan mijn afdelingsgenoten. Acht uur per dag. Na het werk ga ik douchen, t.v. kijken, slapen. Mijn afdelingsgenoten maak ik weinig mee.”

Ray woont in een woongroep die aan het resocialiseren is. Hij heeft een eigen kamer in een prefab gebouw, met een douche en een toilet. Er zijn zes kamers. Hiervoor woonde hij in een afdeling waarin je ‘alles samen doet’. Dat is nu anders. “Je bent weer aan het leren dat je dingen zelfstandig doet. Om je klaar te stomen voor de volgende stap”. Na een korte pauze voegt Ray nog toe: “Het is best wel gek dat ik iets dat ik al die tijd ervoor heb gedaan, opnieuw moet leren. Weer boodschappen doen en budgetteren. De hospitalisatie sluipt erin.”

“Het is best wel gek dat ik iets dat ik al die tijd ervoor heb gedaan, opnieuw moet leren. Weer boodschappen doen en budgetteren. De hospitalisatie sluipt erin.”

Hij zit dan ook al lange tijd ‘binnen’: 19,5 jaar. Een groot deel daarvan heeft hij in tbs doorgebracht. Daar zat hij in de crisisafdeling en de opnameafdeling. Dat is de afdeling waar je binnenkomt. Ray vertelt dat hij de sfeer daar als best negatief ervaarde. “Ik vond dat best moeilijk. Ging met de sfeer mee. Er was ook veel geweld.” In die eerste tijd in de tbs-kliniek pleegde hij meerdere nieuwe geweldsdelicten, onder andere op medewerkers. Daardoor werd zijn tbs steeds verlengd. “Dat had niet hoeven.”

Ik ben goed opgevoed

Ray komt uit een goed milieu. Zijn moeder verkocht antiek, zijn vader had een hoge functie. Tot zijn veertiende gaat hij gewoon naar school. Hij vertelt dat hij een warme jeugd had. “Op zondag naar de kerk. Met z’n allen op vakantie.” Maar hij hield van mooie dingen. Zijn moeder wil hem leren te werken voor je geld. Vanaf zijn 14^e gaat hij drugs verkopen. “Toen ik voelde dat ze de kraan dichtdraaide, werd ik creatief”.

“Ik viel op meiden die vielen op de snelle jongens. Ik dacht: deze meiden kijken niet naar mij. Wat moet ik doen? Ik had alleen maar vrienden die ook dealden. Ik zat ook in de klas met een jongen die later een hoge functie bij de overheid heeft gekregen. Toen ik m’n eerste auto kocht, zag ik hem bij de bushalte wachten ’s ochtends. Ik noemde hem een sukkel. In *the long run* is het een ander spel.”

Hij is op dat moment nog volkomen overtuigd dat hij het prima aanpakt zo. Hij zit in die periode op de mavo, terwijl hij ook havo had gekund. Hij doet van alles om geld te verdienen. In het begin kan hij zich nog inhouden, maar dat gaat niet lang goed. Hij gaat niet over naar 4 mavo. “Ik zei tegen mijn ouders: Ik ga niet naar school. Ik verdien meer geld dan jullie.”

Al snel liep het mis

“Op een gegeven moment heeft justitie je door.” Hij raakt betrokken bij een paar schietincidenten. Als 16-jarige komt hij in de gevangenis tussen oudere mannen te zitten, die overvallen hadden gepleegd. Door zijn contact met overvallers komt ook hij “in overvalmodus”. Als hij vrij komt begint hij ook overvallen te plegen, terwijl hij drugs verkoopt.

Ray

Hij heeft ‘beginnersgeluk’ en slaat een grote slag. “Toen ging ik op zoek naar die high. Maar die kreeg ik niet weer”. Hij gaat verder: “Ik was op geld uit. Ik was hebberig. Ik wou steeds meer. Dat was mijn grootste probleem. Ik ben nu rustiger. Maar ik ben een soort van ekster. Ik hou van glimmende dingen.” Hij beschrijft dat hij niet in een gangstercultuur leeft in die periode. Hij is rustig, rijdt graag rond met z’n vriendin. Als geld schaars wordt, gaat hij op jacht met vrienden. Daarna gaat iedereen weer z’n eigen weg.

Op een gegeven moment slaat een jongen Ray’s vriendin in elkaar. Zijn vriendin wil daarna ergens anders gaan wonen. “Ik ging m’n kleren halen om te vertrekken en toen stond hij daar. Toen was er wapentrekkerij en werd er geschoten. En hij overleed.” Hij zit daarvoor zes jaar in de gevangenis en is dan 21 jaar.

Daarvoor flirt hij al een tijdje met verandering. Maar het is nog niet voldoende. Hij merkt dat mensen hem niet meer herkennen in zijn doen en laten. Hij was vroeger een heel lieve jongen, te omschrijven als een zacht, zorgzaam type. Maar in die periode is hij nog niet zo ver dat hij echt kan veranderen. Bijná lukt het hem wel. De liefde behoedt hem een tijdje voor een leven als crimineel. “Ik had een meid leren kennen van de reclassering. Toen heb ik actief afscheid genomen van de criminaliteit.” Maar dan maakt zij een kind met een andere man, terwijl ze zegt dat het van Ray is. Het leert hem: “Deze mensen die in de bovenlaag zitten, zijn nog erger dan wij.”

In de gevangenis maakt hij vrienden om weer mee te gaan dealen. Daar begint hij weer mee als hij na zes jaar vrij komt. “Dat ging bijzonder goed”. Hij besluit om ‘netjes’ te gaan dealen. “Maar dat kan niet. Je bent drugsdealer of niet. Er is geen middenweg.”

En toen liep het helemaal fout

In die tijd heeft Ray een vriendin, die hem op een dag verrast. Ze komt met een man naar zijn huis. De man zegt tegen hem dat het meisje niet langer de vriendin van Ray is. Ray wordt kwaad: “Wie ben jij om mij te komen zeggen dat je mijn vriendin inpikt?”

“Ik nam het besluit hem weg te jagen en haar naar boven te sleuren. Het is veel meer dan een verkrachting. In mijn hoofd en gedachten dacht ik dat ik dat kon maken. Ze verzette zich niet. Ze was mijn vriendin.”

“Mijn hele issue is dat ik aan haar mimiek had moeten zien dat ze niet *in the mood* was daarvoor. Door de hele issue met die man die daar aan de deur was. Ik wil het niet bagatelliseren. Het is het laagste wat ik heb kunnen zinken in mijn leven. Maar mijn delict heeft niets te maken met libido. Dat maakt het niet goed, maar het is wel anders.”

Ray belandde in de TBS

“In tbs willen ze meer van je dan in de bajes. Je krijgt een titel. En behandeling.” Het duurt lang voordat Ray de vruchten leert plukken van de tbs. Als hij binnenkomt moet hij luisteren, maar dat vindt hij moeilijk. Hij wil de teugels niet weggeven. Die mindset moet hij veranderen, maar dat gaat niet zonder slag of stoot. Hij vindt het moeilijk als ze hem aanspreken op dingen. “Dan had ik zoiets van ‘Wie ben je, man?’ Dan kom je in mijn straatje.” Hij wordt een paar keer afgevoerd met de speciale eenheid.

“In tbs willen ze meer van je dan in de bajes. Je krijgt een titel. En behandeling.”

Ray

Het is even stil. Dan zegt hij: “Raar dat ik nu in de maatschappij rondloop. Maar ik ben nu wel trots op mezelf.”

Tijdens de tbs zit hij zeker drie keer in isolatie op de separeerafdeling. Met wisselende periodes is dat in totaal zo'n 2,5 jaar. Dat is een zware tijd. Maar hij is niet makkelijk te veranderen en wil niet meewerken aan de behandeling. Hij pleegt in die tijd meerdere keren een geweldsdelict, waarbij hij onder andere een medewerker slaat. Na deze delicten volgt telkens weer separatie. Het is een harde les om te leren zijn trots en ego aan de kant te zetten.

“Ik wou ook gewoon m'n kinderen zien. Ik was supergefrustreerd. Doordat dingen niet liepen hoe ik wou. Ik ging gewoon áf. Ik ging steevast in de aanval. Ik moest leren emotioneel stabiel te worden. Nu ben ik bijna een robot geworden. Dat is niet altijd goed. “

“Ik moest tbs gaan zien als hulp, een kans, in plaats van als aanval.”

