

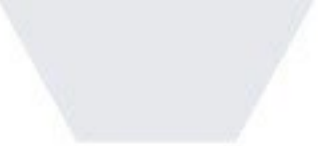
Toekomstverkenning sector Forensische Zorg

Startpunt voor prioritering, richting en
strategische samenwerking



Inhoud

Managementsamenvatting	4
Omgevingsverkenning	4
Kernonzekerheden en scenario's	6
Inzichten in handelingsrichtingen voor de sector	7
Omgang met extreme omstandigheden.....	10
1. Inleiding.....	11
2. Methode en proces	13
2.1. 'Het hele systeem in een kamer'	13
2.2. Scenariodenken	13
2.3. Proces	14
3. Omgevingsverkenning	16
Cluster 1: Capaciteit	16
Cluster 2: Maatschappelijke houding en beeldvorming	19
Cluster 3: Daderprofiel	21
Cluster 4: Samenleving en zorglandschap	23
Cluster 5: Technologie en innovatie	26
4. Overzicht van de toekomstscenario's	28
4.1. Kernonzekerheden	28
4.2. Scenariomatrix	30
4.3. Samenvatting van de scenario's	30
5. Doorrekeningen implicaties van de scenario's.....	33
5.1. Beschouwde reservoirs	34
5.2. Uitkomsten modelsimulaties per reservoir	35
6.3. Conclusies op basis van de simulaties	39
6. Inzichten handelingsrichtingen forensische zorgsector.....	43
6.1. Inzetten op technologie	44
6.2. Gericht meten en monitoren effecten en resultaten forensische zorg	45
6.3. Flexibiliteit inbouwen voor fluctuerend beroep op forensische zorg	45
6.4. Investeren in samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein	46
6.5. Investeren in samenwerking met het gevangeniswezen	48
6.6. Draagvlak versterken door het belang van forensische zorg te laten zien	49
7. Opties voor omgang met extreme omstandigheden	50
Bijlage 1: Visueel overzicht van het doorlopen proces	52
Bijlage 2: Scenarioteksten	53
Scenario A: Hoge hekken, dikke muren	53



Scenario B: Water en brood	57
Scenario C: Alle goede bedoelingen ten spijt	60
Scenario D: Yes, in my backyard!	63
Bijlage 3: Optietabel.....	66
Bijlage 4: Literatuurlijst	69
Bijlage 5: Toelichting doorrekeningen.....	71
Colofon	107



Managementsamenvatting

In opdracht van het Bestuurlijk Overleg (BO) Forensische Zorg heeft een brede groep partners uit de forensische zorgsector in de periode februari-mei 2023 een **toekomstverkenning** uitgevoerd. Aanleiding voor de toekomstverkenning is de veelheid aan onzekere externe ontwikkelingen waarmee de forensische zorg op dit moment te maken heeft. Deze ontwikkelingen hebben geleid tot een hoge capaciteitsdruk in het FZ-stelsel, vanwege personeelstekorten, een hoge instroom en een stokkende uitstroom. Door in deze toekomstverkenning vooruit te denken en te anticiperen zijn de sectorpartners gezamenlijk tot inzichten gekomen over hun prioriteiten, handelingsrichtingen en mogelijkheden voor strategische samenwerking richting de toekomst. Deze verkenning vormt daarmee het startpunt voor het vormgeven van een Meerjarenagenda.

Om op een gedegen wijze vooruit te kijken naar de toekomst hebben de deelnemende sectorpartners gebruik gemaakt van de methode van het **scenariodenken**. De kern van deze methode is dat niet wordt uitgegaan van één verwachte of gehoopte toekomst, maar dat verschillende mogelijke toekomstbeelden worden uitgewerkt en doordacht. Door meervoudig – en soms in extremen – over de toekomst na te denken, konden de deelnemers hun gezamenlijke kennis mobiliseren, hun denkkaders oprekken en grip krijgen op de onzekerheid waarmee de forensische zorgsector op dit moment te maken heeft. In de verkenning is steeds vooruitgekeken naar het jaar 2035.

De toekomstverkenning is uitgevoerd in een **proces van drie fasen**, waarbij in elke fase via een bijeenkomst de inbreng van de deelnemende partners is opgehaald. Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst is ook een enquête onder de deelnemers verspreid. De inbreng van de deelnemers is aangevuld met enig deskresearch en doorrekeningen van de uitgewerkte scenario's. Dit document vat de opbrengsten van het proces samen. De drie doorlopen fasen zijn:

1. Het verkennen van de omgeving op relevante externe trends en ontwikkelingen;
2. Het creëren en uitwerken van toekomstscenario's;
3. Het formuleren van strategische handelingsopties en inzichten voor een gezamenlijke organisatie van een toekomstbestendige forensische zorg.

Omgevingsverkenning

In de eerste fase (de omgevingsverkenning) hebben de deelnemers middels een *quickscan* de blik naar buiten gericht en zo de relevante **trends en ontwikkelingen** in kaart gebracht die zich voltrekken in de externe omgeving van de forensische zorg en die relevant zijn richting 2035. Het ging daarbij om ontwikkelingen waarop de sector zelf geen of nauwelijks invloed heeft. De ingebrachte trends en ontwikkelingen zijn vervolgens onderverdeeld in **vijf clusters**:

1. Capaciteit

De druk op het forensische zorgstelsel is sinds 2017 toegenomen door een steeds hogere instroom en een oplopend tekort aan personeel. De instroom neemt toe doordat rechters vaker tbs of overige forensische zorg (OFZ) opleggen. Tegelijkertijd zorgt de krapte op de arbeidsmarkt ervoor dat zorginstellingen moeite hebben om gekwalificeerd personeel te vinden en vast te houden. De bemensing, kwaliteitshandhaving en continuïteit van behandeling komen daardoor in het gedrang. De huidige problematiek in de bouwsector belemmert de capaciteitsuitbreiding van zorginstellingen en draagt daarmee bij aan de stokkende doorstroom.

2. Maatschappelijke houding en beeldvorming

De behoefte aan forensische zorgcapaciteit vertoont sinds de invoering van de tbs in de jaren 1920 een golfbeweging. Die is het gevolg van een continu veranderende maatschappelijke afweging tussen drie elementen: beveiliging van de samenleving, behandeling van de patiënt en rechtsbescherming van de verdachte of veroordeelde. Doordat de wettelijke omschrijving van een strafrechtelijke maatregel bewust vrij open is gelaten, is de maatregel gevoelig voor veranderende ideeën in de samenleving. Na een hoogtepunt in 2007/2008 daalde de behoefte aan forensische zorg tot circa 2017, waarna de ruchtmakende moord op Anne Faber en het ‘Michael P.-effect’ zorgden voor een hernieuwde toename aan opleggingen. Door de kracht van beeldvorming kunnen ernstige incidenten een sterke weerslag hebben op de strafvoorkeur van rechters. Ook lijkt de risicotolerantie in de samenleving lager te worden, waardoor meer sancties worden opgelegd en de behandelduur gemiddeld langer wordt.

3. Daderprofiel

De FZ-populatie is de afgelopen jaren op verschillende manieren van gezicht veranderd, met name als gevolg van vergrijzing, migratie en verdichting. Daarnaast lijkt de groeiende sociaal-economische ongelijkheid in de Nederlandse samenleving te leiden tot een over het algemeen complexere zorgvraag van FZ-patiënten. De vergrijzing van de FZ-populatie gaat gepaard met een hogere (somatische) zorgvraag en een toenemende behoefte aan passende wooneenheden. ‘Verdichting’ houdt in dat in de klinische FZ een steeds hoger aandeel patiënten met zeer complexe problematiek kampt. Verder groeit het aandeel FZ-patiënten met een lichte verstandelijke beperking of een middelenverslaving. Zo is bij meer dan een derde van de populatie in de FZ sprake van een vermoeden van een verstandelijke beperking (al dan niet met ernstige gedragsproblemen).

De ontwikkeling van misdadcijfers vertoont geen directe correlatie met de instroom in de forensische zorg, maar kan daarop wel van invloed zijn. Na een spectaculaire stijging tussen 1970 en 1990 is de misdaad in Nederland sinds 2010 sterk afgenomen. De oorzaak van deze daling – die ook elders in Europa is terug te zien – is nog onderwerp van debat.

4. Samenleving en zorglandschap

De Nederlandse samenleving wordt steeds complexer en ongelijker. Mensen in kwetsbare situaties worden daardoor overvraagd, waardoor de kans op agitatie en de vatbaarheid voor criminaliteit bij deze groepen toeneemt. Hoewel de jeugdcriminaliteit daalt, stijgt de ernst van de delicten die worden gepleegd door jongeren. Door de problematiek in de jeugdzorg ontstaat een kans dat jeugdigen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben en daardoor een hoger risico lopen in de criminaliteit terecht te komen.

De capaciteitsdruk op de forensische zorg wordt mede beïnvloed door de mate waarin het reguliere zorgveld (met name de ggz) functioneert, vanwege de preventieve werking die bijvoorbeeld uit kan gaan van behandeling in de ggz m.b.t. delict gedrag. Preventief beleid om de instroom in de forensische zorg te beperken is echter ingewikkeld vanwege de domeinoverstijgende aard van de problematiek en de beperkte aantoonbaarheid van het effect van preventie van maatregelen die gericht zijn op het voorkomen van delict gedrag. Ook is het gat tussen de forensische zorg en de reguliere zorg groter geworden door druk op de capaciteit, onder meer door minder aanbod van (hoog)beveiligde (klinische) zorg.²

² Het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen is tussen 2008 en 2019 met ruim 30% (6000 plekken) afgenomen als onderdeel van de ingezette koers tot ambulantisering. [Ambulantisering van de GGZ](#). Uitkomsten van monitoronderzoek 2012-2019. Trimbosinstituut, pagina 3.

De overheidsuitgaven aan de forensische zorg zijn tussen 2016 en 2020 met ruim 20% gestegen vanwege de toegenomen behoefte en de verdichting van de patiëntenpopulatie. De verwachting is dat deze kosten verder zullen blijven stijgen. De olopende kosten vormen echter geen aanleiding om het forensische zorgstelsel in zijn opzet te wijzigen.

5. Technologie en innovatie

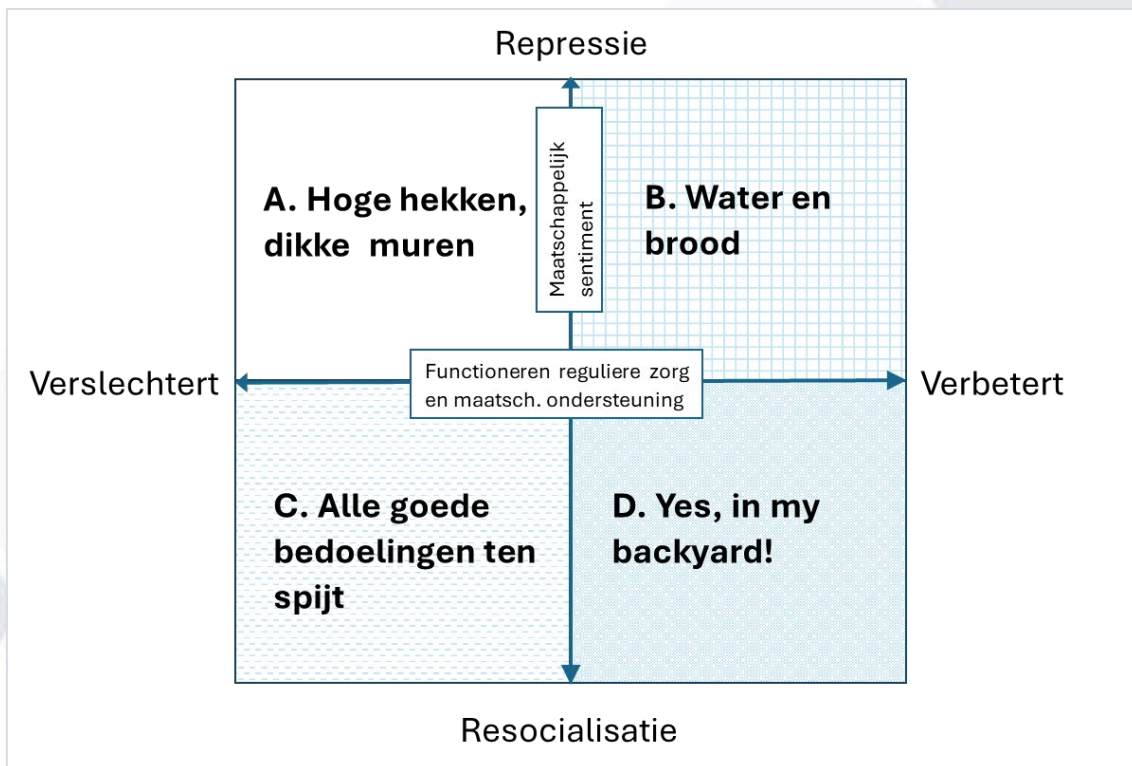
Opkomende technologische ontwikkelingen kunnen goede toepassingen voor de forensische zorg opleveren, bijvoorbeeld voor het verwerken van data en administratie en het verbeteren van beveiliging en kwaliteit.

Kernonzekerheden en scenario's

Op basis van de omgevingsverkenning hebben de deelnemende sectorpartners vier toekomstscenario's uitgewerkt. Daarvoor stelden zij eerst **twee kernonzekerheden** op, die naar hun oordeel richting 20235 het meest invloedrijk en het meest onzeker waren. De kernonzekerheden luiden:

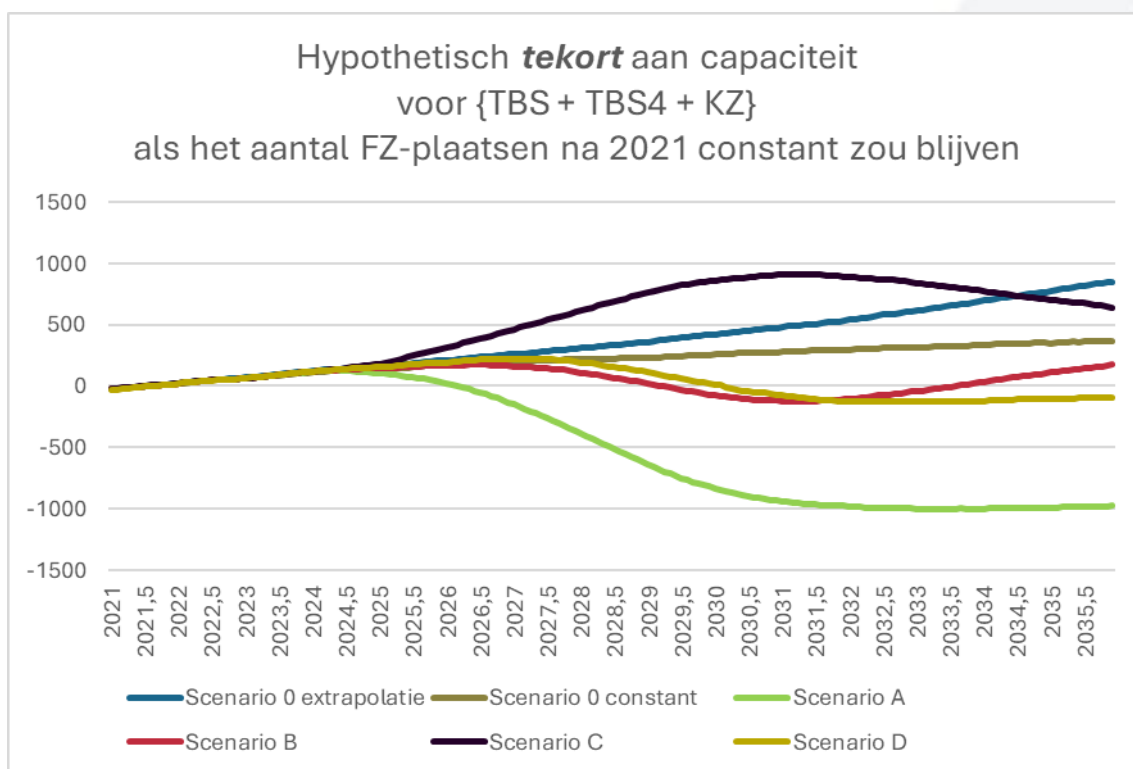
1. **Maatschappelijk sentiment:** Raakt het maatschappelijk sentiment ten aanzien van mensen die een misdrijf plegen gericht op *repressie*, of op *resocialisatie*? Dit beïnvloedt de mate waarin de samenleving beroep doet op de forensische zorg en de succeskans van de terugkeer in de maatschappij van voormalige FZ-patiënten.
2. **Functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning:** *Verbeter*t of *verslechter*t het functioneren van de reguliere zorg en de maatschappelijke ondersteuning? Dit beïnvloedt de mate waarin de preventieve werking van de zorg de instroom in de forensische zorg beperkt en de uitstroom van forensische patiënten naar de reguliere zorg.

Door de kernonzekerheden te plotten in een assenkruis ontstonden **vier mogelijke toekomstscenario's**, met steeds een andere combinatie van uitkomsten van de kernonzekerheden:



Deze kwadranten vormden voor de deelnemers de basis van vier scenario's, die zij nader hebben doordacht en uitgewerkt. Vanwege de aard van de methode kregen de scenario's al snel een enigszins overdreven, tot in extremen doorgevoerd karakter. Zo konden de deelnemers hun denken oprekken om ook voor onvoorziene en schijnbaar onwaarschijnlijke mogelijke toekomst tot handelingsopties te komen.

Op basis van de scenario-omschrijvingen en historische data zijn de **mogelijke kwantitatieve gevolgen** voor de forensische zorgsector voor elk van de vier scenario's doorgerekend, en daarnaast voor twee *business-as-usual*-varianten. In de simulatie deed zich in vier van de zes scenario's, waaronder de *business-as-usual*-scenario's, een toekomstig tekort aan capaciteit in de tbs en klinische forensische zorg voor. De scenario's waarin de reguliere zorg en jeugdzorg beter functioneren, pakken voor de capaciteitsdruk in de forensische zorg gunstiger uit dan de *business-as-usual*-scenario's.



Inzichten in handelingsrichtingen voor de sector

Na het opstellen van de scenario's zijn de deelnemers nagegaan welke **handelingsrichtingen/opties** voor de sector effectief zouden zijn in de verschillende mogelijke toekomst. De door hen ingebrachte opties zijn gebundeld in een optietabel en vervolgens ondergebracht in zes thematische clusters. Voor elk van de clusters is een overkoepelend **inzicht** voor de sector geaggregeerd over hoe de partners gezamenlijk vorm kunnen geven aan een toekomstbestendige forensische zorg.

Cluster	Inzicht voor handelingsrichting
Technologie	Inzetten op technologie
Informatie	Gericht(er) meten en monitoren
Op- en afschalen	Flexibiliteit inbouwen om met het fluctuerende beroep op de forensische zorgcapaciteit om te kunnen gaan
Samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein	Investeren in samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein
Samenwerking met het gevangeniswezen	Investeren in samenwerking met het gevangeniswezen
Communicatie	Actief de resultaten van de forensische zorg onder de aandacht brengen

1. Inzetten op technologie

Het gebruik van al dan niet nieuwe technologie is essentieel voor het toekomstbestendig houden van de forensische zorg. Technologie kan bijdragen aan het verlagen van de (administratieve) werkdruk, het ondersteunen van personeel bij werkzaamheden, het efficiënter inrichten van processen, en aan surveillance, controle en behandeling van forensisch patiënten. De mogelijkheden voor de inzet van technologie hangen deels af van de toekomstige maatschappelijke kijk op forensische zorg.

2. Gericht(er) meten en monitoren

Om nu en in de toekomst de forensische zorg te kunnen verbeteren en het draagvlak voor forensische zorg te kunnen behouden, is het essentieel dat de sector sterker inzet op het effectief meten en monitoren van de effecten en resultaten van forensische zorg, om op die manier bruikbare sturingsinformatie te vergaren. De verzamelde informatie kan ook beschikbaar gesteld worden aan de wetenschap.

