In de zorg, uit het zicht

Krijgen patiënten goede forensische zorg?

2022

Algemene Rekenkamer

Inhoud

1. Samenvatting | 4

2. Inleiding | 7

2.1 Wat is er aan de hand? | 7

2.2 Wat hebben we onderzocht? | 8

2.3 Normen | 9

3. Feiten en cijfers over forensische zorg | 10

3.1 Vormen van forensische zorg | 10

3.2 Instellingen voor forensische zorg | 11

3.3 Uitgaven voor forensische zorg | 11

3.4 Verantwoordelijkheid van betrokken ministers | 12

3.5 Proces en rolverdeling in forensisch zorgtraject | 13

4. Zicht op realisatie beleidsambities | 15

4.1 Zicht op effectiviteit van forensische zorg | 15

4.2 Beperkt zicht op tijdige, passende en kwalitatief goede zorg | 16

4.3 Monitoring door het ministerie | 21

4.4 Verbeterplannen van het ministerie | 22

5. Beter benutten van data | 23

5.1 Inzicht in tijdigheid van de zorg | 23

5.2 Inzicht in passendheid van de zorg | 25

5.3 Inzicht in aansluitende nazorg | 29

6. Conclusies en aanbevelingen | 30

6.1 Conclusies | 30

6.2 Aanbevelingen | 33

7. Reactie minister en nawoord | 34

7.1 Reactie minister voor Rechtsbescherming | 34

7.2 Nawoord Algemene Rekenkamer | 35

Bijlagen | 37

Bijlage 1 Literatuur | 37

Bijlage 2 Methodische toelichting | 39

Bijlage 3 Normen | 42

Bijlage 4 Aanbevelingen en toezeggingen | 44

Bijlage 5 Eindnoten | 45

1. Samenvatting

De Algemene Rekenkamer heeft onderzoek gedaan naar de forensische zorg. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die verleend wordt in een strafrechtelijk kader, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten. De zorg is erop gericht dat de patiënt[1] herstelt en in de toekomst niet opnieuw een strafbaar feit pleegt ('recidiveert'). Jaarlijks worden ongeveer 20.000 mensen in de forensische zorg behandeld. In 2020 gaf het Rijk hieraan € 971 miljoen uit.

De minister van Justitie en Veiligheid (JenV) is formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet forensische zorg (Wfz). Maar in de praktijk is het de minister voor Rechtsbescherming die de forensische zorg in zijn portefeuille heeft.

Volgens de Wfz is het van belang voor het bereiken van het hoofddoel van de forensische zorg, recidivevermindering, dat de zorg *tijdig* wordt verleend en dat zij *passend* en *kwalitatief hoogwaardig* is. Wij verwachten van de minister voor Rechtsbescherming dan ook (a) dat hij vaststelt of er in de praktijk sprake is van tijdige, passende en kwalitatief goede forensische zorg, en (b) dat hij vaststelt of deze zorg daadwerkelijk bijdraagt aan vermindering van recidive en daarmee aan bescherming van de samenleving.

De minister is wettelijk verplicht om ten minste eens in de vijf jaar vast te stellen of het beleid voor de forensische zorg doeltreffend en doelmatig is. Hiervoor heeft hij informatie nodig. Wij stellen in dit onderzoek vast dat de minister nauwelijks beschikt over deze informatie. De datasystemen binnen zijn ministerie bevatten slechts gefragmenteerde gegevens, die bovendien niet goed worden benut.

Daarom weet de minister voor Rechtsbescherming niet of de forensische zorg die wordt verleend, daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van de recidive en aan bescherming van de samenleving. Het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van JenV doet wel geregeld onderzoek naar de mate waarin patiënten tijdens en na een forensisch zorgtraject recidiveren, maar dit onderzoek laat niet zien welke invloed het overheidsbeleid hierop heeft. Wel blijkt uit het onderzoek duidelijk dat de recidiverisico's verhoogd zijn bij bepaalde patiëntgroepen en in bepaalde behandelfases. Er zijn dus signalen dat de geboden forensische zorg niet bij iedereen en ook niet in alle situaties voldoende effectief is.

Beperkt zicht op subdoelen van forensische zorg

De minister voor Rechtsbescherming heeft evenmin nauwelijks een beeld van de mate waarin de forensische zorg *tijdig* wordt verleend en of deze zorg *passend* en *kwalitatief hoogwaardig* is. Het ministerie beschikt deels wel over data die inzicht *kunnen* bieden in de resultaten van de forensische zorg op deze aspecten, maar deze data worden niet benut als beleidsinformatie. Voor een deel van de gegevens die relevant zijn voor inzicht in de kwaliteit van de zorg geldt daarnaast dat ze niet beschikbaar zijn als gevolg van wettelijke beperkingen (ter bescherming van de privacy van de patiënt).

We zien ook dat het ministerie dingen meet die minder zinvol zijn om te meten. De prestatie-indicatoren van het ministerie gaan veelal over de vraag hoe vaak bepaalde processen zijn uitgevoerd. De prestatie-indicator 'meting recidiverisico' gaat bijvoorbeeld niet over hoe hoog bij een patiënt het risico op recidiveren is en hoe dit risico zich ontwikkelt in de loop der tijd, maar over de vraag hoe vaak het recidiverisico van de patiënt is gemeten door de zorginstelling. Dergelijke informatie geeft slechts zicht op randvoorwaarden en niet op de kwaliteit van de daadwerkelijk verleende forensische zorg.

Het gevolg is dat de minister geen goede informatie heeft om knelpunten in de forensische zorg te identificeren en gericht beheersmaatregelen te nemen. Ook kan de minister het parlement niet goed informeren over de resultaten van zijn beleid voor de forensische zorg.

Het belang van goede en goed gecombineerde data

Om zicht te krijgen op de effectiviteit en de kwaliteit van de forensische zorg zijn goede (gecombineerde) data nodig over instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten die van de rechter een forensisch zorgtraject opgelegd hebben gekregen. Aan de hand van dit soort data kan worden vastgesteld of is voldaan aan de

subdoelen uit de Wfz, dat wil zeggen: of een patiënt tijdig een plek heeft gekregen in de juiste zorginstelling, of hij/zij daar de zorg heeft gekregen die was voorgeschreven en of hij/zij zo nodig ook nazorg heeft gekregen.

Door data uit verschillende departementale informatiesystemen geanonimiseerd met elkaar te combineren of door de binnen één systeem beschikbare data met elkaar te combineren kan de minister voor Rechtsbescherming antwoord krijgen op de vraag of patiënten de forensische zorg krijgen die ze nodig hebben. Voor een aantal fases in het forensisch zorgtraject hebben wij dit zelf uitgevoerd, om te demonstreren wat dit kan opleveren. We geven in dit rapport enkele voorbeelden hoe met data die gewoon beschikbaar zijn in de systemen van het Ministerie van JenV, beter zicht kan worden ontwikkeld op de resultaten van de forensische zorg.

Aanbevelingen

Wij bevelen de minister voor Rechtsbescherming aan om te zorgen dat hij zicht krijgt op de mate van realisatie van de beleidsambities zoals geformuleerd in de Wet forensische zorg. Hiervoor is het volgende nodig:

1. Concretiseer de doelen voor forensische zorg.
2. Zorg voor goede en goed gecombineerde data en benut deze voor sturing en verantwoording.

2. Inleiding

2.1 Wat is er aan de hand?

Mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd kunnen een verslavingsstoornis, een psychische stoornis of een verstandelijke beperking hebben. Voor de veiligheid van de samenleving is het dan van belang dat zij een passende behandeling krijgen. Zo'n behandeling valt onder de *forensische zorg*. Dit is een vorm van zorg die meestal door de rechter wordt opgelegd, als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel (JenV, 2019). Forensische zorg omvat zowel geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg als zorg aan verstandelijk gehandicapten. De zorg is niet alleen gericht op herstel van de patiënt, maar ook op het verkleinen van de kans dat hij of zij in de toekomst opnieuw een strafbaar feit pleegt ('recidiveert').

In de Wet forensische zorg (Wfz) is het hoofddoel van forensische zorg vastgelegd: bijdragen aan herstel van de patiënt en aan vermindering van de recidive (artikel 2.1). Volgens de toelichting bij deze wet is het voor recidivevermindering van belang dat de forensische zorg *tijdig* wordt verleend en dat zij *passend* en *kwalitatief hoogwaardig* is (Memorie van toelichting Wet forensische zorg, 2010).

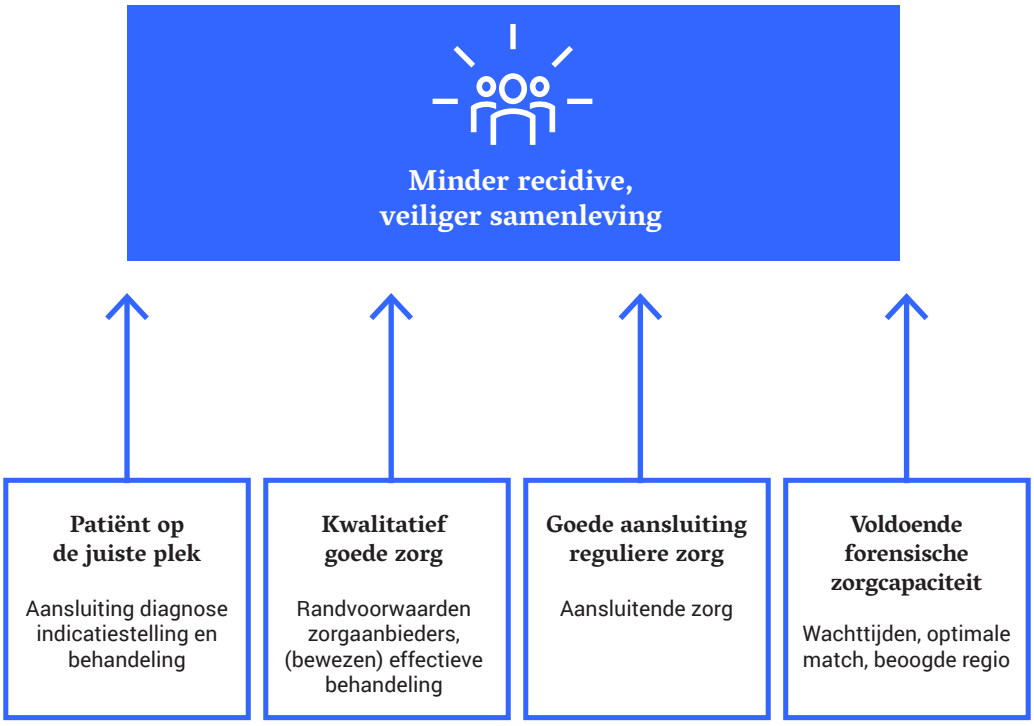
In de memorie van toelichting staan ook 4 subdoelen van forensische zorg beschreven:

1. *Patiënt op de juiste plek*: er wordt zorgvuldig onderzoek verricht om de stoornis en eventuele andere problematiek bij de dader vast te stellen.

2. *Kwalitatief goede zorg gericht op veiligheid van de samenleving*: zorgaanbieders zetten behandelmethoden in waarvan bewezen is dat ze werken en verantwoorden de verleende zorg aan de minister aan de hand van prestatie-indicatoren.
3. *Goede aansluiting tussen forensische en reguliere zorg*: iemand krijgt ook na afloop van zijn straf de begeleiding, behandeling of zorg die hij/zij nodig heeft.
4. *Creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit*: er wordt gekeken naar een evenwichtige spreiding van patiënten met verschillende beveiligingsniveaus en een passend aanbod bij complexe problematiek.

