Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum

Cahier 2024-18

Procesevaluatie ‘Patiënt op de juiste plek’ in de forensische zorg

Kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar indicatiestelling en plaatsing in forensische zorg

Kennisinstituut voor de rechtsstaat

Cahier 2024-18

Procesevaluatie ‘Patiënt op de juiste plek’ in de forensische zorg

Kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar indicatiestelling en plaatsing in forensische zorg

A.M. Burger
P.D. Statsch
C.H. de Kogel

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

Alle rapporten van het WODC zijn gratis te downloaden van WODC Repository.

Inhoud

	Afkortingen	**7**
	Samenvatting	**9**
1	**Inleiding**	**23**
1.1	Aanleiding tot het onderzoek	23
1.1.1	Maatschappelijk belang	23
1.1.2	De Wet forensische zorg en het evaluatieonderzoek	24
1.2	Forensische zorg en zorgtitels	25
1.3	Eerder onderzoek naar indicatiestelling en plaatsing in de forensische zorg	26
1.4	Onderzoeksvragen	28
1.5	Leeswijzer	28
2	**Methoden**	**30**
2.1	Methoden kwalitatief deelonderzoek	30
2.1.1	Respondenten en werkwijze	30
2.1.2	Analyse en rapportage interviewgegevens	31
2.2	Methoden Kwantitatief deelonderzoek	31
2.2.1	Databronnen	31
2.2.2	Dataveiligheid en databewerking	33
2.2.3	Data-koppeling en analyse	33
3	**De organisatie van indicatiestelling en plaatsing 'op papier'**	**35**
3.1	Inleiding	35
3.2	Betrokken ketenpartners	35
3.2.1	NIFP/IFZ	35
3.2.2	DJI-DIZ	35
3.2.3	3RO	36
3.2.4	PMO	36
3.2.5	Forensische zorgaanbieders	37
3.3	Deelprocessen binnen het indicatiestellings- en plaatsingstraject	38
3.3.1	Aanvraag indicatiestelling	38
3.3.2	Indicatiestelling	39
3.3.3	Matching en plaatsing	42
3.4	Informatie-uitwisseling	46
4	**Ervaringen in de praktijk**	**47**
4.1	Inleiding	47
4.2	Indicatiestelling	47
4.2.1	Aanvraag indicatiestelling bij NIFP/IFZ	47
4.2.2	Proces indicatiestelling NIFP/IFZ	48
4.2.3	Proces indicatiestelling 3RO	50
4.2.4	Proces indicatiestelling PMO	51
4.2.5	Proces indicatiestelling DIZ-FPL	51
4.2.6	Dilemma's bij indiceren	52
4.3	Matching en plaatsing	56
4.3.1	Matchings- en plaatsingsproces DIZ	56
4.3.2	Matchings- en plaatsingsproces 3RO	58

4.3.3	Matchings- en plaatsingsproces PMO	59
4.3.4	Plaatsingsproces bij zorgaanbieder	60
4.3.5	Plaatsing bij PPC	61
4.3.6	Matchingscriteria	62
4.3.7	Dilemma's bij matching en plaatsing	64
4.4	Functiescheiding indicatiestelling en plaatsing	68
4.5	Belangrijkste bevindingen	69
5	**Helpende en belemmerende factoren in de praktijk**	**73**
5.1	Inleiding	73
5.2	Capaciteitsproblemen	73
5.2.1	Algemeen	73
5.2.2	Problematiek en kenmerken patiënten	73
5.3	Door- en uitstroomproblematiek	75
5.4	Samenwerking tussen ketenpartners	76
5.5	Tijdsdruk	77
5.5.1	Tijdige aanvraag indicatiestelling	77
5.5.2	Beperkte duur strafrechtelijk kader	78
5.6	Beschikbaarheid informatie	78
5.6.1	Informatie bij indicatiestelling	79
5.6.2	Informatie bij aanmelding bij zorgaanbieder	81
5.7	Ifzo	81
5.7.1	Administratieve lasten	81
5.7.2	Werken met Ifzo of eromheen	82
5.7.3	Wensen ten aanzien van Ifzo	83
5.8	Belangrijkste bevindingen	83
6	**Zorgaanbod in getal**	**86**
6.1	Inleiding	86
6.2	Dekkingsgraad zorgaanbod ten opzichte van zorgvraag	86
6.2.1	Vergelijken zorgvraag en zorgaanbod en beperkingen Ifzo	87
6.2.2	Klinische forensische zorg	88
6.2.3	Forensische verblijfszorg	89
6.2.4	Ambulante forensische zorg	91
6.3	Overeenkomst en verschil matchingscriteria tussen Rfz en Ifzo	92
6.4	Vindbaarheid van zorgaanbieders in Ifzo	93
6.5	Belangrijkste bevindingen	94
7	**Indicatiestelling en plaatsing in getal**	**95**
7.1	Inleiding	95
7.2	Toeleidingspogingen en indicerende partijen	95
7.2.1	Aantal toeleidingspogingen per jaar	95
7.2.2	Indicerende partijen	96
7.2.3	Doorlooptijden indicatiestelling en individuele toeleidingspogingen	97
7.3	Herhaalde toeleidingspogingen en afwijzingen	99
7.3.1	Clustering van toeleidingspogingen	99
7.3.2	Redenen van afwijzing	102
7.3.3	Mutaties in toeleidingscriteria na afwijzingen	103
7.3.4	Overeenkomst matchingscriteria en zorgaanbod	104
7.4	Belangrijkste bevindingen	105
8	**Discussie en conclusie**	**108**

8.1 Introductie 108
8.1.1 Algemeen 108
8.1.2 Kanttekeningen onderzoek 108
8.2 Worden de processen indicatiestelling, matching en plaatsing uitgevoerd zoals beoogd? 109
8.2.1 Doelen en uitgangspunten 109
8.2.2 Passendheid indicatiestelling 110
8.2.3 Tijdigheid indicatiestelling en plaatsing 111
8.2.4 Vraaggestuurd in plaats van capaciteitsgestuurd 112
8.3 Welke factoren spelen een helpende of belemmerende rol bij de uitvoering van indicatiestelling, matching en plaatsing? 115
8.4 Biedt het forensisch zorgaanbod een adequate dekking voor de zorg- en beveiligingsvragen? 118
8.5 Hoe vaak en in welke gevallen kan een patiënt wel of niet geplaatst worden op een plek die correspondeert met de zorg- en beveiligingsbehoeften die zijn vastgelegd in de indicatiestelling? 120
8.6 Aanbevelingen 122
8.7 Patiënt op de juiste plek 124

Summary **126**

Literatuur **139**

Bijlage 1 Samenstelling Begeleidingscommissie **141**

Bijlage 2 Samenstelling Klankbordgroep **142**

Bijlage 3 Topiclijst interviews kwalitatief deelonderzoek **143**

Afkortingen

3RO	3 Reclasseringsorganisaties (Reclassering Nederland; Stichting Verslavingsreclassering ggz; Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering)
Bfz	Besluit forensische zorg
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DIZ	Dienst individuele zaken van DJI
FPL	Forensisch Plaatsingsloket van DIZ van DJI
Ifzo	Informatiesysteem forensische zorg
ISD	(Maatregel) Inrichting Stelselmatige Daders
Lvb	Licht verstandelijke beperking
FCS	Facturatie Controle Systeem
FPA	Forensisch psychiatrische afdeling (beveiligingsniveau 2)
FPC	Forensische psychiatrisch centrum (beveiligingsniveau 4)
FPK	Forensische psychiatrische kliniek (beveiligingsniveau 3)
FVA	Forensische verslavingsafdeling (beveiligingsniveau 2)
FVK	Forensische verslavingskliniek (beveiligingsniveau 3)
IFZ	Werkeenheid Indicatiestelling Forensische Zorg van het NIFP
LJ&R	Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering
NIFP	Nederlands instituut voor forensische psychiatrie en psychologie
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PI	Penitentiaire inrichting
PKN	Parketnummer, nummer dat een strafzaak krijgt bij registratie door het Openbaar Ministerie
PLB	Plaatsingsbesluitnummer, uniek nummer dat gebruikt wordt om voor het ministerie van Justitie en Veiligheid de keten tussen indicatie, plaatsing en geleverde zorg inzichtelijk te maken
Pm	Penitentiaire maatregel
PMO	Psychomedisch overleg van een penitentiaire inrichting
PPC	Penitentiair psychiatrisch centrum
Rfz	Regeling forensische zorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermd wonen (beveiligingsniveau 0)
RN	Reclassering Nederland
SJDS	Identificatienummer in het Justitieel Documentatie Systeem
SKN	Strafrechtketennummer, uniek nummer dat wordt gekoppeld aan een identiteit en dat van belang is bij de bepaling of een persoon al eerder in aanraking is geweest met Justitie
SVG	Stichting Verslavingsreclassering ggz
Wet S&B	Wet Straffen en Beschermen
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning

Wvggz	Wet verplichte ggz
WvSr	Wetboek van Strafrecht
WvSv	Wetboek van Strafvordering
ZZP	Zorgzwaartepakket, een beschrijving van het benodigde niveau van ondersteuning of zorg in geval van forensisch beschermd wonen

Samenvatting

Achtergrond

In de periode voorafgaand aan de stelselwijziging forensische zorg, die uiteindelijk is gecodificeerd in de Wet forensische zorg (Wfz), werd de toeleiding van patiënten naar forensische zorg gekenmerkt door een gebrek aan systematiek en functionerend op basis van 'ons kent ons'. Daardoor was de plaatsing van patiënten veelal capaciteits- en niet vraaggestuurd, wat leidde tot rechtsongelijkheid tussen patiënten afhankelijk van het arrondissement waar iemand berecht werd.

Een centraal doel van de Wfz is dat patiënten op de juiste plek met de juiste forensische zorg worden geplaatst. Daaronder wordt verstaan dat een forensisch patiënt zorg ontvangt passend bij diens stoornis, op het vereiste beveiligingsniveau en waarbij er zo snel mogelijk met de behandeling van de betrokkene gestart kan worden. Het belangrijkste middel van waaruit dit doel kan worden bevorderd is de uitvoering van de processen van indicatiestelling en plaatsing. Bij de indicatiestelling dient de zorg- en waar nodig beveiligingsvraag van de patiënt te worden vastgesteld door een partij die onafhankelijk is van de zorginkoop of de zorgverlening. De inhoud van deze indicatiestelling zou de basis moeten vormen voor het besluit waar de patiënt geplaatst wordt. Een dergelijke vraag-gestuurde plaatsing en zorgverlening wordt verondersteld een uiteindelijke veilige manier van terugkeren van de betrokkene naar de samenleving te bevorderen.

Ten tijde van de invoering van deze processen in 2011 waren er hoge verwachtingen van deze systematiek. Zo zou de 'verkeerde bedden problematiek' worden opgelost en zou de geïntroduceerde uniforme werkwijze leiden tot een optimale match tussen zorgvraag en zorgaanbod op individueel niveau, gebaseerd op de gestelde indicatie. In dit onderzoek wordt de uitvoering van de processen indicatiestelling en plaatsing geëvalueerd, als onderdeel van een bredere evaluatie van de Wfz.

Doelstelling en onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen luiden:

1 Worden de processen van indicatiestelling, matching en plaatsing uitgevoerd zoals beoogd?
2 Welke factoren spelen een helpende of belemmerende rol bij de uitvoering van de indicatiestelling en de plaatsing?
3 Biedt het forensisch zorgaanbod een adequate dekking voor de zorg- en beveiligingsvragen?
4 Hoe vaak en in welke gevallen kan een patiënt wel of niet geplaatst worden op een plek die correspondeert met de zorg- en beveiligingsbehoeften die zijn vastgelegd in de indicatiestelling?

Methode

Het huidige onderzoeksproject bevat zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve analyse. Voor het kwalitatieve deelonderzoek zijn in totaal 35 interviews afgenomen

met functionarissen werkzaam bij ketenpartners die betrokken zijn bij de uitvoering van de processen van indicatiestelling en plaatsing. In het kader van dit deelonderzoek zijn functionarissen geïnterviewd van de afdeling Indicatiestelling Forensische Zorg van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP/IFZ), de Divisie Individuele Zaken van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI-DIZ) evenals een accountmanager van DJI, de reclasseringsorganisaties (3RO), het Psycho-Medisch Overleg (PMO) van penitentiaire inrichtingen en zorgaanbieders binnen de klinische, verblijfs- en ambulante forensische zorg. De interviews richtten zich op ervaringen van de respondenten met de processen van indicatiestelling en plaatsing.

Voor het kwantitatieve deelonderzoek zijn gegevens over de periode 2017-2021 uit het Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo) en het Facturatie Controle Systeem (FCS) geanalyseerd. Ifzo is een registratiesysteem dat het gehele proces van indicatiestelling en plaatsing binnen de forensische zorg zou moeten ondersteunen. Iedere stap van het indicatiestellings- en plaatsingsproces wordt in principe uitgevoerd vanuit Ifzo: het aanvragen van een indicatiestelling, het registreren van een indicatiestelling, de matching tussen de zorg- en beveiligingsvraag van een patiënt en het geregistreerde zorgaanbod, en de aanmelding en plaatsing bij een zorgaanbieder. FCS is een facturatiesysteem waarin aanbieders geleverde forensische zorg kunnen declareren. Op basis van een koppeling van Ifzo en FCS kan de inhoud van toeleidingspogingen – pogingen door een plaatser om een patiënt bij een zorgaanbieder aan te melden en te plaatsen - in de onderzoeksperiode worden onderzocht en kan gekeken worden hoe vaak en in welke gevallen een toeleidingspoging ook daadwerkelijk heeft geleid tot gedeclareerde forensische zorg. Daarnaast kan een beeld gecreëerd worden van het geregistreerde zorgaanbod en hoe dit zich verhoudt tot veelvoorkomende zorg- en beveiligingsvragen.

De processen indicatiestelling en plaatsing ‘op papier’

Een indicatiestelling kan op verschillende momenten in het justitiële traject worden afgegeven: in aanloop naar een vonnis, gedurende een verblijf in een huis van bewaring dan wel een gevangenis, of tijdens een verblijf in de forensische zorg wanneer een vermoeden bestaat dat herindicatie nodig is.

In het Besluit forensische zorg is beschreven waar de verantwoordelijkheden voor indicatiestelling en plaatsing voor verschillende vormen van zorg belegd zijn. Wanneer een indicatiestelling voor klinische zorg dan wel voor verblijfszorg in aansluiting op klinische zorg nodig is, vraagt 3RO dan wel PMO bij NIFP/IFZ een indicatiestelling aan. De aanmeldende partij dient verschillende brondocumenten over de betrokkene te verzamelen en bij de aanvraag toe te voegen, op basis waarvan NIFP/IFZ een indicatiestelling kan opstellen met daarin onder andere de zorgvraag en het benodigde beveiligingsniveau en de verblijfsintensiteit. De matching en plaatsing wordt, in gevallen waar NIFP/IFZ de indicatiestelling heeft verzorgd, uitgevoerd door DIZ. Op basis van een aantal zogeheten ‘harde criteria’, die zijn vastgelegd in de Regeling forensische zorg, wordt in Ifzo gezocht naar een match tussen de zorg- en beveiligingsbehoeften van een betrokkene en het zorgaanbod dat is geregistreerd in Ifzo. Voorbeelden van deze matchingscriteria zijn geslacht, leeftijd, dominante zorgvraag of diagnose en het benodigde beveiligingsniveau of zorgzwaartepakket. In het geval van een positieve match kan een patiënt bij de zorgaanbieder worden aangemeld, waarna de zorgaanbieder binnen een termijn van vijf werkdagen de aanmelding dient te accepteren dan wel beargumenteerd af te wijzen.

Wanneer een indicatiestelling nodig is voor verblijfszorg die niet aansluit op klinische zorg of voor ambulante zorg, stelt ofwel het PMO (in geval van re-integratie vanuit detentie, ambulante zorg binnen de penitentiaire inrichting of zorg in het kader van een ISD-maatregel), ofwel 3RO deze op. Beide partijen kunnen op eigen initiatief een indicatiestelling afgeven. In het geval dat een indicatiestelling wordt verzorgd door PMO respectievelijk 3RO, voert diezelfde partij ook de matching en plaatsing uit. Het matchings-en plaatsingsproces van PMO en 3RO volgt in theorie dezelfde procedure als die van DIZ: aan de hand van een aantal harde criteria wordt in Ifzo gezocht naar een match tussen de zorgvraag en eventueel de benodigde zorgzwaarte van de patiënt en het aanbod van zorgaanbieders. Na aanmelding bij de zorgaanbieder dient deze binnen een termijn van tien werkdagen de aanmelding te accepteren dan wel beargumenteerd af te wijzen.

Wanneer op basis van de indicatiestelling geen plaatsing mogelijk is die voldoet aan de criteria passendheid, tijdigheid en vraaggerichtheid, kan de plaatsende partij besluiten om overbruggingszorg dan wel second best zorg in te zetten om een patiënt al dan niet tijdelijk te plaatsen bij een zorgaanbieder die geen optimale match is met de zorg- en beveiligingsbehoeften van de patiënt.

Ervaringen in de praktijk

Indicatiestellingsproces

Op basis van de interviews en beschikbare documentatie is te concluderen dat een aantal aspecten van het werk van NIFP/IFZ duidelijk in lijn is met borging van de passendheid van indicatiestellingen voor klinische forensische zorg. Ter bevordering van de kwaliteit en kwaliteitsborging van het indicatiestellingsproces voor klinische forensische zorg maakt NIFP/IFZ gebruik van verschillende middelen. In de eerste plaats gebeurt dit door middel van documentatie, waaronder de schematische checklist waarin beschreven staat welke informatie aanvragers voor een indicatie moeten aanleveren, evenals het opstellen van een *Best Practice*-handreiking voor het uitvoeren van het proces van indicatiestelling door NIFP/IFZ. In de tweede plaats levert NIFP/IFZ inspanningen om met de vijf regionale diensten van NIFP/IFZ landelijk één lijn te volgen. Dit gebeurt door middel van periodieke consensusbijeenkomsten.

3RO heeft verschillende initiatieven om op kennis- en kwaliteitsborging van reclasseringswerkers te sturen, onder andere vanuit een reclasseringsacademie, een kennisbank en de inzet van zogeheten 'Ifzo experts' – reclasseringswerkers met meer kennis en ervaring met het werken in Ifzo. Daarnaast worden in samenwerking met NIFP/IFZ en FPL cursussen aangeboden over het indicatiestellings- en plaatsingsproces en de rollen van ketenpartners daarin. Desalniettemin geven respondenten van NIFP/IFZ en DIZ aan dat lang niet alle reclasseringswerkers die met de genoemde processen te maken hebben daarmee worden bereikt. De deskundigheid bij 3RO-functionarissen wordt door verschillende respondenten van NIFP/IFZ en DIZ als wisselend ervaren, deels doordat er duidelijke verschillen zijn in hoe vaak reclasseringswerkers te maken krijgen en daardoor ervaring kunnen opdoen met het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Respondenten van NIFP/IFZ, DIZ en 3RO geven aan dat bij 3RO gerichter op kwaliteitsbevordering en -borging zou kunnen worden ingezet, om te bevorderen dat het proces wordt uitgevoerd zoals beoogd. Dit geldt voor zowel het aanvragen van een indicatiestelling bij NIFP/IFZ, als voor het door 3RO

uitgevoerde indicatiestellings-, matching- en plaatsingsproces bij ambulante forensische zorg en forensische woonzorg.

In geval van plaatsingen vanuit penitentiaire inrichtingen op basis van artikel 15:4 en 43:4 Pbw geven respondenten aan dat het indicatiestellingsproces grotendeels is gestagneerd. Met de inwerkingtreding van de Wet Straffen en Beschermen (2021) zijn extra stappen toegevoegd aan het indicatiestellingsproces voor klinische zorg of verblijfszorg in de slotfase van een verblijf in detentie. Respondenten van PMOs signaleren dat de geïntensiveerde procedure als een grote werklast wordt gezien en als buitenproportioneel wordt beleefd, waardoor (het aanvragen van) indicatiestellingen in het kader van deze forensische zorgtitels sterk is gedaald. Recent onderzoek bevestigt dat er door de toevoeging van de genoemde stappen weliswaar meer zicht is op risico's, dat risico's zwaarder worden meegewogen en dat de waarborgen voor het toekennen van vrijheden zijn verbeterd, maar dat het aantal indicatiestellingen sterk is gedaald. Hierdoor komt men niet meer toe aan een vraaggerichte indicatiestelling en plaatsing, en dat kan gevolgen hebben voor de re-integratie van gedetineerden.

Matchings- en plaatsingsproces

Respondenten geven aan dat het in het grootste deel van de gevallen lukt om een betrokkene te plaatsen op een passende plek volgens de indicatiestelling. In sommige gevallen is dit echter niet mogelijk – dat komt onder meer door capaciteitsgebrek en wachtlijsten, doordat voor bepaalde problematiek of sommige zorg-beveiligingscombinaties nauwelijks aanbod bestaat, en soms ook door vonnissen met specifieke instructies die weinig ruimte laten. In dergelijke gevallen kan het proces niet worden uitgevoerd zoals beoogd, maar zoeken functionarissen alternatieven zoals *second best*-zorg, overbruggingszorg, of aanpassing van de indicatiestelling aan het aanbod. Hiermee wordt noodgedwongen afgeweken van het uitgangspunt van vraaggerichte plaatsing.

Toeleiding van patiënten naar geschikte zorgaanbieders gebeurt niet altijd door het ingerichte proces te volgen zoals beoogd. Dat geldt met name voor het gebruik van Ifzo als ondersteuning voor het matchingsproces waarbij een betrokkene op basis van de indicatiestelling wordt gekoppeld aan een geschikte zorgaanbieder. Respondenten van 3RO en PMO geven aan in het matchingsproces veelal 'om Ifzo heen te werken', door rechtstreeks telefonisch met zorgaanbieders in contact te treden over mogelijkheden om patiënten te plaatsen. De matchingscriteria worden vervolgens op zo een manier in Ifzo ingevuld dat een patiënt naar de betreffende zorgaanbieder toegeleid kan worden. Ifzo wordt daarmee als registratiesysteem gebruikt in plaats van als ondersteuningssysteem voor matching. Hoewel dit een afwijking is van het beoogde proces, lijkt deze werkwijze gezien de gesignaleerde tekortkomingen van het werken in Ifzo, nog steeds vraaggericht te zijn en in dienst te staan van het uiteindelijke doel van het indicatiestellings- en plaatsingsproces, te weten de toeleiding van de patiënt naar de juiste plek, op basis van de indicatiestelling. Respondenten van 3RO en PMO zijn van mening dat zij, op basis van eerdere ervaringen en direct contact met zorgaanbieders waarbij de individuele casussen besproken worden, zicht hebben op de passendheid van zorgaanbieders.

Meerdere respondenten, van 3RO maar ook van NIFP/IFZ en zorgaanbieders zijn het erover eens dat de zogeheten 'harde' criteria in Ifzo een goed startpunt vormen voor het zoeken naar een passende zorgaanbieder. Maar direct contact tussen plaatser en potentiële zorgaanbieders wordt door sommige respondenten gezien als noodzakelijk

om te komen tot een geschikte plek voor de betrokkene. Daarbij spelen ook 'zachte criteria' zoals ervaring met gedrag van de betrokkene en specifieke omstandigheden bij zorgaanbieders een belangrijke rol om te komen tot maatwerk.

Het 'om Ifzo heen werken' bij het matchingsproces heeft de hierboven benoemde voordelen van het benutten van regionale kennis en contacten voor maatwerk. Respondenten geven aan in deze werkwijze te worden bekrachtigd omdat Ifzo als ondersteuning bij matching niet goed functioneert omdat het zorgaanbod niet altijd juist in Ifzo staat. Het matchen via direct contact met zorgaanbieders draagt niettemin het risico in zich dat wordt afgeweken van het uitgangspunt dat de zorg- en beveiligingsvraag wordt vastgesteld door een partij die onafhankelijk is van zorginkoop of zorgverlening. Een aanwijzing hiervoor kwam van respondenten van 3RO-SVG die beschrijven dat soms vanuit het management wordt aangegeven dat het wenselijk is te plaatsen bij een gelieerde zorgaanbieder. Een andere aanwijzing betrof de bereidheid om in bepaalde gevallen een indicatie aan te passen aan het aanbod van een zorgaanbieder.

Uit de interviews is duidelijk geworden dat met name het op elkaar aan laten sluiten van deeltrajecten van betrokkenen een 'grote klus' is waarvoor functionarissen van verschillende ketenpartners ontzettend hard werken: 3RO, PMO, DJI-DIZ, NIFP/IFZ-NIFP, maar ook zorgaanbieders en gemeenten. Die aansluiting moet worden bewerkstelligd bij opschaling van zorg of beveiliging, bij afschaling, of anderszins bij doorstroom binnen forensische zorg en bij uitstroom als de straftitel eindigt. Ketenpartners lopen daarbij tegen verschillende uitdagingen aan: naast beperkte capaciteit en wachtlijsten bij zorgaanbieders speelt met name tijdsdruk een belangrijke rol, die kan ontstaan wanneer een klinische plaatsing direct op het strafrechtelijk vonnis moet volgen of wanneer de duur van de forensische zorgtrajecten in de bijzondere voorwaarden beperkt is, waardoor al vroeg in het traject een herindicatie voor lager beveiligde zorg moeten worden aangevraagd.

Helpende en belemmerende factoren

In de interviews met ketenpartners zijn verschillende factoren naar voren gekomen die door respondenten als helpend of belemmerend zijn beschreven in de uitvoering van de onderzochte deelprocessen. Voor een goede uitvoering van ieder van de verschillende deelprocessen zijn partijen aangewezen op voldoende beschikbare capaciteit en doorstroom binnen de forensische zorg, een tijdige (aanvraag van) indicatiestelling en plaatsing, een goede onderlinge samenwerking, een soepele informatie-uitwisseling en een IT-systeem dat ondersteunend werkt.

Capaciteitsdruk

Capaciteitsproblemen belemmeren in sterke mate de systematiek van indicatiestelling en plaatsing, doordat het voor bepaalde vormen van forensische zorg in verband met lange wachtlijsten niet goed mogelijk is om patiënten op de juiste plek te plaatsen. Volgens respondenten is dit met name een probleem voor hoog beveiligde klinische zorg en verblijfszorg, maar kunnen ook specifieke patiëntkenmerken de kansen op een geslaagde plaatsing verminderen – dit geldt onder andere voor vrouwen, verstandelijk beperkten die een hoog beveiligingsniveau nodig hebben, de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen, zedenproblematiek, de aanwezigheid van meerdere stoornissen of aandoeningen die tegelijkertijd voorkomen, problemen op verschillende

levensgebieden, en negatieve eerdere behandelervaringen. Capaciteitsproblemen worden verergerd doordat de uitstroom van hogere beveiligingsniveaus naar lager beveiligde zorg, inclusief verblijfszorg, moeizaam verloopt. Respondenten van DJI, DIZ, 3RO en zorgaanbieders geven aan dat de algemene woningtekorten in Nederland ertoe leiden dat patiënten in sommige gevallen niet uit beschermde woonvoorzieningen uitstromen, omdat ze anders dakloos zouden worden. Dit leidt ertoe dat verblijfszorg voorzieningen vollopen, waardoor doorstroomproblemen ontstaan in de rest van de keten. Daarnaast kan de decentralisatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) ertoe leiden dat patiënten tussen wal en schip raken wanneer de gemeente van herkomst weigert de kosten te dragen voor zorg en/of huisvesting in een andere gemeente, bijvoorbeeld wanneer er contra-indicaties zijn om in de gemeente van herkomst te re-integreren.

Tijdsdruk

Naast de passendheid van forensische zorg is ook de tijdigheid een belangrijk uitgangspunt van het plaatsingsproces. Respondenten van DIZ, NIFP/IFZ en zorgaanbieders geven aan dat tijdsdruk met name ontstaat wanneer niet tijdig een aanvraag voor een indicatiestelling wordt gedaan, bijvoorbeeld in gevallen wanneer een detentieperiode of de duur van klinische zorg binnen de bijzondere voorwaarden eindigt. Wanneer niet tijdig een indicatiestelling kan worden afgegeven, kan het voorkomen dat een patiënt in verband met wachtlijsten niet aansluitend op een eerder deeltraject in passende zorg geplaatst kan worden. Selectiefunctionarissen van DIZ zijn in deze gevallen gedwongen om onder hoge tijdsdruk een overbruggingstraject te organiseren.

Klinische zorgaanbieders geven daarnaast aan tijdsdruk te ervaren wanneer een patiënt op een hoog beveiligingsniveau verblijft en het einde van de forensische titel nadert. In deze gevallen voelen zorgaanbieders zich genoodzaakt om voor patiënten vroegtijdig een herindicatie aan te vragen om ook rekening te houden met wachttijden bij aanbieders van lager beveiligde zorg dan wel verblijfszorg. Dit leidt in sommige gevallen tot onenigheid met NIFP/IFZ, dat een lager beveiligingsniveau op het moment van aanvragen nog niet geïndiceerd vindt. Meerdere geïnterviewde partijen geven aan dat deze tijdsdruk in sommige gevallen wordt gecreëerd doordat strafrechters vonnissen afgeven met een zeer beperkte duur van forensische zorg in de bijzondere voorwaarden.

Samenwerking

Partijen profiteren van een goede samenwerking met korte lijnen tussen ketenpartners – dit is met name zichtbaar bij regionale samenwerkingen tussen zorgaanbieders en reclasseringswerkers, maar ook tussen NIFP/IFZ en DIZ lijkt dit goed te lopen. Daar waar korte lijnen en goede samenwerking ontbreken, lijkt ook onvoldoende inzicht in en begrip voor de werkzaamheden van andere procespartijen te ontstaan. Tijdens de interviews klonken ook met enige regelmaat kritische geluiden over de werkzaamheden van andere ketenpartners, waarbij niet altijd leek te worden stilgestaan bij de beweegredenen van andere ketenpartners en de context waarbinnen deze moest handelen.

Beschikbare informatie

Het uitvoeren van het indicatiestellingsproces door NIFP/IFZ wordt bemoeilijkt doordat volgens respondenten regelmatig de benodigde kwalitatief goede, volledige en actuele informatie niet of niet tijdig beschikbaar is. Het aanleveren van informatie door aanvragers van indicatiestellingen is nog voor verbetering vatbaar en dat zal naar verwachting de passendheid van indicatiestellingen ten goede komen. Respondenten noemen verschillende mogelijke redenen voor het ontbreken van informatie. Een reden kan zijn het gebrek aan kennis of ervaring bij aanmelders met betrekking tot welke informatie geleverd moet worden. De bovengenoemde checklist voor aanvragers helpt kennelijk maar ten dele. Mogelijk is de verspreiding daarvan, binnen met name 3RO, nog een aandachtspunt. Daarnaast speelt voorzichtigheid met het delen van informatie en het doorbreken van het medisch beroepsgeheim door zorgaanbieders een belangrijke rol. Ondanks de Handreiking Informatie-uitwisseling Forensisch Zorg zijn zorgaanbieders terughoudend met het delen van informatie wanneer een patiënt hiertoe geen toestemming geeft. Tot slot kan het zo zijn dat de benodigde informatie simpelweg niet voorhanden is, bijvoorbeeld in het geval dat de betrokkene in het verleden zorg gemeden heeft

Meerdere respondenten geven aan hiaten te ervaren in de wettelijke grondslag om gegevens te delen, met name omtrent informatievoorziening vanuit reguliere detentie en het delen van het medisch dossier met informatie over potentiële somatische aandoeningen. Ondanks de handreiking informatie uitwisseling die is ontwikkeld om duidelijkheid te scheppen over welke informatie op welke momenten in het indicatiestellings- en plaatsingsproces mag en moet worden uitgewisseld (Handreiking informatie-uitwisseling forensisch zorg, 2021), ervaren zorgaanbieders in sommige gevallen terughoudendheid met het doorbreken van het medisch beroepsgeheim ten behoeve van de indicatiestelling uit angst dat dit negatieve consequenties kan hebben voor hun BIG-registratie.

Waar de meeste respondenten van klinische zorgaanbieders aangeven voldoende informatie te ontvangen bij de aanmelding van nieuwe patiënten, en anders voldoende mogelijkheden te hebben om extra informatie op te vragen, gaven geïnterviewde aanbieders van verblijfszorg aan regelmatig onvoldoende geïnformeerd te worden over patiënten die vanuit 3RO en PMO bij hen worden aangemeld. Plaatsers van 3RO en PMO geven met betrekking tot de onvolledige informatie aan dat niet altijd duidelijk is welke informatie zorgaanbieders nodig hebben en dat dit ook per zorgaanbieder kan verschillen. In lijn met het Kwaliteitskader Indicatiestelling forensische zorg is het van belang dat het voor de zorgaanbieder helder is welke forensische zorg nodig is – gestandaardiseerde protocollen voor het aanleveren van informatie kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Werken met Ifzo

Een van de meest genoemde belemmerende factoren is het werken met Ifzo. Respondenten beschrijven dit informatiesysteem, dat juist bedoeld is om de verschillende deelprocessen te faciliteren, als bron van frustratie en als een puur administratieve verplichting die noodzakelijk is om uiteindelijk de plaatsing te bewerkstelligen. Respondenten ervaren hoge administratieve lasten bij het werken met Ifzo, vanwege technische restricties, de traagheid van het systeem en de hoeveelheid administratieve informatie die handmatig moet worden ingevoerd. Meerdere respondenten geven aan dat het zorgaanbod van zorgaanbieders deels niet

correct in Ifzo staat. Uit het kwantitatief deelonderzoek van dit project is daarnaast gebleken dat enkele aanbieders voor klinische en verblijfszorg geheel onvindbaar zijn in Ifzo, als gevolg van onvolledige registraties van het zorgaanbod. Andere aanbieders zijn enkel vindbaar wanneer specifieke criteria tijdens het matchingsproces zijn uitgeschakeld. Hierbij dient te worden opgemerkt dat naast deze onvolledige registraties, meerdere plaatsingsprofessionals tijdens de interviews hebben opgemerkt dat zorgaanbieders ook matchingscriteria hebben opgegeven die niet passen bij de zorg die zij in de praktijk kunnen leveren. De bevindingen uit zowel de interviews als de cijfermatige analyse op basis van Ifzo, illustreren het belang van nauwkeurige controles van het geregistreerde zorgaanbod in Ifzo. Hier ligt een opdracht voor zowel zorgaanbieders als voor accountmanagers met DJI, die contact met forensische zorgaanbieders onderhouden. Een correcte registratie van het zorgaanbod is een basisvoorwaarde voor de uitvoering van het matchingsproces.

Zorgaanbod in getal

In Ifzo dienen zorgaanbieders per vestiging het zorgaanbod te registreren aan de hand van een aantal harde criteria. Aan de hand van deze harde criteria kan door plaatsende partijen een match gemaakt worden tussen de zorgvraag en beveiligingsbehoefte van de patiënt en het aanbod van zorgaanbieders. Door het geregistreerde zorgaanbod af te zetten tegen de harde criteria die in toeleidingspogingen in de periode 2017-2021 zijn vastgelegd, is de dekkingsgraad van het geregistreerde zorgaanbod in ieder arrondissement ten opzichte van de zorgvraag onderzocht. Enerzijds is gekeken in hoeveel procent van de gevallen een zorgtoeleiding in ieder arrondissement een passende match zou hebben opgeleverd. Anderzijds is per arrondissement nagegaan hoeveel vestigingen in dezelfde periode voldeden aan de geregistreerde zorgvragen.

Hierbij dienen twee beperkingen te worden opgemerkt. Ten eerste biedt Ifzo slechts een beperkte inzage in de dekkingsgraad van het forensisch zorgaanbod doordat niet wordt geregistreerd hoe groot de capaciteit van zorgaanbieders is, hoe lang de wachtlijsten zijn of hoe groot de gemiddelde forensische instroom voor iedere vestiging is. Daardoor kan enkel gekeken worden hoeveel vestigingen een aanbod geregistreerd hebben dat overeenkomt met een bepaalde zorgvraag. Ten tweede hebben respondenten in de interviews aangegeven in sommige gevallen matchingscriteria in Ifzo op zo een manier in te vullen dat een gewenste zorgaanbieder naar voren komt. Doordat de daadwerkelijke zorg- en beveiligingsvraag van patiënten niet zuiver uit Ifzo kan worden geëxtraheerd, ontstaat ook hier een vertekend beeld.

Voor klinische zorg op beveiligingsniveau 1 en 2 is opvallend dat, afhankelijk van het arrondissement, in 23 tot 70% van de toeleidingen geen enkele vestiging een volledig passend zorgaanbod heeft. In deze gevallen zou dus minimaal één matchingscriterium moeten worden gedeselecteerd om tot een passende vestiging te komen. Hierbij valt op dat de dekkingsgraad van het forensisch zorgaanbod voor verblijfszorg en ambulante begeleiding dan wel behandeling beduidend hoger ligt dan die van de klinische zorg – voor iedere zorgvraag zijn in ieder arrondissement meerdere zorgaanbieders die in theorie een passend zorgaanbod hebben. Het verschil tussen de dekkingsgraad tussen de verschillende zorgtypen is aan twee aspecten toe te schrijven. Ten eerste worden in het matchingsproces voor klinische zorg meer matchingscriteria betrokken dan bij verblijfszorg of ambulante zorg. Daardoor ligt het aantal mogelijke combinaties van matchingscriteria dat door zorgaanbieders gedekt

zou moeten worden bij klinische zorg beduidend hoger dan bij de andere zorgtypen. Ten tweede is het daadwerkelijke aantal vestigingen voor klinische zorg lager dan voor de andere zorgtypen.

Deze resultaten laten zien dat een van de uitgangspunten van het doel patiënt op de juiste plek, om patiënten zorg te bieden in de regio waar zij uiteindelijk zullen re-integreren, in veel gevallen voor klinische zorg bij voorbaat niet gehaald kan worden, doordat niet ieder arrondissement voor veelvoorkomende zorg- en beveiligingsvragen een zorgaanbod heeft.

Indicatiestelling en plaatsing in getal

In de periode 2017-2021 werden jaarlijks gemiddeld 31,485 nieuwe toeleidingspogingen gedaan. Het gaat hierbij gemiddeld om 6,269 toeleidingspogingen voor klinische zorg, 7,010 toeleidingspogingen voor verblijfszorg en 18,008 toeleidingspogingen voor ambulante zorg. In ruwweg de helft van de gevallen gaat het om een herindicatie, waarbij de patiënt ten tijde van de toeleidingspoging reeds forensische zorg ontving.

Gemiddeld genomen leidt iets meer dan de helft van alle afgeronde toeleidingen tot een (her)plaatsing. Omdat in sommige gevallen meerdere pogingen nodig zijn om iemand te plaatsen, is gekeken naar clusters van toeleidingspogingen om te onderzoeken in hoeveel procent van de gevallen betrokkenen uiteindelijk succesvol geplaatst worden. Een cluster is daarbij in dit onderzoek gedefinieerd als een of meerdere toeleidingspogingen, waarbij iedere toeleidingspoging binnen een cluster niet meer dan 30 dagen van minimaal een andere toeleidingspoging verwijderd ligt. Afhankelijk van het type zorg wordt in 86-92% van de clusters slechts één toeleidingspoging gedaan, ook wanneer deze toeleidingspoging niet succesvol is. Uiteindelijk leiden voor klinische, verblijfs- en ambulante zorg gemiddeld respectievelijk 78,2%, 51,8%, 76,1% van de clusters van toeleidingspogingen tot een plaatsing binnen het corresponderende zorgtype. In veel gevallen waar toeleidingspogingen voor een bepaald zorgtype onsuccesvol zijn, wordt de betreffende persoon alsnog succesvol naar een ander zorgtype toegeleid. Uiteindelijk vindt binnen 75,1% van alle clusters van toeleidingspogingen een geslaagde plaatsing in forensische zorg plaats.

In de interviews zijn verschillende verklaringen naar voren gekomen waarom toeleidingspogingen uiteindelijk niet tot geslaagde plaatsingen leiden. Zo kan het zijn dat er te weinig tijd is tussen de datum van de toeleidingspoging en de einddatum van de strafrechtelijke titel, dat een plaatsing in verband met een terugval in klachten of recidive toch geen doorgang vindt, of dat een patiënt op basis van een ander financieringskader zorg ontvangt. Voor betrokkenen waar toeleidingspogingen uiteindelijk niet leiden tot een plaatsing is het onduidelijk waar zij vervolgens terecht komen - ongeveer de helft van deze patiënten verbleven reeds in forensische zorg en zullen mogelijk langer op hun huidige vestiging blijven. Bij patiënten die niet in forensische zorg waren is het mogelijk dat zij in verband met het overtreden van voorwaarden werden teruggestuurd naar de penitentiaire inrichting. Voor een deel van de patiënten zal mogelijkerwijs gelden dat zij reguliere zorg ontvangen, of dat zij zonder zorg komen te staan.

Wanneer meer dan twee toeleidingspogingen korte tijd na elkaar worden gedaan, waarbij de eerste toeleidingspoging niet tot een plaatsing heeft geleid, verandert er regelmatig iets aan de inhoud van de matchingscriteria bij de tweede toeleidingspoging. Hoe vaak dit gebeurt verschilt per type zorg – in geval van klinische zorg gebeurt dit slechts in ongeveer 29,0% van de gevallen, in geval van ambulante zorg in 35,0% en bij verblijfszorg zelfs in 55,8% van de situaties. In de meeste gevallen worden matchingscriteria gewijzigd die niet kunnen worden 'uitgevinkt' in het matchingsproces – het beveiligingsniveau en de zorgintensiteit voor klinische zorg en het zorgzwaartepakket voor verblijfszorg. In geval van verblijfszorg en ambulante zorg wordt ook in veel gevallen de dominante zorgvraag en de bijkomende problematiek veranderd.

Ook is gekeken hoe goed de zorgaanbieder waar naartoe geleid wordt past bij de zorg- en beveiligingsbehoeften van de patiënt. Zoals hierboven benoemd wordt met name bij klinische zorg, in veel gevallen niet toegeleid naar een zorgaanbieder in de gewenste regio. Wanneer het streven naar plaatsing in de eigen regio niet in de analyse wordt meegenomen, geldt dat patiënten in ruwweg 90% van de gevallen worden toegeleid naar zorgaanbieders die volledig passen bij de matchingscriteria die in de indicatiestelling zijn gespecificeerd. Wanneer in de analyse het streven naar een plaatsing in het passende arrondissement wordt meegenomen, daalt dit percentage voor klinische, verblijfs- en ambulante zorg naar respectievelijk 73,2%, 76,4% en 84,8%. Hierbij dient echter in acht te worden genomen dat meerdere respondenten van 3RO en PMO aangeven regelmatig eerst informeel contact op te nemen met een zorgaanbieder voor een specifieke patiënt, om vervolgens in geval van een akkoord de matchingscriteria aan te passen op het geregistreerde zorgaanbod van de betreffende zorgaanbieder. Dit suggereert dat de percentages van toeleidingspogingen waarbij de matchingscriteria corresponderen met het zorgaanbod van de zorgaanbieder voor verblijfszorg en ambulante zorg kunstmatig worden verhoogd. Dit geeft ook aan dat het op dit moment niet mogelijk is om de indicatiestellings- en plaatsingsgegevens te gebruiken als basis voor een vraaggestuurde zorginkoop, zoals eigenlijk de intentie was bij de inrichting van deze systematiek.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit het onderhavige onderzoek zijn een zestal aanbevelingen naar voren gekomen.

Aanbeveling 1: Creëer een nieuw IT-systeem ter vervanging van Ifzo.

Ketenpartners zijn overwegend negatief over het gebruik van Ifzo als ondersteuningssysteem voor indicatiestelling, matching en plaatsing. Zij beschrijven Ifzo als een traag systeem dat veel administratieve belasting veroorzaakt. Daarbij voldoet Ifzo niet als ondersteuningssysteem voor het matchingsproces, onder meer omdat het zorgaanbod niet volledig en niet voldoende betrouwbaar in Ifzo staat en omdat de 'harde' matchingscriteria onvoldoende informatie geven voor maatwerk. Een vernieuwd IT-systeem als vervanging voor Ifzo zou beter moeten aansluiten op de kennis, ervaring en werkwijzen van indicatiestellers en plaatsers. Het zou bijvoorbeeld flexibeler moeten zijn wat betreft manieren waarop plaatsingsfunctionarissen patiënten naar zorgaanbieders kunnen toeleiden. Daarnaast zou het de samenwerking binnen de keten en het onderlinge contact tussen individuele professionals moeten ondersteunen en bevorderen. Totdat dit nieuwe IT-systeem is ontwikkeld, is het van belang dat er

beter op wordt toegezien dat het geregistreerde zorgaanbod in Ifzo overeenkomt met de praktijk – hier ligt een taak voor zowel zorgaanbieders alsook voor accountmanagers van DJI.

Aanbeveling 2: Verbeter het zicht op het zorgaanbod, de zorgbehoefte, het indicatiestellings-, matchings- en plaatsingsproces en de trajecten van forensische patiënten.

Ook op het punt van het leveren van informatie die zicht geeft op de zorgvraag, de trajecten en het verblijf van forensische patiënten schiet het huidige Ifzo tekort. Uit het kwantitatief deelonderzoek komt duidelijk naar voren dat Ifzo op dit moment onvoldoende zicht biedt op belangrijke aspecten van het indicatiestellings- en plaatsingsproces, waaronder de toepassing van overbruggingszorg en *second best*-zorg. Het inzicht dat Ifzo biedt in het beschikbare forensische zorgaanbod - wat met name van belang is voor een ander doel van de Wfz, het creëren van voldoende forensisch zorgaanbod -, is ook zeer beperkt. Dat komt doordat geen informatie beschikbaar is over de aantallen (beschikbare) bedden en de lengte van de wachtlijsten van zorgaanbieders, maar ook doordat uit interviews blijkt dat in sommige gevallen matchingscriteria in Ifzo worden aangepast om plaatsing te faciliteren. Gedeeltelijk is dit een consequentie van het feit dat onder de huidige aanbestedingssystematiek geen bedden worden ingekocht, waardoor bedden niet enkel voor forensische zorg beschikbaar zijn maar ook gebruikt worden om zorg te verlenen binnen andere financieringsstelsels. Niettemin zal de inrichting van een IT-systeem zoals onder aanbeveling 1 wordt voorgesteld – met name wanneer dit IT-systeem ook als patiënten volgsysteem zal fungeren - het zicht op de gemiddelde bezetting van de forensische zorgsector merkbaar verbeteren. Een voorwaarde voor het opleveren van meer zicht op de genoemde aspecten door een dergelijk systeem is dat professionals er niet meer 'omheen werken'.

Aanbeveling 3: Zet nadrukkelijk in op het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit op basis van gesignaleerde tekorten.

Naast 'patiënt op de juiste plek' is ook 'voldoende forensische zorgcapaciteit' een van de doelen van de Wfz. Voldoende forensische zorgcapaciteit is een belangrijke voorwaarde voor de plaatsing van patiënten op de juiste plek – zonder beschikbare capaciteit kan een patiënt immers ook niet naar een passende plek worden toegeleid. Waar Ifzo slechts zeer beperkt zicht biedt op de tekorten binnen de forensische zorg, is uit onderhavig onderzoek gebleken dat ketenpartners op basis van hun praktijkervaring goed zicht menen te hebben op de meest prangende tekorten in het zorgaanbod. Het is van belang voor het functioneren van de indicatiestellings- en plaatsingssystematiek dat gericht wordt gehandeld om de capaciteitstekorten aan te pakken. Hierbij dient samen met zorgaanbieders gekeken te worden naar manieren waarop het financieel risico van het uitbreiden van het zorgaanbod in deze gevallen kan worden gereduceerd. Het nieuwe IT-systeem, voorgesteld in aanbevelingen 1 en 2, zou hier op den duur een belangrijke rol in kunnen spelen, doordat concrete prognostische cijfers op basis van indicatiestellingsdata dit risico deels zouden kunnen wegnemen.

Aanbeveling 4: Heroverweeg de noodzaak tot een onafhankelijke herindicatiestelling bij afschaling van het zorg- en beveiligingsniveau.

De noodzaak tot een onafhankelijke herindicatie bij afschaling van het beveiligingsniveau is een punt waar respondenten verschillend over denken. De onafhankelijke bepaling van de zorgvraag en het benodigde beveiligingsniveau ligt aan de basis van de systematiek van indicatiestelling en plaatsing. Tegelijkertijd brengt de noodzaak tot het aanvragen van een onafhankelijke indicatiestelling voor iedere afschaling veel administratieve lasten met zich mee. Ook moet de principiële vraag gesteld worden welk doel de onafhankelijke herindicatie dient, met name wanneer de zichtbaarheid van patiënten in de forensische zorgketen naar aanleiding van aanbevelingen 1 en 2 is verbeterd. Wanneer een betrokkene in forensische zorg in behandeling is, hebben de behandelaars van die instelling immers meer inzicht in de huidige toestand van de betrokkene dan een indicatiesteller die een beeld moet vormen op basis van brondocumenten. De huidige situatie, waar de regel bestaat dat bij een gelijke postcode van de vervolginstelling geen herindicatie nodig is, leidt tot een verschil in de bejegening tussen zorgaanbieders. Onderzocht zou moeten worden of er kaders opgesteld kunnen worden voor situaties waarin een onafhankelijke herindicatie bij afschaling achterwege zou kunnen blijven. Bijvoorbeeld in geval van specifieke strafrechtelijke titels, voor zorgaanbieders die kunnen aantonen secuur met een dergelijke verantwoordelijkheid om te gaan, of – zoals de intentie was van het programma trajectindicaties forensische zorg - door in de initiële indicatiestelling kaders voor verdere trajecten vast te leggen die zonder formele herindicatie kunnen worden gevolgd.

Aanbeveling 5: Verduidelijk de wettelijke grondslag voor het delen van informatie binnen de keten.

Het ervaren van onduidelijkheid wat betreft het delen van informatie binnen de keten lijkt een hardnekkig punt. Een belangrijke reden voor sommigen om dergelijke informatie nu niet (volledig) te delen, is volgens respondenten vrees voor verval van beroepsethiek en de eventuele tuchtrechtelijke consequenties van doorbreking van het beroepsgeheim zonder wettelijke grondslag. De huidige Handreiking informatie-uitwisseling forensisch zorg (2021) van het ministerie van Justitie en Veiligheid biedt nog niet voldoende duidelijkheid, bereikt nog niet voldoende alle ketenpartners, en neemt niet alle twijfels weg over de wettelijke grondslag voor het delen van informatie voor zorgaanbieders. Gezien het centrale belang van een geïnformeerde indicatiestelling voor het uiteindelijke doel om patiënten op de juiste plek te krijgen, is het belangrijk de onduidelijkheden en eventuele hiaten op te lossen. Het ministerie van Justitie en Veiligheid zou daarbij in contact moeten treden met (beroepsverenigingen van) zorgaanbieders, indicatiestellers en het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg om mogelijke hiaten in de huidige wettelijke grondslag voor het delen van gegevens over patiënten zoveel mogelijk weg te nemen.

Aanbeveling 6: Investeer in kwaliteitsbevordering en -borging.

Het Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische zorg (KKIFZ) is ontwikkeld om het proces van indicatiestelling, inclusief de aanvraag daarvan, verder te verbeteren. Voor alle ketenpartners ligt er de opgave om in de nabije toekomst de kwaliteitsaspecten uit het KKIFZ te concretiseren tot *best practice*-richtlijnen. Op den duur zouden deze richtlijnen met de invoering van een nieuw IT-systeem moeten worden bijgewerkt om de veranderde werkwijze te integreren met bestaande protocollen. Belangrijk is daarbij dat deze kennis en informatie ook daadwerkelijk alle praktijkfunctionarissen bereikt, en dat door middel van regelmatige bijscholing en intervisie op kwaliteitsborging wordt toegezien. Met name de drie reclasseringsorganisaties, die met afstand de meeste

indicatiestellingen en toeleidingspogingen voor forensische zorg doen, staan hierbij voor een grote uitdaging. De processen van indicatiestelling en plaatsing worden decentraal uitgevoerd door meer dan 2000 adviseurs en toezichthouders. Om de kwaliteit van indicatiestelling en plaatsing te borgen is het van belang dat alle professionals die een rol spelen in de processen van indicatiestelling en plaatsing – ook wanneer zij hier niet regelmatig mee te maken krijgen – voldoende geschoold zijn en op de hoogte blijven van *best practice*-werkwijzen.

Patiënt op de juiste plek

De interviews met functionarissen in de praktijk schetsen een duidelijk beeld: alle verschillende partijen binnen de keten werken gedreven en vol overtuiging aan het bewerkstelligen van het uiteindelijke doel om patiënten met de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Daarbij wordt met enige regelmaat afgeweken van de processen voor indicatiestelling en plaatsing zoals bedoeld in de Wfz. Hierdoor is op basis van de registratiecijfers niet vast te stellen in hoeverre de patiënten daadwerkelijk op de juiste plek met de juiste zorg terecht komen. De professionals handelen naar het doel van de zorg maar lopen hierbij tegen verschillende obstakels aan, met name waar het gaat om een IT-systeem dat soms eerder tegen werkt dan ondersteunt en een aanhoudend tekort aan passende zorgcapaciteit. Met name door deze laatste factor lijkt het soms in de praktijk niet te gaan om 'de juiste plek' maar om de in de ogen van de professional 'beste beschikbare plek'.

In de interviews gaven respondenten aan in sommige situaties af te wijken van de beoogde processen van indicatiestelling en plaatsing. Respondenten van PMO en 3RO geven aan buiten Ifzo om te werken, waarbij een zorgaanbieder direct wordt benaderd met betrekking tot een specifieke casus en de indicatiestelling en matchingsprocedure vervolgens op zo'n manier wordt vormgegeven dat naar de betreffende zorgaanbieder kan worden toegeleid. De belangrijkste redenen die hiervoor worden gegeven zijn enerzijds dat de plaatser al een beeld heeft welke zorgaanbieder passend zou zijn, waarbij direct contact over een casus het aanmeldingsproces en maatwerk kan faciliteren, anderzijds de traagheid van het Ifzo-systeem en dat het zorgaanbod niet altijd betrouwbaar in Ifzo is weergegeven. Daarnaast geven respondenten van alle plaatsende partijen aan in sommige situaties de zorgvraag te moeten aanpassen aan de hand van de beschikbare capaciteit. Uiteindelijk gaat het hierbij om deviaties van de beoogde processen die worden veroorzaakt door uitdagingen binnen de forensische zorgketen – de omgang met Ifzo en capaciteitstekorten binnen sommige sectoren van de forensische zorg – en die worden toegepast om patiënten ondanks de bestaande uitdagingen toch op een zo passend mogelijke plek te kunnen plaatsen.