3. Flexibiliteit inbouwen voor fluctuerend beroep op forensische zorg

Doordat de benodigde capaciteit van het forensische stelsel van vele factoren afhankelijk is en over tijd fluctueert, is de capaciteitsbehoefte richting de toekomst in enige mate onzeker. In de meeste scenario's loopt de capaciteitsdruk op. Onderzoek laat zien dat de behoefte aan plekken in de forensische zorg golfbewegingen kent. Daarom is het inbouwen van opwaartse en neerwaartse flexibiliteit in de capaciteit van het stelsel essentieel voor een toekomstbestendige forensische zorg en verantwoord gebruik van publieke middelen. Afhankelijk van de situatie kan een capaciteitsaanpassing nodig zijn voor het stelsel als geheel of binnen een specifiek onderdeel ervan.

Om de flexibiliteit en wendbaarheid binnen het stelsel te vergroten, kan de sector nader inzetten op het doorbreken van de huidige schotten tussen instanties, domeinen en clusters, zodat bestaande capaciteit optimaler benut kan worden onder wisselende omstandigheden. Indien de forensische zorgsector te maken blijft houden met schaarste aan (forensisch) zorgpersoneel is het essentieel dat het beschikbare personeel zich kan richten op haar operationele kerntaken doordat de administratieve lasten verlaagd, verlegd of geautomatiseerd worden. Als vraag en aanbod in de forensische zorg (te) ver uit elkaar komen te liggen, kan de sector genooddaakt zijn om triage of zelfs een opnameplafond toe te passen.

4. Investeren in samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein

Voor het waarborgen van de continuïteit en het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning zou de samenwerking tussen de forensische zorgsector en andere partijen in de reguliere zorg en het sociaal domein versterkt kunnen worden. Gezien de vergrijzing binnen de forensische zorgpopulatie is het ook raadzaam om de samenwerking met aanbieders van somatische en (psycho-)geriatrie te versterken. De sector kan meer samen optrekken met aanverwante sectoren als de jeugdzorg en reguliere ggz, het belang van het goed functioneren van deze sectoren benadrukken en pleiten voor investeringen in deze sectoren om oplopende kosten in de strafrechtketen en forensische zorg te vermijden. Om meer integraal te kunnen werken kan het bevorderlijk zijn gescheiden zorgstelsels en -routes te integreren, ook in financiële zin. De sector kan ervoor pleiten dat zorgbudgetten de cliënt volgen, in plaats van het zorgdomein.

Het is denkbaar dat in de toekomst bepaalde forensische zorgmaatregelen en behandelingen (moeten) worden overgeheveld naar reguliere zorginstellingen. De sector kan dan bijdragen aan kennisoverdracht over deze patiënten en behandelingen. De huidige regelgeving biedt momenteel al de mogelijkheid tot uitwisseling van gegevens als daartoe een noodzaak is, maar van deze mogelijkheid lijkt in de sector vooralsnog weinig gebruik te worden gemaakt. Dit kan de sector verbeteren. Indien in de toekomst meer zorgtaken noodgedwongen worden opgepakt door niet-professionals, is het essentieel voor de sector om forensische kennis aan hen over te dragen, gezien de kwetsbaarheid en de risico's van de forensische populatie.

5. Investeren in samenwerking met het gevangeniswezen

Voor het ontwikkelen van een toekomstbestendige forensische zorgketen is een nauwere samenwerking en nadere ontschotting met betrekking tot het gevangeniswezen gewenst. Om zich op toekomstige ontwikkelingen voor te bereiden kan de sector in samenwerking met het gevangeniswezen alternatieve vormen van detentie verkennen en ontwikkelen. Indien forensische zorg in de toekomst vooral wordt ingezet ter beveiliging van de samenleving, kan de wens ontstaan om meer forensische zorgbehandelingen binnen penitentiaire inrichtingen uit te voeren. De sector dient dan met het gevangeniswezen samen te werken om de capaciteit in penitentiaire inrichtingen op te schalen en benodigde aanpassingen te doen aan bestaande instellingen.

6. Draagvlak versterken door het belang van forensische zorg te laten zien

Voor het in stand houden en toekomstbestendig maken van de forensische zorg is voldoende draagvlak essentieel. Incidenten kunnen via negatieve beeldvorming het draagvlak schaden, terwijl de forensische zorg via het verminderen van recidive juist bijdraagt aan een grotere (objectieve) veiligheid. De sector heeft al aandacht voor het vergroten van het draagvlak, maar er liggen nog kansen om het belang en de successen van de forensische zorg meer en blijvend onder de publieke aandacht te brengen.

Omgang met extreme omstandigheden

De scenario's en doorrekeningen laten zien dat het denkbaar is dat de sector in de nabije toekomst met dusdanig beperkende externe omstandigheden te maken krijgt dat ze de gevraagde forensische zorg niet meer (tijdig) kan leveren. Een van de belangrijkste beperkende factoren voor de sector is momenteel de krappe arbeidsmarkt, terwijl prognoses voor de komende tien jaar wijzen op een onverminderd sterke toename van het arbeidstekort in de zorg. Daarmee rijst de vraag wat de sector kan doen als ze vanwege externe omstandigheden als de krappe arbeidsmarkt niet meer in de maatschappelijke vraag naar forensische zorg kan voorzien. In de toekomstverkenning hebben deelnemers daarvoor al enige handelingsopties ingebracht (trieren, zorgaanbod versoberen, externe verantwoording minimaliseren en het omvormen van strafmaatregelen makkelijker maken), maar het kan raadzaam zijn om als sector nader over deze vraag na te denken en in dialoog te treden.

1. Inleiding

Dit document is het resultaat van een toekomstverkenning voor de sector Forensische Zorg (FZ) die in de periode februari-mei 2023 door de sector is uitgevoerd. Het vat de inzichten van de sector samen over toekomstige prioriteiten, handelingsrichtingen en mogelijkheden voor strategische samenwerking, en vormt daarmee een startpunt voor het verder vormgeven en onderbouwen van deze thema's in een meerjarenagenda.

Forensische zorg is een essentieel en effectief onderdeel van de sanctietoepassing in Nederland en levert een belangrijke bijdrage aan de veiligheid van de samenleving. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijke gezondheidszorg voor mensen met een psychische of psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen. Een rechter kan dan een persoon die een delict gepleegd heeft, veroordelen tot het ondergaan van zorg. Het doel van forensische zorg is het voorkomen van recidive. Dat wil zeggen dat men de kans wil verkleinen dat iemand na het ondergaan van forensische zorg opnieuw een strafbare handeling pleegt. Dit wordt gedaan door patiënten te behandelen en begeleiden zodat zij weer kunnen functioneren in de maatschappij. In Nederland bepaalt de rechter dat zorg een onderdeel wordt van het strafrechtelijke kader. Er worden jaarlijks ongeveer 20.000 mensen behandeld in de forensische zorg. Rond de 1500 in het kader van een tbs maatregel, het overgrote deel op een andere forensische titel.

Resocialisatie, recidivevermindering, vergelding en beveiliging van de maatschappij zijn belangrijke strafdoelen. Doordat psychische problemen achter strafbaar gedrag worden aangepakt met hoogwaardige behandeling, begeleiding en beveiliging op maat, draagt forensische zorg bij aan het terugdringen van het recidiverisico., Het vinden van een goed evenwicht tussen beveiliging, behandeling en rechtsbescherming binnen de forensische zorg vraagt daarom continue aandacht.

Het veld van de forensische zorg heeft op dit moment te maken met een aantal al dan niet onzekere externe ontwikkelingen die van grote invloed kunnen zijn op het stelsel. Het gaat daarbij om ontwikkelingen op het gebied van ondermijning, rechtspraak, wetgeving, politiek en zorg, die de instroom in de forensische zorg positief of negatief (kunnen) beïnvloeden, evenals de mate waarin de sector aan de vraag kan voldoen. Zo heeft de forensische zorgsector onder andere te kampen met personeelstekorten als gevolg van de huidige krapte op de arbeidsmarkt, en met een stokkende door- en uitstroom doordat het moeilijk is om passende vervolgzorg te vinden. Dit laatste onder meer door de toegenomen aantallen mensen met een verslaving of verstandelijke beperking. De algemene problemen in de bouwsector dragen ondertussen bij aan knelpunten bij uitbreidingen van de capaciteit voor forensische zorg.

In de 'Voortgangsbrief forensische zorg' van 31 januari jl. merkte de minister voor Rechtsbescherming de capaciteitsdruk aan als grootste uitdaging voor de forensische zorg op dit moment. In deze brief kondigde de minister een toekomstverkenning aan om te onderzoeken welke maatschappelijke ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de toekomst van de forensische zorg, en welke handelingsperspectieven er voorhanden zijn om met die ontwikkelingen om te gaan en erop te kunnen anticiperen.

Voor het omgaan met deze ontwikkelingen en het creëren van een toekomstbestendige forensische zorg die aan de maatschappelijke vraag kan voldoen, is het van groot belang dat de ketenpartners in de forensische zorgsector met elkaar samenwerken. Het ministerie van Justitie en Veiligheid kan de bovengenoemde problemen niet alleen oplossen, en voert daarom in het

Bestuurlijk Overleg (BO) Forensische Zorg regelmatig gesprekken met ketenpartners uit de sector. De aankondiging van de minister sloot aan bij het eerder genomen besluit van het BO om een toekomstverkenning voor de forensische zorg uit te voeren, om goed in kaart te krijgen bij welke handelingsrichtingen de forensische zorgsector op langere termijn (richting 2035) het meeste baat heeft. Daarbij is de wens om belangrijke besluiten die de richting van de forensische zorg bepalen op voorhand te hebben uitgedacht, om te voorkomen dat ad hoc beslissingen moeten worden gemaakt. De sectorpartners hebben tussen februari en mei 2023 deze toekomstverkenning uitgevoerd, waarvan het eindresultaat voor u ligt.

In dit document worden de inzichten die uit dit traject naar voren zijn gekomen beschreven en worden de opbrengsten van de verkenning vastgelegd. Deze opbrengsten bestaan uit een beknopte omgevingsverkenning van externe ontwikkelingen rondom de forensische zorg (sectie 3), een set scenario's die toekomstige situaties schetsen waarin de forensische zorg mogelijk terecht kan komen richting 2035 (sectie 4 en bijlage 2), doorrekeningen van de implicaties van de verschillende scenario's op het stelsel voor forensische zorg (sectie 5) en eerste inzichten voor handelingsrichtingen die uit de inbreng van sectorpartners tijdens de bijeenkomsten naar voren zijn gekomen (sectie 6). In sectie 7 wordt beschouwd hoe de sector kan reageren op extreme externe omstandigheden.

Deze resultaten zijn voortgekomen uit een proces waarin de aanwezige inhoudelijke kennis uit de forensische zorgketen is opgehaald en samengebracht. In de volgende sectie wordt beschreven welk proces doorlopen is, welke methode daarbij gehanteerd is en welke ketenpartners bij de toekomstverkenning betrokken waren.

2. Methode en proces

2.1. 'Het hele systeem in één kamer'

Bij het doorlopen proces zijn zo veel mogelijk partners uit de forensische zorgketen betrokken (zie het colofon voor een overzicht van de betrokken organisaties). Door op deze manier op verschillende momenten 'het hele systeem in één kamer' samen te brengen, konden inzichten uit elk onderdeel van de keten worden meegenomen en kon worden gezocht naar integrale oplossingsrichtingen en verbindingen.

De betrokken ketenpartners zijn in drie bijeenkomsten samengekomen en hebben daarin eerst de omgeving gescand, vervolgens kernonzekerheden bepaald en scenario's uitgedacht, om ten slotte met elkaar handelingsopties voor de keten te formuleren. De inzichten uit deze sessies zijn vervolgens samengebracht en verwerkt in dit document, en daarbij zijn ook doorrekeningen gemaakt van de kwantitatieve implicaties van de verschillende scenario's. In de verwerking is de inbreng van de ketenpartners op een aantal plekken opnieuw gestructureerd, te weten in de omgevingsverkenning (waar de ingebrachte losse trends zijn ingedeeld in zes clusters) en in de inzichtensectie (waar de ingebrachte opties zijn verwerkt tot een zestal overkoepelende inzichten over de handelingsrichtingen).

2.2. Scenariodenken

Om te onderzoeken welke maatschappelijke ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de toekomst van de forensische zorg, en welke handelingsperspectieven er voorhanden zijn om met die ontwikkelingen om te gaan en erop te kunnen anticiperen, hebben de ketenpartners gebruik gemaakt van de methode van het scenariodenken. De kern van deze methode is dat niet wordt uitgegaan van één verwachte of gehoopte toekomst, maar dat met verschillende mogelijke toekomsten rekening wordt gehouden. Door meervoudig over de toekomst na te denken is het mogelijk om grip te krijgen op de onzekerheid over de toekomst waarmee de forensische zorgsector op dit moment te maken heeft. Het proces van het maken van scenario's omvat dus het overwegen van verschillende versies van mogelijke toekomsten. Door het gebruik van toekomstscenario's kunnen organisaties binnen de forensische zorgsector hun kennis mobiliseren, anticiperen op wat mogelijk komen gaat en middels een gemeenschappelijke taal strategische vraagstukken bespreken en handelingsopties genereren.

Toekomstscenario's zijn geen voorspellingen en ook geen wensbeelden. Ze schetsen toekomstige omstandigheden waarin de sector terecht zou kunnen komen. Het gaat daarbij om omstandigheden waarop de forensische zorg zelf weinig tot geen invloed heeft, maar die wel grote invloed hebben op de sector.

Bij scenarioverkenningen dienen altijd meerdere scenario's te worden opgesteld en doordacht, zodat de scenario's samen de bandbreedte van onzekerheid goed vangen. Dit meervoudig perspectief biedt de sector de kans om verschillende versies van mogelijke toekomsten te overwegen en gezamenlijk over de toekomst te kunnen nadenken, te anticiperen en met onzekerheid om te kunnen gaan. Scenariodenken komt vaak neer op denken in extremen. Dat is nodig om het denken voldoende op te rekken en de bandbreedte van onzekerheid recht te doen. Scenario's worden vaak zo extreem mogelijk opgesteld, waardoor zij soms een bijna karikaturaal karakter krijgen. Sommige scenario's kunnen daardoor onwaarschijnlijk lijken, maar het is ook niet het doel om waarschijnlijke voorspellingen voor de toekomst te vormen. In plaats daarvan dienen de scenario's prikkelende denkkaders te bieden, zodat de forensische zorgsector kan loskomen van de waan van de dag en creatief kan nadenken over de lange termijn.

2.3. Proces

Deze toekomstverkenning is tot stand gekomen in een interactief proces in drie fasen, waaraan deelnemers vanuit verschillende organisaties binnen het forensische zorgveld hebben bijgedragen. Voor elke fase werd een afzonderlijke werkbijeenkomst georganiseerd. In bijlage 1 wordt het doorlopen proces visueel weergegeven. De drie fasen zijn:

1. Het verkennen van de omgeving op relevante externe trends en ontwikkelingen;
2. Het creëren en uitwerken van toekomstscenario's;
3. Het formuleren van strategische handelingsopties en inzichten voor een gezamenlijke organisatie van een toekomstbestendige forensische zorg.

In de eerste fase – de omgevingsverkenning – hebben de deelnemers middels een *quickscan* de blik naar buiten gericht en zo de relevante trends en ontwikkelingen in kaart gebracht die zich voltrekken in de externe omgeving van de forensische zorg en die relevant zijn richting 2035. Het gaat hierbij om ontwikkelingen waarop de sector zelf geen of nauwelijks invloed heeft. Voor deze fase is aanvullend deskresearch verricht en zijn de deelnemers via een enquête geraadpleegd. De resultaten van deze omgevingsverkenning staan beschreven in sectie 3 van dit rapport.

De vele ontwikkelingen die spelen in de omgeving kunnen richting de toekomst op zeer veel manieren worden gecombineerd, wat zou leiden tot een bijna oneindig aantal mogelijke toekomstscenario's. Omdat oneindig niet werkbaar is, wordt in het scenariodenken gebruik gemaakt van kernonzekerheden. Dit zijn de onzekerheden die door de scenario-opstellers worden gekenmerkt als het meest onzeker én het meest impactvol op het voorliggende onderwerp. Het zijn ook vaak 'drijvende krachten' die op hun beurt andere ontwikkelingen in een bepaalde richting voortstuwen. Kernonzekerheden vormen daarmee de kapstok om tot een beperkte, werkbare set scenario's te kunnen komen. Met deze kapstok kan de set scenario's een grote breedte aan onzekerheid omvatten, waarbinnen alle andere ontwikkelingen verwerkt kunnen worden tot voldoende van elkaar verschillende, samenhangende en integrale toekomstbeelden.

In de tweede fase hebben de deelnemers op basis van de resultaten van de omgevingsverkenning twee kernonzekerheden geïdentificeerd die samen het raamwerk voor de scenario's vormen: de onzekerheden die volgens de deelnemers het meest onzeker zijn richting 2035 én de meeste impact hebben op de toekomst van de forensische zorg. De eerste kernonzekerheid is het maatschappelijk sentiment ten opzichte van mensen die een strafbaar feit plegen (raakt dat gericht op repressie of resocialisatie?), de tweede is het functioneren van de reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning (verbetert of verslechtert het functioneren?). Onder reguliere zorg wordt daarbij de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en jeugdzorg verstaan. De kernonzekerheden worden in meer detail beschreven in sectie 4.

Door de kernonzekerheden te plotten in een scenarioraamwerk zijn vier kwadranten ontstaan met elk een unieke combinatie van mogelijke uitkomsten. Deze kwadranten zijn vervolgens door de deelnemers uitgewerkt tot volwaardige toekomstscenario's. Het scenarioraamwerk en een samenvatting van de toekomstscenario's zijn te vinden in sectie 4 van dit rapport. De uitgewerkte scenario's zijn te vinden in bijlage 2. Voor elk scenario zijn tevens implicaties doorgeerekend voor onder andere de instroom, doorstroom en uitstroom van de forensische zorg. Deze doorrekeningen staan in sectie 5.

De scenario's zijn in de derde fase van dit traject door de deelnemers gebruikt om tot strategische handelingsopties te komen. Op basis van de ideeën voor handelingsopties die door de

deelnemers zijn ingebracht, zijn inzichten geaggregeerd over welke handelingsrichtingen de sector kan aanwenden om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendige forensische zorg. Deze inzichten staan beschreven in sectie 6 van dit rapport. Bij het opstellen van deze inzichten zijn naast de inbreng van de deelnemers ook de uitkomsten van de deskresearch en de doorrekeningen van de verschillende scenario's meegenomen.

Deze toekomstverkenning richt de blik op de middellange termijn. In alle fasen van het traject zijn de deelnemers uitgegaan van 2035 als tijdshorizon. Dat betekent dat voor het in kaart brengen van relevante externe ontwikkelingen, het uitwerken van scenario's en het bedenken van handelingsopties vooruit is gekeken naar 2035. Daardoor konden de deelnemers zich bij het verkennen van de toekomst van de forensische zorg concentreren op de middellange termijn. Er is gekozen voor een tijdshorizon van ruim tien jaar vanwege de dynamiek in de sector, die voortkomt uit beleidscycli en de benodigde tijd om tot capaciteitsontwikkeling van zowel locaties als personeel te komen. Bij het vooruitdenken naar de toekomst is steeds de aanname gedaan dat in ieder geval tot aan de tijdshorizon geen grote stelselwijzigingen zouden plaatsvinden; de minister voor Rechtsbescherming kondigde in de eerdergenoemde Voortgangsbrief ook aan te willen vasthouden aan het huidige stelsel omdat het goed functioneert en omdat onderzoek heeft uitgewezen dat de overheid terughoudend dient te zijn met forse stelselwijzigingen.³

³ [Voortgangsbrief forensische zorg](#), Ministerie van Justitie en Veiligheid, 31 januari 2023, pagina 8

3. Omgevingsverkenning

De omgevingsverkenning vormt een vast en essentieel onderdeel in de methode van het scenariodenken. Scenario's gaan namelijk over de externe omgeving van een organisatie en beschrijven mogelijke manieren waarop deze omgeving zich in de toekomst kan ontwikkelen. Daarom is het van groot belang om bij scenariodenken van buiten naar binnen te werken en eerst de vraag te stellen welke relevante trends en ontwikkelingen in de buitenwereld waar te nemen zijn. Het gaat daarbij om trends en ontwikkelingen die de sector beïnvloeden, maar waarop de sector zelf geen of slechts beperkte invloed heeft. Deze trends gaan per definitie over het verleden, aangezien van de toekomst nog geen data voorhanden zijn.