Het geheel van hoofd- en subdoelen zoals gesteld in de Wfz vormt tezamen de beleidstheorie van de forensische zorg, die centraal staat in dit onderzoek. Samengevat ziet deze beleidstheorie er als volgt uit:

Figuur 1 *Beleidstheorie forensische zorg*



2.2 Wat hebben we onderzocht?

In dit onderzoek richten we ons op de bewindspersoon die verantwoordelijk is voor de forensische zorg. Formeel is dat de minister van Justitie en Veiligheid (JenV). Deze wordt als zodanig genoemd in de Wfz (artikel 1.1, artikel 2.2 lid 2). In de praktijk is het echter de minister voor Rechtsbescherming die binnen het Ministerie van JenV de forensische zorg in zijn portefeuille heeft. De formulering van onze probleemstelling sluit daarop aan. De probleemstelling luidt: heeft de minister voor

Rechtsbescherming in voldoende mate zicht op het bereiken van de doelstellingen uit de Wfz?

2.3 Normen

Wij verwachten van de minister (a) dat hij – conform zijn beleidsdoelen – vaststelt of er in de praktijk sprake is van tijdige, passende en kwalitatief goede forensische zorg, en (b) dat hij vaststelt of deze zorg daadwerkelijk bijdraagt aan herstel van de patiënt, aan vermindering van (de kans op) recidive en aan bescherming van de samenleving.

Ten aanzien van de beschikbare beleidsinformatie geldt dat deze van voldoende kwaliteit moet zijn. Daarbij hechten we met name aan:

- Betrouwbare totstandkoming van de beleidsinformatie;
- Valide metingen, oftewel, begrippen moeten zodanig geoperationaliseerd en gemeten zijn, dat je meet wat je wilt meten.
- Relevantie van beleidsinformatie. Dat wil zeggen dat, gelet op de doelen van het beleid, alle informatie om te sturen, leren of verantwoorden beschikbaar moet zijn.

Voor een volledige lijst met onze normen rond beleidsinformatie verwijzen we naar Bijlage 2.

3. Feiten en cijfers over forensische zorg

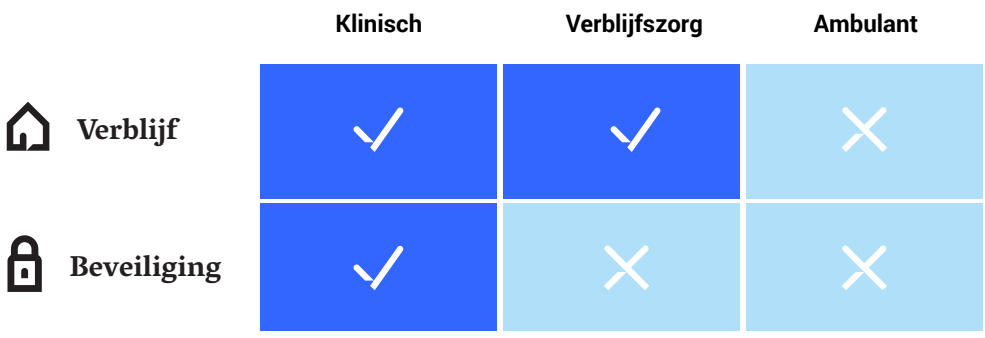
In dit hoofdstuk zetten we uiteen wat forensische zorg precies is, welke instellingen deze zorg verlenen, hoe de verantwoordelijkheden van de betrokken ministers in de praktijk zijn verdeeld, welke rijksuitgaven met de forensische zorg zijn gemoeid en hoe het forensisch zorgtraject is georganiseerd.

3.1 Vormen van forensische zorg

De forensische zorg bestaat uit verschillende segmenten: de forensische geestelijke gezondheidszorg, de forensische verslavingszorg en de zorg aan verstandelijk gehandicapten.

Over deze segmenten heen zijn er drie forensische *zorgtypen* te onderscheiden: klinische zorg, ambulante zorg en verblijfszorg. Bij elk van deze zorgtypen hoort een bepaald beveiligingsniveau. Figuur 2 geeft hiervan een vereenvoudigde samenvatting.

Figuur 2 *Forensische zorgtypen*



In de *klinische zorg* is sprake van zorg in een 24-uurs verblijfssetting waarbij de patiënt ook een behandeling krijgt. Tbs met dwangverpleging[2] is een onderdeel van de klinische forensische zorg. *Verblijfszorg* is een vorm van (kleinschalig) wonen waarbij de patiënt op verschillende niveaus begeleiding en ondersteuning ontvangt. Bij *ambulante zorg* is geen sprake van verblijf. Het betreft zorg die wordt verleend op afgesproken tijden, waarbij de patiënt vanuit de eigen verblijfs- en werkomgeving naar de hulpverlener toe komt, of waarbij de hulpverlener de patiënt in diens omgeving bezoekt. Daarnaast kan er sprake zijn van dagactiviteiten. Het grootste deel (ongeveer 75%) van de behandelingen in de forensische zorg bestaat uit ambulante zorg (JenV, 2021c).

3.2 Instellingen voor forensische zorg

De verschillende vormen van forensische zorg worden verleend door speciale zorginstellingen. Sommige daarvan zijn rijksinstellingen, andere zijn particuliere instellingen.

Tot de rijksinstellingen behoren de 4 penitentiaire psychiatrische centra die ons land telt (gesitueerd in Scheveningen, Vught, Zaanstad en Zwolle). Ook 2 van de 7 tbs-klinieken in ons land (officieel aangeduid als forensisch psychiatrische centra, FPC's) zijn rijksinstellingen, te weten FPC De Oostvaarderskliniek in Almere en FPC Veldzicht in Balkbrug. Voor al deze rijksinstellingen geldt dat zij onderdeel zijn van het Ministerie van JenV.

Het merendeel van de patiënten wordt echter niet in een van de rijksinstellingen behandeld, maar in een particuliere instelling. Deze worden aangewezen door de minister. De minister koopt op contractbasis forensische zorg in bij deze instellingen.

3.3 Uitgaven voor forensische zorg

Jaarlijks worden er in de forensische zorg ongeveer 20.000 mensen behandeld (Financiën, 2020). De rijksuitgaven voor de instellingen die deze behandelingen aanbieden, bedroegen in 2020 € 971 miljoen (JenV, 2021a). Met dit budget worden zowel de rijksinstellingen als de particuliere instellingen voor forensische zorg gefinancierd.

De uitgaven voor de forensische zorg zijn de afgelopen jaren gestegen. Dit is onder meer het gevolg van een toename in het aantal tbs-opleggingen. Daarnaast speelt mee dat het aantal patiënten dat verblijfszorg ontvangt, is gegroeid (JenV, 2021d). In 2016 bedroegen de gerealiseerde uitgaven voor de forensische zorg nog € 804 miljoen (JenV, 2021a).[3]

3.4 Verantwoordelijkheid van betrokken ministers

De minister van JenV is sinds 2007 verantwoordelijk voor het stelsel van de forensische zorg.[4] Deze ministeriële verantwoordelijkheid is vastgelegd in verschillende beginselenwetten op het terrein van justitie en veiligheid en meer specifiek in de Wet forensische zorg (Wfz). In de taakverdeling tussen de bewindspersonen op het Ministerie van JenV is vastgelegd dat de minister voor Rechtsbescherming degene is die de forensische zorg in zijn portefeuille heeft. Om die reden spreken we in de rest van dit rapport de minister voor Rechtsbescherming aan.

Naast een algemene verantwoordelijkheid voor het stelsel, heeft de minister op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg een *zorgplicht* jegens patiënten. Dit houdt in dat de minister ervoor moet zorgen dat iedere patiënt de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft. Hij dient dus de kwaliteit en de tijdige beschikbaarheid van forensische zorg voor patiënten te waarborgen. Concreet is de minister voor Rechtsbescherming uit hoofde van de Wfz verantwoordelijk voor:

- de capaciteit van de forensische zorginstellingen;
- de inkoop van zorg bij deze instellingen;
- de vaststelling van de daarbij gehanteerde tarieven;
- het vaststellen van de zorgbehoefte en de beveiligingsnoodzaak van patiënten (indicatiestelling);
- de bekostiging van de zorg voor patiënten; en
- de plaatsing van patiënten bij forensische zorginstellingen.

In de Wfz is ook vastgelegd dat de minister een *evaluatieplicht* heeft. Drie jaar na inwerkingtreding van de Wfz en daarna elke vijf jaar moet hij de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de Wfz onderzoeken: is er in de praktijk sprake van de beoogde tijdige, passende en kwalitatief goede forensische zorg? En krijgt íedere patiënt daadwerkelijk de benodigde zorg? En zorgt dit ervoor dat patiënten minder recidiveren? De minister dient het parlement in kennis te stellen van de uitkomsten van het onderzoek.

Om vast te kunnen stellen of er in de praktijk sprake is van tijdige, passende en kwalitatief goede forensische zorg is het noodzakelijk dat de minister in toetsbare termen formuleert wat tijdige, passende en kwalitatief goede zorg concreet behelst. Pas dan kunnen immers de resultaten worden gemonitord en kan hij waar nodig gericht bijsturen. De minister zou bijvoorbeeld moeten weten hoeveel patiënten (tijdelijk) niet worden geplaatst, hoe lang de wachtlijsten zijn, hoe vaak er sprake is van suboptimale zorg die niet aansluit bij de diagnose en hoe vaak niet aan alle plaatsingscriteria is voldaan. En uiteindelijk moet de minister weten in welke mate de geleverde zorg bijdraagt aan vermindering van recidive en de veiligheid van de samenleving.

Ook het Ministerie van Financiën heeft een soortgelijke conclusie getrokken. Dit ministerie schrijft dat kwalitatief hoogwaardige data over instroom, doorstroom en uitstroom in de forensische zorg van belang zijn, zodat de minister knelpunten kan identificeren en kan vaststellen of de forensische zorg in de praktijk passend is en tijdig wordt verleend. Dit stelt de minister in staat om passende beheersmaatregelen te nemen en het parlement goed onderbouwd te informeren over de beleidsuitvoering (Financiën, 2020).

Beleids- en uitvoeringsverantwoordelijkheid binnen Ministerie van JenV
Binnen het Ministerie van JenV is de verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en implementatie van het beleid voor de forensische zorg neergelegd bij de directie Sanctie- en Slachtofferbeleid van het directoraat-generaal Straffen en Beschermen.

De verantwoordelijkheid voor de *uitvoering* van het beleid voor de forensische zorg is toegewezen aan de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), een agentschap van het Ministerie van JenV. DJI krijgt hiervoor jaarlijks een budget toegewezen.

3.5 Proces en rolverdeling in forensisch zorgtraject

Of iemand forensische zorg nodig heeft, wordt gedurende de behandeling van zijn of haar strafproces vastgelegd in een advies van de reclassering of van één of meer forensisch gedragsdeskundigen.[5] De reclassering of de gedragsdeskundige(n) doen voor het opstellen van dit advies onderzoek naar de verdachte, op verzoek van de officier van justitie of de rechter-commissaris. Of de verdachte daadwerkelijk forensische zorg krijgt toegewezen, wordt vastgelegd in het vonnis, de beschikking of het besluit van de rechter. Daarbij hoeft de rechter de uitkomsten van het onderzoek van de reclassering respectievelijk de gedragsdeskundige(n) niet te volgen.

Als uit het onderzoek naar voren is gekomen dat de verdachte forensische zorg nodig heeft, wordt een indicatie gesteld. Deze indicatiestelling kan vooruitlopen op de straf die de rechter aan de verdachte oplegt, maar ze kan ook pas later in het proces volgen. De indicatiestelling wordt uitgevoerd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP), het gevangeniswezen of de reclassering. Welke instantie de indicatie afgeeft, is afhankelijk van het type forensische zorg dat de verdachte c.q. veroordeelde nodig heeft.

Na de indicatiestelling volgt het plaatsingsproces. Hierbij zijn DJI, de reclassering of het gevangeniswezen betrokken, weer afhankelijk van het type geïndiceerde zorg. De forensische zorg zelf wordt vervolgens verzorgd door een particuliere of rijksinstelling voor forensische zorg.

Als de zorgverlener of de behandelaar van oordeel is dat de patiënt als vervolg op het zorgtraject aansluitende zorg nodig heeft, treft de forensische zorginstelling 6 weken voor afloop van het zorgtraject de benodigde voorbereidingen.