In het begin van de tbs zit Ray erg in de weerstand. Het valt hem zwaar om de weerstand te laten gaan. “Ik moest tbs gaan zien als hulp, een kans, in plaats van als aanval.” Van één medewerkster heeft hij meer dan vijf jaar therapie. “In het begin hebben we wel discussies gehad.

Zij bleef altijd professioneel en rustig. Ze had mij ook kunnen opgeven.” Hij krijgt een band met haar. Die is heel waardevol voor hem. Nu vindt hij dat alles in de tbs goed is gegaan. Wel vindt hij dat de organisatie soms erg stroperig verloopt. De uitstroom bijvoorbeeld verloopt best wel langzaam, net zoals de aanvraag van de verloven. Dat hoeft volgens hem niet zo lang te duren. “Dat duurt bizar lang.”

Ray begon de vruchten van de tbs te plukken

In de laatste jaren van de tbs begint Ray alle mogelijke zaken aan te pakken. Hij heeft veel therapieën. Daarin moet hij vaak praten over wat er is gebeurd. Maar therapieën zijn er nooit teveel. “Ik heb breed naar mijn leven gekeken. Naar mijn criminaliteit. Ik moest blijkbaar een ernstige delict plegen om me te realiseren hoe fout ik bezig was. Om me wakker te schrikken. Om te willen en kunnen veranderen.” Wat Ray het meest geholpen heeft zijn de delictanalyse en terugvalpreventie. De therapie heeft hem erg geholpen om ‘het hoe van het veranderen’ in beeld te krijgen.

“Ik vind nu dat ik een beetje deug. Daar hebben de therapieën wel bij geholpen. Ze moesten me helpen herinneren aan wat mijn moeder me altijd heeft geleerd.... Deze lessen wist je al. Maar, ik was ze vergeten.”

Hij kreeg de kans om te gaan werken

Hij heeft eerst 3,5 jaar in de keuken van de kliniek gewerkt. Na een jaar kreeg hij een surpriseparty omdat hij had laten vallen dat hij nog nooit ergens een jaar had gewerkt. Hij mocht proeven aan collegialiteit. Hij heeft ook in de werkplaats gewerkt waar we nu met hem praten. “Als kantinebeheerder. Ze zagen wel dat ik daar goed in was.” Hij heeft ook achter de bar gewerkt. Hij werkte daar 's avonds. In de bar wordt koffie en frisdrank geschonken aan andere patiënten en medewerkers tijdens activiteiten. Vandaaruit hebben ze hem geplaatst bij de horecagroothandel. Dat is ook waar hij nu nog steeds werkt.

Ray is blij met zijn werk. “Ik krijg een tweede kans. Leren terwijl ik werk. Het loon zou wel beter kunnen. Dat is minimaal. Je doet het als tussenstop naar een betaalde baan.” Het werk geeft meer voldoening dan de criminaliteit. “Nu ben ik trots als ik opsta en naar m'n werk ga. Als ik nu spullen koop, ga ik daar anders mee om.”

Ray

Lonkt de criminaliteit niet weer? “Het gaat een tijdje goed als je in de criminaliteit gaat, maar niet lang. Ik wil niet meer terug. Ik kan op deze leeftijd niet meer zitten. Ik heb iets te bewijzen. Aan mijn kinderen. En aan iedereen.”

“Het gaat een tijdje goed als je in de criminaliteit gaat, maar niet lang. Ik wil niet meer terug. Ik kan op deze leeftijd niet meer zitten. Ik heb iets te bewijzen. Aan mijn kinderen. En aan iedereen.”

Wanneer hij dit zegt, geeft hij aan dat het hem wel wat doet. Nu hij stilstaat, beseft hij dat zijn familie gelijk heeft gekregen. Vroeger keek hij niet naar hen om, zag hij ze niet staan. Nu wil hij hen laten zien dat hij wel een fout heeft gemaakt, maar hij meer is dan dat. Hij gaat niet terug naar de criminaliteit. Wat hem daarbij kan helpen? “Structuur is belangrijk. Positief bezig zijn.”

Niets wat me op het recht pad had gebracht.

Er zijn meerdere momenten in zijn leven geweest dat Ray een andere afslag had kunnen nemen. Ook een paar keer dat hij het heeft geprobeerd. In zijn jeugd heeft hij nog een keer geprobeerd weer te gaan werken, maar het verdiende voor hem niet genoeg. Hij heeft het echt geprobeerd voor zijn moeder, voor neefjes, nichtjes, maar het liep fout. “Ik ben een jongen geweest die elke dag om 11 uur opstaat. Rondrijden, dealen, chillen. Niks doen en geld verdienen. Dat was mijn ding eigenlijk.” Voor Ray is het duidelijk: “Criminaliteit was een keuze.”

En nu verder?

Ray wil nog steeds die mooie auto, maar nu gaat hij wel onderaan de ladder beginnen bij een bedrijf. Hij mag nu gaan beginnen met solliciteren. Daarover is hij wel realistisch. Zijn achtergrond maakt het moeilijker om aan een baan te komen. Zijn begeleider heeft hem in contact gebracht met bedrijven die ervaring hebben met mensen in de tbs. Hij kijkt ernaar uit: werken en dan leuke dingen doen in het weekend.

Nu zit hij nog in het resocialisatietraject. Hierna volgt als het goed loopt begeleid wonen in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW). Hij zegt het eerst voorzichtig. Dan stelliger: “Laat het me positiever zeggen: ik ga gewoon! Ik ga eindelijk naar een huis of appartement van een RIBW.”

Het verhaal van Daniëlle

“Ik heb nu eigenlijk een mooi leven”, vertelt Daniëlle. Ze werkt 32 uur per week in een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) als ervaringsdeskundige. “Ik werk op de groep. Uit eigen ervaring weet ik hoe het is en wat er nodig is: dat structuur helpt. Daarnaast geef ik nog workshops en presentaties.” Eerder werkte Daniëlle in een instelling voor beschermd wonen. “Daar heb ik het altijd naar mijn zin gehad. Maar de forensische zorg trok me. En het kwam eigenlijk op mijn pad.”

Een geïsoleerde jeugd

Daniëlle komt uit een vrij zwaar christelijk gezin. Ze is de oudste van vier kinderen. Ze wonen op het platteland. “Eigenlijk wist ik niet eens dat er iets als een stad bestond. Mijn ouders hebben een eigen zaak. Ze werken in de boomgaarden.”

Daniëlle gaat naar de middelbare school in een grotere plaats. “Mijn schooltijd was prima. Maar ik voelde me wel vaak anders,” vertelt ze. “Ik ben heel erg geïsoleerd opgevoed. Ik kwam van een reformatorische basisschool en toen ik naar de middelbare school ging, was het heel anders. Ik mocht vroeger nooit een broek aan. Op de middelbare school had ik een soort broek-rok. Dat vonden ze op school gek. Ze zeiden: ‘wat heb jij nou aan?’ Ik voelde dat ik in de pas moest lopen. Soms zei ik ook dat ik van een andere basisschool kwam.” Ze heeft het gevoel dat ze achterloopt bij de andere kinderen. “Wij hadden geen tv thuis en ik kende de tv-programma’s niet. Ik had geen idee wat erbuiten gebeurde. De andere kinderen waren daarin veel verder.”

Daniëlle wordt seksueel misbruikt als ze 13 jaar is door iemand buiten de familie. Het duurt heel lang voor ze het durft te vertellen. “Toen ik 15 was heb ik het thuis verteld. Maar ik werd niet serieus genomen. ‘Dan zal je het vast uitgelokt hebben’, zeiden ze.” Op school durft ze daarna ook niet te vertellen over het misbruik. “Als ik het thuis niet kan vertellen. Hoe dan ergens anders?”

Dan wordt ze verliefd op iemand die haar wel aandacht geeft. “Op mijn 16^e kwam ik iemand tegen. Hij was 12 jaar ouder. Ik dacht: dit is het.” Maar dan wordt ze zwanger. “Ik was 17. Dat was een schande. Ik moest wel trouwen. Ik deed een opleiding, maar daar moest ik mee stoppen” vertelt ze. “Toen kreeg ik mijn oudste... Ik was steeds alleen thuis. Het voelde heel eenzaam.” Haar ex-man is verslaafd aan alcohol en drugs. “Ik dacht dat ik hem wel kon veranderen. Eerst ging dat ook nog. We gingen naar verslavingshulp.” Als Daniëlle 19 is, wordt haar tweede kindje geboren. “Toen dacht ik nog: dan ben ik maar een jonge moeder. Dat is niet erg.”