De lezer dient er bij het lezen van het onderstaande rekening mee te houden dat de omgevingsverkenning in dit project het karakter had van een *quickscan*, waarbij op basis van relatief beperkt onderzoek een inschatting is gemaakt van relevante trends en ontwikkelingen. Voor de omgevingsverkenning is aan de deelnemende ketenpartners middels een enquête gevraagd hun kijk op de omgeving en de relevante ontwikkelingen daarin te delen. Daarop is voortgebouwd in een van de bijeenkomsten door de ingebrachte trends in gezamenlijkheid te bespreken en een eerste clustering te maken, om overzicht te creëren en verbanden bloot te leggen. Vervolgens is een beknopte literatuurstudie uitgevoerd (zie bijlage 4 voor de geraadpleegde stukken), is de clustering aangescherpt en zijn de ingebrachte trends van nadere onderbouwing voorzien.

Cluster 1: Capaciteit

Druk op FZ sinds 2017 toegenomen door hoge instroom en tekort aan personeel

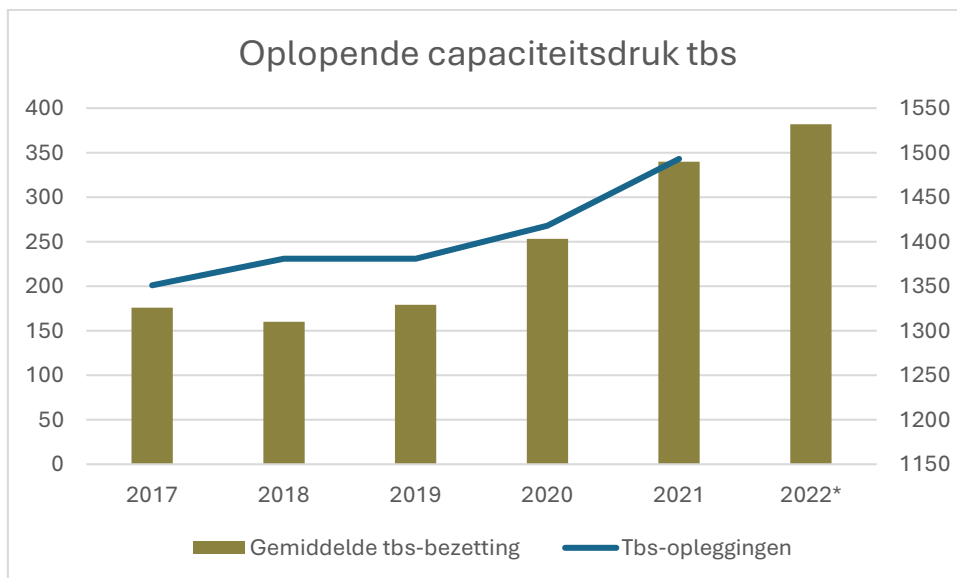
Jaarlijks worden ongeveer 20.000 mensen behandeld in de forensische zorg.⁴ De capaciteitsdruk in de forensische zorg is de afgelopen jaren toegenomen, wat te merken valt aan een almaar toenemende instroom, een vastlopende (door)plaatsing van patiënten en toenemende moeite om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden voor het uitvoeren van de zorgtaken.⁵ De minister voor Rechtsbescherming stelde in januari 2023 dat de capaciteitsdruk op dit moment de grootste uitdaging vormt voor de forensische zorgsector.⁶

De instroom in de forensische zorg neemt toe doordat rechters vaker tbs of overige forensische zorg (OFZ) opleggen; in 2021 en 2022 was de instroom in het systeem hoger dan de uitstroom. De behoefte aan forensische zorg is de afgelopen jaren harder gegroeid dan de snelheid waarmee het ministerie extra zorgaanbod kon realiseren. Het aantal tbs-opleggingen door rechters is bijvoorbeeld gegroeid van 201 over 2017 naar 343 over 2021. De gemiddelde tbs-populatie is sinds 2017 gegroeid van ongeveer 1.300 in 2017 naar ruim 1.500 in 2022. Vanwege de stagnerende doorstroom in het tbs-stelsel steeg in dezelfde periode het gemiddelde aantal tbs-passanten van 26 naar 107. Onder tbs-passanten wordt verstaan: veroordeelden aan wie tbs met dwangverpleging is opgelegd, maar die gedetineerd worden gehouden totdat er een plaats voor hen vrijkomt in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC).

⁴ [In de zorg, uit het zicht. Krijgen patiënten goede forensische zorg?](#) Algemene Rekenkamer, 23 maart 2022, pagina 4

⁵ [Hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg](#), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 13 mei 2022. Zie ook [Rapport Kiezen voor houdbare zorg](#), Mensen, middelen en maatschappelijke draagvlak 2021 (WRR).

⁶ [Voortgangsbrief forensische zorg](#), Ministerie van Justitie en Veiligheid, 31 januari 2023, pagina 1



Bron: Ministerie van Justitie en Veiligheid, bewerking De Ruijter Strategie. Het gemiddelde voor 2022 is berekend over januari t/m november.

Tegelijkertijd zorgt de krapte op de arbeidsmarkt ervoor dat zorginstellingen moeite hebben om gekwalificeerd personeel te vinden en vast te houden. Daardoor komen ze in het primaire proces steeds meer kennis en continuïteit tekort en wordt het systeem kwetsbaarder. De bemensing, kwaliteitshandhaving en continuïteit van behandeling komen ook in de forensische zorg door de personeelstekorten in het gedrang.

Sinds invoering nieuwe stelsel (2008) sterke groei OFZ en krimp FPC's

In 2008 is het FZ-stelsel overgegaan op een model met centrale inkoop door het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV). Sindsdien is de OFZ-populatie sterk gegroeid. Vanaf deze stelselwijziging 'bestond' de overige forensische zorg namelijk pas als noemer. De toename komt volgens onderzoekers ten dele voort uit het anders labelen van zorg die eerder ook al werd geleverd, maar op een andere wijze werd geregistreerd. De reële groei zou daardoor niet zo extreem zijn als de cijfers suggereren. Wel is het mogelijk dat de doelgroep van de forensische zorg in het afgelopen decennium is gegroeid door versobering van maatschappelijke voorzieningen, ophoging van de eigen bijdrage en ambulantisering in de zorg.⁷ Die algemene trend naar meer ambulante zorg speelt overigens ook in de forensische zorg: ongeveer 75% van de behandelingen in deze sector is inmiddels ambulante.⁸

Sinds de invoering van het nieuwe stelsel is de capaciteit in forensisch psychiatrische instellingen in eerste instantie gedaald, doordat in 2014 en 2015 twee klinieken de deuren sloten (FPC Oldenkotte en FPC 2Landen). Na deze daling werd de capaciteit weer uitgebreid.⁹ De kosten voor de intramurale forensische zorg in ggz-instellingen zijn tussen 2009 en 2020 verdrievoudigd.¹⁰ Het beschikbare ggz-aanbod en de beschikbare capaciteit in de ggz en beschermd

⁷ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 52

⁸ [In de zorg, uit het zicht. Krijgen patiënten goede forensische zorg?](#) Algemene Rekenkamer, 23 maart 2022, pagina 11

⁹ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#).

¹⁰ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 40-41

woonvoorzieningen staan ondertussen onder druk, wat gevolgen heeft voor de in-, uit- en doorstroom in de forensische zorg.¹¹ Met name de door- en uitstroom vanuit de hogere naar de lagere zorg- en beveiligingsniveaus, of naar de reguliere ggz, verlopen stroef.¹²

Problemen bouwsector belemmeren capaciteitsuitbreiding en doorstroom FZ

Aan de stokkende doorstroom en uitstroom in de forensische zorg draagt onder andere de huidige problematiek in de bouwsector bij. Zo is het voor capaciteitsuitbreiding bij zorginstellingen vaak nodig dat er nieuwe gebouwen gerealiseerd worden, of dat er bestaande gebouwen worden aangepast. Dat is lastiger geworden vanwege stijgende bouwkosten, personeelstekorten bij bouwbedrijven, materiaalschaarste en belemmeringen voor bouwprojecten als gevolg van stikstofnormen.¹³ Doordat het bouwtempo de groei van het aantal inwoners en huishoudens in Nederland niet heeft bijgehouden, is daarnaast een groot tekort aan woningen ontstaan. Dat belemmert de uitstroom van uitbehandelde patiënten naar een zelfstandige woonsituatie. Tevens lopen daklozen of mensen die vanwege te hoge woonlasten in financiële nood komen een groter risico om psychische stoornissen te ontwikkelen en in de criminaliteit te belanden, wat weer invloed heeft op de instroom in de forensische zorg.

¹¹ [Kamerbrief VWS, Ontwikkelingen in de ggz, 4 november 2021.](#)

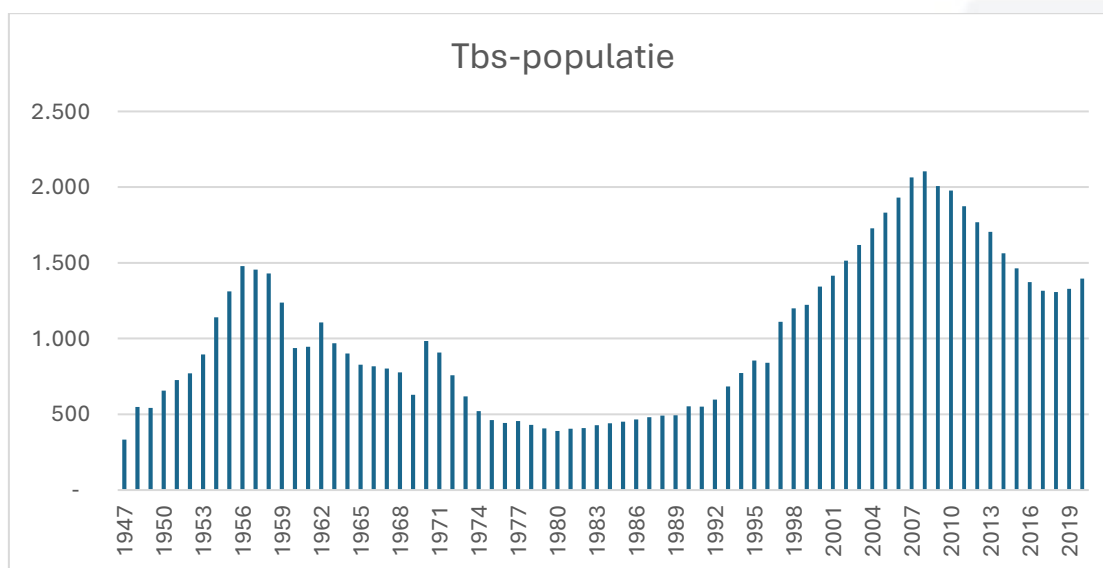
¹² [Voortgangsbrief forensische zorg](#), Ministerie van Justitie en Veiligheid, 31 januari 2023, pagina 4

¹³ [Voortgangsbrief forensische zorg](#), Ministerie van Justitie en Veiligheid, 31 januari 2023, pagina 4-5

Cluster 2: Maatschappelijke houding en beeldvorming

Continue maatschappelijke afweging creëert golfbeweging in tbs en FZ

Historisch gezien vertoont de capaciteitsbehoefte in de forensische zorg (die voorheen voornamelijk de tbs/tbr omvatte) een golfbeweging. Periodes van grote behoefte aan tbs en overige forensische zorg worden afgewisseld door periodes met minder behoefte. Er zijn verschillende verklaringen denkbaar voor deze fluctuaties, maar als belangrijkste factor hebben onderzoekers gewezen op de continu veranderende maatschappelijke houding ten opzichte van forensische zorg.¹⁴ Deze houding komt voort uit een voortdurende afweging tussen drie essentiële elementen: beveiliging van de samenleving, behandeling van de patiënt en rechtsbescherming van de verdachte of veroordeelde.



Bron: M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, bewerking De Ruijter Strategie

Dat de maatschappelijke houding ten opzichte van forensische zorg de behoefte eraan zo sterk kan beïnvloeden, is mogelijk doordat de wettelijke omschrijving van een strafrechtelijke maatregel in het Nederlandse recht bewust vrij open is gelaten. Ten tijde van het ontstaan van de tbs, eind jaren 1920, is voor een open formulering gekozen als compromis tussen twee verschillende opvattingen, zodat ieder zijn eigen interpretatie kon geven. In de wet is bijvoorbeeld niet vastgelegd wat het doel van een tbs-maatregel precies is. De maatregel is daardoor gevoelig voor veranderende ideeën en beeldvorming in de samenleving, temeer omdat over de tbs en haar doelgroep vaak ambivalent wordt gedacht.¹⁵

Zo heerste in de jaren 1950 groot enthousiasme en optimisme in Nederland over de tbs en de mogelijkheid om forensische patiënten te behandelen. Rechter deelden het enthousiasme en de tbs-populatie nam gestaag toe. Vanaf de jaren 1960 kwam een tegenbeweging op, mede geïnspireerd door de anti-psihiatrische beweging en onderdeel van de bredere anti-autoritaire bewegingen. De tbs-populatie nam weer flink af. In jaren 1980 begon de populatie weer te groeien als gevolg van een verhardend strafrecht klimaat (negatief gecorreleerd met economische neergang). In de jaren 1990 en 2000 bleef de tbs-populatie doorgroeien, tot ze een hoog-

¹⁴ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 17, 51

¹⁵ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 13, 80-81

tepunt bereikte in 2007/2008. Toen begon de voorlopig laatste periode van teruglopende behoefte, die volgens onderzoekers onder andere te verklaren valt door het feit dat er minder delicten plaatsvonden met een bovengemiddelde kans op tbs. Ook speelde mee dat verdachten vaker een gedragskundig onderzoek weigerden om tbs te ontlopen, en er zijn aanwijzingen dat het opleggen van tbs simpelweg minder populair werd bij rechters.¹⁶

Het complexer worden van de Nederlandse samenleving lijkt in het huidige tijdsgewricht te leiden tot meer conflicterende maatschappelijke perspectieven. Mogelijk volgen de dominante opvattingen over forensische zorg en het beleid rond het stelsel elkaar daardoor sneller op.

Michael P.-effect ten grondslag aan groei tbs sinds 2018, media-aandacht bepalend

Voor de toename in tbs-opleggingen vanaf 2018 wijzen onderzoekers op het Michael P.-effect, naar aanleiding van de moord op Anne Faber in 2017. Rechters zijn door de aandacht voor de casus van Michael P. eerder bereid gebleken tbs op te leggen wanneer een verdachte weigert mee te werken aan een gedragskundig onderzoek. Voorheen was dat minder gebruikelijk.¹⁷ Daardoor is het aantal opgelegde tbs-maatregelen sterk gestegen (zie cluster 1) en is de uitstroom, met name in de vorm van voorwaardelijke beëindigingen, gestagneerd.¹⁸

Door de kracht van beeldvorming kan een incident als de moord op Anne Faber een sterke weerslag hebben op de strafvoordeur van rechters en het politieke beleid rond het FZ-stelsel. Uit onderzoek is bekend dat hevige incidenten die veel media-aandacht krijgen de beeldvorming over de forensische zorg en haar patiënten sterk beïnvloeden. Sinds 1988 nam in Nederland de recidive voor tbs-waardige misdrijven af, terwijl de media-aandacht voor zulke misdrijven juist toenam.¹⁹ Door de opkomst van sociale media en het ontstaan van mediabubbel lijkt het moeilijker te zijn geworden voor de sector om berichtgeving over zulke incidenten op tijd van de nodige wederhoor te voorzien, omdat berichten sneller en met minder contextinformatie een groot publiek bereiken.

Lagere risicotolerantie leidt tot minder ontvankelijkheid voor FZ-patiënten

De recente verhardende houding ten opzichte van FZ-patiënten lijkt ook voort te komen uit een lagere risicotolerantie in de samenleving. Men lijkt minder begrip te tonen voor onder andere personen met onbegrepen en/of verward gedrag en mensen met een (lichte) verstandelijke beperking, en met hen liever het zekere voor het onzekere te nemen. Dat zou onder andere blijken uit een toename in E33-meldingen (voor personen met onbegrepen en/of verward gedrag) bij de politie en, in een aantal gevallen, uit een lagere ontvankelijkheid van gemeenten voor de komst of uitbreiding van een forensische zorginstelling. Door de lagere risicotolerantie worden niet alleen meer sancties opgelegd, ook de behandelduur wordt gemiddeld langer, doordat rechters en zorginstellingen strengere eisen stellen aan het beëindigen van een behandeling. Ook het gebrek aan doorstroommogelijkheden draagt daaraan bij. Bij reguliere zorginstellingen lijkt tegelijkertijd 'handelingsverlegenheid' en terughoudendheid te ontstaan voor het opnemen of behandelen van (voormalige) FZ-patiënten.

De lagere tolerantie kan er daarnaast toe leiden dat kwetsbare groepen een hoger risico lopen om in de criminaliteit en de forensische zorg terecht te komen. Het kan voormalige FZ-patiën-

¹⁶ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 17, 49-50, 52

¹⁷ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 53

¹⁸ ForZo in getal 2017-2021, DJI, juni 2022, pagina 7

¹⁹ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 18, 56

ten ook belemmeren in hun re-integratie in de samenleving, waarmee de kans op recidive toeneemt. De huidige ruime werkgelegenheid zou een tegengesteld effect kunnen hebben, doordat werkgevers die met grote personeelstekorten kampen eerder bereid zijn FZ-patiënten werk of andere mogelijkheden voor zinvolle dagbesteding te bieden. Uit onderzoek van de Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN) is echter gebleken dat eind 2021 slechts 13% van de werkgevers inzette op een inclusiever wervingsbeleid om hun personeelstekorten te dichten.²⁰

Cluster 3: Daderprofiel

FZ-populatie steeds ouder, 'zwaarder' en diverser

De FZ-populatie is de afgelopen jaren op verschillende manieren van gezicht veranderd. Dat is deels het gevolg van langlopende trends zoals vergrijzing en migratie, maar deels ook van recentere ontwikkelingen als de verdichting van de klinische FZ-populatie. Daarnaast lijkt de groeiende sociaaleconomische ongelijkheid in de Nederlandse samenleving te leiden tot een over het algemeen complexere zorgvraag van FZ-patiënten.²¹

Net als de rest van de Nederlandse bevolking vergrijst de patiëntenpopulatie van de forensische zorg. De gemiddelde leeftijd van patiënten nam tussen 1991 en 2020 toe van 32 jaar naar 41 jaar.²² Daarbij dient wel te worden opgemerkt dat 60+'ers in de instroomcijfers sterk ondervertegenwoordigd zijn; in de OFZ waren 60+'ers in 2021 goed voor slechts 4% van de instroom, terwijl hun aandeel in de totale bevolking inmiddels is opgelopen tot bijna 27%.²³ De vergrijzing van de FZ-populatie gaat gepaard met een hogere (somatische) zorgvraag en een toenemende behoefte aan passende wooneenheden.

Tegelijkertijd raakt de klinische forensische zorg steeds meer 'verdicht', wat inhoudt dat er sprake is van een steeds hogere concentratie van mensen met zeer complexe problematiek. Dat komt doordat de populatie met lichtere problematiek sneller uitstroomt naar forensisch beschermd wonen en ambulante forensische zorg, aangezien voor zulke behandelingen de capaciteit de afgelopen jaren snel in omvang is gegroeid. Voor complexere patiënten zijn er juist te weinig doorstroommogelijkheden, waardoor zij 'overblijven' in de FPC's.²⁴

Verder groeit het aandeel FZ-patiënten met een lichte verstandelijke beperking of een middelverslaving. Het percentage tbs-patiënten dat verslaafd of in remissie is, is de afgelopen decennia flink gestegen, van 25% in 1991 tot 70% in 2011.²⁵ In 2021 kampte 30% van de patiënten in de klinische en ambulante forensische zorg met een aan middelen gebonden stoornis.²⁶ Bij 45% van de volwassen gedetineerden is sprake van een indicatie voor dan wel vermoeden van een licht verstandelijke beperking.²⁷ Wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking

²⁰ [Recordrapte. AWWN-ledenonderzoek personeelstekorten](#), AWWN, december 2021, pagina 11. Onder een 'inclusiever wervingsbeleid' wordt hier verstaan: het actief werven van mensen die een afstand tot de arbeidsmarkt hebben, bijvoorbeeld doordat zij een beperking hebben of een lange periode werkloos zijn geweest. Een deel van de (voormalige) FZ-patiënten valt in die groep.