4. Zicht op realisatie beleidsambities

In dit hoofdstuk bespreken we in hoeverre de minister voor Rechtsbescherming zicht heeft op de realisatie van de doelen van zijn beleid voor de forensische zorg. Is er sprake van de beoogde verminderde recidive en voldoet de verleende zorg aan de eisen van tijdigheid, passendheid en kwaliteit? We gaan ook na of de informatie-verzameling door de minister een goed beeld geeft van de kwaliteit van de zorgtra-jecten en de geleverde zorgprestaties.

4.1 Zicht op effectiviteit van forensische zorg

Zoals we in hoofdstuk 3 hebben besproken, is de minister voor Rechtsbescherming op grond van de Wfz verplicht om elke vijf jaar de effectiviteit van het beleid voor de forensische zorg te onderzoeken. Wij zijn nagegaan of de minister inderdaad zicht heeft op de effectiviteit van het beleid, dat wil zeggen: op de mate waarin de forensische zorg eraan bijdraagt dat behandelde patiënten minder vaak opnieuw strafbare feiten plegen.

Wij hebben vastgesteld dat er de afgelopen jaren diverse onderzoeken zijn verschenen van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van JenV, die zicht bieden op de recidive tijdens en na forensische zorg (WODC, 2018, 2020, 2021). In deze studies is echter niet het oorzakelijk verband onderzocht: de impact van de verleende forensische zorg op de recidive. Hiermee voldoet de minister met deze onderzoeken niet aan zijn evaluatieplicht. Evaluaties die tijdens ons onderzoek door het WODC zijn gestart kunnen hierin verandering gaan brengen. Deze evaluaties zijn namelijk wél gericht op het in kaart brengen van de effectiviteit van forensische zorg.

De tot nu toe gepubliceerde uitkomsten van studies die het WODC tijdens ons onderzoek in uitvoering had suggereren dat de forensische zorg in ieder geval bij bepaalde zorgvormen en bij bepaalde groepen patiënten niet effectief (genoeg) is, gezien de recidiverisico's die worden waargenomen.

Van een verhoogde recidivekans is bijvoorbeeld sprake gedurende de eerste 3 maanden van een ambulante behandeling. En ook in de periode waarin de forensische zorg nog van start moet gaan, is de kans op recidive relatief groot (WODC, 2021). Een specifieke groep patiënten bij wie de zorg niet effectief blijkt, zijn personen die forensische zorg combineren met detentie (klinisch of verblijfszorg). Als bij deze patiënten een forensische zorgbehandeling is voltooid, is het recidiverisico substantieel hoger dan bij ambulante forensische patiënten. Ter illustratie: het percentage recidivisten binnen twee jaar na uitstroom is in deze groep twee keer hoger dan in groepen patiënten die ambulante trajecten doorlopen. In de categorie 'zeer ernstige delicten' is dit bij ex-gedetineerden zelfs 4 keer hoger dan bij ambulante patiënten (WODC, 2020).[6]

Deze cijfers onderstrepen het belang van goed zicht op de mate waarin de beoogde tijdigheid, passendheid en kwaliteit van de forensische zorg in de praktijk wordt gerealiseerd. Monitoring van de mate van realisatie van deze beleidsdoelen door de minister is nodig zodat hij vroegtijdig kan vaststellen in welke zorgfase en bij welke patiëntgroep verbetering van verleende forensische zorg nodig is.

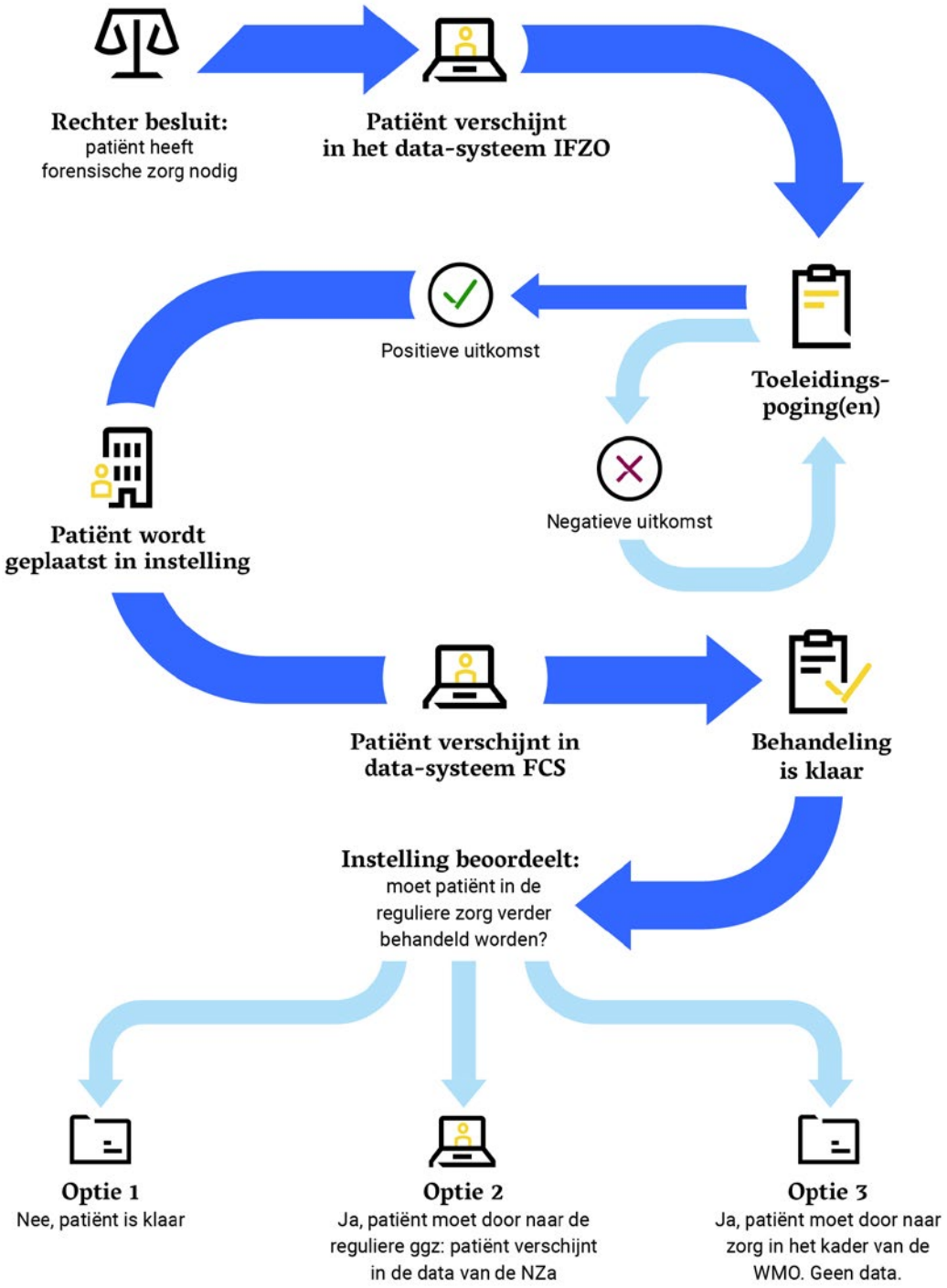
4.2 Beperkt zicht op tijdige, passende en kwalitatief goede zorg

De minister heeft beperkt zicht op het bereiken van de doelstellingen uit de Wfz. Dit beperkte zicht begint bij een gebrek aan uitwerking van de doelstellingen door de minister. De minister heeft niet bepaald wanneer sprake is van passende forensische zorg in termen van tijdigheid, passendheid en kwaliteit.

Wij hebben vastgesteld dat er binnen het forensisch zorgtraject diverse datasystemen worden gebruikt die de minister zicht kunnen bieden op de tijdigheid, passendheid en kwaliteit van de verleende forensische zorg. In deze paragraaf lichten we dat toe aan de hand van figuur 3, die toont hoe een patiënt door het zorgproces en door de data 'reist'.

Figuur 3 *Vereenvoudigde weergave van de reis van de patiënt door de data*

Reis van de patiënt door de data



4.2.1 Data over toeleiding patiënt

Plaatsingen in de forensische zorg lopen via het Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZO). Het IFZO ondersteunt het proces van indicatiestelling tot en met plaatsing. Het IFZO wordt gebruikt om uit te zoeken wat op korte termijn de meest geschikte beschikbare zorgplek voor de patiënt is (zie kader).

Wat is een geschikte zorgplek?

Het IFZO is ingericht om te zoeken naar een 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. Diverse criteria worden hierbij meegewogen:

- snelheid waarmee zorg kan worden geleverd (wachttijd);
- aansluiting tussen diagnose/indicatiestelling en beschikbare zorg;
- benodigd beveiligingsniveau;
- gebiedscriterium: soms in eigen omgeving van de patiënt, soms juist in andere omgeving.

Op basis van de indicatiestelling wordt een match gemaakt met één of meer zorginstellingen. De plaatsingsfunctionaris van DJI (bij klinische zorg) of van de reclassering (bij ambulante zorg) beslist uiteindelijk naar welke zorgaanbieder de cliënt wordt toegeleid. Binnen het Ministerie van JenV wordt het IFZO niet alleen beschouwd als een hulpmiddel voor een goede plaatsing van patiënten, maar ook als een bron voor informatie, waarmee kan worden gemeten in hoeverre de doelstellingen van het forensisch zorgstelsel worden bereikt (zie interne notitie, JenV, zonder datum, a). Gemakkelijk is dit echter niet, omdat het IFZO hiervoor niet primair is ontworpen. Volgens het ministerie zijn er verschillende factoren die het ingewikkeld maken om van de data van het IFZO kwalitatief goede beleidsinformatie te maken. We lichten hieronder enkele van die complicerende factoren toe.

Complicerende factor 1: Patiënt moeilijk te volgen in IFZO

Het IFZO is primair een toeleidings-, matchings- en plaatsingssysteem, geen registratiesysteem. Of een geplaatste patiënt daadwerkelijk bij de geselecteerde zorgaanbieder terecht is gekomen en of er door de betreffende zorginstelling daadwerkelijk zorg is geleverd, wordt niet in het IFZO vastgelegd. Patiënten zijn dus moeilijk te volgen in het IFZO.

Vastlegging patiëntgegevens in het IFZO

Voor iedere toeleiding wordt een regel aangemaakt in het IFZO. Die regel bevat data over de vorm van forensische zorg die door de rechter is opgelegd en de elementen van de indicatiestelling, te weten het benodigde beveiligingsniveau, de benodigde verblijfsintensiteit, de benodigde zorgvorm en de benodigde geografische locatie van de zorg (gebiedscriterium). Aan de hand van deze elementen wordt een match gezocht met een zorginstelling.
Als er een match is, wordt de patiënt geplaatst. Data zoals 'plaatsing akkoord' en 'datum daadwerkelijke plaatsing' kunnen dan worden ingevoerd in het systeem. Echter, of de patiënt daadwerkelijk bij de beoogde zorginstelling terecht is gekomen en of daar daadwerkelijk de beoogde zorg is geleverd, wordt niet in het systeem geregistreerd.

Het ministerie heeft aangegeven het IFZO zodanig te willen uitbreiden dat het als patiëntvolgsysteem inzicht kan geven in instroom, doorstroom en uitstroom.

Complicerende factor 2: Veel ontbrekende informatie
Een andere complicatie die het volgen van patiënten in het IFZO bemoeilijkt, is dat er nogal eens informatie in het systeem ontbreekt. Om hier meer zicht op te krijgen, hebben we gegevens opgevraagd over ruim 84.000 plaatsingen, die volgden uit alle geregistreerde toeleidingspogingen tussen 2016 en 2019. In 25% van de gevallen ontbrak de beoogde einddatum van de forensische zorg (zoals opgelegd door de rechter), waardoor niet kon worden gereconstrueerd wanneer een patiënt zou moeten zijn uitgestroomd.[7] Binnen de categorie 'plaatsingen in de klinische zorg' ontbrak bij 13% van de crisisplaatsingen en bij 24% van de reguliere plaatsingen de plaatsingsdatum. Gegevens daarover zijn nodig om de snelheid van de indicatiestelling te kunnen vaststellen.