Analyses op basis van gegevens uit de registratiesystemen Ifzo en FCS laten zien dat, met name voor klinische zorg, onvoldoende kan worden voldaan aan het uitgangspunt om patiënten forensische zorg te bieden in de regio waar zij uiteindelijk ook zullen re-integreren. De doorlooptijden van het indicatiestellings- en plaatsingsproces lijken op basis van Ifzo-data voor het merendeel van de patiënten erg kort (de helft van de patiënten wordt geplaatst binnen 1 tot 3 weken), hoewel deze doorlooptijden waarschijnlijk worden onderschat vanwege acties van onbekende duur die worden uitgevoerd voorafgaand aan de eerste registraties in Ifzo. Niettemin zien we dat de doorlooptijd voor een ander deel van de patiënten sterk oploopt (één op de tien patiënten wacht langer dan 4 maanden op een plaatsing). Toeleidingspogingen lijken regelmatig niet tot een geschikte plaatsing te leiden, al kan uit de beschikbare

gegevens niet worden opgemaakt waar dit precies aan ligt en wat er vervolgens met deze patiënten gebeurt of wat het effect daarvan is op de betrokkenen. Gezien de tekortkomingen van het huidige Ifzo-systeem en de manier waarop dit door ketenpartners in de praktijk wordt gebruikt is het niet goed mogelijk om op basis van registratiegegevens harde conclusies te verbinden aan de vraag hoe vaak patiënten wel of niet op de juiste plek met de juiste forensische zorg terechtkomen. Daardoor blijft ook onduidelijk welke impact de systematiek van indicatiestelling en plaatsing heeft op het uiteindelijke doel van de forensische zorg, te weten het herstel van de forensische patiënt en de vermindering van de kans op recidive ten behoeve van de veiligheid van de samenleving. Om beter zicht te krijgen op het doel om patiënten op de juiste plek te plaatsen is het van groot belang dat geïnvesteerd wordt in een solide IT-systeem dat patiënten binnen de forensische zorg kan volgen en beter aansluit bij de wensen en behoeften van professionals in de praktijk.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

1.1.1 Maatschappelijk belang

Het streven is om door forensische zorg het herstel van de forensische patiënt te bevorderen en de kans op recidive te verminderen, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving (art. 2.1 Wet forensische zorg [Wfz]). Voor het stelsel van forensische zorg heeft de wetgever met het opstellen van de Wfz vier doelen geformuleerd: de toeleiding van de patiënt naar de juiste plek, voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede forensische zorg en de verbetering van de continuïteit van zorg, ook na afloop van het strafrechtelijk kader (*Kamerstukken II*, 2009-2010, 32 398, nr. 3).

In de eerder uitgevoerde planevaluatie is de beleidstheorie van de Wfz gereconstrueerd en onderzocht. In de huidige procesevaluatie wordt onderzoek gedaan naar processen die in de beleidstheorie van de Wfz centraal staan wat betreft het behalen van het doel 'patiënt op de juiste plek' (Burger & De Kogel, 2022). Andere kernprocessen van de Wfz zijn de zorginkoop (waarmee de capaciteit en kwaliteit van forensische zorg bevorderd zou moeten worden) en het schakelartikel 2.3 Wfz dat is gericht op het verbeteren van de continuïteit van zorg. Per 1 januari is de strategie voor de inkoop van forensische zorg veranderd van een *open house* naar een landschapsgericht inkoopmodel. Gezien de grote verschuiving in de inkoopstrategie die tijdens de onderzoeksperiode plaatsvond, was het niet opportuun om de zorginkoop in de huidige procesevaluatie te onderzoeken. Het schakelartikel 2.3 Wfz wordt reeds onderzocht in verschillende andere deelprojecten van de evaluatie Wfz, waaronder een monitorproject (Statsch & De Kogel, 2024), een jurisprudentieonderzoek (Oosterhuis, Burger & De Kogel, 2022) en een onderzoek naar ervaringen in de uitvoeringspraktijk (De Kogel, Van der Ree en Burger, 2021).

Volgens de Memorie van Toelichting van de Wfz wordt onder het doel 'Patiënt op de juiste plek' verstaan dat een forensische patiënt zorg passend bij diens stoornis ontvangt, op het vereiste beveiligingsniveau en waarbij er zo snel mogelijk met de behandeling van de justitiabele gestart kan worden (*Kamerstukken II*, 2009-2010, 32 398, nr. 3, p. 3). Om te faciliteren dat patiënten op de juiste plek met de juiste forensische zorg worden geplaatst, werd in het project Vernieuwing Forensische Zorg, dat uiteindelijk zou uitmonden in het wetsvoorstel voor de Wfz, een uniforme systematiek voor onafhankelijke en individuele indicatiestelling en plaatsing van forensische patiënten ontwikkeld en geïmplementeerd (*Kamerstukken II* 2006-2007, 29 452, nr. 70). De wet- en regelgeving zou binnen de Wfz worden geharmoniseerd, waardoor er één uniforme plaatsingsprocedure zou zijn voor de forensische zorg, onafhankelijk van de achterliggende strafrechtelijke titel van een patiënt (*Kamerstukken II* 2009-2010, 32 398, nr. 3, p. 80). De systematiek van indicatiestelling en plaatsing is sinds 2008 geleidelijk voor de gehele forensische zorg ingevoerd (Mulder et al., 2014; *Kamerstukken II* 2006-2007, 29 452, nr. 70).

Met de systematiek van indicatiestelling en plaatsing werd een poging gedaan om weg te bewegen van een situatie waarbij plaatsingen grotendeels werden gedaan op basis van 'ons kent ons', en waarbij de beschikbaarheid van zorgaanbod een belangrijke voorspeller was van de zorg die patiënten ontvingen (Daniels, 2008; Van Kordelaar &

Slijkhuis, 2011). In plaats daarvan werd ingezet op een onafhankelijke plaatsing die gebaseerd zou moeten zijn op de zorgvraag en de benodigde beveiliging. De rechtsgelijkheid van patiënten en het creëren van een gelijk speelveld voor forensische zorgaanbieders vormen daarvoor belangrijke uitgangspunten. Om deze vraaggerichte plaatsing te bevorderen is een strikte functiescheiding binnen het stelsel van forensische zorg geïntroduceerd: het inkopen, indiceren, plaatsen en verlenen van zorg dient onafhankelijk van elkaar te zijn. Op deze manier moest ook belangenverstrengeling voorkomen worden waarbij de zorg inkopende en de zorg aanbiedende partijen invloed zouden hebben op de inhoud van de indicatiestelling (*Kamerstukken II* 2005/06, 30 250, nrs. 4-5, p. 125; *Kamerstukken II* 2006-2007, 29 452, nr. 48).

In de indicatiestelling dient de zorg- en waar nodig beveiligingsvraag van de patiënt te worden vastgesteld door een partij die onafhankelijk is van de zorginkoop of de zorgverlening (*Kamerstukken II* 2005/06, 30 250, nrs. 4-5, p. 125; *Kamerstukken II* 2006-2007, 29 452, nr. 48). De inhoud van deze indicatiestelling zou de basis moeten vormen voor het besluit waar de patiënt geplaatst wordt. Een dergelijke vraag-gestuurde plaatsing en zorgverlening wordt verondersteld uiteindelijk een veilige manier van terugkeren van de betrokkene naar de samenleving te bevorderen. Aan deze hernieuwde indicatiestelling- en plaatsingssystematiek waren hoge verwachtingen verbonden. Zo zou de 'verkeerde bedden problematiek [worden] opgelost' en zou de geïntroduceerde uniforme werkwijze leiden tot 'een optimale match tussen zorgvraag en zorgaanbod op individueel niveau (…), gebaseerd op de gestelde indicatie' (Beleidskader plaatsing forensische zorg, 2011).

Omdat er onvoldoende zicht was op hoe de processen van indicatiestelling en plaatsing in de praktijk functioneren, was niet duidelijk in hoeverre deze processen kunnen bijdragen aan het doel van de Wfz om forensische patiënten naar de juiste plek met de juiste zorg te geleiden. In het onderhavige onderzoek wordt het functioneren van deze processen nader onderzocht. Daarbij richt dit onderzoek zich specifiek op de Overige Forensische Zorg (OFZ) – alle vormen van forensische zorg met uitzondering van tbs met dwangverpleging. De reden dat tbs met dwangverpleging niet in dit onderzoeksproject is meegenomen is dat de processen van indicatiestelling en plaatsing voor deze forensische titel anders zijn ingericht, waarbij niet op dezelfde registratiesystemen wordt gesteund als binnen de OFZ.

1.1.2 De Wet forensische zorg en het evaluatieonderzoek

De Wfz is een organisatiewet die per 1 januari 2019 van kracht is geworden en die een kader op hoofdlijnen biedt voor de inkoop en organisatie van forensische zorg aan volwassenen. De procedures van indicatiestelling en plaatsing die in de Wfz worden beschreven zijn reeds sinds de inwerkingtreding van het Interimbesluit forensische zorg in 2011 in werking (voor een beschrijving van de parlementaire geschiedenis van de Wfz, zie Burger & De Kogel, 2022).

Het onderhavige deelonderzoek is onderdeel van het vijfjarige onderzoeksprogramma Evaluatie Wet forensische zorg (2021 t/m 2025) dat op verzoek van het Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen wordt uitgevoerd door het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Datacentrum (WODC). In de eerste fase van dit onderzoeksprogramma zijn drie deelrapporten verschenen: een planevaluatie Wfz (Burger & De Kogel, 2022), een onderzoek naar toepassing van en ervaringen met artikel 2.3 Wfz (De Kogel, Van der Ree & Burger, 2021) en een jurisprudentie-

onderzoek naar artikel 2.3 Wfz (Oosterhuis, Burger & De Kogel, 2022). De procesevaluatie is onderdeel van de tweede fase van het onderzoeksprogramma en bouwt voort op de bevindingen van de planevaluatie Wfz. Naast de procesevaluatie werkt het WODC aan de ontwikkeling van een monitor Wfz die onder meer inzicht moet geven in doorstroomtrajecten van forensische zorg naar reguliere verplichte en vrijwillige zorg.

1.2 Forensische zorg en zorgtitels

De wetgever omschrijft forensische zorg als 'geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, met inbegrip van psychogeriatrische zorg, die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere justitiële titel' (*Stb*. 2019, 230). De forensische jeugdzorg, waaronder de PIJ-maatregel, valt buiten het stelsel van forensische zorg.

Forensische zorg wordt door het ministerie van Justitie en Veiligheid gefinancierd, waarbij de bijbehorende forensische zorgtitel als bekostigingsgrondslag dient. Op het moment van schrijven zijn er in totaal 24 forensische zorgtitels, verdeeld over 6 categorieën.[1] De forensische zorgtitels zijn weergegeven in box 1.1.

[1] https://www.forensischezorg.nl/zorginkoop-en-financiering/forensische-zorgtitels, geraadpleegd 11-07-2024.

Box 1.1 Forensische zorgtitels

Tbs met dwangverpleging

1 tbs met dwangverpleging (art. 37a jo 37b WvSr)
2 tbs met proefverlof (art. 51 Bvt)
3 bevel voorlopige verpleging (art. 509i WvSv)
4 bevel aanhouding (art. 509h WvSv)

Zorg als voorwaarde bij beslissing rechter, openbaar ministerie of Kroon

5 voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g WvSr)
6 tbs met voorwaarden (art. 38a WvSr)
7 voorwaardelijke veroordeling (art. 14a WvSr)
8 schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 WvSv)
9 sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 WvSv)
10 strafbeschikking met aanwijzing (art. 257a WvSv)
11 voorwaardelijke invrijheidstelling met bijzondere voorwaarden (art 15a WvSr)
12 voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiewet jo. 558 WvSv)
13 zelfstandige gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (art. 38z WvSr jo / art. 38ab WvSr)

Zorg in detentie, tijdens tenuitvoerlegging vrijheidsstraf of ISD-maatregel

14 overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 Pbw)
15 overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Pbw)
16 plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38p WvSr) (art. 38m WvSr jo art. 44b-44q Pm)
17 plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38p WvSr)
18 penitentiair programma met zorg (art. 5 Pm)
19 interne overplaatsing naar penitentiair psychiatrisch centrum in het gevangeniswezen (art. 15 Pbw)
20 poliklinische verrichtingen door de GGZ in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw)

Zorg in het kader van Forensisch Psychiatrisch Toezicht

21 forensisch psychiatrisch toezicht: proefverlof
22 forensisch psychiatrisch toezicht: voorwaardelijke beëindiging

Diagnostiek

23 plaatsing vanwege pro-Justitia rapportage (art. 196/ 317 WvSv)

Zorg zonder strafrechtelijke titel

24 voorgenomen indicatiestelling

1.3 Eerder onderzoek naar indicatiestelling en plaatsing in de forensische zorg

Zoals benoemd in paragraaf 1.1 werd de toeleiding van patiënten naar forensische zorg in de periode voorafgaand aan de stelselwijziging gekenmerkt door een gebrek aan systematiek en op basis van 'ons kent ons' (Daniels, 2008; Van Kordelaar & Slijkhuis, 2011). Mogelijk als gevolg van dit gebrek aan systematiek in het plaatsingsproces waren er belangrijke arrondissementale verschillen in de mate waarin werd besloten een pJ-rapportage aan te vragen, in het type onderzoek waartoe besloten werd en in de adviezen van rapporteurs tot het opleggen van een strafrechtelijke maatregel. Deze verschillen waren onder andere afhankelijk van de

grootte van een arrondissement en het beschikbare zorgaanbod. Zo werd in een arrondissement met een FPK of FPC vaker geadviseerd tot het opleggen van een tbs met voorwaarden, terwijl in een arrondissement met een poliklinische dagbehandeling relatief vaker bijzondere voorwaarden werden geadviseerd (Van Kordelaar, 2002, p. 16-34). Deze onderzoeken laten zien dat er in de periode voor de invoering van de systematiek van indicatiestelling en plaatsing sprake was van rechtsongelijkheid voor patiënten, waarbij het zorgaanbod van het arrondissement waar de strafzitting plaatsvond van invloed kon zijn op zowel de toeleiding naar zorg als het strafrechtelijk kader.

Om deze situatie van rechtsongelijkheid tegen te gaan, en om de invloed van zorginkoop en zorgaanbod op de zorgtoeleiding te verminderen, werd een uniforme systematiek voor onafhankelijke en individuele indicatiestelling en plaatsing van forensische patiënten ontwikkeld en geïmplementeerd (*Kamerstukken II* 2006/07, 29 452, nr. 70). In de planevaluatie van de Wfz (Burger & De Kogel, 2022) werd geconcludeerd dat de beleidstheorie goed onderbouwd is en dat de scheiding van indicatiestelling en plaatsing in theorie de vraag-gestuurde toeleiding van een patiënt naar de juiste plek zou kunnen faciliteren.

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

Uit eerder onderzoek bleek dat ook het plaatsingsproces in de praktijk door capaciteit kan worden gestuurd. Vanwege capaciteitsproblemen kan het voorkomen dat er geen beschikbare passende plekken zijn, waarna de indicatiestelling wordt aangepast op basis van het beschikbare zorgaanbod (Broere et al., 2016). Waar de processen van indicatiestelling en plaatsing in theorie volgtijdelijk zouden moeten plaatsvinden, vindt in dat geval een iteratief proces plaats waarbij de indicatiestelling wordt aangepast op basis van de problemen die spelen bij de plaatsing. Doordat niet structureel wordt bijgehouden of patiënten op de juiste plek kunnen worden geplaatst en of indicatiestellingen moeten worden aangepast, kan opnieuw niet worden vastgesteld in hoeverre wel of niet sprake is van een stelselmatige afwijking van het uitgangspunt van vraag-gestuurde plaatsing.

Het gebrek aan registratie en zichtbaarheid van de processen van indicatiestelling en plaatsing wordt ook in het rapport 'In de zorg, uit het zicht' van de Algemene Rekenkamer benoemd (2022). In dit rapport werd voor de periode 2016-2019 onderzocht in hoeverre er voldoende zicht was op de doeltreffendheid en doelmatigheid van het ingezette beleid met betrekking tot de doelen van de Wfz. De onderzoekers concludeerden dat het ministerie van Justitie en Veiligheid onvoldoende zicht heeft op de passendheid en tijdigheid van de toeleiding van patiënten. Dit zou er onder andere mee samenhangen dat patiënten niet goed te volgen zijn in de huidige versie van het Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo; zie paragraaf 2.2.1 voor meer informatie over dit informatiesysteem).

1.4 Onderzoeksvragen

In het onderhavige onderzoek wordt nader ingegaan op hoe de processen van indicatiestelling en plaatsing zijn ingericht, waar deze processen wel of niet worden uitgevoerd zoals beoogd en welke knelpunten er bestaan. Om hier beter zicht op te krijgen is het onderzoeksproject opgedeeld in een kwalitatief en een kwantitatief deelonderzoek. Het kwalitatieve deelonderzoek is gericht op de vraag of de processen van indicatiestelling, matching van een patiënt aan een zorgaanbieder en plaatsing van de patiënt worden uitgevoerd zoals beoogd. Ook richt het kwalitatieve onderzoek zich op de vraag welke factoren daarbij als helpend dan wel belemmerend worden ervaren. Het kwantitatieve onderzoek is gericht op de vraag of het forensisch zorgaanbod een adequate dekking biedt voor de zorg- en beveiligingsvragen van de forensische patiënten. Daarnaast staat in het kwantitatieve onderzoek de vraag centraal in hoeverre patiënten kunnen worden geplaatst op een plek die correspondeert met de zorg- en beveiligingsbehoeften zoals die in de indicatiestelling zijn aangegeven.
De onderzoeksvragen en de hoofdstukken waarin deze worden behandeld zijn weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Onderzoeksvragen en waar deze behandeld worden

Onderzoeksvraag		Hoofdstuk
1	Worden de processen van indicatiestelling, matching en plaatsing uitgevoerd zoals beoogd (uitgangspunten passendheid, tijdigheid, vraaggestuurd i.p.v. capaciteitsgestuurd)?	H3, H4
2	Welke factoren spelen een helpende of belemmerende rol bij de uitvoering van de indicatiestelling en de plaatsing?	H5
3	Biedt het forensisch zorgaanbod een adequate dekking voor de zorg- en beveiligingsvragen?	H6
4	Hoe vaak en in welke gevallen kan een patiënt wel of niet geplaatst worden op een plek die correspondeert met de zorg- en beveiligingsbehoeften die zijn vastgelegd in de indicatiestelling?	H7

1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 biedt een beschrijving van de methoden van zowel het kwalitatief als het kwantitatief deelonderzoek, inclusief een beschrijving van de bronsystemen die in het kwantitatief deelonderzoek worden gebruikt. In hoofdstuk 3 wordt de organisatie van indicatiestelling en plaatsing beschreven op basis van wet- en regelgeving, en op basis van overeenkomsten en handreikingen die voor de uitvoeringspraktijk zijn opgesteld. In hoofdstuk 4 en 5 worden resultaten van het kwalitatief deelonderzoek beschreven. In hoofdstuk 4 staan de ervaringen van de respondenten met de onderzochte processen centraal. Hoofdstuk 5 richt zich specifiek op factoren die door respondenten als helpend of belemmerend zijn benoemd in het indicatiestellings- en plaatsingsproces. In hoofdstuk 6 en 7 staan de resultaten van het kwantitatief deelonderzoek centraal. Hoofdstuk 6 biedt een beschrijving van het forensische zorgaanbod op basis van gegevens uit het Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo)

van DJI. In hoofdstuk 7 worden gegevens over toeleidingspogingen in Ifzo nader geanalyseerd om zicht te krijgen op de mate waarin patiënten worden geplaatst op een passende plek op basis van de indicatiestelling. In hoofdstuk 8 volgt een discussie over de processen van indicatiestelling en plaatsing aan de hand van de beantwoording van de vier onderzoeksvragen uit paragraaf 1.4, evenals een conclusie over de rol van het indicatiestellings- en plaatsingsproces ten opzichte van het overkoepelende doel van de Wfz: 'Patiënt op de juiste plek.'

2 Methoden

2.1 Methoden kwalitatief deelonderzoek

2.1.1 Respondenten en werkwijze

Er zijn in totaal 35 interviews gehouden met functionarissen van ketenpartners die betrokken zijn bij de indicatiestelling en plaatsing van patiënten in de forensische zorg.

Om te faciliteren dat de juiste personen vanuit de verschillende organisaties benaderd zouden worden is een klankbordgroep samengesteld met leden vanuit de verschillende relevante ketenpartners (bijlage 2). De leden van de klankbordgroep zijn sleutelfiguren met overzicht over hoe de processen indicatiestelling en plaatsing in hun organisatie zijn ingericht. De klankbordgroepleden hebben een faciliterende rol gespeeld bij de benadering van functionarissen uit hun respectievelijke organisaties, waarbij functionarissen op basis van vrijwilligheid konden aangeven of zij wilden deelnemen aan vraaggesprekken in het kader van dit onderzoek. De vraaggesprekken duurden gemiddeld anderhalf uur.

Per ketenpartner zijn de volgende functiegroepen betrokken geweest bij een vraaggesprek:

Werkeenheid Indicatiestelling Forensische Zorg van het NIFP/IFZ

1	Coördinator indicatiestelling	Noord-Oost Nederland
2	Coördinator indicatiestelling	Zuid Nederland
3	Coördinator indicatiestelling	Zuid-Holland
4	Coördinator indicatiestelling	Midden-Nederland
5	Psychiater	Zuid/Midden Nederland

Dienst Individuele Zaken (DIZ) van DJI

1 Selectiefunctionaris klinische plaatsingen/begeleid wonen
2 Senior selectiefunctionaris klinische plaatsingen
3 Senior selectiefunctionaris FPL
4 Selectiefunctionaris tbs
5 Selectiefunctionaris tbs

Afdeling Accountmanagement van DJI

1 Senior accountmanager

Reclassering (3RO)

1	Toezichthouder	SVG
2	Toezichthouder	SVG
3	Toezichthouder	SVG
4	Toezichthouder	SVG
5	Integraal reclasseringswerker	SVG
6	Integraal reclasseringswerker	SVG
7	Integraal reclasseringswerker	SVG
8	Toezichthouder	RN
9	Toezichthouder	LJ&R

Psychomedisch overleg van penitentiaire inrichtingen (PMO)

1	Regiopsycholoog	ISD-afdeling
2	Senior casemanager	ISD-afdeling
3	Inrichtingspsycholoog	ISD-afdeling
4	Inrichtingspsycholoog	Algemene afdeling
5	Inrichtingspsycholoog en verpleegkundig specialist	PPC (dubbelinterview)

Forensische zorgaanbieders

1	2 opnamecoördinatoren	FPC (dubbelinterview)
2	Outreachend sociotherapeut	FPC
3	Hoofd behandeling	FVK
4	2 opnamecoördinatoren	FPK/FPA (dubbelinterview)
5	Opnamecoördinator	FPA
6	Opnamecoördinator	RIBW
7	2 opnamecoördinatoren	RIBW (dubbelinterview)
8	Trajectmanager	RIBW
9	Opnamecoördinator	RIBW
10	Verpleegkundig specialist en psychiater	Forensische poli (dubbelinterview)

De voorlopige resultaten en duidingen zijn besproken met de klankbordgroep van het onderzoeksproject. De hoofdstukken 1 tot en met 7 zijn eveneens aan de klankbordgroep voorgelegd, met de vraag of zij deze wilden controleren op feitelijke onjuistheden.

2.1.2 Analyse en rapportage interviewgegevens

De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen met een audiorecorder en vervolgens woordelijk uitgewerkt tot tekstbestanden. De kwalitatieve informatie uit de interviews is digitaal verwerkt met behulp van het softwareprogramma MAXQDA (VERBI Software, 2018). Door codes die corresponderen met onderzoeksthema's te koppelen aan relevante blokken tekst, kunnen de voor een bepaalde thema relevante passages uit verschillende interviews geordend worden om te worden verwerkt tot een tekst in het onderzoeksrapport.

2.2 Methoden Kwantitatief deelonderzoek

2.2.1 Databronnen

Voor de kwantitatieve analyses zijn gegevens gebruikt over de indicatiestelling en toeleiding van forensische patiënten uit het Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo). Daarnaast zijn gegevens over forensische zorgtrajecten geëxtraheerd uit het Facturatie Controle Systeem (FCS). Een beschrijving van beide ICT-systemen is weergegeven in box 2.1. Gegevens uit zowel Ifzo als FCS zijn door de afdeling MetIS van DJI aan het WODC geleverd.

Uit Ifzo zijn patiëntgegevens opgevraagd op het niveau van individuele toeleidingspogingen naar forensische zorg. Dit houdt in dat informatie is opgevraagd over iedere poging die is gedaan om een persoon toe te leiden naar een gecontracteerde zorgaanbieder, ook wanneer dit niet heeft geresulteerd in een

plaatsing. In dit rapport wordt een analyse gemaakt van alle toeleidingspogingen die zijn gedaan voor patiënten in de forensische zorg in de periode tussen van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2021. Wanneer analyses zich richten op de vraag in hoeverre toeleidingspogingen hebben geleid tot een plaatsing, zijn enkel toeleidingspogingen in de periode 1 januari 2017 tot 1 juli 2021 geïncludeerd – toeleidingspogingen die tot 1 juli 2021 zijn gedaan en hebben geleid tot een plaatsing vóór 31 december 2021 worden op deze manier nog correct geïdentificeerd als geslaagde toeleidingspoging.

Box 2.1 Beschrijving bronsystemen Ifzo en FCS

Informatiesysteem forensische zorg (Ifzo)
Ifzo is een integraal onderdeel van het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Het registratiesysteem zou het gehele proces van indicatiestelling en plaatsing binnen de forensische zorg moeten ondersteunen. Iedere stap van het indicatiestellings- en plaatsingsproces wordt in principe uitgevoerd vanuit Ifzo: het aanvragen van een indicatiestelling, het registreren van een indicatiestelling, de matching tussen de zorg- en beveiligingsvraag van een patiënt en het geregistreerde zorgaanbod, en de aanmelding en plaatsing bij een zorgaanbieder.

Daarnaast registreren zorgaanbieders per zorglocatie hun zorgaanbod in Ifzo aan de hand van een aantal harde criteria (zie paragraaf 3.3.3). De inhoud van deze criteria bepaalt het profiel van de patiënt dat naar een zorgaanbieder met bijpassend aanbod kan worden toegeleid.

Facturatie Controle Systeem (FCS)
FCS is een facturatiesysteem waarin aanbieders geleverde forensische zorg kunnen declareren. Hierbij dient de zorgaanbieder onder andere te registreren om welke patiënt het gaat, welk type zorg is verleend, in welke periode deze zorg is verleend en op basis van welke bekostigingsgrondslag (forensische titel) de facturatie wordt ingediend.

Gegevens van zorgaanbieders zijn opgevraagd op het niveau van vestigingen. Voor zowel hoofdlocaties als specifieke vestigingen daarbinnen, zijn de kenmerken van zorgaanbieders opgevraagd. Het gaat om kenmerken die betrekking hebben op criteria die gebruikt worden voor de matching tussen zorgaanbieders en de zorgvraag en het beveiligingsniveau van forensische patiënten. Door deze kenmerken te combineren met de geografische locatie van iedere zorgaanbieder kan ook een beeld geboden worden van de spreiding van het zorg- en beveiligingsaanbod over de verschillende regio's.

Uit FCS is data opgevraagd over gefactureerde forensische zorg in de periode van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2021. Naast persoons- en plaatsings-identificerende kenmerken (strafketennummer, plaatsingsbesluitnummer) gaat het hierbij om de start- en einddatum van gedeclareerde forensische zorg evenals beschrijvingen van de zorgprestaties die worden gedeclareerd.

Om de interpretatie en duiding van onderzoeksresultaten te verbeteren, is gedurende het onderzoekstraject veelvuldig contact geweest tussen de onderzoekers en verschillende leden van zowel het data-analyse team van DJI, als het team van de

Product Owner en de testmanager van Ifzo. De hoofdstukken 6 en 7 zijn door laatstgenoemde partijen gecontroleerd op feitelijke onjuistheden.

2.2.2 *Dataveiligheid en databewerking*

Alvorens de gegevens van DJI werden opgevraagd is een Data Privacy Impact Assessment (DPIA) opgesteld. Deze is goedgekeurd door de *privacy officers* van het WODC, DJI en het ministerie van Justitie en Veiligheid. In de DPIA is beschreven welke gegevens met welk verwerkingsdoel zijn opgevraagd, hoe deze gegevens aangeleverd worden en welke bewerkingsstappen door het WODC worden gedaan.

De gegevens van DJI zijn via een beveiligde digitale route aan het WODC geleverd. Gepseudonimiseerde ID-nummers zijn vervangen door nietszeggende unieke onderzoeksnummers zodat persoonsgegevens niet herleidbaar zijn. Alle databestanden zijn opgeslagen op de beveiligde server van het WODC in een beveiligde map waar enkel de onderzoekers die betrokken zijn bij het onderzoek toegang toe hebben.

In de eerste stap van de databewerking zijn persoonsidentificerende gegevens - strafrechtketennummer (SKN), parketnummer (PKN), plaatsingsbesluitnummer (PLB)[2] en de geboortedatum - in de brondata versleuteld, zodat de verdere databewerking met versleutelde gegevens plaatsvindt. Vervolgens zijn de personen in de brondata op basis van de versleutelde SKN, PKN en geboortedatum in de Onderzoek- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) opgezocht. Voor personen waarbij dit is gelukt is de data verrijkt met een versleutelde versie van het identificatienummer in het Justitieel Documentatie Systeem (SJDS). Dit nummer is nodig voor koppeling op persoonsniveau van Ifzo-gegevens en FCS-gegevens. De hierna beschreven data-koppeling en analyse zijn enkel uitgevoerd voor personen waarbij een versleutelde versie van het SJDS-nummer achterhaald kon worden.

2.2.3 *Data-koppeling en analyse*

De gegevens over toeleidingspogingen in Ifzo zijn gekoppeld aan bijbehorende zorgfacturatiegegevens uit FCS om te kunnen bepalen of toeleidingspogingen daadwerkelijk tot gerealiseerde zorg hebben geleid. De registratiegegevens zijn gekoppeld op basis van twee methodes. De eerste en belangrijkste methode is het koppelen van Ifzo-gegevens aan eventuele FCS-gegevens op basis van zowel het SJDS-nummer van de patiënt als het PLB. Omdat uit exploratie van beide bronsystemen is gebleken dat het PLB van een persoon in Ifzo en FCS niet in alle gevallen overeenkomt, is nog een tweede koppelmethode toegepast. Met de tweede methode zijn Ifzo-gegevens aan FCS-gegevens gekoppeld wanneer zowel het SJDS-nummer als de startdatum van zorg (met een marge van +/- 2 dagen) in beide bestanden overeenkwam. Aan de hand van deze methoden zijn relevante kenmerken over de geleverde zorg gekoppeld aan de bijbehorende zorgtoeleidingen in Ifzo. Hierbij gaat het onder andere om het type zorg dat wordt geleverd, het eventuele beveiligingsniveau, de zorgintensiteit, de start- en einddatum van de zorg en de naam van de zorgaanbieder.

Daarnaast is een tweede koppeling gemaakt tussen Ifzo en FCS om te achterhalen of een patiënt al forensische zorg ontving op het moment dat werd begonnen met een

[2] Het SKN is een uniek nummer dat wordt gekoppeld aan een identiteit en dat van belang is bij de bepaling of een persoon al eerder in aanraking is geweest met Justitie. Het PKN is het nummer dat een strafzaak krijgt bij registratie door het Openbaar Ministerie. Het PLB is een uniek nummer dat gebruikt wordt om voor het ministerie van JenV de keten tussen indicatie, plaatsing en geleverde zorg inzichtelijk te maken.

indicatiestelling voor forensische zorg. Op deze manier kon worden gedifferentieerd tussen initiële indicatiestellingen en her-indicaties. Wanneer de datum waarop de aanvraag werd ontvangen door de indicerende partij, viel binnen een periode waarin in FCS zorg is gedeclareerd, is de indicatiestelling als een 'herindicatie' gekenmerkt. Relevante kenmerken van de forensische zorg die werd geleverd ten tijde van de aanvraag voor de indicatiestelling zijn gekoppeld aan de desbetreffende zorgtoeleidingen (het type zorg dat wordt geleverd, het eventuele beveiligingsniveau en de zorgintensiteit, de start- en einddatum van deze zorg en de naam van de zorgaanbieder).

De data-analyse is uitgevoerd in *R,* versienummer 4.1.2.

3 De organisatie van indicatiestelling en plaatsing 'op papier'

3.1 Inleiding

In de Wfz, het daarbij behorende Besluit forensische zorg (Bfz) en de Regeling forensische zorg (Rfz) worden de kaders voor de uitvoering van indicatiestelling en plaatsing in de forensische zorg omschreven. In dit hoofdstuk staat de manier waarop de processen van indicatiestelling en plaatsing in theorie zijn uitgedacht centraal. In dit hoofdstuk zal aandacht uitgaan naar de ketenpartners die betrokken zijn bij de indicatiestelling en plaatsing (paragraaf 3.2). In paragraaf 3.3 wordt beschreven hoe de processen van het aanvragen van een indicatiestelling, het indiceren, het matchen en het plaatsen 'op papier' zijn vormgegeven. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de rolverdeling tussen de verschillende ketenpartners binnen elk deelproces. Tot slot wordt in paragraaf 3.4 aandacht besteed aan het thema informatie-uitwisseling binnen de keten ter bevordering van het indicatiestellings- en plaatsingsproces.

3.2 Betrokken ketenpartners

Bij de processen van indicatiestelling en plaatsing zijn verschillende ketenpartners betrokken. Hieronder zullen we een aantal partijen die een centrale rol spelen in de onderzochte werkprocessen kort nader omschrijven.

3.2.1 NIFP/IFZ

De afdeling Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ) van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) is verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor klinische forensische zorg. Daarnaast verzorgt het NIFP/IFZ de indicatiestelling voor verblijfszorg in aansluiting op klinische zorg. NIFP/IFZ is ingedeeld in vijf regionale diensten, die indicatiestellingen verzorgen voor de desbetreffende regio's in Nederland.

3.2.2 DJI-DIZ

De Divisie Individuele Zaken (DIZ) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is verantwoordelijk voor de plaatsing van betrokkenen in klinische zorg en verblijfzorg in aansluiting op klinische zorg. Selectiefunctionarissen van DIZ zijn gespecialiseerd in respectievelijk plaatsingen voor tbs met dwangverpleging, overige klinische zorg, of verblijfszorg.

Het Forensisch Plaatsingsloket (FPL) is ook onderdeel van DIZ. Medewerkers van het FPL zijn verantwoordelijk voor de plaatsingen van patiënten met tbs met voorwaarden. Daarnaast kan het FPL ondersteuning bieden aan ketenpartners wanneer patiënten moeilijk plaatsbaar blijken te zijn en wanneer de tijdigheid van de zorg hierdoor in het geding komt. Tot slot heeft FPL een reparerende en legitimerende rol gekregen in het indicatiestellings- en plaatsingsproces, die in tegenstelling tot de rollen van andere indicerende partijen niet in het Besluit forensische zorg benoemd wordt. Het FPL kan, wanneer een patiënt zonder geldige indicatiestelling en plaatsingsbrief bij een zorgaanbieder is geplaatst, deze situatie met een zogeheten 'FPL-format' repareren

waardoor de zorgaanbieder de geleverde handelingen alsnog kan declareren. Dit fenomeen wordt nader besproken in paragraaf 4.2.5.

3.2.3 3RO

De drie reclasseringsorganisaties (3RO) zijn onder meer verantwoordelijk voor het adviseren over daders en verdachten aan het Openbaar Ministerie en de rechter, voor het begeleiden en controleren van personen die onder toezicht staan, maar ook het doorverwijzen van verdachten en veroordeelden naar forensische zorg.

In het kader van de taak van doorverwijzing naar forensische zorg onderzoeken adviseurs van de reclassering in aanloop naar een strafzitting in hoeverre er sprake is van een zorgbehoefte bij de betrokkene. Vervolgens stellen zij ofwel zelf een indicatiestelling op voor verblijfszorg dan wel ambulante zorg, of vragen zij een indicatiestelling voor klinische zorg aan bij NIFP/IFZ. De uitkomst van deze indicatiestelling wordt opgenomen in het reclasseringsadvies dat aan het Openbaar Ministerie en de rechtbank wordt afgegeven. Daarnaast kunnen reclasseringswerkers in hun rol als toezichthouder ook tijdens de looptijd van de strafrechtelijke titel een indicatiestelling aanvragen dan wel afgeven, wanneer dit past binnen bijzondere voorwaarden die zijn opgelegd.

De drie reclasseringsorganisaties zijn Reclassering Nederland (RN), Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering (LJ&R) en Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG). De drie reclasseringsorganisaties zijn in verschillende mate verbonden met het zorgaanbiederslandschap. Reclassering Nederland heeft geen formele verbindingen met specifieke zorgaanbieders. De reclasseringsorganisatie van LJ&R is onderdeel van het Leger des Heils in Nederland, waartoe ook onder andere de Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg toe behoort. De reclasseringstak en de zorgverleningstak van het Leger des Heils zijn twee verschillende rechtspersonen, wat inhoudt dat de bezittingen en schulden van de ene tak niet verbonden zijn aan die van de andere tak. De regionale instellingen van de SVG zijn telkens onderdelen van grotere ggz- of verslavingszorginstellingen in de regio. Dit betekent dat de SVG-instellingen voor Welzijn- en Gezondheidszorg onderdeel zijn van dezelfde rechtspersoon als de zorgaanbieder waarmee ze verbonden zijn.

3.2.4 PMO

Het psychomedisch overleg (PMO) van een penitentiaire inrichting (PI) is een overlegstructuur bestaand uit minimaal een psychiater, een psycholoog, de huisarts en een justitieel verpleegkundige (Roorda & Buysse, 2016). Binnen het PMO wordt besproken welke patiënten zorg nodig hebben en welk type zorg nodig is. Afhankelijk van de strafrechtelijke titel van de betrokkene kan een PMO een indicatiestelling voor klinische zorg aanvragen bij NIFP/IFZ, of zelf een indicatiestelling afgeven en een patiënt plaatsen in verblijfszorg. In het geval dat klinische zorg, dan wel verblijfszorg na klinische zorg, geïndiceerd moet worden, dient een PMO een indicatiestelling aan te vragen bij IFZ. In het kader van re-integratie vanuit de PI (de extramurale fase van een ISD-maatregel of plaatsing vanuit de PI op basis van artikel 43.4 Pbw) kan een PMO een indicatiestelling en plaatsing verzorgen voor verblijfszorg. Tenzij de laatstgenoemde wordt voorafgegaan door een klinische opname. Tot slot kan het PMO een indicatiestelling afgeven en de plaatsing verrichten voor ambulante zorg binnen het gevangeniswezen. Deze ambulante zorg kan worden verricht door een

inrichtingspsycholoog van de PI of door een ambulante zorgaanbieder die door de PI is gecontracteerd.

3.2.5 Forensische zorgaanbieders

In brede zin kan het forensische zorglandschap in drie segmenten worden ingedeeld: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gehandicaptenzorg (zie tabel 3.1). Ieder zorgsegment kan vervolgens binnen verschillende zorgsettingen ten uitvoer worden gebracht: in de klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg of ambulante forensische zorg. In de klinische zorg is sprake van een 24-uurs verblijfssetting waarbij de patiënt intramuraal behandeld wordt. De verblijfszorg is een (kleinschalige) woonvorm waarbij de patiënt begeleiding en ondersteuning kan ontvangen. Bij ambulante zorg (behandeling, begeleiding en/of dagbesteding) is geen sprake van verblijf, maar wordt zorg verleend waarbij de patiënt naar de instelling van de hulpverlener komt of deze de patiënt in diens omgeving opzoekt. Binnen het gevangeniswezen wordt deze tweede variant veel ingezet, waarbij ambulante hulpverleners de patiënt in de penitentiaire inrichting bezoeken en daar behandeling of begeleiding bieden.

Naast deze onderverdeling in segmenten en settingen dient binnen de klinische zorg verder onderscheid gemaakt te worden tussen zorg op verschillende beveiligingsniveaus en in verschillende verblijfsintensiteiten. Het beveiligingsniveau is verbonden aan eisen die worden gesteld aan beveiligingsfaciliteiten van het gebouw, de beschikbaarheid van behandelfaciliteiten binnen de beveiligingsring en de mate van bewegingsvrijheid voor patiënten. De verblijfsintensiteit is verbonden aan de hoeveelheid aanwezig personeel per patiënt. Tijdens de indicatiestelling wordt geïndiceerd voor een van drie ‘bandbreedtes’ van verblijfsintensiteit, waarbij de zorgaanbieder factureert voor de uiteindelijk geboden verblijfsintensiteit die in deze bandbreedte valt.

Binnen de verblijfszorg dient onderscheid gemaakt te worden in de mate van begeleiding binnen een instelling - deze zogeheten zorgzwaartepakketten variëren voor de sector beschermd wonen tussen C1 ‘beschermd wonen met begeleiding’ en C5 ‘beschermd wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering’. Voor verstandelijk gehandicapten (VG)-zorg kan dit variëren tussen VG1 ‘wonen met enige begeleiding’ tot VG7 ‘(besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering’.

Tabel 3.1 Zorgsettingen en niveaus van beveiliging en begeleiding in de forensische zorg

		Niveau beveiliging en begeleiding
Zorgsetting	Klinische zorg	**Beveiligingsniveau 4 (Verblijfsintensiteit A-G):** • Forensisch psychiatrisch centrum (FPC) • Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) **Beveiligingsniveau 3 (Verblijfsintensiteit A-G):** • Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) • Forensisch Psychiatrische verslavingskliniek (FVK) **Beveiligingsniveau 2 (Verblijfsintensiteit A-G):** • Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) of Forensische Verslavingsafdeling (FVA) • Instelling voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG+) • Resocialisatieafdeling van een FPK, FVK of FPC **Beveiligingsniveau 1 (Verblijfsintensiteit A-G):** • Reguliere ggz-instelling Resocialisatieafdeling van een FPA, FPK of FPC
	Verblijfszorg	• Regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) (**Beveiligingsniveau 0, Zorgzwaartepakketten C 1-5**) • Verstandelijk gehandicaptenzorg (**Beveiligingsniveau 0, Zorgzwaartepakketten VG 1- 7**)
	Ambulante zorg	• Forensische polikliniek • Polikliniek van een reguliere ggz-instelling • LVB-ggz polikliniek

3.3 Deelprocessen binnen het indicatiestellings- en plaatsingstraject

3.3.1 Aanvraag indicatiestelling

Rolverdeling
Een indicatiestelling kan op verschillende momenten in het justitiële traject worden afgegeven: in aanloop naar een vonnis, gedurende een verblijf in een huis van bewaring dan wel een gevangenis, tijdens forensische zorg wanneer herindicatie nodig is, of wanneer gedurende forensisch psychiatrisch toezicht forensische zorg noodzakelijk blijkt.

In het geval van een indicatiestelling voor klinische zorg dan wel voor verblijfszorg in aansluiting op klinische zorg wordt een aanvraag tot indicatiestelling gedaan bij

NIFP/IFZ door 3RO (bij voorwaardelijke sancties, maar ook wanneer een indicatiestelling voor beschermd wonen na klinisch zorg benodigd is) of door het PMO (bij klinische zorg voor gedetineerden of in geval van een ISD-maatregel).

In gevallen dat een indicatiestelling door 3RO of een PMO moet worden afgegeven voor ambulante zorg of verblijfszorg, is de persoon reeds in beeld bij de desbetreffende organisatie. In dit geval neemt 3RO dan wel het PMO zelf het initiatief voor een indicatiestelling en voert deze uit.

Procedure
IFZ heeft een checklist ontwikkeld waarin beschreven staat welke brondocumenten moeten worden meegeleverd wanneer een indicatiestelling wordt aangevraagd. Dit hangt af van de (verwachte) strafrechtelijke titel van de betrokkene. Voor alle strafrechtelijke titels geldt dat in ieder geval de volgende informatie moet worden ingediend:

- Een aanmelding met gedragsdeskundig onderbouwde vraagstelling in Ifzo;
- Reclasseringsinformatie;
- Biografische informatie en actuele stand van zaken;
- Een diagnostische beschrijving door een gedragsdeskundige inclusief DSM-5 classificatie;
- Intake- behandel- en/of ontslagrapportage(s) en actuele stand van zaken, voor zover deze in bezit zijn van de aanvrager.

Afhankelijk van de strafrechtelijke titel kunnen daarnaast nog specifieke brondocumenten nodig zijn, zoals een risicotaxatierapport.

De aanvraag wordt gedaan in Ifzo, waarbij brondocumenten voor zover beschikbaar als bijlagen dienen te worden toegevoegd. De Medewerker Medische administratie van NIFP/IFZ controleert alle aanvragen op kwantitatieve volledigheid en voegt indien van toepassing nog additionele brondocumenten toe uit het Centraal Digitaal Depot (CDD+) dan wel de database van JD-online.

Bij een aanvraag voor een indicatiestelling kan de aanvragende partij aangeven om wat voor soort aanvraag het gaat. NIFP/IFZ hanteert zelfopgelegde termijnen voor het opstellen van een indicatiestelling, waarbij de termijn afhankelijk is van het soort aanvraag dat wordt gedaan. Voor reguliere indicatiestellingsaanvragen geldt een termijn van 10 werkdagen, voor spoedaanvragen een termijn van 5 werkdagen, voor crisisaanvragen een termijn van 2 dagen (niet werkdagen), en voor indicatiestellingen voor een plaatsing in een PPC een termijn van 1 dag.

3.3.2 Indicatiestelling

Uitgangspunten
In de indicatiestelling wordt de benodigde zorg en de eventuele beveiligingsnoodzaak van de betrokkene vastgesteld. Bij de vormgeving van de indicatiestelling in het huidige stelsel van de forensische zorg is een aantal uitgangspunten geformuleerd waaraan het proces van indicatiestelling moet voldoen (Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 76). Zo dient de indicatiestelling vraaggericht en niet capaciteitsgericht te zijn – de zorg en beveiliging die de patiënt nodig heeft zijn bepalend voor waar diegene wordt geplaatst en de indicatiestelling vindt onafhankelijk plaats van de financier en de zorgaanbieders. Daarnaast dient de indicatiestelling plaats te vinden op basis van landelijk vastgestelde, gevalideerde instrumenten die een integrale beoordeling van alle relevante aspecten van een mogelijke psychische stoornis,

verslaving en verstandelijke handicap betrekken. Tot slot dient de indicatiestelling tijdig tot stand te komen en moet deze efficiënt zijn ingericht, waarbij bureaucratie en onnodige extra kosten worden vermeden.

Rolverdeling
Afhankelijk van het type forensische zorg dat geïndiceerd moet worden, wordt de indicatiestelling uitgevoerd door het NIFP/IFZ, 3RO of het PMO van een PI (art. 5.2 lid 1 Wfz, verder gespecificeerd in art. 5.1 lid 1 Besluit forensische zorg [Bfz]). Het NIFP/IFZ verricht de indicatiestelling voor alle klinische forensische zorg, verblijfszorg aansluitend aan klinische forensische zorg en verblijfszorg van personen vanuit detentie die zijn veroordeeld wegens een ernstig gewelds- en/of zedenmisdrijf. Het PMO voert de indicatiestelling uit voor ambulante zorg binnen de penitentiaire inrichting (bijvoorbeeld psychotherapie tijdens verblijf op een detentieafdeling), evenals verblijfszorg in het kader van re-integratie vanuit detentie. De drie reclasseringsorganisaties voeren de indicatiestelling uit voor ambulante zorg en voor verblijfszorg met uitzondering van gevallen waarin het NIFP/IFZ dan wel het PMO daartoe bevoegd is. Een overzicht van deze taakverdeling wordt in tabel 3.2 gegeven.

Tabel 3.2 Rolverdeling van indicatiestelling in de forensische zorg

	Ambulante zorg	Verblijfszorg	Klinische Zorg
NIFP/IFZ		**X** (vanuit klinische zorg)	**X**
PMO	**X** (vanuit PI)	**X**	
3RO	**X**	**X**	

Bron: Bouman et al. (2012).

De uitkomst van de indicatiestelling wordt opgenomen in het advies van de reclassering aan de officier van justitie en de strafrechter. Op basis hiervan wordt een beslissing genomen over de te verlenen forensische zorg, waarbij de strafrechter nog kan afwijken van de geïndiceerde zorg of het beveiligingsniveau die beschreven staan in het rapport. De uiteindelijke strafrechtelijke titel speelt hierbij een belangrijke rol, omdat die de bandbreedte van de forensische zorg bepaald, zowel wat betreft de vorm als de duur van de behandeling. De uitspraak van de rechter is uiteindelijk leidend, waarbij de inhoud en strekking van de indicatiestelling bepaalt welke zorg moet worden verleend. Wanneer deze uitspraak afwijkt van de initiële indicatiestelling, wordt de indicatiestelling door het indicerende orgaan in overeenstemming gebracht met de vastgestelde strafrechtelijke titel (art. 5.1 lid 2 Wfz). De toegekende forensische zorgtitel biedt de bekostigingsgrondslag voor de te verlenen forensische zorg en vormt de basis van waaruit de plaatsing wordt uitgevoerd.

De procedure waarbij de oplegging van forensische zorg en de plaatsing volgen uit de indicatiestelling kan in uitzonderlijke situaties worden doorkruist. Wanneer tijdens de strafzitting blijkt dat een justitiabele forensische zorg nodig zou hebben en er geen indicatiestelling is afgegeven, kan de rechter alsnog beslissen dat forensische zorg wordt verleend. Vervolgens dient alsnog een indicatiestelling af te worden gegeven ten behoeve van het plaatsingsbesluit (art 5.1 lid 4 Wfz). De wetgever had hierbij situaties voor ogen waarbij de betrokkene al in zorg is of is geweest, en waarbij een licht strafrechtelijk delict is gepleegd en geen zware vorm van forensische zorg nodig is (Kamerstukken II, 2012-2013, 32 398, nr. 19, p. 14). Daarnaast kan in spoedeisende gevallen de OvJ gelasten dat forensische zorg wordt verleend alvorens een indicatiestelling is afgegeven en de strafrechtelijke titel is verleend (art. 5.2 lid 4 Wfz).

Dit is alleen mogelijk wanneer er wordt voldaan aan twee voorwaarden: 1) de verlening van forensische zorg is in oordeel van OvJ nodig in verband met de veiligheid van de justitiabele, de veiligheid van andere personen, de veiligheid van goederen, of de algemene veiligheid, én 2) de OvJ mag redelijkerwijs veronderstellen dat een strafrechtelijke titel voor forensische zorg zal worden verleend (art. 5.3 lid 1 Bfz). Tegelijkertijd wordt de reclassering gelast zo spoedig mogelijk alsnog een indicatiestelling af te geven dan wel aan te vragen (art. 5.3 lid 3 Bfz).

Procedure
In het geval van een indicatiestelling door NIFP/IFZ wordt de indicatiestelling opgesteld door een coördinator indicatiestelling. De coördinator ontvangt de bronmaterialen die door de aanvrager via Ifzo zijn aangeleverd, doet een kwalitatieve toets op de documenten en vraagt waar nodig extra informatie op. Vervolgens stelt de coördinator aan de hand van deze documenten een indicatiestelling op. De indicatiestelling van NIFP/IFZ is een uitgebreid gestandaardiseerd rapport, waarin op basis van de aangeleverde brondocumenten onder andere de persoonskenmerken, diagnostische kenmerken, benodigde zorgintensiteit en beveiligingsnoodzaak van een betrokkene wordt beschreven. De indicatiestelling wordt vervolgens naar een psychiater van het NIFP gestuurd. De psychiater beoordeelt de concept-indicatiestelling op interne consistentie, medische informatie en inhoudelijke aannemelijkheid. De indicatiestelling wordt uiteindelijk door zowel de coördinator als de psychiater ondertekend. Vervolgens wordt deze als PDF-bestand in Ifzo geladen, worden de tabbladen in Ifzo ingevuld, wordt de indicatiestelling gefiatteerd en wordt een plaatsingsverzoek aangemaakt voor DIZ. De coördinator en psychiater hebben hierbij geen direct contact met de patiënt en baseren de indicatiestelling puur op de aangeleverde brondocumenten, met uitzondering van het NIFP/IFZ consult door een psychiater bij artikelplaatsingen (art. 43.4 en 15.4 Penitentiaire beginselenwet [Pbw]) voor de groep ernstig geweld en zeden.

In het geval dat een indicatiestelling door 3RO of PMO wordt opgesteld, wordt de indicatiestelling uitgevoerd op initiatief van de betrokken reclasseringswerker dan wel de betrokken psycholoog binnen een PI. De indicatiesteller maakt in dit geval gebruik van vergelijkbare bronmaterialen als NIFP/IFZ gebruikt. Daarnaast worden gesprekken gevoerd met de cliënt en eventuele referenten en partners in de zorg- en strafrechtketen, waaronder casemanagers uit de PI of eerdere zorgaanbieders. 3RO maakt daarnaast ook gebruik van ondersteunende instrumenten zoals de Recidive Inschattings Schalen (RISc; Van den Berg et al., 2021) in om tot een risico-inschatting te komen. Op basis van deze informatie wordt de zorgvraag en in geval van verblijfszorg het zorgzwaartepakket vastgesteld en in Ifzo vastgelegd. Wanneer de tabbladen in Ifzo zijn ingevuld, kan de indicatiesteller de indicatie fiatteren en een plaatsingsverzoek aanmaken.

Plaatsing vanuit de PI op basis van artikel 15.4 en artikel 43.4 Pbw (voorheen respectievelijk artikel 15.5 en artikel 43.3 Pbw) vormt een uitzondering op de hierboven beschreven procedure van het aanvragen en opstellen van een indicatiestellening. Op basis van onderzoek naar het detentieverloop van en de verleende zorg aan Michael P. (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2019) zijn extra stappen toegevoegd aan de procedures voor artikelplaatsingen. Met de invoering van de Wet Straffen en Beschermen in 2021 is de uitvoering van een gestructureerde risicotaxatie en een delictanalyse verplicht geworden alvorens kan worden overgegaan tot uitplaatsing naar een instelling voor forensische zorg. Daarnaast is het verplicht dat veroordeelden voor ernstige gewelds- en/of zedenmisdrijven in persoon worden gezien

door de indicatiesteller – in de praktijk gebeurt dit nu door een psychiater. In een onafhankelijke toets van de verbetermaatregelen naar aanleiding van Michael P. is vastgesteld dat er 14 stappen moeten worden doorlopen om tot een plaatsing via artikel 15.4 dan wel 43.4 Pbw te komen waarbij in totaal 6 verschillende procespartijen betrokken zijn (De Berk et al., 2021). Zie voor een uitgebreide beschrijving van deze procedure Van Eil, Jongebreur en Zoutenbier (2023).