²¹ [Sociaal en Cultureel Planbureau. Eigentijdse ongelijkheid. De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal 2023.](#)

²² [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 54

²³ [Infographic Forensische Zorg](#), Dienst Justitiële Inrichtingen, mei 2022; [Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio](#), CBS Statline

²⁴ [Voortgangsbrief forensische zorg](#), Ministerie van Justitie en Veiligheid, 31 januari 2023, pagina 4

²⁵ [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020, pagina 54

²⁶ [Infographic Forensische Zorg](#), Dienst Justitiële Inrichtingen, mei 2022

²⁷ DJI, [Infographic Gevangeniswezen 2022 | Publicatie | dji.nl](#)

(wat soms gepaard gaat met ernstige gedragsproblemen) is dit van invloed op het type aansluitende voorzieningen dat nodig is, de mate van zelfstandigheid/behoefte aan blijvende ondersteuning na afloop van de titel en daarmee van belang voor het type behandeling en de doorlooptijd.

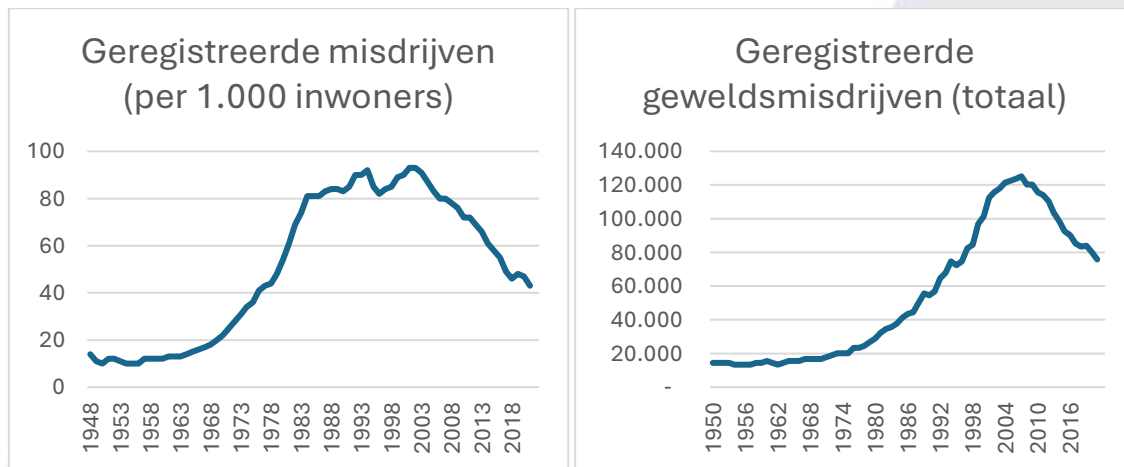
Meer getraumatiseerde migranten in Nederland

Het aantal migranten in Nederland is het afgelopen decennium gestaag toegenomen. Veel van deze migranten zijn afkomstig uit conflictgebieden. Mogelijk worden meer mensen met oorlogstrauma's in de forensische zorg opgenomen; in de reguliere zorg zou nu al een stijgende trend te zien zijn van getraumatiseerde migranten.

Aantal misdrijven blijft in heel Europa sterk afnemen na piek in jaren 2000

Zoals hierboven beschreven is de instroom in de forensische zorg niet direct gecorreleerd aan het aantal gepleegde misdrijven; de maatschappelijke houding tegenover forensische zorg weegt (veel) sterker. Toch is het in deze verkenning relevant om de ontwikkeling van misdaadcijfers mee te nemen, omdat een stijging of daling in misdrijven in principe de mogelijke instroom in de forensische zorg kan beïnvloeden.

Uit cijfers van het CBS blijkt dat misdaad in Nederland sinds 2010 over zo goed als de hele lijn is afgenomen, na een spectaculaire stijging tussen 1970 en 1990.²⁸ De piek in criminaliteit vond in Nederland plaats rond 2001/2002, met 93 misdrijven per 1.000 inwoners per jaar. In 2017 waren de cijfers terug op het niveau van 1980, maar ze liggen nog altijd ver boven die van de jaren 1950 en 1960. Toen lag het aantal geregistreerde misdrijven onder de 20 per 1.000 inwoners.



Bron: CBS Statline, bewerking De Ruijter Strategie

De toename in de tweede helft van de twintigste eeuw kan toe te schrijven zijn aan een vertekening van de cijfers, doordat mensen in de loop der tijd eerder bereid werden aangifte te doen en hun weg naar de politie makkelijker wisten te vinden. Ook de ontwikkelingen in slachtoffercijfers wijzen echter op een daadwerkelijke stijging en daaropvolgende daling in de criminaliteit. Cijfers over moord en doodslag, die niet gevoelig zijn voor aangiftebereidheid, laten in de jaren 1990 een piek zien, gevolgd door een gestage daling.²⁹ Andere Europese landen vertoonden de afgelopen decennia een zeer vergelijkbare golfbeweging in criminaliteitscijfers.

²⁸ [Geregistreerde criminaliteit; tijdreeks vanaf 1948](#), CBS Statline

²⁹ [Overledenen, moord en doodslag, pleeglocatie in Nederland](#), CBS Statline



Bron: CBS Statline, bewerking De Ruijter Strategie

De oorzaak van deze recente daling in criminaliteit is nog onderwerp van debat. Er lijkt een correlatie te zijn met dalende trends in drugsgebruik en -handel en de toegenomen welvaart en investeringen in preventie.³⁰ Ook lijkt criminaliteit zich sinds de opkomst van het internet te verplaatsen van het fysieke naar het digitale en naar het internationale, landsgrensoverschrijdende domein.³¹ Ondanks dat er een daling in de criminaliteitscijfers wordt waargenomen, leeft bij de deelnemers aan de toekomstverkenning wel de indruk dat de ernst van de delicten toeneemt.

Cluster 4: Samenleving en zorglandschap

Sociale ongelijkheid maakt jeugd en kwetsbare groepen vatbaar voor criminaliteit

De Nederlandse samenleving wordt steeds complexer en ongelijker. Mensen in kwetsbare situaties worden daardoor overvraagd, waardoor de kans op agitatie bij deze groepen toeneemt, vanwege het niet kunnen voldoen aan eisen, normen en wensen. Inwoners van arme wijken, met een lager scholingsniveau, een hoger percentage migranten en een lagere sociaaleconomische status dan gemiddeld, lopen een grotere kans om psychische stoornissen te ontwikkelen en/of in de criminaliteit terecht te komen.³² Deze dynamiek werkt ook discriminatie in de hand, wat via *social defeat* het risico op psychische stoornissen verder vergroot.³³ Door problematische schulden, laaggeletterdheid en een gebrek aan digitale vaardigheden kunnen mensen geïsoleerd raken, waardoor ze gevoeliger worden voor *social defeat* en verslaving.

Hoewel de jeugdcriminaliteit daalt, stijgt de ernst van de delicten die worden gepleegd door jongeren.³⁴ Door de problematiek in de jeugdzorg ontstaat een kans dat jeugdigen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben, wat een risico zou kunnen vormen op strafbaar gedrag op latere

³⁰ [Het mysterie van de verdwenen criminaliteit](#), Jurriën de Jong (CBS), 7 mei 2018

³¹ [Onderzoek naar toegenomen mobiliteit en veranderingen in criminaliteit](#), Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), 17 december 2019

³² Zie bijvoorbeeld [Lessen voor een nieuwe gebiedsgerichte aanpak](#), Amsterdam Institute for Social Science Research i.o.v. het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 19 april 2021.

³³ Het concept *social defeat* wordt vaak gebruikt in de psychologie en neurowetenschappen en verwijst naar een situatie waarin een individu een nederlaag ervaart in een sociale interactie of competitie. Dat kan in verschillende sociale contexten zijn, bijvoorbeeld werk, school, relaties en sociale groepen. *Social defeat* kan een negatieve invloed hebben op de mentale en fysieke gezondheid van een individu en kan leiden tot gevoelens van stress, angst, depressie en een laag zelfbeeld. Het kan ook gedrag beïnvloeden en ervoor zorgen dat een persoon zich terugtrekt uit sociale interacties, of agressiever of defensiever wordt in interacties met anderen.

³⁴ [Cahier 2021-9: Monitor Jeugdcriminaliteit 2020](#), Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

leeftijd. Onderzoek laat immers zien dat psychiatrische stoornissen, gedragsproblemen en criminaliteit doorgaans ontstaan tussen het tiende en twintigste levensjaar, om vervolgens in de volwassen levensjaren voor de grootste problemen te zorgen.

Verschillende belemmeringen voor inzet op preventie

De capaciteitsdruk op de forensische zorg wordt mede beïnvloed door de mate waarin het reguliere zorgveld functioneert. Zo is een van de oorzaken achter de huidige capaciteitsdruk de stokkende doorstroom van FZ-patiënten naar de reguliere zorg. Ook ‘aan de voorkant’ van het stelsel kan een goed functionerende reguliere zorg druk wegnemen van het forensische zorgstelsel via de preventieve werking. Wanneer patiënten in de reguliere zorg een goede behandeling ondergaan, is de kans immers kleiner dat hun stoornis of problematiek zal leiden tot een strafbaar feit.

Preventief beleid om de instroom in de forensische zorg te beperken door middels behandeling delict gedrag te voorkomen is echter ingewikkeld vanwege de domeinoverstijgende aard van de problematiek, en het feit dat het effect van (medische) behandelingen en interventies erg moeilijk in kaart te brengen is, wat ook de legitimatie van initiatieven bemoeilijkt. De kosten voor een preventieve maatregel en behandeling bij kan dragen aan preventie van delict gedrag worden immers vaak in een ander domein gemaakt dan waar de baten terechtkomen. Daarnaast worden ook de reguliere klinische zorg voor complexere problematiek en de reguliere klinische langdurige zorg afgebouwd. Het doel hiervan is het opbouwen van ambulante zorg zodat de zorg meer en beter bijdraagt aan de kwaliteit van leven en de sociale inclusie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen³⁵ De ggz kampt net als de forensische zorg met aanhoudende personeelstekorten. In 2021 kwamen er in de ggz naar schatting 5.400 werknemers tekort, en voor 2032 lopen de prognoses voor dit arbeidstekort uiteen van 12.800 (+137%) tot 14.300 medewerkers (+165%). In 2032 zullen er in de ggz naar verwachting 674 vacatures per 100 werklozen zijn, ten opzichte van 265 in 2021 (+154%). Het arbeidstekort loopt op doordat de vraag naar werknemers in de ggz veel sneller groeit (met 6,7% tussen 2022 en 2032) dan het aanbod (1,2%).³⁶ Het aantal personen dat een beroep doet op ondersteuning door de ggz stijgt al jaren. De combinatie van schaarste aan personeel en lange wachttijden zet de voorzieningen onder hoge druk. Professionals in het sociaal domein ervaren een toename van het aantal mensen met complexe problematiek dat geen of geen tijdige behandeling kan krijgen. Dit kan een hogere kans op criminaliteit en instroom in de forensische zorg tot gevolg hebben.

Gat tussen forensische zorg en reguliere ggz steeds groter

De Wet forensische zorg (Wfz), die de strafrechtelijke forensische zorg reguleert, heeft onder andere als doel een goede aansluiting te bewerkstelligen tussen de forensische en de reguliere zorg: patiënten krijgen ook na afloop van hun straf de begeleiding, behandeling of zorg die zij nodig hebben. Ondanks deze doelstelling wordt in de keten een steeds groter gat ervaren tussen de twee zorgvelden.³⁷ Zo signaleren Van der Wolf e.a. (2020) dat het erop lijkt dat ‘Justitie’ zich steeds verder in het nazorgtraject moet inkopen om doorstroom mogelijk te maken. Zij

³⁵ [Ambulantisering van de GGZ](#). Uitkomsten van monitoronderzoek 2012-2019. Trimbosinstituut, pagina 1-2.

³⁶ [Geestelijke gezondheidszorg](#), Prognosemodel Zorg en Welzijn.

³⁷ Vlaardingerbroek, in: *T&C Personen- en familierecht*, Wet forensische zorg, aant. 5. Overige doelstellingen: (1) De patiënt op de juiste plek: er wordt ingezet op zorgvuldig onderzoek naar en vaststelling van de stoornis en eventuele andere problematiek bij de dader, (2) kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving: de minister koopt zorg in op basis van de zorgbehoefte. Zorgaanbieders zetten behandelmethoden in waarvan bewezen is dat ze werken. Zij verantwoorden de verleende zorg aan de hand van prestatie-indicatoren. Zo wordt gestuurd op kwaliteit van de forensische zorg en (4) het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit: er wordt gekeken naar een evenwichtige spreiding van patiënten met verschillende beveiligingsniveaus en een passend aanbod bij complexe problematiek

constateren dat de barrière tussen strafrecht en algemene geestelijke gezondheidszorg niet is geslecht, maar dat deze steeds verder is opgeschoven.³⁸

Deze barrière wordt mede veroorzaakt door de verschillende doelen die de zorgvelden dienen. Waar een opname in een reguliere zorginstelling een behandeldoel vereist, komt daar bij de forensische zorg nog het doel bij van de bescherming van de maatschappij, door te streven naar recidivevermindering.

Sinds de stelselwijziging (vanaf 2008), waarbij de *strafrechtelijke* forensische zorg³⁹ van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport overgeheveld is naar het ministerie van Justitie en Veiligheid, speelt in steeds grotere mate het principiële inrichtingsvraagstuk of patiënten ook in de reguliere geestelijke gezondheidszorg terecht kunnen, of dat dat niet mogelijk is vanwege hun langdurige complexe ziektebeeld, met een daaruit voortvloeiend veiligheidsrisico. De reguliere geestelijke gezondheidszorg voert het beleid dat zij patiënten behandelen op basis van diens eigen zorgvraag met als doel genezing en/of verbetering van de kwaliteit van leven. Het beschermen van de maatschappij ziet de reguliere zorg niet als diens taak. In de praktijk bestaat dan een spanningsveld omdat er disruptieve en/of agressieve patiënten zijn die nog geen strafbaar feit gepleegd hebben maar wel een hoog veiligheidsrisico hebben en dus zorg nodig hebben die juist is gericht op beveiliging van de maatschappij.

De (klinische) zorg die deze groep nodig heeft, is de afgelopen jaren afgebouwd ('ambulantisering'). In de reguliere zorg is op dit moment te weinig aanbod voor (hoog)beveiligde specialistische zorg, zoals forensische expertise met aandacht voor risicomanagement of kennis over complex gedrag dat kan neigen naar delictgedrag. Enerzijds zorgt dit voor meer instroom in forensische klinieken, doordat mensen met een civiele zorgmachtiging ook in forensische klinieken (Forensisch Psychiatrische Afdelingen en in mindere mate Forensisch Psychiatrische Klinieken) worden opgenomen en doordat mensen soms met het strafrecht in aanraking komen, mogelijk omdat zij in een eerder stadium niet voldoende of passend geholpen konden worden in de reguliere zorg. Anderzijds kunnen forensische patiënten na afloop van de behandeling niet goed uitstromen. Ook voor de beveiligde zorg en de begeleiding van complexe doelgroepen kijkt men in toenemende mate naar de forensische zorg. Dat lijkt logisch vanwege de aanwezige expertise en ervaring, maar het lijkt zich minder goed te verhouden tot het strafrecht als *ultimum remedium*.

Plaatsing patiënten moeilijker

Het toeleiden van patiënten naar passende zorg wordt steeds lastiger door een combinatie van factoren, de stijgende zorgvraag, woningcrisis en krapte op de arbeidsmarkt, maken dat plaatsing van patiënten moeilijker wordt. Zowel de reguliere geestelijke gezondheidszorg als de strafrechtelijke forensische zorg, ingekocht door DJI, is overgelaten aan de markt. Vanwege deze marktwerking concurreren de verschillende zorginstellingen met elkaar. De gevolgen van de marktwerking komen onder andere tot uiting in de rol van gemeenten. Door de decentralisatie zijn er minder mogelijkheden om een forensische patiënt te laten instromen in een andere

³⁸ Van der Wolf 2020, *Wie zijn geschiedenis niet kent...*

³⁹ Patiënten met een civiele zorgmachtiging (dus zonder strafrechtelijke titel) op grond van hun gedrag een beveiligd bed nodig worden op dit moment geplaatst binnen een FPA (of in zeldzame gevallen een FPK). Zij ontvangen zorg bekostigd vanuit de Zvw of Wlz waarbij, naast de psychiatrische deskundigheid, ook behoefte kan zijn aan een bepaalde *forensische* deskundigheid. Dat kan zijn in de vorm van een hoger beveiligd gebouw, maar het kan ook zijn dat er kennis van risicomanagement en delictgedrag wordt gevraagd. Daarmee is betrekkelijk weinig verschil in de inhoud van de behandeling tussen patiënten met een strafrechtelijke forensische titel en die met een civiele titel, maar worden de kosten door de zorgverzekeraars niet volledig gedekt (dit in tegenstelling van de kosten die zijn gemaakt op grond van een strafrechtelijke titel).

regio, terwijl gemeenten zich minder ontvankelijk lijken op te stellen voor de komst van FZ-instellingen en -patiënten.

Administratieve taken en toezicht als belastend ervaren

Zorginstellingen ervaren meer lastendruk. De huidige vorm waarin privacywetgeving is ingericht, bemoeilijkt in sommige gevallen de overdracht van patiëntgegevens tussen (zorg)instanties onderling, waardoor gegevens die men nodig heeft om maatwerk te kunnen leveren niet of in beperkte mate kunnen worden gedeeld.

Kosten forensische zorg en begrotingsdruk lopen op

De overheidsuitgaven aan de forensische zorg zijn de afgelopen jaren gestegen: in 2016 bedroegen de uitgaven € 804 miljoen, in 2020 € 971 miljoen (+20,8%).⁴⁰ Dat komt doordat de behoefte aan forensische zorg is toegenomen (zie cluster 1), maar ook doordat de patiëntenpopulatie verdicht (zie cluster 3). Als de bekostiging vanuit de publieke middelen niet meestijgt met de verzwaring van de populatie, voorzien onderzoekers dat het verschil tussen de huidige bekostigingsprijs en verwachte kostprijs in 2032 zal zijn opgelopen tot ca. € 14 miljoen in de OFZ, en tot ca. € 8 miljoen voor het tbs-stelsel.⁴¹ Tegelijkertijd zijn instellingen die forensische zorg aanbieden op dit moment voorzichtig met investeringen in capaciteitsuitbreiding, omdat niet-gebruikte capaciteit in de huidige prestatiebekostiging niet wordt vergoed.⁴²

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) concludeerde onlangs dat beter moet worden gekozen waar de prioriteiten in de zorg liggen om de groei van de zorg te begrenzen, de meeste gezondheidswinst te behalen en de kwaliteit en toegankelijkheid op peil te houden. Ook als andere kostenposten sterk op de begroting drukken, kunnen bestuurders besluiten om te bezuinigen op het FZ-stelsel. Sinds het uitbreken van de oorlog tussen Rusland en Oekraïne wordt in de Rijksbegroting bijvoorbeeld een hogere prioriteit toegekend aan Defensie, en de algemene zorgkosten nemen al jaren gestaag toe. Ook voor de klimaattransitie zullen de komende jaren veel overheidsmiddelen moeten worden vrijgemaakt. Volgens onderzoekers zou de Rijksoverheid tot € 250 miljoen per jaar kunnen besparen door het FZ-stelsel volledig af te schaffen, maar in deze berekening zijn de externe effecten van het uitblijven van behandelingen niet meegenomen.⁴³ Die zouden zich uiten in hogere recidive, met slachtofferschap en nieuwe belasting van de strafrechtketen (en wellicht het zorgstelsel) tot gevolg.

Ondanks de oplopende kosten is er geen aanleiding om het forensische zorgstelsel in zijn opzet te wijzigen. Uit onderzoek blijkt dat forse stelselwijzigingen in het verleden niet altijd tot een verbeterde situatie heeft geleid en dat de overheid daarom terughoudend dient te zijn met dergelijke initiatieven. Ook tijdens het rondetafelgesprek van de Kamer met het tbs-veld van 1 februari 2023 en in het commissiedebat van 8 februari 2023 werd dit nogmaals benadrukt.