Complicerende factor 3: Verminderde datakwaliteit door overschrijfbaarheid
Een derde factor die het volgen van patiënten in het IFZO bemoeilijkt, betreft de onzekerheid over de juistheid van de gegevens. Veel gegevens in het IFZO zijn namelijk overschrijfbaar. Dit betekent dat gegevens – zonder toetsing of validatie – kunnen worden aangepast, waardoor de kwaliteit ervan vermindert. Wij hebben aanwijzingen dat dit in de praktijk ook gebeurt.

Zo hebben wij vastgesteld dat het matchen van patiënten aan een zorgaanbieder op bepaalde aspecten heel hoog scoort in het IFZO: meer dan 99% (zie over deze bevinding ook hoofdstuk 5). Dit kan betekenen dat er daadwerkelijk heel vaak een goede match is gevonden, maar het kan ook betekenen dat de gewenste zorg in veel gevallen achteraf is bijgesteld naar aanleiding van de beschikbare zorg. In een evaluatie van het stelsel voor de forensische zorg staat hierover:
"Op papier is er sprake van een volgtijdelijk werkproces, waarbij de indicatie leidend is voor plaatsing en dus voorafgaat aan het matchingsproces. Echter, in de praktijk blijkt dit vaak een meer iteratief proces te zijn waarbij beschikbaarheid van zorgaanbod ook bepalend is voor het profiel van de indicatie (zorgzwaarte-beveiligingsniveau)" (Broere, Crooijmans & Gommans, 2017).

De overschrijfbaarheid van de gegevens in het IFZO brengt dus een risico met zich mee voor de betrouwbaarheid ervan. Dit risico is niet ondenkbeeldig, aangezien er door verschillende partijen gegevens in het systeem worden ingevoerd: de reclassering, het NIFP en zorgaanbieders (ruim 3.300 mensen op diverse plekken in de keten). Deze gebruikers van het IFZO kunnen vrijwel alle velden handmatig invoeren.

Er zitten nauwelijks systeemchecks in het IFZO die veranderen of overschrijven van data blokkeren. Wel zijn er schotten tussen de data-invoerders (een zorgaanbieder kan niet de invoer van de reclassering aanpassen).

4.2.2 Data over zorgverlening aan patiënt

Een ander datasysteem binnen het forensisch zorgtraject dat de minister in theorie zicht kan bieden op de tijdigheid, passendheid en kwaliteit van de verleende forensische zorg, betreft het Facturatie- en Controlesysteem (FCS). Uit dit systeem is informatie afleidbaar over de zorg die een patiënt daadwerkelijk krijgt. Het FCS is namelijk het systeem waarmee zorgaanbieders facturen indienen bij DJI. Dit betekent dat deze data, anders dan de IFZO-data, betrekking hebben op daadwerkelijk geleverde zorg die wordt gedeclareerd.

Data IFZO en FCS in samenhang

Om goed zicht te kunnen krijgen op de tijdigheid, passendheid en kwaliteit van de geleverde zorg, is het nodig om de data uit het IFZO en het FCS met elkaar te combineren. Dan pas is te zien of een patiënt tijdig in een zorginstelling terecht is gekomen en of hij/zij daar de zorg heeft gekregen die was voorgeschreven. Het Ministerie van JenV combineert de data uit beide systemen echter niet – althans niet om zicht te krijgen op de doelen uit de Wfz (tijdigheid, passendheid en kwaliteit van de geleverde zorg). Het ministerie heeft ons laten weten dit op andere aspecten wel te doen, onder meer om zicht te krijgen op doorlooptijden. Hierover zijn geen rapportages gepubliceerd. In de verantwoording van de minister van Rechtsbescherming aan het parlement zien we deze informatie evenmin terug.

Kwaliteitsproblemen bij FCS-data

Wij hebben in ons onderzoek IFZO- en FCS-data gecombineerd.[8] Deze combinatie van gegevens bracht nieuwe kwaliteitsgebreken van de data aan het licht.
In de eerste plaats was voor 12.037 toeleidingen (14%) in het FCS-systeem geen informatie beschikbaar over het bedrag dat door DJI is betaald aan de betreffende zorgaanbieders. Dat kan twee oorzaken hebben:

- de betreffende toeleidingen hebben niet geleid tot daadwerkelijke plaatsingen;
- de data in het systeem zijn niet op orde.

Wij kunnen uit de data niet afleiden welk van deze twee verklaringen per geval de juiste is.[9]

In de tweede plaats hebben wij geconstateerd dat ongeveer 1.000 patiënten (3%) die volgens de data in het IFZO waren geplaatst, niet meer terugkwamen in de data van het FCS. DJI kon dit niet verklaren.

In de derde plaats hebben we vastgesteld dat ook in het FCS veel informatie onvolledig was en/of verschilde van de informatie in het IFZO:

- Bij bijna 20% van de plaatsingen bleek de in het FCS vermelde startdatum van het zorgtraject af te wijken van de startdatum die in het IFZO was opgenomen. En in 13% van de gevallen ontbrak de einddatum van het zorgtraject, terwijl het zorgtraject wel was afgerond.
- In de FCS-data bleek alleen de *naam* van zorgaanbieders te zijn ingevoerd. Maar veel zorginstellingen hebben verscheidene zorglocaties. Door het ontbreken van de zorglocatie is zodoende dus vaak onduidelijk in welke instelling de gefactureerde forensische zorg precies plaatsvond. Als gevolg hiervan kan de minister op basis van deze informatie niet goed sturen op de geografische match als een van de criteria voor passende zorg.

4.2.3 Data over nazorg aan patiënt

Wil de minister zicht hebben op de tijdigheid, passendheid en kwaliteit van de verleende forensische zorg, dan zal hij eveneens moeten beschikken over informatie over patiënten die de forensische zorg verlaten. De Wfz schrijft ook voor dat hierop zicht moet zijn. DJI, die binnen het Ministerie van JenV verantwoordelijk is voor de plaatsingen van patiënten, heeft dit zicht echter niet. Na afronding van de forensische zorg raken patiënten bij deze dienst uit beeld.

Informatie over de uitstroom van patiënten uit de forensische zorg is deels wel beschikbaar in de systemen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), aangezien de NZa de facturen ontvangt van de zorg die patiënten wordt aangeboden ná de forensische zorg. In de praktijk blijken de datasystemen van de NZa echter niet zonder meer te combineren met de data uit het IFZO en het FCS. Er geldt namelijk een wettelijke beperking voor de NZa om haar gegevens over aansluitende nazorg te delen met DJI (zie hierover verder hoofdstuk 5).

4.3 Monitoring door het ministerie

Wij hebben vastgesteld dat de monitoring die binnen het Ministerie van JenV plaatsvindt op de doelen van de forensische zorg, geen goed beeld geeft van de kwaliteit van de zorgtrajecten en de hiermee samenhangende daadwerkelijk geleverde prestaties in die zorgtrajecten. De monitoring richt zich vooral op het voldoen aan allerlei bedrijfsvoeringsprocessen die tussen het ministerie en de zorgaanbieders zijn vastgelegd in meerjarenovereenkomsten, bestuurlijke agenda's en kwaliteitskaders. Ook in de departementale aansturing van DJI ligt de nadruk op de naleving van deze afspraken. De vraag of de zorg die patiënten wordt verleend in

de praktijk passend, tijdig en van voldoende kwaliteit is, kan op basis van deze informatie niet worden beantwoord. Hierop heeft de minister dus geen zicht. Het gevolg hiervan is dat de minister niet in de positie is om knelpunten in de forensische zorg te identificeren en daarop bij te sturen. Ook kan de minister het parlement niet goed informeren over de resultaten van de forensische zorg.

Het ministerie en DJI gebruiken wel prestatie-indicatoren (interne notitie, JenV, zonder datum, b). Aan de hand van deze indicatoren willen zij de kwaliteit van de forensische zorg inzichtelijk maken. Wij hebben echter vastgesteld dat deze indicatoren niet meten of patiënt de juiste zorg krijgt en of de zorg bijdraagt aan het herstel van de patiënt. De meeste indicatoren gaan over de vraag hoe vaak bepaalde processen zijn uitgevoerd. De prestatie-indicator 'meting recidiverisico' gaat bijvoorbeeld niet over hoe hoog bij een patiënt het risico op recidiveren is en hoe dit risico zich ontwikkelt in de loop der tijd, maar over de vraag hoe vaak het recidiverisico van de patiënt is gemeten door de zorginstelling. Dergelijke informatie over randvoorwaarden is niet onbelangrijk, maar is onvoldoende om zicht te krijgen op de kwaliteit van de daadwerkelijk verleende forensische zorg. Om dáár zicht op te krijgen moet bijvoorbeeld worden gemeten in hoeverre de zorg voor de individuele patiënt aansluit op diens recidiverisico en of die zorg tijdig wordt verleend. De rapportages die verschijnen over de metingen van de prestatie-indicatoren gaan daar niet over. Ze bieden dan ook weinig zicht op de ontwikkeling van kwaliteit van forensische zorg.

In 2019 heeft het ministerie de prestatie-indicatoren zelf geëvalueerd. De conclusies waren negatief:
"De drijfveer om de indicatoren in te vullen is met name omdat het verplicht is en niet vanwege de interne toegevoegde waarde. Het zou om de inhoud moeten gaan en niet om het al dan niet gerealiseerd hebben van een instrument." (JenV, 2019)

4.4 Verbeterplannen van het ministerie

De in dit hoofdstuk besproken knelpunten rond het zicht op de kwaliteit en effectiviteit van de forensische zorg waren in december 2021 nog niet opgelost. De knelpunten worden wel erkend door de minister en er lopen initiatieven om de bruikbaarheid van de data over de forensische zorg en de daarvoor gebruikte datasystemen te verbeteren (JenV, 2020b). Een voorbeeld van een beoogde verbetering is de ontwikkeling van IFZO 2.0, dat zou moeten worden uitgerust met een patiëntvolgsysteem. Het ministerie denkt dat dit nieuwe datasysteem systeem in 2024 of 2025 operationeel kan zijn.

5. Beter benutten van data

In het voorgaande hoofdstuk hebben we uiteengezet dat de minister voor Rechtsbescherming geen goed inzicht heeft in de mate waarin de forensische zorg voor forensische patiënten tijdig, passend en van goede kwaliteit is. De prestatie-indicatoren waarmee het ministerie werkt, geven hiervan geen beeld. De minister is wettelijk verplicht dit beeld wél te hebben. Volgens ons is de benodigde informatie deels te verkrijgen, door gebruik te maken van een combinatie van data uit verschillende systemen of door de data binnen één systeem slim met elkaar te combineren. In dit hoofdstuk illustreren we dat aan de hand van 5 voorbeelden.