3.3.3 Matching en plaatsing

Rolverdeling
Na de indicatiestelling start het matchings- en plaatsingsproces, waarbij een passende zorgaanbieder wordt gezocht voor de forensische patiënt. In situaties waar de indicatiestelling wordt verzorgd door 3RO of het PMO, wordt door deze instanties ook de plaatsing verzorgd. Wanneer de indicatiestelling wordt verzorgd door het NIFP/IFZ, wordt de plaatsing georganiseerd vanuit de DJI-DIZ (art. 6.1 Bfz). De rolverdeling voor plaatsing in de forensische zorg wordt weergegeven in tabel 3.3. De rolverdeling is zowel van toepassing bij initiële plaatsingen als bij herplaatsingen.

Tabel 3.3 Rolverdeling van matching en plaatsing in de forensische zorg

	Ambulante zorg	Verblijfszorg	Klinische Zorg
DIZ		**X** (vanuit klinische zorg)	**X**
PMO	**X** (vanuit PI)	**X**	
3RO	**X**	**X**	

Bron: Bouman et al. (2012).

Procedure in Ifzo
De procedure van matching en plaatsing verloopt via Ifzo. Bij het indicatiestellingsproces is een aantal informatievelden in de tabbladen van Ifzo ingevuld. Aan de hand daarvan wordt de zorg- en beveiligingsvraag van een betrokkene vergeleken met het zorgaanbod dat zorginstellingen in Ifzo hebben geregistreerd. Welke informatie bij deze matching betrokken wordt, wordt besproken in de volgende deelparagraaf (‘Regeling forensische zorg’). In Ifzo verschijnen als op ‘matchen’ is gedrukt aanbieders van wie het zorgaanbod zou moeten overeenkomen met de zorg- en beveiligingsvragen van de betrokkene. Wanneer er geen aanbieder verschijnt, kan de selectiefunctionaris de zoekcriteria voor de matching aanpassen door specifieke matchingscriteria te deselecteren. Door op deze manier de criteria aan te passen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om een match op te leveren, zouden er meer potentiële matches moeten ontstaan. Wanneer geschikte zorgaanbieders naar voren komen, kan de selectiefunctionaris een aanbieder selecteren om een toeleidingspoging voor aan te maken. De zorgaanbieder ontvangt vervolgens een aanmeldingsbrief met als bijlage de indicatiestelling. In sommige gevallen worden extra bijlagen meegestuurd, zoals een reclasseringsrapport of de uitgebreidere indicatiestelling die door NIFP/IFZ is geschreven.

In het Handboek Forensische Zorg (2019) is beschreven dat, nadat een toeleidingspoging voor forensische zorg is gedaan, een zorgaanbieder binnen een bepaalde termijn moet aangeven of deze de plaatsing accepteert dan wel beargumenteerd afwijst. Voor klinische zorg betreft dit een termijn van vijf werkdagen. Voor verblijfszorg en ambulante zorg dient een zorgaanbieder binnen een termijn van 10 werkdagen hierover een terugkoppeling te geven aan de plaatsende

instantie. Een uitzondering op deze termijn wordt gemaakt wanneer een zorgaanbieder meer informatie nodig heeft om tot een onderbouwd besluit te komen.

Sommige zorgaanbieders plannen standaard een kennismakings- of intakegesprek in met de betrokkene en de reclasseringswerker, om zicht te krijgen op de motivatie van de patiënt en een beeld te krijgen van de passendheid van het zorgaanbod van de instelling bij het profiel van de patiënt.

Wanneer een zorgaanbieder op basis van de aangeleverde informatie en eventueel het kennismakings- of intakegesprek akkoord gaat met de plaatsing, wordt een plaatsingsbrief beschikbaar gesteld door de plaatser. Deze plaatsingsbrief is van belang voor de declaratie van toekomstige forensische zorg. Als de zorgaanbieder de zorgtoeleiding beargumenteerd afwijst, kan de selectiefunctionaris de toeleidingspoging in Ifzo annuleren en daarbij de argumentatie van de zorgaanbieder registreren. Vervolgens dient de plaatser opnieuw de stappen voor matching en plaatsing te doorlopen.

Regeling forensische zorg
De wetgever heeft in de Rfz (2019) een aantal criteria vastgelegd op basis waarvan de plaatsende instantie een forensische patiënt zou moeten matchen aan een zorgaanbieder (art. 12 Rfz). De plaatsende instantie dient op basis van het type forensische zorg dat wordt geïndiceerd (ambulante begeleiding of behandeling, verblijfszorg, klinische zorg, tbs met voorwaarden, of tbs met verpleging van overheidswege) met specifieke 'harde' criteria rekening te houden bij het selecteren van een geschikte zorgaanbieder binnen dat zorgtype. Een compleet overzicht van deze criteria is weergegeven in tabel 3.4.

Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wfz werd een uniforme werkwijze voor de plaatsing van justitiabelen met een forensische zorgbehoefte ingevoerd. Deze werkwijze werd vastgelegd in het *Beleidskader plaatsing Forensische Zorg* (2010). De werkwijze werd verondersteld te leiden tot 'een optimale match tussen zorgvraag en zorgaanbod op individueel niveau voor justitiabelen met een forensische zorgbehoefte, gebaseerd op de gestelde indicatie'. Hiermee werd beoogd dat de plaatsing van de juiste patiënt op de juiste plek gerealiseerd worden.

Het *Beleidskader plaatsing Forensische Zorg* (2010) is met de invoering van de Wfz gecodificeerd in artikel 12 van de Rfz, waarbij de criteria die betrokken dienen te worden bij de keuze voor een zorgaanbieder zijn uitgesplitst naar de verschillende typen zorg. Deze criteria zijn weergegeven in tabel 3.4.

Noch in het Beleidskader, noch in Artikel 12 Rfz is een hiërarchie in matchingscriteria gespecificeerd. Matching op criteria zoals verblijfsintensiteit of beveiligingsniveau is, in ieder geval op papier, niet bij voorbaat van groter belang voor een plaatsing op de juiste plek dan andere criteria zoals de verstandelijke vermogens van de patiënt of de benodigde zorgsoort. Dit past bij het uitgangspunt dat een persoonsgerichte plaatsingsstrategie zou moeten worden gehanteerd, waarbij wordt gekeken welke criteria voor een specifiek individu van groter of minder groot belang zijn. Niettemin is in Ifzo wel een soort tweedeling in de matchingscriteria aangebracht. Zoals benoemd in de vorige deelparagraaf kunnen selectiefunctionarissen tijdens het matchingsproces specifieke criteria uitschakelen, zodat die niet worden meegenomen wanneer Ifzo zoekt naar passende zorgaanbieders. Het uitschakelen van matchingscriteria levert een groter aantal vestigingen met een passend zorgaanbod op. Een aantal

matchingscriteria kan echter niet worden uitgeschakeld omdat het hier zogeheten contractkenmerken betreft. Voor klinische zorg gaat het hierbij om de DSM-hoofdgroep, de verblijfssoort (beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit) en de zorgsoort. Bij verblijfszorg gaat het om de ZZP-range. Bij verblijfszorg en ambulante zorg gaat het daarnaast om de ambulante zorgvraag - dit is niet een criterium dat in de Bfz is opgenomen, maar het biedt meer informatie over wat voor soort ambulante zorg nodig is (diagnostiek, begeleiding, behandeling, dagbesteding of verblijfszorg).

Artikel 12 Rfz specificeert voor ieder type forensische zorg een serie 'harde criteria' op basis waarvan de matching moet plaatsvinden. In het oorspronkelijke *Beleidskader plaatsing Forensische Zorg* (2010) werd onderscheid gemaakt tussen deze 'harde criteria' en een set van zogeheten 'zachte criteria'. Naast de harde criteria diende de plaatser ook zachte criteria mee te nemen in de overweging om de passendheid van een zorgaanbieder te bepalen. Deze zachte criteria zijn niet uitputtend beschreven, maar omvatten onder andere somatische aandoeningen en fysieke beperkingen van de patiënt, het behandelmilieu van de zorgaanbieder, de motivatie van de patiënt en de wensen van de zorgaanbieder. De zachte criteria zijn niet opgenomen in de matchingscriteria in de Rfz.

Tabel 3.4 Matchingscriteria op basis waarvan volgens artikel 12 Rfz de keuze voor een zorgaanbieder moet worden gemaakt.

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

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

Opnameplicht

Om te voorkomen dat patiënten niet geplaatst kunnen worden, werd met de introductie van een inkoopsystematiek voor forensische zorg ook een acceptatieplicht voor zorgaanbieders ingevoerd (*Kamerstukken II* 2005-2006, 30 250, nrs. 4-5, p. 122). In de Wfz is deze acceptatieplicht overgenomen en verbonden met een bestuurlijke boete (art. 6:1 lid 3 en 4 Wfz). Op advies van onder meer de Nederlandse ggz en de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) zijn de toepassingsmogelijkheden van deze bestuurlijke boete in het Besluit forensische zorg sterk ingeperkt: 'De minister legt de boete, bedoeld in het eerste en tweede lid, niet op, indien de zorgaanbieder naar zijn oordeel aannemelijk maakt dat het opleggen van een boete niet redelijk zou zijn, omdat voor het niet voldoen aan de verplichting tot opneming en verlening van geïndiceerde forensische zorg en beveiliging, bedoeld in artikel 6.1, derde lid, van de wet, een rechtvaardigingsgrond bestaat.'

De minister gaf hierbij aan dat ook binnen de huidige contracten, waarin het exacte aantal bedden dat jaarlijks wordt afgenomen niet vooraf is vastgelegd, zich een situatie kan voordoen waarbij een bestuurlijke boete kan worden afgegeven. Als voorbeelden voor dergelijke situaties noemt hij: 'Indien blijkt dat de zorgaanbieder een bepaalde categorie forensische patiënten stelselmatig weigert of indien bekend is dat er bedden beschikbaar zijn, maar de zorgaanbieder een specifieke forensische patiënt, die tot de doelgroep van de zorgaanbieder behoort, niettemin niet wenst op te nemen' (Kamerstukken II 2018-2019, 33 628, nr. 39). *Desondanks heeft DJI aangegeven niet de intentie te hebben om de bestuurlijke boete toe te passen. Dit is in voorgaande jaren ook niet gebeurd (Kamerstukken II 2020-2021, 25 424, nr. 558, Bijlage).*

3.4 Informatie-uitwisseling

Vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid is in samenwerking met ketenpartners waaronder DJI, NIFP en 3RO een handreiking voor informatie-uitwisseling in de forensische zorg ontwikkeld (Handreiking informatie-uitwisseling forensisch zorg, 2021). Deze handreiking is bedoeld om duidelijkheid te scheppen voor professionals binnen de forensische zorg-keten over welke informatie op welke momenten in het indicatiestellings- en plaatsingsproces moet worden uitgewisseld. Voor ieder moment waarop informatie moet worden uitgewisseld tussen ketenpartners is in de handreiking beschreven wat de wettelijke basis voor de informatie-uitwisseling is. De grondslagen voor de informatie-uitwisseling zijn te vinden in de Wfz, de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (Wjsg), de Wet verplichte ggz (Wvggz), de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (UAVG), en eventuele besluiten als uitwerking van deze wetten.

4 Ervaringen in de praktijk

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ervaringen van respondenten met de uitvoering van de processen indicatiestelling, matching en plaatsing besproken (paragrafen 4.2 en 4.3). Centraal staat daarbij de vraag in hoeverre de processen worden uitgevoerd zoals beoogd in de wet- en regelgeving. Wanneer uit reacties van respondenten is af te leiden dat dat niet of maar deels het geval is, behandelen we de vraag wat maakt dat dat niet gebeurt en de vraag welke werkwijzen in plaats daarvan worden gevolgd. In hoofdstuk 5 gaan we dieper in op factoren die volgens de respondenten de processen indicatiestelling, matching en plaatsing beïnvloeden in helpende of belemmerende zin.

Een belangrijk onderdeel in de organisatie van het proces is of enerzijds indicatiestelling en anderzijds matching en plaatsing door verschillende partijen worden uitgevoerd, de zogeheten functiescheiding (zie ook paragraaf 3.3). Voor het indiceren van en plaatsen in klinische forensische zorg, of in ambulante forensische zorg dan wel forensische verblijfszorg na klinische forensische zorg, bestaat er een functiescheiding. De indicatiestelling wordt uitgevoerd door NIFP/IFZ en de plaatsing door DIZ. Voor het indiceren van en plaatsen in ambulante forensische zorg of forensische verblijfszorg zonder direct voorafgaande klinische forensische zorg, bestaat een dergelijke functiescheiding niet. De ervaringen met functiescheiding, of het juist niet gescheiden zijn daarvan en de visies daarop die in de interviews naar voren kwamen worden besproken in paragraaf 4.4. In paragraaf 4.5 worden de belangrijkste bevindingen uit het hoofdstuk puntsgewijs samengevat.

Een belangrijke kanttekening bij dit hoofdstuk is dat het hier gaat om kwalitatief onderzoek. Het doel van het kwalitatief onderzoek is om inzicht te krijgen in ervaringen met het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Om de verscheidenheid aan ervaringen te benaderen, zijn in het huidige onderzoek meerdere professionals van iedere ketenpartner aan het woord gelaten. Het kwalitatief onderzoek betreft echter geen representatieve steekproef. Daardoor is het niet mogelijk om vast te stellen in welke mate de ervaringen van de respondenten die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd representatief zijn voor ervaringen van de gehele keten.

4.2 Indicatiestelling

4.2.1 Aanvraag indicatiestelling bij NIFP/IFZ

Zoals beschreven in de paragrafen 3.2.1 en 3.3 stelt NIFP/IFZ de indicatiestelling voor forensische zorg op voor klinische forensische zorg en voor forensische verblijfszorg in aansluiting op klinische forensische zorg. PMO en de reclassering zijn de twee instanties die aanvragen voor indicatiestellingen doen bij NIFP/IFZ.

NIFP/IFZ-respondenten geven aan dat goede diagnostische informatie (op basis van actuele brondocumenten zoals een pro Justitia-rapportage) en een goed overzicht van iemands behandelgeschiedenis cruciaal zijn voor het opstellen van een indicatiestelling. Daarbij is het heel belangrijk dat de informatie actueel is. Een respondent verwijst naar de checklijst die NIFP/IFZ heeft ontwikkeld en die landelijk

beschikbaar is voor aanvragers van een indicatiestelling (zie ook paragraaf 3.3.1). De checklist geeft bij elke juridische titel aan welke documenten aangeleverd moeten worden aan NIFP/IFZ. Het is desondanks de ervaring van meerdere NIFP/IFZ-respondenten dat de aanvraag voor een indicatiestelling niet altijd vergezeld gaat van voldoende informatie. NIFP/IFZ beoordeelt de aanvraag bij binnenkomst op compleetheid. Een respondent schat dat aanvragen slechts één op de vier keer direct compleet zijn, terwijl er bij de andere 75 procent informatie ontbreekt. Benoemd wordt dat door aanvragers in Ifzo soms slechts oppervlakkige informatie wordt ingevuld, of dat er in plaats van informatie in Ifzo in te vullen wordt verwezen naar (oudere) brondocumenten (bijv. een reclasseringsrapport of pro Justitia-rapportage). Gebruik van oudere brondocumenten kan een beeld opleveren dat niet meer klopt. Ook melden NIFP/IFZ-respondenten dat de informatie vaak onduidelijk is ingevuld en zij 'behoorlijk moeten puzzelen' voordat zij begrijpen wat de aanvrager met de cliënt wil en hoe de situatie van de cliënt is.

Verschillende NIFP/IFZ-respondenten geven aan vaak aanvullende informatie bijeen te moeten sprokkelen of op te (moeten) vragen. De ervaring van een NIFP/IFZ-respondent is dat in het algemeen de aanvrager op verzoek aanvullende informatie alsnog aanlevert. NIFP/IFZ-respondenten zeggen in sommige gevallen over te gaan tot vroegtijdig afsluiten van een aanvraag voor indicatiestelling. Het gaat dan om gevallen waarin te weinig informatie is aangeleverd of de kwaliteit of duidelijkheid van de aanvraag te wensen overlaat en aanvullende informatie niet binnen de gestelde termijn wordt ontvangen. Een NIFP/IFZ-respondent: 'Wij hebben een aantal termijnen geformuleerd waarbinnen de administratie aanvragen doet om extra informatie. Op het moment dat die termijnen niet gehaald worden, zouden wij in principe de aanmelding automatisch afsluiten en alleen een bericht naar de aanvrager sturen dat de termijn niet is gehaald.' De NIFP/IFZ-respondent geeft aan dat men in de praktijk erg terughoudend is met 'hard afsluiten' omdat er allerlei redenen kunnen zijn waarom de aanvullende informatie niet geleverd is. In deze gevallen wordt contact opgenomen met de aanvrager om te kijken waar het probleem zit en hoe dat op te lossen zou zijn. Ook omdat het in het belang van de patiënt is dat er tijdig een goede indicatiestelling bij de rechtbank is.

Respondenten noemen drie hoofdredenen waarom informatie kan ontbreken bij de aanvraag van een indicatiestelling. Dit betreft een gebrek aan kennis of ervaring bij aanvragers, voorzichtigheid met het delen van informatie bij zorgaanbieders, of situaties waarin informatie niet voorhanden is omdat de patiënt tot dan toe onbekend was bij zorgaanbieders. In paragraaf 5.6 wordt hier nader op ingegaan.

4.2.2 Proces indicatiestelling NIFP/IFZ

Werkproces
Respondenten van NIFP/IFZ beschrijven het completeren van het door de aanvrager aangeleverde dossier als belangrijke eerste stap in het werkproces. Bij sommige diensten heeft de administratie daarin een actieve rol. De aanvraag van de indicatiestelling door 3RO of PMO wordt zichtbaar in Ifzo. De administratie handelt vervolgens een aantal velden in Ifzo af, vult het dossier met de benodigde brondocumenten, checkt welke documenten eventueel ontbreken en vraagt die op. Volgens een NIFP/IFZ-respondent bespoedigt die werkwijze het hele proces aanzienlijk omdat vervolgens de indicatiesteller puur inhoudelijk aan de slag kan gaan.

Een respondent van NIFP/IFZ (coördinator) geeft aan als indicatiesteller te controleren of de informatie in de brondocumenten klopt door te letten op eventuele discrepanties. Daarnaast belt de respondent bijna altijd de aanvrager over de actuele situatie van de betrokkene en om informatie te achterhalen die niet in de stukken staat maar wel relevant is. Op die manier ontstaat een betere indruk van de casus. Op basis van de brondocumenten wordt vervolgens een fysiek rapport opgesteld. Een respondent beschrijft dat dit begint met de juridische titel en de justitiële voorgeschiedenis. Vervolgens worden diagnostische informatie, informatie over middelengebruik, medicatie en DSM-classificatie in kaart gebracht. Daarnaast wordt biografische informatie, informatie over relaties, gezin van herkomst, werk, arbeid en opleiding beschreven. Vervolgens wordt de hulpverleningsgeschiedenis in kaart gebracht: hoe verliepen eerdere behandelingen, hoe verliep eerder reclasseringscontact? Het laatste onderdeel is forensisch gedragskundige informatie, waaronder risicotaxaties. Volgens de respondent mag diagnostische informatie maximaal een jaar oud zijn, maar bij voorkeur actueler. Behandelverslagen moeten ook zo actueel mogelijk zijn, en in elk geval niet ouder dan zes maanden. Een andere respondent van NIFP/IFZ (psychiater) zegt dat nagenoeg alle indicaties inhoudelijk worden getoetst door een psychiater. Zij geeft aan dat het prettig en efficiënt werkt als dit is belegd bij psychiaters die dit vaker doen.

Een coördinator van het NIFP/IFZ benoemt aan sommige indicatiestellingen een paar uur kwijt te zijn, aan andere twee dagen. Bepalend daarvoor is vooral de beschikbare informatie. Als er een lange voorgeschiedenis in de forensische zorg is, kost het tijd om een beeld te vormen, ook al ligt de focus vooral op de meest actuele informatie. Ook duurt het proces veel langer als informatie moet worden opgevraagd. Een respondent van NIFP/IFZ geeft aan: 'Kijken of alle informatie beschikbaar is, daar gaat momenteel heel veel tijd in zitten, omdat er echt veel aanmeldingen zijn waarbij de vraagstelling slecht is ingevuld.' Als klinische zorg nodig is moet volgens een NIFP/IFZ-respondent de indicatiestelling minimaal twee weken voor de zitting in het dossier zijn gevoegd. Dat wordt volgens de respondent niet altijd gehaald. Het komt bijvoorbeeld voor dat pro Justitia-rapportages niet op tijd klaar zijn, of dat de reclassering pas laat wordt betrokken. Daardoor komen volgens de respondent redelijk vaak vonnissen voor met klinische zorg, zonder onderliggende indicatiestelling.

Landelijke lijn

Uit de interviews en bestaande documenten wordt duidelijk dat NIFP/IFZ aandacht geeft aan standaardisering en kwaliteit van het indicatiestellingsproces. Zoals vermeld in paragraaf 3.3.2 heeft NIFP/IFZ een landelijke *best practice*, waarin het werkproces en de verantwoordelijkheden van NIFP/IFZ beschreven staan.

Wel geven NIFP/IFZ-respondenten aan dat regionale diensten ten dele eigen werkprocessen hebben. NIFP/IFZ bestaat uit vijf regionale diensten. Twee daarvan, Noord-Holland en Midden-Nederland werken als één team samen. Medewerkers van NIFP/IFZ zijn zich bewust van regionale en individuele verschillen in werken. Een respondent benoemt dat indicatiestelling een individueel proces is. 'Er is geen toetsing of mijn vier collega's hetzelfde zouden indiceren als ik.' Wel melden NIFP/IFZ-respondenten, zoals ook in de vorige paragraaf aangegeven, dat elke indicatiestelling getoetst wordt door een psychiater. Een NIFP/IFZ-respondent denkt overigens wel dat psychiaters daar verschillend mee omgaan. Ook omdat er soms onduidelijkheid bestaat volgens respondent bij sommige psychiaters over waar precies de verschillende niveaus van zorgintensiteit en beveiliging voor staan. Een NIFP/IFZ-respondent benoemt ook het belang voor de kwaliteit van het werk van onderling

overleg binnen het team van indicatiestellers over concrete casussen die onder handen zijn. Met name bij complexe zaken zijn 'meer ogen' belangrijk.

Om landelijk zoveel mogelijk op één lijn te blijven wat betreft de indicatiestelling heeft NIFP/IFZ landelijke overleggen in het leven geroepen. Elke drie maanden is er voor indicatiestellers van de vijf regionale diensten een consensusbespreking gericht op indicatiestelling in een bepaalde casus. Veelal wordt een complexe casus besproken die door alle coördinatoren is voorbereid. Er wordt specifiek gelet op verschillen in uitkomsten, maar ook op verschillen in het proces waarmee de uitkomst tot stand komt, bijvoorbeeld het wegen van bepaalde problematiek. Dit heeft als doel eraan bij te dragen dat de coördinatoren bij vergelijkbare casuïstiek in de praktijk meer overeenkomstig zullen indiceren. Een NIFP/IFZ-respondent geeft aan dat in de casuïstiek-besprekingen in de loop der jaren, heel veel van de verschillen eruit gefilterd zijn. Voor psychiaters van NIFP/IFZ wordt drie keer per jaar een overleg georganiseerd waarin onder andere beleidsveranderingen en vraagstukken waar psychiaters van de verschillende diensten tegenaan lopen worden besproken. Respondenten van NIFP/IFZ melden dat er daarnaast sinds 2023 een landelijk NIFP/IFZ-coördinatoren-overleg is over ontwikkelingen binnen de regionale diensten, over dilemma's in casuïstiek en over werkprocessen.

4.2.3 Proces indicatiestelling 3RO

Zoals in de paragrafen 3.2.3 en 3.3 beschreven kan de reclassering een indicatie voor forensische zorg opstellen en de plaatsing verzorgen als het gaat om ambulante zorg (tenzij die plaatsvindt binnen de PI) of om verblijfszorg (tenzij die volgt op klinische zorg, of wanneer het re-integratie vanuit de PI betreft). Een respondent van de verslavingsreclassering geeft aan hier veel mee te maken te hebben omdat bijna alle cliënten naast een meldplicht als voorwaarde ook een verplichting tot ambulante zorg hebben.

Volgens 3RO-respondenten is de reclassering veelal al vroeg in een strafzaak betrokken. Vaak voordat er een vonnis is. Dit biedt de mogelijkheid om in de adviesfase al onderzoek te doen, een indicatie te stellen en eventueel de cliënt al aan te melden bij een zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan diegene dan ook al uitnodigen voor een intakegesprek en kan vervolgens aangeven of zij behandelmogelijkheden ziet. De zorg start doorgaans pas als er een vonnis is. Een uitzondering hierop is wanneer zorg wordt verleend onder de titel van een voorgenomen indicatiestelling wanneer een snelle interventie wenselijk is, bijvoorbeeld in het geval van huiselijk geweld. Op voorloop van het vonnis kan een adviseur van de reclassering ten behoeve van de rechtbank een indicatiestelling opstellen. Na het vonnis kan deze indicatiestelling in Ifzo worden aangevuld met de opgelegde forensische zorgtitel en de start- en einddata van de titel. De respondenten vermelden dat als het gaat om het opstellen van een indicatie voor forensische zorg terwijl er al een vonnis ligt, dit veelal gebeurt door een toezichthouder bij de reclassering.

Een toezichthouder van 3RO geeft aan alle informatie ten behoeve van het opstellen van een indicatiestelling uit het reclasseringsdossier te halen. Hij benoemt dat hij let op: 'Wat is er nodig? Wat is oorspronkelijk geadviseerd? Wat is de problematiek? Wat is de achtergrond? Waar zitten de knelpunten? Waar zitten de delict-gerelateerde factoren?' Reclasseringswerkers doen dit onderzoek in hun eigen cliëntvolgsysteem (IRIS) en plaatsen de conclusies daarvan vervolgens in de indicatiestelling in Ifzo, waar de benodigde velden worden ingevuld als voorbereiding op het matchingsproces.

4.2.4 *Proces indicatiestelling PMO*

Zoals in de paragrafen 3.2.4 en 3.3 beschreven kan een PMO van een PI een indicatiestelling voor forensische zorg opstellen als het gaat om ambulante zorg die plaatsvindt in een PI of om verblijfszorg in het kader van de re-integratie vanuit de PI. Daarnaast kan een PMO in het kader van de extramurale fase van een ISD-maatregel een indicatiestelling afgeven voor ambulante zorg of verblijfszorg, tenzij laatstgenoemde wordt voorafgegaan door een klinische opname. In het geval dat klinische zorg dan wel verblijfszorg na klinische zorg geïndiceerd dient te worden, kan een PMO een indicatiestelling aanvragen bij NIFP/IFZ.

PMO-respondenten geven aan een sterke afname te bemerken in het aantal indicatiestellingen dat wordt aangevraagd dan wel wordt afgegeven op basis van artikel 15.4 en artikel 43.4 Pbw voor klinische forensische zorg of forensische verblijfszorg in de slotfase van een verblijf in detentie. Zoals beschreven in paragraaf 3.3.2 is de procedure voor het aanvragen van een indicatiestelling voor artikelplaatsingen met de invoering van de Wet Straffen en Beschermen (Wet S&B, 2021) sterk geïntensiveerd. PMO-respondenten beschrijven dit proces als moeizaam en stroperig of zelfs als onhaalbaar. Een respondent geeft hierover aan: 'De ongelooflijke hoeveelheid facetten en mensen die er wat over willen zeggen en de non communicatie, het is echt verschrikkelijk. Natuurlijk, er is een belang over veiligheid en natuurlijk, je moet proberen het kaf van het koren te scheiden, maar het vertrouwen dat iedereen doet wat die moet doen, dat is er echt niet'. De respondenten geven aan dat de procedure om een indicatiestelling voor een artikelplaatsing aan te vragen nog slechts zelden wordt doorlopen.

PMO-respondenten die de (aanvraag voor) indicatiestelling in het kader van een ISD-maatregel doen, geven aan niet tegen deze problemen aan te lopen. Evenals bij de reclassering bestaat het eindproduct van het indicatiestellingsproces van het PMO niet uit een apart document dat in Ifzo wordt geüpload, zoals dat bij het NIFP/IFZ het geval is, maar worden de benodigde velden in Ifzo ingevuld als voorbereiding op het matchingsproces.

4.2.5 *Proces indicatiestelling DIZ-FPL*

De taak om indicaties voor forensische zorg op te stellen is vanuit het Besluit forensische zorg (Bfz) belegd bij NIFP/IFZ, PMO en 3RO. Niettemin kan zoals beschreven in paragraaf 3.2.2, het Forensisch Plaatsingsloket (FPL) van DIZ in bepaalde gevallen ook een indicatie opstellen.

Een respondent van DIZ-FPL beschrijft dat het FPL alleen een indicatie opstelt in gevallen waarin 'reparatie achteraf' nodig is. Daarvoor wordt het zogeheten FPL-format gebruikt. De respondent geeft aan daarbij informatie over zorgzwaarte en beveiligingsniveau uit bestaande indicatiestellingen te gebruiken en daarover in overleg te treden met het NIFP/IFZ. Reparatie achteraf wordt nodig bevonden als niet de juiste route is gevolgd in het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Als niet de juiste route is gevolgd, ontbreekt de benodigde documentatie om de zorg gefinancierd te krijgen. De respondent geeft als voorbeeld een geval dat een betrokkene al op initiatief van de reclassering bij een zorgaanbieder is geplaatst, terwijl het NIFP/IFZ niet is betrokken om een indicatie op te stellen. In dat geval ontbreekt bij de zorgaanbieder de plaatsingsbrief die ten behoeve van de financiering van de zorg moet worden overlegd. Het kan ook voorkomen dat een betrokkene een aantal dagen eerder

bij de zorgaanbieder is binnengekomen dan in de plaatsingsbrief vermeld staat. Als de aanbieder aan de bel trekt om ook de eerdere dagen gefinancierd te krijgen, past het FPL de plaatsingsbrief aan. Een ander voorbeeld is dat zorgaanbieders zelf het initiatief nemen om een betrokkene, zonder herindicatie, vanuit een kliniek uit te laten stromen naar forensisch beschermd wonen, en dan soms maanden later alsnog om een plaatsingsbrief vragen.

De respondent van het FPL omschrijft in deze gevallen een spanningsveld te ervaren tussen dat enerzijds erop moet worden toegezien dat de juiste procedures worden gevolgd, maar dat het anderzijds belangrijk is dat fouten in de plaatsingsprocedure niet ertoe leiden dat zorgaanbieders als gevolg van misgelopen inkomsten in financiële problemen komen of besluiten om geen forensische zorg meer te leveren. De respondent geeft hierover aan: 'de meeste FPK's, allemaal volgens mij, hebben daarnaast ook gewoon niet-forensische bedden. Dus die hebben genoeg aanwas. Zij hebben ons niet nodig, wij hebben hen nodig.'

De respondent van het FPL geeft aan dat het 'bijna met schering en inslag' voorkomt dat reclasseringswerkers nalaten een indicatiestelling aan te vragen. Een respondent van de reclassering schetst een ander beeld: 'We maken helaas, het gebeurt bijna nooit meer, mee dat reclasseringswerkers een cliënt plaatsen omdat ze al iemand kennen bij een instelling bijvoorbeeld, en in alle haast vergeten dat er ook een indicatie onder moet liggen.' Er is geen overzicht wat betreft het aantal gevallen waarin niet de voorgeschreven route van indicatiestellen, matching en plaatsing wordt gevolgd, aldus de FPL-respondent. Dergelijke gevallen komen alleen onder de aandacht van DIZ-FPL als een van de betrokkenen aan de bel trekt, bijvoorbeeld een zorgaanbieder die niet betaald krijgt omdat een plaatsingsbrief ontbreekt, of als er een nieuwe aanvraag komt voor herplaatsing en DIZ de voorgeschiedenis bestudeert. Een rol speelt volgens de respondent dat de reclassering een sterk gedecentraliseerde en gefragmenteerde, organisatie is. De respondent bemerkt bij de reclassering ook veel personeelswisselingen en aanzienlijke verschillen in lokale werkwijzen. Ook vermoedt en begrijpt de respondent dat individuele medewerkers oplossingen zoeken voor cliënten, vaak onder moeilijke omstandigheden en tijdsdruk, en daarbij soms buiten de officiële routes gaan.

4.2.6 Dilemma's bij indiceren

Respondenten benoemen enkele specifieke dilemma's die in relatie tot het indicatiestellingsproces worden ervaren. Deze worden hierna besproken. Het gaat om vonnissen waarbij men ervaart dat die weinig ruimte laten voor indicatiestelling, indicaties waarbij plaatsing niet mogelijk blijkt, het al dan niet nodig zijn van herindicatie bij afschaling van zorg en beveiliging, en gevallen waarin een ketenpartner onterecht de rol van indicatiesteller neemt.

Vonnissen die weinig ruimte laten
In gevallen waarin forensische zorg nodig wordt geacht, is niet per definitie al een indicatie voor forensische zorg opgesteld op het moment dat de betrokkene voor de strafrechter komt. Ook kan een tevoren voor advies aan de strafrechter opgestelde indicatiestelling pas definitief worden als het vonnis er is, omdat de strafrechter nog kan afwijken van een voorafgaand opgestelde indicatiestelling.

Respondenten van NIFP/IFZ en DIZ bemerken verschillende manieren waarop in vonnissen met (het ontbreken van) een indicatiestelling voor overige forensische zorg

wordt omgegaan. Het komt voor dat de strafrechter ruimte laat door een zinsnede op te nemen als: 'door NIFP/IFZ nader te indiceren en voor plaatsing te kiezen kliniek'. Maar volgens respondenten van NIFP/IFZ en DIZ komt het bij OFZ-zaken waar nog geen indicatiestelling ligt ook regelmatig voor dat een vonnis specifieke instructies bevat wat betreft de zorgaanbieder, te bieden zorg en duur van die zorg. Bijvoorbeeld door een zinsnede als: 'zeven weken voor stabilisatie naar 'instelling X in Rotterdam'. In dat geval rest DIZ en NIFP/IFZ niets anders dan het vonnis te faciliteren, geeft de respondent aan. Hoe vaak dit gebeurt kan de respondent niet inschatten, niet vaak, maar wel regelmatig. Ook een DIZ-respondent geeft aan veel last te hebben van dergelijke vonnissen. Daarin wordt volgens de respondent iets gevraagd dat moeilijk of niet is waar te maken. Een respondent van 3RO benoemt dat ook bij negatief advies van de reclassering en de beslissing van NIFP/IFZ om geen indicatiestelling af te geven, bijvoorbeeld omdat zij geen motivatie zien bij betrokkene om mee te werken, de rechter alsnog klinische behandeling kan opnemen in het vonnis. In dat geval moet de reclassering NIFP/IFZ vragen om een spoedindicatiestelling voor klinische opname. Volgens een NIFP/IFZ-respondent verschilt het tussen arrondissementen hoe rechtbanken ermee omgaan als er in een zaak nog geen indicatiestelling is. Rechters mogen klinische zorg opleggen als een indicatiestelling ontbreekt. Volgens de respondent weigeren sommige rechters om klinische zorg op te leggen zonder onderliggende indicatiestelling. De respondent meent dat dit ertoe kan leiden dat iemand die wel zorg nodig heeft deze niet krijgt.

Een DIZ-respondent benadrukt ook met het oog op de werkprocessen van NIFP/IFZ en andere indicatiestellers, het belang dat in de indicatiestelling alleen aangegeven wordt welk zorg- en beveiligingsniveau nodig is, maar dat geen specifieke zorgaanbieder wordt benoemd. Als dat laatste wel gebeurt, bemoeilijkt het volgens de respondent het plaatsingsproces. Of het kan dit zelfs onmogelijk maken als de desbetreffende aanbieder de betrokkene weigert, bijvoorbeeld omdat die aanbieder op dat moment geen capaciteit heeft. De respondent geeft aan dat dit punt aan NIFP/IFZ is gecommuniceerd en dat het proces nu op dit punt goed verloopt. DIZ-FPL probeert ook met rechters en officieren van justitie over dit onderwerp in gesprek te gaan.

Een respondent van 3RO geeft over deze kwestie aan te begrijpen dat DIZ ruimte nodig heeft om invulling te geven aan de bijzondere voorwaarden wat betreft forensische zorg. Hij geeft echter ook aan dat er afspraken zijn gemaakt tussen de Rechtspraak, het OM en 3RO over de formulering van bijzondere voorwaarden.[3] Omdat een rechter moet kunnen toetsen hoe zwaar een bijzondere voorwaarde is en of het inzetten hiervan proportioneel is, is afgesproken dat de voorwaarden zo concreet mogelijk moeten zijn. Dit betekent dat als de specifieke zorginstelling benoemd kan worden, de adviseur van de reclassering dit ook moet doen. Door de standaardformulering 'of een soortgelijke instelling' in de bijzondere voorwaarde zou in theorie voldoende ruimte geboden moeten worden om af te wijken van de specifieke zorgaanbieder.

[3] Voor klinische zorg is de volgende formulering afgesproken: "Betrokkene laat zich opnemen in [naam instelling] of een soortgelijke zorginstelling, te bepalen door de justitiële instantie die verantwoordelijk is voor plaatsing. De opname start [specificatie startmoment]. De opname duurt [de gehele proeftijd/een jaar of zoveel korter als de reclassering nodig vindt/zolang de reclassering dat nodig vindt]. Betrokkene houdt zich aan de huisregels en de aanwijzingen die de zorginstelling geeft voor de behandeling. Gelet op de problematiek kan hieronder ook het innemen van medicijnen vallen, als de zorgverlener dat nodig vindt."

Plaatsing niet mogelijk op indicatiestelling
Respondenten melden dat het niet altijd lukt om iemand op een afgegeven indicatiestelling te plaatsen. Zij benoemen verschillende manieren om daarmee om te gaan.

Second best zorg
Het lukt DIZ niet in alle gevallen om een patiënt geplaatst te krijgen op het door NIFP/IFZ geïndiceerde zorg- en beveiligingsniveau. Een respondent van NIFP/IFZ beschrijft hoe DIZ dan contact opneemt ter bespreking van de casus. De uitkomst kan zijn dat DIZ aan NIFP/IFZ vraagt om een ander plaatsingsverzoek in Ifzo te zetten. NIFP/IFZ houdt in dat geval de indicatiestelling inhoudelijk ongewijzigd omdat het uitgangspunt van NIFP/IFZ blijft, zo geeft de respondent aan, te indiceren wat nodig is, niet wat beschikbaar is. NIFP/IFZ maakt vervolgens een nieuw plaatsingsverzoek aan en vermeldt daarbij dat het niet overeenkomt met de indicatiestelling, maar dat het plaatsingsverzoek in overleg met DIZ is aangepast om plaatsing mogelijk te maken. Dit wordt wel *second best*-zorg genoemd. De respondent geeft als voorbeeld een casus van een patiënt die geïndiceerd was op beveiligingsniveau 3. Daar werd echter geen geschikte plaats gevonden. Wel was er plaats op een FPA met beveiligingsniveau 2, die expertise had ten aanzien van de specifieke problematiek van de patiënt. Ook een respondent van 3RO meldt dat er soms uit nood gekozen wordt voor een tijdelijke plaatsing op beveiligingsniveau 2 omdat beveiligingsniveau 3 landelijk 'vastloopt' wegens grote toestroom en weinig uitstroom. Een respondent van DIZ-FPL benoemt als een indicatiestelling pas kort tevoren binnenkomt, soms te overwegen of betrokkene bij een instelling met beveiligingsniveau 2 kan worden geplaatst in plaats van een instelling met het geïndiceerde niveau 3. Dat ervaart de respondent echter wel als een zwaar besluit: 'Maar dan moet je wel heel goed naar de indicatie kijken, want je loopt wel een risico. (…) Ik moet wel uit kunnen leggen waarom ik besloten heb om af te wijken van de indicatie van NIFP.'

Een ander voorbeeld komt van een zorgaanbieder: 'Als je bijvoorbeeld kijkt naar zwakbegaafdheid. De klinieken, Trajectum en de Rooyse Wissel, die daarin gespecialiseerd zijn, die hebben enorme wachtlijsten. Ook die patiënten moeten geplaatst worden soms. Die harde criteria, die worden even aan de kant geschoven en dan wordt toch gevraagd of wij in ieder geval de patiënt willen opnemen.'

Overbruggingszorg
Wanneer passende zorg niet tijdig beschikbaar is, kan gezocht worden naar 'overbruggingszorg' tot een geschikte plek vrijkomt. Respondenten van NIFP/IFZ en DIZ melden dat, net als bij de *second best*-zorg (zie vorige deelparagraaf), het overleg tussen hen vaak gaat over de vraag of het mogelijk is een bepaalde patiënt die is geïndiceerd op beveiligingsniveau 3, tijdelijk op beveiligingsniveau 2 te plaatsen. Als bijvoorbeeld het beschikbaar komen van een plek in een FPK niet aansluit op het einde van de detentie, vraagt DIZ soms of NIFP/IFZ akkoord kan gaan met tijdelijke overbruggingszorg op een lager beveiligingsniveau in een FPA. In deze gevallen maakt NIFP/IFZ in Ifzo een overbruggingsindicatie aan en vermeldt daarbij dat het gaat om een overbruggingsindicatie voor een tijdelijk lager beveiligingsniveau, op verzoek van DIZ. Een respondent van DIZ benoemt dat overbruggingszorg door wachtlijsten van bepaalde instellingen soms van lange duur kan zijn. Zij geeft een voorbeeld van een patiënt met een verstandelijke beperking die pas na een jaar overbruggingszorg, op een geschikte plek voor een jaar klinische behandeling terecht kon: 'Dan heb je dus iemand, dat is eigenlijk wel heel schrijnend als je daarover nadenkt, die dus twee jaar klinisch gaat zitten voor één jaar klinische behandeling.'

Aanpassen indicatiestelling aan aanbod
Voor sommige specifieke behoeften is volgens respondenten geen passende zorg-beveiligingscombinatie beschikbaar. NIFP/IFZ-respondenten beschrijven dat in die gevallen soms de indicatiestelling wordt aangepast om de betrokkene op een zo geschikt mogelijke plek te kunnen plaatsen. Een van de respondenten noemt het voorbeeld dat twee klinieken in Nederland, beide met een hoog beveiligingsniveau, gespecialiseerd zijn in zedenproblematiek waaronder een bepaald zorgprogramma. Voor een patiënt die geen hoog beveiligingsniveau nodig heeft maar wel de specialistische zorg voor zedenproblematiek behoeft, heeft de respondent een indicatie opgesteld op een hoger beveiligingsniveau dan nodig. Hier wordt verschillend over gedacht geeft de respondent aan. Sommige collega's zeiden: 'Nee hoor, ik zet dan gewoon FPA voldoende en hij heeft zedenbehandeling nodig, want dan komen er uiteindelijk wel klinieken op dat niveau.' Meer algemeen geven NIFP/IFZ-respondenten aan dat wordt geworsteld met het gebrek aan plekken op beveiligingsniveau 3. Een respondent van NIFP/IFZ beschrijft daarover dat DIZ een periode lang aan NIFP/IFZ-coördinatoren heeft verzocht om zoveel mogelijk af te schalen en op een lager beveiligingsniveau te indiceren omdat men patiënten niet op beveiligingsniveau 3 geplaatst kreeg.

Herindicatie bij afschaling
Verplichte herindicatie bij afschaling van de forensische zorg is een onderwerp van discussie bij zorgaanbieders en DIZ. Hierbij wordt de zogeheten 'postcoderegel' gehanteerd. Die houdt in dat als een patiënt bij afschaling van zorg en of beveiliging doorstroomt binnen hetzelfde postcode-adres, de zorgaanbieder geen herindicatie hoeft aan te vragen. De postcoderegel pakt voor verschillende instellingen verschillend uit: sommige hebben een hele afschalingslijn op dezelfde postcode met FPC, FPK, FPA en FBW. Voor andere geldt dat maar deels of helemaal niet. Deze 'postcoderegel' is een uitvoeringsafspraak tussen NIFP/IFZ, DIZ en zorgaanbieders, die niet nader is vastgelegd in formele wet- of regelgeving.

Een respondent van een zorgaanbieder vindt verplichte herindicatie niet nodig. Hij vindt dat zijn eigen instelling voldoende inhoudelijke deskundigheid heeft om in te schatten wat een passende plek zou zijn om een patiënt naar door te laten stromen. Dat het toch voorkomt dat NIFP/IFZ het oneens is met het uitgestippelde traject vindt de respondent lastig: 'Dan denk ik: Ja, luister nou naar het traject wat wij als ook inhoudelijke deskundigen voorstellen.'

Enkele respondenten van PMO's geven aan de huidige werkwijze rondom het aanvragen van herindicaties omslachtig te vinden. Een respondent vraagt zich af welke meerwaarde het onafhankelijke opstellen van een indicatiestelling door NIFP/IFZ heeft, wanneer een BIG-geregistreerd zorgverlener op basis van direct contact met een patiënt een bepaald zorgtraject voor ogen heeft. 'Soms denk ik: er kan er best wel [een schakel] tussenuit. En eerlijk gezegd, begrijp ik vooral niet altijd heel goed waar NIFP/IFZ voor is. Dat is vooral omdat ze wel goed werk doen, maar wij vullen iets in en zij maken dan formeel een indicatiestelling zonder iemand gezien te hebben. Ze wijken ook eigenlijk niet zo vaak af, volgens mij. Zal vast een goede reden voor zijn, maar ik vind het een beetje omslachtig.'

Een respondent van DIZ-FPL verwoordt een ander perspectief. Zij geeft aan geen zicht te hebben op waar forensische patiënten zich op een gegeven moment bevinden, doordat bij afschaling niet in alle gevallen een herindicatie verplicht is. DIZ-FPL vindt het van belang dat inzicht wel te hebben, omdat de verblijfplaats van patiënten snel te

achterhalen moet zijn als zich bijvoorbeeld incidenten met patiënten voordoen. De regel dat zorgaanbieders geen herindicatie hoeven aan te vragen als een patiënt voor afschaling binnen dezelfde postcode wordt doorgeplaatst is er volgens de DIZ-respondent om het proces sneller te laten verlopen. Er zijn volgens de respondent echter ook kanttekeningen. Herindicatie biedt een check, waarin je het huidige toestandsbeeld weer even tegen het licht houdt. Het zou volgens de DIZ-respondent helpen als met aanbieders met bewezen expertise zou kunnen worden afgesproken dat zij zelfstandig zorgen voor afschaling, maar dat zij dit wel goed administreren in Ifzo zodat op elk moment duidelijk is waar in de forensische zorg een patiënt zich bevindt.

Een respondent van PMO roert nog een ander punt aan. Wanneer een persoon vanuit detentie op indicatie van PMO klinisch is opgenomen, dan draagt PMO de verantwoordelijkheid voor een herindicatie in Ifzo wanneer de betrokkene door kan stromen vanuit klinische zorg naar bijvoorbeeld forensische woonzorg. De respondent vindt dat iets vreemds in het systeem: 'Want je hebt iemand al een jaar niet gezien, maar je gaat wel het akkoord geven voor een doorplaatsing. Terwijl daar hele goede psychologen en therapeuten zitten die dat heel goed kunnen inschatten, terwijl het dus op ons bordje ligt.'

Verkeerde rol aannemen
Zoals besproken in paragraaf 3.3.1 en 3.4.1 is de verantwoordelijkheid voor indicatiestelling en plaatsing in forensisch beschermd wonen anders belegd in situaties waar een patiënt doorstroomt vanuit klinische zorg. Waar normaliter 3RO of het PMO verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling en plaatsing in forensisch beschermd wonen, dienen deze organisaties in deze situatie een aanvraag voor indicatiestelling te doen bij het NIFP/IFZ. Een respondent van DIZ geeft aan dat in deze situaties reclasseringswerkers vaak ten onrechte zelf de indicatiestelling en plaatsing voor verblijfszorg uitvoeren. Doordat Ifzo geen patiëntvolgsysteem is en dus niet vaststelt of een patiënt al klinische zorg ontvangt, wordt er vanuit Ifzo geen waarschuwing gegeven dat de indicatiestelling in dit geval eigenlijk door het NIFP/IFZ zou moeten worden uitgevoerd.

4.3 Matching en plaatsing

4.3.1 Matchings- en plaatsingsproces DIZ

Stappen matchingsproces
Respondenten van DIZ beschrijven de verschillende stappen van het matchingsproces. Als de indicatiestelling in Ifzo binnenkomt, hoeft in feite alleen op 'matchen' te worden gedrukt omdat alle criteria al door NIFP/IFZ zijn ingevuld, geeft een respondent aan. Een belangrijk doel bij matching is volgens een respondent van DIZ, plaatsing in de eigen regio van de betrokkene. Maar hoe het criterium regio precies gehanteerd wordt is mede afhankelijk van de forensische titel en het beveiligingsniveau. Als een FPA gezocht wordt, vindt de respondent het belangrijk om te matchen met een instelling in de eigen regio van de betrokkene. Als het gaat om een hoger beveiligingsniveau en bijvoorbeeld met tbs met voorwaarden, dan is het beveiligingsniveau leidend en zijn de mogelijkheden beperkt tot vijf of zes FPK's. Dan speelt regio geen grote rol meer. Als het goed is levert het matchingsproces een of meer zorgaanbieders op met een voor de betrokkene passend aanbod. DIZ-respondenten gaan na of zij dit ook passend vinden. Als dat zo is kiezen zij er één uit en sturen een standaard mail naar de zorgaanbieder dat er is aangemeld. Het kan ook gebeuren dat het matchingsproces

geen geschikte match oplevert. DIZ-respondenten geven aan dat het bijvoorbeeld soms niet lukt om in de gewenste regio een geschikte plek te vinden. Een uitwijkmogelijkheid is om dan 'regio' uit te vinken en landelijk te kijken welke matches Ifzo oplevert. Dat geeft echter wel extra complicaties, doordat de aanvrager (bijvoorbeeld de reclassering), de cliënt en de zorgaanbieder het ermee eens moeten zijn. Vaak moet de zorgaanbieder ook van de gemeente akkoord krijgen. Dat lukt niet altijd, geeft de respondent van DIZ aan, omdat sommige aanbieders, of gemeentes, 'overspoeld worden' met clientèle uit de Randstad.

Eén lijn bij matching
Een respondent van DIZ-FPL vat samen dat DIZ werkt vanuit de afspraken die zijn gemaakt binnen de forensische zorg. Daarin is de onafhankelijkheid van NIFP/IFZ van belang: de indicatiestellers van NIFP/IFZ bepalen op basis van alle stukken een indicatie met beveiligingsniveau en zorgintensiteit. DIZ is vervolgens de neutrale organisatie die gaat over de matching en de plaatsing. De respondent geeft daarbij ook aan dat binnen de bandbreedte van de indicatiestelling, specifieke afwegingen bij matching ertoe kunnen leiden dat niet alle vijf DIZ-selectiefunctionarissen op exact dezelfde match met een zorgaanbieder uitkomen. Het gaat erom dat een valide match wordt gemaakt en daarvoor kunnen er meerdere opties zijn.

Plaatsing door DIZ
DIZ is verantwoordelijk voor de uitvoering van plaatsingen in klinische forensische zorg en plaatsingen in een beschermde woonvorm na afloop van een klinisch traject, beide op indicatie van NIFP/IFZ.

Een respondent van DIZ geeft aan dat in geval van verblijfszorg na klinische zorg ongeveer twee derde van de cases relatief gemakkelijk en snel kunnen worden geplaatst. In elk geval binnen de wettelijke termijnen van de desbetreffende forensische titel. Het meeste werk en tijd kost het plaatsen van de overige cases, ongeveer een derde van het totaal. Daarbij gaat het om zaken waarin 'geleurd' moet worden met een betrokkene, en soms ook om zaken waarbij een plaats moet worden gezocht bij zorgaanbieders die niet als forensisch zorgaanbieder zijn geregistreerd. Bij die laatste categorie kan plaatsing soms maanden duren, zegt de respondent. 'Dan loop je in een aantal gevallen tegen het einde van de maatregel aan, van de titel, en dan kan je niet anders dan het zorgkantoor, de gemeente, of het Veiligheidshuis te betrekken of in ieder geval het een gezamenlijk probleem te maken,' aldus de respondent.

Respondenten van DIZ beschrijven hoe het plaatsingsproces verloopt vanaf het moment dat er op basis van het matchingsproces een zorgaanbieder is gekozen. Als een zorgaanbieder is gekozen, wordt dat doorgegeven aan de reclassering (als die de aanvrager was). Vervolgens is het aan de reclassering om het verder op te pakken. Bij forensisch beschermd wonen is het volgens respondent zo gegroeid dat aanbieders veelal een intakegesprek houden, terwijl bij klinische zorg zonder intake wordt geplaatst. De reclassering gaat mee op intakegesprek en vervolgens komt er bericht of de zorgaanbieder de betrokkene wel of niet accepteert. Dan is mijn taak klaar, zegt de DIZ-respondent, tenzij er een afwijzing komt van de zorgaanbieder.

In het geval van een afwijzing, moet de respondent beslissen of zij de afwijzing accepteert, of in gesprek gaat met de zorgaanbieder over de afwijzing. De respondent vindt het belangrijk dat een patiënt niet alleen 'op papier' wordt afgewezen voor verblijfszorg: 'In de indicatiestelling heb je één bak ellende van wat iemand allemaal

gedaan heeft en wat er allemaal aan problematiek is. En dan heb je aan het eind een stukje woonprofiel en hoe hij het doet in zijn huidige opname. En dan denk je: hij doet het best aardig. Maar dan heeft de aanbieder natuurlijk al alles gelezen en heeft al een bepaald beeld gevormd. Terwijl ik denk: je moet iemand gewoon zien om een goed beeld te krijgen. En daar wil nog niet iedereen aan maar dat vind ik wel. Je wordt gewoon positief verrast heel vaak door mensen. Dat ik denk: het is gewoon zonde dat je die niet even hebt gezien.'

Plaatsing door DIZ-FPL
Het Forensisch Plaatsingsloket (FPL) neemt de plaatsing op zich van vooral de complexe titels, forensische zorgtitels waaraan ook een civiele zorgmachtiging verbonden is en complexe casuïstiek, aldus een respondent van DIZ-FPL. Bij complexe casuïstiek gaat het bijvoorbeeld om personen die moeilijk (her)plaatsbaar zijn omdat zij veel agressie vertonen of niet mee willen werken aan behandeling. DIZ-FPL krijgt de cases binnen via de indicatiestelling in Ifzo. Daarin worden ze gefilterd op titel, als er bijvoorbeeld een zorgmachtiging bij zit gaat die automatisch naar het FPL. FPL krijgt ook de tbs-titels. Daarnaast wordt het FPL geconsulteerd door collega's van DIZ die belast zijn met plaatsing in klinische forensische zorg over complexe cases, bijvoorbeeld als een betrokkene al op vier verschillende behandelplekken is afgewezen en de collega er al veel tijd aan kwijt is geweest en geen opties meer ziet.