Cluster 5: Technologie en innovatie

Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) heeft de TechwijzerFZ ontwikkeld, en houdt daarin technologische innovaties bij die mogelijk van invloed kunnen zijn op de forensische zorg.⁴⁴ Opkomende technologische ontwikkelingen kunnen immers goede toepassingen voor de forensische zorg opleveren. Zo kan datatechnologie beleidsmakers helpen meer inzicht te verkrijgen in het stelsel en de populatie, en zorguitvoerders in staat stellen efficiënter te werk


⁴⁰ [In de zorg, uit het zicht. Krijgen patiënten goede forensische zorg?](#) Algemene Rekenkamer, 23 maart 2022, pagina 12

⁴¹ [Onderzoek financierbaarheid DJJ](#), PwC, april 2022, pagina 26

⁴² [Voortgangsbrief forensische zorg](#), Ministerie van Justitie en Veiligheid, 31 januari 2023, pagina 5

⁴³ [Onderzoek financierbaarheid DJJ](#), PwC, april 2022, pagina 48

⁴⁴ [TechwijzerFZ](#)



te gaan en de werkdruk van medewerkers te verlichten. Technologische innovaties op het gebied van beveiliging, maar ook ten behoeve van zorg en behandeling kunnen van grote invloed zijn op de capaciteitsdruk in de sector. Verder kunnen innovaties die de administratieve last verminderen niet alleen een verschil maken in de capaciteitsdruk, maar ook in de kwaliteit van de geleverde zorg.



4. Overzicht van de toekomstscenario's

4.1. Kernonzekerheden

Met de ontwikkelingen die uit de omgevingsverkenning naar voren kwamen in het achterhoofd hebben de deelnemers aan de toekomstverkenning verschillende scenario's voor de toekomst van de forensische zorg uitgewerkt. Zoals gezegd zijn toekomstscenario's geen wensbeelden of voorspellingen, maar een instrument om gezamenlijk en gestructureerd te kunnen anticiperen op wat mogelijk komen gaat. In deze verkenning zijn door de deelnemers vier uiteenlopende toekomstscenario's ontwikkeld, voortbouwend op de onzekerheden richting de toekomst die uit de beknopte omgevingsverkenning kunnen worden afgeleid. De omgevingsverkenning gaat over trends en ontwikkelingen in de afgelopen jaren, die per definitie over het verleden gaan en niet over de toekomst; over de toekomst zijn immers nog geen data beschikbaar. Uit bepaalde trends, zoals de stijging van het jaarlijkse aantal tbs-opleggingen, kunnen wel toekomstige onzekerheden worden afgeleid: de trend kan zich bijvoorbeeld gelijkmatig doorzetten (de stijging van het aantal tbs-opleggingen houdt aan), versnellen, verzwakken, of zelfs ombuigen (het aantal tbs-opleggingen daalt weer).

Op basis van de gevonden trends en daaruit afgeleide onzekerheden hebben de deelnemers aan de toekomstverkenning twee kernonzekerheden aangewezen: de onzekerheden waarvan de deelnemers oordeelden dat deze in vergelijking met de andere onzekerheden het meest onzeker zijn richting 2035, én de meeste impact hebben op de toekomst van de forensische zorg. Kernonzekerheid 1 is het maatschappelijk sentiment ten opzichte van mensen die een strafbaar feit plegen; kernonzekerheid 2 is het functioneren van de reguliere zorg⁴⁵ en maatschappelijke ondersteuning. Hieronder worden de kernonzekerheden nader toegelicht. Beide onzekerheden kunnen richting 2035 verschillende kanten op:

1. Raakt het maatschappelijk sentiment ten aanzien van mensen die een misdrijf plegen gericht op repressie, of op resocialisatie? Dit beïnvloedt de mate waarin de samenleving beroep doet op de forensische zorg, evenals de succeskans van de terugkeer in de maatschappij van voormalige FZ-patiënten.
2. Verbetert of verslechtert het functioneren van de reguliere zorg en de maatschappelijke ondersteuning? Dit beïnvloedt de mate waarin de preventieve werking van de zorg de instroom in de forensische zorg beperkt, evenals de uitstroom van forensische patiënten naar de reguliere zorg.

Maatschappelijk sentiment: Repressie versus resocialisatie

Deze onzekerheid draait om de vraag hoe het maatschappelijk sentiment ten aanzien van mensen die een strafbaar feit plegen zich ontwikkelt richting 2035. Luidt de algemene publieke opinie tegen die tijd dat deze mensen een tweede kans verdienen, en heeft men oog voor eventuele achterliggende problemen bij en rechten van de dader, of is men van mening dat daders vooral gestraft moeten worden en de samenleving moet worden beveiligd? Wordt er meer nadruk gelegd op de zorg en de terugkeer in de maatschappij of op het zo lang mogelijk buiten de samenleving houden van de veroordeelde om recht te doen aan de ernst van het delict en de belangen van de samenleving, het slachtoffer en de nabestaanden?

In het eerste geval is de maatschappij meer gericht op resocialisatie, met ruimte voor behandeling en rechtsbescherming van forensische patiënten en een succesvolle terugkeer in de samenleving als uiteindelijk doel. In het tweede geval ligt de nadruk op veiligheid, repressie en

⁴⁵ Onder reguliere zorg wordt hier de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en jeugdzorg verstaan.

vergelding, wat zich vertaalt in meer en hogere gevangenisstraffen, en minder aandacht voor achterliggende problematiek bij en rechtsbescherming van daders.

Het verleden heeft uitgewezen dat het maatschappelijke sentiment van grote invloed is op de mate waarin de samenleving een beroep doet op de forensische zorgcapaciteit. De afgelopen honderd jaar werden gekenmerkt door golfbewegingen in de waardering en het gebruik van forensische zorg op basis van een steeds weer veranderende maatschappelijke mentaliteit (zie sectie 3, cluster 2). In hoeverre de vraag naar forensische zorg, en daarmee de druk op het stelsel, richting de toekomst toe zal blijven toenemen, hangt dus voor een belangrijk deel af van hoe dit sentiment zich ontwikkelt. Bij een maatschappelijk sentiment gericht op repressie neemt de vraag naar forensische zorg op termijn af en vice versa bij een sentiment gericht op resocialisatie. De maatschappelijke houding ten opzichte van personen die een strafbaar feit hebben begaan is ook van invloed op de uitstroom uit het forensische zorgstelsel, omdat ze mede de succeskans van de re-integratie van ex-gedetineerden en forensische patiënten beïnvloedt.

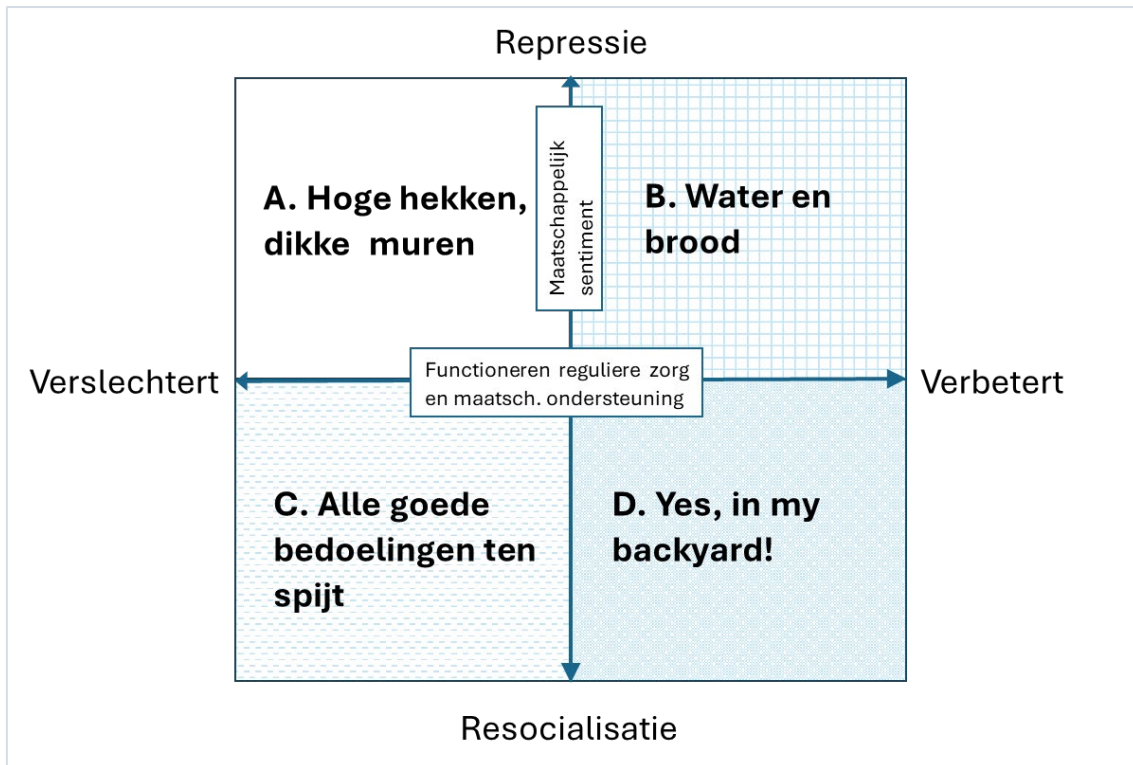
Functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning: verbetert versus verslechtert

De tweede kernonzekerheid voor de toekomst van het forensische zorgstelsel betreft het functioneren van de reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning richting 2035. Toegankelijke reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning van goede kwaliteit kunnen deels voorkomen dat mensen afglijden in de criminaliteit of strafbare feiten plegen. Dit verlaagt potentieel de instroom in de strafrechtketen en de forensische zorg. Tevens wordt succesvolle re-integratie en uitstroom uit de forensische zorg positief beïnvloedt vanwege beschikbare goede nazorg vanuit reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning. Het Integraal Zorgakkoord dat in 2022-2023 werd gesloten zou een aanjager kunnen blijken voor dergelijke verbetering.⁴⁶

Het is echter ook zeer wel mogelijk dat de reguliere zorgsector en maatschappelijke ondersteuning steeds meer onder druk komen te staan richting 2035, bijvoorbeeld als gevolg van personeelstekorten, vergrijzing en/of bezuinigingsmaatregelen/beschikbaar budget. De verwachting is dat er dan meer escalatie van problematiek optreedt, wat mogelijk tot gevolg heeft dat meer mensen in aanraking zullen komen met justitie en daaropvolgend met forensische zorg. Ook succesvolle re-integratie en uitstroom uit de forensische zorg zal in die situatie worden bemoeilijkt, omdat er minder reguliere nazorg en maatschappelijke ondersteuning beschikbaar zal zijn.

⁴⁶ Ook Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA); het programma toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ) en de Hervormingsagenda Jeugd (HA) en programma wonen, ondersteuning en zorg voor ouderen WOZO akkoord, zouden aanjagers kunnen zijn.

4.2. Scenariomatrix



De twee kernonzekerheden zijn in principe van elkaar onafhankelijk: een ontwikkeling op de ene as heeft geen directe invloed op de andere as. Door de kernonzekerheden te plotten in een assenkruis ontstaan zodoende vier mogelijke toekomsten, met steeds een andere combinatie van uitkomsten van de kernonzekerheden. Deze kwadranten vormden voor de deelnemers de basis van de vier scenario's, die zij vervolgens nader hebben doordacht. Zie bijlage 2 voor de volledig uitgewerkte scenario's; hieronder volgen samenvattingen.

Hierbij moet worden vermeld dat scenario's die via deze methode worden opgesteld al snel een schijnbaar overdreven, tot in extremen doorgevoerd karakter krijgen. Ze worden immers opgebouwd uit een combinatie van twee extreme uitkomsten van toekomstige onzekerheden. Dat komt goed van pas voor het oprekken van denkkaders van deelnemers en beleidsmakers, om nog onvoorziene of schijnbaar onwaarschijnlijke mogelijke toekomsten eveneens mee te wegen. De scenario's zijn als toekomstbeelden ook met dat doeleinde opgesteld; niet het voorstellen, maar het voorstellen van de toekomst is het hoofddoel.

4.3. Samenvatting van de scenario's

Scenario A: Hoge hekken, dikke muren

In dit scenario leiden een recessie en toenemende ongelijkheid ertoe dat er een nieuwe politieke wind gaat waaien in Nederland. Een nieuwe coalitie gaat uit van zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid en besluit mede vanwege de economische problemen te bezuinigen op zorg en maatschappelijke ondersteuning. De reguliere en geestelijke gezondheidszorg lijden onder de bezuinigingen en het slecht functioneren van het zorgstelsel bemoeilijkt ook de continuïteit in de begeleiding van forensische patiënten. Door het wegvallen van het maatschappelijk vangnet belanden met name jongeren in steeds grotere aantallen in de strafketen.

Ondertussen verhardt de maatschappij en neemt de tolerantie voor afwijkend gedrag sterk af. Het voorkomen dan wel bestraffen van overtredingen krijgt zo de overhand en er wordt minder

belang gehecht aan het behandelen en re-integreren van forensische patiënten. De forensische zorg wordt afgeschaald, waarbij sommige politiek-maatschappelijke actoren het idee hebben het stelsel op den duur volledig op te heffen. Wie in de fout is gegaan, heeft immers het vertrouwen van de maatschappij verspeeld en verliest daarmee zijn of haar recht op zorg, zo luidt de nieuwe dominante gedachte in de samenleving en politiek. De overheid zet sterk in op vormen van elektronische surveillance en beveiliging om veroordeelden of zelfs potentiële daders te kunnen volgen. De reclassering van voormalig gedetineerden raakt steeds meer gericht op controle en minder op begeleiding en re-integratie.

Scenario B: Water en brood

In dit scenario blijkt het sluiten van het IZA een kantelpunt in de Nederlandse zorg. Het zorgstelsel wordt langzaam beter, doeltreffender en efficiënter, maar het duurt tot 2030 voordat de effecten van de investeringen duidelijker zichtbaar worden. In de jaren '30 is er daardoor betere en passendere zorg beschikbaar, waardoor steeds beter wordt voorkomen dat mensen in kwetsbare situaties de fout ingaan en in de strafketen belanden. Met name de investeringen in de jeugdzorg werpen hun vruchten af en op den duur neemt de jeugdcriminaliteit sterk af.

In de jaren '20 daalt echter het maatschappelijke begrip voor misstappen en afwijkend gedrag. Deze maatschappelijke tendens klinkt door in de politiek en leidt tot nieuwe wetgeving die vooral inzet op het bestraffen en afzonderen van overtreeders. Voor het effect van een forensische zorgbehandeling op een veroordeelde is steeds minder oog. Wie niet voldoet aan maatschappelijke normen en de regels overtreedt, wordt daarvoor geheel zelf verantwoordelijk gehouden en moet worden afgezonderd van de maatschappij om het risico op onschuldige slachtoffers uit te sluiten. De privacy van de ex-gedetineerde wordt daarbij van ondergeschikt belang geacht; de veiligheid van de samenleving staat voorop. Re-integratie wordt daardoor lastig, ondanks toegankelijke nazorg vanuit reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning. Technologische middelen voor controle, surveillance en verantwoording worden breed ingezet, zowel binnen de sector als na uitstroom.

Als gevolg van het repressieve beleid neemt het aantal opleggingen van tbs in eerste instantie sterk toe. Dat leidt ook tot een verdere stijging van de capaciteitsdruk op het tbs-stelsel, en er worden snel zwaarbeveiligde klinieken bijgebouwd. De overige vormen van forensische zorg verdwijnen en worden vervangen door langere straffen. Na verloop van tijd loopt de instroom sterk terug. Deze dalende trend wordt versterkt zodra in 2030 de effecten van het IZA merkbaar worden. Rechters leggen tbs alleen nog op aan daders die in hoge mate ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard, maar ze zijn minder bereid om de tbs te beëindigen uit aversie voor de bijkomende risico's. Tbs'ers blijven daardoor langer aanwezig in het stelsel.

Scenario C: Alle goede bedoelingen ten spijt

In dit scenario loopt halverwege de jaren '20 de reguliere zorg vast. Om de zorg nog enigszins toegankelijk te houden voor nieuwe patiënten wordt het woonplaatsbeginsel losgelaten en verschuift het beleid van decentralisering van zorg naar steeds meer centralisering en slimme bundeling van het zorgaanbod. Het aanbod van maatschappelijke voorzieningen verschaalt en door het vastlopen van de jeugdzorg neemt de jeugdcriminaliteit sterk toe. Woningtekorten en migratiestromen houden onverminderd aan.

Waar professionele zorgaanbieders en de overheid tekortschieten, pakt de samenleving echter de handschoen op. Overall starten burgers initiatieven om elkaar van een sociaal vangnet te voorzien, in de vorm van onder andere gezondheidsnetwerken en woongemeenschappen. Daardoor kunnen steeds meer mensen terugvallen op een lokaal netwerk en staan ze sterker. De politiek prijst dit maatschappelijk initiatief en de gemeenschapszin waarvan het getuigt. Om

kosten te besparen wordt breed ingezet op technologie die het makkelijker maakt om patiënten te controleren en te surveilleren. Ook burgers die vrijwilliger zijn voor lokale netwerken en co-operaties controleren op deze manier hun burens, als vorm van digitale sociale controle.

Voor disruptieve en agressieve personen zijn door de vastgelopen zorg bijna geen geschikte plekken meer voorhanden, en de particuliere burgernetwerken zijn ook niet goed toegerust om met deze doelgroep om te gaan. Het gebrek aan preventieve zorg leidt ertoe dat deze groep steeds vaker met justitie in aanraking komt. Omdat tegelijkertijd de samenleving grote waarde hecht aan het rehabiliteren van mensen die een misstap hebben begaan, stijgt de vraag naar forensische zorg sterk. Doordat uitstroom naar reguliere zorg nauwelijks mogelijk is, blijven patiënten lang hangen in de forensische zorg. Het stelsel staat daardoor onder hoogspanning en de kosten per patiënt nemen toe. De nadruk op behandeling en sociale begeleiding (en controle) bij re-integratie leidt er wel toe dat de recidivecijfers flink dalen.

Scenario D: Yes, in my backyard!

In dit scenario ontwikkelt zich richting 2035 een maatschappelijke houding die gericht is op solidariteit en die tolerant is ten opzichte van onbegrepen gedrag en mensen die kampen met sociaaleconomische uitdagingen. De taboes op geestelijke gezondheidsproblemen, problematische schulden en armoede verdwijnen en de overheid investeert flink in de zorg en het sociaal domein. Na het sluiten van het IZA gaan zorgaanbieders integraler met elkaar samenwerken. Maatwerk voor de patiënt en vertrouwen in het oordeel van de zorgprofessional voeren de boventoon in het beleid en het zorgaanbod. Technologie helpt om werkdruk te verlagen, en wordt ethisch verantwoord toegepast om de privacy en mensenrechten van patiënten te beschermen. Werken in de zorg krijgt nieuw élan en de maatschappelijke waardering voor zorgberoepen stijgt. Op den duur nemen de capaciteitsproblemen in de zorg af; tot het midden van de jaren '20 ijlen de effecten van de eerdere problemen echter nog na.

Ook de forensische zorg plukt de vruchten van de verbeteringen in de zorg en maatschappelijke ondersteuning. De continuïteit van de behandeling wordt goed geborgd, patiënten kunnen makkelijk uitstromen naar de reguliere zorg en ze worden door de samenleving ondersteund. De forensische zorg wordt op den duur weer als onderdeel van de reguliere zorg beschouwd. De kosten van het forensische zorgstelsel beginnen langzaam te dalen door de lagere instroom en de kortere gemiddelde verblijfsduur. Door de verbeterde behandelingen neemt na verloop van tijd de recidive en instroom van jongeren in de forensische zorg af. Dat heeft wel tot gevolg dat de patiëntenpopulatie sneller vergrijsst.