5.1 Inzicht in tijdigheid van de zorg

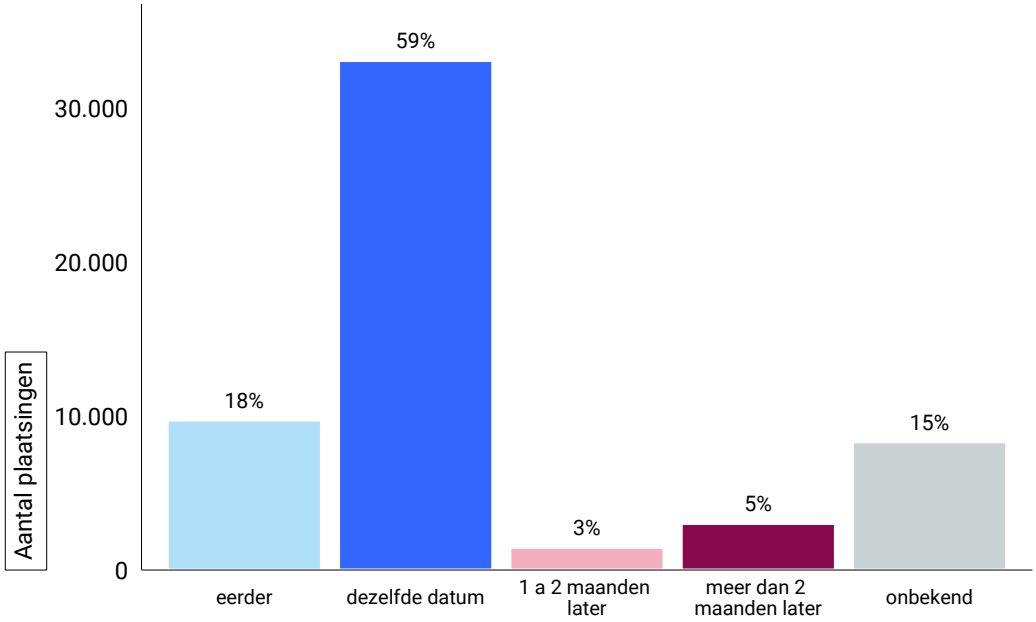
Voorbeeld 1: inzicht in tijdigheid start zorgprestatie in ambulante zorg
Combinatie van gegevens uit het plaatsingssysteem IFZO en het declaratiesysteem FCS maakt het mogelijk om de datum van de opname van een patiënt in een zorginstelling te vergelijken met de aanvangsdatum van de zorgprestaties voor deze patiënt. In ons onderzoek hebben wij deze exercitie uitgevoerd met de IFZO- en FCS-data over ambulante zorg uit de periode 2016-2019. Uit onderzoek van WODC bleek dat juist bij ambulante forensische zorg in de wachtperiodes veel recidive voorkomt (WODC, 2021).

De gecombineerde data lieten zien dat bij 77% van de patiënten de toewijzing aan de zorginstelling volgens het plaatsingssysteem IFZO samenviel met of volgde op de aanvang van de ambulante zorg volgens het declaratiesysteem FCS. Maar we namen ook waar dat bij 5% (circa 3.000) van de patiënten de zorg pas meer dan 2 maanden na de plaatsingsdatum van start was gegaan, dit is zichtbaar in figuur 4.

Dit voorbeeld laat zien dat het bestuderen van data uit verschillende informatie-systemen de mogelijkheid biedt om meer inzicht te verwerven door het stellen van *vervolgvragen* – in dit geval bijvoorbeeld de vraag of er sprake is van legitieme lange duur van de start van de zorgprestatie.

Figuur 4 *Aansluiting IFZO op FCS bij ambulante zorg*

De start van de zorgprestatie (in FCS) is niet altijd gelijk aan de datum daadwerkelijke opname (uit IFZO)



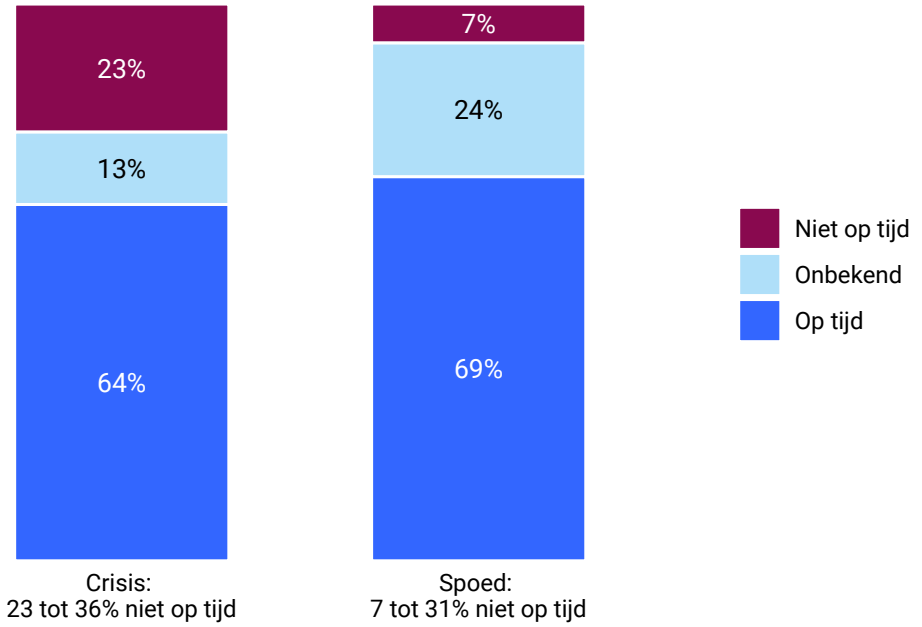
Voorbeeld 2: inzicht in tijdige indicatiestelling van spoed- en crisisgevallen
Ook het combineren van gegevens *binnen* het plaatsingssysteem IFZO kan helpen bij het verwerven van inzicht in de tijdigheid van de forensische zorg. Wij hebben dit gedaan door de IFZO-data over crisis- en spoedplaatsingen uit de periode 2016-2019 te verbinden met de in het systeem beschikbare gegevens over de duur van de indicatiestelling.

Een tijdige indicatiestelling is vooral van belang als er sprake is van een spoed- of crisissituatie waarbij een patiënt dringend zorg nodig heeft in een 24-uurs verblijfs-setting (klinische zorg). Wachttijden zijn dan ongewenst en brengen risico's met zich mee.

Bij crisisplaatsingen is de norm dat de indicatiestelling maximaal 2 werkdagen in beslag neemt; bij spoedplaatsingen mag dit maximaal 5 werkdagen duren (NIFP, 2015; JenV, 2020a). Figuur 5 laat zien hoe vaak deze normen wel en niet worden gehaald.

Figuur 5 *Tijdigheid van spoed- en crisisplaatsingen*

Spoed- en crisisplaatsingen niet altijd binnen de norm



Te zien is dat in de onderzochte periode bij 23% van de *crisisplaatsingen* (703 van de 3.051) de indicatiestelling niet binnen de vereiste 2 dagen is gerealiseerd[10] – en dat het in 13% van de gevallen (i.e. bij 386 plaatsingen) onbekend is of de indicatiestelling op tijd is gerealiseerd. Bij de *spoedplaatsingen* hebben we vastgesteld dat in 7% van de gevallen (319 van de 4.426) de indicatiestelling niet binnen de vereiste 5 dagen is gerealiseerd en dat in 24% van de gevallen (i.e. bij 1.056 plaatsingen) de tijdigheid van de indicatiestelling onbekend is.

5.2 Inzicht in passendheid van de zorg

De Wfz schrijft voor dat de minister periodiek vaststelt of de geleverde forensische zorg aansluit bij de voorgeschreven zorg. De minister doet dit niet. In deze paragraaf laten wij zien dat het wel degelijk mogelijk is om hierin inzicht te krijgen, door gegevens uit het plaatsingssysteem IFZO en het declaratiesysteem FCS te combineren. Wij laten dit opnieuw zien aan de hand van enkele voorbeelden.

We hebben de mate van 'passendheid' van de forensische zorg vastgesteld door te zoeken naar informatie over vier aspecten:

1. Sluit de verleende zorg aan bij de gestelde diagnose?
2. Sluit de verleende zorg aan bij de vereiste verblijfsintensiteit?
3. Sluit de verleende zorg aan bij het vereiste beveiligingsniveau?
4. Sluit de verleende zorg aan bij de gewenste geografische locatie van de zorgverlening?

Voorbeeld 3: inzicht in aansluiting zorg bij diagnose

Om vast te stellen of zorg 'passend' is, is het informatief om te kijken of de diagnose die wordt gesteld tijdens de indicatiestelling van een forensisch zorgtraject, overeenkomt met de diagnose die de zorgaanbieder bij aanvang van de behandeling stelt. En vervolgens is het belangrijk dat de geleverde zorg daar weer bij aansluit. Dit laatste is niet direct af te leiden uit de systemen van het ministerie. Het eerste kan wel: kijken of de diagnosestelling in het IFZO overeenkomt met de diagnose die is opgenomen in het FCS. Door deze vergelijking te maken over de periode 2016-2019, hebben wij vastgesteld dat in 38% van de gevallen (7.148 van de 18.623 plaatsingen)[11] de diagnoses *niet* met elkaar overeenkwamen. Hieraan kunnen plausibele redenen ten grondslag liggen. Zo kan de behandelaar in de zorginstelling langer de tijd hebben om een diagnose te stellen en daardoor op een andere diagnose uitkomen. Ook kan een verklaring zijn dat de factuurcategorieën en diagnose niet goed aansluiten.

Hoe vaak dit soort plausibele verklaringen aan de orde zijn is en hoe vaak er wel degelijk sprake is van afwijkingen tussen indicatiestelling en facturering van verleende zorg, zou nader onderzocht moeten worden door DJI.

Voorbeeld 4: inzicht in aansluiting zorg bij vereiste verblijfsintensiteit en vereist beveiligingsniveau

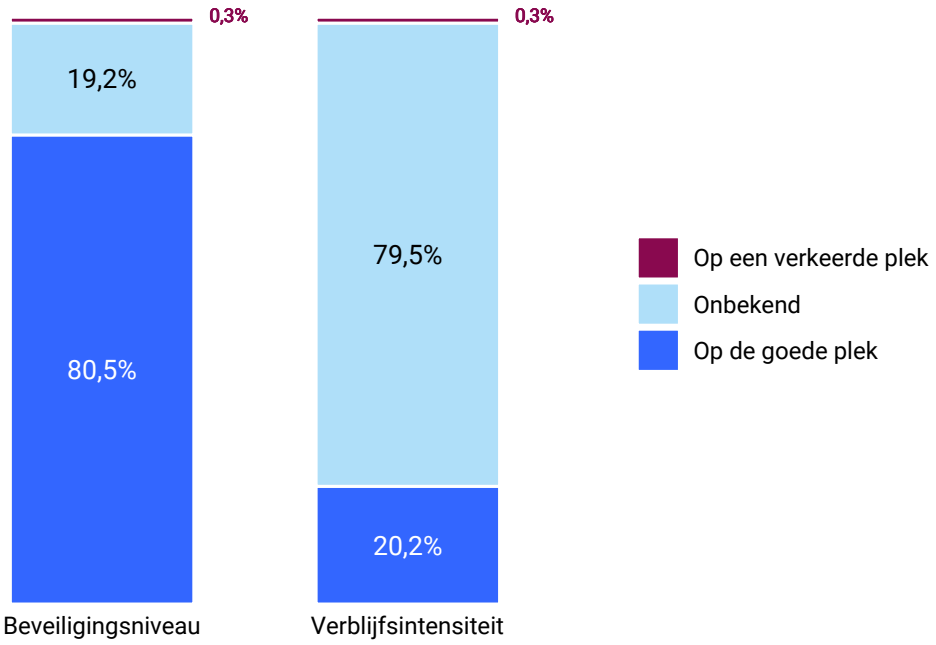
Twee andere aspecten van passendheid van forensische zorg hebben we tezamen onder de loep genomen: komt iemand terecht op een plek die qua verblijfsintensiteit én beveiligingsniveau overeenkomt met hetgeen is voorgeschreven (bijvoorbeeld in het vonnis van de rechter)? De minister voor Rechtsbescherming heeft hier geen aantoonbaar zicht op en informeert het parlement hier ook niet over.[12] Het is op basis van de bij de minister ter beschikking staande data ook niet vast te stellen. Ook hier geldt echter dat het slim combineren en interpreteren van de beschikbare data wel degelijk kan resulteren in inzicht.

Wat we op basis van de IFZO-data immers wél kunnen vaststellen, is hoe vaak een patiënt terechtkomt bij een instelling die het voorgeschreven niveau zorg ‘in huis’ heeft. Dat is binnen de gegeven beperkingen de best mogelijke benadering. Daarbij moet in aanmerking worden genomen dat sommige instellingen slechts 1 type zorg in huis hebben, en andere meer. Dit betekent dat in sommige gevallen met zekerheid kan worden vastgesteld dat iemand goed of juist verkeerd is geplaatst. In andere gevallen is dat niet met zekerheid te bepalen.