De respondent van DIZ-FPL benoemt dat ook de reclassering soms aanklopt bij DIZ-FPL met een complexe casus. Een voorbeeld betreft een persoon met forensisch beschermd wonen die uitgeplaatst werd voor een time-out bij een andere instelling omdat het bij zijn huidige locatie 'niet lekker liep.' De zorgaanbieder wilde hem daarna echter niet meer terugnemen. Hij zat vervolgens veel langer dan afgesproken in de ander instelling en moest daar ook weg. De reclassering kon hem echter nergens geplaatst krijgen. In dit geval heeft het FPL bemiddeld door de oorspronkelijke zorgaanbieder te betrekken bij de vraag hoe de patiënt weer bij hen of elders geplaatst te krijgen. De respondent: 'Dan ben je daar dus heel druk bezig. Maar het is eigenlijk iets wat niet binnen het plaatsingsproces van DIZ hoort. Het is ondersteunend voor hele keten. Ja, waarbij wij heel erg sturen op: wij zijn niet verantwoordelijk, wij pakken niet het dossier op. Het dossier blijft echt bij de dossierhouder, die moet het probleem houden, maar we stutten en steunen die wel.'

4.3.2 Matchings- en plaatsingsproces 3RO

Respondenten van 3RO geven aan dat in het algemeen Ifzo niet als matchingstool te gebruiken zoals het bedoeld is, maar eerst te zoeken naar een geschikte zorgaanbieder. Pas daarna wordt de match geformaliseerd in Ifzo.

De respondenten benoemden dat de reclasseringswerker eerst reclasseringsonderzoek doet op basis van gesprekken met de betrokkene en het lezen van brondocumenten. Het gaat dan om het vonnis en het reclasseringsdossier met daarin bijvoorbeeld ook informatie over eerdere zorgaanbieders. Op basis van die informatie oriënteert de medewerker zich op mogelijk geschikte zorgaanbieders. Na toestemming van de cliënt, neemt de reclasseringswerker contact op met de zorgaanbieder om te onderzoeken of een match met de cliënt mogelijk is. Als dat het geval is, is de volgende stap die de reclasseringswerker neemt het 'maken van een Ifzo'. Dit invullen in Ifzo betreft de indicatiestelling, de matching en de plaatsing. Daartoe wordt eerst gekeken naar het zorgaanbod van de desbetreffende instelling in Ifzo. Het gaat dan om de vormen van behandeling of begeleiding die worden geboden, zodat daarop bij het aanvinken van

de criteria in Ifzo, kan worden afgestemd. Met name gaat het om de dominante zorgvraag en de bijkomende problematiek want deze zijn van belang voor het tot stand komen van een match. Als de velden in Ifzo zijn ingevuld, moeten deze in Ifzo worden gefiatteerd. Vervolgens kan een match gemaakt worden met de beoogde instelling. Dan vraagt het systeem of een toeleiding moet worden gedaan en vervolgens kunnen een aanmeldingsbrief en plaatsingsbrief worden gemaakt. Als er toch iets niet goed is ingevuld, is het alleen mogelijk dat te corrigeren door opnieuw een indicatie op te stellen. Dat kan wel met copy-paste uit de oude. De afgebroken indicatiestelling blijft dan volgens de respondent echter ook in Ifzo bewaard.

3RO-respondenten benoemen dat de ervaring leert dat in bepaalde gevallen in Ifzo twee verschillende indicatiestellingen en matches nodig zijn om passende zorg te realiseren. Dit is voornamelijk het geval wanneer zowel ambulante behandeling als verblijfszorg geïndiceerd zijn. Doordat aanbieders van ambulante behandeling in veel gevallen geen verblijfszorg aanbieden en vice versa, is er een hoog risico dat er geen passende aanbieders uit de matching naar voren komen als beide zorgvragen in één matchingspoging worden meegenomen. Aanbieders van ambulante behandeling bieden geen verblijfszorg en vice versa. Dat zijn volgens respondenten finesses van Ifzo waar je achter komt als je vaker met het systeem werkt.

3RO-respondenten melden Ifzo soms ook te gebruiken ‘zoals het bedoeld is’, wanneer een passende zorgaanbieder moet worden gezocht in een regio waar zij minder goed mee bekend zijn. In dat geval vult de reclasseringswerker de gegevens in Ifzo in waaraan de zorgaanbieder moet voldoen en kijkt welke opties dit oplevert. Vervolgens wordt contact gezocht met die zorgaanbieders om te onderzoeken of een match met de cliënt mogelijk is. Een respondent geeft aan daarnaast als extra informatiebron ook nog bij reclasseringscollega’s in de regio te informeren naar de desbetreffende zorgaanbieders.

4.3.3 Matchings- en plaatsingsproces PMO

Een respondent van PMO geeft, net als respondenten van 3RO, aan dat eigenlijk altijd eerst contact wordt gelegd met een geschikte zorgaanbieder in plaats van dat wordt afgegaan op zorgaanbieders die in Ifzo ‘oppoppen’. De respondent meldt dat in het matchingsproces voor gedetineerden die uitstromen naar forensische verblijfszorg, de casemanager van de betrokkene in de PI een belangrijke rol heeft. Een geïnterviewde casemanager van een PMO geeft aan zelf geen toegang te hebben tot Ifzo – dit is voorbehouden aan de inrichtingspsycholoog. Hij beschrijft op internet te zoeken naar geschikte zorgaanbieders en vervolgens contact te leggen met deze organisaties om te overleggen of de betrokkene daar kan worden geplaatst. Vervolgens draagt de casemanager bij het PMO namen aan van organisaties door die mogelijk een passende plek hebben. Ook spreken het PMO en de casemanager met de betrokken gedetineerde. Als er meer geschikte zorgaanbieders zijn, kan de gedetineerde volgens de PMO-respondent ook een voorkeur voor een van de aanbieders aangeven. De PMO-respondent belt vervolgens de zorgaanbieder en pas daarna wordt de betrokkene in Ifzo gematcht aan de aanbieder. Ook respondenten van PMO geven aan dat het nog puzzelen kan zijn om in Ifzo de gekozen zorgaanbieder als match naar boven te krijgen. Een respondent benoemt zijn ervaring op het moment dat hij voor een persoon met een ISD-maatregel de keuze voor een aanbieder van dagbesteding en ambulante zorg in Ifzo wil formaliseren: ‘Maar als ik dan niet de juiste... en dat zit 'm soms echt in details, niet het juiste vakje ergens heb aangeklikt of niet de juiste codes of woorden heb gebruikt, dan komt ie aan het eind van de rit – en dat is dan best wel

een eindje verder – niet in het zorgaanbod naar boven, waardoor ik 'm niet kan aanvinken. […] Dus blijkbaar matcht het systeem ook niet met de praktijk. Want hoe kan het dan dat we heel vaak in de praktijk zelf een kliniek vinden, maar als je het via het boekje zou doen, komt die kliniek er helemaal niet uit.'

4.3.4 Plaatsingsproces bij zorgaanbieder

In de ervaring van een respondent van een zorgaanbieder komt het ongeveer even vaak voor dat er eerst telefonisch contact wordt opgenomen over de vraag of een aanmelding passend is, als dat direct een aanmeldingsbrief via Ifzo binnenkomt. Meerdere respondenten van zorgaanbieders geven aan dat als de aanmelding binnen is gekomen, er vanuit de zorgaanbieder een kennismaking met de betrokkene wordt gepland en vervolgens een intake. De kennismaking gebeurt zoveel mogelijk op de locatie van de betrokkene. Daarbij sluit veelal ook de betrokken reclasseringswerker of een casemanager of gedragsdeskundige vanuit de PI aan. Een respondent meldt met de betrokkene zaken langs te lopen: 'Wat wil jezelf? Waar zit je motivatie? Wat zijn je risico's? Wat zijn je leerdoelen?'

Een respondent benadrukt veel aandacht aan het kennismakingstraject te geven om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de betrokkene en om een scherper beeld te krijgen of de hulpvraag passend is. Als de kennismaking van beide kanten perspectief geeft, wordt snel erna de intake gepland. Daar wordt dan de medewerker die vanuit de zorgaanbieder de begeleidersrol zal nemen bij betrokken. Als ook dat positief uitpakt, wordt de betrokkene op de wachtlijst voor plaatsing gezet, of wordt de plaatsing direct in gang gezet indien er geen wachtlijst is. Een respondent geeft aan veel te investeren in het voortraject naar plaatsing. Er zijn veel aspecten die de respondent belangrijk vindt in een juist plaatsingsbeleid. Enerzijds de locatie vullen en draaiende houden, maar anderzijds zorgen dat de begeleiders zich tevreden voelen en dat de patiënten zich prettig voelen bij de samenstelling van de bewonersgroep.

Een respondent noemt wat voor zijn instelling de overwegingen zijn om iemand wel of niet uit te nodigen voor een intakegesprek: 'Wij scannen dan op het delict en op of wij dat plaatsbaar achten. Je let bijvoorbeeld wel op zeden, omdat we het moeilijk vinden om daar te veel van te hebben. We letten op LVB, als er te veel sprake is van licht verstandelijke beperking dan is dat bij onze organisatie ook wat minder geschikt. We scannen ook wel op behoorlijke mate van verslaving. In principe als die dingen allemaal in orde lijken te zijn, dan zijn we geneigd om uit te nodigen.'

Niet alle instellingen houden standaard een kennismakings- of intakegesprek, mede omdat deze gesprekken niet kunnen worden gedeclareerd binnen de Wfz. Een respondent van een klinische zorgaanbieder meldt dat zijn instelling vooral om logistieke redenen niet standaard intakes doet. Zij hebben veel ISD-cliënten, die dan met een busje van de Dienst Vervoer en Ondersteuning van DJI (DV&O) naar de zorgaanbieder gebracht zouden moeten worden voor een intake. Om dat te plannen met een behandelaar zou bijna niet te doen zijn als het gaat om tijdig vervoer. Ook omdat de instelling binnen vijf dagen op een aanmelding moet reageren.

In het algemeen loopt het plaatsingsproces zoals beschreven, melden respondenten (zie ook paragraaf 3.3.3). Wel zijn er ook gevallen waarin het anders loopt, bijvoorbeeld als iemand dezelfde dag uit detentie komt en er voorkomen moet worden dat hij op straat belandt. Dan wordt voor een noodoplossing gekozen om iemand op te

nemen en wordt vandaaruit nagegaan wat de zorgbehoefte, problematiek en risico's zijn.

Verschillende respondenten van zorgaanbieders zeggen bij een aanmelding ook op andere manieren dan via een intakegesprek nadere informatie te verzamelen. Een respondent spreekt, nadat een aanmeldingsbrief is binnengekomen, in 'acht van de tien gevallen' met de verwijzer om actuele informatie te krijgen over hoe het met de betrokkene gaat en hoe het contact van de betrokkene met de reclassering is. Dit helpt volgens de respondent om naast de indicatiestelling de casus nog beter te kunnen inschatten. Bij sommige aanmeldingen worden ook brondocumenten opgevraagd om beter te kunnen beoordelen of de betrokkene past bij wat de zorgaanbieder kan bieden. Een respondent zegt dat bij zijn instelling bij elke aanmelding standaard de beschikbare brondocumenten worden opgevraagd, zoals diagnostiek, behandelplan en risicotaxatie. Een andere respondent geeft aan dat dat alleen gebeurt als de casus vragen oproept, zoals wanneer op basis van de indicatiestelling nog niet geheel duidelijk is of de zorgaanbieder kan aansluiten bij de behoeften van de patiënt.

Volgens verschillende respondenten is de wettelijke termijn waarbinnen een zorgaanbieder op een aanmelding moet reageren vijf dagen. 'Als je geen intake hoeft te doen, is die termijn over het algemeen wel realistisch, tenzij het een heel complexe zorgvraag betreft,' zegt de respondent.

4.3.5 Plaatsing bij PPC

Een respondent vanuit de PPC geeft aan dat in alle fasen van het strafproces kan worden besloten dat vanwege vermoedens van psychiatrische problematiek een betrokkene het best op zijn plek is in een PPC. Het kan zijn dat een betrokkene vlak na aanhouding, bij de eerste voorgeleiding is gezien door een psychiater en vervolgens met soms maar heel summiere informatie naar een PPC komt. Maar het kan ook gaan om mensen die al in een lang forensisch traject zitten, opnieuw de fout in gaan, of terugvallen in gebruik, bijvoorbeeld tijdens een ISD-maatregel. Soms gaat het om mensen die al ver in de resocialisatie zitten en opnieuw middelen gebruiken.

Als het gaat om verwijzingen naar een PPC komt het voor dat justitiabelen nog dezelfde dag geplaatst moeten worden. Een respondent van een PPC beschrijft dat selectiefunctionarissen van DIZ dagelijks bellen met de opnamecoördinatoren van de PPC's om na te gaan hoeveel vrije bedden zij beschikbaar hebben. Op basis hiervan kan dagelijks gekeken worden welke patiënten in welke PPC opgenomen kunnen worden, met het streven dat patiënten zo veel mogelijk in de regio van herkomst op te nemen.

Respondenten van PMO beschrijven ervaringen met het proces van plaatsing van patiënten bij een PPC. Het plaatsingsproces loopt via Ifzo. Een respondent geeft aan dat Ifzo in wordt gevuld voor de PPC, bijvoorbeeld door een andere PI (de zendende PI), dat NIFP/IFZ vervolgens de indicatiestelling maakt en DIZ de betrokkene plaatst. De aanmelding komt binnen bij de opnamecoördinatie, die overzicht over de bedden heeft. Vanuit de PPC is er een check op de aanmelding vanuit de opnamecoördinatie samen met een behandelcoördinator. Als er iets onduidelijk is, bijvoorbeeld dat in de informatie niet duidelijk een psychiatrische stoornis terug te vinden is, dan wordt contact opgenomen met de zendende PI of zorgaanbieder.

4.3.6 Matchingscriteria

Rol harde criteria
Zoals in paragraaf 3.3.3 beschreven is het de bedoeling dat op basis van zogeheten 'harde' matchingscriteria achterhaald kan worden welke aanbieders een zorgaanbod hebben dat matcht met de zorgbehoefte en het vereiste beveiligingsniveau van de betrokkene. Verschillende respondenten van matchende partijen maar ook van zorgaanbieders zijn het erover eens dat de harde matchingscriteria, zoals geslacht, leeftijd, diagnostiek, zorgintensiteit en beveiligingsniveau een goed startpunt vormen. Maar ook zijn ze het erover eens dat je er daarmee nog niet bent.

Respondenten benoemen dat de complexe werkelijkheid van de problematiek van patiënten slechts tot op zekere hoogte in de harde matchingscriteria is te vangen. In dat verband zijn zogeheten 'zachte criteria' relevant (zie ook paragraaf 3.3.3). Daarover meer in de volgende deelparagraaf. Een respondent van een zorgaanbieder: 'Op zich zijn die criteria prima, alleen, een patiënt daar is zo'n brede problematiek vaak aan de orde, die ook buiten die criteria omgaat, zeg maar. Het is vaak zo complex, wat niet in criteria te gieten is. Dus je kijkt toch altijd meer op casusniveau.' Een respondent van NIFP/IFZ: 'Het is een erg grove wijze van selecteren. Verstandelijke beperking: ja of nee. Waar ligt de grens? Van zwakbegaafd naar laagbegaafd? Of neem je de grens van zwakbegaafd naar licht verstandelijk beperkt? IQ zegt ook niet alles. Want de zelfredzaamheid maakt ook nog uit voor de vraag of iemand naar een LVG-instelling moet.'

Daarnaast worden twee punten benoemd met betrekking tot de inhoudelijke harde criteria zelf. Ten eerste geeft een respondent van NIFP/IFZ aan dat sommige criteria moeilijk te objectiveren zijn. Bij het criterium beveiligingsniveau lukt dat volgens hem nog wel goed, maar bijvoorbeeld de zorgintensiteit vindt hij vager omschreven en voor verschillen in interpretatie vatbaar. Ten tweede wordt de weergave van het aanbod van zorgaanbieders in Ifzo genoemd (zie ook vorige deelparagrafen). Respondenten van 3RO en PMO benoemen dat zij het lastig vinden om in Ifzo een eerder gevonden geschikt aanbieder vervolgens in Ifzo als match eruit te krijgen. Ook geven zij aan dat als zij Ifzo volgens het boekje toepassen, er regelmatig zorgaanbieders naar voren komen die niet geschikt blijken qua aanbod (noch op papier, noch in het echt), of die op papier wel het juist aanbod lijken te hebben maar waarbij dit in de praktijk niet zo blijkt te zijn.

Op de vraag hoe het beter zou kunnen wat betreft de harde matchingscriteria, geeft een respondent van NIFP/IFZ aan dat meer criteria, of meer gedetailleerde criteria of wegingsmethoden binnen Ifzo niet wenselijk zouden zijn. Dat zou volgens hem het systeem te uitgebreid en te ingewikkeld en daardoor onwerkbaar maken. Wel zou het hem welkom zijn als het mogelijk is een meer volledig plaatje in te voeren van wat een patiënt allemaal nodig heeft. Een respondent van een zorgaanbieder benoemt het helpend te vinden als zorgaanbieders contra-indicaties beter aangeven in Ifzo, in plaats van (soms te ruim) aan te geven wat zij wel bieden.

Meerdere respondenten (NIFP/IFZ, PMO, zorgaanbieders) onderschrijven dat de harde matchingscriteria een goed startpunt kunnen zijn in het matchingsproces, maar dat direct contact tussen degene die matcht en potentiële zorgaanbieders als noodzakelijk wordt gezien voor de *finetuning* van wat de betrokkene nodig heeft en wat de zorginstelling kan bieden om zo te komen tot een geschikte plek voor de betrokkene. Dit zou volgens respondenten (PMO, 3RO, zorgaanbieder) ook vergeefse

matchingssessies in Ifzo kunnen voorkomen, waarbij zorgaanbieders een ‘nee’ geven of waarbij blijkt dat een aanbieder toch niet in huis heeft wat nodig is voor de betrokkene, terwijl dat wel in Ifzo zo leek.

Rol zachte criteria

Omschrijving
Meerdere respondenten benoemen dat naast de toepassing van harde criteria nader maatwerk nodig is. Zachte criteria zijn aspecten die een rol spelen bij de matching van een patiënt aan een zorgaanbieder, maar die in tegenstelling tot harde criteria niet in de matchingssystematiek van Ifzo zijn opgenomen. Zachte criteria zijn niet nader gedefinieerd en kunnen allerlei verschillende vormen aannemen. Het kan bijvoorbeeld gaan om nadere informatie over hoe specifieke problematiek van de patiënt zich uit in gedrag. Respondenten van NIFP/IFZ noemen als voorbeelden comorbiditeit van een psychotische stoornis met een persoonlijkheidsstoornis, neurocognitieve problemen, maar ook of een patiënt kan meedraaien in een groep. Daarnaast is de afstemming wat betreft kenmerken van en omstandigheden bij de zorgaanbieder van belang. Hierna wordt ingegaan op hoe matchende partijen enerzijds en zorgaanbieders anderzijds aangeven te werken met zachte criteria.

Matchende partijen
Verschillende respondenten geven aan bij matching af te stemmen op zachte kenmerken van zorgaanbieders. Een respondent van DIZ benoemt bijvoorbeeld dat er beginnende zorgaanbieders zijn waar nog geen patiënten met zware zedenproblematiek moeten worden geplaatst, omdat dat te risicovol is. Wel leidt de respondent in zo een geval bewust een minder complexe zedendelinquent toe, zodat de instelling daarmee ervaring kan opdoen en bijvoorbeeld over een jaar wel klaar is voor een zedendelinquent met meer complexe problematiek. Ook meldt een DIZ-respondent rekening te houden met tijdelijke omstandigheden bij een zorgaanbieder. Een voorbeeld is een instelling die alle ‘moeilijke casussen’ afwees op het argument ‘Ik zie veel risico's, dit kan het team nog niet aan.’ Dat is geen hard criterium waarop zij mogen afwijzen volgens de respondent. Maar de reden is dat in de kliniek een aantal heftige agressie-incidenten door patiënten heeft plaatsgevonden. Dat heeft veel invloed op een team en kan het wankel maken, en dat is ook een belang dat je moet behartigen geeft de respondent aan.

Respondenten van 3RO benoemen, evenals die van DIZ, rekening te houden met zachte criteria in matchingsproces. Er worden bijvoorbeeld aanvullende afspraken gemaakt over bepaalde zaken. Daar komt volgens een 3RO-respondent een stukje maatwerk bij kijken. Als je de zorgaanbieder tegemoet kan komen door een nadere afspraak te maken, en dat ook naar de cliënt communiceert: ‘dit is een optie, mits dit en dit en dit’, dan geeft dat iets meer speelruimte en kan het soms een afwijzing voorkomen, aldus de respondent.

Aan de andere kant geven respondenten van 3RO en DIZ aan zachte criteria soms lastig te vinden, omdat het ook regelmatig gebeurt dat een zorgaanbieder afwijst op ‘vage argumenten’. Een respondent van DIZ benoemt dat vaak argumenten worden aangedragen als ‘het voelt niet goed’, of ‘hij past niet in de groep’. De respondent geeft hierover aan: ‘Dan ben je al heel snel uitgepraat. Dat is gewoon lastig. Want hoe kan ik dat controleren? Er zijn 100 aanbieders met ik geloof 1.500 locaties.’

Zorgaanbieders
Respondenten van zorgaanbieders vinden het soms lastig om de specificaties van hun aanbod op een goede manier in Ifzo te plaatsen. Een zorgaanbieder noemt als voorbeeld, dat haar instelling geen contra-indicatie voor zedenproblematiek heeft. Maar de nuance, en die kan ze niet in Ifzo kwijt, is dat de instelling geen groot aanbod voor zedenproblematiek heeft en zeer complexe zedenproblematiek niet aan kan.

Ook wordt genoemd dat de doelgroep van forensische zorg over het algemeen complex is en passende zorg niet altijd voorhanden is. Daarom is het vaak een zoektocht naar een passende plek. Een respondent noemt als voorbeeld dat de vraag of er een match is met een cliënt soms heel specifiek kan afhangen van of een bepaalde behandelaar die de juiste expertise heeft het aandurft met betrokkene. Een ander punt is of de betrokkene past binnen de groep patiënten die op dat moment 'in huis' is. Een respondent van het Leger des Heils benoemt dat men bijvoorbeeld op een groep een beperkt aantal mensen met ernstige psychiatrische problematiek kan huisvesten. Een belangrijke vraag met het oog op matching is ook hoe bepaalde problematiek, zoals niet-aangeboren hersenletsel die in combinatie met verslaving veel voorkomt, zich uit in gedrag en of iemand kan meedraaien in een groep.

4.3.7 Dilemma's bij matching en plaatsing

Respondenten benoemen verschillende specifieke dilemma's die in relatie tot het matchings- en plaatsingsproces worden ervaren. Deze worden hierna besproken. Het gaat om onjuiste weergave van het aanbod van zorgaanbieders in Ifzo, het 'om Ifzo heen werken', de inspanning die het kost om deeltrajecten van patiënten op elkaar te laten aansluiten, moeilijkheden die worden ervaren als een patiënt moet worden overgeplaatst, capaciteit en wachtlijsten en inmenging van zorgaanbieders in het proces van plaatsing.

Aanbod onjuist in Ifzo
Meerdere respondenten ervaren dat het aanbod van zorgaanbieders niet altijd correct in Ifzo is vermeld. Het komt volgens hen regelmatig voor dat zorgaanbieders bij matching in Ifzo naar voren komen die op papier wel het juiste aanbod lijken te hebben maar waarbij dit in de praktijk niet het geval blijkt.

Respondenten (DIZ, NIFP/IFZ, 3RO) benoemen dat zij regelmatig tegenkomen dat zorgaanbod verkeerd vermeld is in Ifzo. Het gebeurt bijvoorbeeld dat zorgaanbieders aangeven alle mogelijke zorgaanbod te kunnen bieden. Een respondent van DIZ-FPL noemt het voorbeeld: 'dan staat er: "ik bied VG zeven". En dan kom je op het terrein en dan is het: "Nee, dat bieden wij niet".' Een respondent van NIFP/IFZ merkt op dat sommige instellingen in Ifzo zorgaanbod voor verstandelijke beperking hebben staan, maar dat zij, als zij een aanmelding daarvoor binnenkrijgen, aangeven die zorg niet te kunnen leveren omdat zij geen afdeling voor verstandelijke beperkten te hebben.

Ook komt het volgens de DIZ-respondent voor dat zorgaanbieders een te beperkt aanbod aangeven in Ifzo, bijvoorbeeld verblijfszorg-aanbieders die alleen ggz bieden, terwijl zij ook personen plaatsen op de grondslag verstandelijke handicap (VG). Dat komt dan boven water omdat de betalingsgrondslag in Ifzo voor een dergelijke patiënt ontbreekt en de zorgaanbieder daardoor niet betaald krijgt. DIZ-FPL rekent het tot haar taak om dergelijke gevallen te signaleren en de zorgaanbieder aan te moedigen om met DIZ-accountmanagement de afspraken over het zorgaanbod en de weergave van het aanbod in Ifzo te corrigeren.

Ook een 3RO-respondent loopt er tegenaan zorgaanbieders te benaderen die een ander zorgaanbod te hebben dan in Ifzo vermeld staat. Een andere respondent van 3RO meldt dat bepaalde zorgaanbieders op basis van hun aanbod in Ifzo, zeer geschikt kunnen lijken voor iemand die de instelling niet kent, maar dat het functioneren van de instelling en het aanbod in werkelijkheid soms erg tegen kunnen vallen.

Respondenten vanuit 3RO en PMO geven aan het zorgaanbod dat in Ifzo is geregistreerd, buiten Ifzo om te verifiëren door de website van de zorgaanbieder te bekijken of de zorgaanbieder telefonisch te benaderen. Een reclasseringswerker geeft hierover aan: 'Ik vaar niet zo op Ifzo dat ik denk van: wat in Ifzo staat klopt, dus jullie hebben al die problematieken genoemd, dus dat kunnen jullie allemaal. Dan merk ik toch aan mezelf dat ik dan toch eerst ga bellen.'

Om Ifzo heen werken
Ifzo is onder meer opgezet om te dienen als matchingstool voor het tot stand brengen van een match tussen de zorgbehoefte en beveiligingsniveau van een patiënt enerzijds en het aanbod van een zorgaanbieder anderzijds. Zoals eerder vermeld geven respondenten van 3RO en PMO echter aan in het algemeen Ifzo niet als matchingstool te gebruiken. Zij zeggen de match meestal tot stand te brengen op basis van hun kennis en netwerk van zorgaanbieders in de regio. Vervolgens wordt Ifzo wel gebruikt om de match te administreren. Dat laatste brengt wel enig gepuzzel met zich mee om dan via het matchingssysteem de gewenst zorgaanbieder 'eruit te krijgen'.

Twee belangrijke redenen worden voor deze werkwijze van 'om Ifzo heen werken' aangevoerd. In de eerste plaats biedt deze werkwijze volgens respondenten een betere mogelijkheid tot maatwerk dan het relatief grove matchingssysteem met harde criteria in Ifzo. Dat komt doordat voor het matchen gebruik wordt gemaakt van de kennis over en ervaring met de zorgaanbieders binnen de regio. Buiten de regio wordt gebruikgemaakt van kennis over zorgaanbieders via het eigen netwerk. Direct contact met de zorgaanbieder speelt een belangrijke rol. Daarbij kunnen ook de meer complexe aspecten van een casus en zachte factoren betrokken worden. In de tweede plaats wordt om Ifzo heen gewerkt omdat de matching via Ifzo volgens respondenten wordt bemoeilijkt doordat het aanbod van zorgaanbieders niet altijd juist in Ifzo staat.

Aansluiting deeltrajecten
Meerdere respondenten geven aan dat het vaak een lastig proces is om in de forensische zorg deeltrajecten op elkaar te laten aansluiten. Het gaat dan bijvoorbeeld om aansluiting van forensische zorg op detentie, maar ook om aansluiting van verschillende typen forensische zorg (bijvoorbeeld klinische zorg en forensisch beschermd wonen) op elkaar. Respondenten benoemen hierbij verschillende specifieke uitdagingen. Een daarvan is het tijdig moeten inspelen op de soms relatief korte duur van het strafrechtelijk kader waarbinnen de forensische zorg kan worden geboden. Een andere uitdaging vormen vonnissen waarin weinig tijd gelaten wordt voor het vinden van een geschikte plek voor de patiënt, bijvoorbeeld het zogeheten Direct Uitvoerbaar Toezicht- oftewel DUT-vonnis.

Een manier waarop respondenten zeggen met dergelijke uitdagingen om te gaan is het al vroeg in het behandelproces verzoeken om een indicatie voor een vervolgstap, zoals forensisch beschermd wonen. Daarin moet dan een balans gezocht worden omdat te vroeg in het proces nog geen onderbouwde indicatie kan worden opgesteld. Ook proberen functionarissen van DIZ en NIFP/IFZ de reclassering voorlichting te geven over het belang om tijdig aan te geven wanneer een vonnis kan worden verwacht, en

het belang ook bij strafrechters aan te geven dat het vinden van een geschikte plek voor een patiënt tijd vergt. Volgens respondenten van DIZ gebeurt het te vaak dat men verwacht dat zij op de dag van de uitspraak à la minute een plek hebben.

Meer algemeen geeft een respondent aan dat DIZ overweegt hoe ver de rol van DIZ moet gaan om de aansluiting van zorgtrajecten op detentie zo goed mogelijk te laten verlopen. Dan gaat het bijvoorbeeld om overleg met casemanagers van de PI om een betrokkene iets langer binnen te houden of juist eerder naar buiten te krijgen, omdat diegene dan bijvoorbeeld eerder door een zorgaanbieder opgenomen kan worden. Daar hoort 'puzzelen' in een concrete casus bij, maar daar heeft DIZ ook de ketenpartners bij nodig, om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor het verloop van een traject.

Overplaatsing
Respondenten benoemen verschillende gevallen waarin overplaatsing naar een andere zorgaanbieder noodzakelijk is: in geval van (dreiging tot) geweld, terugval in middelenmisbruik, maar ook wanneer behandelingen niet aanslaan en behandelresultaten stagneren. Een respondent van 3RO beschrijft dat in deze gevallen de zorgaanbieder bij de toezichthouder dient aan te geven waarom deze van mening is dat de patiënt moet worden overgeplaatst. Wanneer overplaatsing dient te gebeuren naar eenzelfde soort instelling vanwege eenzelfde zorg- en beveiligingsbehoefte, kan de herplaatsing door DIZ worden gerealiseerd op basis van de initiële indicatiestelling van NIFP/IFZ. Wanneer een ander beveiligingsniveau of een andere verblijfsintensiteit geïndiceerd moet worden, moet 3RO dan wel PMO een herindicatie aanvragen bij NIFP/IFZ. In geval van een ernstig incident beschrijft een respondent van een zorgaanbieder dat ook melding gemaakt wordt bij politie, waarna de patiënt naar een huis van bewaring gebracht kan worden.

Een respondent van DIZ geeft aan dat overplaatsing tijdens een klinisch traject veel werk en afstemming tussen verschillende ketenpartners vergt: '[De initiële plaatsing zelf], dat is het werk niet. Maar alles wat in dat klinische traject gaat gebeuren, dat is het werk. Dat hij niet meewerkt of dat hij gebruikt heeft of dat hij iemand bedreigd heeft. En dan moet je steeds opnieuw met die keten afspreken en afstemmen (…). Hij moet er nu uit, zegt de kliniek. Ik zeg: waarom? En wat gaan jullie dan doen? Wat gaat de reclassering dan doen? En wat zegt het OM? Wat zegt de OvJ? Dus moet je continu in die keten opnieuw afstemmen, wat hoort nou eigenlijk bij DIZ, wat hoort bij het NIFP/IFZ? Gaat die een nieuwe indicatie afgeven? Wat hoort bij de reclassering en het OM? En dat is echt wel een grote klus.'

Een respondent van de reclassering omschrijft dat, in gevallen waarin een zorgaanbieder aangeeft dat een patiënt in verband met een incident naar een andere zorgaanbieder dient te worden overgeplaatst, reclasseringsmedewerkers een hoge tijdsdruk ervaren om patiënten zo snel mogelijk te herplaatsen. De respondent geeft aan dat reclasseringswerkers, om te voorkomen dat een patiënt in een dergelijk geval op straat wordt gezet, eigenlijk direct al contact op te nemen met DIZ in plaats van met NIFP/IFZ. 'Ik probeer het eigenlijk altijd eerst met het DIZ op te lossen, want bij het NIFP/IFZ moet ik meteen weer een hele nieuwe indicatie aanvragen. En dat kost mij tijd, een tijd die ik niet altijd heb. Dus dat is vervelend soms. (…) [IFZ] voelt zich dus heel vaak gepasseerd. En aan de ene kant snap ik dat, maar aan de andere kant is de werkwijze soms te traag. (…). De zorgaanbieder wil dat diegene wordt geplaatst.'

Capaciteit en wachtlijsten
Beperkte capaciteit en wachtlijsten bij zorgaanbieders vormen volgens respondenten van DIZ en 3RO een bepalende factor voor het kunnen plaatsen van een betrokkene op een geschikte plek die past bij de zorgintensiteit en het beveiligingsniveau. In paragraaf 5.2 wordt nader ingegaan op de vraag waar volgens respondenten op het moment dat de interviews werden gehouden de grootste capaciteitstekorten waren.

Een respondent van DIZ-FPL geeft aan dat de meeste forensische zorgaanbieders (de niet-rijksinstellingen) niet afhankelijk zijn van inkoop van zorg vanuit het ministerie van Justitie en Veiligheid, maar hun plekken ook gevuld krijgen vanuit de Wvggz. Hun belang om te werven om bedden vanuit de forensische zorg gevuld te krijgen is daarmee niet zo groot volgens de respondent. Dit werkt niet ten gunste van het aantal bedden voor forensische zorg. De forensische zorg heeft hen meer nodig dan andersom.

Hoe geven respondenten aan met wachtlijsten en capaciteitsgebrek om te gaan? Een respondent van een zorgaanbieder meldt het eigen aanmeldings- en plaatsingsproces wat dit betreft te monitoren en ook zicht houden op capaciteit van andere aanbieders. Zo kan de respondent functionarissen die een vergeefse toeleidingspoging doen gericht adviseren om een andere aanbieder te benaderen. Vanwege wachtlijsten moet soms worden uitgeweken naar overbruggingszorg bij een andere aanbieder, of naar second-best zorg, waarbij wordt afgeweken van de indicatiestelling (zie ook paragraaf 4.2.6).

Een respondent van NIFP/IFZ geeft aan zelf niet te willen tornen aan de indicatiestelling: ‘Wij kunnen onderling wat toeteren tegen elkaar van: je moet niet zo hoog indiceren want er is geen plek. Daar geef ik eigenlijk helemaal geen gehoor aan. Tenzij het echt niet anders kan. Maar ik wil die informatie eigenlijk helemaal niet hebben, want dat beïnvloedt eigenlijk mijn proces van indiceren. Want het zit toch in je achterhoofd van: kan het met een FPA? Daar wil ik helemaal niet aan hoeven denken. Maar dat gebeurt helaas wel. En in het belang van de cliënt, juiste zorg, juiste cliënten op het juiste bed, moet je gewoon indiceren wat nodig is. En ik vind ook, dat vind ik een heel belangrijk punt, als je een hoog-risicosituatie hebt, dan wil je die ook in een omgeving zetten waar die veiligheid zowel voor de cliënt maar ook voor personeel en maatschappij gewaarborgd wordt. Ik vind dat een heel zwaarwegend aspect in ons werk.’

Inmenging zorgaanbieder
Respondenten van 3RO zeggen er soms tegenaan te lopen dat aanbieders van verblijfszorg aangeven in principe bereid zijn patiënten op te nemen, maar enkel capaciteit beschikbaar te hebben op een hogere verblijfsintensiteit. Een respondent zegt hierover dat zij in deze gevallen een afweging moeten maken om de indicatie wel of niet aan te passen en dat die afweging heel casusafhankelijk is. Een respondent van een zorgaanbieder bevestigt dit beeld en geeft aan de indruk te hebben dat reclasseringswerkers in sommige situaties al blij zijn om überhaupt een plek te vinden voor de patiënt en bereid te zijn om de indicatiestelling daarop aan te passen.

Een respondent van 3RO wees in een interview ook op een mogelijk risico van inmenging door zorgaanbieders met het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Een respondent van de SVG beschrijft binnen zijn regionale instelling druk te ervaren met betrekking tot het plaatsingsproces vanuit de zorgaanbieder waaraan de instelling verbonden is: ‘Op ambulant gebied moeten wij echt bijna verantwoorden waarom wij iemand niet naar onze eigen organisatie verwijzen voor een ambulante behandeling.

(…) Er wordt vanuit top down gezegd: jullie moeten aanmelden bij [eigen verslavingszorg organisatie] en niet bij [andere verslavingszorg organisatie]. Daar struikel ik over, daarom doe ik er eigenwijs niet aan mee. Dat gaat niet meer over de cliënt, dat gaat niet over inhoud, niet over kwaliteit van zorg. Dat gaat puur over je eigen hachje als organisatie en daarvoor werk ik niet in de hulpverlening.' Een andere respondent van SVG geeft aan dergelijke inmenging in het verleden ook te hebben ervaren. De overige geïnterviewde reclasseringswerkers van SVG geven aan deze inmenging niet te hebben ervaren.

4.4 Functiescheiding indicatiestelling en plaatsing

Een van de pijlers van de recent voltooide Bestuurlijke Agenda Forensische Zorg (2020)[4] was het project 'Forensisch beschermd wonen in één hand'. Dit project had als doel om de plaatsingsverantwoordelijkheid voor forensisch beschermd wonen te verplaatsing van 3RO en PMO naar DIZ. In dat geval zou de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling voor forensisch beschermd wonen nog steeds bij 3RO en PMO liggen, maar de plaatsing zou door DIZ gebeuren. In het geval van ambulante zorg zou nog steeds zowel de indicatiestelling als de plaatsing door 3RO dan wel PMO gebeuren. Volgens de programmatekst van de Bestuurlijke Agenda Forensische Zorg zou het doel van deze overheveling van de plaatsingsverantwoordelijkheid bij forensisch beschermd wonen zijn om meer zicht te krijgen op knelpunten in de doorstroom en de regionale capaciteit van forensisch beschermd wonen en meer sturing te kunnen geven op doorstroom binnen de forensische keten. In de interviews is aan de verschillende partijen om hun mening gevraagd met betrekking tot een mogelijke overheveling van de plaatsingsverantwoordelijkheid voor forensisch beschermd wonen.

Respondenten van verschillende ketenpartners, maar met name vanuit DIZ, zijn positief over de overheveling van verantwoordelijkheden naar DIZ. Respondenten van DIZ geven aan dat de functiescheiding van indicatiestelling en plaatsing het proces zuiverder zou kunnen maken. Geïnterviewden van DIZ en NIFP/IFZ hebben de indruk dat, doordat indicatiestelling en plaatsing nu in sommige gevallen bij één persoon belegd zijn, die persoon de indicatiestelling kan toeschrijven naar een specifieke zorginstelling en de indicatiestelling kan aanpassen aan de wensen van de zorgaanbieder. Daarnaast geeft een selectiefunctionaris van DIZ aan de indruk te hebben dat in veel gevallen verblijfszorg geïndiceerd wordt, terwijl daarmee eigenlijk een woonprobleem en niet een zorgprobleem wordt opgelost. De selectiefunctionaris erkent daarbij tegelijkertijd dat woonproblemen ook verslaving of psychiatrische problemen in de hand kunnen werken.

Ook sommige respondenten van 3RO en PMO geven aan dat een scheiding van indicatiestelling en plaatsing voor verblijfszorg positieve aspecten heeft. Zo zou een scheiding van verantwoordelijkheden voor indicatiestelling en plaatsing ertoe leiden dat de kwaliteit van de indicatiestelling beter geborgd zou kunnen worden, doordat DIZ hierin een controlerende functie zou krijgen. Een respondent van 3RO-SVG geeft aan dat verslavingszorg-aanbieders in deze gevallen geen druk meer kunnen uitoefenen op reclasseringswerkers om bij de eigen organisatie te plaatsen (zie paragraaf 4.3), doordat de plaatsingsverantwoordelijkheid naar DIZ zou zijn

[4] Bestuurlijke agenda forensische zorg | Rapport | Rijksoverheid.nl. De Bestuurlijke Agenda Forensische Zorg is opgesteld door het ministerie van Justitie en Veiligheid, de Nederlandse GGz, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Valente, Stichting Verslavingsreclassering GGz, Leger des Heils Jeugdbescherming & Jeugdreclassering, Reclassering Nederland, Dienst Justitiële Inrichtingen, MIND

doorgeschoven. Tot slot erkent een reclasseringswerker dat de plaatsingsverantwoordelijkheid nu te versnipperd zou zijn doordat iedere reclasseringswerker plaatsingen uitvoert, waardoor het niet meer goed mogelijk is om algemene tendensen te signaleren over de volledige sector van forensisch beschermd wonen.

Het merendeel van de respondenten van 3RO en PMO spreekt zich in de interviews uit tegen de overheveling van de plaatsingsverantwoordelijkheid. Zij geven aan dat, doordat zij betrokken zijn bij de behandeling of het reclasseringstraject van de betrokkene, zij beter zicht hebben op diens behoeften en mogelijkheden. Om die reden zouden zij ook beter in staat zijn in te schatten bij welke zorgaanbieder een betrokken zou passen dan een selectiefunctionaris die dit op basis van een indicatiestelling 'op papier' zou moeten bepalen.

Daarnaast geven respondenten van 3RO aan dat zij beter dan medewerkers van DIZ bekend zijn met de zorgaanbieders en de sociale kaart in de regio waar zij actief zijn. Zij hebben kortere lijnen met zorgaanbieders en zijn beter op de hoogte van eventuele wachtlijsten, wat het plaatsingsproces zou faciliteren. Dit wordt door meerdere zorgaanbieders beaamd. Een zorgaanbieder geeft aan dat het contact met DJI-DIZ op dit moment formeler loopt en waarschuwt dat centralisatie van de plaatsingsbevoegdheid de regionale samenwerking zou tegenwerken.

Door respondenten van PMO en 3RO wordt daarnaast ook gewaarschuwd dat een overheveling van de plaatsingsbevoegdheid zou kunnen leiden tot vertraging, doordat extra schakels toegevoegd worden aan het plaatsingsproces. Wanneer de plaatsingsverantwoordelijkheid bij DIZ zou worden belegd, zou een selectiefunctionaris zich eerst moeten inlezen in de indicatiestelling alvorens tot plaatsing overgegaan zou kunnen worden.

Ook een respondent van NIFP/IFZ is kritisch wanneer het gaat om de overheveling van plaatsingsbevoegdheden. De respondent geeft aan het oneens te zijn met de gedachte dat een indicatiesteller niet onafhankelijk kan zijn wanneer deze ook de plaatsing verzorgt. Hij stelt dat juist de scheiding van verantwoordelijkheden ertoe leidt dat selectiefunctionarissen te veel nadruk leggen op beschikbare capaciteit en te weinig op wat van belang is vanuit de zorgvraag van de patiënt. Daarnaast geeft de coördinator aan dat het belang van scheiding tussen indicatiestelling en plaatsing voor forensisch beschermd wonen minder groot is, omdat verblijfszorg minder gespecialiseerd en minder divers is dan klinische zorg.

Met betrekking tot het doel van de overheveling, om meer zicht op knelpunten in de doorstroom en de regionale capaciteit van forensisch beschermd wonen te verkrijgen, geeft een reclasseringswerker aan dat dit beter gerealiseerd zou kunnen worden door in Ifzo functionaliteiten in te bouwen die de doorstroom naar en capaciteit van forensisch beschermd wonen in kaart brengen. De overheveling van plaatsingsbevoegdheden zou hiervoor niet nodig zijn.

4.5 Belangrijkste bevindingen

In dit hoofdstuk zijn de ervaringen besproken van respondenten vanuit verschillende ketenpartners die betrokken zijn bij de indicatiestelling, matching en plaatsing van

patiënten in de forensische zorg. De belangrijkste bevindingen worden hierna puntsgewijs samengevat. Een uitgebreidere discussie volgt in paragraaf 8.2.

Ervaringen met indicatiestellingsproces

- NIFP/IFZ wordt regelmatig geconfronteerd met ontbrekende informatie bij aanvragen voor een indicatiestelling, terwijl voor het (tijdig) opstellen daarvan goede diagnostische informatie op basis van actuele brondocumenten zoals een pro Justitia-rapportage en een goed overzicht van iemands behandelgeschiedenis cruciaal zijn.
- Uit de interviews en bestaande documenten wordt duidelijk dat NIFP/IFZ concreet aandacht geeft aan standaardisering en kwaliteit van het indicatiestellingsproces. Er is een landelijke *best practice* waarin het werkproces en de verantwoordelijkheden van NIFP/IFZ zijn beschreven. De vijf regionale diensten houden daarnaast driemaandelijks gezamenlijk consensusbesprekingen waarin een complexe casus, die door alle coördinatoren is voorbereid, wordt besproken. Dit heeft als doel dat de coördinatoren bij vergelijkbare casuïstiek in de praktijk meer overeenkomstig zullen indiceren.
- Voor kwaliteitsborging van het indicatiestellings- en matchingsproces door 3RO bieden NIFP en DIZ-FPL volgens respondenten in samenwerking met 3RO cursussen aan. Doordat 3RO sterk gedecentraliseerd is, wordt hier echter een beperkt aantal reclasseringswerkers mee bereikt.
- PMO-respondenten signaleren dat het aantal indicatiestellingen dat wordt aangevraagd voor klinische zorg of verblijfszorg in de slotfase van een verblijf in detentie op basis van artikel 15.4 en artikel 43.4 Pbw sterk is afgenomen. Als reden daarvoor wordt genoemd dat extra stappen (o.a. risicotaxatie en delict-analyse) aan het proces zijn toegevoegd met de inwerkingtreding van de Wet Straffen en Beschermen (2021), waardoor het proces niet meer goed werkbaar is.

Dilemma's bij indicatiestelling

- *Vonnissen die weinig ruimte laten*. Rechtbanken gaan volgens respondenten verschillend om met zaken waarin forensische zorg nodig wordt geacht maar er op het moment van zitting nog geen indicatiestelling ligt. Zo zou het regelmatig voorkomen dat een vonnis specifieke instructies bevat wat betreft de zorgaanbieder, te bieden zorg en duur van de zorg. Respondenten geven aan dat dit voor indicatiestellers nogal eens moeilijk waar te maken is.
- *Plaatsing niet mogelijk op indicatiestelling*. Respondenten melden dat het niet altijd lukt om iemand op basis van een bepaalde indicatiestelling te plaatsen. Drie manieren om daar mee om te gaan worden benoemd. Bij *second best-zorg*, blijft de indicatiestelling staan, maar wordt het plaatsingsverzoek aangepast om iemand op een plek die niet volledig aansluit bij de indicatiestelling alsnog te kunnen plaatsen. Zogeheten *overbruggingszorg* wordt tijdelijk ingezet tot wel een passende plek beschikbaar is. In specifiek gevallen waarvoor geen passende zorg-beveiligingscombinatie beschikbaar is, wordt soms vooraf de *indicatiestelling aangepast* aan aanbod dat er wel is.
- *Herindicatie bij afschaling*. Verplichte herindicatie bij afschaling van zorg en/of beveiliging is een punt van discussie. Voordelen die worden benoemd: de mogelijkheid van een tussentijdse check, zicht op de verblijfplaats en het zorgtraject van forensische patiënten. Nadelen betreffen een verschil in bejegening tussen zorgaanbieders vanwege de regel dat bij gelijke postcode van de vervolginstelling geen herindicatie nodig is, en het onvoldoende gebruikmaken van de deskundigheid van zorgaanbieders.
- *Verkeerde rol aannemen.* Er wordt benoemd dat reclasseringswerkers, wanneer forensische verblijfszorg volgt op klinische forensische zorg, regelmatig ten onrechte zelf de indicatiestelling, matching en plaatsing voor verblijfszorg

uitvoeren. Respondenten van DIZ-FPL geven aan veel tijd kwijt te zijn aan reparatie achteraf in dergelijke gevallen.

Ervaringen met het matchings- en plaatsingsproces

- DIZ geeft aan Ifzo als matchingstool te gebruiken, zoals het bedoeld is.
- Respondenten van 3RO en PMO benoemen dat zij Ifzo als matchingstool grotendeels omzeilen. Zij benaderen eerst een geschikte zorgaanbieder en registreren die vervolgens in Ifzo. Ifzo wordt wel gebruikt om zicht te krijgen op zorgaanbieders buiten de regio.
- Meerdere respondenten (NIFP/IFZ, PMO, zorgaanbieders) zijn het erover eens dat de zogeheten 'harde' matchingscriteria (leeftijd, geslacht, diagnose, zorgintensiteit, beveiligingsniveau) een goed startpunt vormen. De werkelijkheid is echter te complex om daarin te vangen. Daarom zijn ook 'zachte' criteria te betrekken zoals ervaring met het gedrag van de patiënt, of specifieke omstandigheden bij een zorgaanbieder. Direct contact tussen de plaatser en potentiële zorgaanbieders wordt gezien als noodzakelijk voor de *finetuning* om te komen tot een geschikte plek voor de betrokkene.
- DIZ ervaart soms dat zorgaanbieders op basis van zachte criteria veel ruimte nemen om patiënten af te wijzen. Ook beeldvorming op basis van de indicatiestelling speelt een rol – respondenten van DIZ benoemen het belang dat zorgaanbieders de betrokkene even zien.
- DIZ geeft aan dat ongeveer twee derde van de cases in klinische forensische zorg relatief gemakkelijk en snel kan worden geplaatst. Een derde is moeilijk plaatsbaar. DIZ benadrukt het belang van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het forensische veld, maar ook van Veiligheidshuizen, de reguliere ggz en het sociaal domein voor ingewikkelde cases.
- Respondenten van zorgaanbieders vinden het belangrijk aandacht te geven aan kennismaking met de patiënt en een de intake. Soms staan praktische zaken in de weg zoals het vervoer van de patiënt of het ontbreken van de mogelijkheid een intakegesprek te declareren.

Dilemma's bij matching en plaatsing

- *Aanbod onjuist in Ifzo*. Respondenten signaleren dat het aanbod van zorgaanbieders regelmatig (deels) onjuist in Ifzo is weergegeven.
- *Om Ifzo heen werken*. Respondenten van 3RO en PMO melden buiten Ifzo om een geschikte zorgaanbieder te zoeken. Zij voeren als redenen daarvoor aan het belang van kennis en ervaring met aanbieders in de regio, het belang van direct contact waarbij ook zachte criteria worden betrokken, en het bemoeilijken van matching in Ifzo doordat het zorgaanbod niet altijd juist is weergegeven.
- *Aansluiting deeltrajecten forensische zorg*. Uitdagingen die respondenten signaleren zijn: de soms relatief korte duur van het strafrechtelijk kader waarbinnen forensische zorg kan worden geboden, vonnissen waarin weinig tijd wordt gelaten voor het vinden van een geschikte plek en wachtlijsten. Manieren om daarmee om te gaan: vroeg in forensische zorgtraject al verzoeken om een indicatie voor de vervolgstap, voorlichting aan reclassering en rechtbank over tijd die het vinden van een geschikte plek vergt, belang dat ketenpartners gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor verloop traject.
- *Overplaatsing.* Overplaatsing naar een andere zorgaanbieder wegens (dreiging met) geweld, terugval in middelengebruik of stagnerende behandeling vergt veel afstemming binnen de keten en is daarmee en grote klus voor de betrokken ketenpartners, inclusief DIZ.
- *Capaciteit en wachtlijsten*. Beperkte capaciteit en wachtlijsten bij zorgaanbieders vormen volgens respondenten van DIZ en 3RO een sterk bepalende factor voor het kunnen plaatsen van een betrokkene op een geschikte plek die past bij de zorgintensiteit en het beveiligingsniveau.

- *Inmenging zorgaanbieder*. Respondenten van de SVG benoemen dat in sommige gevallen aan de SVG verbonden zorgaanbieders zich mengen in het indicatiestellings- en plaatsingsproces om aanmeldingen te krijgen.

Functiescheiding indicatiestelling en plaatsing

- Over het voornemen om de plaatsingsverantwoordelijkheid voor forensisch beschermd wonen van 3RO en PMO naar DIZ te overhevelen, uiten respondenten verschillende visies. Als voordelen worden gezien: een zuiverder proces doordat indicatiestelling en plaatsing onafhankelijk van elkaar zouden worden belegd, dan zou er minder kans op voorkeur voor of inmenging van bepaalde zorgaanbieders zijn en minder kans op inzet van forensische woonzorg om een woonprobleem op te lossen, een extra check op de kwaliteit van de indicatiestelling door DIZ en betere standaardisering van het plaatsingsproces. Als nadelen worden gezien: 3RO en PMO hebben betere contacten en meer inzicht in het aanbod van zorgaanbieders in de regio dan DIZ, toevoeging van een extra schakel (DIZ) zou het plaatsingsproces kunnen vertragen, scheiding van verantwoordelijkheden zou kunnen leiden tot meer nadruk op capaciteitsgericht plaatsen en het belang van een functiescheiding bij indicatiestelling en plaatsing is bij de minder diverse forensische woonzorg minder groot dan bij klinische forensische zorg. Men twijfelt of scheiding verantwoordelijkheden nodig is voor meer inzicht in knelpunten in de doorstroom en regionale capaciteit van forensisch beschermd wonen.

5 Helpende en belemmerende factoren in de praktijk

5.1 Inleiding

Respondenten is gevraagd welke factoren een helpende dan wel belemmerende rol spelen bij de processen van indicatiestelling, matching en plaatsing in de forensische zorg. In de paragrafen 5.2-5.7 worden de aspecten besproken die door meerdere respondenten als helpend of belemmerend zijn benoemd. In paragraaf 5.8 worden de belangrijkste bevindingen puntsgewijs samengevat.

Net als in hoofdstuk 4 beschrijft dit hoofdstuk de resultaten van het kwalitatief deelonderzoek. Het doel van het kwalitatief onderzoek is om inzicht te krijgen in ervaringen met het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Om de verscheidenheid aan ervaringen te benaderen, zijn in het huidige onderzoek meerdere professionals van iedere ketenpartner aan het woord gelaten. Het kwalitatief onderzoek betreft echter geen representatieve steekproef. Daardoor is het niet mogelijk om vast te stellen in hoeverre de ervaringen van de respondenten die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd representatief zijn voor ervaringen van de gehele keten.