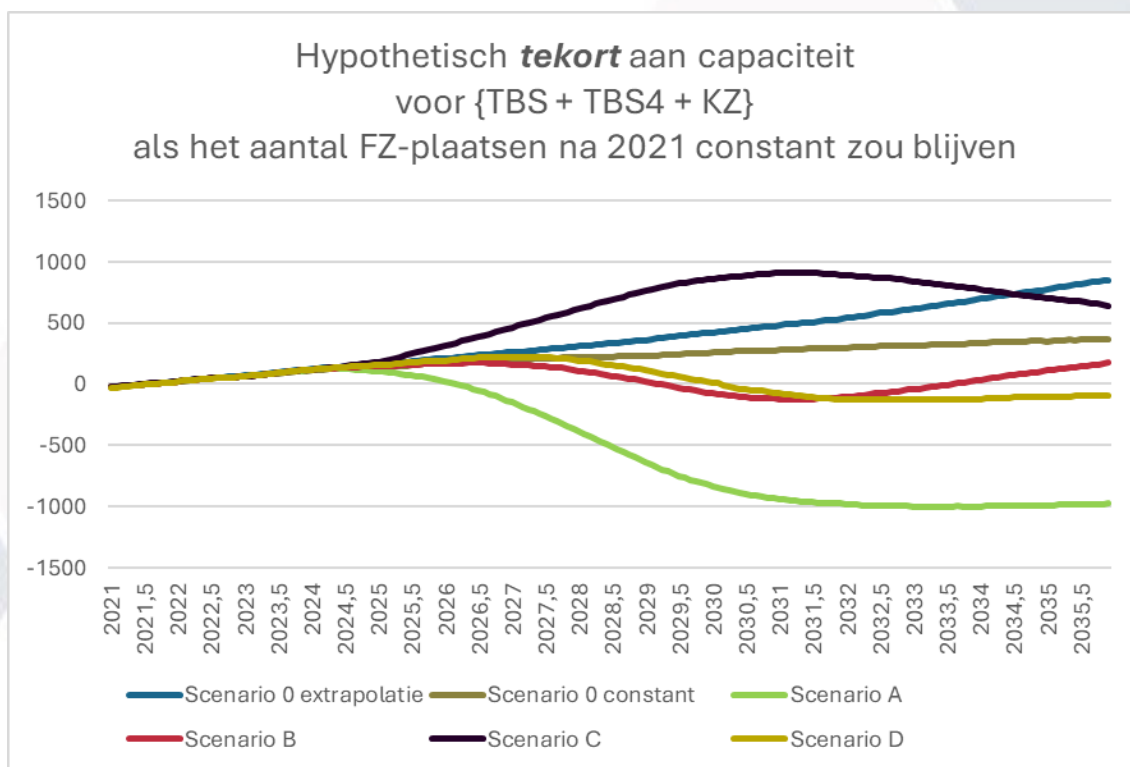
De grotere maatschappelijke openheid en hogere risicotolerantie leiden ertoe dat ex-gedetineerden makkelijker re-integreren in de samenleving. Incidenten met tbs'ers vinden nog altijd plaats, maar de maatschappelijke reactie is minder heftig dan voorheen. Mensen zijn in toenemende mate bereid zich in te zetten voor het ondersteunen en weerbaarder maken van hun medeburgers.

5. Doorrekeningen implicaties van de scenario's

Op basis van de beschrijvingen van de scenario's zijn de mogelijke gevolgen van elk scenario voor de instroom en verblijftijd in de belangrijkste vormen van de forensische zorg inzichtelijk gemaakt. Het gaat hierbij om simulaties gebaseerd op een combinatie van historische data en elementen uit de scenariobeschrijvingen. De simulaties helpen inzichtelijk te maken hoe de bezetting binnen de forensische zorg zou uitpakken als een bepaald scenario werkelijkheid zou worden en de bijbehorende aannames correct zouden zijn. In bijlage 5 wordt toegelicht hoe deze doorrekeningen precies zijn uitgevoerd. In deze sectie worden de resultaten weergegeven en de belangrijkste conclusies getrokken. Voor deze doorrekeningen geldt dat ze niet bedoeld zijn om een nauwkeurige beschrijving van de toekomst te bieden, maar om een beeld te schetsen van de bandbreedte van de FZ-bezetting in verschillende mogelijke toekomst.

Naast de vier scenario's die worden beschreven in sectie 4 en bijlage 2 is in de doorrekening gekeken naar een ongewijzigde voortzetting van de huidige ontwikkelingen – *business as usual* – in de forensische zorg, scenario 0 genoemd. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen een subscenario waarin de (voornamelijk stijgende) trends van de afgelopen jaren zich lineair doorzetten naar 2035 ('scenario 0 extrapolatie'), en een subscenario waarin de laatst bekende statistische gegevens ongewijzigd blijven in de toekomst (scenario 0 constant). De werkelijkheid van een *business-as-usual*-scenario zal zich naar verwachting ergens tussen de waarden van deze subscenario's bevinden. Op basis van de aannames binnen elk van de zes scenario's is een eenvoudig 'stock-and-flow'-model van de in- en doorstroom in de verschillende onderdelen van het forensische zorgstelsel gemaakt. De instroom en uitstroom bepalen de bezetting in dit model.

De belangrijkste conclusies die naar voren zijn gekomen uit de geschetste doorrekening, zijn de uitkomsten van de cumulatieve bezetting van tbs en Klinische zorg. Deze twee meest intensieve behandelingsvormen in de forensische zorg zijn van groot belang voor het verbeteren van de toekomstbestendigheid van het stelsel. Wanneer de berekende vooruitzichten in bezetting



van deze twee vormen worden afgezet tegen de capaciteit van 2021, wordt in grafiek 8 duidelijk dat in vier van de zes scenario's in de simulatie zich een tekort aan capaciteit zal voordoen. Met name in scenario C en het scenario waarin de trends van de afgelopen jaren zich ongewijzigd doorzetten wordt de situatie nijpend. De scenario's waarin de reguliere zorg en jeugdzorg zijn verbeterd pakken voor de capaciteitsdruk gunstiger uit dan de twee *business-as-usual*-scenario's.

De werkwijze en de belangrijkste conclusies van de doorrekeningen worden hieronder nader toegelicht. Zie voor de volledige toelichting bijlage 5.

5.1. Beschouwde reservoirs

In de forensische zorg bestaan meer dan honderd verschillende titels, die eigenlijk allemaal hun eigen 'reservoir' vormen. In het model op basis waarvan de doorrekeningen zijn gemaakt, zijn negen van deze titels expliciet opgenomen, om te voorkomen dat het model overmatig complex zou worden. Het model hoeft de werkelijkheid immers niet in maximale, maar slechts in voldoende mate te benaderen om tot zinnige inschattingen van de toekomstige FZ-bezetting te komen. De negen reservoirs waarin patiënten in de forensische zorg zich kunnen bevinden bestaan in de vereenvoudigde simulatie uit:

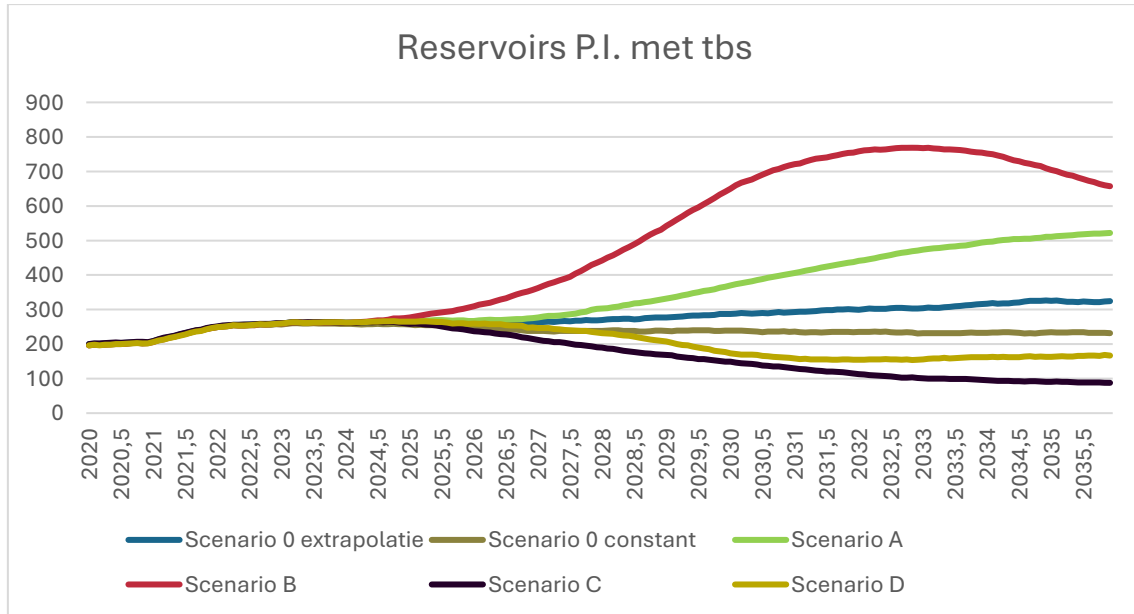
1. Een verblijf in een penitentiaire inrichting, als onderdeel van een combinatievonnis met bevel. Dit reservoir wordt aangeduid als: **PI_bev**
2. Een verblijf in een penitentiaire inrichting, als onderdeel van een combinatievonnis met voorwaarden. Dit reservoir wordt aangeduid als: **PI_vw**
3. Een verblijf in een tbs-kliniek. Dit reservoir wordt aangeduid als: **TBS**
4. Een op vier jaar gemaximeerd verblijf in een tbs-kliniek. Dit reservoir wordt aangeduid als: **TBS_4**
5. Het onder behandeling zijn in de Overige Forensische Zorg, afdeling *Klinische Zorg*. Dit reservoir wordt aangeduid als: **OFZ_KZ**
6. Het onder behandeling zijn in Overige Forensische Zorg, afdeling *Verblijfszorg*. Dit reservoir wordt aangeduid als: **OFZ_VZ**
7. Het onder behandeling zijn in Overige Forensische Zorg, afdeling *Ambulante Zorg*. Dit reservoir wordt aangeduid als: **OFZ_AZ**
8. Het vastzitten in de Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg. Dit reservoir wordt aangeduid als: **LFPZ**
9. Of men kan de Forensische zorg weer verlaten hebben. Dit reservoir wordt aangeduid als: **Uit_FZ**

Ruwweg komen de categorieën dus neer op *Penitentiaire Instelling (P.I.)*, *Ter Beschikking Stelling (tbs)*, *Overige Forensische Zorg (OFZ)*, of *Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg (LFPZ)*. De *Overige Forensische Zorg* is weer opgedeeld in *Klinische Zorg*, *Verblijfszorg* en *Ambulante Zorg*.

Over reservoir 8 (LFPZ) bleek uit de scenariosimulaties niet veel op te maken. De aantallen in de LFPZ zijn ook relatief klein in vergelijking met de andere onderdelen van het FZ-stelsel, waardoor de simulaties over deze bezetting de conclusies van deze toekomstverkenning niet wezenlijk beïnvloeden. Daarom is over de simulaties van de LFPZ-bezetting geen beschrijving in dit rapport opgenomen. Hieronder volgen de uitkomsten van de doorrekeningen van de andere bovengenoemde reservoirs.

5.2. Uitkomsten modelsimulaties per reservoir

Grafiek 1: reservoirs P.I. met tbs (1 en 2)



Scenario 0: De twee ‘business-as-usual’-scenario’s bevinden zich in het midden van de pluim. De extrapolatievariant vertoont een lichte trend omhoog. De constante variant vertoont deze trend omhoog niet, aangezien in deze variant de trends van de afgelopen jaren zich niet doorzetten naar de toekomst.

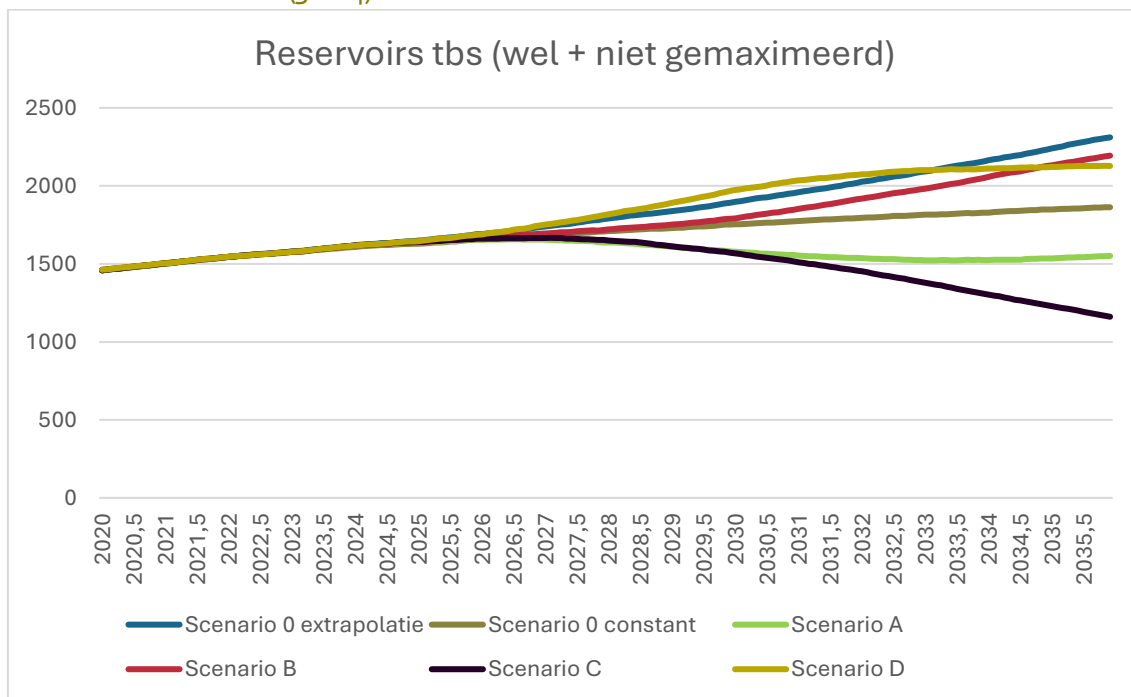
Scenario A: De curve laat een duidelijke stijging zien. In dit scenario verslechteren weliswaar de toegang tot en de kwaliteit van de reguliere zorg en de jeugdzorg, en vermindert de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning, maar de stijging van de combinatievonnissen blijft beperkt. Dat komt doordat het maatschappelijk sentiment naar meer repressie neigt en veel psychiatrische probleemgevallen daardoor geen zorg krijgen, maar uitsluitend een gevangenisstraf.

Scenario B: In dit scenario worden aanvankelijk steeds minder tbs-vonnissen zonder strafoplegging uitgesproken; dit worden allemaal combinatievonnissen, met gemiddeld steeds langere straffen. Doordat de toegang tot en de kwaliteit van de reguliere zorg en de jeugdzorg verbeteren, vindt op termijn een dusdanige daling van de met psychiatrie samenhangende criminaliteit plaats dat de curve na ongeveer 2032 weer daalt.

Scenario C: Dit scenario laat de grootste daling zien in de P.I.-bezetting met tbs. Het aantal combinatievonnissen tbs met bevel halveert van 2024 tot 2029; vanwege de toenemende capaciteitsproblemen krijgen alleen de zwaarste gevallen nog tbs met bevel opgelegd. Veel innovatie en technologie wordt ingezet om de samenleving desondanks veilig te houden. Tevens worden oplossingen gezocht via onder andere de inzet van vrijwilligers.

Scenario D: De curve vertoont aanvankelijk een forse daling, en bereikt daarna een iets hoger evenwicht. Net als in scenario C halveert het aantal combinatievonnissen tbs met bevel. Dit gebeurt echter niet vanwege capaciteitsproblemen, maar vanwege verbeteringen in de reguliere zorg en jeugdzorg. Daarom vindt deze halvering ook pas later plaats dan in scenario C, namelijk tussen 2027 en 2032 in plaats van tussen 2024 en 2029. Wel is vanaf 2024 de halvering van de gemiddelde gevangenisstraf in combinatievonnissen al zichtbaar. Die daling is een gevolg van het meer op resocialisatie gerichte maatschappelijk sentiment.

Grafiek 2: reservoir tbs (3 en 4)



Scenario 0: De allerhoogste tbs-bezetting in 2035 wordt bereikt in het extrapolatiescenario. De recente trend in de tbs-instroom wordt daarin onveranderd voortgezet. Mede door het Michael P.-effect neemt de behandelduur niet af en blijft ook de bezetting gestaag groeien.

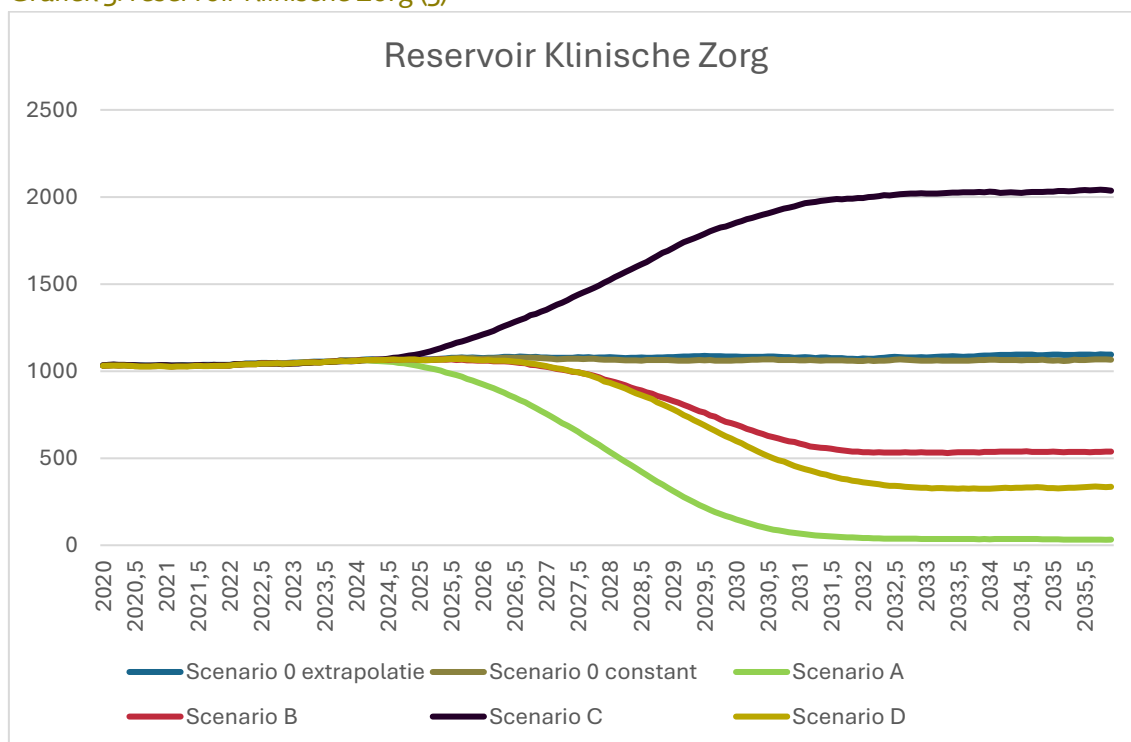
Scenario A: In dit scenario is sprake van een tijdelijke dip in de tbs-bezetting vanwege minder opleggingen en langere gevangenisstraffen voorafgaand aan de behandeling. Vanwege de langere gevangenisstraffen is er sprake van een flinke vertraging tussen het opleggen van een combinatievonnis en de instroom in de tbs. Na de dip neemt de instroom in de tbs weer toe vanwege de verhoogde instroom in de strafrechtketen, om op termijn op ongeveer hetzelfde niveau als 2022 uit te komen. De gesimuleerde tbs-bezetting komt pas in 2035 weer terug op het niveau van 2022.

Scenario B: De tbs-bezetting stijgt bijna net zo hard als in *scenario 0 extrapolatie*. Door het repressieve maatschappelijk sentiment verdubbelt het aantal combinatievonnissen tbs met bevel van 2024 tot 2029, terwijl tegelijkertijd de gemiddelde duur van een tbs-behandeling in die periode verdubbelt.

Scenario C: De daling in de tbs-bezetting treedt nog sterker op dan in scenario A. Dat hangt samen met de daling in de reservoirs P.I.-tbs, met als achterliggende oorzaak dat er geen tbs-plaatsen meer beschikbaar zijn.

Scenario D: Vanwege het op resocialisatie gerichte sentiment worden de gevangenisstraffen in de combinatievonnissen korter. Dit leidt tot een snellere doorstroom naar tbs, en dus tot een aanvankelijk sterk verhoogde tbs-bezetting. Omdat de reguliere zorg en jeugdzorg op termijn verbeteren, zet een daling zich met enige vertraging alsnog in.

Grafiek 3: reservoir Klinische Zorg (5)



Scenario 0: De instroom en de verblijfstijd voor de Klinische Zorg vertoonden de afgelopen jaren geen sterke trends. In beide scenario's 0 (met of zonder extrapolatie) verloopt de bezetting van dit reservoir daardoor vrijwel vlak.