Jonge moeder zonder steun

Daniëlle zit niet lekker in haar vel. Er volgt een moeilijke tijd, waarin het eigenlijk van kwaad tot erger gaat en ze uiteindelijk een delict pleegt dat haar met de forensische zorg in aanraking brengt.

Ze werkt niet en zit de hele dag thuis. Daar zorgt ze alleen voor de kinderen. “Ik stopte mijn kop in het zand. Eigenlijk had ik toen aan de bel moeten trekken. Maar ik wist niet waar en hoe. Ik leefde geïsoleerd.” In haar omgeving is ook niemand die naar haar omkijkt. Twee jaar later wordt haar derde kind geboren. “Mensen vroegen toen nog wel hoe het met me ging. Maar ik probeerde te doen alsof ik een normaal leven had. Maar dat was niet zo. Er was huiselijk geweld vanuit mijn ex-man. Ook naar de kinderen.”

“Ik stopte mijn kop in het zand. Eigenlijk had ik toen aan de bel moeten trekken. Maar ik wist niet waar en hoe. Ik leefde geïsoleerd.”

Daniëlle

Ze blijft met haar kinderen in het dorp wonen, maar krijgt geen steun van haar ouders. En ook geen andere hulp. “Ik ben zelf ook erg zorgmijddend. Dus het was wel moeilijk”, vertelt ze.

“Tijdens mijn zwangerschap ben ik wel één keer naar een maatschappelijk werker geweest.

Die zei: ‘nou jij bent wel erg jong.’ Toen voelde ik me helemaal niet prettig. Dat deed de deur dicht voor mij. En verder kwam er niemand naar me toe.

“Tijdens mijn zwangerschap ben ik wel één keer naar een maatschappelijk werker geweest. Die zei: ‘nou jij bent wel erg jong.’ Toen voelde ik me helemaal niet prettig. Dat deed de deur dicht voor mij.”

Ook niet later in jeugdzorg. Dat vond ik wel gek. Ze keken alleen naar de kinderen. Maar je ziet dat de ouders ook geen hulp hebben. Ze keken toen nog niet naar het geheel. Dat maak ik nog steeds weleens mee bij cliënten.”

Een scheiding volgde

“Mijn huwelijk ging uit elkaar. Mijn kinderen waren toen zes, vier en twee. Zelf was ik ook nog jong”, vertelt ze. “Ik zorgde in mijn eentje voor de kinderen. Dat was ook zwaar. Ik liep de hele tijd op mijn tenen. Ik wilde dat alles goed

was. Als er een verkleedpartij was, moest mijn kind er perfect uitzien.” Ze leeft dan van een uitkering. Pas later gaat ze werken. “Ik wilde graag werken. Ik wilde afleiding. Maar het was ook een vlucht.” Ze krijgt een nieuwe relatie. “Maar ik val op de verkeerde mannen. Hij was kwetsbaar.”

Met haar tweede man krijgt ze nog een dochter. In die tijd gaat het steeds slechter met haar tweede zoon. “Op school zeiden ze dat hij gedragsgestoord was. Dat doet een moeder veel.” Thuis herkent ze dat beeld niet. “Ik had geen last van hem. Maar hij werd wel depressief. En het bleek dat hij dyslexie had. En tegen het hoogbegaafde aan zat. En op school was er geen aandacht voor. Hij werd steeds depressiever. Toen hij negen jaar was, zei hij: ‘als dit het is, wil ik dood’.”

Het ging steeds slechter

Daniëlle zelf wordt ook depressief. Als het niet meer gaat, schakelt ze jeugdhulp in. “Ik deed het uit liefde voor de kinderen. Ik moest rust. De kinderen zouden zes weken naar familie gaan. Ik vond dat heel erg. Het afscheid was heel zwaar.” Daniëlle vertelt dat het de slechtste keuze uit haar leven is. “Ik had dat nooit moeten doen. Het was vrijwillig. Maar ik kreeg mijn kinderen niet meer terug,” vertelt ze. “Ze zijn bij mijn familie geplaatst. Maar daar had ik geen goede band mee. Ik had mijn zoon op het speciaal onderwijs geplaatst. Dat vond mijn familie een schande. Ze zeiden dat ik niet voor mijn kinderen kon zorgen. Ik werkte een heel jaar lang elke keer mee aan onderzoek. Om mijn kinderen terug te krijgen. Maar er werd niet naar me geluisterd. Na een jaar stopte ik er maar mee.”

Het gaat slechter met Daniëlle. En ook met haar relatie. Er ontstaan geldproblemen. Ze hebben veel schulden. “Toen heb ik brand gesticht in mijn eigen schuur. Ik hoopte op geld om de problemen op te lossen. Maar dat was fout.” Ze krijgt 16 maanden gevangenisstraf en verplicht begeleid wonen. “Ik vond het heel zwaar gestraft. Ik vond het heel erg.”

In detentie was het zwaar

Daniëlle zit uiteindelijk vier maanden in detentie. Ze zit daar in een PPC. “Ik werd suïcidaal,” vertelt ze. “Toen ik opgesloten was, kwam ik steeds meer in de weerstand. Ik had het gevoel dat ik niet meer meetelde. Dat ik er niet meer toe deed. Je wordt ook bij de achternaam genoemd. Ik voelde me niet veilig. Ik was vaak alleen en zat daar met allemaal vrouwen. Vrouwen spreken dingen niet uit. Het wordt je heel moeilijk gemaakt. Zeker als je zwak bent. Als niemand het ziet, trekken ze zo aan je haar. Als ik daar was gebleven, was het veel moeilijker geworden.” Ze vindt dat ze toen te weinig behandeling heeft gekregen. “In de PPC

Daniëlle

zag ik één keer per week een psycholoog. De psychiater heb ik die hele tijd maar één keer gesproken.”

Na een tijdje wordt ze overgeplaatst naar een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA). “Dat was veel beter. Het heeft me heel veel opgeleverd.” In de FPA krijgt ze meer behandeling en therapie. En ze zit meer op haar plek. “In de FPA zat ik met tien mannen. Dat gaf veel lucht. Die zijn veel relaxter.”

Het waard zijn voor mijn kinderen

In de gevangenis ziet ze haar kinderen maar één keer. “Met een ouder-kind dag. Ik vond het vreselijk dat ze daar moesten komen. Ik voelde me niet goed. Het afscheid was heel erg. Achteraf denk ik dat ik dat beter niet had kunnen doen. Voor mezelf dan. Ik had zoveel verdriet. Ik wilde ze dat niet laten zien. Maar misschien dat het voor mijn kinderen wel goed was.” Op een andere manier contact hebben, had ze beter gevonden. “Ik vond het wel fijn om mijn kinderen te zien. Maar liever op een andere manier. Ze moesten door poortjes. Er waren de hele tijd medewerkers. We waren geen moment echt samen.” In de FPA ziet Daniëlle haar kinderen ook één keer. “Dat was wel veel relaxter. Veel beter. We hebben spelletjes gespeeld.”

Haar kinderen zijn erg belangrijk voor haar geweest. Ze had het heel zwaar in de FPA. “In het begin dacht ik nog: dit wordt niets. Maar in de FPA heb ik een hele mooie brief van mijn dochter gekregen. ‘Je bent meer waard’, schreef ze. Toen wilde ik er meer van maken. Voor mijn kinderen. Dat ze kunnen zien: hoe moeilijk het leven ook is geweest, het kan altijd nog goedkomen.”

Lang wachten

Ze zit acht maanden in de FPA. “Ik heb het daar goed gehad. Maar aan het einde was ik er wel klaar mee. Toen moest ik nog wel drie maanden wachten. Want er waren lange wachtlijsten voor beschermd wonen.” Toch krijgt ze door haar justitietitel best snel een woonplek. “Als je met Wmo gaat, dan is het heel moeilijk. Maar nu betaalt justitie. Dan gaat het sneller. Anders had ik langer in de FPA moeten blijven. Of bij familie. Maar dat was echt heel moeilijk geweest.”