5.2 Capaciteitsproblemen

5.2.1 Algemeen

Respondenten van PMO, DIZ en 3RO noemen veelvuldig het tekort aan plekken en lange wachtlijsten bij zorgaanbieders als de belangrijkste belemmering voor het plaatsingsproces. De respondenten geven daarbij aan dat er niet over de gehele breedte van de forensische zorg capaciteitsgebrek wordt ervaren. Capaciteitsproblemen spelen vooral binnen de ambulante behandeling, verblijfszorg en klinische zorg op beveiligingsniveaus 3 en 4, terwijl geen tekorten in het zorgaanbod worden gesignaleerd wat betreft ambulante begeleiding en klinische plaatsing op beveiligingsniveaus 1 en 2. Naast algemene tekorten aan zorgaanbod, worden ook problematiek en andere kenmerken van patiënten genoemd die de kansen op een plaatsing bemoeilijken. Hieronder worden de kenmerken besproken die in dat opzicht het meest in de interviews naar voren kwamen: vrouwelijk geslacht, licht verstandelijke beperking, lichamelijke beperking, zedendelict, herhaaldelijke overplaatsingen en complexe problematiek.

5.2.2 Problematiek en kenmerken patiënten

Vrouwelijk geslacht
Door respondenten van NIFP/IFZ, DIZ en vanuit zorgaanbieders wordt het beeld geschetst dat vrouwen moeilijker plaatsbaar zijn binnen klinische forensische zorg dan mannen. Zowel respondenten van NIFP/IFZ als van zorgaanbieders geven aan te merken dat de forensische zorg voornamelijk geënt is op de behandeling van mannen en dat er daardoor voor vrouwen te weinig aanbod is. Dat geldt met name voor de hogere beveiligingsniveaus zoals een FPK. Respondenten van DIZ en zorgaanbieders geven aan dat veel zorgaanbieders weliswaar in theorie ook een zorgaanbod voor vrouwen hebben, maar dat de plaatsing in de praktijk alsnog wordt bemoeilijkt doordat behandelafdelingen in de praktijk alleen mannelijke patiënten huisvesten.

Selectiefunctionarissen van DIZ, evenals plaatsingscoördinatoren van zorgaanbieders, geven aan terughoudend te zijn met de plaatsing van een kwetsbare patiënte op een afdeling met allen mannelijke patiënten. Op beveiligingsniveaus 1 en 2 is er volgens respondenten wat meer aanbod voor vrouwen. Respondenten van de reclassering beschrijven uiteenlopende ervaringen, waarbij de plaatsbaarheid van vrouwen sterk lijkt af te hangen van het zorgaanbod van verblijfszorginstellingen in hun regio.

Verstandelijke beperking
Respondenten van DIZ geven aan dat er erg weinig zorgaanbod is voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking die op beveiligingsniveau 3 geplaatst moeten worden. Selectiefunctionarissen benoemen dat voor deze doelgroep wachttijden van langer dan een jaar of anderhalf jaar realiteit zijn. Een selectiefunctionaris meldt hierover: 'Er is ook gewoon onvoldoende aanbod daarin, waardoor je misschien wel het passende aanbod kan vinden, maar ook te maken hebt met lange wachttijden en waardoor je dus mensen misschien moet overbruggen op plekken waarvan je zegt: 'dat is een ongelukkige plek.' Respondenten van DIZ en 3RO benoemen een lichte verstandelijke beperking ook als bemoeilijkende factor voor de plaatsing van patiënten in verblijfszorg – met name wanneer een hogere mate van individuele begeleiding nodig is en als er ook sprake is van lichamelijke beperkingen. Een respondent van DIZ geeft aan dat het 'heel moeilijk, zo niet onmogelijk' is om dergelijke patiënten ergens onder te brengen.

Lichamelijke beperking
Lichamelijke beperkingen, waaronder niet aangeboren hersenletsel, of de noodzaak van somatische verpleging worden ook door respondenten van zorgaanbieders, DIZ en 3RO genoemd als factor die de plaatsing binnen klinische of verblijfszorg bemoeilijkt. Respondenten geven aan dat zorgaanbieders in veel gevallen wat betreft het gebouw of qua personeelssamenstelling niet goed geëquipeerd zijn voor deze patiënten. Als voorbeeld wordt genoemd dat sommige vestigingen niet toegankelijk zijn voor een rolstoel of scootmobiel. Daarnaast geldt zowel voor verblijfszorg- als voor klinische zorginstellingen dat de verzorging van patiënten met somatische aandoening de aanwezigheid van somatische verpleegkundigen vereist. Deze zijn nu in veel gevallen niet aanwezig. Door respondenten van zowel NIFP/IFZ als DIZ wordt het ontbreken van een zorgaanbieder die forensische geriatrische verpleegzorg aanbiedt als een gemis benoemd. Respondenten van zorgaanbieders en DIZ geven aan te zien dat de forensische populatie vergrijst, wat suggereert dat de vraag naar dit type zorg in de komende jaren verder zal stijgen.

Zedendelinquentie
Een geschiedenis van zedendelinquentie bemoeilijkt de plaatsing binnen zowel klinische forensische zorg als forensische verblijfszorg. Respondenten van DIZ en 3RO geven aan van zorgaanbieders te horen dat hun gemeente geen patiënten met zedenproblematiek wil hebben. Omdat het daardoor naar verwachting moeilijker zal zijn de betrokkene na afloop van het strafrechtelijk kader continuïteit van zorg te bieden, zijn zorgaanbieders minder geneigd om patiënten met een zedendelict op te nemen. Selectiefunctionarissen van DIZ geven daarnaast aan dat met name de combinatie van zedendelinquentie en een plaatsing op beveiligingsniveau 3 ingewikkeld is. Er zouden maar twee FPK's zijn met een zorgaanbod voor zedendelinquenten, die bovendien beide kampen met lange wachttijden. Overbruggingszorg voor deze patiënten is niet eenvoudig te realiseren, omdat patiënten vanwege hun delict mogelijk niet geaccepteerd worden op afdelingen die zich niet specifiek op zedendelinquenten richten.

Herhaaldelijke overplaatsing
Respondenten van DIZ, 3RO en PMO geven aan dat patiënten die al in meerdere zorginstellingen zijn geplaatst maar telkens moesten worden overgeplaatst vanwege geweldsincidenten of terugval in drugsgebruik veelal moeilijk te plaatsen zijn. Een respondent vanuit een PMO-PPC geeft aan dit terug te zien bij een deel van de patiënten die een ISD-maatregel opgelegd hebben gekregen. Hij meldt dat patiënten soms de ISD-maatregel in de PPC uitzitten en aan het eind van het ISD-traject zonder resocialisatie naar buiten gaan.

Complexe problematiek
Respondenten van 3RO geven aan dat complexe problematiek, zoals het lijden aan meerdere stoornissen (comorbiditeit), de plaatsing van patiënten kan belemmeren. In het geval van meerdere stoornissen is niet altijd op voorhand duidelijk of psychiatrische problematiek, verslaving of een verstandelijke beperking op de voorgrond staat. Respondenten geven aan dat zorgaanbieders in deze gevallen eerder geneigd zijn om de indicatiestelling van reclasseringswerkers te betwisten en een andere zienswijze op de voorliggendheid van de problematiek als reden aanvoeren om de patiënt niet op te nemen.

5.3 Door- en uitstroomproblematiek

Respondenten van DIZ en zorgaanbieders signaleren dat de capaciteitsproblemen onder andere in stand worden gehouden doordat de uitstroom van hogere beveiligingsniveaus naar lager beveiligde zorg moeizaam verloopt. Een respondent van DIZ geeft daarbij aan de indruk te hebben dat ggz-instellingen forensische patiënten niet willen opnemen en dat zij 'schijnbaar allemaal nee kunnen blijven roepen.' Voor de doorstroom van patiënten is het helpend, zo zeggen geïnterviewden vanuit zorgaanbieders, 3RO en DIZ, wanneer FPC's of FPK's onderdeel zijn van een grotere zorgkoepel met ook lagere beveiligingsniveaus, zodat de zorg en beveiliging van patiënten binnen de eigen organisatie kunnen worden afgeschaald.

Respondenten van verschillende ketenpartners geven aan dat de uitstroom vanuit klinische zorg naar verblijfszorg onder andere te lijden heeft onder het algemene woningtekort in Nederland. Respondenten vanuit zorgaanbieders, DIZ en 3RO beschrijven verschillende casussen waarbij het strafrechtelijk kader van patiënten afliep maar er op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geen woonruimte gerealiseerd kon worden. Deze partijen geven aan in sommige gevallen veel werk te moeten verrichten om te voorkomen dat patiënten dakloos worden wanneer het strafrechtelijk kader afloopt. Door moeilijkheden om een passende eigen woning te krijgen blijven personen soms langer in een accommodatie voor beschermd wonen, of moeten andere constructies bedacht worden om patiënten een dak boven het hoofd te bieden, zoals een tijdelijke opname in een open kliniek. Een respondent van 3RO beschrijft dat betrokkenen hierdoor langer in de verblijfszorg blijven en begeleiding ontvangen dan nodig is en dat daardoor de capaciteitstekorten verder oplopen.

Financieringsproblemen op het gebied van huisvesting en zorg na afloop van het strafrechtelijk kader, worden verergerd als gevolg van de decentralisatie van Wmo-gelden, aldus zorgaanbieders en selectiefunctionarissen van DIZ. Patiënten die zorg ontvangen in een andere gemeente dan de gemeente van herkomst (bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een contra-indicatie om in de gemeente van herkomst te re-

integreren), lopen een risico om tussen wal en schip te raken wanneer de gemeente van herkomst weigert de kosten te dragen voor zorg of huisvesting in een andere gemeente.

5.4 Samenwerking tussen ketenpartners

Door alle ketenpartners worden nauwe contacten met andere ketenpartners als een van de belangrijkste helpende factoren benoemd. Dat geldt binnen elke stap van het aanvraag-, indicatiestellings- en plaatsingstraject. Informele en directe contactroutes, met name door middel van telefonisch contact, spelen daarbij een belangrijke rol. Een respondent van DIZ gaf hierover aan: 'Dat is enorm helpend. Ik denk […] dat het heel goed is dat er hele korte lijnen zijn tussen alle partijen die betrokken zijn rondom patiënten, rondom een plaatsing en alles wat daarmee samenhangt.'

Dergelijke korte lijnen zijn onder andere van belang voor de efficiënte overdracht van informatie tussen ketenpartners. Een toezichthouder van 3RO zegt met betrekking tot de aanvraag voor een klinische indicatiestelling hierover: 'Ik bel altijd het NIFP/IFZ zelf. Ik heb een aantal vaste contactpersonen in de telefoon. En die bel ik altijd. (…) Als je het helemaal volgens Ifzo doet en je laat verder niks van je weten, dan loopt het hopeloos vast. Dan is het echt nodig om mensen te bellen.'

Door reclasseringswerkers wordt wisselende steun van DIZ ervaren. Enkele respondenten van de reclassering en PMO geven aan behoefte te hebben aan meer mogelijkheden tot brainstormen over mogelijke plekken voor moeilijk plaatsbare patiënten. Andere reclasseringswerkers ervaren wel veel steun van DIZ en daarbinnen met name van het FPL. Een respondent van 3RO geeft hierover aan: 'Zij hebben wel een overzicht van waar er beschikbare plekken zijn of wat zou kunnen passen. Ik vind hen ook heel bereidwillig om te helpen, alleen ik merk ook hun onmogelijkheden. Er zijn sommige zaken waar wij niet uitkomen, daar komen zij ook niet uit. Dat leidt tot onvrede bij de reclasseringswerkers, want die denken dat DIZ alwetend is, dat die de oplossing altijd hebben.'

Hoewel korte lijnen als zeer helpend worden ervaren, klinken tijdens de interviews ook kritische geluiden over contacten tussen ketenpartners. Zorgaanbieders geven over het contact met toezichthouders van de reclassering aan dat er een goede samenwerking is op casusniveau en er continu wordt geïnvesteerd in de onderlinge relatie. DIZ wordt als meer directief en afstandelijk ervaren, waarbij zorgaanbieders benoemen dat dit soms irritatie wekt. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren wanneer een aanmelding voor een patiënt direct via de mail of een aanmeldbrief komt, zonder verder contact tussen de zorgaanbieder en de selectiefunctionaris.

Als uitdaging wordt door ketenpartners benoemd dat binnen verschillende organisaties, waaronder DIZ, doorstroom van personeel ertoe leidt dat korte lijntjes en informele contacten telkens opnieuw moeten worden opgebouwd. Een toezichthouder van 3RO benoemt dat het voor plaatsers soms moeilijk is om bij grote forensische poli's de juiste contactpersoon te hebben: 'Iedere psycholoog of gedragskundige heeft weer een eigen aandachtsgebied… Ik wist vroeger (…) precies wie je moest hebben voor welk probleem. Dat is moeilijker geworden.'

Binnen de keten zijn verschillende formele overlegstructuren ingericht om de samenwerking en het contact tussen ketenpartners te bevorderen. Voorbeelden van

overlegstructuren die in interviews naar voren zijn gekomen zijn wachtlijst-overleg tussen DIZ en zorgaanbieders en landelijk overleg van FPA's en FPK's. Over het nut van dergelijke overlegstructuren geeft een zorgaanbieder aan: 'Dat je gezamenlijk verantwoordelijkheid neemt voor zo'n casus. En ik denk dat dat bij bepaalde complexe casussen helpt. (…) Dat ervaar ik echt als positief, dat je in gesprek blijft met elkaar en dat je bij elkaar in de keuken blijft kijken. Dat je soms gezamenlijk casussen oppakt.' Hoewel 3RO ook dergelijke overlegstructuren kent met onder andere de veiligheidshuizen, ervaart een respondent van 3RO onvoldoende mogelijkheid tot overleg met collega's vanwege tijdsdruk: 'In de ideale wereld zou ik de tijd hebben om rustig met die reclasseringsorganisatie daar eens te bellen (…) Daar is gewoon niet altijd de ruimte voor.'

5.5 Tijdsdruk

Tijdsdruk wordt door respondenten van alle ketenpartners genoemd als factor die het proces van indicatiestelling en plaatsing kan belemmeren. Er worden meerdere aspecten benoemd waarbij nog wel eens tijdsdruk ontstaat. In het navolgende bespreken we er twee: Het tijdig aanvragen dan wel ontvangen van een indicatiestelling en tijdsdruk om het zorgtraject te doorlopen tijdens een strafrechtelijke titel van beperkte duur.

5.5.1 Tijdige aanvraag indicatiestelling

Respondenten van DIZ, NIFP/IFZ en zorgaanbieders beschrijven dat tijdsdruk met name ontstaat wanneer niet tijdig een aanvraag voor een indicatiestelling wordt gedaan. Geïnterviewden van DIZ geven aan dat dit helaas te vaak gebeurt. Zij benoemen onder andere situaties waarin een indicatiestelling te kort voor een zitting (bijv. een week) wordt aangevraagd en situaties waarin DIZ niet tijdig door de reclassering op de hoogte wordt gesteld van het feit dat de detentieperiode eindigt en de betrokkene binnenkort forensische zorg moet ontvangen. Doordat de indicatiestelling in deze gevallen kort voor de beoogde opnamedatum wordt afgegeven, ontstaat er grote tijdsdruk bij plaatsingsfunctionarissen van DIZ en bij opnamecoördinatoren van zorgaanbieders om patiënten geplaatst te krijgen. Een plaatsingscoördinator van DIZ beschrijft hoe deze late aanvragen tot gevaarlijke situaties kunnen leiden: 'Eigenlijk wil je dat een maand of drie voor de einddatum klinisch de reclassering al in beweging komt (…) want dan hebben wij gewoon, twee maanden van tevoren hebben wij een indicatie, dan heb je twee maanden om te plaatsen. Dat is een redelijke termijn. Dan lukt het ons vaak wel. Maar als je hem pas een week van tevoren krijgt, dan zit je zo klem. Dan moet je af gaan wegen: oké, deze heeft een indicatie voor FG3. Kan ik hem toch op 2-hoog zetten?'

Wanneer het gaat om afschaling van beveiligingsniveau 3 naar lagere beveiligingsniveaus geven respondenten vanuit zorgaanbieders aan dat er ook rekening gehouden moet worden met langdurige procedures. Een geïnterviewde zegt hierover dat het 'vaak al een maand, anderhalve maand' duurt vanaf het moment dat de zorgaanbieder signaleert dat de beveiliging van een patiënt kan worden afgeschaald, tot het moment dat de patiënt bij een andere zorgaanbieder voor een lager beveiligingsniveau op een wachtlijst komt te staan. Vergelijkbare doorlooptijden worden gerapporteerd door een inrichtingspsycholoog van een PMO, wanneer wordt besloten een patiënt aan te melden bij een FVK of een FVA. Dit brengt ingewikkelde overwegingen met betrekking tot zorgcontinuïteit en veiligheid met zich mee. Een

respondent vanuit een zorgaanbieder verwoordt het zo: ‘Maar het maakt wel dat ik soms al voortijdig in het traject zeg: “Nou, meld maar aan, dan is dat vast in gang gezet". Terwijl iemand misschien ook nog niet zover is in het verlof. En dan, bij de indicatiestelling dan denk ik: Is hij er al wel aan toe?’

5.5.2 Beperkte duur strafrechtelijk kader

Een ander moment waarop tijdsdruk ontstaat is wanneer de duur van de forensische titel zijn einde nadert voordat de zorg en beveiliging volledig afgeschaald kunnen worden. Meerdere respondenten vanuit zorgaanbieders en plaatsende instanties DIZ, PMO en 3RO, geven aan bekend te zijn met situaties waarin de in het vonnis vermelde behandeltermijn onvoldoende is om de betrokkene binnen de forensische zorg te behandelen en vervolgens de zorg en beveiliging af te schalen. Tijdsdruk als gevolg van een beperkte duur van de strafrechtelijke titel kan verschillende gevolgen hebben voor het verloop van het forensisch zorgtraject. Voor zorgaanbieders kan dit een reden zijn om een aanmelding voor opname af te wijzen, wanneer op voorhand al vaststaat dat behandeldoelen in de resterende periode niet behaald kunnen worden. Aanbieders van klinische forensische zorg beschrijven casussen waarin een indicatiestelling voor afschaling naar verblijfszorg al moet worden aangevraagd op een moment dat de patiënt hier eigenlijk nog niet klaar voor is. Dat gebeurt enerzijds om rekening te houden met wachttijden in het plaatsingsproces en anderzijds om ervoor te zorgen dat de zorg en beveiliging van een patiënt nog binnen een forensisch kader kan worden afgeschaald.

Meerdere geïnterviewde partijen geven aan dat tijdsdruk in sommige gevallen wordt gecreëerd doordat strafrechters vonnissen afgeven met een zeer beperkte duur van forensische zorg in de bijzondere voorwaarden. Indicatiestellers, plaatsers en zorgaanbieders geven in de interviews aan dat in deze gevallen op voorhand duidelijk is dat het beschreven forensische zorgtraject onrealistisch is door de korte doorlooptijden. Een respondent vanuit een zorgaanbieder vraagt zich daarbij af of er bij de rechtelijke macht voldoende kennis is over hoe forensische zorgtrajecten er in de praktijk uit zien en wat realistische tijdspannes zijn voor klinische zorg of verblijfszorg. Mogelijkerwijs is er een groter risico dat deze situatie zich voordoet wanneer er nog geen indicatiestelling is uitgevoerd voordat het vonnis wordt uitgesproken. Geïnterviewden voeren echter ook aan dat er een hogere tijdsdruk komt op het forensische zorgtraject doordat met inwerkingtreding van de Wet Straffen en Beschermen per juli 2021, de duur van de voorwaardelijke invrijheidsstelling is gereduceerd tot maximaal 2 jaar.

5.6 Beschikbaarheid informatie

Uitwisseling van en toegang tot relevante diagnostische, medische en behandelinhoudelijke informatie over een betrokkene is een belangrijke voorwaarde voor zowel het opstellen van een indicatiestelling als voor de inschatting door de zorgaanbieder of een patiënt passende zorg geboden kan worden. Hieronder wordt nader ingegaan op ervaringen van respondenten met betrekking tot de beschikbaarheid van informatie.

5.6.1 Informatie bij indicatiestelling

Ontbreken informatie bij aanvraag indicatiestelling
Zoals benoemd in paragraaf 4.2.1 geven respondenten van NIFP/IFZ aan dat er regelmatig informatie ontbreekt bij een aanvraag voor een indicatiestelling forensische zorg. Respondenten noemen verschillende redenen waarom informatie in dat geval kan ontbreken. Dat betreft een gebrek aan kennis of ervaring bij aanvragers, voorzichtigheid met het delen van informatie bij zorgaanbieders, of situaties waarin informatie daadwerkelijk niet voorhanden is omdat patiënt tot dan onbekend was bij zorgaanbieders.

Gebrek aan kennis of ervaring
Een NIFP/IFZ-respondent geeft aan te merken dat bij aanvragers de kennis en ervaring van hoe en met welke informatie een indicatiestelling moet worden aangevraagd wisselend is. Dat ondanks de beschikbare checklist (zie ook paragraaf 3.3.1) toch niet altijd de benodigde informatie wordt aangeleverd, wijt de respondent van NIFP/IFZ voornamelijk aan gebrek aan 'kennis en kunde'. Zijn ervaring is: 'Als je gewoon vraagt en uitlegt wat je nodig hebt en hoe je het nodig hebt, dan is het geen probleem.' Maar hij merkt ook op dat 'een hele kleine minderheid' de vraag om het completeren van informatie ziet als bemoeizucht en overbodige bureaucratie. Wat betreft wisselende kennis en ervaring bij aanvragers merken NIFP/IFZ-respondenten op dat bij de reclassering ervaren rapporteurs, die veelal ook in zware zaken rapporteren, goed zicht hebben op welke informatie aan NIFP/IFZ moet worden aangeleverd. Bij een toezichthouder die maar af en toe een aanvraag voor een klinische indicatiestelling doet, is de ervaring veel minder. Aanvragers vanuit een PMO zijn volgens NIFP/IFZ-respondenten in het algemeen gedragsdeskundigen die gewend zijn de nadruk te leggen op een goede verslaglegging en een goede onderbouwing van de aanvraag, waardoor er daarbij vanuit NIFP/IFZ minder vragen zijn.

Een PMO-respondent geeft daarentegen aan wel vaak vragen om aanvullende informatie te krijgen van NIFP/IFZ. Hij zegt daarbij dat er bij PMO's wat betreft het aanleveren van informatie naar zijn idee nog winst te behalen valt door beter kennis te nemen van bestaande checklists van NIFP/IFZ, zodat het voor de inrichtingspsycholoog van de PI helder is welke informatie aangeleverd moet worden. Een andere respondent van een PMO geeft aan: 'Het is voor mij niet altijd duidelijk wat nu precies een minimum is aan informatie die ik moet leveren, want stel ik meld iemand aan voor klinische zorg en dan wordt het doorgezet naar NIFP Midden Nederland, dan kunnen die weer andere criteria hebben dan NIFP Zuid-Holland. Bij het één moet je dan dit aanleveren, bij het ander weer niet.' Een coördinator van NIFP/IFZ geeft aan dat de complexiteit en verwarring deels veroorzaakt wordt doordat er verschillende brondocumenten nodig zijn, afhankelijk van de strafrechtelijke titel.

Voorzichtigheid met delen van informatie
Zoals beschreven in paragraaf 3.4 is in 2021 een handreiking gepubliceerd waarin wordt vermeld welke patiëntengegevens in welk stadium van het indicatiestellings- en plaatsingsproces binnen de forensische keten gedeeld moet worden, en op welke wettelijke basis dit kan worden gedaan. Niettemin benoemen meerdere respondenten ertegenaan te lopen dat ketenpartners voorzichtig zijn met het delen van informatie. Respondenten van NIFP/IFZ benoemen dat verschil in opvattingen over de vraag of er een wettelijke grondslag is voor het aanleveren van informatie, ertoe kan leiden dat bepaalde informatie niet aan NIFP/IFZ beschikbaar wordt gesteld ten behoeve van het opstellen van een indicatiestelling forensische zorg.

Meerdere respondenten van zorgaanbieders en PMO's geven aan dat de wettelijke grondslag voor het delen van informatie niet altijd duidelijk is. Dit speelt met name een rol wanneer de betreffende patiënt geen toestemming geeft voor het delen van informatie over eerdere diagnostiek of behandeling. Zo geeft een respondent van een zorgaanbieder aan dat een wettelijke grondslag voor het delen van informatie uit het medisch dossier ontbreekt. Daardoor kan bijvoorbeeld relevante informatie over somatische aandoeningen van betrokkenen niet zonder toestemming van de patiënt met indicatiestellers gedeeld worden. De wettelijke grondslag voor het delen van gegevens over personen wordt daarnaast met name betwist wanneer een persoon zich in een gevangenis bevindt, omdat de Wfz niet voorziet in een grondslag voor de gegevensdeling tussen gevangenis en indicatiestellers, plaatsers of zorgaanbieders. Een respondent van DIZ geeft hierover aan: 'zit iemand te wachten op een plaatsing in de tbs-kliniek in een gewone gevangenis, niet in een PPC, dan zeggen ze: maar wij leveren geen zorg. Het is helemaal geen voortzetten van zorg. Hij gaat gewoon bij ons weg. En dan lukt het soms al bijna niet om gewoon een medicijnlijst mee te krijgen, want daar geeft hij dan geen toestemming voor.'

Een respondent van 3RO benoemt verder dat zorgaanbieders niet altijd bereid zijn informatie over de behandeling aan te leveren ten behoeve van de aanvraag door de reclassering van een indicatiestelling bij NIFP/IFZ. De respondent noemt het voorbeeld dat naar aanleiding van vragen van de administratie van NIFP/IFZ over ontbrekende informatie, de reclassering soms behandelverslagen opvraagt bij een ambulante zorgaanbieder die de cliënt in behandeling heeft. Soms geeft een dergelijk verzoek discussie met de behandelende instelling en moet de respondent aan NIFP/IFZ melden dat de behandelrapportage niet mag worden doorgeven. De ambulante instelling is voorzichtig, terwijl NIFP/IFZ de behandelinhoudelijke informatie nodig heeft om een goede indicatiestelling, zeker voor klinische opname, te onderbouwen. De respondent geeft aan dat dit soms is op te lossen door de behandelaar te betrekken in dergelijk overwegingen. In sommige gevallen is diegene dan bijvoorbeeld bereid een apart verslagje te maken voor NIFP/IFZ, waarin wordt benoemd wat de behandeling inhoudt, hoe de behandeling verloopt en of de behandelaar een klinisch traject ondersteunt. Een respondent van NIFP/IFZ meldt dat als een behandelaar aangeeft geen informatie te mogen geven, dit reden kan zijn om de aanvraag af te sluiten. NIFP/IFZ probeert dat echter in het belang van de betrokkene zo min mogelijk te doen. De respondent geeft aan te kijken naar wat er wel mogelijk is met minder informatie, bijvoorbeeld indiceren voor nadere diagnostiek of op basis van redelijke vermoedens op grond van eerdere opnames een diagnostische indicatie afgeven.

Een respondent van een zorgaanbieder benadrukt dat de te delen informatie enkel in dienst zou moeten staan van het realiseren van vervolgzorg en van een zorgvuldige overdracht naar vervolgzorg. Hij benoemt dat ondanks de wettelijke grondslagen die vermeld worden in de Handreiking informatie-uitwisseling forensische zorg (2021), het delen van bepaalde informatie gezien kan worden als het doorbreken van het medisch beroepsgeheim. Daarvoor kan een individuele zorgverlener door het Medisch Tuchtcollege worden bestraft. Dat kan de overweging om wel of niet gegevens te delen over een patiënt ten behoeve van een indicatiestelling voorafgaand aan het strafrechtelijk vonnis tot een ingewikkeld dilemma maken.

Informatie is niet beschikbaar

Tot slot kan het zo zijn dat informatie er daadwerkelijk niet is, omdat deze niet meer kan worden achterhaald, of omdat er te weinig bekend is over een betrokkene, bijvoorbeeld als die zorg tot dan toe heeft vermeden. Een NIFP/IFZ-respondent

concludeert dat over sommige patiënten op basis van heel weinig informatie een indicatiestelling moet worden geschreven. In sommige gevallen wordt een aanvraag voor een indicatiestelling dan in de wacht gezet totdat nadere diagnostiek gedaan kan worden. Dit kan vervolgens leiden tot verhoogde tijdsdruk in de rest van het traject, vanwege de wachttijden voor klinische zorg.

5.6.2 Informatie bij aanmelding bij zorgaanbieder

Ervaringen van zorgaanbieders met de informatie die zij ontvangen tijdens de aanmelding voor opname in zorg zijn wisselend. Sommige zorgaanbieders geven aan dat zij het regelmatig meemaken dat de informatie die meegeleverd wordt bij de aanmelding van een patiënt 'erg summier' is, of dat de informatie niet overeenkomt met het beeld dat de zorgaanbieder aantreft wanneer de patiënt vervolgens wordt opgenomen. Een respondent vanuit een zorgaanbieder benoemt dat dit soms leidt tot het vermoeden dat de aanmeldende partij de situatie van de patiënt rooskleuriger schetst dan eigenlijk het geval is, om de patiënt maar geplaatst te krijgen. Tegelijkertijd zijn er ook respondenten die aangeven de benodigde informatie over behandelplan, diagnose en risicotaxatie altijd netjes aangeleverd te krijgen, of deze informatie op te kunnen vragen wanneer er nog vragen bestaan over de casus.

Plaatsers van 3RO en PMO geven met betrekking tot de ervaringen van zorgaanbieders als onvolledige informatie aan dat het niet altijd duidelijk is welke informatie zorgaanbieders nodig hebben en dat dit ook per zorgaanbieder kan verschillen. Vanuit het EFP wordt op dit moment een implementatieonderzoek uitgezet om concrete checklists en een interviewprotocol toe te passen in het aanmeldingsproces. Dat zou ertoe zou moeten leiden dat zorgaanbieders van instellingen voor forensisch beschermd wonen tijdig de benodigde informatie ontvangen (EFP-call 2023-172). De aanname is dat dergelijke checklists een meerwaarde kunnen bieden doordat ze meer duidelijkheid brengen in de informatieoverdracht tussen plaatsers en zorgaanbieders.

5.7 Ifzo

Meerdere respondenten geven aan dat Ifzo in de huidige vorm onvoldoende ondersteuning biedt voor het indicatiestellings-, matchings- en plaatsingsproces binnen de forensische zorgketen. Hoewel het idee van een ondersteuningssysteem door velen als zinvol wordt gezien, beschrijven de meeste respondenten van 3RO, PMO, NIFP/IFZ en DIZ het systeem als gebruiksonvriendelijk, langzaam en gedateerd.

5.7.1 Administratieve lasten

Medewerkers van 3RO en PMO geven aan onnodige administratieve lasten te ervaren vanwege het werken met Ifzo. Zij beschrijven dat ze voor een indicatiestelling of een aanvraag voor indicatiestelling bij NIFP/IFZ veel velden met administratieve gegevens in Ifzo moeten invullen. Een medewerker van 3RO beschrijft dat die administratieve lasten voornamelijk worden veroorzaakt doordat gegevens (o.a. parketnummer, het strafrechtelijk kader en de begin- en einddatum van de termijn van de eventuele voorwaardelijke veroordeling) handmatig moeten worden ingevuld in Ifzo in plaats van dat ze automatisch worden overgenomen uit het registratiesysteem van waaruit 3RO normaal gesproken werkt.

Andere procedurele obstakels die door respondenten van 3RO, PMO en DIZ worden genoemd zijn de maximale grootte van bijlagen die in Ifzo kunnen worden *geupload*, het maximale aantal bijlagen dat kan worden *geupload* bij een aanvraag voor een indicatiestelling en dat sommige *drop down*-menu's in Ifzo niet de passende opties weergeven. Respondenten beschrijven verschillende procedures (*work-arounds*) die zij binnen en buiten Ifzo volgen om tekortkomingen van Ifzo te omzeilen. Die verhogen echter ook de administratieve belasting. Het gaat bijvoorbeeld om het comprimeren van bijlagen, het e-mailen van bijlagen buiten Ifzo, of het aanmaken van meerdere contactnotities om de benodigde informatie te leveren.

Tot slot worden de administratieve lasten die indicatiestellers en plaatsers ervaren bij het werken met Ifzo ook verhoogd door de traagheid van het systeem. Een selectiefunctionaris van DIZ geeft hierover aan: 'Wil je van veld wisselen, soms zit je echt gewoon bijna een minuut te wachten en dat is niet overdreven, want wij klokken soms om bij te houden: hoe lang mocht jij vandaag weer wachten? Nou, ik heb gewoon echt 40 seconden gewacht voordat ik het volgende veld had. Soms moet je zes keer per cliënt wisselen van veld.'

5.7.2 Werken met Ifzo of eromheen

Zoals beschreven in paragraaf 4.3 geven respondenten van 3RO en PMO aan over het algemeen Ifzo niet te gebruiken als matchingstool. Vanwege deels foutieve registratie van het aanbod van zorgaanbieders en beperkte mogelijkheden tot maatwerk verkiezen deze respondenten het om patiënten toe te leiden naar zorgaanbieders op basis van hun eigen kennis en netwerk in de regio. Ifzo wordt in deze gevallen gebruikt om de match vervolgens te administreren. Plaatsers omschrijven dat zij in deze gevallen veelal in het tabblad 'zorgaanbod' van Ifzo opzoeken welke matchingscriteria in Ifzo moeten worden ingevuld om naar de betreffende zorgaanbieder toe te leiden. Vervolgens wordt de indicatiestelling hierop aangepast. Een respondent van 3RO zegt hierover: 'Het is alleen zo dat (…) ik van tevoren al precies weet waar de cliënt het beste naartoe kan, en dan vanuit die beginredenering die indicatie ga doen en de stappen ga volgen (…), omdat er eigenlijk niet zo heel veel zorgaanbieders zijn. We hebben vaak als reclasseringswerker goed zicht op wat er te bieden is in onze regio en op basis daarvan maken we eigenlijk al zelf een keuze. En je laat hem niet zo snel over aan Ifzo. Ifzo is meer een instrument om uiteindelijk de aanmelding te realiseren, maar niet om ons te ondersteunen bij het vinden van de juiste zorgaanbieder.'

Anderzijds zou de matchingsprocedure binnen Ifzo in sommige gevallen ook van meerwaarde zijn voor de toeleiding naar de juiste zorgaanbieder. Een respondent van DIZ geeft aan dat Ifzo met name helpend zou zijn voor plaatsers die nog niet bekend zijn met alle klinieken, doordat de matchingsopdracht suggesties geeft voor zorgaanbieders met een passend zorgaanbod. In lijn hiermee benoemen verschillende respondenten van 3RO het tabblad 'zorgaanbod' in Ifzo als helpend. In dit tabblad wordt een overzicht geboden van gecontracteerde zorgaanbieders, waarbij gefilterd kan worden op basis van regio en type zorgaanbod. Reclasseringswerkers geven aan dat dit met name helpend is wanneer patiënten buiten de eigen regio geplaatst moeten worden, waar de desbetreffende reclasseringswerker minder ervaring heeft met het beschikbare zorgaanbod. Ook in deze situatie geven reclasseringswerkers aan in veel gevallen eerst met de zorgaanbieder contact op te nemen en een casus eerst geanonimiseerd buiten de Ifzo omgeving te bespreken met de opnamecoördinator van de zorgaanbieder, in plaats van de patiënt direct aan te melden via Ifzo. Een

respondent van een PMO geeft aan dat de matchingsprocedure haar in sommige situaties kritischer heeft doen kijken naar het zorgaanbod van de zorgaanbieder die zij bij aanvang voor ogen had: 'Dan bemoei ik me er wat meer mee en komt er een discussie op gang en komen we uiteindelijk uit op een andere partij. Dus in zoverre kan het mij soms wel helpen om toch even te toetsen van: is dit wel daadwerkelijk de beste partij om mee in zee te gaan?'

5.7.3 Wensen ten aanzien van Ifzo

In een van de interviews stelde een reclasseringswerker voor dat er in Ifzo een mogelijkheid zou moeten bestaan om patiënten direct aan te melden bij zorgaanbieders, zonder de matchingsprocedure te doorlopen. Het idee is dat de plaatser in deze gevallen in Ifzo (bijvoorbeeld in een 'vrij' tekstveld) zou moeten verantwoorden waarom de indicatiestelling van de patiënt past bij het aanbod van de desbetreffende zorgaanbieder.

Coördinatoren van NIFP/IFZ benoemen het als een gemis dat Ifzo niet werkt als een patiëntvolgsysteem. Een patiëntvolgsysteem zou indicatiestellers, plaatsers en zorgaanbieders inzicht geven in het forensische zorgtraject dat een patiënt tot dan toe heeft doorlopen, inclusief eerdere op- en/of afschalingen van zorg en beveiliging. Wanneer Ifzo zou werken als een patiëntvolgsysteem, zo is de gedachte van de NIFP/IFZ-coördinatoren, zou de administratieve last voor instanties die een aanvraag doen voor een indicatiestelling, zorgaanbieders (in geval van een aanvraag voor een herindicatie) en NIFP/IFZ sterk dalen. Dat zou in ieder geval gelden voor een aanvraag tot herindicatie. Een patiëntvolgsysteem zou het ook mogelijk maken waarschuwingen af te geven wanneer een indicatiestelling of plaatsing door de verkeerde instantie wordt afgegeven. Bijvoorbeeld als een indicatiestelling voor forensisch beschermd wonen na klinische zorg wordt afgegeven door 3RO of PMO in plaats van door NIFP/IFZ.

5.8 Belangrijkste bevindingen

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk puntsgewijs samengevat. Een uitgebreidere discussie volgt in paragraaf 8.3.

Capaciteitsproblemen en uitstroomproblematiek

- Capaciteitsproblemen binnen de forensische zorg belemmeren de plaatsing van patiënten op de juiste plek. Respondenten geven aan dat capaciteitstekorten vooral spelen binnen de ambulante behandeling, verblijfszorg en klinische zorg op beveiligingsniveaus 3 en 4, terwijl geen tekorten worden gesignaleerd bij ambulante begeleiding en bij klinische plaatsing op beveiligingsniveaus 1 en 2.
- Respondenten benoemen dat bepaalde problematiek of patiëntkenmerken de plaatsingskansen verminderen, doordat onvoldoende zorgaanbieders geëquipeerd zijn om daarmee om te gaan. De volgende kenmerken kwamen naar voren: patiënten van het vrouwelijk geslacht, patiënten met een LVB die op beveiligingsniveau 3 geplaatst moeten worden, de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen of de noodzaak van somatische verpleging, een geschiedenis van zedendelinquentie, wanneer patiënten al uit meerdere zorginstellingen overgeplaatst moesten worden, en de aanwezigheid van complexe problematiek.
- Capaciteitsproblemen worden verergerd doordat de uitstroom van hogere beveiligingsniveaus naar lager beveiligde zorg, inclusief verblijfszorg, moeizaam

verloopt. Respondenten van DJI, DIZ, 3RO en zorgaanbieders geven aan dat het algemene woningtekort in Nederland ertoe leidt dat patiënten in sommige gevallen niet uit beschermde woonvoorzieningen uitstromen, omdat ze anders dakloos zouden worden. Dit heeft tot gevolg dat voorzieningen voor verblijfszorg vollopen, waardoor doorstroomproblemen ontstaan in de rest van de keten.
- De decentralisatie van de Wmo creëert een risico dat patiënten tussen wal en schip raken wanneer de gemeente van herkomst weigert de kosten te dragen voor zorg en/of huisvesting in een andere gemeente, bijvoorbeeld wanneer er contra-indicaties zijn om in de gemeente van herkomst te re-integreren.
- Helpend kan zijn wanneer zorgaanbieders hun eigen uitstroomketen hebben, waardoor patiënten binnen de eigen organisatie kunnen doorstromen van een hoger naar een lager beveiligingsniveau en naar verblijfszorg.

Tijdsdruk
- Respondenten van DIZ, NIFP/IFZ en zorgaanbieders geven aan dat tijdsdruk met name ontstaat wanneer niet tijdig een aanvraag voor een indicatiestelling wordt gedaan, bijvoorbeeld wanneer een detentieperiode of de duur van klinische zorg binnen bijzondere voorwaarden eindigt.
- Zorgaanbieders geven daarbij aan dat, in gevallen van afschaling van zorg, de duur van het herindicatie- en herplaatsingsproces lang is. Daarom voelen zorgaanbieders en reclasseringswerkers zich genoodzaakt om patiënten voortijdig voor herindicatie aan te melden, wat in sommige gevallen leidt tot verschil in visie met NIFP/IFZ dat een lager beveiligingsniveau op het moment van aanvragen nog niet geïndiceerd vindt.
- Tijdsdruk ontstaat ook wanneer de duur van de forensische titel zijn einde nadert voordat de zorg en beveiliging volledig afgeschaald kunnen worden. Respondenten van verschillende ketenpartners geven aan dat de tijdsdruk in sommige gevallen wordt gecreëerd doordat strafrechters vonnissen afgeven met een zeer beperkte duur van forensische zorg in de bijzondere voorwaarden.

Samenwerking tussen ketenpartners
- De processen van aanvraag van een indicatiestelling, indicatiestelling, matching en plaatsing vereisen een nauwe samenwerking tussen verschillende ketenpartners. Informele en directe contactroutes worden als een van de belangrijkste helpende factoren genoemd binnen elke stap van deze processen.
- De samenwerking met andere ketenpartners wordt over het algemeen als positief en helpend omschreven door respondenten. Met name de regionale samenwerking tussen reclasseringswerkers en zorgaanbieders wordt positief beoordeeld door beide partijen.
- Waar informeel contact ontbreekt tussen ketenpartners, kan dit leiden tot onbegrip en frustratie.
- Het bestaan van formele overlegstructuren tussen ketenpartners kan de samenwerking en het contact tussen professionals bevorderen.

Beschikbare informatie
- NIFP/IFZ wordt regelmatig geconfronteerd met ontbrekende informatie bij aanvragen voor een indicatiestelling. Als belangrijkste redenen voor het ontbreken van informatie worden genoemd: gebrek aan kennis en ervaring bij aanvragers, voorzichtigheid met het delen van informatie en dat de informatie daadwerkelijk niet beschikbaar is.

- Ervaringen van zorgaanbieders met de informatie die zij ontvangen bij de aanmelding voor forensische zorg zijn wisselend. Met name aanbieders van verblijfszorg geven aan soms onvoldoende informatie te ontvangen.
- Respondenten van 3RO en PMO benoemen dat het soms onduidelijk is welke informatie moet worden aangeleverd aan een zorgaanbieder, omdat zorgaanbieders verschillen wat betreft de eisen daarvoor.
- Ondanks de Handreiking informatie-uitwisseling forensische zorg (2021) die is ontwikkeld om duidelijkheid te scheppen over welke informatie op welk moment in het indicatiestellings- en plaatsingsproces mag en moet worden uitgewisseld, zijn zorgaanbieders soms terughoudend met het delen van informatie uit het medisch dossier ten behoeve van de indicatiestelling.

Werken met Ifzo

- Ifzo biedt volgens het merendeel van de respondenten in de huidige vorm onvoldoende ondersteuning voor de werkzaamheden binnen het indicatiestellings-, matchings- en plaatsingsproces.
- Respondenten ervaren een hoge administratieve belasting bij het werken met Ifzo, vanwege technische restricties, traagheid van het systeem en de hoeveelheid administratieve informatie die handmatig moet worden ingevoerd.
- Respondenten van 3RO en PMO geven aan veelal buiten Ifzo om te werken. Zij nemen direct contact op met zorgaanbieders en vullen vervolgens Ifzo op zo'n manier in dat de desbetreffende zorgaanbieder naar voren komt. In dat geval is Ifzo eerder een administratief systeem dan een ondersteunend systeem voor het indicatiestellings-, matchings- en plaatsingsproces.
- Het tabblad 'zorgaanbod' in Ifzo biedt een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders, waarbij gefilterd kan worden op basis van regio en type zorgaanbod. Reclasseringswerkers geven aan dat, wanneer patiënten buiten de eigen regio geplaatst moeten worden, dit tabblad kan helpen bij het zoeken naar passende zorgaanbieders.
- Respondenten benoemen het als een gemis dat Ifzo niet als een patiëntvolgsysteem functioneert, omdat dit de administratieve lasten van aanvragers, zorgaanbieders en indicatiestellers sterk zou verminderen. Een patiëntvolgsysteem zou inzicht geven in de verblijfplaats van de patiënt en in het forensisch zorgtraject dat de patiënt tot dan toe heeft doorlopen, inclusief eerdere op- en afschaling van zorg.

6 Zorgaanbod in getal

6.1 Inleiding

Zorgaanbieders die door DJI gecontracteerd zijn om forensische zorg te bieden, registreren aan de hand van verschillende matchingscriteria voor welke zorg- en beveiligingsbehoeften zij zorgaanbod kunnen bieden. Wanneer het aanbod dat zij in Ifzo hebben geregistreerd, tijdens het matchingsproces correspondeert met de zorgvraag en het beveiligingsniveau van een patiënt, verschijnt de desbetreffende locatie als een eventuele 'match' voor de plaatsende partij in Ifzo.

In paragraaf 6.2 wordt nagegaan naar hoe het geregistreerde zorgaanbod in Ifzo correspondeert met de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau van patiënten, zoals die zijn geregistreerd in toeleidingspogingen in de periode 2017 tot en met 2021. Omdat het streven van de wetgever is om forensische zorg zoveel mogelijk te laten plaatsvinden in de regio waar een patiënt uiteindelijk dient te re-integreren, wordt gekeken naar het zorgaanbod binnen ieder arrondissement. In paragraaf 6.3 wordt nader ingegaan op overeenkomsten en verschillen tussen hoe het matchingsproces is beoogd vanuit de Regeling forensische zorg (Rfz) en hoe dit in de praktijk in Ifzo is vormgegeven. Specifiek wordt gekeken welke matchingscriteria worden gehanteerd per zorgtype. In paragraaf 6.4 worden voorbeelden gegeven van onvolledige registraties in Ifzo en van de gevolgen die dit heeft voor de vindbaarheid van zorgaanbieders tijdens de matchingsprocedure. In paragraaf 6.5 worden de belangrijkste bevindingen uit het hoofdstuk puntsgewijs samengevat.

6.2 Dekkingsgraad zorgaanbod ten opzichte van zorgvraag

In Ifzo wordt voor iedere zorgaanbieder per vestiging geregistreerd welk zorgaanbod beschikbaar is. In totaal zijn er 170 hoofdaanbieders (of hoofdlocaties) met een actief forensisch zorgaanbod in Ifzo geregistreerd, met in totaal 1262 vestigingen. Wanneer een hoofdaanbieder meerdere vestigingen in Ifzo heeft geregistreerd, gaat het daarbij meestal om zorgaanbod op locaties met verschillende postcodes. In enkele gevallen hebben hoofdaanbieders verschillende vestigingen met dezelfde postcode in Ifzo geregistreerd. Dat betreft dan specialistische afdelingen (bijvoorbeeld een long-care afdeling).

Tijdens het matchingsproces in Ifzo wordt het zorgaanbod dat past bij de opgegeven matchingscriteria uit de indicatiestelling, weergegeven op het niveau van vestigingen. Om die reden zal in dit hoofdstuk, tenzij anders beschreven, het niveau van vestiging worden gehanteerd.

In tabel 6.1 is een onderverdeling gemaakt naar het type zorgaanbod dat op het moment dat de zorgaanbod-data werd geleverd, op 17 juli 2023, in Ifzo was geregistreerd. Klinische forensische zorg werd op 107 vestigingen aangeboden, verblijfszorg op 521 vestigingen, en ambulante zorg op 1013 vestigingen. Uit de gegevens komt naar voren dat de ambulante vestigingen uiteenvallen in locaties die begeleiding en dagbesteding bieden en locaties die behandeling en/of diagnostiek bieden. Daarom wordt in dit hoofdstuk een verdere onderverdeling gemaakt in deze twee vormen van ambulant zorgaanbod.

Tabel 6.1 Aantal aanbieders en vestigingen per type zorg

Type zorg	Aantal hoofdlocaties aanbieders	Aantal vestigingen
Klinische forensische zorg	44	107
Forensische verblijfszorg	108	521
Ambulante forensische zorg (Begeleiding en Dagbesteding)	141	916
Ambulante forensische zorg (Behandeling en Diagnostiek)	55	217

6.2.1 Vergelijken zorgvraag en zorgaanbod en beperkingen Ifzo

In de hierop volgende deelparagrafen zal achtereenvolgens het forensisch zorgaanbod voor klinische zorg (6.2.1), verblijfszorg (6.2.2) en ambulante zorg (6.2.3) worden bestudeerd. Dit wordt gedaan door het actieve forensische zorgaanbod ten tijde van de datalevering (17-07-2023) af te zetten tegen de zorg- en beveiligingsvraag in de toeleidingspogingen in de periode 2017 tot en met 2021. Combinaties van matchingscriteria waar veel vraag naar is spelen daarbij een belangrijkere rol in de bepaling van de dekkingsgraad van het zorgaanbod dan combinaties die niet of nauwelijks voorkomen.

De dekkingsgraad van het zorgaanbod in ieder arrondissement ten opzichte van de zorgvraag kan op twee manieren worden benaderd. Enerzijds kan worden gekeken in hoeveel procent van de gevallen een zorgtoeleiding in de periode 2017 tot en met 2021 een passende match oplevert. Daarnaast kan voor ieder arrondissement bestudeerd worden hoeveel vestigingen gemiddeld aan een plaatser zouden worden getoond per toeleidingspoging. Opnieuw is hierbij meegenomen hoe vaak een bepaalde combinatie van matchingscriteria is voorgekomen in de periode 2017 tot en met 2021.

Drie tekortkomingen dienen te worden aangemerkt bij de gebruikte methode om de adequaatheid van het forensisch zorgaanbod in Ifzo te bepalen. Ten eerste geven respondenten van 3RO en PMO in de interviews aan regelmatig eerst buiten Ifzo om contact op te nemen met zorgaanbieders, om vervolgens pas een toeleidingspoging te doen wanneer een zorgaanbieder akkoord is met een intake dan wel een plaatsing. In deze gevallen wordt de zorg- en/of beveiligingsvraag in de toeleidingspoging vaak aangepast om de patiënt aan de beoogde zorgaanbieder te kunnen matchen. In zoverre is de geregistreerde zorg- en beveiligingsvraag in Ifzo geen volledig zuivere representatie van de daadwerkelijke zorg- en beveiligingsvraag van patiënten in de forensische zorg. Ten tweede wordt in interviews genoemd dat niet elke vestiging het eigen zorgaanbod goed in Ifzo geregistreerd heeft, waardoor de analyse van het geregistreerd zorgaanbod een enigszins vertekend beeld kan geven (zie paragrafen 4.2.6 en 6.4). Ten derde biedt Ifzo slechts een beperkte inzage in de dekkingsgraad van het forensisch zorgaanbod, doordat niet wordt geregistreerd hoe groot de capaciteit van zorgaanbieders is, hoe lang de wachtlijsten zijn of hoe groot de gemiddelde forensische instroom voor iedere vestiging is. Daardoor kan enkel gekeken worden hoeveel vestigingen een aanbod geregistreerd hebben dat overeenkomt met een bepaalde zorgvraag.

6.2.2 *Klinische forensische zorg*

In Ifzo worden negen criteria betrokken bij het matchingsproces voor klinische forensische zorg. De matchingscriteria, inclusief mogelijke categorieën voor ieder criterium, zijn beschreven in tabel 6.2.

Tabel 6.2 Matchingscriteria en mogelijke categorieën voor klinische forensische zorg

Matchingscriterium	Categorieën
1. Het geslacht van de patiënt	Man; Vrouw
2. De leeftijd van de patiënt	Geen categorieën, leeftijdsrange vrij te bepalen door zorgaanbieder
3. DBBC- of DSM-hoofdgroep	Persoonlijkheidsstoornissen; Seksuele stoornissen; Schizofreniespectrum stoornissen; Verslavingsstoornissen; Impulsbeheersingsstoornissen; Restgroep
4. Verstandelijk vermogen	Verstandelijke beperking; Nader te bepalen; Geen verstandelijke beperking
5. Aanwezigheid van zedendelinquentie	Wel zedendelinquentie; geen zedendelinquentie
6. Zorgsoort	Behandeling; Diagnostiek; Detox
7. Verblijfsintensiteit	Range ABC; Range DE; Range FG
8. Beveiligingsniveau	Niveau 1; Niveau 2 laag; Niveau 2 hoog; Niveau 3; Niveau 4
9. Plaatsing in arrondissement van herkomst	Amsterdam; Den Haag; Gelderland; Limburg; Midden-Nederland; Noord-Holland; Noord-Nederland; Oost-Brabant; Overijssel; Rotterdam; Zeeland-West-Brabant

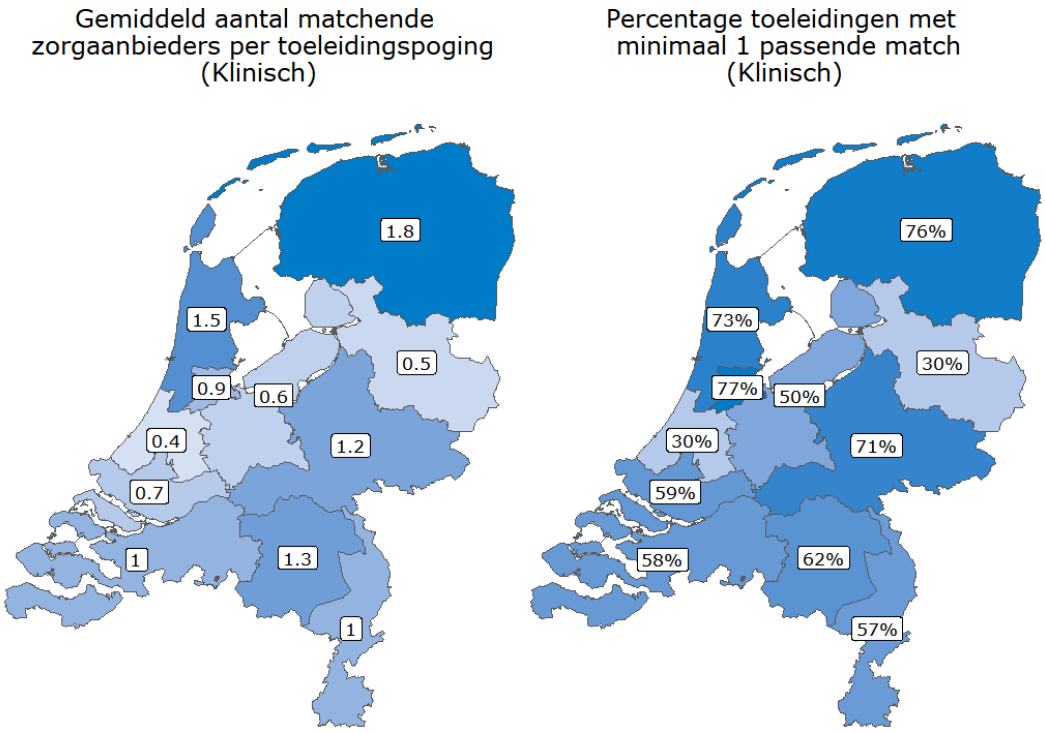
Omdat zorgaanbieders bij het criterium 'leeftijd van de patiënt' vrij zijn om zelf kaders op te stellen, wordt dit criterium niet meegenomen. Ook wordt er enkel gekeken naar beveiligingsniveaus 1, 2-laag en 2-hoog omdat voor beveiligingsniveaus 3 en 4 het streven naar plaatsing in de regio van herkomst grotendeels wordt losgelaten (Handboek forensisch zorg, 2019). Met de overblijvende klinische matchingscriteria per arrondissement zijn er in totaal 1944 combinaties mogelijk.[5] In de praktijk is de zorgvraag echter niet gelijkmatig verdeeld over deze 1.944 combinaties. In de periode 2017 tot en met 2021 komen slechts 756 combinaties van matchingscriteria voor in geregistreerde toeleidingspogingen in Ifzo. Van deze 756 combinaties van matchingscriteria komen sommige combinaties slechts een enkele keer voor in deze periode, andere combinaties komen tot wel 230 keer per jaar voor.