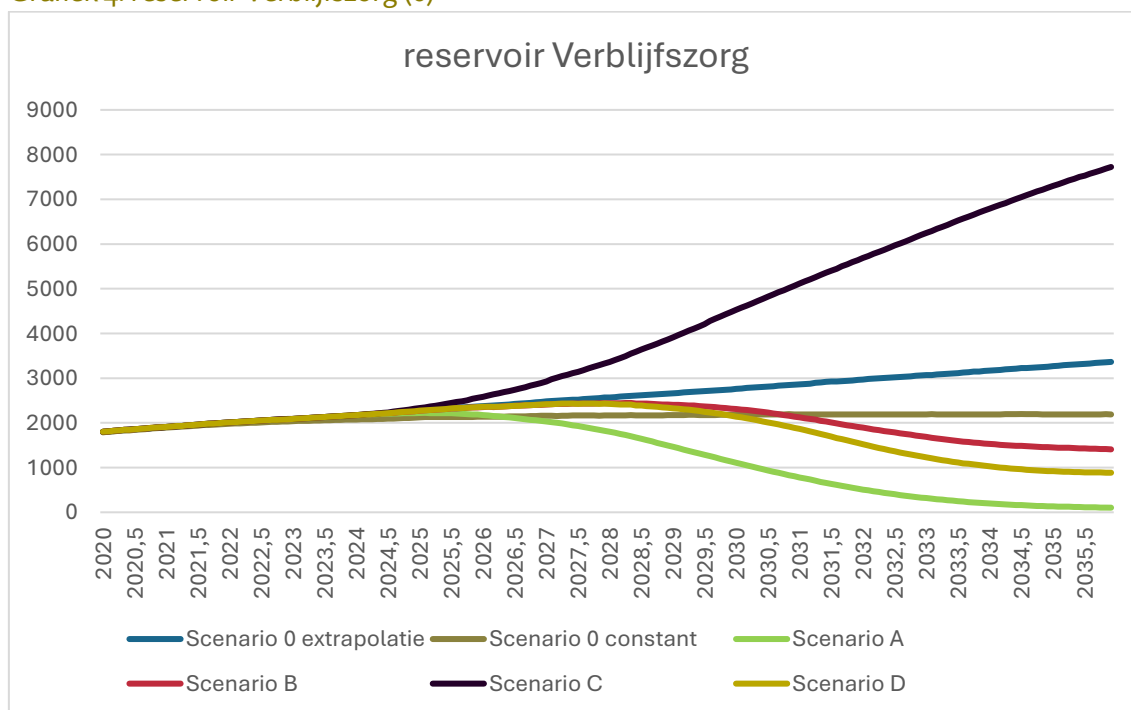
Scenario A: De capaciteit van de zorg is afgenomen en het maatschappelijk sentiment is gericht op repressie. Veel psychiatrische probleemgevallen krijgen geen zorg, maar uitsluitend een gevangenisstraf. In ernstige gevallen krijgen ze – na een lange gevangenisstraf – uiteindelijk tbs, maar de Klinische Zorg verdwijnt op termijn vrijwel geheel.

Scenario B: De bezetting van de Klinische Zorg daalt, vooral doordat de verblijfstijd in de Overige Forensische Zorg tussen 2024 en 2029 halveert.

Scenario C: In dit scenario spelen een aantal elkaar deels tegenwerkende krachten een rol. Vanwege schaarste in de zorg krijgen alleen de zwaarste gevallen nog tbs opgelegd. Daardoor ontstaat een verschuiving naar (en dus een hogere instroom in) de OFZ, waaronder de Klinische Zorg. Tegelijk halveert de gemiddelde behandelduur van tbs, wat een tijdelijk hogere doorstroom naar de Klinische Zorg oplevert.

Scenario D: De combinatie van een aantal samenhangende tendensen leidt tot een sterk verlaagde bezetting van de Klinische Zorg. Vanwege een milder maatschappelijk sentiment begint vanaf 2024 de verblijfsduur in de OFZ te dalen. Na 2027 wordt deze beweging versterkt door het gunstige effect van de verbeterde reguliere zorg en jeugdzorg. Tussen 2027 en 2032 halveert de instroom in de OFZ.

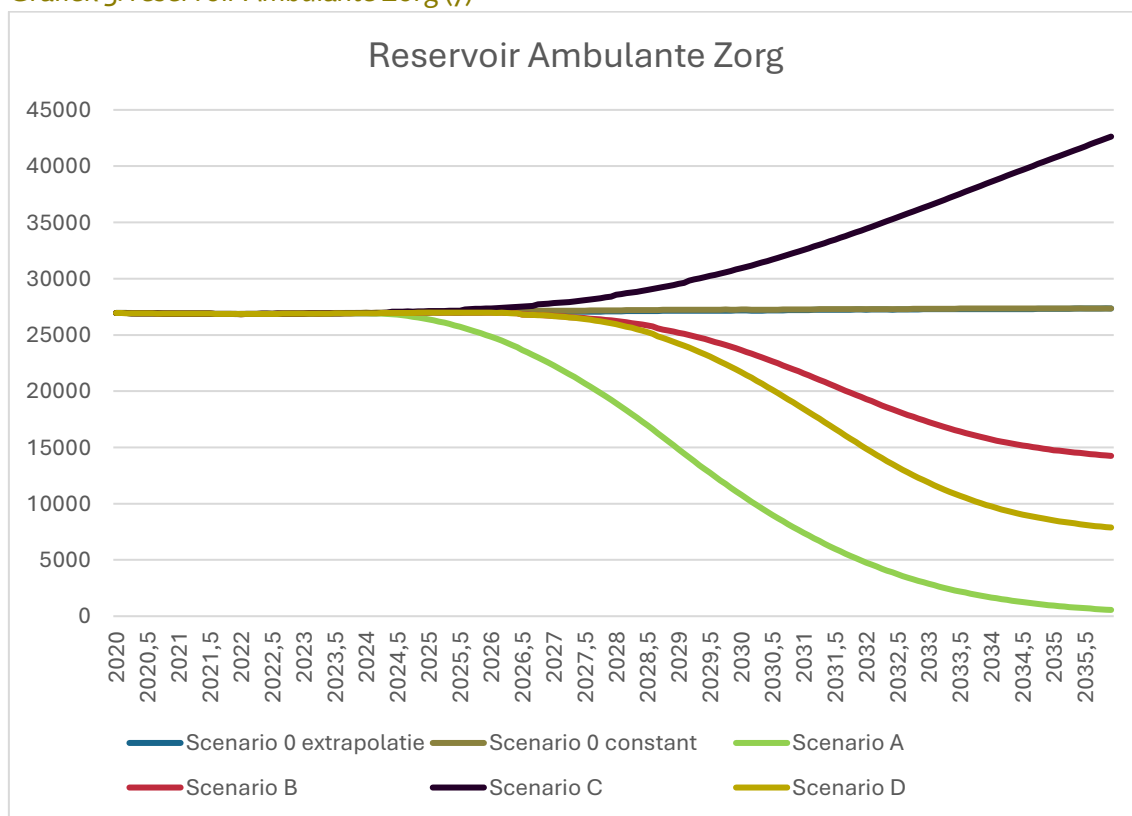
Grafiek 4: reservoir Verblijfszorg (6)



In de scenariobeschrijvingen wordt over het algemeen niet veel onderscheid gemaakt tussen de Verblijfszorg en de Klinische Zorg. De berekeningen voor de Verblijfszorg vertonen daardoor enigszins vergelijkbare uitkomsten met die voor de Klinische Zorg. Er is sprake van enkele kleine verschillen:

- In het reservoir Klinische Zorg vielen de beide scenario's 0 (met en zonder extrapolatie) vrijwel samen. Voor de verblijfszorg geldt dat niet, omdat de bezetting van de Verblijfszorg recentelijk – en in tegenstelling tot de bezetting van de Klinische zorg – een sterke opwaartse trend heeft vertoond.
- In scenario C vlakt de stijging van het reservoir Verblijfszorg niet af, terwijl de stijging van het reservoir Klinische Zorg dat wel deed. Dit verschil is een gevolg van het feit dat in dit scenario de doorstroom van Klinische Zorg naar Verblijfszorg *niet* problematisch is, maar de doorstroom van Verblijfszorg naar reguliere zorg *wel* problematisch is (vanwege het gebrek aan reguliere zorg).
- Scenario D laat een kleine stijging in de bezetting van de Verblijfszorg zien, waarna er een daling inzet. Deze stijging is het gevolg van de versnelde uitstroom vanuit de Klinische Zorg, die deels naar de Verblijfszorg leidt. Een dergelijk effect is zichtbaar in scenario B.

Grafiek 5: reservoir Ambulante Zorg (7)

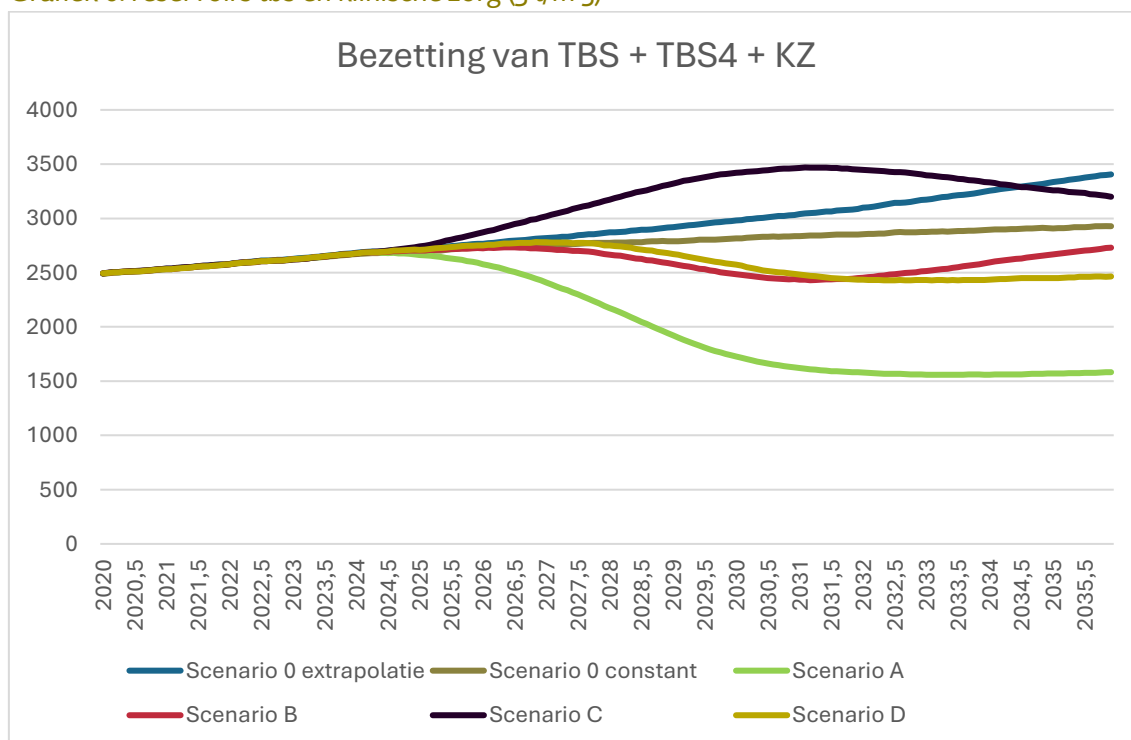


Ook wat betreft de bezetting van de Ambulante Zorg gedragen de scenario's zich min of meer vergelijkbaar met de Klinische Zorg en – in iets mindere mate – de Verblifszorg. De verklaringen daarvoor zijn hierboven besproken.

6.3. Conclusies op basis van de simulaties

Voor het verbeteren van de toekomstbestendigheid van het FZ-stelsel is het nuttig om niet alleen de afzonderlijke reservoirs in ogenschouw te nemen, maar ook de cumulatieve bezetting van tbs én Klinische Zorg. Dat zijn immers de twee meest intensieve behandelingsvormen in de forensische zorg. In de onderstaande grafiek zijn de sommaties uitgevoerd:

Grafiek 6: reservoirs tbs en klinische zorg (3 t/m 5)

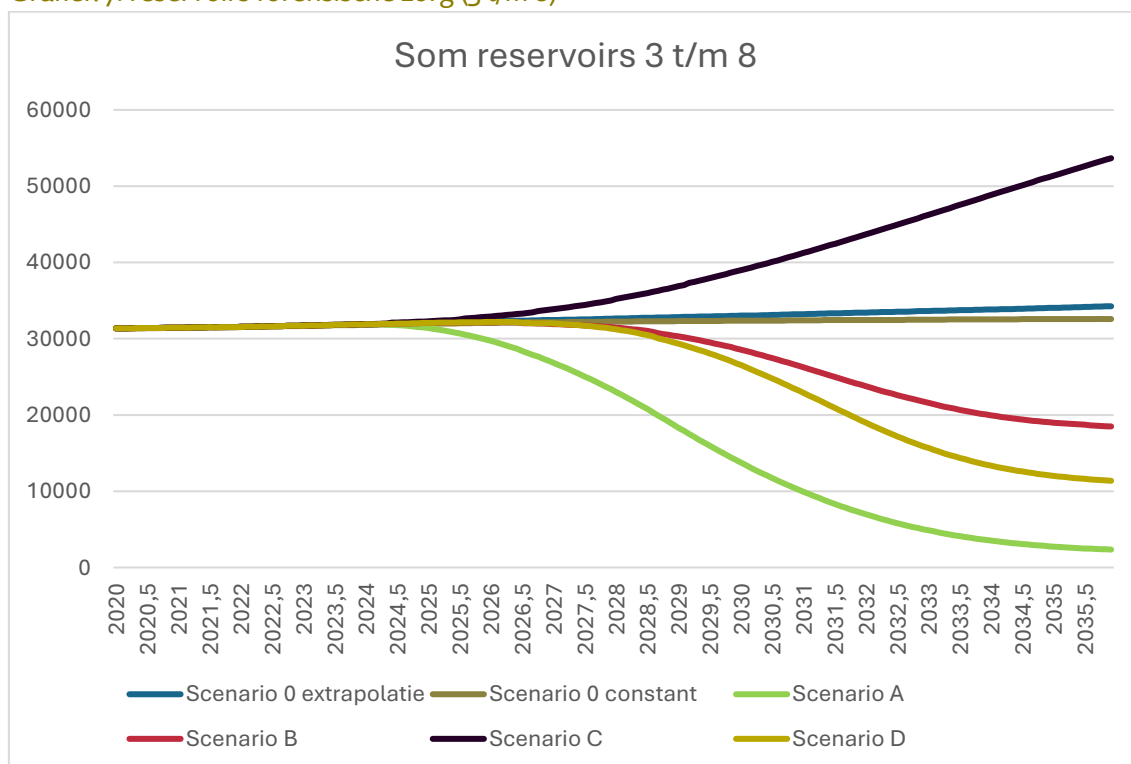


Deze grafiek vergemakkelijkt de volgende observaties:

- De hoogste bezetting van {TBS + TBS4 + KZ} in 2035 zal zich voordoen als de huidige tendensen en trends zich ongewijzigd zouden voortzetten (*scenario 0 extrapolatie*).
- De laagste bezetting van {TBS + TBS4 + KZ} in 2035 zal zich voordoen onder *scenario A*, waarin een combinatie van een toenemend klimaat van repressie en een afnemende capaciteit van de zorg (regulier zowel als forensisch) ertoe zal leiden dat er een grote verschuiving van de Forensische Zorg naar het gevangeniswezen zal plaatsvinden.
- De op één na laagste bezetting van {TBS + TBS4 + KZ} in 2035 zal bereikt worden onder de aannames van *scenario D*, waarin verbeteringen in de reguliere zorg en jeugdzorg op termijn zullen leiden tot minder instroom in deze reservoirs, en waarin een toegenomen maatschappelijke neiging tot resocialisatie zal leiden tot kortere verblijfsduren.

Wanneer alle reservoirs van de forensische zorg (met uitzondering van de P.I.-reservoirs 1 en 2) bij elkaar worden opgeteld, ontstaat de volgende grafiek:

Grafiek 7: reservoirs forensische zorg (3 t/m 8)

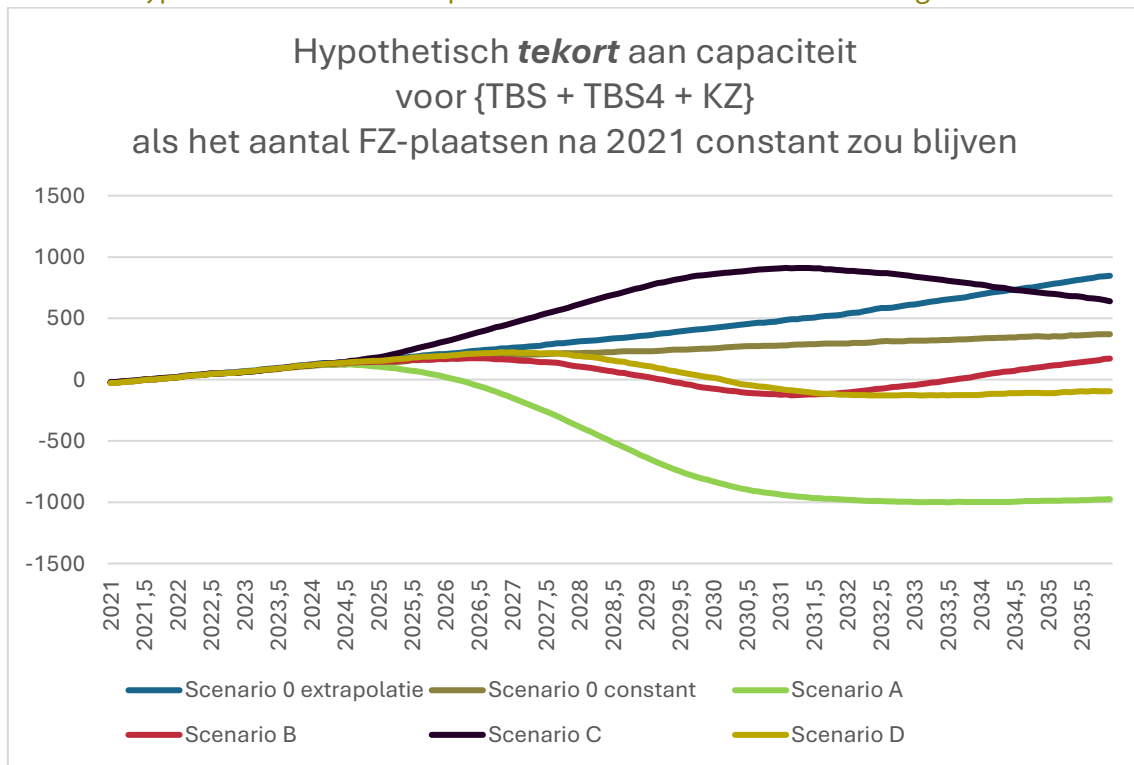


Nog een andere manier om naar dezelfde feiten te kijken, is door een vergelijking te maken van de gesimuleerde benodigde capaciteit voor {TBS + TBS4 + KZ} ten opzichte van de capaciteit die gerealiseerd was in 2021 (het laatst bekende cijfer). Deze grafiek is vrijwel gelijkvormig zijn aan de grafiek van de bezetting van {TBS + TBS4 + KZ}, maar met een y-as waarop de eventuele toekomstige capaciteitsproblemen kunnen worden afgelezen (zie grafiek 8).

De curve van scenario A (waarin repressie en een instortende zorg de toekomst bepalen) buiten beschouwing gelaten, vallen op basis van onderstaande grafiek aanvullende observaties maken:

- In Scenario D is de voor {TBS + TBS4 + KZ} benodigde capaciteit in 2035 gedaald ten opzichte van 2021.
- In Scenario B is – ondanks het repressieve maatschappelijk sentiment – de voor {TBS + TBS4 + KZ} benodigde capaciteit in 2035 slechts licht gestegen ten opzichte van 2021. Wel is er in 2035 nog steeds een stijgende trend.
- Scenario's B en D (waarin de reguliere zorg en jeugdzorg zijn verbeterd) vallen in dit opzicht niet alleen lager uit dan de twee *business-as-usual* scenario's, maar ook lager dan Scenario C, waarin het maatschappelijk sentiment op resocialisatie is gericht, maar het niet is gelukt om de reguliere zorg en jeugdzorg op peil te houden.