Figuur 6 laat informatie zien over de plaatsing van patiënten.

Figuur 6 *Passende zorg qua beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit*

Onzekerheid juiste plaatsing groter bij verblijfsintensiteit dan bij beveiliging



Van ruim 80% van de patiënten in het IFZO-systeem weten we dat ze in een zorgsetting met het juiste beveiligingsniveau terecht zijn gekomen. Als het gaat om het niveau van de zorg (de verblijfsintensiteit), is die zekerheid minder goed te geven. We kunnen van slechts 20% van de patiënten in het systeem met zekerheid vaststellen dat zij in dit opzicht goed zijn geplaatst. Dit komt doordat instellingen vaak verschillende verblijfsintensiteiten ‘in huis’ hebben. De variatie in beschikbare beveiligingsniveaus is doorgaans minder groot.

Van een gering deel van de patiënten (0,3%, oftewel 60 personen) is zeker dat zowel de beveiliging als de zorg in de instelling waar zij zijn behandeld, niet van het juiste niveau zijn.

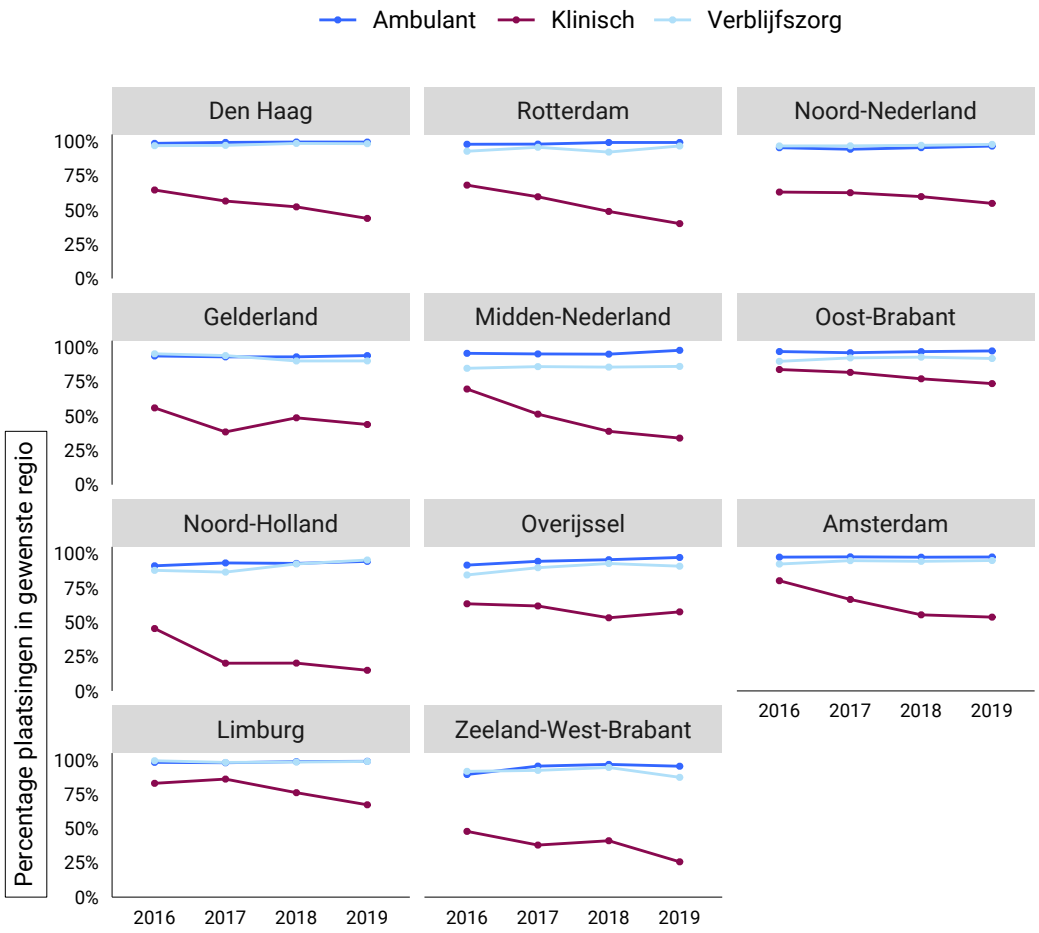
Voorbeeld 5: inzicht in aansluiting zorg op gewenste geografische locatie

In het IFZO staat in welke regio een patiënt bij voorkeur geplaatst moet worden en in het FCS staat in welke regio de patiënt geplaatst is. Door deze data in samenhang te analyseren is vast te stellen hoe vaak patiënten terecht zijn gekomen in de regio die gewenst was. Soms is dit juist in de eigen omgeving van de patiënt, soms is dit juist in een andere omgeving.

Wij hebben deze vergelijking gemaakt over de periode 2016-2019. Figuur 7 laat zien dat het realiseren van de gewenste regio voor de klinische zorg in de onderzochte periode vaak niet is gelukt en op den duur ook steeds lastiger werd. Het ministerie heeft desgevraagd ter verklaring aangegeven dat bij de plaatsing het type zorg belangrijker is dan de gewenste regio.

Figuur 7 *Percentage plaatsingen in de gewenste regio*

Voor klinische zorg is plaatsing in gewenste regio problematisch



5.3 Inzicht in aansluitende nazorg

Een van de doelen van de Wfz is het bewaken van de continuïteit van de forensische zorg. Dit houdt onder meer in dat er goede aansluiting moet zijn tussen de forensische en de reguliere zorg: iemand moet ook na afloop van zijn straf de begeleiding, behandeling of zorg krijgen die hij/zij nodig heeft. In de Wfz (artikel 2.5) is vastgelegd dat een zorgaanbieder 6 weken voorafgaand aan het einde van het forensisch zorgtraject aansluitende zorg moet voorbereiden als dat nodig is. De zorgaanbieder heeft de plicht om vast te stellen of vervolgzorg nodig is en zo ja, om ervoor te zorgen dat de patiënt in vervolgzorg terechtkomt (Memorie van toelichting Wfz, 2010).
De minister voor Rechtsbescherming wordt geacht inzicht te hebben in de mate waarin er in de praktijk wordt voldaan aan de vereiste nazorg voor patiënten.

Wij stellen vast dat de benodigde combinatie van data wordt geblokkeerd door geldende wet- en regelgeving (ter bescherming van de privacy van de patiënt). Relevante informatie over de verleende nazorg is zodoende op dit moment niet boven water te halen. Een ander deel van de benodigde informatie blijkt in het geheel niet beschikbaar te zijn. We lichten een en ander hieronder kort toe.

Combineren data JenV en NZa (nog) niet mogelijk
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de instantie die gegevens bijhoudt over de nazorg aan patiënten die een forensisch zorgtraject hebben doorlopen. Deze gegevens zijn echter geanonimiseerd. Daardoor konden wij de NZa-data niet in samenhang met de data uit het IFZO en het FCS analyseren.

Combinatie van de data is in theorie wel mogelijk als de NZa en DJI zouden besluiten tot data-uitwisseling *voorafgaand* aan de anonimisering. Het ministerie heeft ons echter laten weten dat deze weg in de praktijk niet mogelijk is, omdat de NZa de gegevens over nazorg aan patiënten niet mag delen met DJI. Dit is bepaald in de Wet marktordening gezondheidszorg, die de bevoegdheden van de NZa beschrijft. In artikel 70 van deze wet staat limitatief opgesomd met welke instanties de NZa informatie mag delen; DJI en het Ministerie van JenV staan in deze opsomming niet vermeld.

Geen informatie beschikbaar over Wmo-gefinancierde nazorg
De data die de NZa bijhoudt over aansluitende zorg voor patiënten hebben betrekking op zorg die wordt verleend in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (ggz). Een deel van de patiënten krijgt echter aansluitende zorg die gefinancierd wordt uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hierover zijn volgens de NZa geen data beschikbaar vanwege de decentrale uitvoering door gemeenten.

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk bespreken we de conclusies die voortvloeien uit ons onderzoek. Aansluitend formuleren we enkele aanbevelingen aan de minister voor Rechtsbescherming.

6.1 Conclusies

De minister voor Rechtsbescherming is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wfz. Uit hoofde van deze wet én de Comptabiliteitswet moet de minister vaststellen of het beleid voor de forensische zorg doeltreffend en doelmatig is. Hiervoor heeft de minister informatie nodig. Wij hebben in ons onderzoek vastgesteld dat er veel wordt gemeten en vastgelegd in de forensische zorg. Maar we zien ook dat dit meten niet leidt tot weten. De datasystemen van het Ministerie van JenV geven slechts een gefragmenteerd beeld van het forensisch zorgtraject. Het is niet goed mogelijk om een patiënt van het begin tot en met het eind van het zorgtraject te volgen.

Ons onderzoek leidt tot de conclusie dat de minister voor Rechtsbescherming op dit moment niet weet of de forensische zorg zoals beoogd bijdraagt aan het verminderen van recidive en daarmee aan het verbeteren van de veiligheid van de samenleving. Ook heeft de minister maar beperkt zicht op de mate waarin de verleende forensische zorg voldoet aan de in de Wfz vermelde eisen van tijdigheid, passendheid en kwaliteit. Dit betekent dat de minister niet goed in beeld heeft of er voldoende capaciteit is bij zorgaanbieders, of patiënten de juiste zorg op het juiste moment krijgen, of de verleende zorg van goede kwaliteit is en of er een goede aansluiting is met het eventuele nazorgtraject.

Het is niet zo dat er binnen het ministerie van JenV in het geheel geen aandacht bestaat voor kwaliteitsborging rond de forensische zorg. Deze beperkt zich echter tot de randvoorwaardelijke sfeer. Er wordt bijgehouden of afspraken worden nagekomen die tussen het ministerie en de zorgaanbieders zijn vastgelegd in contracten, meerjarenovereenkomsten, bestuurlijke agenda's en kwaliteitskaders. De vraag of de zorg die aan patiënten wordt verleend in de praktijk tijdig, passend en van voldoende kwaliteit is, kan niet worden beantwoord door de minister.

Om de kwaliteit en de effectiviteit van de forensische zorg te vergroten zijn goede (gecombineerde) data nodig over instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten die van de rechter een forensisch zorgtraject opgelegd hebben gekregen. Aan de hand van dit soort data kan worden vastgesteld of een patiënt tijdig in een zorginstelling terecht is gekomen en of hij/zij daar de zorg heeft gekregen die was voorgeschreven en wat het resultaat van de verleende zorg was. Wanneer de minister beschikt over inzicht in deze aspecten, kan hij eventueel bijsturen. Ook kan de minister het parlement daarover dan beter informeren.

Wij stellen vast dat er binnen het Ministerie van JenV veel data beschikbaar zijn die in de zojuist genoemde aspecten inzicht kunnen bieden. Deze data benut de minister echter vooralsnog onvoldoende als basis voor beleidsinformatie. De minister rapporteert dan ook niet over de inzichten uit deze data aan het parlement.

Voor een deel van de benodigde data geldt dat deze op dit moment niet beschikbaar zijn voor de minister voor Rechtsbescherming als gevolg van wettelijke beperkingen. De minister voor Rechtsbescherming is niet bevoegd om gegevens over uitbehandelde patiënten bij de Nederlandse Zorgautoriteit op te vragen. Hij kan zodoende geen sturingsinformatie verzamelen over de aansluiting van de forensische zorg op reguliere nazorg.

Aan het begin van dit rapport spraken we richting de minister de verwachting uit (a) dat hij vaststelt of er in de praktijk sprake is van tijdige, passende en kwalitatief goede forensische zorg, en (b) dat hij vaststelt of deze zorg daadwerkelijk bijdraagt aan herstel van de patiënt, aan vermindering van (de kans op) recidive en aan bescherming van de samenleving.

Ten aanzien van de beschikbare beleidsinformatie waarmee de minister bovenstaande verwachtingen waar moet maken, geldt dat deze van voldoende kwaliteit moet zijn, op het gebied van betrouwbaarheid, validiteit en relevantie.