De eerste negen maanden heeft ze 24/7 begeleiding. In beschermd wonen duurt het wel lang voordat ze behandeling krijgt. “Dat kwam door lange wachtlijsten. Ik moest vijf weken wachten op het eerste telefoontje”, vertelt ze. “En ik was heel zorgmijndend. Je bouwt veel weerstand op. Het moet vloeiend gaan, maar dat gaat het niet. Het is makkelijker als je van de ene zorg in de andere gaat. Dan heb je minder weerstand.” Ook had ze graag van tevoren meer willen weten over waar ze aan toe was. “Ik had veel weerstand tegen beschermd wonen. Ik had geen idee wat het was. Achteraf denk ik: waarom? Het was een supertijd. Had toen iemand me maar laten zien hoe het was. Dat iemand met me meeging om te kijken toen ik meer vrijheden kreeg. Die onduidelijkheid maakte het lastig.”

“Ik had veel weerstand tegen beschermd wonen. Ik had geen idee wat het was. Achteraf denk ik: waarom? Het was een supertijd. Had toen iemand me maar laten zien hoe het was.”

Opbouwen van een nieuw netwerk

Op haar nieuwe woonplek werkt ze aan het opbouwen van contacten. Af en toe heeft ze contact met medebewoners. “Maar ik heb nooit veel behoefte gehad aan mensen,” vertelt ze. “Als ze weggingen, ging ik nog één keer koffie drinken. Maar daarna niet meer.” Ze vindt dat er te weinig ingezet wordt op het eigen netwerk van patiënten. “Daar werd niet naar gekeken. Ook door jeugdzorg niet. Ik denk dat de band tussen ouders en kinderen heel belangrijk is.

Daniëlle

Maar daar is zo weinig aandacht voor.” Zelf had ze weinig netwerk. Maar ook daar hadden haar begeleiders weinig zicht op. “Mijn ex-man en ik waren ook uit elkaar. We hadden geen contact meer. En zeker ook niet met mijn familie.” Nu hamert ze op het inzetten van het eigen netwerk. “Of op het opbouwen ervan. Met een maatje of het buurthuis. Anders ben je buiten, en dan...” Zelf had Daniëlle begeleid wonen opgelegd gekregen. “Daar ben ik de rechter wel heel dankbaar voor. Maar wat als je dat niet krijgt. Dan ben je alleen.”

Bij haar woonplek begint ze met vrijwilligerswerk. Ze heeft een echte klik met haar manager. “Zij heeft me in mijn kracht gezet. Ik durfde eerst niet naar buiten. Maar zij pakte me bij de hand en nam me mee. En gaf me het gevoel dat je er mag zijn.” Samen vragen ze een uitkering aan voor Daniëlle. En ze helpt ook vrijwilligerswerk bij een nachtopvang voor daklozen te vinden. “Dat vond ik heel bijzonder werk. Heel mooi. Mensen het gevoel geven dat ze welkom zijn. Dat ze er mogen zijn.”

Aan het werk

Dan komt er een vacature bij de beschermd wonen instelling. Meerdere mensen sporen haar aan om te solliciteren. Dat doet ze. Ze heeft dan nog geen eigen woning. Zo was ze opeens tegelijkertijd cliënt en werknemer. “Dat was wel lastig. Sommige collega’s zagen me als cliënt”, vertelt ze. “Dan was er bijvoorbeeld intervisie. En dan zeiden ze: ‘als zij er is, ga ik het niet doen’. Dat deed wel wat met me. Maar ik dacht wel: ik ga niet weg voor jou. Ik wil iets van mijn leven maken.”

Na één jaar in beschermd wonen, gaat ze wonen met minder begeleiding. Daarna gaat ze zelfstandig wonen. “Dat vond ik in het begin wel zwaar. Ik had altijd een gezin gehad. Nu moest ik voor mezelf koken, alleen. Een keer kwam iemand langs. Die zei: ‘jij hebt alles voor elkaar in dit huisje. Je bent vast dankbaar’. Maar ik dacht: ‘ik zit hier in m’n eentje. Hoezo dankbaar?’” Haar werk heeft haar daarin wel geholpen. Er was een hecht team. Ook buiten werk konden ze bij elkaar terecht. En inmiddels heeft ze geen behoefte meer aan hulp.

“Soms zeggen begeleiders: ‘deze patiënt wil niets’. Maar daar geloof ik niet in. Soms weet de patiënt niet wat ie wil. Dan hebben ze zelf geen idee. Ze zitten al zo lang in de shit. Dan heb je ook geen idee.”

Een beeld van hoe het wél moet

Later doet Daniëlle een opleiding maatschappelijk werk en ervaringsdeskundigheid. Dat duurt twee jaar. “Het studeren viel wel heel erg tegen. Ik moest de hele dag zitten en luisteren. En vooral al die reflecties vond ik moeilijk. Dat is heel persoonlijk over jezelf. Want je moet op een deskundige manier je ervaring kunnen inzetten. Dat betekent eerst luisteren naar de patiënt. Niet zomaar meteen je eigen verhaal vertellen. Daar

had ik ook geen behoefte aan gehad. Dat je ook nog de shit van de ervaringsdeskundige over je heen krijgt. En je kan ook niet altijd tips geven.”

Vanuit haar ervaringen heeft Daniëlle veel ideeën over hoe het beter kan. “Ik geloof heel erg in werken vanuit een herstelvisie. Dat je werkt vanuit wat de patiënt wil. Soms zeggen begeleiders: ‘deze patiënt wil niets’. Maar daar geloof ik niet in. Soms weet de patiënt niet wat ie wil. Dan hebben ze zelf geen idee. Ze zitten al zo lang in de shit. Dan heb je ook geen idee.”

Ze pleit voor meer behandeling van patiënten. “Er zijn vaak geen medewerkers voor. Of geen geld. Dat is echt heel triest. Ik had bijvoorbeeld nog Liberman, een vaardigheidstraining om me weer zelf te redden in het dagelijks leven. Dat heeft me heel erg geholpen. Maar ik zie nu dat patiënten dat weinig krijgen. Ik vind eigen regie wel belangrijk. Maar ze zitten er niet voor niets. Ze hebben behandeling nodig.”

Daniëlle

Ook vindt Daniëlle dat er te weinig écht naar de patiënten wordt geluisterd. “Soms schrijven de psychiater en psycholoog een bepaalde behandeling voor. Maar de patiënt wil een andere. Je weet dan niet waarom dat dan niet mag.” Ook had ze een keer een gesprek met een patiënt. “Die patiënt zei: ‘ik heb het gevoel dat jullie op me neerkijken.’ Dat vind ik heel erg. We moeten meer luisteren.” Zelf gaat ze bijvoorbeeld nooit tegenover een patiënt zitten. Ze zit altijd naast iemand. “Dat voelt echt anders.”

Het verhaal van Kermit

“Eerst drink ik koffie en rook een sjekkie. En dan ga ik aan de slag.” Kermit werkt bij een speciale werkplaats voor patiënten van de tbs kliniek. Daar maakt hij de achterkant van schilderijen voor een kunstenaar. Hij vindt dit leuk werk. “Dat komt ook door de kunstenaar. De kunstenaarswereld bevalt me wel. En het houdt me van de straat.” Hij is erg trots op zijn werk. Soms geeft hij een eigen tintje aan de achterkant van een schilderij. Hij werkt 4,5 dag per week.

Kermit begint elke dag om 10 over half 9. Hoe laat hij wakker wordt ligt ook aan zijn vogel. Die maakt soms vroeg lawaai. Als hij terugkomt van zijn werk gaat hij douchen. Dan eet hij en kijkt hij het nieuws. “En rond elf uur ‘s avonds ga ik plat.” Hij doet dat allemaal zelf. “Als je alles zelfstandig kan, moet je dat ook doen. Maar dat is nog niet voor iedereen zo die hier woont.”

Kermit heeft 5 jaar in een tbs-kliniek gezeten. Nu is hij bezig met resocialisatie. Hij woont in een eigen kamer in een RIBW. Daar woont hij met een groep. “Je kan met de groep koken. Maar het hoeft niet als je niet wil. Ik heb ook een eigen keuken.” In de resocialisatie leert hij steeds meer zelf te doen. Hij zou wel meer willen leren over nieuwe technologie. “Bijvoorbeeld over smartphones. En dat ze je waarschuwen voor privacy. Ik mocht op gegeven moment Facebook erop. Toen had ik opeens de hele kliniek uitgenodigd. Ook de begeleiders. Toen zeiden ze: wat doe jij nou? Ik wist niet hoe dat werkte. Daar mogen ze wel meer training voor geven.”