Afhankelijk van het arrondissement levert een toeleidingspoging waarbij de bovenvermelde matchingscriteria werden meegenomen tussen de 0,4 en 1,8 vestigingen op (zie figuur 6.1, links). Afhankelijk van het arrondissement is er voor tussen 30 en 76% van de zorgtoeleidingen minimaal 1 passende match (zie figuur 6.1, rechts). Dit suggereert dat, afhankelijk van het arrondissement, in 23 tot 70% van de

[5] Dit kan worden berekend met de volgende vermenigvuldiging: geslacht (2 mogelijke niveaus) * DBBC-hoofdgroep (6) * verstandelijk vermogen (3) * aanwezigheid zedendelinquentie (2) * zorgsoort (3) * verblijfsintensiteit (3) * beveiligingsniveau (3) = mogelijke combinaties.

zorgtoeleidingen minimaal één matchingscriterium zou moeten worden gedeselecteerd om tot een passende vestiging te komen.

Figuur 6.1 Dekkingsgraad van het aanbod voor klinische forensische zorg



6.2.3 *Forensische verblijfszorg*

In Ifzo worden zeven criteria betrokken bij het matchingsproces voor aanbieders van verblijfszorg. De matchingscriteria, inclusief mogelijke categorieën voor ieder criterium, zijn beschreven in tabel 6.3.

Tabel 6.3 Matchingscriteria en mogelijke categorieën voor forensische verblijfszorg

Matchingscriterium	Categorieën
1. Het geslacht van de patiënt	Man; Vrouw
2. De leeftijd van de patiënt	Geen categorieën, leeftijdsrange vrij te bepalen door zorgaanbieder
3. Dominante zorgvraag	Psychiatrisch/psychosociaal; Verstandelijke vermogens; Verslaving;
4. Bijkomende problematiek	Psychiatrisch/psychosociaal; Verstandelijke vermogens; Verslaving; Niet bekend; Niet van toepassing
5. ZZP Range	GGZ 1-2; GGZ 3; GGZ4-5; VG 1-2; VG 3-4; VG 6-7
6. Noodzaak tot bemoeizorg	Ja; Nee
7. Plaatsing in arrondissement van herkomst	Amsterdam; Den Haag; Gelderland; Limburg; Midden-Nederland; Noord-Holland; Noord-Nederland; Oost-Brabant; Overijssel; Rotterdam; Zeeland-West-Brabant

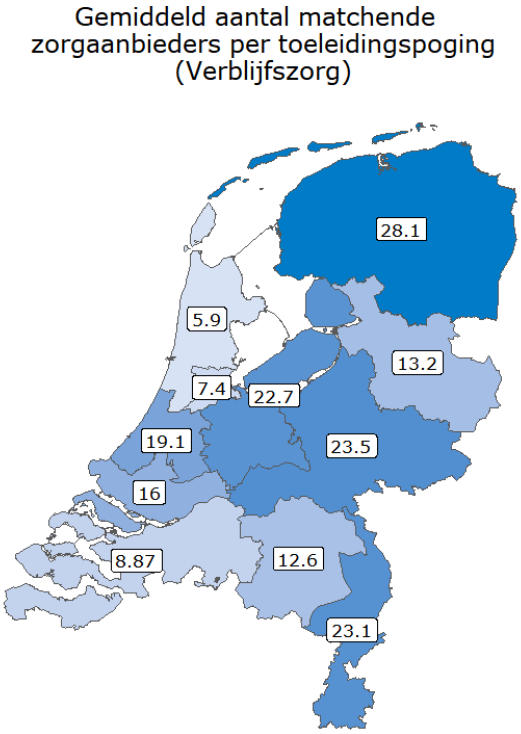
Voor de verblijfszorg-matchingscriteria zijn in totaal binnen elk arrondissement 360 combinaties mogelijk.[6] Evenals bij klinische zorg is ook hier sprake van een ongelijke verdeling van het daadwerkelijk voorkomen van de verschillende mogelijke combinaties. Sommige combinaties komen tot 770 keer per jaar voor, andere veel minder.

Afhankelijk van het arrondissement is er binnen de onderzochte periode voor tussen 95,6-100% van de zorgtoeleidingen minimaal één match met een volledig passend zorgaanbod. 7 van 11 arrondissementen hebben in die periode voor 100% van de toeleidingen minimaal één vestiging met een zorgaanbod dat correspondeert met de specifieke combinatie van criteria die is opgegeven.

Figuur 6.2 laat per arrondissement zien hoeveel vestigingen gemiddeld aan een plaatser getoond zouden worden bij een toeleidingspoging. Afhankelijk van het arrondissement levert in de onderzochte periode een toeleidingspoging waarbij de bovenvermelde matchingscriteria werden meegenomen tussen de 5,9 en 28,1 vestigingen op. Opnieuw is hierbij meegenomen hoe vaak een bepaalde combinatie van matchingscriteria is voorgekomen in de periode 2017 tot en met 2021.

[6] Geslacht (2) * dominante zorgvraag (3) * bijkomende problematiek (5) * zorgzwaartepakket (6) * noodzaak tot bemoeizorg (2) = 360 mogelijke combinaties.

Figuur 6.2 Dekkingsgraad van het aanbod voor forensische verblijfszorg



6.2.4 *Ambulante forensische zorg*

In Ifzo worden negen criteria betrokken bij het matchingsproces voor ambulante forensische zorg. De matchingscriteria, inclusief mogelijke categorieën voor ieder criterium, zijn beschreven in tabel 6.4.

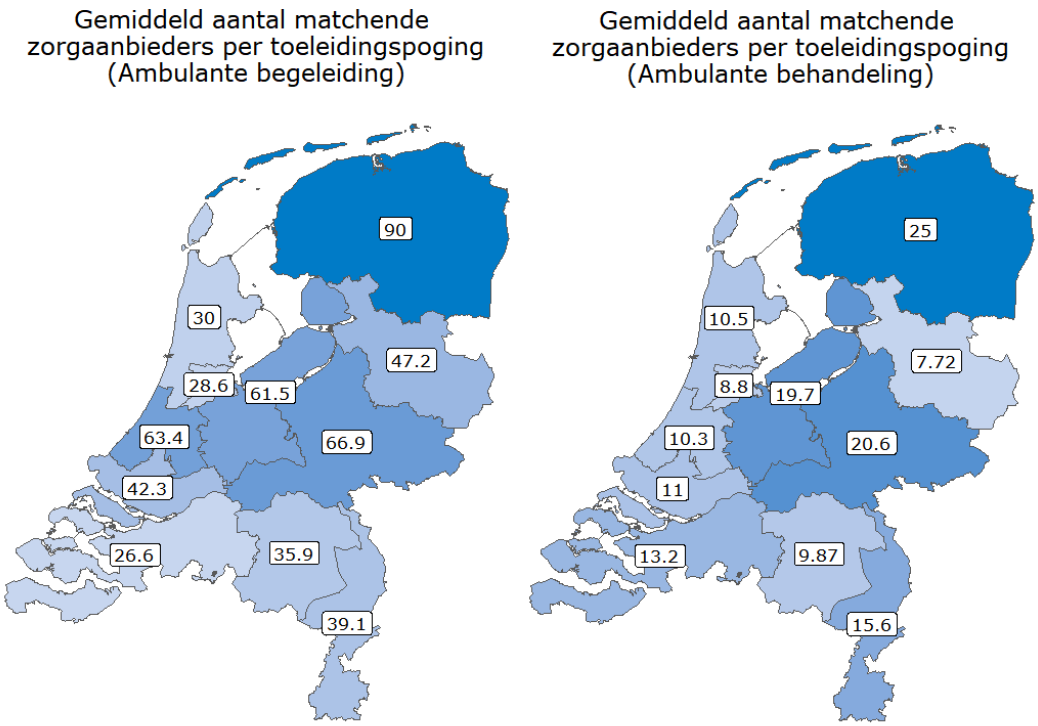
Tabel 6.4 Matchingscriteria en mogelijke categorieën voor ambulante forensische zorg

Matchingscriterium	Categorieën
1. Het geslacht van de patiënt	Man; Vrouw
2. De leeftijd van de patiënt	Geen categorieën, leeftijdsrange vrij te bepalen door zorgaanbieder
3. Dominante zorgvraag	Psychiatrisch/psychosociaal; Verstandelijke vermogens; Verslaving;
4. Bijkomende problematiek	Psychiatrisch/psychosociaal; Verstandelijke vermogens; Verslaving; Niet bekend; Niet van toepassing
5. Noodzaak tot bemoeizorg	Ja; Nee
6. Plaatsing in arrondissement van herkomst	Amsterdam; Den Haag; Gelderland; Limburg; Midden-Nederland; Noord-Holland; Noord-Nederland; Oost-Brabant; Overijssel; Rotterdam; Zeeland-West-Brabant

Daarnaast bepaalt artikel 12 lid 6 Rfz dat zorg plaats moet vinden in de regio waar de forensische patiënt zal re-integreren. Om deze reden is het van belang dat er voldoende zorgaanbod is binnen elk arrondissement. Voor de ambulante matchingscriteria zijn in totaal 60 combinaties mogelijk.[7] Binnen ieder arrondissement is zorgaanbod beschikbaar voor elk van de 60 mogelijke combinaties van matchingscriteria.

Voor zowel ambulante begeleiding als ambulante behandeling geldt dat er in de onderzochte periode binnen elk arrondissement voor alle zorgtoeleidingen minimaal één match met een volledig passend zorgaanbod is. Figuur 6.3 laat zien dat er wel een beduidend verschil bestaat tussen ambulante begeleiding en ambulante behandeling in het gemiddelde aantal vestigingen dat voldoet aan alle matchingscriteria. Dit heeft er ook mee te maken dat het totale aantal vestigingen dat zorgaanbod voor begeleiding en dagbesteding in Ifzo heeft geregistreerd hoger is dan het aantal locaties met zorgaanbod voor behandeling en diagnostiek (respectievelijk 916 en 217 vestigingen).

Figuur 6.3 Dekkingsgraad van het aanbod voor ambulante forensische zorg



6.3 Overeenkomst en verschil matchingscriteria tussen Rfz en Ifzo

Artikel 12 Regeling forensische zorg (Rfz) biedt een beschrijving van de criteria die betrokken zouden moeten worden bij de keuze voor een zorgaanbieder, uitgesplitst naar klinische zorg, verblijfszorg en ambulante behandeling dan wel begeleiding. Zoals beschreven in paragraaf 3.3.3 is artikel 12 Rfz een codificatie van het plaatsingskader forensische zorg. De criteria aan de hand waarvan patiënten aan zorgaanbieders

[7] Geslacht (2 mogelijke niveaus) * dominante zorgvraag (3) * bijkomende problematiek (5) * noodzaak tot bemoeizorg (2) = 60 mogelijke combinaties.

worden gematched in Ifzo komen grotendeels overeen met de criteria die genoemd worden in artikel 12 Rfz en het Plaatsingskader Forensische zorg (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2022). Toch zijn er ook enkele verschillen tussen de criteria in Ifzo enerzijds en die in artikel 12 Rfz en de plaatsingskaders anderzijds. Deze worden hieronder achtereenvolgens beschreven.

Ten eerste wordt in artikel 12 Rfz evenals in het Plaatsingskader Forensische zorg (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2022) de aanwezigheid van zedendelinquentie als een van de matchingscriteria voor plaatsing in verblijfszorg genoemd. Dit criterium is echter in Ifzo niet meegenomen als een van de contractkenmerken die per vestiging kunnen worden geregistreerd voor forensische verblijfszorg. De aanwezigheid van zedendelinquentie kan ook niet als matchingscriterium worden geselecteerd tijdens het matchen voor verblijfszorg in Ifzo. Ten tweede wordt in Ifzo, in tegenstelling tot het Plaatsingskader Forensische zorg en in artikel 12 Rfz, de noodzaak tot outreachende zorg als matchingscriterium voor verblijfszorg gehanteerd. Dit is een opvallend matchingscriterium voor patiënten die worden opgenomen in een verblijfszorginstelling – outreachende zorg wordt immers beschreven als wijkgerichte zorg, gericht op zorgmijdende patiënten (NZa Beleidsregel forensische zorg, BR/REG-24145a). Ten derde wordt de leeftijd van een patiënt als matchingscriterium voor ambulante zorg gehanteerd in Ifzo, terwijl deze in de Rfz en het Plaatsingskader Forensische zorg niet wordt genoemd.

In gesprekken met enkele geïnterviewden en de testmanager van Ifzo is niet duidelijk geworden waarom deze discrepanties tussen Ifzo en de Rfz bestaan. Met name het wegvallen van zedendelinquentie als matchingscriterium voor verblijfszorg roept vragen op, omdat het (mede op basis van informatie uit de interviews) aannemelijk is dat een deel van de aanbieders van verblijfszorg de aanwezigheid van zedendelinquentie wel als exclusiecriterium hanteert.

6.4 Vindbaarheid van zorgaanbieders in Ifzo

In paragraaf 4.3.6 wordt door verschillende plaatsende partijen geconstateerd dat het zorgaanbod van forensische zorgaanbieders in sommige gevallen verkeerd in Ifzo geregistreerd staat. Dit heeft als gevolg dat plaatsers afwijkende matchingscriteria moeten invullen of matchingscriteria moeten uitschakelen om bepaalde zorgaanbieders in Ifzo te kunnen vinden. Helaas is het op basis van Ifzo-registraties niet mogelijk om vast te stellen of het geregistreerde zorgaanbod klopt met het zorgaanbod in de realiteit. Er kan echter wel worden vastgesteld in hoeverre bepaalde zorgaanbieders als gevolg van een onvolledige registratie van het zorgaanbod, minder goed of zelfs helemaal niet vindbaar zijn in Ifzo. Om dit te onderzoeken zijn de registraties van alle locaties met een actief zorgaanbod in Ifzo op 17-07-2023, de datum waarop de gegevens door DJI aan ons verstuurd zijn, gecontroleerd op volledigheid en vindbaarheid.

Binnen de klinische zorg zijn drie vestigingen geheel onvindbaar in Ifzo doordat zij geen zorgsetting hebben geregistreerd. De zorgsetting geldt als een contractkenmerk voor klinische zorg en kan dus in de matching niet worden uitgeschakeld. Twee andere zorgaanbieders hebben niets geregistreerd bij het criterium ‘verstandelijke beperking’ en zijn om die reden enkel vindbaar wanneer dit criterium in de matching is uitgeschakeld. Bij het zorgaanbod voor verblijfszorg zijn zeven vestigingen geheel onvindbaar in Ifzo doordat zij, ondanks hun registratie voor de ambulante zorgvraag,

'verblijfszorg' geen enkel zorgzwaartepakket (ZZP) in hun zorgaanbod hebben opgenomen. Het ZZP geldt als een contractkenmerk voor verblijfszorg en kan dus in de matching niet worden uitgeschakeld. Drie andere vestigingen zijn enkel vindbaar wanneer het matchingscriterium 'bijkomende problematiek' is uitgeschakeld. Deze vestigingen hebben geen zorgaanbod geregistreerd voor dit matchingscriterium. Bij het ambulante zorgaanbod zijn 15 vestigingen enkel te vinden als een van de matchingscriteria, te weten de bijkomende problematiek, wordt uitgeschakeld. Deze 15 vestigingen hebben geen zorgaanbod geregistreerd voor dit matchingscriterium.

6.5 Belangrijkste bevindingen

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk puntsgewijs samengevat. Een uitgebreidere discussie volgt in paragraaf 8.4.

- Ifzo biedt slechts een beperkte inzage in de dekkingsgraad van het forensisch zorgaanbod, doordat niet wordt geregistreerd hoe groot de capaciteit van zorgaanbieders is, hoe lang de wachtlijsten zijn of hoe groot de gemiddelde forensische instroom voor iedere vestiging is. Daardoor kan enkel gekeken worden hoeveel vestigingen een aanbod geregistreerd hebben dat overeenkomt met een bepaalde zorgvraag.
- In dit hoofdstuk is de dekkingsgraad van het zorgaanbod ten opzichte van de zorgvraag voor de periode 2017 tot en met 2021 op twee manieren benaderd. Enerzijds is gekeken in hoeveel procent van de gevallen een zorgtoeleiding in ieder arrondissement een passende match zou hebben opgeleverd. Anderzijds is per arrondissement gekeken hoeveel vestigingen in dezelfde periode voldeden aan de geregistreerde zorgvragen.
- Voor verblijfszorg, ambulante behandeling en ambulante begeleiding zijn in principe in ieder arrondissement meerdere vestigingen met zorgaanbod dat correspondeert met alle zorgvragen uit de periode 2017 tot en met 2021. Doordat onduidelijk is uit de gegevens in Ifzo of deze zorgaanbieders ook op het moment dat een patiënt met een bepaalde zorgvraag geplaatst moet worden capaciteit beschikbaar hebben, kan hieruit slechts beperkt worden geconcludeerd dat sprake is van een dekkend zorgaanbod.
- Voor klinische zorg op beveiligingsniveau 1 en 2 is opvallend dat, afhankelijk van het arrondissement, in 23 tot 70% van de zorgtoeleidingen geen enkele vestiging een volledig passend zorgaanbod heeft. In deze gevallen zou dus minimaal één matchingscriterium moeten worden gedeselecteerd om tot een passende vestiging te komen.
- De matchingscriteria in artikel 12 Rfz en het Plaatsingskader forensische zorg verschillen deels van de criteria in Ifzo. Met name het wegvallen in Ifzo van zedendelinquentie als matchingscriterium voor verblijfszorg roept vragen op omdat het aannemelijk is dat een deel van de aanbieders van verblijfszorg dit wel als exclusiecriterium hanteert.
- Het zorgaanbod in Ifzo laat meerdere incomplete registraties van zorgaanbieders zien. Deze zorgaanbieders zijn ofwel helemaal niet vindbaar in Ifzo, of enkel vindbaar wanneer specifieke matchingscriteria worden gedeselecteerd. Dit komt overeen met beschrijvingen van respondenten in hoofdstukken 4 en 5, die aangeven dat sommige zorgaanbieders niet goed vindbaar zijn in Ifzo.

7 Indicatiestelling en plaatsing in getal

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een nadere beschrijving gegeven van het indicatiestellings-, matchings- en plaatsingsproces op basis van registratiegegevens uit Ifzo en FCS. De gegevens in dit hoofdstuk hebben betrekking op de periode 2017 tot en met 2021. Registraties in Ifzo zijn op het niveau van toeleidingspogingen: een toeleidingspoging bestaat uit een aanmeldings- of plaatsingsbrief met als bijlage de indicatiestelling die door de plaatsende instantie naar de zorgaanbieders wordt verstuurd (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2018). Tenzij anders vermeld, wordt telkens het gemiddelde aantal toeleidingspogingen of plaatsingen per jaar over de betreffende periode gerapporteerd.

In paragraaf 7.2 staat de vraag centraal hoeveel toeleidingspogingen jaarlijks worden gedaan en hoe die zijn verdeeld over de verschillende indicerende partijen. Daarnaast wordt onderzocht hoe lang de doorlooptijden zijn van de verschillende deelprocessen die uiteindelijk tot een plaatsing in forensische zorg moeten leiden. In paragraaf 7.3 wordt aandacht besteed aan de vraag hoe vaak toeleidingspogingen worden afgewezen en wat er in deze gevallen vervolgens gebeurt. Daarbij wordt onder andere gekeken naar de redenen van afwijzing die worden geregistreerd in Ifzo (7.3.2), wijzigingen in toeleidingscriteria na afgewezen toeleidingspogingen (7.3.3) en de overeenkomst van matchingscriteria bij toeleidingspogingen en het geregistreerde zorgaanbod van zorgaanbieders (7.3.4). In paragraaf 7.4 worden de belangrijkste bevindingen uit het hoofdstuk puntsgewijs samengevat.

7.2 Toeleidingspogingen en indicerende partijen

7.2.1 Aantal toeleidingspogingen per jaar

In de periode tussen 2017 tot en met 2021 werden jaarlijks gemiddeld 31,485 nieuwe toeleidingspogingen gestart. Het gaat gemiddeld om 6,269 toeleidingspogingen voor klinische forensische zorg, 7,010 toeleidingspogingen voor forensische verblijfszorg en 18,008 toeleidingspogingen voor ambulante forensische zorg.

In 41,9% van de gevallen gaat het om toeleidingspogingen waarbij een patiënt nog geen forensische zorg ontving. Voor klinische-, verblijfs- en ambulante zorg ligt dit percentage respectievelijk op 42,2%, 35,4% en 57,3%. In de overige gevallen betreft het toeleidingspogingen op basis van her-indicaties van patiënten die al enige vorm van forensische zorg ontvangen op het moment dat de indicatiestelling wordt afgegeven.

Gemiddeld genomen leidt 61,7% van alle afgeronde toeleidingspogingen tot een (her)plaatsing (16,975 per jaar). Uitgesplitst per zorgtype liggen deze percentages op 66,4% voor klinische zorg, 39,9% voor verblijfszorg en 67,4% voor ambulante zorg.

7.2.2 *Indicerende partijen*

Toeleidingen naar forensische zorg worden gedaan aan de hand van indicatiestellingen die afkomstig zijn van verschillende partijen. In de registratiedata van Ifzo worden echter enkel de criteria die zijn geregistreerd tijdens het matchen vastgelegd en niet de onderliggende indicatiestelling. Daardoor kan niet met zekerheid worden vastgesteld hoeveel indicatiestellingen er jaarlijks worden afgegeven. Wel wordt in Ifzo vastgelegd welke partij de indicatiestelling heeft uitgevoerd op basis waarvan de matchingscriteria in de toeleidingspoging zijn vastgelegd. In tabel 7.1 wordt per zorgtype aangegeven hoeveel toeleidingspogingen jaarlijks worden gedaan op basis van indicatiestellingen afkomstig van de verschillende indicerende partijen.

Tabel 7.1 Aantal toeleidingspogingen per zorgtype gebaseerd op indicatiestellingen van verschillende partijen

Indicerende partij	Klinisch	Verblijfszorg	Ambulant
NIFP	5.428	647	0
3RO	0	5.443	15.911
PMO	0	675	1.508
DIZ-FPL[a]	841	244	588

a In Ifzo wordt DIZ aangeduid als een indicerende partij. In deze gevallen gaat het om plaatsing op basis van een zogeheten FPL-format van het forensisch plaatsingsloket van DIZ. Zoals beschreven in paragraaf 4.2.5 wordt in deze gevallen niet daadwerkelijk een indicatie opgesteld door DIZ, maar wordt een eerdere indicatiestelling gebruikt als basis voor de plaatsing. Daarmee is er in feite geen sprake van indicatiestelling door DIZ maar van een administratieve handeling om de plaatsing mogelijk te maken.

Zoals besproken in de paragrafen 3.3.1 en 3.4.1 is de verantwoordelijkheid voor indicatiestelling en plaatsing bij forensisch beschermd wonen anders belegd in de situatie dat een patiënt doorstroomt vanuit klinische zorg. Normaliter is 3RO of het PMO verantwoordelijk voor indicatiestelling en plaatsing bij forensisch beschermd wonen. Bij doorstroom vanuit klinische zorg dienen deze organisaties echter een aanvraag voor indicatiestelling te doen bij het NIFP/IFZ. Respondenten van NIFP/IFZ en DIZ gaven aan dat partijen zich hier niet altijd bewust van lijken te zijn, waardoor de indicatiestelling en plaatsing voor deze patiënten soms ten onrechte door 3RO of het PMO worden uitgevoerd.

Gemiddeld genomen worden er in de onderzochte periode per jaar 1281 toeleidingspogingen gedaan voor forensische beschermd wonen in directe aansluiting op klinische zorg. Uit Ifzo registraties blijkt dat in deze situaties gemiddeld slechts 51,7% van de indicatiestellingen daadwerkelijk wordt afgegeven door NIFP/IFZ; 36,5% wordt afgegeven door 3RO, 6,2% door PMO's en de overige 5,6% zijn afkomstig van het FPL.[8] Deze gegevens suggereren dat de beoogde verdeling van verantwoordelijkheden in het geval van forensisch beschermd wonen na klinische zorg in de praktijk niet wordt nageleefd.

Deze resultaten zijn besproken met de klankbordgroep van dit onderzoeksproject (voor een samenstelling van de klankbordgroep, zie bijlage 2). Klankbordgroepleden

[8] Toeleidingspogingen voor forensisch beschermd wonen aansluitend op kortdurende klinische opnames, toeleidingspogingen in het kader van tbs met proefverlof (art. 51 Bvt) en voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38g WvSr) en toeleidingspogingen aansluitend op klinische opnames in PPC's zijn niet meegenomen in deze berekening. Onder bepaalde omstandigheden kan 3RO in deze situaties de aangewezen partij zijn om de indicatiestelling en plaatsing te verzorgen.

die 3RO en NIFP/IFZ vertegenwoordigen hebben aangegeven te herkennen dat dit 'aannemen van de verkeerde rol' volgens hen inderdaad kan voorkomen. Zij melden echter ook de gerapporteerde percentages erg hoog te vinden en deze niet te herkennen. Deze partijen beschikking zelf niet over concrete cijfers. Om het verschil tussen de registraties uit Ifzo en FCS en de beleving van 3RO en NIFP/IFZ te verklaren is nader onderzoek nodig.

7.2.3 Doorlooptijden indicatiestelling en individuele toeleidingspogingen

Het proces van toeleiding naar forensische zorg kan worden opgedeeld in verschillende deelprocessen: de aanvraag bij de indicerende ketenpartner, het opstellen van de indicatiestelling, de aanmelding bij een zorgaanbieder, de reactie van een zorgaanbieder en uiteindelijk het in zorg nemen van een patiënt. Ifzo geeft inzicht in de doorlooptijd van enige van deze processen.

In tabel 7.2 wordt de doorlooptijd weergegeven vanaf het initieel openen van een Ifzo-registratie voor een patiënt, tot het compleet maken van de indicatiestelling, de start van een toeleidingspoging en de daadwerkelijke opname in forensische zorg. Telkens wordt getoond binnen hoeveel tijd bepaalde tussenstappen worden doorlopen bij respectievelijk 50%, 75%, 90% en 95% van de toeleidingspogingen. Doorlooptijden van toeleidingspogingen waarbij DIZ-FPL als indicatiestellende partij geregistreerd staat zijn in deze tabel niet meegenomen. DIZ-FPL bewerkstelligt veelal de administratieve afhandeling van foutieve of onvolledige registraties. Om die reden is de startdatum van de opname in veel gevallen in het verleden ten opzichte van de datum waarop de Ifzo registratie is aangemaakt.

Tabel 7.2 laat zien dat de doorlooptijd voor deelprocessen tot en met plaatsing bij de helft van de patiënten erg kort is. In het geval van een plaatsing duurt het afhankelijk van het type zorg, vanaf het moment dat een registratie in Ifzo wordt aangemaakt tussen de 9 en 19 dagen tot een patiënt daadwerkelijk in zorg is. Voor de tweede helft van patiënten loopt de periode tussen het aanmaken van een registratie in Ifzo en de daadwerkelijke opname snel op. Uit de doorlooptijden in 7.2 is op te maken dat deze vertraging vooral wordt veroorzaakt door een langere doorlooptijd in de periode tussen de start van de toeleidingspoging en de daadwerkelijke opname, waarschijnlijk als gevolg van wachtlijsten. Eén op de tien patiënten moet, in het geval van een succesvolle toeleiding, langer dan 4 maanden wachten op plaatsing in zorg. In deze berekening wordt geen rekening gehouden met het feit dat voor sommige patiënten meerdere toeleidingspogingen nodig zijn om uiteindelijk tot een plaatsing te komen. Daardoor kunnen de daadwerkelijke doorlooptijden hoger liggen dan in onderstaande tabel wordt gesuggereerd.

Bij verblijfszorg en bij ambulante zorg laten de kwantitatieve gegevens zien dat de tijd tussen het registreren in Ifzo en de start van de toeleidingspoging in 75% van de gevallen nul dagen is. Zoals beschreven in paragraaf 3.3.2 geldt voor 3RO en PMO dat de voorbereiding en het dossieronderzoek voorafgaand aan het opstellen van de indicatiestelling buiten Ifzo gebeurt en daardoor vermoedelijk buiten de doorlooptijden in tabel 7.2 vallen. Daarnaast geven respondenten van 3RO en PMO aan dat zij veelal eerst buiten Ifzo, via hun contacten met zorgaanbieders in de regio, de betrokkene matchen met een zorgaanbieder (paragraaf 4.3). Pas daarna registreren zij de toeleiding in Ifzo. Het is dus waarschijnlijk dat een onbekende tijdsduur, besteed aan toeleiding naar een zorgaanbieder voorafgaand aan registratie in Ifzo, nu niet in deze

berekeningen is opgenomen. De daadwerkelijke doorlooptijden zouden dan hoger liggen dan in tabel 7.2 is vermeld.

De doorlooptijden van deelprocessen zijn in het geval van afwijzing van een toeleidingspoging op basis van de gegevens uit Ifzo niet goed vast te stellen. De reden daarvan lijkt de wijze waarop selectiefunctionarissen de datum van afwijzing in Ifzo invullen. Binnen de Ifzo-data zien we regelmatig dat de datum waarop een toeleidingspoging is stopgezet meer dan een jaar na de start van die toeleidingspoging ligt. Daarnaast worden meerdere toeleidingspogingen voor eenzelfde persoon regelmatig op dezelfde dag stopgezet. Dit suggereert dat de administratieve afhandeling van afgewezen toeleidingspogingen deels wordt opgespaard om die op een later moment uit te voeren, waarbij vervolgens veelal dezelfde datum voor meerdere toeleidingspogingen lijkt te worden ingevuld.

Tabel 7.2 Doorlooptijden vanaf aanmaken registratie in Ifzo

	Klinische zorg	Verblijfszorg	Ambulante zorg
Tijd tussen registratie in Ifzo en Indicatiestelling compleet			
50%	2 dagen	0 dagen	0 dagen
75%	8 dagen	0 dagen	0 dagen
90%	16 dagen	5 dagen	0 dagen
95%	22 dagen	14 dagen	3 dagen
Tijd tussen registratie in Ifzo en start toeleidingspoging			
50%	6 dagen	0 dagen	0 dagen
75%	15 dagen	0 dagen	0 dagen
90%	31 dagen	12 dagen	1 dag
95%	49 dagen	35 dagen	5 dagen
Tijd tussen registratie in Ifzo en start opname			
50%	14 dagen	9 dagen	19 dagen
75%	49 dagen	58 dagen	52 dagen
90%	98 dagen	147 dagen	110 dagen
95%	139 dagen	233 dagen	167 dagen

Naast deze algemene doorlooptijden hanteert NIFP/IFZ ook zelfopgelegde termijnen voor het opstellen van een indicatiestelling. Voor reguliere indicatiestellingsaanvragen geldt een termijn van 10 werkdagen, voor spoedaanvragen geldt een termijn van 5 werkdagen, voor crisisaanvragen 2 dagen (niet werkdagen) en voor indicatiestellingen voor een plaatsing in een PPC 1 dag. Het NIFP/IFZ rekent hier de termijn tussen het moment dat het door de aanvrager aangeleverde dossier compleet is en het moment dat de indicatiestelling is afgerond. In tabel 7.3 wordt aangegeven wat de mediaan van de doorlooptijd is voor de voorbereiding van een indicatiestelling door het NIFP, evenals het percentage indicatiestellingen dat binnen de gestelde termijn wordt afgegeven. Afhankelijk van het type aanvraag wordt tussen de 87-95% van de indicatiestellingen daadwerkelijk binnen de gestelde termijn voltooid.

Tabel 7.3 Doorlooptijden indicaties NIFP/IFZ ten opzichte van gestelde termijn

	Reguliere aanvraag	Spoed	Crisis	PPC
Gestelde termijn	10 werkdagen	5 werkdagen	2 dagen	1 dag
Mediaan van de doorlooptijd	2 werkdagen	Zelfde dag	Zelfde dag	Zelfde dag
Percentage indicatiestellingen dat binnen termijn wordt afgegeven	95%	93%	95%	87%

7.3 Herhaalde toeleidingspogingen en afwijzingen

7.3.1 Clustering van toeleidingspogingen

Om te onderzoeken hoe vaak en in welke gevallen herhaalde toeleidingspogingen nodig zijn om een persoon te plaatsen, hebben we toeleidingspogingen per persoon en voor ieder zorgtype (klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg, ambulante forensische zorg) gegroepeerd tot clusters. Clusters bestaan uit een of meer toeleidingspogingen, waarbij een datum van de start van de toeleidingspoging minder dan een bepaald aantal dagen verwijderd is van de start van een andere toeleidingspoging. In de analyses is gekozen voor een maximale afstand van 30 dagen om tot een cluster te behoren.[9]

Binnen ieder cluster kan gekeken worden hoeveel toeleidingspogingen nodig zijn om iemand voor de eerste keer geplaatst te krijgen. Nieuwe toeleidingspogingen die plaatsvinden nadat een toeleidingspoging binnen eenzelfde cluster al tot plaatsing heeft geleid worden hierbij niet meegenomen. Op deze manier kan een cluster twee verschillende uitkomsten hebben: na een of meer toeleidingspogingen volgt een geslaagde plaatsing, of het cluster van toeleidingspogingen heeft niet geleid tot een plaatsing bij een forensische zorgaanbieder en er wordt binnen de 30 dagen volgend op de laatste toeleidingspoging geen nieuwe toeleidingspoging meer ondernomen.

Per jaar zijn er in de onderzochte periode 4,946 clusters van toeleidingspogingen voor klinische zorg, 5,158 clusters voor verblijfszorg en 14,746 clusters voor ambulante zorg. Ongeacht het type zorg wordt in de meerderheid van de clusters slechts één toeleidingspoging gedaan. In de meeste gevallen bestaat een cluster dus uit slechts een enkele toeleidingspoging.[10] Bij klinische, verblijfs- en ambulante zorg betreft dit respectievelijk 86,9%, 82,5% en 92,8% van de clusters. Wanneer meer dan één toeleidingspoging wordt gedaan, leidt dit tot een daling van het slagingspercentage van de finale toeleidingspoging. Mogelijkerwijs gaat het om patiënten die over het algemeen moeilijker plaatsbaar zijn, bijvoorbeeld patiënten met complexe problematiek, weinig motivatie of fysieke beperkingen (zie paragraaf 5.2). Dit kan echter niet uit de data in Ifzo worden achterhaald.

[9] Exploratief is onderzocht of het vergroten van de maximale afstand tot 60 dagen een wezenlijk verschil maakte in het percentage clusters dat leidt tot een plaatsing. Dit was echter niet het geval: de verdubbeling van de clustergrootte van 30 naar 60 dagen leidde slechts tot een stijging van 3% in de slagingskans van toeleidingsclusters.

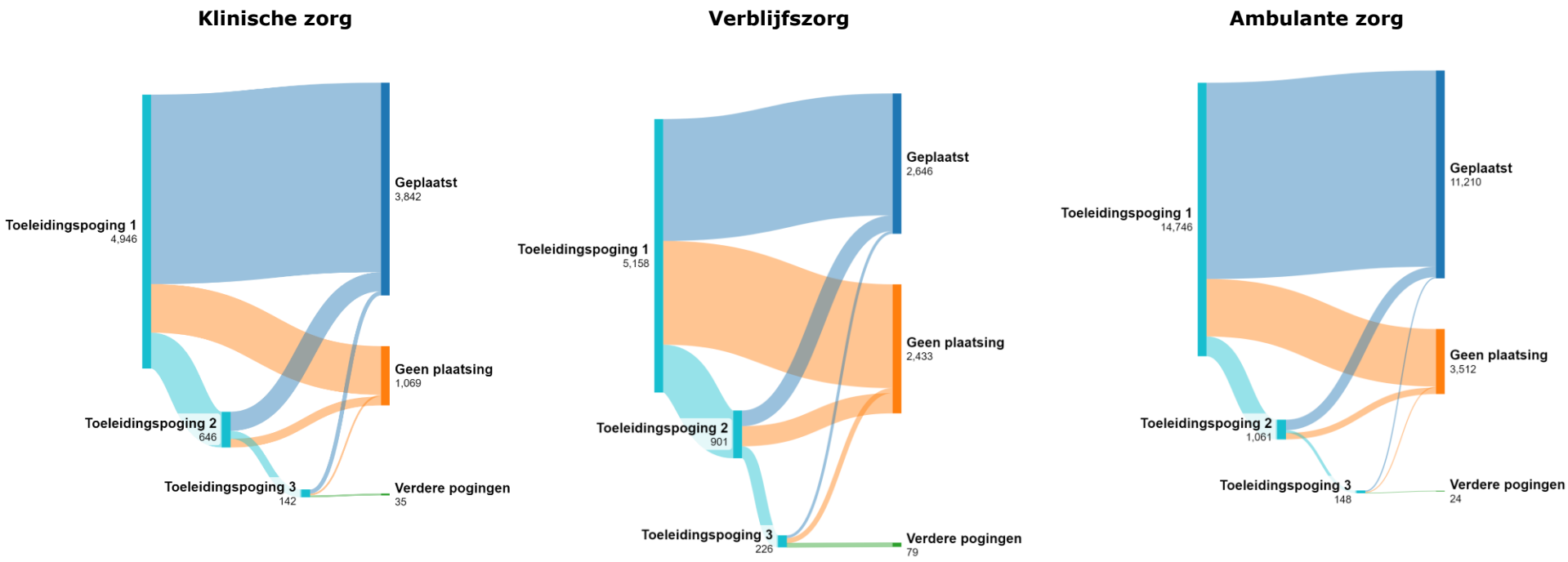
[10] In paragraaf 4.3 beschrijven respondenten vanuit 3RO en PMO dat voor de matching en de toeleiding regelmatig initieel buiten Ifzo om wordt gewerkt. Dit suggereert dat het aantal toeleidingspogingen dat in Ifzo wordt geregistreerd een onderschatting is van het daadwerkelijke aantal zorgaanbieders dat wordt benaderd, in ieder geval voor verblijfszorg en ambulante zorg.

Gemiddeld leidt voor klinische, verblijfs- en ambulante zorg respectievelijk 78,2%, 51,8%, 76,1% van de clusters van toeleidingspogingen tot een plaatsing binnen het corresponderende zorgtype. In figuur 7.1 wordt zichtbaar gemaakt hoe clusters van toeleidingspogingen voor ieder zorgtype eruitzien en in hoeveel gevallen er na een eerste toeleidingspoging een plaatsing of een tweede toeleidingspoging volgt, of dat de toeleiding wordt gestaakt zonder plaatsing.

In sommige clusters leidt een toeleidingspoging naar een bepaald zorgtype weliswaar niet tot een geslaagde plaatsing, maar vindt er binnen datzelfde cluster wel een succesvolle toeleidingspoging plaats naar een ander type zorg. Het belangrijkste voorbeeld hiervan is dat in 9,2% van de clusters waarin een toeleidingspoging wordt gedaan voor verblijfszorg, uiteindelijk geen plaatsing wordt bewerkstelligd voor verblijfszorg maar wel voor een vorm van ambulante zorg. Uiteindelijk vindt binnen 75,1% van alle clusters van toeleidingspogingen een plaatsing binnen de forensische zorg plaats.

Bij de overige 24,9% van de clusters van toeleidingspogingen is het op basis van de informatie uit Ifzo en FCS niet goed mogelijk te bepalen wat er met de patiënten gebeurt. Uit de koppeling tussen Ifzo en FCS blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen deze patiënten al forensische zorg ontvingen. Mogelijk bleven deze patiënten langer op hun huidige vestiging. Voor een onbekend deel van de patiënten geldt dat zij niet zijn succesvol zijn toegeleid naar forensische zorg, omdat zij vanwege het overtreden van voorwaarden werden teruggestuurd naar de penitentiaire inrichting. Voor een ander deel van de patiënten zal mogelijkerwijs gelden dat zij gedwongen of vrijwillige civiele zorg ontvingen, of dat zij geen zorg kregen. Dit onderzoeken valt helaas buiten de scope van het huidige onderzoek, maar zal in de Monitor forensische zorg van het WODC aandacht krijgen.

Figuur 7.1 Stroomdiagrammen voor clusters van toeleidingspogingen voor klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg en ambulante forensische zorg



Noot: stroomdiagrammen van clusters van toeleidingspogingen voor klinische forensische zorg (links), forensische verblijfszorg (midden) en ambulante forensische zorg (rechts). Iedere toeleidingspoging kan drie verschillende uitkomsten hebben: een plaatsing, een afgewezen toeleiding gevolgd door een nieuwe toeleidingspoging, of een afgewezen toeleiding zonder nieuwe toeleidingspoging (geen plaatsing).

7.3.2 Redenen van afwijzing

Wanneer een toeleidingspoging wordt afgewezen door de zorgaanbieder, wordt hiervoor een hoofdreden van de afwijzing geregistreerd door de plaatsende partij, evenals een verdere beschrijving van deze hoofdreden. In tabel 7.4 worden de hoofdredenen voor afwijzing weergegeven, evenals hoe vaak deze worden geselecteerd voor ieder zorgtype.

De aanwezigheid van zachte criteria die volgens de zorgaanbieder plaatsing verhinderen is voor ieder zorgtype een belangrijke hoofdreden voor afwijzing. De zachte criteria die hierbij het meest worden benoemd zijn de motivatie van de patiënt (voornamelijk in geval van verblijfszorg en ambulante zorg), de duur van de strafrechtelijke titel of van het vervolgtraject (voornamelijk in geval van verblijfszorg en ambulante zorg) en de aanwezigheid van niet verder gespecificeerde bijzondere omstandigheden (bij klinische zorg, verblijfszorg en ambulante zorg). Bij verblijfszorg en ambulante zorg wordt ook een foutieve toeleiding vaak als hoofdreden voor afwijzing genoemd – hierbij gaat het met name om administratieve fouten of toeleidingen naar verkeerde zorgaanbieders.

In ruwweg 21% van de gevallen komt het voor dat uit onze koppeling van gegevens tussen Ifzo en FCS blijkt dat er op basis van de desbetreffende toeleidingspoging geen zorg is gedeclareerd, maar waarbij ook geen reden voor afwijzing is opgegeven. In deze gevallen is in Ifzo een datum voor het in zorg nemen van de patiënt opgegeven. Dat suggereert dat de patiënt niet is afgewezen. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat zorgaanbieders de gerealiseerde zorg nog niet hebben gedeclareerd. Dit lijkt echter onwaarschijnlijk, aangezien het aandeel niet gerealiseerde zorgtoeleidingen waar geen reden voor afwijzing is opgegeven stabiel blijft over de jaren 2017-2021. Wanneer een vertraagde declaratie aan het ontbreken van een reden van afwijzing ten grondslag zou liggen, zou te verwachten zijn dat dit fenomeen vaker zou voorkomen in meer recente jaren. Een tweede verklaring kan zijn dat de geregistreerde plaatsingsbesluitnummers in Ifzo en in FCS niet goed overeenkomen. Dit is geprobeerd zo veel mogelijk te ondervangen door gegevens in Ifzo en FCS niet alleen op basis van plaatsingsbesluitnummer te koppelen, maar ook op basis van de opgegeven datum daadwerkelijke zorg, met een marge van 4 dagen. Een derde verklaring zou zijn dat plaatsingscoördinatoren ten onrechte in Ifzo een datum zouden invoeren waarop een patiënt in zorg is getreden, waardoor geen reden voor afwijzing kan worden geregistreerd. Deze derde verklaring lijkt in minimaal 20,7% van de gevallen waarin een reden voor afwijzing in Ifzo ontbreekt een verklaring te bieden – in deze gevallen is weliswaar een datum van opname geregistreerd in Ifzo, maar is de status van de toeleiding geannuleerd en het plaatsingsverzoek stopgezet. Het is onduidelijk wat de reden hiervoor zou kunnen zijn. Mogelijk zijn er ook nog gevallen waarin de status van de toeleidingspoging ook ten onrechte als ‘geplaatst’ is geregistreerd, terwijl de plaatsing in werkelijkheid niet heeft plaatsgevonden.

Wanneer de analyses in paragraaf 7.3.1 niet gebaseerd zouden worden op een koppeling tussen Ifzo en FCS, maar enkel op registraties waarin een datum van daadwerkelijke opname in Ifzo geregistreerd staat, zouden de slagingskansen van toeleidingspogingen iets toenemen. De slagingskans van toeleidingsclusters zou voor klinische zorg, verblijfszorg en ambulante zorg respectievelijk liggen op 86,0%, 58,1% en 84,0% van de toeleidingsclusters.

Tabel 7.4 Hoofdredenen voor afwijzing in Ifzo

Hoofdreden afwijzing	Zorgtype		
	Klinisch	Verblijfszorg	Ambulant
Zachte criteria	1262	1380	1233
Foutieve toeleiding	198	1326	1814
Past niet binnen capaciteit	78	230	145
Betwisten indicatiestelling	68	239	111
Plaatsingsverzoek is stopgezet	8	41	62
Geen reden opgegeven	270	535	1402

7.3.3 Mutaties in toeleidingscriteria na afwijzingen

Binnen clusters kan gekeken worden in hoeverre en in welke gevallen de opgegeven matchingscriteria tussen opeenvolgende toeleidingspogingen veranderen. Hoewel het wijzigen van matchingscriteria in sommige gevallen ook een teken kan zijn van voortschrijdend inzicht met betrekking tot de zorg- en beveiligingsbehoefte van een patiënt, kan dit er ook op wijzen dat matchingscriteria worden aangepast om beter aan te sluiten bij een zorgaanbieder die onafhankelijk van de matching in Ifzo beoogd wordt door de plaatser. Redenen daarvoor kunnen zijn dat op basis van de indicatiestelling geen geschikte plek kan worden gevonden, of dat het aanbod van de (reeds buiten Ifzo om gevonden) zorgaanbieder niet op de juiste manier in Ifzo staat (zie ook paragrafen 4.2.6 en 4.3.7).

Tabel 7.5 geeft een overzicht van hoe vaak matchingscriteria jaarlijks binnen een cluster worden gewijzigd en welke matchingscriteria daarbij wijzigen. Bij toeleidingen naar klinische zorg zijn toeleidingen naar PPC's niet meegenomen, omdat dit in veel gevallen crisisopnamen betreft met andere zorg- en beveiligingsbehoeften dan een reguliere toeleidingspoging.

Opvallend is dat matchingscriteria binnen clusters percentueel vaker worden gewijzigd voor verblijfszorg dan voor klinische of ambulante zorg (respectievelijk 55,8%, 29,0% en 35,0%). Zowel bij verblijfszorg als bij ambulante zorg wordt vaak de dominante zorgvraag en de bijkomende problematiek gewijzigd wanneer een eerdere toeleidingspoging niet tot plaatsing heeft geleid. Bij verblijfszorg wordt daarnaast ook het ZZP gewijzigd in 29% van de gevallen waarin een tweede toeleidingspoging wordt gedaan.

In het geval van klinische zorg wijzigt het beveiligingsniveau in 17,6% van de gevallen waarin meerdere toeleidingspogingen worden gedaan binnen een cluster. Hierbij gaat het ongeveer even vaak om een verhoging als om een verlaging van het beveiligingsniveau (respectievelijk 59 en 35 keer per jaar). De meest voorkomende wijzigingen zijn tussen beveiligingsniveau 2-hoog en beveiligingsniveau 3.

Opeenvolgende toeleidingspogingen met gewijzigde matchingscriteria vinden in de meeste gevallen plaats bij een andere zorgaanbieder (83,8% bij ambulante zorg, 77,3% bij verblijfszorg, 79,6% bij klinische zorg).

Tabel 7.5 Wijzigingen van matchingscriteria binnen toeleidingsclusters

Criteria gewijzigd binnen cluster	Zorgtype		
	Klinisch	Verblijfszorg	Ambulant
Minimaal een criterium gewijzigd	144 (29,0%)	453 (55,8%)	333 (35,0%)
Specificatie per criterium:			
Beveiligingsniveau	88 (17,6%)		
Zorgintensiteit	61 (12,2%)		
DBBC	0 (0%)		
Verstandelijke vermogens	11 (2,2%)		
Zeden	0 (0%)		
Arrondissement	34 (6,9%)	134 (16,5%)	80 (6,1%)
Dominante zorgvraag		170 (20,9%)	165 (17,3%)
Zzp		229 (28,3%)	
Bijkomende problematiek		230 (28,4%)	279 (29,3%)
Outreachend		64 (7,8%)	61 (6,1%)

7.3.4 Overeenkomst matchingscriteria en zorgaanbod

Om te onderzoeken in hoeverre de matchingscriteria in de toeleidingen overeenkomen met het beschikbare zorgaanbod van zorgaanbieders, zijn alle toeleidingspogingen die zijn meegenomen in de paragrafen 4.3.1-4.3.3 afgezet tegen de kenmerken van het zorgaanbod van de desbetreffende zorgaanbieders ten tijde van de toeleiding. Toeleidingen naar zorgaanbieders met een niet-passend zorgaanbod zijn een gevolg van het deselecteren van bepaalde criteria tijdens het matchingsproces. Door deselecteren kan worden toegeleid naar zorgaanbieders, ondanks dat deze op de gedeselecteerde criteria mogelijk geen passend zorgaanbod hebben.

In tabel 7.6 is weergegeven in hoeverre toeleidingen naar de verschillende zorgtypen overeenkomen met het zorgaanbod zoals dat in Ifzo is weergegeven. Met uitzondering van het criterium 'arrondissement' geldt voor ieder criterium dat meer dan 90% van toeleidingen heeft plaatsgevonden bij een zorgaanbieder met een passend zorgaanbod. Wanneer arrondissement niet wordt meegeteld, worden tussen de 86,1 – 90,3% van de toeleidingen gedaan naar zorgaanbieders met een volledig passend zorgaanbod bij de opgevoerde matchingscriteria. Een belangrijke kanttekening bij deze gegevens wordt gemaakt in paragraaf 4.3.6: respondenten van 3RO en PMO hebben aangegeven in sommige gevallen matchingscriteria zo in te vullen dat de gewenste zorgaanbieder naar voren komt – dit leidt tot een kunstmatige verhoging van het aantal toeleidingen naar zorgaanbieders met een passend zorgaanbod. Daarnaast geven plaatsers aan dat het aanbod van zorgaanbieders niet altijd goed in Ifzo geregistreerd staat, wat ertoe leidt dat matchingscriteria worden aangepast om patiënten naar zorgaanbieders toe te leiden die in de ogen van de plaatsers over een passend zorgaanbod beschikken.

Met name bij klinische forensische zorg is het in veel gevallen niet mogelijk om patiënten te plaatsen in het gewenste arrondissement. Wanneer enkel gekeken wordt naar beveiligingsniveaus 1 en 2 – beveiligingsniveaus waarbinnen eigenlijk gestreefd

wordt naar een plaatsing in de regio waar patiënten uiteindelijk zullen re-integreren – worden patiënten in slechts 56,6% van de gevallen geplaatst in een passend arrondissement. Deze bevinding komt overeen met de resultaten uit paragraaf 6.2: wat betreft klinische zorg beschikken de meeste arrondissementen over zorg die slechts tegemoetkomt aan een deel van de mogelijke combinaties van matchingscriteria. Daardoor moet ofwel worden uitgeweken naar een ander arrondissement, of een of meerdere matchingscriteria moeten worden uitgeschakeld. Daarnaast kunnen zorgaanbieders in theorie een passend zorgaanbod hebben, maar kan het zijn dat in de praktijk geen capaciteit beschikbaar is. Daardoor moet dan mogelijk alsnog worden uitgeweken naar een ander arrondissement, of moet de zorgvraag worden aangepast.

Tabel 7.6 Percentage toeleidingspogingen waarbij matchingscriteria overeenkomen met geregistreerd zorgaanbod

	Klinisch	Verblijfszorg	Ambulant
Totaal percentage correct geplaatst (percentage zonder criterium arrondissement)	73,2% (89,4%)	76,4% (86,1%)	84,8% (90,3%)
Percentage correcte plaatsing per matchingscriterium:			
Geslacht	99,3%	98,7%	99,1%
Leeftijd	99,9%	97,4%	98,1%
Arrondissement	81,0% [a]	87,7%	92,8%
Beveiligingsniveau	99,2%		
Verblijfsintensiteit	99,3%		
Verstandelijke beperking	92,7%		
DBBC-hoofdgroep	98,7%		
Zedendelinquentie	99,1%		
Zzp		98,8%	
Dominante zorgvraag		96,1%	96,0%
Bijkomende problematiek		95,4%	95,4%
Outreachend		94,8%	97,2%

a Zorginstellingen met een hoog beveiligingsniveau (3 en 4) hebben een landelijke functie. Om die reden zijn plaatsingen op beveiligingsniveau 3 en 4 in deze berekeningen automatisch correct geplaatst op het criterium 'arrondissement'. Wanneer enkel wordt gekeken naar toeleidingspogingen voor klinische forensische zorg op beveiligingsniveaus 1 en 2, komt het arrondissement dat vermeld staat in de matchingscriteria slechts in 57,3% van de toeleidingspogingen overeen met het arrondissement van de aanbieder waar de patiënt naartoe geleid wordt.

7.4 Belangrijkste bevindingen

Hieronder worden de belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk puntsgewijs samengevat. Een uitgebreidere discussie volgt in paragraaf 8.5.