Om die reden is onze hoofdconclusie dat aan deze eisen niet voldaan is. Daarmee kan de minister slechts deels voldoen aan zijn verantwoordelijkheden om de Wet forensische zorg naar behoren uit te voeren.

Beter zicht op forensische zorg is mogelijk

In ons onderzoek hebben we vastgesteld dat het mogelijk is om door middel van het beter benutten van data meer inzicht te verkrijgen of patiënten conform de wet tijdige, passende en goede forensische zorg krijgen. Door het combineren van bestaande data laten we bijvoorbeeld zien dat ruim driekwart van de ambulante zorg op of kort na de gewenste aanvangsdatum is begonnen. Dat is relatief goed nieuws. Maar we laten ook zien dat zo'n 1 op de 20 ambulante patiënten meer dan 2 maanden moest wachten.

Op soortgelijke manieren hebben we in dit rapport laten zien dat er knelpunten lijken te zijn in de tijdige aanvang van forensische zorg bij zogenaamde crisis- en spoedplaatsingen. Het gaat hier om dringend noodzakelijke klinische zorg in een 24-uursverblijf situatie. Gebeurt dat niet tijdig dan leidt dat tot risico's voor de maatschappij en betrokken patiënten. We stellen vast dat minimaal 64% van de crisisplaatsingen binnen de gewenste 2 dagen geplaatst wordt. Zeker 23% start te laat. Een relatief hoog percentage dat mogelijk nog een stuk hoger ligt. Bij de spoedplaatsingen vindt minimaal 69% van de plaatsingen binnen de gewenste 5 dagen plaats. Bij zeker 7% lukt dat niet.

Over de mate van passendheid stellen we vast dat in ruim een derde van de gevallen (38%) de geleverde zorg voor een andere diagnose was dan geïndiceerd. Dat lijkt ons aan de hoge kant. We kunnen echter niet uitsluiten dat hier een goede verklaring voor is.

Met behulp van de beschikbare data kunnen we ook vast stellen dat minimaal 80% van de geleverde zorg plaatsvindt in een instelling met het juiste beveiligingsniveau. Het daadwerkelijk niveau ligt hoogstwaarschijnlijk nog een stuk hoger. Of de geleverde zorg ook passend is qua verblijfsintensiteit kunnen we met behulp van de beschikbare gegevens niet goed vaststellen door de gebrekkige datakwaliteit.
Wel kunnen we met behulp van de beschikbare gegevens vaststellen dat het deel van de patiënten dat behandeld wordt in de gewenste regio voor de ambulante forensische zorg hoog tot zeer hoog is. Voor de klinische zorg is dat veel minder het geval. Bovendien is de ontwikkeling afnemend.

Ten slotte stellen we vast dat de minister voor Rechtsbescherming geen zicht heeft op de vraag of patiënten na het einde van de forensische zorg goed doorstromen naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg. En dat terwijl een goede doorstroming een doel is van de Wet forensische zorg, mede met het oog op de veiligheid van de maatschappij. Om die reden heeft dit ons wel verbaasd.

Hoe 'data-savvy' is de overheid?

Onze conclusies over het gebrek aan zicht op de forensische zorg doen bij de argeloze lezer van dit rapport wellicht de wenkbrauwen fronzen. Bij de Algemene Rekenkamer is dat minder het geval. In de afgelopen decennia hebben wij helaas regelmatig moeten vaststellen dat ministers ambitieuze doelstellingen hebben waaraan veel publiek geld wordt besteed. Maar dat er weinig zicht is op de concrete resultaten daarvan. Er zijn veel meer data beschikbaar binnen de rijksoverheid dan 20 jaar geleden. Maar vaak is deze data van slechte kwaliteit waardoor deze beperkt bruikbaar is. De rijksoverheid combineert bovendien data uit dezelfde databases vaak niet om doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid te evalueren en op basis daarvan te leren. Laat staan dat zij eigen data combineert met andere haar tot de beschikking staande data. Bijvoorbeeld bij de aanpak van milieucriminaliteit (Algemene Rekenkamer, 2021a) waar we vaststelden dat de beschikbare data van slechte kwaliteit was. Door opschoning en combineren van data van verschillende overheden konden wij laten zien dat er een relatief kleine groep van veelplegende bedrijven was die niet in beeld was. Soortgelijke conclusies trokken we in onze recente rapporten over arbeidsuitbuiting (Algemene Rekenkamer, 2021b) en over het sociaal domein (Algemene Rekenkamer, 2018). Daar zagen we dat er heel veel informatie is, maar dat deze niet te vergelijken is, en daardoor zeer beperkt bruikbaar, onder andere door het gebrek aan standaardisering. Ook deze gebrekkige standaardisering met als gevolg beperkt bruikbare data speelt breder binnen de rijksoverheid. De rijksoverheid is met andere woorden nog te weinig datagedreven.

6.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen

Wij bevelen de minister voor Rechtsbescherming aan om te zorgen dat hij zicht krijgen op de mate van realisatie van de beleidsambities zoals geformuleerd in de Wet forensische zorg. Hiervoor is het volgende nodig:

1. Concretiseer de doelen voor forensische zorg.
2. Zorg voor goede en goed gecombineerde data en benut deze voor sturing en verantwoording.

7. Reactie minister en nawoord

De minister voor Rechtsbescherming heeft op 10 februari 2022 gereageerd op ons conceptrapport. Hieronder geven we de samengevatte reactie weer. De volledige reactie staat op www.rekenkamer.nl. We sluiten dit hoofdstuk af met een nawoord.

7.1 Reactie minister voor Rechtsbescherming

De minister is het met ons eens dat het van belang is om beter inzicht te krijgen in de effectiviteit van de forensische zorg. De minister onderschrijft ook dat de tussendoelen van de Wet forensische zorg goed uitgewerkt moeten worden en dat er meer datagedreven gewerkt moet gaan worden. Alleen dan kan beter gestuurd worden op de doelen van de Wet forensische zorg. Hij heeft hier de nodige acties al voor in gang gezet. Op basis van de door zijn ministerie samen met DJI en de sector ingezette maatregelen heeft hij er vertrouwen in dat hij onze aanbevelingen opvolgt en dat zij daarmee het inzicht in de doelmatigheid en effectiviteit van forensische zorg verder verbeteren.

Op onze aanbeveling om de doelen te concretiseren geeft de minister aan hiermee bezig te zijn door de ontwikkeling van het kwaliteitskader forensische zorg. Het kwaliteitskader wordt de basis om de kwaliteit van de forensische zorg inzichtelijk te maken en te blijven ontwikkelen. Werken conform de eisen die zijn opgenomen in het kwaliteitskader gaat daardoor sterk bijdragen aan de doelstelling van de Wet forensische zorg om kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving te realiseren. Hieraan is een meerjarig implementatietraject verbonden.

Ten aanzien van passende zorg en voldoende zorgcapaciteit merkt de minister op dat er trajectindicaties worden ontwikkeld. Het doel hiervan is door betere afstemming tussen ketenpartners te komen tot een betere indicatiestelling en (vervolg)plaatsing en tot een vermindering van de administratieve lasten. Vanwege de huidige capaciteitsdruk ziet de minister dat het moeilijker wordt om patiënten passend te plaatsen. De minister spant zich daarom in om de komende periode capaciteitsuitbreidingen bij zorgaanbieders mogelijk te maken.

Ten aanzien van de aansluiting op de reguliere zorg geeft de minister aan dat de Rekenkamer terecht wijst op het feit dat de informatie die nodig is om hier zicht op te verkrijgen niet binnen de justitiële keten beschikbaar is. De minister erkent dat dit wel wenselijk is en onderzoekt momenteel de mogelijkheden daartoe.

De minister onderstreept het belang van datagedreven werken, voor zowel specifiek de forensische zorg als voor de rijksoverheid in den brede. Voor de forensische zorg geeft de minister aan dat DJI werkt aan verbeteringen. De eerste resultaten van deze en andere initiatieven worden medio 2022 verwacht. Er loopt een meerjarig ontwikkeltraject om IFZO door te ontwikkelen naar een patiëntvolgsysteem. Daarmee kan dan veel beter dan nu data worden gegenereerd over hoe patiënten zich bewegen door de keten en of sprake is van passende en tijdige zorg. Deze verbeteringen worden in 2024-2025 verwacht.

Ten aanzien van het zicht op effectiviteit geeft de minister aan dat er inderdaad geen onderzoek is uitgevoerd waarmee een direct verband tussen de forensische zorg en recidivevermindering wordt aangetoond. Dit soort onderzoek is moeilijk.
Wel wordt er gewerkt met interventies die wetenschappelijk onderbouwd zijn wat betreft hun effect op criminogene factoren. En het WODC gaat komende jaren verder met het meerjarige onderzoeksprogramma.

7.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

De minister onderschrijft dat het nodig is om beter inzicht te krijgen in de effectiviteit van de forensische zorg. De minister onderschrijft ook dat de tussendoelen van de Wet forensische zorg goed uitgewerkt moeten worden en dat er meer datagedreven gewerkt moet gaan worden.

Desalniettemin vragen wij ons af of de door de minister genoemde maatregelen leiden tot afdoende zicht op de kwaliteit en de effectiviteit van de geleverde forensische zorg en de knelpunten daarin. Wij onderschrijven het belang van het onderzoeksprogramma waaraan het WODC werkt om het zicht op effectiviteit te vergroten.

We zien dat de minister in zijn reactie verwijst naar het kwaliteitskader zorg. In ons rapport wijzen we er juist op dat dit kader zich te veel richt op randvoorwaardelijke zaken, en te weinig op 4 subdoelen zoals vastgelegd in de Wet forensische zorg: is de zorg tijdig, passend en van voldoende kwaliteit én is er goede aansluiting op de nazorg?

Bijlagen

Bijlage 1 Literatuur

Publicaties

- Algemene Rekenkamer (2018), Wegwijs in het sociaal domein, Den Haag: eigen beheer.
- Algemene Rekenkamer (2021a), Handhaven in het duister, Den Haag: eigen beheer.
- Algemene Rekenkamer (2021b), Daders vrijuit, slachtoffers niet geholpen, Den Haag: eigen beheer.
- Broere, H., K. Crooijmans & T. Gommans (2017). *Evaluatie indicatiestelling en plaatsing forensische zorg 2017*. Rotterdam: Rebel Group.
- WODC (2018). *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum.
- WODC (2020). *Recidive na forensische zorgtrajecten met uitstroom 2013-2015*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum.
- WODC (2021). *Recidive tijdens forensische zorgtrajecten 2013-2017*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum.
- Taskforce behandelduur tbs (2014). *Bevindingen en aanbevelingen*. Den Haag: eigen beheer.
- Financiën (2020). *Brede maatschappelijke heroverwegingen; Zorg voor een veilige omgeving*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2019–2020, 32 359, nr. 4.
- JenV (2019). *Rapport evaluatie prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie*. Den Haag: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Divisie Forensische Zorg / Justitiële Jeugdinrichtingen.

- JenV (2020a). *Handboek forensische zorg 2019*. Den Haag: eigen beheer.
- JenV (2020b). *Bestuurlijke agenda forensische zorg*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2020-2021, 33 628, nr. 77.
- JenV (2021b). 'Mate van onzekerheid facturatie Forensische Zorg boekjaar 2020'. Intern Memo DJI.
- JenV (2021c). *Kwaliteitskader forensische zorg 2021-2024* (concept 0.12). Den Haag: eigen beheer.
- JenV (2021d). Infographic forensische zorg 2021. Den Haag: eigen beheer.
- JenV (zonder datum, a). 'IFZO'. Geraadpleegd op 20 oktober 2021 via www.forensischezorg.nl/indicatiestelling-plaatsing/indicatiestelling/systemen/ifzo.
- JenV (zonder datum, b). 'Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie'. Geraadpleegd op 20 oktober 2021 via www.forensischezorg.nl/beleid/prestatie-indicatoren-forensische-psychiatrie.
- JenV (2021a). Jaarverslag en slotwet Ministerie van Justitie en Veiligheid 2020. Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 35 830 VI, nr. 1.
- NIFP (2015). *Handboek plaatsing klinische zorg*. Den Haag: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.
- NZa (2017). *Monitor continuïteit van forensische zorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- *Programma Continuïteit van zorg* (2017a). Eindrapport Programma continuïteit van zorg. Te raadplegen via www.continuiteitvanzorg.nl.
- *Programma Continuïteit van zorg* (2017b). Rapportage in- en uitstroomgegevens forensische zorg (herhaalde uitvraag over 2015). Houten: Stichting Informatievoorziening Zorg.