“Ik mocht op gegeven moment Facebook erop. Toen had ik opeens de hele kliniek uitgenodigd. Ook de begeleiders. Toen zeiden ze: wat doe jij nou? Ik wist niet hoe dat werkte. Daar mogen ze wel meer training voor geven.”

In de kliniek heeft hij ook opleidingen gevolgd. “Ik heb mijn houtdiploma’s gehaald. Dat zijn certificaten.” Naast het maken van schilderijen, werkt hij ook voor de kliniek. Zo helpt hij bijvoorbeeld op open dagen. “Ik voel me professor tbs doctorandus. Ik heb nu ook een nieuw schnabbeltje. Ik ga voorlichting geven op een ROC”, vertelt hij. Daarmee wil hij anderen behoeden voor fouten. “Al is het maar één iemand.”

Een goede jeugd

Kermit’ moeder is Jehova’s getuige. Zijn vader niet. Kermit vertelt dat zijn jeugd goed was. Hij doet weleens kwajongensstreken. Belletje lellen bijvoorbeeld. Maar verder niets ergs. School is wel lastig voor hem. “Daar botste het. Ik was soms anders. We vierden bijvoorbeeld geen kerst thuis”, vertelt hij. “En soms hadden anderen op school nieuwe *Nikies*. Maar dat kon ik niet betalen. En dan moet je gaan werken. Dan is het makkelijk om de verkeerde dingen te gaan doen.” Hij gaat zich wel aanpassen op school. “Je kent het wel. Dat is Popie Jopie gedrag. Roken. En ook groene stikkies. Zo gaat dat.”

School maakt hij niet af. “De bovenbouw heb ik niet gehaald. Toen ben ik naar een LOM-school gegaan. Daar ben ik ook blijven zitten. Ik weet ook niet hoe dat kan. Toen zag ik het niet meer zitten. Ik dacht: school is niets voor mij.” Hij heeft dan nog wel een ander idee. “Ik wilde boswachter worden. Dat leek me wel wat. Ik ging naar die school. Maar na een jaar ben ik daar ook afgegaan. Ik ben toen nog in de metaal gegaan. Maar toen ging ik veel roken.”

Vanaf zijn achttiende ging het mis

In die periode overlijdt zijn vader. Dan beginnen de problemen. Zijn vader was altijd de harde hand thuis, vertelt hij. Het gaat bergafwaarts sinds zijn overlijden. “De Dik Trom streken

Kermit

gingen over in criminaliteit. Ik had de verkeerde vrienden. Drugs was nummer één. Ik was verslaafd.” Hij wordt ook een aantal keer opgepakt. “Toen begonnen de eerste gevangenisstrafjes. Voor berovingen, kwajongensstreken. Dat was nog kort. Een half jaar, een jaar, twee jaar. Of nou ja. Eigenlijk is het altijd te lang.”

“Het was overduidelijk dat het de verkeerde kant opging. Mensen konden dat zien. Ik werd ook vaak door de politie meegenomen. En de politie heeft vaak gezegd: pas op. Maar die konden me niet helpen. Dat komt denk ik ook omdat er te weinig personeel is bij de politie.” Het was misschien anders gegaan als hij wel hulp had gehad op dat moment. “Er waren misschien wel mensen die iets hadden kunnen doen. Maar dat is nooit gebeurd. Je had toen ook niet van die etiketten. Van je hebt dit en dan krijg je medicatie. En het ging ook zo in die omgeving. Je hing de vuile was niet buiten.”

Op zoek naar verandering

Op een gegeven moment denkt hij: ik moet geholpen worden. Hij wil er vanaf. Hij meldt zich vrijwillig bij een kliniek. Maar daar wordt hij te veel aan zijn lot over gelaten. “Ik kon ze gewoon bespelen daar met mijn woorden. Ik wist het zo te brengen: ik doe geen harddrugs, maar dan blijf ik wel blowen en drinken. Ik dacht dat mag hier nooit. Maar dat mocht dus gewoon. Het was te veel vrijheid en niet echt gecontroleerd. De behandeling was te laks.” Dat loopt uit de hand. “Ik deed het steeds meer. Toen was ik weer op hetzelfde punt als eerst.” Uiteindelijk mag hij niet meer blijven in de kliniek. “Ze zeiden dat ze me niets meer bij konden brengen. Maar ik deed nog steeds hetzelfde. En ik wist niet wat mijn problemen waren. En daarna was er niks. Geen begeleiding. Ik moest me nergens verantwoorden.”

Hij raakt dakloos. “Ik ging als een *rolling stone* door het hele land. Ik ging van de gevangenis, naar familie, naar anderen. Maar ik wou ook niet terug naar mijn moeder. Ik had haar te veel ellende aangedaan.” Zo raakt hij steeds meer in de problemen. “Ik kon nergens terecht voor hulp. En ik moest geld en drugs hebben. Dat heeft me uiteindelijk de das omgedaan. Maar ook juist geholpen.” Hij wordt opgepakt en veroordeeld tot vier jaar cel en tbs. “Dat heeft me wel uit de goot geholpen. Ik vond het erg. Maar eigenlijk was ik ook opgelucht dat ik hulp zou krijgen.”

De gevangenis en tbs

In de gevangenis vindt hij het moeilijk. Er is weinig voorbereiding voor tbs. Hij moet zich staande houden in de hiërarchie. “Het is echt een kat en muisspel. In de gevangenis had ik me tot aan de tanden toe bewapend. Je bouwt een verweermodus op. Dat zit je echt dwars als je dan naar de tbs gaat.” Volgens hem is dat te voorkomen. “In de tbs-kliniek gaat het niet om bestraffen. Het gaat om hulp. Het zou helpen als je dat vanuit de gevangenis al meer mee zou krijgen. Dan kom je iets positiever binnen.” Een gevangenis met alleen tbs’ers lijkt hem een goed idee. En betere voorbereiding in de gevangenis.

“In de kliniek gaat het niet om bestraffen. Het gaat om hulp. Het zou helpen als je dat vanuit de gevangenis al meer mee zou krijgen. Dan kom je iets positiever binnen.”

Ook het eerste jaar in de tbs-kliniek vond hij zwaar. “Ik moest mezelf nog vinden. Ik moest leren praten”, vertelt hij. Veranderen lukt nog niet meteen. “Ik heb in het eerste jaar nog een paar keer een stikkie gerookt.” Toch is het echt anders dan de vorige keer in de kliniek. “In de tbs-kliniek is alles helder. Je weet wat wel en niet kan. Je weet alleen niet hoe lang het duurt. Maar het is wel een tweede kans. Als je het niet verpest.”

Kermit

Hij krijgt veel verschillende soorten therapie in de kliniek. “Ik was ook opgegeven voor pastorale counseling. Ik weet niet waarom. Daar is de knop omgedraaid. Die heeft me bijgebracht: praten. Alles wat je opkropt, blijft zitten. Dus eerlijk zijn en niet opkroppen is de sleutel. Toen ging het in sneltreinvaart.” Hij merkt dat praten helpt. “Ik ben een open boek geworden”, vertelt hij. Dat heeft hem ook veel nieuwe inzichten gegeven. “De therapieën hebben veel geholpen. Alsof je in de spiegel kijkt en denkt: nu is het klaar.” Hij vindt het wel moeilijk om zijn verhaal met jongere stafleden te delen. “Ik ben al in de dertig. Moet ik nu mijn verhaal aan die jonge mensen gaan vertellen? Ik spreek liever met oudere mensen.”

Een ander beeld van tbs

Tbs heeft hem erg geholpen. “Ik zie mezelf als een oude vieze diesel die is opgeknapt naar nieuwe hybride auto. Het is 180 graden omgedraaid.” Hij vindt ook dat het beeld van tbs nu niet goed is. “De welwillenden moet je niet laten lijden onder de slechtwillenden. En die komen in het nieuws. In de krant staat dan met zulke letters: ‘Tbs’er rijdt zichzelf dood.’ Maar waarom staan er nooit de goede voorbeelden?” Dat merkt hij ook met open dagen. Dan ziet hij mensen bang en terughoudend binnenkomen, maar ze gaan met een ander beeld weg.

“De welwillenden moet je niet laten lijden onder de slechtwillenden. En die komen in het nieuws. In de krant staat dan met zulke letters: ‘Tbs’er rijdt zichzelf dood.’ Maar waarom staan er nooit de goede voorbeelden?”