- In dit hoofdstuk zijn de processen van indicatiestelling en plaatsing cijfermatig benaderd op basis van registratiedata uit Ifzo en FCS in de periode 2017 tot en met 2021. In deze periode werden jaarlijks gemiddeld 31,485 nieuwe toeleidingspogingen gestart. Het gaat hierbij gemiddeld om 6,269 toeleidingspogingen naar klinische forensische zorg, 7,010 toeleidingspogingen naar forensische verblijfszorg en 18,008 toeleidingspogingen naar ambulante forensische zorg.
- De meerderheid van de toeleidingspogingen (68%) wordt gedaan op basis van indicatiestelling van 3RO – de meeste hiervan zijn voor ambulante zorg.
- Gemiddeld genomen worden er per jaar 1281 toeleidingspogingen gedaan voor forensische beschermd wonen in directe aansluiting op klinische zorg. In deze gevallen is volgens het Bfz niet 3RO of PMO de indicerende partij, maar dient de indicatiestelling door NIFP/IFZ te worden gedaan. Uit Ifzo registraties blijkt dat in deze situaties gemiddeld slechts 51,7% van de indicatiestellingen daadwerkelijk wordt afgegeven door NIFP/IFZ; nog eens 36,5% wordt door 3RO afgegeven, 6,2% door PMO's en de overige 5,6% zijn afkomstig van DIZ-FPL. Bij de bespreking van deze resultaten binnen de klankbordgroep van het onderzoeksproject worden deze percentages niet herkend door 3RO en NIFP/IFZ. Deze partijen beschikking zelf niet over concrete cijfers. Om het verschil tussen de Ifzo registratie en de beleving van 3RO en NIFP/IFZ te verklaren is nader onderzoek nodig.
- Registraties in Ifzo suggereren dat de doorlooptijd van processen vanaf de start van het indicatiestellingstraject tot de start van de forensische zorg voor de meeste patiënten kort is – afhankelijk van het type zorg is de doorlooptijd bij een succesvolle toeleiding voor de helft van de patiënten tussen de 9 en 19 dagen. Voor andere patiënten is de doorlooptijd een stuk langer: één op de tien patiënten wacht in het geval van een succesvolle toeleiding langer dan 4 maanden op een plaatsing bij een zorgaanbieder. Dit lijkt met name samen te hangen met wachtlijsten bij zorgaanbieders. De registraties in Ifzo zijn waarschijnlijk een onderschatting van de daadwerkelijke doorlooptijden. Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat de voorbereiding voor (de aanvraag van) een indicatiestelling niet in deze doorlooptijd is meegenomen, anderzijds doordat uit de interviews blijkt dat bij het matchings- en plaatsingsproces om Ifzo heen wordt gewerkt.
- Gewerkt is met clusters van toeleidingspogingen die bestaan uit toeleidingspogingen, waarbij de datum van de start van de toeleidingspoging minder dan 30 dagen verwijderd is van de start van een andere toeleidingspoging. Ongeacht het type zorg bestaat de meerderheid van de clusters uit slechts één toeleidingspoging. Wanneer binnen een cluster meer dan één toeleidingspoging wordt gedaan, leidt dit tot een daling in het slagingspercentage van de finale toeleidingspoging. Doordat in Ifzo slechts beperkt wordt geregistreerd wat de reden van afwijzing van een patiënt is en waar een patiënt zich bevindt, is niet goed vast te stellen wat er gebeurt met patiënten bij wie een zorgtoeleidingscluster niet eindigt met registratie van een plaatsing.
- Wanneer toeleidingspogingen worden afgebroken, worden in daaropvolgende pogingen binnen hetzelfde cluster regelmatig matchingscriteria aangepast. In het geval van klinische zorg wijzigt het beveiligingsniveau in 17,6% van de gevallen waar meerdere toeleidingspogingen worden gedaan binnen een cluster. Hierbij gaat het ongeveer even vaak om een verhoging als om een verlaging van het beveiligingsniveau. De meest voorkomende wijzigingen zijn tussen beveiligingsniveau 2-hoog en beveiligingsniveau 3. Voor verblijfszorg en ambulante zorg worden met name de dominante zorgvraag en bijkomende problematiek aangepast, deze worden veelal omgedraaid. In geval van verblijfszorg wordt ook het zorgzwaartepakket in bijna 30% van de gevallen veranderd. Opeenvolgende

toeleidingspogingen met gewijzigde matchingscriteria vinden in de meerderheid van de gevallen bij een andere zorgaanbieder plaats.
- Voor ongeveer 20% van de toeleidingspogingen lijken de opgegeven matchingscriteria niet volledig overeen te komen met het geregistreerde zorgaanbod van zorgaanbieders waarnaar is toegeleid. Dit suggereert dat selectiefunctionarissen in deze gevallen matchingscriteria hebben gedeselecteerd om tot een toeleiding te komen. Met name passen de zorgaanbieders waar naar wordt toegeleid in veel gevallen niet bij het arrondissement dat in de matching is opgegeven.

8 Discussie en conclusie

8.1 Introductie

8.1.1 Algemeen

Een van de centrale doelen van de Wet forensische zorg (Wfz) is dat patiënten op de juiste plek met de juiste forensische zorg terechtkomen. Daaronder wordt verstaan dat een forensisch patiënt zorg passend bij diens stoornis ontvangt, op het vereiste beveiligingsniveau en waarbij er zo snel mogelijk met de behandeling van de justitiabele gestart kan worden (*Kamerstukken II*, 2009-2010, 32 398, nr. 3, p. 3). Het belangrijkste middel dat de Wfz biedt om dit doel na te streven is de uitvoering van de processen van indicatiestelling en plaatsing (Burger & De Kogel, 2022). Met deze systematiek van indicatiestelling en plaatsing gingen hoge verwachtingen gepaard: Zo zou de 'verkeerde bedden problematiek [worden] opgelost' en zou de geïntroduceerde uniforme werkwijze leiden tot 'een optimale match tussen zorgvraag en zorgaanbod op individueel niveau (…), gebaseerd op de gestelde indicatie' (Beleidskader plaatsing forensische zorg, 2011). In dit onderzoek is de uitvoering van de systematiek van indicatiestelling en plaatsing geëvalueerd, als onderdeel van een bredere wetsevaluatie van de Wfz.

Het huidige onderzoeksproject betreft zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve analyse. Binnen het kwalitatieve deelonderzoek zijn interviews gevoerd met professionals van verschillende ketenpartners die betrokken zijn bij de processen van indicatiestelling, matching en plaatsing binnen de forensische zorg– 3RO, NIFP-IFZ, PMO, DIZ en zorgaanbieders. In de interviews lag de focus op ervaringen van respondenten met de uitvoering van de genoemde processen en op factoren die daarbij een helpende dan wel belemmerende rol spelen. Binnen het kwantitatief deelonderzoek zijn registratiegegevens uit Ifzo en FCS geanalyseerd. Daarbij is onderzocht in hoeverre het zorgaanbod in Ifzo een adequate dekking voor de zorg- en beveiligingsvragen biedt. Daarnaast is gekeken hoe vaak en in welke gevallen geregistreerde toeleidingspogingen in Ifzo leiden tot een plaatsing op een passende plek.

In dit hoofdstuk worden allereerst enkele kanttekeningen bij de procesevaluatie besproken (paragraaf 8.1.1). Vervolgens komt de beantwoording en bredere beschouwing van de onderzoeksvragen aan bod (paragraaf 8.2-8.5). In paragraaf 8.6 doen wij op basis van dit onderzoek enkele aanbevelingen. Tot slot volgt een bredere conclusie uit het onderzoek, waarbij wordt ingegaan op de vraag hoe de huidige uitvoering van indicatiestelling en plaatsing relateert aan het overkoepelende doel van de wet forensische zorg: 'patiënt op de juiste plek' (paragraaf 8.7).

8.1.2 Kanttekeningen onderzoek

In de navolgende paragrafen worden de belangrijkste bevindingen per onderzoeksvraag nader besproken. Daarbij is het van belang om voor zowel het kwalitatief als het kwantitatief deelproject bepaalde kanttekeningen in gedachten te houden.

Het doel van het kwalitatief onderzoek is om inzicht te krijgen in ervaringen met het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Om de verscheidenheid aan ervaringen te benaderen, zijn in het huidige onderzoek meerdere professionals van iedere ketenpartner aan het woord gelaten. Het kwalitatief onderzoek betreft echter geen representatieve steekproef. Daardoor is het niet mogelijk om vast te stellen in hoeverre de ervaringen van de respondenten die in het kader van dit onderzoek zijn geïnterviewd representatief zijn voor ervaringen binnen de gehele keten.

Het huidige onderzoek betreft een procesevaluatie en niet een effectevaluatie. In het onderhavige onderzoek is de kwaliteit van individuele indicatiestellingen, in de zin van passendheid bij de zorg- en beveiligingsvraag die voortvloeit uit de problematiek van betrokkene, niet bestudeerd. Ook is de passendheid van de individuele plaatsingen niet onderzocht. Conclusies over de inhoudelijke effecten en resultaten van de uitgevoerde werkzaamheden mogen op basis van deze evaluatie niet worden getrokken. Wat wij hebben onderzocht is in hoeverre de processen die verondersteld worden te leiden tot passende indicatiestellingen en plaatsingen worden uitgevoerd zoals beoogd.

Het kwantitatief deelonderzoek is sterk afhankelijk van de kwaliteit van de registratiegegevens uit Ifzo en FCS. Met name voor data uit Ifzo zijn hier belangrijke kanttekeningen bij te plaatsen. Ten eerste bleek tijdens het onderzoeksproces dat er onvoldoende zicht is op hoe de gegevens in registratiesystemen zich verhouden tot wat ketenpartners tijdens het proces van indicatiestelling, matching en plaatsing invullen. Een deel van dit probleem wordt veroorzaakt doordat onduidelijk is in hoeverre ketenpartners de informatievelden in Ifzo op een manier invullen die door de product beheerder van Ifzo bedoeld is. Daarnaast zijn er enkele velden in Ifzo – waaronder informatie over de toepassing van overbruggingszorg en second best zorg – die weliswaar door ketenpartners in Ifzo worden ingevuld, maar die niet bij de beheerders van de Ifzo-registratiesystemen in beeld zijn en daardoor ook niet in dit onderzoek konden worden betrokken. Ten tweede wordt de betrouwbaarheid van Ifzo-gegevens negatief beïnvloed doordat veel gegevens handmatig door plaatsers moeten worden ingevuld, die ook automatisch zouden kunnen worden vastgelegd, of zouden kunnen worden geëxtraheerd uit andere informatiesystemen. Een voorbeeld hiervan is dat selectiefunctionarissen de datum dat een patiënt in zorg komt dan wel de datum dat een toeleidingspoging is afgewezen handmatig in Ifzo moeten invullen, in plaats van dat dit automatisch wordt geëxtraheerd uit FCS dan wel uit het afwijzingsbericht van de zorgaanbieder. Het feit dat plaatsers deze informatie handmatig invullen leidt tot hogere administratieve lasten en verhoogt het risico op fouten in de registratie, zoals beschreven in paragraaf 7.3.2. Deze en andere tekortkomingen van het Ifzo-systeem zijn ook benoemd door de Algemene Rekenkamer (2022). In de komende paragrafen zal verder worden ingegaan op Ifzo als ondersteunend systeem voor de indicatiestellings- en plaatsingsketen.

8.2 Worden de processen indicatiestelling, matching en plaatsing uitgevoerd zoals beoogd?

8.2.1 Doelen en uitgangspunten

De processen van indicatiestelling, matching en plaatsing in de forensische zorg, staan ten dienste van het doel 'patiënt op de juiste plek' van de Wfz (*Kamerstukken II*, 2009-2010, 32 398, nr. 3, p. 3). Het gaat er daarbij om dat een forensisch patiënt

zorg ontvangt passend bij de stoornis, op het vereiste beveiligingsniveau, en dat zo snel mogelijk met de behandeling van de justitiabele gestart kan worden (zie ook paragraaf 1.1.1). De onderliggende veronderstelling is dat deze inrichting van het indicatiestellings- en plaatsingsproces uiteindelijk bijdraagt aan een veilige re-integratie van forensische patiënten.

Concrete uitgangspunten zijn dat indicatiestelling ten eerste vraaggericht in plaats van capaciteitsgerichtheid is en ten tweede gebaseerd is op gevalideerde instrumenten. Dat leidt er naar veronderstelling toe dat de indicatiestelling passend zal zijn bij de zorg- en beveiligingsvraag die voortvloeit uit de problematiek van de betrokkene. Ook is beoogd dat de indicatiestelling en plaatsing tijdig plaatsvinden en efficiënt zijn ingericht, waarbij bureaucratie en onnodige extra kosten worden vermeden (*Kamerstukken II* 2007-2008, 29 452, nr. 76). Om dit te bewerkstelligen werd zoals in paragraaf 1.1.1 vermeld, een uniforme systematiek voor indicatiestelling en plaatsing van forensische patiënten ontwikkeld en -geïmplementeerd (*Kamerstukken II* 2006-2007, 29 452, nr. 70). Een uitgangspunt daarbij is dat de zorg- en beveiligingsvraag wordt vastgesteld door een partij die onafhankelijk is van zorginkoop of zorgverlening.

Deze procesevaluatie richt zich op het functioneren van dit systeem in de praktijk. De leidende vraag bij de evaluatie van de processen indicatiestelling, matching en plaatsing is of ze worden uitgevoerd zoals was beoogd bij de inrichting van deze processen. In het navolgende bespreken we voor de uitgangspunten 'passendheid indicatiestelling', 'tijdigheid indicatiestelling en plaatsing' en 'vraaggestuurdheid in plaats van capaciteitgestuurdheid' wat we daarover op basis van dit onderzoek kunnen zeggen.

8.2.2 Passendheid indicatiestelling

Op basis van de interviews en beschikbare documentatie is te concluderen dat NIFP/IFZ sterk heeft ingezet op borging van de passendheid van indicatiestellingen voor klinische forensische zorg. NIFP/IFZ heeft concrete stappen gezet ter bevordering van de kwaliteit en kwaliteitsborging van het indicatiestellingsproces voor klinische forensische zorg.

In de eerste plaats gebeurt dit door middel van documentatie (zie ook paragraaf 3.3). Voor aanvragers van een indicatiestelling heeft het NIFP/IFZ zoals eerder vermeld een schematische checklist ontwikkeld (Checklist Broninformatie Aanvraag NIFP/IFZ) waarin per juridische titel is aangegeven welke brondocumenten bij een aanvraag voor een indicatiestelling moeten worden meegeleverd en welke functionaris/ketenpartner daarvoor verantwoordelijk is. In het Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg (KKIFZ) dat op 1 juni 2024 in werking is gesteld, is deze informatie in een uitgebreidere vorm beschreven. Voor het proces van indicatiestelling door NIFP/IFZ is voor medewerkers van NIFP/IFZ een '*Best Practice* Indicatiestelling Forensische Zorg NIFP' opgesteld zodat alle medewerkers dezelfde informatie hebben over de deelstappen in dit proces en relevante begrippen. In de tweede plaats levert NIFP/IFZ inspanningen om met de vijf regionale diensten van NIFP/IFZ landelijk één lijn te volgen (zie ook paragraaf 4.2.2). Dit gebeurt door middel van periodieke consensusbijeenkomsten. Deze zijn er zowel op het niveau van de coördinatoren, die de informatie voor de indicatiestelling bijeenbrengen en integreren, als op het niveau van de psychiaters die de indicatiestelling controleren en fiatteren.

Respondenten van 3RO benoemen de inzet van zogeheten 'Ifzo experts' – reclasseringswerkers met meer kennis en ervaring met het werken in Ifzo. In de interviews kwam verder geen informatie naar voren over initiatieven van 3RO om bij het indicatiestellings- en plaatsingsproces dat wordt uitgevoerd door reclasseringswerkers, op kennis- en kwaliteitsborging te sturen. Het klankbordgroeplid vanuit 3RO gaf achteraf aan dat algemene deskundigheidsbevordering plaatsvindt vanuit een reclasseringsacademie (academie.reclassering.nl) en een kennisbank (kennisbank.reclassering.nl).

Het uitvoeren van het indicatiestellingsproces wordt bemoeilijkt doordat volgens respondenten regelmatig de benodigde kwalitatief goede, volledige en actuele informatie niet of niet tijdig beschikbaar is (zie ook de paragrafen 4.2.1 en 5.6.1). Het KKIFZ (2024) is ontwikkeld om het proces van indicatiestelling, inclusief de aanvraag daarvan verder te verbeteren. Belangrijk is daarbij dat deze kennis en informatie ook daadwerkelijk alle ketenpartners bereikt. Voor alle ketenpartners ligt er de opgave om in de nabije toekomst de kwaliteitsaspecten uit het KKIFZ te integreren in concrete werkprotocollen, en door middel van regelmatige bijscholing en intervisie op kwaliteitsborging toe te zien. Gezien het decentrale karakter van de uitvoering van indicatiestelling en plaatsing binnen de drie reclasseringsorganisaties en de omvang van de organisaties (elk van de meer dan 2000 reclasseringswerkers die als adviseur of toezichthouder werkzaam zijn, kan in principe indiceren en plaatsen voor forensische zorg), staat met name 3RO daarbij voor een belangrijke uitdaging om de kwaliteitsborging te garanderen, ook onder reclasseringswerkers die minder regelmatig met deze processen te maken hebben.

Een van de conclusies van een eerdere evaluatie van het indicatiestellings- en plaatsingsproces forensische zorg was dat er te weinig spelregels en kwaliteitsnormen waren vastgelegd (Broere, Crooijmans, & Gommans, 2017). Inmiddels is daar met het verschijnen van onder meer het Kwaliteitskader Forensische Zorg (2022), en zeer recent het KKIFZ (2024) verandering in gekomen. Niettemin blijken er op bepaalde punten, zoals eerder vermeld, nog steeds onduidelijkheden te spelen.

Een opvallende bevinding is verder dat er onduidelijkheid, verschil in opvattingen en geneigdheid tot voorzichtigheid bestaat wat betreft de juridische kaders en mogelijkheden om informatie te delen binnen de forensische zorg-keten (zie ook paragrafen 4.2.1 en 5.6). Een dergelijke bevinding kwam ook in eerder onderzoek naar voren (De Kogel et al., 2021). Ondanks de handreiking (Handreiking informatie-uitwisseling forensisch zorg, 2021) blijkt dit een belemmerende factor voor het indicatiestellingsproces. In paragraaf 8.3 wordt verder ingegaan op gebrekkige informatiedeling als belemmerende factor.

8.2.3 Tijdigheid indicatiestelling en plaatsing

Volgens respondenten van NIFP/IFZ lukt het als meestal om, als het dossier eenmaal volledig is, de indicatiestelling klaar te hebben binnen de termijn die bij de desbetreffende maatregel hoort (zie ook paragraaf 4.2.2). Kwantitatieve gegevens uit Ifzo bevestigen dat 75% van de indicatiestellingen voor klinische forensische zorg binnen 7 dagen na registratie in Ifzo afgerond wordt, en 95% binnen 21 dagen (zie tabel 7.2). Respondenten van NIFP/IFZ benoemen de completering van het dossier daarbij als bottleneck - als aanvullende informatie moet worden opgevraagd kan de completering langere tijd duren, bijvoorbeeld anderhalve maand. Het komt daardoor voor dat de vereiste termijn voor het voegen van de indicatiestelling in het dossier

voor de rechtbank niet gehaald wordt. Daardoor komen ook vonnissen voor waarin de rechter klinische zorg oplegt zonder onderliggende indicatiestelling. Wij beschikken niet over kwantitatieve gegevens over hoe vaak dit voorkomt. Volgens een respondent 'redelijk vaak'. Dit leidt volgens respondenten soms tot moeilijk uitvoerbare of niet passende indicaties en plaatsingen (zie ook paragraaf 4.2.6).

Bij verblijfszorg en bij ambulante zorg laten de kwantitatieve gegevens zien dat de tijd tussen het registreren in Ifzo en het completeren van de indicatiestelling, respectievelijk de tijd tussen registratie van een toeleidingspoging in Ifzo en start van die toeleidingspoging, in 75% en 90% van de gevallen nul dagen is (tabel 7.2). Voor 3RO en PMO geldt dat de voorbereiding en het dossieronderzoek voorafgaand aan het opstellen van de indicatiestelling buiten Ifzo gebeurt. Daarnaast geven respondenten van 3RO en PMO aan dat zij meestal eerst buiten Ifzo, via hun contacten met zorgaanbieders in de regio, de betrokkene matchen met een zorgaanbieder. Pas daarna registreren zij de toeleiding in Ifzo. Wij beschikken niet over kwantitatieve gegevens over hoe vaak dit voorkomt. De respondenten suggereren dat dit in ongeveer de helft van de gevallen gebeurt. Het is dus goed mogelijk dat een onbekende tijdsduur, besteed aan toeleiding naar een zorgaanbieder voorafgaand aan registratie in Ifzo, nu niet in de cijfers in paragraaf 7.2 is betrokken. Daardoor zouden de daadwerkelijke doorlooptijden hoger liggen dan in tabel 7.2 vermeld en zouden de doorlooptijden van nul dagen mogelijk (grotendeels) een registratieartefact zijn.

Bij succesvolle toeleidingspogingen is de doorlooptijd vanaf de registratie in Ifzo van het indicatiestellingstraject tot de start van de forensische zorg voor de meeste patiënten kort. Afhankelijk van het type zorg is de doorlooptijd voor de helft van de patiënten tussen de 9 en 19 dagen. Voor andere patiënten is de doorlooptijd een stuk langer: één op de tien patiënten wacht, in het geval van een succesvolle toeleiding, langer dan 4 maanden op een plaatsing bij een zorgaanbieder. Dit lijkt met name samen te hangen met wachtlijsten bij zorgaanbieders. In de interviews kwam daarnaast naar voren dat een deel van de forensische patiënten als moeilijk plaatsbaar wordt gezien, vanwege complexe problematiek en/of eerdere gewelddadige incidenten binnen zorginstellingen (zie bijvoorbeeld paragraaf 4.2.5). In dergelijke gevallen heeft DIZ-FPL veelal een rol bij de plaatsing. Een algemene beperking van de berekening van de doorlooptijden is dat geen rekening gehouden wordt met het feit dat voor sommige patiënten meerdere toeleidingspogingen nodig zijn om tot een plaatsing te komen. Ook daardoor kunnen werkelijke doorlooptijden hoger liggen dan in tabel 7.2 weergegeven.

In de interviews geven plaatsers aan dat het toeleidings- en plaatsingsproces voor het merendeel van de patiënten soepel en tijdig verloopt. Bij een kleinere groep patiënten lukt dit echter niet (zie paragraaf 8.3). Deze bevindingen worden bevestigd door de kwantitatieve gegevens, al moeten deze resultaten vanwege de beperkingen die hierboven genoemd zijn met een slag om de arm geïnterpreteerd worden.

8.2.4 Vraaggestuurd in plaats van capaciteitsgestuurd

Respondenten geven aan dat het in het grootste deel van de gevallen lukt om bij klinische forensische zorg, forensische verblijfszorg en ambulante forensische zorg een betrokkene te plaatsen op een passende plek volgens de indicatiestelling. Dit gebeurt echter niet altijd door het ingerichte proces precies te volgen zoals beoogd. Dat geldt met name voor het gebruik van Ifzo als ondersteuning voor het matchingsproces

waarbij een betrokkene op basis van de indicatiestelling wordt gekoppeld aan een geschikte zorgaanbieder.

Een conclusie die Broere en collega's in 2017 trokken, dat er 'om het systeem heen wordt gewerkt', geldt in 2024 nog steeds. Respondenten van 3RO en PMO geven aan in het matchingsproces veelal 'om Ifzo heen te werken', door rechtstreeks telefonisch met zorgaanbieders in contact te treden over mogelijkheden om patiënten te plaatsen. De matchingscriteria worden vervolgens op een manier in Ifzo ingevuld dat een patiënt naar de desbetreffende zorgaanbieder toegeleid kan worden. Ifzo wordt daarmee als administratief systeem gebruikt in plaats van als ondersteuningssysteem voor indicatiestelling, matching en plaatsing. Respondenten van 3RO en PMO beschrijven hoe zij, op basis van eerdere ervaringen en direct contact met zorgaanbieders waarbij de individuele casussen besproken worden, zicht hebben op de passendheid van zorgaanbieders. Meerdere respondenten, van 3RO maar ook van NIFP/IFZ en zorgaanbieders, zijn het erover eens dat de zogeheten 'harde' matchingscriteria in Ifzo (leeftijd, geslacht, diagnose, zorgintensiteit, beveiligingsniveau) een goed startpunt vormen. Maar direct contact tussen plaatser en potentiële zorgaanbieders wordt gezien als noodzakelijk om te komen tot een passende plek voor de betrokkene en daarbij spelen ook 'zachte criteria' zoals ervaring met gedrag van de betrokken en specifieke omstandigheden bij zorgaanbieders een belangrijke rol om te komen tot maatwerk. Respondenten van DIZ melden het ondersteuningssysteem Ifzo bij matching met een zorgaanbieder wel te benutten zoals het bedoeld is. Maar ook DIZ ziet het belang van de zachte criteria en respondenten geven aan in complexere cases ook contact op te nemen met zorgaanbieders.

Zoals hierboven beschreven kan het 'om Ifzo heen werken' het matchings- en plaatsingsproces bevorderen, doordat het plaatsers in staat stelt om regionale kennis en contacten in te zetten voor maatwerk binnen specifieke casussen, ook wat betreft 'zachte criteria'. Dit is ook het geval omdat Ifzo als ondersteuning bij matching niet goed functioneert omdat het zorgaanbod niet betrouwbaar juist in Ifzo staat (zie paragrafen 4.3 en 5.7). Hoewel de beschreven werkwijze van om Ifzo heen werken een afwijking is van het beoogde proces, lijkt deze afwijkende werkwijze nog steeds vraaggericht te zijn en in dienst te staan van het uiteindelijke doel van het indicatiestellings- en plaatsingsproces, te weten de toeleiding van de patiënt naar de juiste plek, op basis van de indicatiestelling. Er dienen zich echter ook nadelen aan.

Ten eerste draagt het matchen via direct contact met zorgaanbieders het risico in zich dat wordt afgeweken van het uitgangspunt dat de zorg- en beveiligingsvraag wordt vastgesteld door een partij die onafhankelijk is van zorginkoop of zorgverlening. Met dit uitgangspunt is beoogd de hogere doelen van rechtsgelijkheid voor patiënten en een gelijk speelveld voor zorgaanbieders te dienen. Het genoemde risico zou met name voor 3RO-SVG kunnen gelden, waarbij elk van de 9 regionale instellingen verbonden is aan een grote ggz- of verslavingszorginstelling binnen de regio. Enerzijds leidt deze verbinding volgens respondenten van SVG tot een goede samenwerking met korte lijnen en goed zicht op de (on)mogelijkheden van de zorgaanbieder in specifieke casussen – factoren die in interviews naar voren zijn gekomen als belangrijke helpende factoren in het plaatsingsproces. Anderzijds beschrijven twee respondenten van 3RO-SVG druk te (hebben) ervaren vanuit het management om betrokkenen te plaatsen bij een gelieerde zorgaanbieder (zie paragraaf 4.3.7). In 2010 was de situatie waarin de SVG direct gelieerd is aan zorgaanbieders een reden om de plaatsingsverantwoordelijkheid van de toenmalige 'niet-forensische verslavingszorg' (klinische opnamen in een zorginstelling, zonder materiële beveiliging) over te hevelen

van SVG naar NIFP, met als argumentatie dat dit in dienst van de gewenste objectiviteit van indiceren van belang zou zijn (Staatsblad 2010, nr. 875, p. 23). Hoewel dit onderzoek geen benadering biedt van de mate van inmenging van zorgaanbieders op het matchingsproces van SVG, leggen de beschrijvingen van deze twee geïnterviewde SVG-respondenten niettemin een zeker risico bloot dat naast het zorgperspectief ook economische belangen een rol kunnen spelen bij het indicatiestellings- en plaatsingsproces. Ten tweede maakt het 'om Ifzo heen werken' dat de gegevens over de processen indicatiestelling, matching en plaatsing, niet meer zo worden geregistreerd als zij in werkelijkheid plaatsvinden. Dit leidt er, naast de eerder beschreven tekortkomingen van Ifzo, toe dat op basis van de registratiegegevens uit Ifzo slechts een onvolledig inzicht kan worden verkregen in de uitvoering van de genoemde processen.

Uit de interviews is duidelijk geworden dat het op elkaar aan laten sluiten van deeltrajecten van betrokkenen een 'grote klus' is waarvoor functionarissen van verschillende ketenpartners ontzettend hard werken: 3RO, PMO, DIZ, NIFP/IFZ-NIFP, maar ook zorgaanbieders en gemeenten. Die aansluiting moet worden bewerkstelligd bij opschaling van zorg of beveiliging, bij afschaling, of anderszins bij doorstroom binnen forensische zorg en bij uitstroom als de forensische zorgtitel eindigt. Ketenpartners lopen daarbij tegen verschillende uitdagingen aan. Beperkte capaciteit en wachtlijsten voor vervolgzorg zijn sterk bepalend voor wat er mogelijk is (zie ook paragrafen 5.2 en 8.3). Dit geldt in het algemeen, maar nog sterker voor bepaalde zorg-beveiligingscombinaties. Een factor is volgens respondenten ook dat het nogal eens voorkomt dat verwacht wordt dat een betrokkene na de uitspraak van de rechter, of bij overplaatsing wegens een incident, vrijwel onmiddellijk wordt geplaatst. Ook het organiseren van de benodigde forensische zorg, bijvoorbeeld klinische zorg met opvolgend woonzorg, binnen de (beperkte) duur van het strafrechtelijk kader is volgens respondenten regelmatig een uitdaging. Noodgedwongen vragen reclasseringswerkers dan al vroeg in het klinische traject, wanneer nog niet altijd goed kan worden beoordeeld welke vervolgzorg nodig is, een indicatie voor woonzorg aan. Over de verplichting tot herindicatie bij afschaling van zorg of beveiliging wordt verschillend gedacht (zie ook paragraaf 4.2.6).

In dit onderzoek beschikken wij niet over specifieke gegevens over de mate waarin het lukt om deeltrajecten van forensische zorg voor een betrokkene op elkaar te laten aansluiten. Respondenten beschrijven dat het in een deel van de gevallen niet mogelijk is om op basis van een passende indicatiestelling ook een geschikte plek te vinden voor een betrokkene. Dat komt onder meer door capaciteitsgebrek en wachtlijsten, doordat voor bepaalde problematiek of sommige zorg-beveiligingscombinaties nauwelijks aanbod bestaat en soms ook door vonnissen met specifieke instructies die weinig ruimte laten (zie ook pararaaf 4.2.6; in paragraaf 8.3 wordt nader ingegaan op capaciteitsgebrek). In dergelijke gevallen zoeken functionarissen alternatieven zoals *second best*-zorg of overbruggingszorg, maar ook komt het voor dat de indicatie wordt aangepast aan het aanbod. Hoewel plaatsers in Ifzo dienen aan te geven of sprake is van overbruggingszorg of *second best*-zorg, is hier vanuit de registratiedata uit Ifzo geen zicht op verkregen. Om die reden is niet goed vast te stellen hoe vaak en in welke gevallen overbruggingszorg dan wel *second best*-zorg ingezet wordt.

Tot slot zijn met de inwerkingtreding van de Wet Straffen en Beschermen (2021) extra stappen toegevoegd aan het indicatiestellingsproces voor klinische zorg of verblijfszorg in de slotfase van een verblijf in detentie (art. 15:4 en 43:4 Pbw; zie ook paragraaf

3.3.3 en 4.2.4). Onder andere is als extra stap toegevoegd dat veroordeelden voor ernstige gewelds- en/of zedenmisdrijven in persoon worden gezien door de indicatiesteller – in de praktijk gebeurt dit nu door een psychiater. In totaal moeten nu 14 stappen worden doorlopen waarbij in totaal 6 verschillende procespartijen betrokken zijn om tot een plaatsing via artikel 15:4 dan wel 43:4 Pbw te komen (De Berk et al., 2021). Respondenten geven aan dat deze extra stappen ertoe leiden dat nauwelijks nog gebruik wordt gemaakt van deze artikelplaatsingen. Als verklaringen benoemen zij dat de geïntensiveerde procedure een grote werklast betekent en dat het aantal functionarissen dat moet worden betrokken als buitenproportioneel wordt beleefd. Naar de uitwerking van de genoemde extra stappen zijn al meerdere onderzoeken verricht, waaruit ook behartenswaardige aanbevelingen volgen (De Berk, Goedvolk, Jongebreur & Van der Maas, 2021; Van Eil, Jongebreur & Zoutenbier, 2023). Eerder benoemden De Berk en collega's (2021) dat er door de toevoeging van de genoemde stappen weliswaar meer zicht is op risico's, dat risico's zwaarder worden meegewogen en dat de waarborgen voor het toekennen van vrijheden zijn verbeterd, maar dat het aantal uitplaatsingen van gedetineerden met 70% is gedaald. Zij benoemden ook dat een strakkere interpretatie van wet- en regelgeving een gewenst effect kan zijn. Een keerzijde daarvan kan echter zijn dat de stappen die zijn ingebouwd ten behoeve van een veilige overdracht vanuit PI naar GGz ertoe leiden dat de overdracht zelf stagneert. Hierdoor komt men niet meer toe aan een vraaggerichte indicatiestelling en plaatsing, en dat kan zoals ook De Berk en anderen (2021) beschrijven, gevolgen hebben voor de re-integratie van gedetineerden.

8.3 Welke factoren spelen een helpende of belemmerende rol bij de uitvoering van indicatiestelling, matching en plaatsing?

In de interviews met ketenpartners zijn verschillende factoren naar voren gekomen die door respondenten als helpend of belemmerend worden ervaren bij de uitvoering van de processen indicatiestelling, matching en plaatsing.

Capaciteitsproblemen belemmeren in sterke mate de uitvoering van de systematiek van indicatiestelling en plaatsing. Voor bepaalde vormen van forensische zorg is het door lange wachtlijsten niet goed mogelijk om patiënten op de juiste plek te plaatsen. In deze gevallen moet overbruggingszorg dan wel second best zorg worden ingezet om patiënten tijdig zorg te bieden. Volgens respondenten is dit met name een probleem bij hoog beveiligde klinische zorg en verblijfszorg. Ook kunnen specifieke patiëntkenmerken – onder andere de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen, zedenproblematiek, complexe problematiek en een voorgeschiedenis met overplaatsingen - de kansen op een geslaagde plaatsing verkleinen. Daarnaast leiden een stagnerende doorstroom naar lager beveiligde zorg en een stagnerende uitstroom uit forensische zorg na afloop van het strafrechtelijk kader ertoe dat capaciteitsproblemen verder toenemen. Capaciteit is door de jaren heen sterk bepalend geweest voor de mogelijkheden van zorg binnen de forensische ggz en het 'grensverkeer' tussen de forensische ggz en de algemene ggz (zie ook De Kogel et al., 2021, paragraaf 8.2.4 en verwijzingen daarin). In de algemene ggz was er jarenlang afbouw van langdurige en complexe zorg ten gunste van ambulante voorzieningen (Significant, 2018). Dit zou ook tot extra druk op de forensische ggz leiden. De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie en Veiligheid ontwikkelen inmiddels een gemeenschappelijke werkagenda 'Aansluiting forensische zorg en reguliere zorg'. Recent heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mogelijk als een eerste stap daarin, het voornemen bekendgemaakt om een aantal

plekken te creëren voor langdurig beveiligd klinisch wonen (*Kamerstukken II* 2023-2024, 34 104 nr. 404).

Vergeleken met andere Europese landen heeft Nederland een relatief groot aantal klinische forensische zorg-bedden per 100,000 inwoners: 23,9 waarvan 11,1 tbs-bedden (Crocker et al., 2017; Tomlin et al., 2021). Dit kan uiteraard ook te maken met verschillen in rechtsstelsel en organisatie van forensische zorg. Landen hebben immers allemaal te maken met de problematiek van personen met een psychische stoornis die delicten plegen. Mogelijk worden dergelijke patiënten in sommige landen meer binnen de reguliere ggz opgevangen of wordt zorg binnen het gevangeniswezen geboden zonder dat die meetelt als klinische forensische zorg. Niettemin springt het aantal forensische bedden in Nederland eruit, in de andere onderzochte landen is dit veel lager. Dit is interessant in het licht van een internationale discussie over hoe groot de rol van het strafrecht zou moeten zijn wat betreft zorg en het 'managen' van ongewenst gedrag. Men signaleert een trend dat die in verschillende landen groeit, terwijl juristen pleiten om die zo klein mogelijk te houden omdat het strafrecht een *last resort* zou moeten zijn (Gröning, 2024).

De uitvoering van de processen indicatiestelling en plaatsing profiteert van een goede samenwerking met korte lijnen tussen ketenpartners – dit is met name zichtbaar bij regionale samenwerkingen tussen zorgaanbieders en reclasseringswerkers, maar ook tussen NIFP/IFZ en DIZ lijkt de samenwerking goed te lopen. Daar waar korte lijnen en goede samenwerking ontbreken, lijkt ook onvoldoende inzicht in en begrip voor de werkzaamheden van andere procespartijen te ontstaan. Tijdens de interviews klonken met enige regelmaat kritische geluiden over de werkzaamheden van andere ketenpartners, waarbij niet altijd leek te worden stilgestaan bij de beweegredenen van andere ketenpartners en de context waarbinnen deze moesten acteren. Verder inzetten op zowel formele overlegstructuren tussen ketenpartners, alsook op korte lijnen die het informele contact tussen individuele professionals bevorderen kan de uitvoering van de processen van indicatiestelling en plaatsing versoepelen.

Respondenten van NIFP/IFZ en DIZ geven aan dat de decentralisatie van de reclasseringsorganisaties (3RO), die juist een bron is van een goede samenwerking tussen reclasseringswerkers en zorgaanbieders in de eigen regio, een uitdaging vormt voor de onderlinge samenwerking tussen NIFP/IFZ, DIZ en 3RO. Elk van de meer dan 2000 reclasseringswerkers die als adviseur of toezichthouder werkzaam zijn, kan in principe een indicatiestelling en plaatsing voor forensische zorg verzorgen. Daarbij lijken er grote verschillen te zijn tussen reclasseringswerkers in de mate waarin zij te maken hebben met deze processen. Daardoor neemt het risico dat de processen niet correct doorlopen worden toe (zie ook de paragrafen 5.6 en 8.2.2). Tijdens de interviews viel op dat sommige regio's hebben ingezet op centralisatie van verantwoordelijkheden voor indicatiestelling plaatsing. Daarbij worden de taken indicatiestelling en plaatsing en het contact daarover met ketenpartners neergelegd bij één reclasseringswerker. Dit heeft als voordeel dat de gespecialiseerde reclasseringswerker beter op de hoogte is van de procedure die gevolgd moet worden binnen de processen van indicatiestelling en plaatsing. Dit zou ook in lijn zijn met het uitgangspunt dat bij indicatiestelling altijd collegiale afstemming of toetsing plaatsvindt, het zogeheten vier-ogenprincipe (KKIFZ, p.16). Ook kunnen gespecialiseerde reclasseringswerkers vanuit 3RO duidelijke aanspreekpartners zijn voor andere ketenpartners zoals NIFP/IFZ en DIZ.

Respondenten ervaren op meerdere punten in het indicatiestellings- en plaatsingsproces en door verschillende oorzaken gebrek aan informatie over patiënten (paragraaf 5.6). Naast respondenten van NIFP/IFZ betreft dit respondenten vanuit aanbieders van forensische verblijfszorg (paragrafen 4.2.1, 5.6 en 8.2.2). Ook ervaren respondenten onduidelijkheid of verschil van inzicht over de kaders om informatie te delen met ketenpartners (paragrafen 5.6 en 8.2. Respondenten van 3RO en PMO melden bijvoorbeeld dat niet altijd duidelijk is welke informatie zorgaanbieders nodig hebben. Zoals eerder vermeld hebben NIFP/IFZ en DIZ reeds een checklist en cursussen ontwikkeld om andere ketenpartners te helpen bij aanvraag van een indicatiestelling de juiste informatie aan te leveren (zie paragraaf 5.6). Om de informatieoverdracht tijdens het aanmeldingsproces voor plaatsing te verbeteren wordt in opdracht van het EFP op dit moment een implementatieonderzoek uitgevoerd. Daarbij worden concrete checklists en een interviewprotocol toegepast binnen het aanmeldingsproces. Dit zou ertoe moeten leiden dat zorgaanbieders van instellingen voor forensisch beschermd wonen tijdig de benodigde informatie ontvangen (EFP-call 2023-172). De assumptie is dat een dergelijke checklist een meerwaarde heeft door meer duidelijkheid te bieden voor informatieoverdracht tussen plaatsers en zorgaanbieders. Dat is in lijn met het principe dat de indicatiestelling een heldere beschrijving moet omvatten die duidelijk maakt aan de ontvangende partij welke forensische zorg nodig is (KKIFZ, p. 13).

Het ervaren van onduidelijkheid wat betreft het delen van informatie binnen de keten lijkt een hardnekkig punt. Een belangrijke reden voor sommigen om dergelijke informatie nu niet (volledig) te delen, is volgens respondenten vrees voor verval van beroepsethiek en de eventuele tuchtrechtelijke consequenties van doorbreking van het beroepsgeheim zonder wettelijke grondslag. De huidige Handreiking informatie-uitwisseling forensisch zorg (2021) van het ministerie van Justitie en Veiligheid biedt nog niet voldoende duidelijkheid, bereikt nog niet voldoende alle ketenpartners, en neemt niet alle twijfels weg over de wettelijke grondslag voor het delen van informatie door zorgaanbieders. Vanwege het cruciale belang van een geïnformeerde indicatiestelling voor het uiteindelijke doel om patiënten op een passende plek te plaatsen, is het nodig de onduidelijkheden en eventuele hiaten op te lossen.

Naast de bestaande capaciteitsproblemen is het werken met Ifzo een van de meest genoemde belemmerende factoren. Respondenten beschrijven Ifzo als een traag systeem dat veel administratieve lasten meebrengt en de processen van indicatiestelling en plaatsing onvoldoende ondersteunt. Een belangrijk punt van kritiek dat door verschillende respondenten wordt geopperd is dat het aanbod van zorgaanbieders regelmatig niet correct in Ifzo staat (paragraaf 4.3.7). In ons kwantitatieve onderzoek is daarnaast gebleken dat enkele aanbieders van klinische en verblijfszorg geheel onvindbaar zijn in Ifzo, als gevolg van onvolledige registraties van het zorgaanbod (paragraaf 6.4). Andere aanbieders zijn enkel vindbaar wanneer specifieke criteria tijdens het matchingsproces zijn uitgeschakeld. Een correcte registratie van het zorgaanbod is een voorwaarde voor de uitvoering van de huidige matchingssystematiek in Ifzo.

Zoals in paragraaf 5.7.3 besproken stelt een respondent van 3RO voor het in Ifzo mogelijk te maken om patiënten direct aan te melden bij zorgaanbieders, zonder de matchingsprocedure te doorlopen. Enerzijds staat dit voorstel haaks op het uitgangspunt dat zorgtoeleiding niet op basis van ons-kent-ons dient te gebeuren maar op basis van een objectieve vaststelling van een overeenkomst tussen zorgvraag en zorgaanbod. Anderzijds is het de vraag in hoeverre op dit moment aan het

laatstgenoemde uitgangspunt wordt voldaan, nu plaatsfunctionarissen – deels noodgedwongen, omdat het zorgaanbod in Ifzo niet altijd correct is geregistreerd – matchingscriteria op zo'n manier invullen dat ze bij de gewenste zorgaanbieder uitkomen.

In paragraaf 5.7.3 is besproken dat respondenten het als een gemis ervaren dat Ifzo niet werkt als een patiëntvolgsysteem. Dit punt wordt al langere tijd en in breder verband onderkend. In een reactie op het kritische rapport 'In de zorg, uit het zicht' (Algemene Rekenkamer, 2022) heeft de minister voor Rechtsbescherming aangegeven dat Ifzo 2.0, dat in 2024 of 2025 in werking zou moeten treden, uitgerust zou moeten worden met een patiëntvolgsysteem (*Kamerstukken II,* 2021-2022, 33 628, nr. 90). In de laatste nieuwsbrief van het Programma Bestuurlijke Agenda Forensische Zorg, waarvan de vernieuwing van Ifzo deel uitmaakte, wordt beschreven dat de voorgenomen veranderingen in Ifzo niet zijn uitgevoerd. In de nieuwsbrief wordt beschreven dat nu eerst een 'ketenbusiness-analyse' wordt uitgevoerd om te bepalen welke processen de forensische zorgketen omvat en hoe die werkzaamheden door software ondersteund dienen te worden. De bevindingen van het onderhavige onderzoek bevestigen dat vanwege het belang van ondersteuning voor het goed functioneren van de gehele forensische zorgketen de vernieuwing dan wel vervanging van Ifzo een hoge prioriteit zou moeten krijgen.

8.4 Biedt het forensisch zorgaanbod een adequate dekking voor de zorg- en beveiligingsvragen?

Voldoende forensisch zorgaanbod passend bij de zorgvraag en beveiligingsbehoefte van betrokkenen is een belangrijke voorwaarde voor de werking van niet alleen de systematiek van indicatiestelling en plaatsing, maar ook van het hele forensische zorgsysteem. Dat wordt gereflecteerd in de doelen van de Wfz: het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit en 'patiënt op de juiste plek'.

De vraag in hoeverre het forensisch zorgaanbod een adequate dekking biedt voor de bestaande zorg- en beveiligingsvragen is om twee redenen slechts zeer beperkt te beantwoorden op basis van de beschikbare data. Ten eerste bieden de registratiegegevens in Ifzo enkel informatie over de breedte van het zorgaanbodspectrum van specifieke forensische vestigingen. Daarbij is geen informatie beschikbaar over hoe groot de capaciteit van zorgaanbieders is, hoe lang de wachtlijsten zijn of hoe groot de gemiddelde forensische instroom voor iedere vestiging is. Daardoor kan enkel gekeken worden hoeveel vestigingen een aanbod geregistreerd hebben dat overeenkomt met een bepaalde zorgvraag. De vraag hoe groot de waarschijnlijkheid is dat deze vestigingen op een gegeven moment ook daadwerkelijk capaciteit hebben om een patiënt met een bepaalde zorgvraag op te nemen, blijft daarbij onbeantwoord. Ten tweede komt in de interviews herhaaldelijk naar voren dat het zorgaanbod in Ifzo in sommige gevallen verkeerd is geregistreerd. Daardoor is het onduidelijk in hoeverre Ifzo een adequate weergave biedt van het daadwerkelijke forensische zorgaanbod in Nederland. Niettemin bieden zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve deelonderzoek waardevolle inzichten in (ervaren) gebreken in het zorgaanbod. Deze worden hieronder nader besproken.

De resultaten uit hoofdstuk 7 geven indirect de indruk dat de forensische zorgcapaciteit niet op orde is. Zo geldt voor een op de tien patiënten dat de doorlooptijd vanaf de start van de indicatiestelling tot de daadwerkelijke plaatsing

langer dan 4 maanden duurt (zie paragraaf 7.2.3). Daarnaast blijkt uit registratiegegevens dat plaatsers, nadat een toeleidingspoging in Ifzo wordt afgewezen, afhankelijk van het type forensische zorg in 29,0 - 55,8% van de gevallen de matchingscriteria voor daaropvolgende toeleidingspogingen wijzigen (zie paragraaf 7.3.3). Helaas wordt niet in Ifzo bijgehouden waarom deze mutaties in de matchingscriteria worden gedaan, maar zeer waarschijnlijk hangt dit ten minste gedeeltelijk samen met een beperkt zorgaanbod.

In hoofdstuk 6 is het geregistreerde zorgaanbod in 2023 gerelateerd aan concrete toeleidingspogingen uit de periode 2017 tot en met 2021, als benadering om de dekkingsgraad van het forensisch zorgaanbod te beschrijven. Hierbij valt op dat de dekkingsgraad van het forensisch zorgaanbod voor verblijfszorg en ambulante begeleiding dan wel behandeling beduidend hoger ligt dan die van de klinische zorg. Dit verschil is aan twee aspecten toe te schrijven: ten eerste worden in het matchingsproces voor klinische zorg meer matchingscriteria betrokken, waardoor het aantal mogelijke combinaties van matchingscriteria dat door zorgaanbieders gedekt zou moeten worden beduidend hoger ligt. Ten tweede is het daadwerkelijke aantal vestigingen voor klinische zorg lager dan voor andere zorgtypen. Hierbij is het van belang om nogmaals te benadrukken dat een hoger aantal matchende zorgaanbieders niet per definitie een teken is van een groter zorgaanbod. Doordat in Ifzo niet wordt bijgehouden over hoeveel (beschikbare) forensische bedden een vestiging beschikt, kan niet worden gedifferentieerd tussen grotere en kleine vestigingen en kan dus ook niets gezegd worden over de absolute grootte van het zorgaanbod in een arrondissement. Toch laten de resultaten uit het kwantitatief deelonderzoek zien dat een van de uitgangspunten bij het doel patiënt op de juiste plek, om patiënten zorg te bieden in de regio waar zij uiteindelijk zullen re-integreren, in veel gevallen voor klinische zorg bij voorbaat niet gehaald kan worden, doordat niet ieder arrondissement voor veelvoorkomende zorgvragen een zorgaanbod heeft.

De bevinding dat de dekkingsgraad van klinische zorg onvoldoende is om aan het uitgangspunt te voldoen dat patiënten worden geplaatst in de regio waar zij zullen re-integreren wordt ondersteund door gegevens van toeleidingspogingen in Hoofdstuk 7. Wanneer enkel gekeken wordt naar beveiligingsniveaus 1 en 2 – beveiligingsniveaus waarbinnen eigenlijk gestreefd wordt naar een plaatsing in de regio waar patiënten uiteindelijk zullen re-integreren – worden patiënten in slechts 56,6% van de gevallen geplaatst in een passend arrondissement. Ook in geval van verblijfszorg en ambulante zorg worden patiënten in respectievelijk 12,3% en 7,2% van de gevallen in een ander arrondissement geplaatst dan het arrondissement dat in de matchingscriteria is opgegeven.

In de interviews benoemen respondenten met name capaciteitsproblemen en lange wachtenlijsten voor hoog beveiligde klinische zorg en verblijfszorg. Daarnaast kunnen ook specifieke patiëntkenmerken – onder andere de aanwezigheid van lichamelijke beperkingen, zedenproblematiek, complexe problematiek en een voorgeschiedenis van overplaatsingen vanwege incidenten – in hun ervaring belemmerend zijn voor de kansen op een geslaagde plaatsing.

In de planevaluatie van de Wet forensische zorg (Burger & De Kogel, 2022) is gesteld dat de toenmalige inkoopsystematiek geen positieve bijdrage leverde aan het behalen van een van de doelen van de Wfz, te weten het creëren van 'voldoende forensische zorgcapaciteit'. Met ingang van 2024 is een landschapsgerichte inkoopsystematiek van

kracht, met de intentie dat de Minister daardoor meer grip krijgt op de forensische zorgcapaciteit. Hierbij spelen echter twee belangrijke tekortkomingen.

Ten eerste lijkt het ministerie van Justitie en Veiligheid, zoals ook in het rapport van de Algemene Rekenkamer (2022) is beschreven, onvoldoende zicht te hebben op waar de hiaten in het forensisch zorgaanbod liggen. Ifzo zou eigenlijk de meest geëigende bron zijn om hier cijfermatig inzicht in te krijgen, maar vanwege de tekortkomingen van Ifzo die we aan het begin van deze paragraaf al hebben benoemd, en omdat gebruikers van Ifzo om het systeem heen werken, kunnen gegevens uit deze bron slechts in geringe mate gebruikt worden om een zicht te creëren op de dekkingsgraad van het forensisch zorglandschap ten opzichte van de zorg- en beveiligingsvraag. Ten tweede ligt ook binnen het landschapsgerichte inkoopmodel het financiële risico voor het uitbreiden van het aanbod uitsluitend bij de zorgaanbieder. Doordat bedden niet vooraf worden ingekocht door het ministerie van Justitie en Veiligheid, loopt een zorgaanbieder het risico dat een uitbreiding van het zorgaanbod ertoe leidt dat niet alle bedden worden bezet, waardoor de zorgaanbieder inkomsten verliest. Door een zuiver gebruik van het Ifzo systeem en door sterkere prognostische cijfers op basis van indicatiestellingsdata zou dit risico deels kunnen worden weggenomen – hiervoor is het van belang dat er een patiëntvolgsysteem komt dat Ifzo vervangt, en dat er in de tussentijd wordt gekeken hoe dergelijke informatie ook beter uit Ifzo en FCS kan worden geëxtraheerd.

8.5 Hoe vaak en in welke gevallen kan een patiënt wel of niet geplaatst worden op een plek die correspondeert met de zorg- en beveiligingsbehoeften die zijn vastgelegd in de indicatiestelling?

De beantwoording van de vraag in hoeverre patiënten worden geplaatst op een plek die correspondeert met de indicatiestelling wordt bemoeilijkt doordat in de Ifzo-database gegevens worden opgeslagen op het niveau van toeleidingspogingen, en niet op het niveau van indicatiestellingen. Wanneer bij twee opeenvolgende toeleidingspogingen sprake is van verschillende matchingscriteria, is het op basis van de voor ons beschikbare registratiedata niet mogelijk om te achterhalen of hier een nieuwe indicatiestelling aan ten grondslag ligt, of dat matchingscriteria simpelweg zijn aangepast om de plaatsing te faciliteren. In hoofdstuk 7 is een poging gedaan om op basis van gegevens uit toeleidingspogingen toch een antwoord op deze onderzoeksvraag te benaderen.

In de periode 2017 tot en met 2021 werden jaarlijks gemiddeld 31,485 nieuwe toeleidingspogingen gestart. Het gaat hierbij gemiddeld per jaar om 6,269 toeleidingspogingen naar klinische zorg, 7,010 toeleidingspogingen naar verblijfszorg en 18,008 toeleidingspogingen naar ambulante zorg.

In paragraaf 7.3.1 is gekeken naar hoe vaak en in welke gevallen herhaalde toeleidingspogingen benodigd zijn om een persoon te plaatsen. Uiteindelijk leiden voor respectievelijk klinische, verblijfs- en ambulante zorg gemiddeld 78,2%, 51,8%, 76,1% van de clusters van toeleidingspogingen tot een plaatsing binnen het corresponderende zorgtype. In veel gevallen waarin toeleidingspogingen voor een bepaald zorgtype onsuccesvol zijn, wordt de desbetreffende persoon alsnog succesvol naar een ander zorgtype toegeleid. Uiteindelijk vindt binnen 75,1% van alle clusters van toeleidingspogingen een geslaagde plaatsing in forensische zorg plaats.