Wetgeving

- *Memorie van toelichting Wet forensische zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009-2010, 32 398, nr. 3.
- *Wet forensische zorg*. Wet van 24 januari 2018 tot vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten. Staatsblad 2018, 38.
- *Wet marktordening gezondheidszorg*. Wet van 7 juli 2006, houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg. Staatsblad 2006, 415.

Bijlage 2 Methodische toelichting

Wat hebben we onderzocht?

Probleemstelling

De probleemstelling luidt: heeft de minister voor Rechtsbescherming in voldoende mate zicht op het bereiken van de doelstellingen uit de Wfz?

Onderzoeksvragen

We hebben het onderzoek uitgevoerd aan de hand van de volgende vragen:

1. Heeft de minister voldoende zicht op het bereiken van de doelstellingen uit de Wfz?
2. Zijn er gegevensbronnen waarmee kan worden vastgesteld of de doelstellingen uit de Wfz worden behaald?
3. Zo ja, wat voor beeld bieden die gegevensbronnen?

Aanpak

Wij hebben deze onderzoeksvragen beantwoord door bij het Ministerie van JenV, de betrokken uitvoeringsorganisaties en de Nederlandse Zorgautoriteit data op te vragen over met name indicatiestelling, plaatsing en zorgdeclaraties van patiënten en deze te analyseren. Daarnaast hebben we relevante documenten over kwaliteit en inkoop van de forensische zorg bestudeerd en gesprekken gevoerd met betrokkenen van het ministerie en uitvoeringsorganisaties.

Aanpak data-analyse

Uit verschillende databestanden van het IFZO en het FCS en uit één NZa-databestand hebben we informatie gehaald om zicht te krijgen op de plaatsing van patiënten en op het beschikbare forensische zorgaanbod. Hieronder staan de databestanden beschreven die we hebben gebruikt.

IFZO-Toeleidingen

In het IFZO-databestand 'Toeleidingen' staan alle pogingen tot toeleiding van een patiënt naar een zorglocatie.

Wij hebben alle toeleidingspogingen met startdatum titel in de jaren 2016 tot en met 2019 opgevraagd en gekregen (zie tabel).

Aantal	Toeleidingspogingen (plaatsingsbesluitnummers)
Toeleidingspogingen	105.671 * *(waarvan 84.205 plaatsingen)*
Waarvan:	
- Klinisch	21.087
- Verblijfszorg	16.746
- Ambulant	66.899
- Overige	939

* Bij 105.671 plaatsingsbesluitnummers vinden wij 34.137 unieke strafrechtketennummers, dat wil zeggen individuele personen.

IFZO-Zorgaanbod

In het IFZO-databestand 'Zorgaanbod' staan alle soorten zorg die gecontracteerde zorgaanbieders voor forensische zorg in Nederland aanbieden. De soorten zorg zijn verbijzonderd op doelgroep/leeftijd, beveiligingsniveau, type problematiek, regio enzovoort.

De IFZO-databestanden 'Toeleidingen' en 'Zorgaanbod' hebben we gecombineerd op zorglocatie en periode waarbinnen de zorglocatie actief was. In het IFZO staat wel op welke zorglocatie iemand terechtkomt, maar niet welke zorgtype hij/zij daadwerkelijk binnen die locatie heeft gekregen. Elke zorglocatie heeft bovendien verscheidene typen zorgaanbod. Dus na combineren weten we alleen of iemand is geplaatst op een locatie waar het voor hem/haar benodigde zorgaanbod aanwezig is (en nog niet of hij/zij het benodigde type zorg daadwerkelijk heeft gekregen).

FCS-Gefactureerde zorg

Op basis van onze lijst strafrechtketennummers en plaatsingsbesluitnummers (uit het IFZO) heeft DJI uit het facturatiesysteem (FCS) data gehaald waarin de gefactureerde zorg is te vinden. Deze data – gecombineerd met de IFZO-data – biedt meer zicht op welke soort zorg er is gekregen (we hebben niet gecontroleerd of de gefactureerde zorg ook geleverde zorg is). Dit leverde 72.168 plaatsingen op met 31.380 unieke strafrechtketennummers (personen).

NZa-data

Op basis van een soortgelijke uitvraag als bij het IFZO (starters in de forensische zorg in de periode 2016 tot en met 2019) heeft de NZa ons een databestand geleverd met 36.565 starters in de forensische zorg, op basis van de NZa-systemen

(DIS en Vektis). Deze data wilden wij hebben om zicht te krijgen op de aansluiting van de reguliere nazorg op de forensische zorg. De ambitie was om hier ook data te combineren via strafrechtketennummers en toeleidingsnummers, maar dit bleek problematisch door ontbreken van gegevens en door verouderde identificatienummers.

Bijlage 3 Normen

In deze bijlage geven we een beeld van de normen die we hanteren in dit onderzoek. De gehanteerde normen gaan over de kwaliteit van de beleidsinformatie. Onder 'beleidsinformatie' verstaan we gestructureerde en toegelichte informatie over:

- de doelstelling(en) van beleid,
- de beoogde en/of gerealiseerde effecten van beleid,
- de daartoe te leveren en/of geleverde prestaties en
- de daarmee gemoeide kosten.

Beleidsinformatie is dus gerelateerd aan alle fasen van het beleidsproces. Bruikbare beleidsinformatie is van groot belang voor het lerend vermogen van de overheid. Ze is ook nodig om het beleid goed te kunnen voorbereiden, uit te voeren en te evalueren. Bruikbare beleidsinformatie ondersteunt de bedrijfsprocessen en waarborgt democratische, juridische en historische waarden. Een goed functionerende informatiehuishouding – het totaal aan regels en voorzieningen gericht op de informatiestromen en op de opslag en/of archivering van informatie – is hiervoor een belangrijke voorwaarde.

Hoofdnorm: beleidsinformatie moet van voldoende kwaliteit zijn.

Voor de beoordeling van de kwaliteit van de beleidsinformatie onderscheiden we de totstandkoming van informatie en de presentatie van informatie.

Totstandkoming van beleidsinformatie

- Beleidsinformatie moet betrouwbaar tot stand zijn gekomen.
- Begrippen moeten valide gemeten worden, dat wil zeggen: begrippen moeten zodanig geoperationaliseerd en gemeten zijn, dat je meet wat je wilt meten.
- Beleidsinformatie moet ordelijk en controleerbaar tot stand gekomen zijn. Het proces van totstandkoming moet achteraf te reconstrueren zijn.

Presentatie van beleidsinformatie

Relevantie:

- De beleidsinformatie moet volledig zijn. Dat wil zeggen dat, gelet op de doelen van het beleid, alle informatie om te sturen, leren of verantwoorden beschikbaar moet zijn.
- De beleidsinformatie moet actueel zijn.
- De benodigde beleidsinformatie moet op tijd beschikbaar zijn.

Transparantie:

- De beleidsinformatie moet toegankelijk zijn voor de gebruikers ervan.
- De beleidsinformatie mag niet voor meer dan één uitleg vatbaar zijn.
- De beleidsinformatie moet evenwichtig (eerlijk, objectief en gebalanceerd) worden gebruikt.
- De overheid moet inzicht geven in de kwaliteit van de gebruikte gegevens en de herkomst ervan.

Vergelijkbaarheid:

- Consistentie in de tijd.
- Consistentie tussen onderdelen van het beleidsproces.
- Consistentie tussen verschillende informatiebronnen.

Bijlage 4 Aanbevelingen en toezeggingen

Aanbevelingen	Toezeggingen
1. Concretiseer de doelen voor forensische zorg.	1. Op onze aanbeveling om de doelen te concretiseren geeft de minister aan hiermee bezig te zijn door de ontwikkeling van het kwaliteitskader forensische zorg. Het kwaliteitskader wordt de basis om de kwaliteit van de forensische zorg inzichtelijk te maken en te blijven ontwikkelen. Werken conform de eisen die zijn opgenomen in het kwaliteitskader gaat daardoor sterk bijdragen aan de doelstelling van de Wet forensische zorg.
2. Zorg voor goede en goed gecombineerde data en benut deze voor sturing en verantwoording.	2. De minister onderstreept het belang van datagedreven werken. DJI werkt aan verbeteringen. De eerste resultaten van deze en andere initiatieven worden medio 2022 verwacht. Er loopt een meerjarig ontwikkeltraject om IFZO door te ontwikkelen naar een patiëntvolgsysteem. Daarmee kan dan veel beter dan nu data worden gegenereerd over hoe patiënten zich bewegen door de keten en of sprake is van passende en tijdige zorg. Deze verbeteringen worden in 2024-2025 verwacht. Ten aanzien van de aansluiting op de reguliere zorg geeft de minister aan dat de Rekenkamer terecht wijst op het feit dat de informatie die nodig is om hier zicht op te verkrijgen niet binnen de justitiële keten beschikbaar is. De minister erkent dat dit wel wenselijk is en onderzoekt momenteel de mogelijkheden daartoe.

Bijlage 5 Eindnoten

1 In dit rapport spreken we over ‘patiënt(en)’. We doelen daarmee op mensen die vanwege complexe psychiatrische problematiek grensoverschrijdend gedrag vertonen en daarvoor behandeld worden in de forensische zorg.

2 Tbs staat voor: terbeschikkingstelling van de staat. Het is een specifieke beveiligingsmaatregel die de rechter aan een delinquent met een psychiatrische stoornis kan opleggen om de samenleving te beschermen.

3 Niet gecorrigeerd voor inflatie.

4 In 2007 is de verantwoordelijkheid voor het stelsel van forensische zorg overgegaan van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) naar de minister van JenV.

5 Vaak van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).

6 Bij de vaststelling van dit veel hoger recidiverisico bij de trajecten met detentieperiode dan bij de ambulante trajecten heeft het WODC gecorrigeerd voor een zwaarder strafrechtelijk verleden, eventuele demografische verschillen en eventuele verschillen in psychopathologie.

7 Als rekening wordt gehouden met het legitiem afwezig zijn van deze einddatum, bijvoorbeeld wanneer tbs is opgelegd, ontbreekt deze einddatum nog steeds bij 23% van de plaatsingen.

8 In hoofdstuk 5 laten wij op basis van deze combinatie een aantal illustraties zien van geleverde forensische zorg.

9 In ons onderzoek hebben wij zo veel mogelijk rekening gehouden met het lang na-ijlen van de declaraties waarmee het FCS wordt gevuld.

10 Na die 2 dagen lukt het blijkens de IFZO-data vaak in de dagen erna. In enkele gevallen duurt het echter maanden of zelfs jaren voordat de indicatiestelling rond is.

11 We kijken hierbij alleen naar de klinische plaatsingen.

12 Het ministerie verwijst in dit verband naar het systeem QlikView, maar heeft ons hiervan geen rapportage kunnen leveren.

Algemene Rekenkamer
Afdeling Communicatie
Postbus 20015
2500 EA Den Haag
070 342 44 00
voorlichting@rekenkamer.nl
www.rekenkamer.nl

De tekst in dit document is
vastgesteld op 25 februari 2022.
Dit document is op 23 maart 2022
aangeboden aan de
Tweede Kamer.

Kijk op onze website voor eerdere
publicaties van de Algemene
Rekenkamer op het beleidsterrein
van het ministerie van JenV.

Foto omslag: Corné Sparidaens

Den Haag, maart 2022