Hij hoopt dat het beeld verandert. En dat hij dan makkelijker een baan kan vinden. “Als ik nu ga solliciteren is het moeilijk. Als ik vertel dat ik tbs heb, zeggen 9 van de 10 bedrijven: we bellen nog wel. En dan bellen ze niet meer terug.” Dat moet anders. “Ze moeten weten dat je goed behandeld bent. En dat alles gecontroleerd wordt. Ik leef met een soort Big Brother.”

Binnenkort moet Kermit zelf ook een betaalde baan zoeken. Dat vindt hij goed, maar ook jammer. “Soms baal ik ervan. Ik vind het maken van schilderijen leuk.” Ze gaan binnenkort proefverlof aanvragen. “Tbs heeft me omgevormd tot wie ik ben. Ik ben er sterker en geleerder uitgekomen. En nu moet ik me eigen bewijzen. Laten zien dat ik het kan. Ik heb nu ook het gevoel dat ik mijn vader trots moet maken.”

Het verhaal van Ko

Ko woont als jongste van de flat in een seniorenwoning, waarvoor hij sneller dan verwacht op plaats één in de wachtlijst kwam te staan. Het gaat goed met hem. 's Morgens rijdt hij om een uur of zes in alle vroegte naar zijn werk. Hij werkt bijna fulltime bij een transportbedrijf. Daarnaast studeert hij theologie. Ook kookt hij soms in het weekend nog in een klooster. Dat is een bijzondere plek voor hem. Toen hij uit detentie kwam, gaven ze hem daar de kans weer aan het werk te gaan. Binnenkort gaat hij daar met pijn in zijn hart stoppen. "Ik heb sinds een paar maanden een vriendin, dat kost ook tijd", vertelt hij.

"Ik ben zo vrij geweest er een taartje bij te halen." Hij gaat er goed voor zitten. "Ik zei al: heb je even. Mijn behandelaar zei dat ik eigenlijk een boek zou moeten schrijven over mijn leven."

Veelbewogen leven

Ko vertelt zijn levensverhaal gestructureerd van begin tot eind en weet alle jaartallen en vaak ook maanden erbij te vermelden. Zijn zoektocht naar zijn genderidentiteit is een rode draad in zijn verhaal.

Hij herinnert zich dat hij zich als kind al anders voelt. Hij speelt veel met poppen. Ook verkleedt hij zich, maar dat mag niet van zijn moeder. "En omdat ik dik was als kind, stond ik sowieso buiten de groep. Ik zat slecht in mijn vel, ik vond het helemaal niks." Pas als hij gaat stijdansen, kan hij zijn draai vinden. "Ik kon daar m'n ei kwijt."

Pas later ontdekt hij televisiekijkend het bestaan van transgenders. Hij beseft dat hij veel van zijn gevoelens herkent in hun verhaal. Omdat hij niemand in zijn directe omgeving heeft wie hier meer over kan vertellen, zoekt hij contact met prostituees die openlijk uitkomen voor hun veranderde gender.

Hij heeft aan zijn eerste vrouw nooit over zijn genderzoektocht verteld. Hij ontmoet haar al vroeg in zijn leven. Hij werkt dan in verschillende banen en besluit om een eerder gestopte studie weer op te pakken. Maar hun relatie strandt in een scheiding, als hij ontdekt dat ze een andere man heeft. In die periode ontmoet hij ook zijn tweede vrouw. "Ik reed taxi om mijn opleiding te kunnen betalen. Ik had haar al eens gezien, naast een man die eruit zag alsof hij veel status had. Toen ze bij mij in de taxi stapte, heb ik mijn best voor haar gedaan. Ik zorgde ervoor dat haar tweede ritje ook naar mij toe ging. Toen gingen we een keer wat drinken." Het klikt goed. Met haar voelt hij wel de connectie om uit te leggen hoe hij zich voelt. Ze kunnen goed met elkaar praten. Ze is ervoor hem als zijn vader plotseling overlijdt. Ze verlopen zich snel en trouwen.

Gigantische feesten

Nadat Ko afstudeert gaat het snel. Hij kan goed geld verdienen in een eigen onderneming. Ko en zijn vrouw wonen in een mooi appartement en halen alles uit het leven. Ze zijn lid van de carnavalsvereniging. "Het was altijd feest. Er werd veel gedronken." Het feesten eist zijn tol. De eigen onderneming van Ko gaat failliet. Dat leidt ertoe dat Ko zwart gaat werken.

"Het was altijd feest. Er werd veel gedronken."

De feesten worden steeds groter. "Het was een gigantische tijd. Ik bulkte van het geld. Weekendjes naar het buitenland en niet minder dan € 800 betalen voor een nacht. Vliegen met een privéjet." Zijn vrouw ontwikkelt een drankprobleem. Ko ziet het gebeuren maar weet

Ko

niet hoe hij haar kan helpen. “Op een gegeven moment had ik het opgegeven. Het helpt niet om de hele tijd politieagent te spelen. Dus je gaat erin mee. Ik organiseerde van alles voor haar om haar te laten zien: ik hou nog van je.”

Zijn vrouw overlijdt uiteindelijk een paar jaar later. “Na vier jaar vechten was het op. Toen heb ik eigenlijk mezelf met haar begraven. Zij was de enige die wist hoe ik me voelde.” Al tijdens de alcoholverslaving van zijn vrouw zoekt Ko troost bij een prostituee, met wie hij meer opbouwt dan seksuele contacten. “Met haar kon ik de zorgen delen die ik had. Zij zorgde uiteindelijk ook voor mijn vrouw. Maar bij haar had ik het gevoel dat ik de man moest zijn. Dat ik sterk moest zijn. Ik had een aantal dingen meegemaakt en ik wilde niet langer kwetsbaar zijn. Ik vond het belangrijk om iemand te zijn. Vandaar dat ik ook de gekste dingen ging doen.”

Steeds verder weg

Na de dood van zijn tweede vrouw pakt hij met moeite zijn leven weer op. Hij start een nieuwe onderneming. Concurrenten maken het hem niet makkelijk. Ze vinden dat hij cliënten afpakt. Af en toe bezoekt hij stiekem een transseksuele prostituee. “Die snapte wat ik voelde. Het is toch een stukje identiteit wat je eigenlijk wegstopt.” Hij raakt in een depressie en wordt suïcidaal. Om zijn gevoel te overstemmen, pakt hij steeds grotere dingen aan. Hij organiseert feesten met dure flessen drank en verbouwt zijn huis steeds mooier en groter. “Het is net als met drugs, je moet steeds meer nemen anders werkt het niet meer.” Zijn werk leidt eronder. Hij wordt nalatig. “Eén foutje kan nog wel, maar op een gegeven moment kan het niet meer.”

De relatie met zijn derde vrouw strandt. Ze haalt het huis leeg. Ook licht ze de pers in over de fouten die hij maakt in zijn werk. Dat leidt tot een rechtszaak. In die tijd doet hij zijn meerdere suïcidale pogingen die hij ternauwernood overleeft. “Ik weet nog dat het zwart werd en ik dacht: eindelijk rust.” Eenmaal uit het ziekenhuis wordt hij berecht. Hij komt in de gevangenis terecht en wordt behandeld in een PPC.

Begrijpen wie je bent

In de PPC komt hij voor het eerst in aanraking met het concept genderfluiditeit. Hij begint meer te begrijpen wie hij is. Maar in de PPC wordt dat door een deel van de behandelaars niet erkend. “Dan moest ik formulieren invullen waarbij anders gescoord werd voor mannen en vrouwen. Als ik dan zei dat ik me niet het een of het ander voelde, kreeg ik te horen ‘dat doet niet terzake’, of ‘dat genderprobleem gaat wel over als u uit detentie komt’.” Veel medewerkers geloofden hem niet.

“Als een gedetineerde aan zichzelf wil werken, maak het dan mogelijk. Je wil toch dat we er weer beter uit komen?”

Ko voelt zich in de PPC alsof hij zich moest bewijzen. Dat maakt hem opstandig. Hij dringt aan op een gespecialiseerde behandeling voor meervoudige genderproblematiek. “Dat moest maar wachten tot ik buiten was.” Met behulp van de gendervereniging Nederland wordt uiteindelijk passende zorg gevonden.

Maar hij moet erg lang wachten voor hij toestemming krijgt en de behandelaars naar hem toe mogen komen in de gevangenis. Dat doet Ko veel. “Er wordt gezegd dat het uitzonderingen zijn, maar ik ben echt niet de enige. Als een gedetineerde aan zichzelf wil werken, maak het dan mogelijk. Je wil toch dat we er beter uitkomen?”