Bij de clusters die uiteindelijk niet leiden tot een plaatsing is het op basis van de informatie uit Ifzo en FCS niet goed mogelijk te achterhalen wat er met de patiënten gebeurt. In de interviews zijn verschillende verklaringen naar voren gekomen waarom een toeleidingspoging uiteindelijk niet tot geslaagde plaatsingen leidt (paragraaf 4.3.6). Zo kan het zijn dat er nog maar weinig tijd is tussen de datum van de toeleidingspoging en de einddatum van de strafrechtelijke titel, dat een plaatsing in verband met een terugval in klachten of recidive toch geen doorgang vindt, of dat een patiënt op basis van een ander zorgkader zorg ontvangt (bijvoorbeeld op basis van Wlz). Uit de koppeling tussen Ifzo en FCS blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen deze patiënten reeds forensische zorg ontvingen – mogelijk bleven deze patiënten langer op hun huidige vestiging. Bij patiënten die niet in forensische zorg waren is het mogelijk dat zij in verband met het overtreden van voorwaarden werden teruggestuurd naar de penitentiaire inrichting. Voor een deel van de patiënten zal mogelijkerwijs gelden dat zij zonder zorg kwamen te zitten. Dit nader onderzoeken valt helaas buiten de scope van het huidige onderzoek, maar het zal in de Monitor forensische zorg van het WODC wel aandacht krijgen (eerste rapportage verwacht in de loop van 2025).

Wanneer meer dan twee toeleidingspogingen korte tijd na elkaar worden gedaan, waarbij de eerste toeleidingspoging niet tot een plaatsing heeft geleid, verandert er regelmatig iets aan de inhoud van de matchingscriteria bij de tweede toeleidingspoging. Hoe vaak dit gebeurt verschilt per type zorg – in geval van klinische zorg gebeurt dit slechts in ongeveer 29,0% van de gevallen, in geval van ambulante zorg in 35,0% en bij verblijfszorg zelfs in 55,8% van de situaties. In de meeste gevallen worden matchingscriteria gewijzigd die niet kunnen worden 'uitgevinkt' in het matchingsproces, zoals het beveiligingsniveau en de zorgintensiteit voor klinische zorg en het zorgzwaartepakket voor verblijfszorg. Bij verblijfszorg en ambulante zorg wordt ook in veel gevallen de dominante zorgvraag en de bijkomende problematiek gewijzigd. Helaas kan uit de Ifzo-registraties niet worden opgemaakt in hoeverre het hier gaat om overbruggingszorg dan wel *second best*-zorg, of dat er andere inhoudelijke redenen waren om de matchingscriteria tussen opeenvolgende toeleidingspogingen aan te passen.

Verder is gekeken hoe goed de zorgaanbieder waar naartoe geleid wordt, daadwerkelijk past bij de zorg- en beveiligingsbehoeften van de patiënt zoals die in het matchingsproces zijn weergegeven. In de vorige paragraaf is met betrekking hiertoe al gezegd dat er, met name bij klinische zorg, in veel gevallen niet wordt toegeleid naar een zorgaanbieder in de regio waar een patiënt eigenlijk zou moeten re-integreren. Wanneer het criterium 'regio' niet wordt meegenomen, worden patiënten in het overgrote merendeel van de situaties geplaatst bij zorgaanbieders die volledig passen bij de matchingscriteria die in de toeleiding zijn gespecificeerd (voor klinische, verblijfs- en ambulante zorg gaat het respectievelijk om 89,4%, 86,1% en 90,3%). Hierbij dient echter in acht te worden genomen dat meerdere respondenten van 3RO en PMO hebben aangegeven regelmatig eerst informeel contact op te nemen met een zorgaanbieder met betrekking tot een specifieke patiënt, om vervolgens in geval van een akkoord de matchingscriteria aan te passen op het geregistreerde zorgaanbod van de desbetreffende zorgaanbieder. Dit suggereert dat de percentages van toeleidingspogingen waarbij de matchingscriteria corresponderen met het zorgaanbod van de zorgaanbieder voor verblijfszorg en ambulante zorg kunstmatig worden verhoogd.

Zoals beschreven aan het begin van deze paragraaf bieden de bovenstaande beschrijvingen slechts een beperkte benadering van de beantwoording van de initiële onderzoeksvraag. Ifzo-registraties bieden onvoldoende informatie over de besluitvorming en overwegingen bij het indicatiestellings-, matchings- en plaatsingsproces. De voor ons beschikbare gegevens uit Ifzo vermelden niet waarom matchingscriteria in opeenvolgende toeleidingspogingen worden aangepast, waarom bepaalde criteria uitgevinkt worden tijdens het matchingsproces, wat de specifieke reden is waarom toeleidingspogingen worden afgekeurd en wat er gebeurt met patiënten waar clusters van toeleidingspogingen niet leiden tot een plaatsing. Doordat Ifzo geen antwoord geeft op deze vragen, kan op basis van registratiegegevens ook onvoldoende worden geconcludeerd in hoeverre patiënten wel of niet op de juiste plek terechtkomen.

8.6 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit het onderhavige onderzoek komt een zestal aanbevelingen naar voren.

Aanbeveling 1: Creëer een nieuw IT-systeem ter vervanging van Ifzo.

Ketenpartners zijn overwegend negatief over het gebruik van Ifzo als ondersteuningssysteem voor indicatiestelling, matching en plaatsing. Zij beschrijven Ifzo als een traag systeem dat veel administratieve belasting veroorzaakt. Daarbij voldoet Ifzo niet als ondersteuningssysteem voor het matchingsproces, onder meer omdat het zorgaanbod niet volledig en niet voldoende betrouwbaar in Ifzo staat en omdat de 'harde' matchingscriteria onvoldoende informatie geven voor maatwerk. Een vernieuwd IT-systeem als vervanging voor Ifzo zou beter moeten aansluiten op de kennis, ervaring en werkwijzen van indicatiestellers en plaatsers. Het zou bijvoorbeeld flexibeler moeten zijn wat betreft manieren waarop plaatsingsfunctionarissen patiënten naar zorgaanbieders kunnen toeleiden. Daarnaast zou het de samenwerking binnen de keten en het onderlinge contact tussen individuele professionals moeten ondersteunen en bevorderen. Totdat dit nieuwe IT-systeem is ontwikkeld, is het van belang dat er beter op wordt toegezien dat het geregistreerde zorgaanbod in Ifzo overeenkomt met de praktijk – hier ligt een taak voor zowel zorgaanbieders alsook voor accountmanagers van DJI.

Aanbeveling 2: Verbeter het zicht op het zorgaanbod, de zorgbehoefte, het indicatiestellings-, matchings- en plaatsingsproces en de trajecten van forensische patiënten.

Ook op het punt van het leveren van informatie die zicht geeft op de zorgvraag, de trajecten en het verblijf van forensische patiënten schiet het huidige Ifzo tekort. Uit het kwantitatief deelonderzoek komt duidelijk naar voren dat Ifzo op dit moment onvoldoende zicht biedt op belangrijke aspecten van het indicatiestellings- en plaatsingsproces, waaronder de toepassing van overbruggingszorg en *second best*-zorg. Het inzicht dat Ifzo biedt in het beschikbare forensische zorgaanbod - wat met name van belang is voor een ander doel van de Wfz, het creëren van voldoende forensisch zorgaanbod -, is ook zeer beperkt. Dat komt doordat geen informatie beschikbaar is over de aantallen (beschikbare) bedden en de lengte van de wachtlijsten van zorgaanbieders, maar ook doordat uit interviews blijkt dat in sommige gevallen matchingscriteria in Ifzo worden aangepast om plaatsing te faciliteren.

Gedeeltelijk is dit een consequentie van het feit dat onder de huidige aanbestedingssystematiek geen bedden worden ingekocht, waardoor bedden niet enkel voor forensische zorg beschikbaar zijn maar ook gebruikt worden om zorg te verlenen binnen andere financieringsstelsels. Niettemin zal de inrichting van een IT-systeem zoals onder aanbeveling 1 wordt voorgesteld – met name wanneer dit IT-systeem ook als patiënten volgsysteem zal fungeren - het zicht op de gemiddelde bezetting van de forensische zorgsector merkbaar verbeteren. Een voorwaarde voor het opleveren van meer zicht op de genoemde aspecten door een dergelijk systeem is dat professionals er niet meer 'omheen werken'.

Aanbeveling 3: Zet nadrukkelijk in op het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit op basis van gesignaleerde tekorten.

Naast 'patiënt op de juiste plek' is ook 'voldoende forensische zorgcapaciteit' een van de doelen van de Wfz. Voldoende forensische zorgcapaciteit is een belangrijke voorwaarde voor de plaatsing van patiënten op de juiste plek – zonder beschikbare capaciteit kan een patiënt immers ook niet naar een passende plek worden toegeleid. Waar Ifzo slechts zeer beperkt zicht biedt op de tekorten binnen de forensische zorg, is uit onderhavig onderzoek gebleken dat ketenpartners op basis van hun praktijkervaring goed zicht menen te hebben op de meest prangende tekorten in het zorgaanbod. Het is van belang voor het functioneren van de indicatiestellings- en plaatsingssystematiek dat gericht wordt gehandeld om de capaciteitstekorten aan te pakken. Hierbij dient samen met zorgaanbieders gekeken te worden naar manieren waarop het financieel risico van het uitbreiden van het zorgaanbod in deze gevallen kan worden gereduceerd. Het nieuwe IT-systeem, voorgesteld in aanbevelingen 1 en 2, zou hier op den duur een belangrijke rol in kunnen spelen, doordat concrete prognostische cijfers op basis van indicatiestellingsdata dit risico deels zouden kunnen wegnemen.

Aanbeveling 4: Heroverweeg de noodzaak tot een onafhankelijke herindicatiestelling bij afschaling van het zorg- en beveiligingsniveau.

De noodzaak tot een onafhankelijke herindicatie bij afschaling van het beveiligingsniveau is een punt waar respondenten verschillend over denken. De onafhankelijke bepaling van de zorgvraag en het benodigde beveiligingsniveau ligt aan de basis van de systematiek van indicatiestelling en plaatsing. Tegelijkertijd brengt de noodzaak tot het aanvragen van een onafhankelijke indicatiestelling voor iedere afschaling veel administratieve lasten met zich mee. Ook moet de principiële vraag gesteld worden welk doel de onafhankelijke herindicatie dient, met name wanneer de zichtbaarheid van patiënten in de forensische zorgketen naar aanleiding van aanbevelingen 1 en 2 is verbeterd. Wanneer een betrokkene in forensische zorg in behandeling is, hebben de behandelaars van die instelling immers meer inzicht in de huidige toestand van de betrokkene dan een indicatiesteller die een beeld moet vormen op basis van brondocumenten. De huidige situatie, waar de regel bestaat dat bij een gelijke postcode van de vervolginstelling geen herindicatie nodig is, leidt tot een verschil in de bejegening tussen zorgaanbieders. Onderzocht zou moeten worden of er kaders opgesteld kunnen worden voor situaties waarin een onafhankelijke herindicatie bij afschaling achterwege zou kunnen blijven. Bijvoorbeeld in geval van specifieke strafrechtelijke titels, voor zorgaanbieders die kunnen aantonen secuur met een dergelijke verantwoordelijkheid om te gaan, of – zoals de intentie was van het programma trajectindicaties forensische zorg - door in de initiële indicatiestelling

kaders voor verdere trajecten vast te leggen die zonder formele herindicatie kunnen worden gevolgd.

Aanbeveling 5: Verduidelijk de wettelijke grondslag voor het delen van informatie binnen de keten.

Het ervaren van onduidelijkheid wat betreft het delen van informatie binnen de keten lijkt een hardnekkig punt. Een belangrijke reden voor sommigen om dergelijke informatie nu niet (volledig) te delen, is volgens respondenten vrees voor verval van beroepsethiek en de eventuele tuchtrechtelijke consequenties van doorbreking van het beroepsgeheim zonder wettelijke grondslag. De huidige Handreiking informatie-uitwisseling forensisch zorg (2021) van het ministerie van Justitie en Veiligheid biedt nog niet voldoende duidelijkheid, bereikt nog niet voldoende alle ketenpartners, en neemt niet alle twijfels weg over de wettelijke grondslag voor het delen van informatie voor zorgaanbieders. Gezien het centrale belang van een geïnformeerde indicatiestelling voor het uiteindelijke doel om patiënten op de juiste plek te krijgen, is het belangrijk de onduidelijkheden en eventuele hiaten op te lossen. Het ministerie van Justitie en Veiligheid zou daarbij in contact moeten treden met (beroepsverenigingen van) zorgaanbieders, indicatiestellers en het Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg om mogelijke hiaten in de huidige wettelijke grondslag voor het delen van gegevens over patiënten zoveel mogelijk weg te nemen.

Aanbeveling 6: Investeer in kwaliteitsbevordering en -borging.

Het Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische zorg (KKIFZ) is ontwikkeld om het proces van indicatiestelling, inclusief de aanvraag daarvan, verder te verbeteren. Voor alle ketenpartners ligt er de opgave om in de nabije toekomst de kwaliteitsaspecten uit het KKIFZ te concretiseren tot *best practice*-richtlijnen. Op den duur zouden deze richtlijnen met de invoering van een nieuw IT-systeem moeten worden bijgewerkt om de veranderde werkwijze te integreren met bestaande protocollen. Belangrijk is daarbij dat deze kennis en informatie ook daadwerkelijk alle praktijkfunctionarissen bereikt, en dat door middel van regelmatige bijscholing en intervisie op kwaliteitsborging wordt toegezien. Met name de drie reclasseringsorganisaties, die met afstand de meeste indicatiestellingen en toeleidingspogingen voor forensische zorg doen, staan hierbij voor een grote uitdaging. De processen van indicatiestelling en plaatsing worden decentraal uitgevoerd door meer dan 2000 adviseurs en toezichthouders. Om de kwaliteit van indicatiestelling en plaatsing te borgen is het van belang dat alle professionals die een rol spelen in de processen van indicatiestelling en plaatsing – ook wanneer zij hier niet regelmatig mee te maken krijgen – voldoende geschoold zijn en op de hoogte blijven van *best practice*-werkwijzen.

8.7 Patiënt op de juiste plek

De interviews met functionarissen in de praktijk schetsen een duidelijk beeld: alle verschillende partijen binnen de keten werken gedreven en vol overtuiging aan het bewerkstelligen van het uiteindelijke doel om patiënten met de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Daarbij wordt met enige regelmaat afgeweken van de processen voor indicatiestelling en plaatsing zoals bedoeld in de Wfz. Hierdoor is op basis van de registratiecijfers niet vast te stellen in hoeverre de patiënten daadwerkelijk op de juiste plek met de juiste zorg terecht komen. De professionals handelen naar het doel van de zorg maar lopen hierbij tegen verschillende obstakels aan, met name waar het

gaat om een IT-systeem dat soms eerder tegen werkt dan ondersteunt en een aanhoudend tekort aan passende zorgcapaciteit. Met name door deze laatste factor lijkt het in de praktijk soms niet te gaan om 'de juiste plek' maar om de in de ogen van de professional 'beste beschikbare plek'.

In de interviews gaven respondenten aan in sommige situaties af te wijken van de beoogde processen van indicatiestelling en plaatsing. Respondenten van PMO en 3RO geven aan buiten Ifzo om te werken, waarbij een zorgaanbieder direct wordt benaderd met betrekking tot een specifieke casus en de indicatiestelling en matchingsprocedure vervolgens op zo'n manier wordt vormgegeven dat naar de betreffende zorgaanbieder kan worden toegeleid. De belangrijkste redenen die hiervoor worden gegeven zijn enerzijds dat de plaatser al een beeld heeft welke zorgaanbieder passend zou zijn, waarbij direct contact over een casus het aanmeldingsproces en maatwerk kan faciliteren, anderzijds de traagheid van het Ifzo-systeem en dat het zorgaanbod niet altijd betrouwbaar in Ifzo is weergegeven. Daarnaast geven respondenten van alle plaatsende partijen aan in sommige situaties de zorgvraag te moeten aanpassen aan de hand van de beschikbare capaciteit. Uiteindelijk gaat het hierbij om deviaties van de beoogde processen die worden veroorzaakt door uitdagingen binnen de forensische zorgketen – de omgang met Ifzo en capaciteitstekorten binnen sommige sectoren van de forensische zorg – en die worden toegepast om patiënten ondanks de bestaande uitdagingen toch op een zo passend mogelijke plek te kunnen plaatsen.

Analyses op basis van gegevens uit de registratiesystemen Ifzo en FCS laten zien dat, met name voor klinische zorg, onvoldoende kan worden voldaan aan het uitgangspunt om patiënten forensische zorg te bieden in de regio waar zij uiteindelijk ook zullen re-integreren. De doorlooptijden van het indicatiestellings- en plaatsingsproces lijken op basis van Ifzo-data voor het merendeel van de patiënten erg kort (de helft van de patiënten wordt geplaatst binnen 1 tot 3 weken), hoewel deze doorlooptijden waarschijnlijk worden onderschat vanwege acties van onbekende duur die worden uitgevoerd voorafgaand aan de eerste registraties in Ifzo. Niettemin zien we dat de doorlooptijd voor een ander deel van de patiënten sterk oploopt (één op de tien patiënten wacht langer dan 4 maanden op een plaatsing). Toeleidingspogingen lijken regelmatig niet tot een geschikte plaatsing te leiden, al kan uit de beschikbare gegevens niet worden opgemaakt waar dit precies aan ligt en wat er vervolgens met deze patiënten gebeurt of wat het effect daarvan is op de betrokkenen. Gezien de tekortkomingen van het huidige Ifzo-systeem en de manier waarop dit door ketenpartners in de praktijk wordt gebruikt is het niet goed mogelijk om op basis van registratiegegevens harde conclusies te verbinden aan de vraag hoe vaak patiënten wel of niet op de juiste plek met de juiste forensische zorg terechtkomen. Daardoor blijft ook onduidelijk welke impact de systematiek van indicatiestelling en plaatsing heeft op het uiteindelijke doel van de forensische zorg, te weten het herstel van de forensische patiënt en de vermindering van de kans op recidive ten behoeve van de veiligheid van de samenleving. Om beter zicht te krijgen op het doel om patiënten op de juiste plek te plaatsen is het van groot belang dat geïnvesteerd wordt in een solide IT-systeem dat patiënten binnen de forensische zorg kan volgen en beter aansluit bij de wensen en behoeften van professionals in de praktijk.

Summary

Process evaluation of 'Patient in the right place' in forensic healthcare

Qualitative and quantitative research on the assessment and placement in forensic healthcare in the Netherlands

Background

Prior to the reorganization of the Dutch forensic care system in 2008, which was ultimately codified in the Forensic Care Act (*Wet forensische zorg*, hereinafter Wfz), there was a lack of standardization in the way patients were led to forensic healthcare. Direct connections between professionals were one of the main determinants of the type of forensic care patients received. As a result, placement of patients with healthcare providers was often capacity-driven and not demand-driven, leading to legal inequality between patients depending on the district where someone was tried.

A central goal of the Wfz is that patients are placed in the right place with the right forensic care. This means that a forensic patient should receive care appropriate to their disorder, at the required security level and at a place where the treatment can commence as quickly as possible. The most important means through which this goal can be facilitated by the Wfz is the implementation of the assessment and placement processes. During the assessment process, factors such as the patient's required care and the necessary level of security should be determined by a party that is independent of both healthcare purchasing and care provision. The content of this assessment should form the basis for the decision where the patient is placed. Such demand-driven placement and care provision is expected to promote an ultimately safe return of the person to society.

When these processes were introduced in 2011, there were high expectations of this system: through the process of assessment and placement, the 'wrong bed problem' would be solved and the introduced uniform working method would lead to an optimal match between the needs and the supply of care at the individual level. In this study, the implementation of the assessment and placement processes is evaluated, as part of a broader evaluation of the Wfz.

Research questions

The research questions are:

1 Are the processes of assessment, matching and placement carried out as intended?
2 Which factors play a helpful or hindering role in the implementation of the assessment and placement processes?
3 Does the forensic care system provide adequate coverage for healthcare and security questions?
4 How often and in what cases can a patient be placed in a forensic care facility that corresponds to the patients care and security needs specified in the assessment?

Methods

The current research project includes both a qualitative and a quantitative analysis. For the qualitative sub-study, a total of 35 interviews were conducted with officials working at organizations involved in the implementation of the assessment and placement processes. In the context of this sub-study, officials from the Forensic Care Assessment department of the Netherlands Institute for Forensic Psychiatry and Psychology (*Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie*, hereinafter NIFP/IFZ), the Individual Affairs Division of the Custodial Institutions Agency (*Divisie Individuele Zaken van de Dienst Justitiële Inrichtingen*, hereinafter DJI-DIZ) as well as an account manager from DJI, the probation organizations (*Drie reclasseringsorganisaties,*hereinafter 3RO), the Psycho-Medical Consultation (*Psychomedisch overleg*, hereinafter PMO) of penitentiary institutions and healthcare providers of clinical, residential and outpatient forensic care. The interviews focused on the respondents' experiences with the assessment and placement processes.

For the quantitative sub-study, data for the period 2017-2021 from the Forensic Care Information System (*Informatiesysteem forensische zorg*, hereinafter Ifzo) and the Billing Control System (*Facturatie Controle Systeem*, hereinafter FCS) were analyzed. Ifzo is a registration system that is designed to support the entire process of assessment and placement within forensic care. Every step of the assessment and placement process is in principle carried out in Ifzo: requesting an assessment, registering an assessment, matching between a patient's care and security needs and the registered care, and registration and placement at a healthcare provider. FCS is a billing system in which providers can declare forensic care provided. Based on a link between Ifzo and FCS, the content of referral attempts - attempts by a placer to register and place a patient with a healthcare provider - can be examined during the research period and it can be seen how often and in which cases an admission attempt is made. has actually led to declared forensic care. In addition, an image can be created of the registered care offering and how this relates to common care and security questions.

The processes of assessment and placement 'on paper'

An assessment can be issued at various times in the judicial process: in the run-up to a verdict, during a stay in a remand center or a prison, or during a stay in forensic care when there is a suspicion that a re-assessment is necessary.

The Forensic Care Decree describes where the responsibilities for assessment and placement for various forms of care are assigned. If an assessment for clinical care or for residential care following clinical care is required, 3RO or PMO will request an assessment from NIFP/IFZ. The notifying party must collect various source documents about the person concerned and add them to the application, based on which NIFP/IFZ can draw up an assessment. In cases where NIFP/IFZ has provided the assessment, the matching and placement is carried out by DIZ. Based on several so-called 'hard criteria', which are laid down in the Forensic Care Regulations, Ifzo searches for a match between the care and security needs of a person involved and the range of healthcare services registered by forensic health care providers. Examples of these matching criteria are gender, age, dominant care need or diagnosis and the required security level or care package. In the case of a positive match, a patient can be registered with the healthcare provider, after which the healthcare provider must

accept or reject the registration with substantiation within a period of five working days.

When an assessment is required for residential care that does not correspond to clinical care or for outpatient care, this is done by either the PMO (in the case of reintegration from detention, outpatient care within the penitentiary institution or care in the context of an ISD measure), or 3RO. Both parties can issue an assessment on their own initiative. When an assessment is provided by either PMO or 3RO, the same party also carries out the matching and placement. In theory, the matching and placement process of PMO and 3RO follows the same procedure as that of DIZ: based on several hard criteria, Ifzo searches for a match between the care demand and the required level of care of the patient and the range of healthcare services registered by forensic health care providers. After registering with the healthcare provider, the care provider must accept or reject the registration with substantiation within ten working days.

If it is not possible to place a patient at a forensic care facility that meets the criteria specified in the assessment, or if the wait list for placement at such a facility is too long, the placing party may decide to place a patient, temporarily or otherwise, with a 'second best' health care provider, who does not correspond to all the criteria set forth in the initial assessment.

Experiences in practice

Assessment process

Based on the interviews and available documentation, it can be concluded that a number of aspects of the work of NIFP/IFZ are clearly in line with ensuring the appropriateness of assessments for clinical forensic care. NIFP/IFZ uses various resources to promote the quality and quality assurance of the assessment process for clinical forensic care. First, this is done by means of proper documentation, including the schematic checklist that describes what information applicants must provide for an assessment, as well as drawing up a Best Practice Guideline that specifies how the assessment procedure by NIFP/IFZ should be carried out. Second, NIFP/IFZ organizes periodic consensus meetings for all the assessment coordinators from the five regional services of NIFP/IFZ, to further promote similarity in considerations and practices between assessment coordinators.

3RO has various initiatives that focus on knowledge- and quality assurance of probation officers, including a probation academy, a knowledge base and the deployment of so-called 'Ifzo experts' – specialized probation officers with more knowledge and experience with working in Ifzo. In addition, courses are offered in collaboration with NIFP/IFZ and FPL on the assessment and placement process and the roles of the different organizations. Nevertheless, respondents from NIFP/IFZ and DIZ indicate that not all probation officers participate in these courses. Various respondents from these organizations describe experiencing clear differences between probation officers in the level of expertise and familiarity with the assessment and placement processes. This may be due to differences between probation officers in how often they are involved in these processes. Respondents from NIFP/IFZ, DIZ and 3RO indicate that 3RO could focus more on quality promotion and assurance, to ensure that the processes are carried out as intended. This applies to both requesting

an assessment from NIFP/IFZ, and to the assessment, matching and placement processes carried out by probation officers for outpatient forensic care and forensic residential care.

In the case of placements from penitentiary institutions on the basis of Articles 15:4 and 43:4 of the Custodial Institutions Act (*Penitentiaire beginselenwet* or Pbw), respondents indicate that the assessment process has largely stagnated. With the entry into force of the Punishment and Protection Act (2021), additional steps have been added to the assessment process for clinical care or residential care in the final phase of a stay in detention. Respondents from PMOs indicate that the intensified procedure is seen as a large workload and is experienced as disproportionate, as a result of which (requests for) assessments in the context of these forensic care titles have fallen sharply. Recent research confirms that the addition of these procedural steps has provided greater insight into potential risks, that risks are given more weight and that the guarantees for granting freedoms have improved, but that the number of assessments has fallen sharply. This means that demand-oriented assessment and placement are no longer possible, and this can have consequences for the reintegration of detainees.

Matching and placement process

Respondents indicate that in the majority of cases, it is possible to place a patient in a suitable institution in accordance with the initial assessment. In some cases, however, this is not possible - due to, among other things, a lack of capacity and waiting lists, because there is hardly any offer for certain problems or some care-security combinations, and sometimes also due to verdicts with specific instructions that leave little room. In such cases, the process cannot be carried out as intended, but officials look for alternatives such as second best care, bridging care, or adjustment of the assessment to the supply. This necessarily deviates from the principle of demand-oriented placement.

Patients are not always guided to suitable healthcare providers by following the established process as intended. This applies in particular to the use of Ifzo as a tool to support the matching process, in which a patient is linked to a suitable care provider based on the assessment. Respondents from 3RO and PMO indicate that they often 'work around Ifzo' in the matching process, by contacting healthcare providers directly by telephone about options for placing patients. The matching criteria are then entered into Ifzo in such a way that a patient can be guided to the corresponding healthcare provider. Ifzo is therefore used as a registration system instead of as a support system for matching. Although this is a deviation from the intended process, given the identified shortcomings of working in Ifzo, this method still seems to be demand-oriented and serves the ultimate goal of the assessment and placement process, namely the guidance of the patient to the right place, based on the assessment. Respondents from 3RO and PMO believe that, based on previous experiences and direct contact with healthcare providers where individual cases are discussed, they have insight into the suitability of healthcare providers.

Several respondents, from 3RO but also from NIFP/IFZ and healthcare providers, agree that the so-called 'hard' criteria in Ifzo are a good starting point for the search for a suitable healthcare provider. But direct contact between the professional who conducts the placement and potential care providers is seen by some respondents as necessary to find a suitable place for the person concerned. 'Soft criteria' such as

experience with the behavior of the patient and specific circumstances of healthcare providers also play an important role in achieving tailor-made solutions.
'Working around Ifzo' in the matching process has the advantages of using regional knowledge and contacts for tailor-made solutions. Respondents indicate that the matching procedure in Ifzo does not function well and that care is not always registered correctly in Ifzo, further reinforcing their decision to work around Ifzo. Matching via direct contact with healthcare providers nevertheless carries the risk of deviating from the principle that the care and security demand is determined by a party that is independent of healthcare purchasing or care provision. An indication of this came from respondents from 3RO-SVG who described that management sometimes indicates that it is desirable to place a patient with an affiliated healthcare provider. Another indication concerned the willingness to adapt an assessment in certain cases to the offer of a healthcare provider.

It has become clear from the interviews that connecting different phases of care in a timely manner can be especially challenging and requires close collaboration of various parties: 3RO, PMO, DJI-DIZ, NIFP/IFZ-NIFP, but also healthcare providers and municipalities. This connection must be achieved when care or security is scaled up, when there is a downscaling, or otherwise when moving within forensic care and when the forensic title ends. The aforementioned organizations face various challenges: in addition to limited capacity and waiting lists of healthcare providers, time pressure can also play a particularly important role, which can arise when a clinical placement must immediately follow the verdict or when the maximum duration of forensic care specified in an individual's conditional sentence is short. In these cases, a re-assessment for lower security care must be requested early in the treatment process.

Helping and hindering factors

Various factors emerged in the interviews that respondents described as helping or hindering the implementation of the assessment and placement processes. For proper implementation of each of the various sub-processes, parties are dependent on sufficient available capacity and patient flow within forensic care, timely (request for) assessment and placement, good mutual cooperation, smooth information exchange and an IT system that supports the various aspects involved in the assessment and placement of patients.

Lack of care capacity

Problems with care capacity seriously hinder the system of assessment and placement, because it is not possible to place patients in the right place for certain forms of forensic care due to long waiting lists. According to respondents, this is particularly a problem for high-security clinical care and residential care, but specific patient characteristics can also reduce the chances of a successful placement - this applies, among other things, to women, people with intellectual disabilities who require a high level of security, the presence of physical disabilities , a history of sexual offences, the presence of multiple disorders or conditions that occur at the same time, problems in different areas of life, and negative previous treatment experiences. Capacity problems are exacerbated because the outflow from higher security levels to lower security care, including residential care, is very limited. Respondents from DJI, DIZ, 3RO and healthcare providers indicate that the general housing shortages in the Netherlands mean that in some cases patients do not leave sheltered housing facilities, because

otherwise they would become homeless. This leads to residential care facilities becoming full, causing problems for patient flow in forensic care in general. In addition, the decentralization of the Social Support Act (*Wet maatschappelijke ondersteuning*, hereinafter Wmo) can lead to patients falling through the cracks when the municipality of origin refuses to bear the costs for care and/or housing in another municipality, for example when there are contraindications to reintegrate into the municipality of origin.

Time pressure

In addition to the appropriateness of forensic care, timeliness is also an important principle of the placement process. Respondents from DIZ, NIFP/IFZ and healthcare providers indicate that time pressure mainly arises when an application for an assessment is not made in time. Delays in the assessment procedure can, in turn, lead to problems in the placement process which are worsened by health care providers' waiting lists. In these cases of high time pressure, DIZ selection officers are forced to organize temporary placements for patients.

Clinical care providers also indicate that they experience time pressure when a patient is staying at a high security level and is nearing the end of the forensic title. In these cases, healthcare providers feel compelled to request a re-assessment for patients at an early stage in order to also take into account waiting times at providers of lower security care or residential care. In some cases this leads to disagreement with NIFP/IFZ, which does not yet consider a lower security level indicated at the time of application. Several parties interviewed indicate that in some cases this time pressure is created because criminal courts issue sentences with a very limited duration of forensic care in the special conditions of their sentence.

Cooperation

Parties benefit from good collaboration with direct lines of communication between professionals of different organizations - this is particularly visible in regional collaborations between healthcare providers and probation officers, but this also seems to be going well between NIFP/IFZ and DIZ. Where direct lines of communication and good cooperation are lacking, there also appears to be insufficient insight into and understanding of the work and responsibilities of other parties. During the interviews, critical voices were also regularly heard about the activities of other organizations, but it did not always seem that attention was paid to the motivations of these other organizations and the context in which they had to act.

Available information

Respondents from NIFP/IFZ describe that the assessment process is oftentimes hindered because the required high-quality, complete and up-to-date information on patients is oftentimes not available or is not available on time. Respondents mention several possible reasons for the lack of information. One reason may be the lack of knowledge or experience among applicants regarding what information should be provided. The above-mentioned checklist for applicants apparently only helps partially. Its distribution, particularly within 3RO, may still be a point of attention. In addition, caution with sharing information and breaking medical confidentiality by healthcare providers plays an important role. Despite the existing Guidelines for Information Exchange for Forensic Care, healthcare providers are reluctant to share information

when a patient does not give permission. Finally, it may be the case that the necessary information is simply not available, for example in the case that the person concerned has avoided care in the past.

Several respondents indicate that they experience gaps in the legal basis for sharing data, especially regarding the provision of information from regular detention and the sharing of the medical file with information about potential physical conditions. Despite the aforementioned guideline that has been developed to provide clarity about which information may and must be exchanged at which times in the assessment and placement process, in some cases healthcare providers experience reluctance to break the medical professional-patient confidentiality for the purpose of providing information for the assessment, out of fear that this could have negative consequences for their medical registration.

While most respondents from clinical care providers indicate that they receive sufficient information when registering new patients, and otherwise have sufficient options to request additional information, interviewed providers of residential care indicated that they are regularly insufficiently informed about patients that are place by 3RO and PMO. With regard to the incomplete information, professionals from 3RO and PMO indicate that it is not always clear what information healthcare providers need and that this can also differ per healthcare provider. In line with the recently developed Quality Framework for Assessment of Forensic Care, it is important that healthcare providers are informed on what forensic care is required for a patient before deciding whether or not to accept a placement – standardized protocols for supplying information can play an important role in this.

Working with Ifzo

One of the most frequently mentioned hindering factors is working with Ifzo. Respondents describe this information system, which is intended to facilitate the processes of assessment and placement, as a source of frustration and as a purely administrative obligation that is necessary to ultimately lead a patient to a suitable healthcare provider. Respondents experience high administrative burdens when working with Ifzo, due to technical restrictions, the slowness of the system and the amount of administrative information that must be entered manually. Several respondents indicate that the care offered by healthcare providers is partly incorrect in Ifzo. The quantitative analysis of this project also showed that some providers of clinical and residential care are completely untraceable in Ifzo, as a result of incomplete registrations of the care offered. Other providers can only be found when specific criteria are disabled during the matching process. It should be noted that in addition to these incomplete registrations, several placement professionals noted during the interviews that healthcare providers have also specified matching criteria that do not fit the care they can provide in practice. The findings from both the interviews and the numerical analysis based on Ifzo illustrate the importance of accurate checks of the registered care provision in Ifzo. This is an assignment for both healthcare providers and account managers with DJI, who maintain contact with forensic healthcare providers. Correct registration of the care offered is a basic condition for the implementation of the matching process.

Care capacity in numbers

Forensic healthcare providers are required to register the care they offer at each of their facilities. They do so by specifying their healthcare offer based on a number of hard criteria in Ifzo. Based on these hard criteria, a match can be made between the care demand and the security needs of a patient and the supply of care providers. By comparing the registered care capacity against the hard criteria registered in placement attempts in the period 2017-2021, the coverage of the registered care supply in each district in relation to the care demand was examined. First, we examined in what percentage of cases a care referral in each district would have resulted in a suitable match. Second, we examined per district how many healthcare establishments met the registered healthcare requirements.

Two limitations should be noted here. Firstly, Ifzo only offers limited insight into the coverage of the forensic care offering because it does not record the capacity of healthcare providers, how long the waiting lists are or how large the average forensic influx is for each healthcare establishment. This means that it can only be determined how many healthcare establishments have registered a supply that corresponds to a specific healthcare demand. Secondly, respondents in the interviews indicated that in some cases they fill in matching criteria in Ifzo in such a way that a desired healthcare provider emerges. Because the actual care and security needs of patients cannot be cleanly extracted from Ifzo, this creates a distorted picture.

For clinical care at security levels 1 and 2, it is striking that, depending on the district, in 23 to 70% of attempted placements there is not a single healthcare facility with a fully appropriate care offering. In these cases, at least one matching criterion would have to be deselected to arrive at a suitable healthcare facility. It is striking that the coverage of the forensic care offer for residential care and outpatient guidance or treatment is significantly higher than that of clinical care - for every care need, there are several care providers in every district who, in theory, have a suitable care offer. The difference between the coverage ratio between the different types of care can be attributed to two aspects. Firstly, more matching criteria are involved in the matching process for clinical care than for residential care or outpatient care. As a result, the number of possible combinations of matching criteria that should be covered by healthcare providers for clinical care is significantly higher than for the other types of care. Secondly, the actual number of healthcare providers for clinical care is lower than for the other types of care.

These results indicate that for clinical care, it is not possible to fulfill one of the principles of the goal ‘Patient in the right place’ – to offer patients care in the regio where they will ultimately reintegrate. This principle cannot be achieved in many cases, because not everyone district has a healthcare offering for common care and security questions.

Assessment and placement in numbers

In the period 2017-2021, an average of 31,485 new placement attempts were made annually. This concerns an average of 6,269 placement attempts for clinical care, 7,010 placement attempts for residential care and 18,008 placement attempts for outpatient care. In roughly half of the cases, this concerns a re-assessment, where the patient was already receiving forensic care at the time of the placement attempt.

On average, just over half of all completed placement attempts lead to a (re)placement. Because in some cases multiple attempts are necessary to place someone, clusters of attempts were examined to investigate the percentage of cases in which those involved are ultimately successfully placed. A cluster is defined in this study as one or more placement attempts, whereby each attempt within a cluster is no more than 30 days away from another placement attempt. Depending on the type of care, only one placement attempt is made in 86-92% of the clusters, even if this attempt is unsuccessful. Ultimately, for clinical, residential and outpatient care, on average 78,2%, 51,8%, 76,1% of the clusters of referral attempts respectively lead to a placement within the corresponding care type. In many cases where attempts for a certain type of care are unsuccessful, the person in question is still successfully guided to another type of care. Ultimately, approximately 75% of all clusters of referral attempts result in a successful placement in forensic care.

Various explanations emerged in the interviews as to why referral attempts ultimately do not lead to successful placements. To name a few examples, there may be insufficient time between the date of the referral attempt and the end date of the criminal title, a placement may not go ahead due to a relapse in complaints or recidivism, or a patient may receive care on the basis of another healthcare financing framework. Based on the available data, it is unclear where individuals who are not successfully placed in forensic care end up - approximately half of these patients were already in forensic care and might remain at their current care facility. Patients who were not in forensic care may have been returned to the penitentiary due to violations of conditions. Some patients may receive regular care or may be left without care.

If more than two admission attempts are made within a short period of time, and the first admission attempt did not lead to a placement, the content of the matching criteria regularly changes during the second admission attempt. How often this happens varies per type of care – in the case of clinical care this only happens in approximately 29,0% of the cases, in the case of outpatient care in 35,0% and in the case of residential care even in 55,8% of the situations. In most cases, the matching criteria that are changed are those that cannot be 'unchecked' in the matching process –the security level and care intensity for clinical care and the care intensity package for residential care. In the case of residential care and outpatient care, the dominant care demand and the associated problems are also changed in many cases.

We also looked at how well the healthcare provider to which the patient was directed fits the patient's care and security needs. As mentioned above, in many cases, especially in clinical care, patients are not led to a care provider in the desired region. For all types of care, if the aim for placement in their own region is not included in the analysis, in the vast majority of situations patients are placed with care providers who fully meet the matching criteria specified in the guidance. However, it should be taken into account that several respondents from 3RO and PMO indicate that they regularly first informally contact a healthcare provider for a specific patient, and then, in the event of an agreement, adjust the matching criteria to the registered healthcare offer of the relevant patient. healthcare provider. This suggests that the percentages of access attempts where the matching criteria correspond to the care offer of the care provider for residential care and outpatient care are artificially increased. This also indicates that it is currently not possible to use the assessment and placement data as a basis for demand-driven healthcare purchasing, as was actually the intention when setting up this system.

Recommendations

Based on the results of the present study, six recommendations have emerged.

Recommendation 1: Create a new IT system to replace Ifzo.

Organizations involved in the processes of assessment and placement are predominantly negative about the use of Ifzo as a support system. They describe it as a slow system that causes a lot of administrative burden. Ifzo is not sufficient as a support system for the matching process, partly because the care offering is not registered reliably in Ifzo, and because the 'hard' matching criteria do not provide sufficient information to reliably gauge whether a healthcare provider will be a good fit for a patient. A renewed IT system that replaces Ifzo should provide a better fit for the working methods of professionals working within the processes of assessment and placement, and should allow them to make better use of the knowledge and experience they have acquired working within the field of forensic care. For example, the system should be more flexible in the ways in which placement professionals can direct patients to healthcare providers. In addition, it should support and promote cooperation between organizations as well as contact between individual professionals. Until this new IT system has been developed, it is important to better ensure that the registered care offering in Ifzo corresponds to practice - this is a task for both healthcare providers and DJI account managers.

Recommendation 2: Improve insight into the care capacity, the care needs, the assessment and placement process and the trajectories of forensic patients.

The current Ifzo also falls short when it comes to providing information that provides insight into all aspects related to care capacity of health care providers as well as the needs and the trajectories of forensic patients. The quantitative sub-study clearly shows that Ifzo currently does not provide sufficient insight into important aspects of the assessment and placement process, including the application of bridging care and second best care. The insight that Ifzo offers into the available forensic care capacity - which is particularly important for another goal of the Wfz, the creation of a sufficient forensic care supply - is also very limited. This is because no information is available about the numbers of (available) beds and the length of healthcare providers' waiting lists, but also because interviews show that in some cases matching criteria in Ifzo are adjusted to facilitate placement. This is partly a consequence of the fact that no beds are purchased under the current tender system, which means that beds are not only available for forensic care but are also used to provide care within other financing systems. Nevertheless, the design of an IT system as proposed under recommendation 1 - especially when this IT system will also function as a patient tracking system - will greatly improve the view of the average occupancy of the forensic care sector.

Recommendation 3: Emphasize the creation of sufficient forensic care capacity based on identified shortages.

In addition to 'Patient in the right place', 'Sufficient forensic care capacity' is also one of the goals of the Wfz. Sufficient forensic care capacity is an important condition for the placement of patients in the right place - without available capacity, a patient cannot be guided to a suitable place. While Ifzo only offers a very limited insight into the shortages within forensic care, this research has shown that organizations involved in assessment and placement, based on their practical experiences, have a good insight into the most pressing shortages in the healthcare supply. It is important for the functioning of the assessment and placement system that targeted action is taken

to address these capacity shortages. Together with healthcare providers, consideration should be given to ways in which the financial risk of expanding the healthcare offering in these cases can be reduced. The new IT system, proposed in recommendations 1 and 2, could play an important role in this in the long term, because concrete prognostic figures based on assessment data could partly remove this risk.

Recommendation 4: Reconsider the need for an independent reassessment when scaling down the care and security level.

The need for an independent reassessment when scaling down the security level is a point on which respondents have different views. The independent determination of the care demand and the required security level is the basis of the system of assessment and placement. At the same time, the need to request an independent assessment for each downscaling leads to a heavy administrative burden. The fundamental question must also be asked as to what purpose the independent re-assessment serves, especially when the visibility of patients in the forensic chain would improve as a result of recommendations 1 and 2. When a person involved is being treated in forensic care, the practitioners at that institution have more insight into the current condition of the person concerned than an assessment provider who has to form a picture based on source documents. The current situation, where the rule is that no reassessment is required if the postal code of the follow-up institution is the same, leads to a difference in the treatment between healthcare providers. It should be investigated whether frameworks can be drawn up whereby an independent re-assessment in the event of downscaling could be omitted. For example, in the case of specific criminal titles, for healthcare providers who can demonstrate that they can handle such a responsibility accurately, or - as was the intention of the program for forensic care trajectory assessments - by establishing frameworks for further trajectories in the initial assessment that can be implemented without formal re-assessments can be followed.

Recommendation 5: Clarify the legal basis for sharing information.

Experiencing uncertainty regarding the sharing of information between organizations seems to be a persistent issue. According to respondents, an important reason for some people not to share such information (in full) is fear of a decline in professional ethics and the possible disciplinary consequences of breaching professional secrecy without a legal basis. The current Guide from the Ministry of Justice and Security does not yet provide sufficient clarity, does not yet sufficiently reach all chain partners, and does not remove all doubts about the legal basis for sharing information for healthcare providers. Given the central importance of an informed assessment for the ultimate goal of getting patients to the right place, it is important to resolve the ambiguities and any gaps. The Ministry of Justice and Security should contact (professional associations of) healthcare providers, professionals that provide forensic care assessments and the Disciplinary Board for Healthcare to eliminate as much as possible any gaps in the current legal basis for sharing data about patients.

Recommendation 6: Invest in quality promotion and assurance.

The Forensic Care Assessment Quality Framework (KKIFZ) has been developed to further improve the assessment process, including its application. The task for all organizations involved is to translate the quality aspects from the KKIFZ into best practice guidelines in the near future. Ultimately, these guidelines should be updated with the introduction of a new IT system to integrate the changed working method with existing protocols. It is important that this knowledge and information actually reaches all practice officers, and that quality assurance is monitored through regular

further training and intervision. The three probation organizations, which make the most assessments and referral attempts for forensic care by far, face a particularly large challenge in this regard. The assessment and placement processes are carried out by more than 2,000 advisors and supervisors. To ensure the quality of assessment and placement, it is important that all professionals who play a role in the assessment and placement processes - even if they are not regularly involved - are sufficiently trained and remain informed of best practice methods.

Patient in the right place

The interviews with officials in the practice paint a clear picture: all the different organizations involved work with passion and conviction to achieve the ultimate goal of getting patients to the right place with the right care. While doing so, they regularly deviate from the processes of assessment and placement as intended in the Wfz. As a result, it is not possible to use registration data to reliably determine to what extent patients actually end up in the right place with the right care. The professionals act in accordance with the goal of forensic care, but encounter various obstacles, especially when it comes to an IT system that is sometimes more detrimental than supportive and a persistent pressure on the available care capacity. Particularly because of this last factor, in practice it sometimes seems to be less about 'the right place' but more about what the professional considers to be the 'best available place'.

In the interviews, respondents indicated that in some situations they deviated from the intended processes of assessment and placement. Respondents from PMO and 3RO indicate that they work outside of Ifzo, by approaching healthcare providers directly to discuss a specific case. When the healthcare provider agrees to arrange an intake with the patient, the assessment and matching procedure in Ifzo are then conducted in such a way that the patient can be routed to the healthcare provider in question. The main reasons given for this deviation of the procedure are, on the one hand, the slowness of the Ifzo system and, on the other hand, that the installer already has an idea of which healthcare provider would be suitable for the person concerned, and thus direct contact about a case is thought to facilitate the registration process. In addition, respondents from all placement parties indicate that in some situations they have to adjust the care demand based on available capacity. Ultimately, this concerns deviations from the intended processes that are caused by challenges within the context of forensic care - dealing with Ifzo and capacity shortages within some sectors of forensic care - and that are used to facilitate that patients are placed in a place with suitable care despite the existing challenges.

Analyses of the Ifzo and FCS registration systems show that the principle of offering patients forensic care in the region where they will ultimately reintegrate cannot be sufficiently met. Attempts at referral regularly do not seem to lead to a suitable placement, although the available data do not make it possible to determine exactly why this is the case and what subsequently happens to these patients or what the effect is on the person concerned. Given the shortcomings surrounding the current Ifzo system and the way in which it is used in practice, it is not possible to draw firm conclusions based on registration data on the question of how often patients are or are not in the right place with the right forensic care. As a result, it remains unclear what impact the system of assessment and placement has on the ultimate goal of forensic care, namely the recovery of the forensic patient and the reduction of the risk of recidivism, for the safety of society. In order to gain a better understanding of the goal

of placing patients in the right place, it is very important to invest in a solid IT system that can monitor patients within forensic care and better meets the wishes and needs of professionals in the field.

Literatuur

Algemene Rekenkamer (2022). *In de Zorg, uit het zicht*. Algemene Rekenkamer.

Bouman, G., Riphagen, B., Jongebreur, W., & Veeke, R. (2012). *Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg*. Significant.

Broere, H., Crooijmans, K., & Gommans, T. (2016). *Evaluatie indicatiestelling en plaatsing forensische zorg 2017*. Rebel Group.

Bults, N., Schimmel, M., & Vos, J. (2021). *Kwaliteitskader forensische zorg 2021-2024*.

Burger, A. M., & De Kogel, C. H. (2022). *Planevaluatie Wet forensische zorg: Reconstructie en evaluatie van de beleidstheorie.* WODC. Cahier 2022-4.

Crocker, A.G., Livingston, J.D. & Leclair, M.C. (2017). Forensic Mental Health Systems Internationally. In: Roesch, R. & Cook, A.N. (Eds.). *Handbook of Forensic Mental Health Services* (p. 3-77). Routledge.

Daniëls, D. (2008). Indicatiestelling in de Forensische Psychiatrie, omzien in verwondering. *Sancties, 1,* 3.

De Berk, V., Goedvolk, M., Jongebreur, W. & Van der Meer, G. (2021). Onafhankelijke toets op de implementatie van de verbetermaatregelen. Onderzoek naar *de implementatie en effecten van de verbetermaatregelen naar aanleiding van de casus Michael P*. Significant Public.

De Kogel, C. H., Van der Ree, J. J., & Burger, A. M. (2021*). Artikel 2.3 Wet forensische zorg in de praktijk: Toepassing en ervaringen van ketenpartners in de eerste anderhalf jaar na inwerkingtreding*. WODC. Cahier 2021-29.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2018). Handleiding Ifzo voor zorgaanbieders Geraadpleegd op 03-05-2024, via: https://www.forensischezorg.nl/documenten/instructies/2018/04/23/handleiding-ifzo-voor-zorgaanbieders

Dienst Justitiële Inrichtingen (2022). Plaatsingskader forensische zorg. Geraadpleegd op 15-01-2024, via: https://www.forensischezorg.nl/documenten?trefwoord=plaatsingskader

Gröning, L. (2024). Dealing with dangerousness in criminal law, constitutional challenges. Presentatie Lorenz-workshop 'Dealing with dangerousness', 2-5 april 2024.

Ministerie van Justitie en Veiligheid (2021). *Handreiking informatie-uitwisseling Forensische Zorg.*

Mulder, H. J., De Bruyn, D. M., Rinne, T., & Bulten, E. (2014). Forensische indicatiestelling: naar een professioneel consistente praktijk. *Sancties*, *41*.

Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019). *Forensische zorg en veiligheid, lessen uit de casus Michael P.* Onderzoeksraad voor Veiligheid.

Oosterhuis, V., Burger, A.M. & De Kogel., C.H. (2022). *Toepassing van artikel 2.3 Wet forensische zorg: Verkennend jurisprudentieonderzoek januari 2020 tot juli 2021.* WODC.

Roorda, W., & Buysse, W. (2016). *Forensische zorgtrajecten in het gevangeniswezen*. DSP-groep.

Significant (2018). *Ambulantisering in de Ggz. Waarnemingen vanuit actieonderzoek in een regio.* Barneveld: Significant.

Statsch, P.D. & De Kogel, C.H. (2024). *Artikel 2.3 Wet forensische zorg in cijfers: 2020 tot en met 2022*. WODC.

Tomlin, J., Lega, I., Braun, P., Kennedy, H.G., Herrando, V.T., Barroso, R., Castelletti, L., Mirabella, F., Scarpa, F., Völm, B., 2021. Forensic mental health in Europe:

some key figures. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56: 109-117 https://doi.org/10.1007/s00127-020-01909-6
Van Kordelaar, W. F. J. M., & Slijkhuis, A. Y. (2011). Vernieuwing en indicatiestelling forensische zorg. In Groen, H., Drost, M., & Nijman, H. L. I. (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. De Tijdstroom.
Van Kordelaar, W. F. J. M. (2002). *Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens in het strafrecht voor volwassenen.* Kluwer.
Van Eil, L., Jongebreur, W. & Zoutenbier, M. (2023). *Casestudie verlooop traject uitgeplaatste en niet-uitgeplaatste gedetineerden. Na een zeden-of ernstig geweldsdelict naar aanleiding van de maatregelen Michael P.* Significant Ape.
Vos, J. & Van der Zee, H. (2024). *Kwaliteitskader Indicatiestelling Forensische Zorg.* Q-Consult Zorg.

Bijlage 1 Samenstelling Begeleidingscommissie

Voorzitter	
Dhr. prof. dr. M. de Wolf	Universiteit Leiden Rijksuniversiteit Groningen
Leden	
Dhr. dr. B. Verschuere	Universiteit van Amsterdam
Mw. dr. P. Schaftenaar	Metis Zorg
Mw. dr. S. Roza	PI Haaglanden Erasmus MC Rotterdam
Dhr. drs. C.Furr	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, vanaf september 2023
Mw. mr. A. Philipsen	Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directoraat-Generaal Straffen en Beschermen, tot september 2023

Bijlage 2 Samenstelling Klankbordgroep

Leden

Dhr. drs. J. Meijerink	Dienst Justitiële Inrichtingen, Divisie Individuele Zaken
Dhr. dr. E. Sikkens	Arkin
Mw. drs. M. Krekt	PPC Haaglanden
Mw. drs. E. Wolters	NIFP/IFZ
Mw. drs. T. Van Hensbergen	Stichting Valente
Mw. I. Verkade	Stichting Verslavingsreclassering GGZ, namens 3RO

Bijlage 3 Topiclijst interviews kwalitatief deelonderzoek

1 Introductie
- Voorstellen
- Toelichting functie
- Werkervaring

2 Eerste associaties bij de thema's indicatiestelling en plaatsing

3 Stapsgewijs doorlopen van proces aan de hand van recente casussen
- Aanvragen indicatiestelling
- Indicatiestelling
- Matching
- Plaatsing

4 Deviaties van proces in geval van moeilijk plaatsbare patiënten
- Aanpassingen indicatiestelling/matchingscriteria
- Contact tussen ketenpartners

5 Rol van harde en zachte criteria in matchingsprocedure
- Harde criteria
- Zachte criteria

6 Helpende en belemmerende factoren
- Werken met Ifzo
- Capaciteit
- Samenwerking binnen de keten

7 Consequenties overheveling verantwoordelijkheden plaatsing FBW
- Voordelen
- Nadelen

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum (WODC), Kennisinstituut voor de rechtsstaat, is een onafhankelijk kennisinstituut dat valt onder het ministerie van Justitie en Veiligheid. Het WODC draagt bij aan behoud en verbetering van de rechtsstaat via het (laten) uitvoeren van kwalitatief hoog wetenschappelijk onderzoek. En door het aanbieden van gevraagde en ongevraagde kennis, verbeterpunten en (waar mogelijk) denkrichtingen.

Meer informatie:

www.wodc.nl