Als onderdeel van de behandeling ‘delictanalyse’ in de gevangenis wordt Ko gevraagd zijn levensloop op te schrijven. Hierdoor lukt het Ko voor het eerst om te vertellen over een ingrijpend trauma. In zijn jongere jaren ging hij bij het leger. Onderdeel daarvan was een

Ko

ontgroening. Omdat hij al eerder een ontgroening had meegemaakt tijdens zijn studie, was hij minder dan anderen onder de indruk van deze ontgroening. “Ik werd er niet warm of koud van. Toen werd ik twee dagen apart genomen. En op de derde dag ben ik seksueel misbruikt.” Hij meldt het misbruik, maar hij wordt niet geloofd. Hij stapte uit het leger en wordt afgekeurd. Hij heeft daarna aan niemand verteld wat er gebeurd was. Pas in detentie kan hij het trauma beginnen te verwerken.

Gevangen maar gelukkig

Door de behandeling die hij krijgt als hij in detentie zit, begint Ko de dingen die hij heeft meegemaakt een plek te geven. Wat hij leert over genderfluiditeit maakt hem gelukkiger dan hij in jaren geweest is. Hij voelt zich vrijer dan ooit, ook al zit hij in de gevangenis “Het enige wat ik niet had, was de deur uit kunnen. Een PIW’er [medewerker in de gevangenis, red.] vroeg een keer: ‘Besef je je nog dat je gevangen zit?’. Maar ik voelde me niet meer gevangen. Een leven lang gevangen zitten in je lichaam en jezelf niet begrijpen. Die gevangenis is tien keer erger dan die muren die hier om heen staan.”

“Een leven lang gevangen zitten in je lichaam en jezelf niet begrijpen. Die gevangenis is tien keer erger dan die muren die hier om me heen staan.”

De inzichten zorgen voor een verrijking van zijn leven. Hij kan nu meer zichzelf zijn. Hij mag op een gegeven moment solliciteren naar een zelfredzaamheidsafdeling binnen de gevangenis. Hij schrijft een brief. “Het afdelingshoofd zei dat hij nog nooit zo’n brief had gehad. Ik had er vier kantjes van gemaakt: hier en daar ben ik mee bezig, een plan hoe ik naar buiten wilde gaan en dat dit dan een goede stap zou zijn. Keurig allemaal verwoord. Toen ging die middag de telefoon en kon ik meteen terecht.’

Op die afdeling kan Ko zelf met de groep koken en mogen ze zelfstandiger binnen de muren van plaats naar plaats lopen. Ook bereidt hij zich met een pastoor voor op een biecht en organiseert hij met veel moeite dat hij de eucharistie mag vieren. Het geloof betekent veel voor hem. “Ik ging me realiseren dat God niet weg was, maar dat ik van God was weggelopen.”

Te doen voordat je de gevangenis verlaat

Ko haalt in zijn tijd in de gevangenis alles eruit wat erin zit. Hij haalt certificaten voor VCA, Word, Excel, Powerpoint en begint zijn studie theologie. In de laatste fase van detentie bereidt hij zich goed voor op zijn vertrek. Zo heeft hij een bankrekeningnummer nodig als hij wil gaan studeren met een ‘leven lang leren’-krediet. “Dat was één grote ramp.” Het kost vier maanden om de bankrekening aan te vragen. De directeur weigerde zijn identiteit te bevestigen, “uit angst voor mogelijke fraude”. Zijn casemanager krijgt het uiteindelijk voor elkaar.

Als Ko alvast wil gaan solliciteren terwijl hij in detentie zit, loopt hij tegen nieuwe obstakels aan. Hij belt vanuit zijn afdeling naar een paar uitzendbureaus. “Mijn casemanager vroeg me wat ik aan het doen was. Dat had ze nog nooit gezien. Even later ontving ik een brief van de directie dat ik moest stoppen, want ze konden het niet aan. Terwijl het solliciteren nota bene in de lijst van dingen staat die je moet doen voordat je detentie verlaat. Ze zeggen wel dat ze willen dat je dat doet, maar eigenlijk kunnen ze dat helemaal niet aan.”

Uit detentie

Eenmaal buiten leert Ko dat hij nog niet zo voorbereid was op zijn nieuwe leven als hij dacht. “Ik was nog helemaal nergens. Ik moest weer mensen leren vertrouwen.” Hij leest wat er in de media was geschreven over zijn zaak, en begint zich weer slechter te voelen. Het helpt hem in die tijd dat hij nog wel forensische zorg heeft. De gespecialiseerde behandeling die hij in

Ko

detentie kreeg, wordt daarbuiten doorgezet. Daarnaast krijgt hij vanuit een programma voor ex-gedetineerden ook een woonplek. “Maar daar wil je zo snel mogelijk weer weg. Eigenlijk zit je daar nog steeds gevangen, omdat mensen dan weten dat je ex-gedetineerde bent.”

“Het heeft me wel wat tijd door geholpen. Maar niemand wist hoe het zat. Als je er over na gaat denken dan is het diep triest.”

Om in het klooster te mogen werken, start hij een procedure naar een bewijs van getoond gedrag. Dat is een vervanging voor de VOG, die hij niet kan krijgen. “Moet je kijken”. Ko loopt naar zijn slaapkamer en komt terug met twee grote mappen vol papier. Hij heeft alles bewaard over zijn rechtszaak en zijn tijd in de gevangenis. “Aanvragen, getuigschriften, alles

netjes per arbeid wat ik heb gedaan.” Hij bladert naar een stapel papier. “Dan had ik dit allemaal aangeleverd, en dan ging het uiteindelijk om dit A4tje. Maar niemand wist hoe het zat.” Ko benadrukt dat hij dingen voor elkaar heeft gekregen die anderen in detentie niet lukken. Veel aanvragen en verzoeken worden afgewezen. “Het is te zot dat er een tactiek wordt toegepast van pappen en nathouden. Na een tijdje vragen ze er niet meer om. Het heeft me toen wel wat tijd door geholpen, maar als je erover na gaat denken dan is het diep triest. Ik ben dan slim, maar er zijn zoveel jongens die zwakbegaafd zijn. De lagere school net hebben afgemaakt. Zij zijn zo afhankelijk van derden.”

Zorg en repressie

Met gemengde gevoelens kijkt Ko terug op de aansluiting tussen detentie en de forensische zorg. Het stoort hem vooral dat gedetineerden worden tegengewerkt om zelf aan te geven waar ze mee zitten en welke behandeling ze willen krijgen. Zo kunnen ze niet werken aan zichzelf. “Ze hebben eigenlijk niet de voorzieningen om te doen wat ze op papier beloven.” Hij heeft weinig hoop op verbetering, door de houding van sommige medewerkers. “Een gedeelte van het personeel was niet capabel voor de taak. Die mensen zijn daar dan ooit gekomen en blijven hangen. Sommigen lijken erop uit om hun macht te kunnen laten zien. Maar je bent geen dier dat daar opgesloten zit.”

Ko is somber over verbetering van de forensische zorg. “Ik heb niet de illusie dat het menselijker gaat worden. De maatschappelijke druk is gericht op repressie. Maar je moet niet zeggen dat het schandalig is dat iemand na tien jaar vrij is, als hij zijn straf heeft uitgezeten. Dan moet je de regels veranderen. Die mensen hebben iets fout gedaan, maar dat betekent niet dat ze altijd een klootzak blijven.”

Een nieuwe start

Ko heeft geen contact meer met vrienden van vroeger. Via de kerk heeft hij goede mensen om zich heen. En hij heeft sinds kort een nieuwe vriendin. Hij is dankbaar dat hij de kans heeft gekregen om een nieuwe start te maken. Daar kreeg hij hulp bij van een organisatie die bemiddelt in werk voor mensen met een strafblad. Hij kreeg een auto en een lening om zijn huis in te richten. Bij de begeleiding staat hij inmiddels op ‘waakvlam’. Als er iets is, bellen ze even en om de zes maanden checken ze hem sowieso. “Vroeger was ik eigenwijs, toen heb ik nooit hulp gezocht. Nu heb ik een goede band met ze. Ik kan zo bellen als er echt iets is.”

Ko ziet uit naar de toekomst. “Als ik nu naar m’n littekens van m’n zelfmoordpoging kijk, dan vier ik het leven. Kijk wat een mooie dingen ik nog mag doen.”

3 Nawoord

De gesprekken die we voerden met de zes patiënten maakten indruk. Zij legden met hun levensverhaal iets groots in onze handen. Niet alleen kregen we inzicht in hoe hun levens zijn verlopen, via delict, straf en zorg; we hoorden in elk verhaal ook terug hoe dun het lijntje is tussen het maken van goede en foute keuzes. Wat maakt dat je zelf een verkeerde afslag neemt en hoe je daar dan uiteindelijk misschien weer bovenop kan komen. En ook hoe belangrijk het is om in een omgeving te leven waarop je kunt terugvallen en die je steunt in het maken van goede keuzes. Als dat er niet is, moet je het helemaal alleen doen. De verhalen laten zien dat het niet makkelijk is om altijd de goede keuzes te blijven maken.

In dit nawoord vertellen we hoe de gesprekken tot stand zijn gekomen. Maar eerst nemen we de ruimte om als onderzoekers mee te geven wat we van deze patiënten over de forensische zorg hebben geleerd.

Wat hebben we geleerd?

Sleutelmomenten en omgeving

De mensen achter de hier uitgelichte levensverhalen hebben verschillende persoonlijkheden, achtergronden, delicten en behoeften. Wat hun verhalen bindt, is dat zij in hun leven op een punt zijn gekomen waarop zij een verkeerde afslag hebben genomen. Uit de gesprekken leerden we dat er in het leven van veel mensen momenten zijn waarop die verkeerde afslag zich aandient. Bij de ene persoon zijn dat er veel, bij de ander zijn het er maar één of twee. En hoe meer de tegenslagen zich opstapelen in iemands leven, hoe moeilijker het kan worden om nog op het rechte pad te blijven.

Of iemand daadwerkelijk de verkeerde afslag kiest, kan met veel verschillende factoren in iemands omgeving of persoon te maken hebben. Wel biedt dit inzicht perspectief: als deze mensen op die sleutelmomenten steun of hulp hadden kunnen krijgen van iemand uit hun omgeving, dan hād het anders kunnen lopen. Het blijft zo dat dat vaak niet makkelijk geweest zou zijn. Het is een illusie om te denken dat alle delicten te voorkomen zijn. Maar alle gesproken patiënten geven aan: die omgeving is zo belangrijk.

Geen traject is hetzelfde

Wat de verhalen ons ook vertelden, is dat geen weg in de forensische zorg hetzelfde is. Patiënten doorlopen trajecten die hopelijk het meest aansluiten bij hun behoefte. Soms duurt een traject maar één jaar, soms wel twintig, en soms is het nooit klaar. De één start in tbs en schaal af naar minder intensieve vormen van zorg, de ander blijkt juist meer nodig te hebben.

Als die diversiteit aan type zorg en duur in de trajecten goed aansluit bij de patiënt, lijkt dat te helpen om op eigen tempo zo ver mogelijk te komen. Wel hoorden we van alle gesproken patiënten dat juist de beginfase heel moeilijk is. Vaak bestaat er veel weerstand, eventueel opgebouwd in detentie, en moeten patiënten eerst leren de hulp te accepteren en hun patronen te doorbreken. De patiënten die wij spraken zaten vaak al meer aan het einde van het traject. Dat maakte ook dat zij vaker positief konden terugkijken op de zorg en vaak hun verhaal goed konden vertellen. Eén patiënt benadrukte dat het feit dat hij zijn verhaal nu zo aan ons kon vertellen, ook voor hemzelf bevestigde hoe goed hij bezig is.

Het verschil tussen straf en hulp

De gesproken patiënten benadrukten allemaal dat zij achteraf de forensische zorg hebben leren zien als hulp en niet als straf. In het begin was dat soms nog lastiger. Zeker voor patiënten die uit detentie kwamen, was de overgang vaak moeilijk. Veel van hen hadden daar juist geleerd zich te ‘wapenen’ en een ‘muur op te bouwen’. Als zij vervolgens in de forensische zorg komen, moeten zij eerst weer leren zich open te stellen. Dat was voor veel van hen lastig en wennen. Ook gaven meerdere patiënten aan minder goede ervaringen te hebben met de zorg die zij in detentie (vaak in de PPC) ontvingen. Die ervoeren zij soms als niet voldoende of soms als niet passend.

Het belang van therapie

Alle patiënten die we spraken gaven aan dat (verschillende vormen van) therapie erg belangrijk voor hen is geweest. Meerdere van hen kwamen uit een gesloten omgeving waarin niet of nauwelijks over problemen kon worden gepraat. Sommigen gaven aan vanuit huis normen en waarden te hebben meegekregen die hen tegenwerkten in hun leven of trauma's te hebben opgelopen die zij niet zelf kunnen verwerken. In therapie leren ze daarmee om te gaan. Daarom gaven veel patiënten ook aan het moeilijk te vinden als er te weinig therapeuten beschikbaar zijn. Sommigen ervoeren daardoor dat zij bepaalde modules moesten overslaan of moesten lang wachten op hulp. Dat zorgde in sommige gevallen voor weerstand. Daarnaast benadrukte een aantal patiënten dat zij meer moeite hadden met jonge begeleiders en behoefte hadden aan meer ervaren hulpverleners om hun verhaal aan te vertellen. Ook gaf een aantal patiënten aan soms moeilijk toegang te krijgen tot de hulp die zij zelf denken nodig te hebben, of te observeren dat dit bij anderen het geval is.

Behoeft aan zorg is niet zomaar afgelopen

We spraken twee patiënten die niet (meer) in een kliniek zaten, maar nu ambulante begeleiding kregen. Ook spraken we Daniëlle, wie op het moment geen enkele begeleiding meer krijgt. Zij benadrukten dat de overgang naar de ‘maatschappij’ voor hen zwaar was. Zo gaven ze aan zich in het begin eenzaam te voelen of moesten zij erg wennen aan de zelfstandigheid. Ze gaven aan dat het daarbij in het begin eerst een tijdje slechter met ze ging, voor ze hun leven verder konden opbouwen. Daarbij hadden ze zeker in deze beginfase een grote behoefte aan begeleiding. Goed georganiseerde door- en uitstroom (in de forensische zorg en naar andere vormen van zorg), was cruciaal voor deze patiënten.

Hoe hebben we het aangepakt?

De patiënten zijn benaderd via verschillende forensische zorgklinieken en -instellingen in het land. Vooraf gaven zij ons toestemming om hun verhaal te mogen opschrijven. Ook hebben alle patiënten het uiteindelijke verhaal gelezen en goedgekeurd. Zij hebben zelf bepaald wat zij wilden vertellen en wat niet. De verhalen zijn niet gecheckt op feitelijke juistheid. Het ging om hun eigen verhaal en ervaringen te laten doorklinken. Wij luisterden dan ook met aandacht voor alles wat zij vertelden, zonder oordeel.

We vroegen de patiënten om te beschrijven hoe hun leven er nu uitzag, anno 2020. En wat hen op deze plek heeft gebracht. Zij vertelden hoe hun jeugd is geweest, wat er gebeurde in de tijd dat zij hun delict(en) pleegden, en ook welke vorm(en) van forensische zorg zij hebben doorlopen. Tijdens het gesprek tekenden we in een grote tijdlijn de belangrijkste gebeurtenissen mee. Daarbij schreven we dan wat zij daarover vertelden. Ook vroegen we hen of ze nog tips hebben voor de overheid. Over hoe de zorg beter zou kunnen.

We spraken de patiënten op de plaats waar zij nu wonen. Dit was vaak bij hen thuis of binnen de forensische zorg of beschermd wonen. Soms was er een begeleider bij. De begeleiders hebben geen inbreng gehad in het verhaal. Zij konden soms wel ervaringen van de patiënten bevestigen of vanuit hun perspectief uitleggen. Ervaringsdeskundige Daniëlle hebben we op onze eigen onderzoekslocatie gesproken.

Dankwoord

Ons laatste woord is gericht aan Kees, Ray, Kermit, Daniëlle, Jeffrey en Ko. Bedankt dat jullie je verhaal aan ons hebben toevertrouwd. Het is niet niks: over je leven vertellen aan iemand die je helemaal niet kent. Jullie verhalen hebben indruk op ons gemaakt. Wij hopen dat jullie ervaringen beleidsmakers en politici inspireren om de juiste keuzes te maken in het verbeteren van de forensische zorg.