Grafiek 8: hypothetisch tekort aan capaciteit tbs en klinische forensische zorg



6. Inzichten handelingsrichtingen forensische zorgsector

Scenario's vormen een instrument om in het hier en nu het denken op te rekken en na te gaan welke opties de sector heeft om zich voor te bereiden op de onzekere toekomst. Na het opstellen en uitdenken van de scenario's hebben de deelnemers zich daarom bij elk afzonderlijk scenario afgevraagd welke handelingsrichtingen effectief zouden zijn om de forensische zorg op peil te houden en de doelen van recidivevermindering en beveiliging van de samenleving zo goed mogelijk te blijven nastreven. Dat leverde per scenario een lijst aan handelingsrichtingen op. Vervolgens zijn de deelnemers nagegaan of de handelingsrichtingen ook in andere scenario's een goed idee zouden zijn. Sommige acties zijn bijvoorbeeld in alle scenario's een goed idee (robuuste opties of *no-regrets*), andere komen alleen in specifieke scenario's van pas. Middels een optietabel (bijlage 3) is een overzicht gemaakt van de door de deelnemers genoemde handelingsrichtingen en de afweging van het nut van de optie bij elk scenario.

De opties die uit de bovengenoemde analyse zijn voortgekomen, zijn voor dit eindrapport ondergebracht in thematische clusters. Daaruit is vervolgens per cluster een overkoepelend inzicht geaggregeerd over de handelingsrichtingen die de forensische zorgsector kan overwegen en nader kan onderzoeken, waarbij ook de conclusies van de doorrekeningen van de scenario's (zie sectie 5) zijn meegenomen. Zo zijn zes overkoepelende inzichten tot stand gekomen over hoe de sector zich weerbaarder kan maken en hoe men gezamenlijk vorm kan geven aan het organiseren van een toekomstbestendige forensische zorg. In deze inzichten zijn dus alle opties meegewogen: zowel de robuuste opties als de opties die slechts onder bepaalde omstandigheden nuttig zouden zijn.

De gevonden thematische clusters van opties waren:

1. Technologie;
2. Informatie;
3. Op- en afschalen;
4. Samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein;
5. Samenwerking met het gevangeniswezen;
6. Communicatie.

Uit de optieclusters en de bijbehorende inbreng van de deelnemers tijdens de werkbijeenkomsten zijn de volgende zes inzichten afgeleid voor hoe de sector kan werken aan een toekomstbestendige forensische zorg:

1. Inzetten op technologie;
2. Gericht(er) meten en monitoren;
3. Flexibiliteit inbouwen om met het fluctuerende beroep op de forensische zorgcapaciteit om te kunnen gaan;
4. Investeren in samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein;
5. Investeren in samenwerking met het gevangeniswezen;
6. Actief de resultaten van de forensische zorg onder de aandacht brengen.

De geschetste scenario's komen nooit helemaal uit, Maar wat we wel zien is dat elementen uit de verschillende scenario's zich voordoen. De ontwikkelingen in de maatschappij hebben invloed op de mogelijkheden die zich voordoen voor de forensische zorg. Een grotere maatschappelijke acceptatie bijvoorbeeld, waarbij de nadruk ligt op resocialisatie biedt meer mogelijkheden om resocialisatie in de maatschappij. Wanneer de nadruk ligt op beveiliging van de maatschappij/ repressie, zal meer voorbereiding binnen een instelling plaatsvinden.

6.1. Inzetten op technologie

Optiecluster

Dit inzicht is gebaseerd op het optiecluster **Technologie**. Door deelnemers werden de volgende opties ingebracht:

- Inzetten op gebruik van technologie ten behoeve van beheersing, surveillance, controle en interventie in het belang van de veiligheid van de maatschappij, en in beperkte mate voor behandeling;
- Inzetten op gebruik van technologie ten behoeve van resocialisatie, behandelen en in beperktere mate monitoring;
- Faciliteren van technologische innovaties op het gebied van gedragsverandering.

Inzicht voor handelingsrichting

Het gebruik van al dan niet nieuwe technologie is essentieel voor het toekomstbestendig houden van de forensische zorg. Enerzijds kan de inzet van technologie bijdragen aan het verlagen van de (administratieve) werkdruk, het ondersteunen van personeel bij werkzaamheden en het efficiënter inrichten van processen binnen de forensische zorg. Anderzijds kan de inzet van technologie bijdragen aan surveillance, controle en ondersteuning (bij behandelingen) van forensisch patiënten.

Er zijn veel technische toepassingen denkbaar richting de tijdshorizon 2035. Bepaalde apparatuur en/of software is al beschikbaar, maar wordt op dit moment niet of in beperkte mate gebruikt in het veld vanwege juridische beperkingen en/of ethische bezwaren (bijvoorbeeld body-scans, geïmplanteerde chips of andere zogeheten *wearables*). Om optimaal te kunnen profiteren van de voordelen van technologie in relatie tot het verlagen van de capaciteitsdruk zou daarom kunnen worden ingezet op het slechten van barrières en het ethisch verantwoord kunnen toepassen van technologie. Indien hiervoor wetgeving moet worden aangepast, kan de sector daarvoor lobbyen.

De mogelijkheden voor de inzet van beschikbare technologie hangen deels af van de maatschappelijke kijk op forensische zorg richting de toekomst. Een maatschappelijk klimaat gericht op veiligheid en repressie biedt wellicht meer ruimte voor de inzet van technologie voor surveillance en controle. Wearables kunnen te allen tijde bijhouden waar iemand is, maar ook hoe iemand zich voelt, door bijvoorbeeld de hartslag en bloeddruk te meten. Indien het surveillancemiddel ineens afwijkende data laat zien, of bij vermoedens van wetsovertreding, kan mogelijk zelfs op afstand worden ingegrepen, bijvoorbeeld via onderhuidse tranquilizers. Een maatschappelijk klimaat gericht op resocialisatie biedt wellicht juist meer mogelijkheden voor de inzet van technologie op het gebied van behandelingen, nazorg, maatschappelijke ondersteuning en vrijwillige monitoring/surveillance. Inzet van technologie kan hiermee ook bijdragen aan een vroegere en veiligere resocialisatie. Technische innovaties kunnen op deze manier een robuuste handelingsoptie zijn.

6.2. Gerichter meten en monitoren effecten en resultaten forensische zorg

Optiecluster

Dit inzicht is gebaseerd op het optiecluster **Informatie**. Door de deelnemers werden de volgende opties ingebracht:

- De effecten van de forensische maatregelen bijhouden en meten;
- Kennis beschikbaar stellen voor wetenschap ten behoeve van preventie/zorg aan jeugd;
- Lobbyen voor het makkelijker maken van gegevensdeling, met inachtneming van privacyrechten.

Inzicht voor handelingsrichting

Om nu en in de toekomst de forensische zorg te kunnen verbeteren en het draagvlak voor forensische zorg te kunnen behouden, is het essentieel dat de sector sterker inzet op het effectief meten en monitoren van de effecten en resultaten van forensische zorg, om op die manier bruikbare sturingsinformatie te vergaren. Momenteel schiet die monitoring tekort; de Algemene Rekenkamer concludeerde in 2022 dat de datasystemen binnen het ministerie van Justitie en Veiligheid slechts gefragmenteerde gegevens vat en dat die gegevens niet goed worden benut om de minister van Rechtsbescherming van sturingsinformatie te voorzien.⁴⁷ Hoewel in de FZ-sector al veel data wordt verzameld, herkennen de deelnemers aan de toekomstverkenning dat het combineren van gegevens van ketenpartijen kan bijdragen aan het vergaren van meer inzicht in de effectiviteit van het forensische zorgstelsel en het opstellen van doeltreffend beleid. Denk bijvoorbeeld aan sturingsinformatie over de invloed van beleid op het verminderen van recidive (het hoofddoel van de forensische zorg) en de tijdigheid, passendheid en hoogwaardige kwaliteit van de geleverde zorg (de subdoelen van de forensische zorg, zoals gesteld in de Wfz). De verzamelde informatie kan ook beschikbaar gesteld worden aan de wetenschap, bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoek over de effectiviteit van bepaalde maatregelen en de invloed van bepaalde risicofactoren op de recidive.

6.3. Flexibiliteit inbouwen voor fluctuerend beroep op forensische zorg

Optiecluster

Dit inzicht is gebaseerd op het optiecluster **Op- en afschalen**. Door de deelnemers werden onder andere de volgende opties ingebracht:

- Verhogen capaciteit longstay-voorzieningen (LFPZ);
- Goede medewerkers 'boeien en binden';
- Lobbyen voor verandering van wetgeving die op -en afschalen van FZ gemakkelijker mogelijk maakt;
- Ontschotting in de FZ organiseren en inzetten op samenwerking en netwerkzorg.

Inzicht voor handelingsrichting

De benodigde capaciteit van het forensische stelsel is van vele factoren afhankelijk en fluctueert over tijd. Daardoor is de capaciteitsbehoefte richting de toekomst in enige mate onzeker. Uit de doorrekeningen gepresenteerd in sectie 5 van dit rapport blijkt dat in bijna alle door-dachte scenario's, waaronder de *business-as-usual*-scenario's, de bezetting in de zwaardere onderdelen van het forensische zorgstelsel toeneemt en er een tekort aan capaciteit zou ontstaan als het aantal beschikbare plekken gelijk zou blijven. Aangezien het hier om inschattingen

⁴⁷ [In de zorg, uit het zicht. Krijgen patiënten goede forensische zorg?](#) Algemene Rekenkamer, 23 maart 2022

en voorstellingen van mogelijke toekomsten gaat, kunnen aan de scenario's geen waarschijnlijkheden worden toegekend. Een scenario waarin de benodigde FZ-capaciteit drastisch daalt, is eveneens denkbaar, waardoor niet kan worden volstaan met het enkel opschalen van de hoeveelheid plekken.⁴⁸

Daarom is het inbouwen van opwaartse en neerwaartse flexibiliteit in de capaciteit van het stelsel essentieel voor een toekomstbestendige forensische zorg en verantwoord gebruik van publieke middelen. Dat houdt in dat de sector onder alle omstandigheden over voldoende middelen moet kunnen beschikken om de benodigde basisinfrastructuur/-capaciteit overeind te kunnen houden met de mogelijkheid om, indien nodig, deze op afzienbare termijn te kunnen opschalen, dan wel afschalen, middels een scala aan maatregelen die proactief en in samenhang ingezet kunnen worden. Afhankelijk van de situatie kan een dergelijke capaciteitsaanpassing nodig zijn voor het stelsel als geheel of binnen een specifiek onderdeel van het stelsel, zoals de *long stay* (LFPZ) of de geriatrie capaciteit.

Om de flexibiliteit en wendbaarheid binnen het stelsel te vergroten, kan de sector nader inzetten op het doorbreken van de huidige schotten tussen instanties, domeinen en clusters, zodat bestaande capaciteit optimaler benut kan worden onder wisselende omstandigheden. Voor een verdere versterking van flexibiliteit binnen de sector zijn bepaalde wetwijzigingen nodig, bijvoorbeeld om het mogelijk te maken opgelegde maatregelen gemakkelijker te verlengen of aan te passen, zodat sneller geschakeld kan worden tussen lichtere en zwaardere regimes. Voor het vergroten van de flexibiliteit zou bijvoorbeeld overwogen kunnen worden de gemaximeerde tbs af te schaffen. Uiteraard dient dit met de vereiste zorgvuldigheid gepaard te gaan.

Indien de forensische zorgsector te maken blijft houden met schaarste aan (forensisch) zorgpersoneel is het essentieel dat het beschikbare personeel zich kan richten op haar operationele kerntaken, dat de administratieve lastendruk verlaagd, verlegd of geautomatiseerd wordt en dat de eisen aan externe verantwoording in lijn worden gebracht met wat praktisch haalbaar en uitvoerbaar is voor de betreffende organisaties. Niet de systeemwereld, maar de leefwereld dient leidend te zijn.

In het geval dat vraag en aanbod in de forensische zorg in de toekomst (te) ver uit elkaar komen te liggen, kan de sector genoodzaakt zijn om triage toe te passen. Dit houdt in dat de instroom in het stelsel wordt beperkt op basis van prioriteitsinschattingen. In een extreme situatie kan zelfs overwogen worden om een jaarlijks plafond vast te stellen voor het aantal opgelegde tbs-veroordelingen en/of andere forensische zorgmaatregelen. Daartoe zou de forensische zorgsector afspraken moeten maken met het Openbaar Ministerie.

6.4. Investeren in samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein

Optiecluster

Dit inzicht is gebaseerd op het optiecluster **Samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein**. Door de deelnemers werden onder andere de volgende opties ingebracht:

- Kennis delen met, ondersteunen van en samenwerken met reguliere zorg en sociaal domein om cliënten met risicovol gedrag beter te begeleiden/behandelen;
- Samenwerking aangaan met aanbieders van somatische en (psycho-)geriatrie zorg ten behoeve van de oudere FZ-populatie;
- Werkgevers stimuleren aandachtsgroepen op te nemen;

⁴⁸ Zie ook: [Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988](#), M.J.F. van der Wolf, J. Reef en A.C. Warns, 2 november 2020

- Inzetten op domeinintegratie door aparte zorgstelsels en zorgroutes te integreren.

Inzicht voor handelingsrichting

De verbondenheid tussen het stelsel van de forensische zorg, het reguliere zorgstelsel en het sociaal domein is groot. De effectiviteit van reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning door zowel de overheid als het maatschappelijk middenveld beïnvloedt immers de instroom in de strafrechtketen en daarmee de instroom, uitstroom en capaciteitsdruk in de forensische zorg. Mensen die een forensische zorgmaatregel opgelegd krijgen, zijn vaak al behandeld in de reguliere zorg, of stromen na hun straf door naar een reguliere zorginstelling. Voor deze patiënten is het van cruciaal belang dat de continuïteit in hun behandeling wordt gewaarborgd en dat zij voldoende worden ondersteund bij hun terugkeer in de maatschappij. Dit is niet alleen in het belang van deze mensen zelf, maar ook van de maatschappij als geheel om de kans op recidive te minimaliseren. Voor het waarborgen van de continuïteit en het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ondersteuning zou de samenwerking tussen de forensische zorgsector en andere partijen in de reguliere zorg en het sociaal domein versterkt kunnen worden. Gezien de vergrijzing binnen de forensische zorgpopulatie is het ook raadzaam voor de sector om de samenwerking met aanbieders van somatische en (psycho-)geriatrie zorg te versterken.

Vanwege de preventieve werking ten aanzien van criminaliteit en strafbaar gedrag is het voor het toekomstbestendig houden van de forensische zorg van belang dat de reguliere zorg, maatschappelijke ondersteuning en sociale voorzieningen goed functioneren. Onderwijs en jeugdzorg kunnen bij goed functioneren bijdragen aan een daling van de jeugdcriminaliteit en daarmee indirect aan de instroom in de forensische zorg; organisaties in het sociale domein kunnen een vangnet vormen voor mensen in kwetsbare situaties en daarmee voorkomen dat zij een misstap begaan. De forensische zorgsector kan meer samen met deze aanverwante sectoren optrekken en het belang van het goed functioneren van deze sectoren benadrukken en pleiten voor investeringen hierin om oplopende kosten in de strafrechtketen en forensische zorg te vermijden.

Volg de cliënt in plaats van het zorgaanbod

Voor het versterken van de samenwerking tussen de forensische zorg, de reguliere zorg en het sociaal domein is integraal werken essentieel. Het recent gesloten Integraal Zorgakkoord biedt handvatten om meer vanuit de behoefte van de patiënt te werken. Om meer integraal te kunnen werken kan het bevorderlijk zijn om tot nu toe gescheiden zorgstelsels en -routes te integreren, ook in financiële zin. De sector kan ervoor pleiten dat zorgbudgetten de cliënt volgen, in plaats van het zorgdomein.

Inzetten op kennisoverdracht en vergroten forensische scherppte

Het is denkbaar dat in de toekomst bepaalde forensische zorgmaatregelen kunnen worden afgebouwd en behandelingen worden overgeheveld naar reguliere zorginstellingen. In dat geval kan de forensische zorg bijdragen aan kennisoverdracht over deze patiënten en behandelingen, bijvoorbeeld door data te verzamelen en beschikbaar te stellen voor (wetenschappelijk) onderzoek.

Ook kunnen de reguliere zorg en het sociaal domein beter toegerust worden om een risicoanalyse of inschatting van het recidivegevaar van een bepaalde patiënt te kunnen maken. De forensische zorgsector kan inzetten op kennisoverdracht en het vergroten van forensische scherppte van de medewerkers in dit werkveld. De sector kan onderzoeken of de huidige methode voor het maken van risicoanalyses voor forensische zorg nog voldoende ondersteunend is voor professionals die niet specifiek voor forensische zorgverlening zijn opgeleid, of zelfs voor

niet-professionals (buiten de zorg of het gevangeniswezen). Indien in de toekomst meer zorg-taken noodgedwongen worden opgepakt door niet-professionals, is het essentieel voor de sector om forensische kennis aan hen over te dragen, gezien de kwetsbaarheid en de risico's van de forensische populatie.

Inzetten op het beter benutten van toegestane uitwisseling van gegevens

Voor het versterken van de kennisoverdracht van en naar de reguliere zorg en het sociaal domein, kan het voor de sector nuttig zijn om sterker in te zetten op het delen van gegevens met instanties buiten de zorg. De huidige regelgeving biedt momenteel al de mogelijkheid tot uitwisseling van gegevens als daartoe een noodzaak is, maar van deze mogelijkheid lijkt in de sector vooralsnog weinig gebruik te worden gemaakt. Dit kan de sector verbeteren.

6.5. Investeren in samenwerking met het gevangeniswezen

Optiecluster

Dit inzicht is gebaseerd op het optiecluster **Samenwerking met het gevangeniswezen**. Door de deelnemers werden onder andere de volgende opties ingebracht:

- Forensische zorg in de penitentiaire inrichtingen organiseren door ook verslaafden, mensen met een lichte verstandelijke beperking en verwarde personen in het gevangeniswezen te behandelen;
- FZ-klinieken omvormen tot gevangenissen;
- Aanleunwoningen voor oudere gedetineerden realiseren bij penitentiaire inrichtingen;
- Nauwere samenwerking tussen en ontschotting van de forensische zorg en het gevangeniswezen.

Inzichten voor handelingsrichting

Voor het ontwikkelen van een toekomstbestendige forensische zorgketen is een nauwere samenwerking en nadere ontschotting met betrekking tot het gevangeniswezen gewenst.

Om zich op toekomstige ontwikkelingen voor te bereiden kan de forensische zorgsector in samenwerking met het gevangeniswezen alternatieve vormen van detentie verkennen en ontwikkelen, die beter aansluiten bij de behoeftes van de cliënt en samenleving. Een mogelijke benadering kan zijn om detentie kleinschaliger, decentraal en ambulantly plaats te laten vinden (naar het voorbeeld van detentie-eilanden), of om meer buiten de gevangeniswanden mogelijk te maken met behulp van het gebruik van *wearables* (zie inzicht 1).

Indien forensische zorg in de toekomst vooral wordt ingezet ter beveiliging van de samenleving, kan de wens ontstaan om meer forensische zorgbehandelingen binnen penitentiaire inrichtingen uit te voeren. In dat geval dient de forensische zorgsector met het gevangeniswezen samen te werken om de capaciteit in penitentiaire inrichtingen op te schalen en benodigde aanpassingen te doen aan bestaande instellingen om deze mensen te kunnen accommoderen en behandelingen uit te kunnen voeren. Gegeven de vergrijzing van de populatie kan de sector bijvoorbeeld onderzoeken of aanleunwoningen bij gevangenissen de behandelvoordelen van Forensisch Beschermd Wonen en de veiligheid van penitentiaire inrichtingen kunnen combineren.

6.6. Draagvlak versterken door het belang van forensische zorg te laten zien

Optiecluster

Dit inzicht is gebaseerd op het optiecluster **Communicatie**. Door de deelnemers werden de volgende opties ingebracht:

- Het actief vertellen van de succesverhalen uit de forensische zorg;
 - Gebruik maken van persoonlijke verhalen en ervaringsdeskundigen;
 - Transparanter zijn over de vele goede resultaten van forensische zorg (“Be good and tell it”).
- Als FZ-sector in gezamenlijkheid reageren op incidenten.

Inzicht voor handelingsrichting

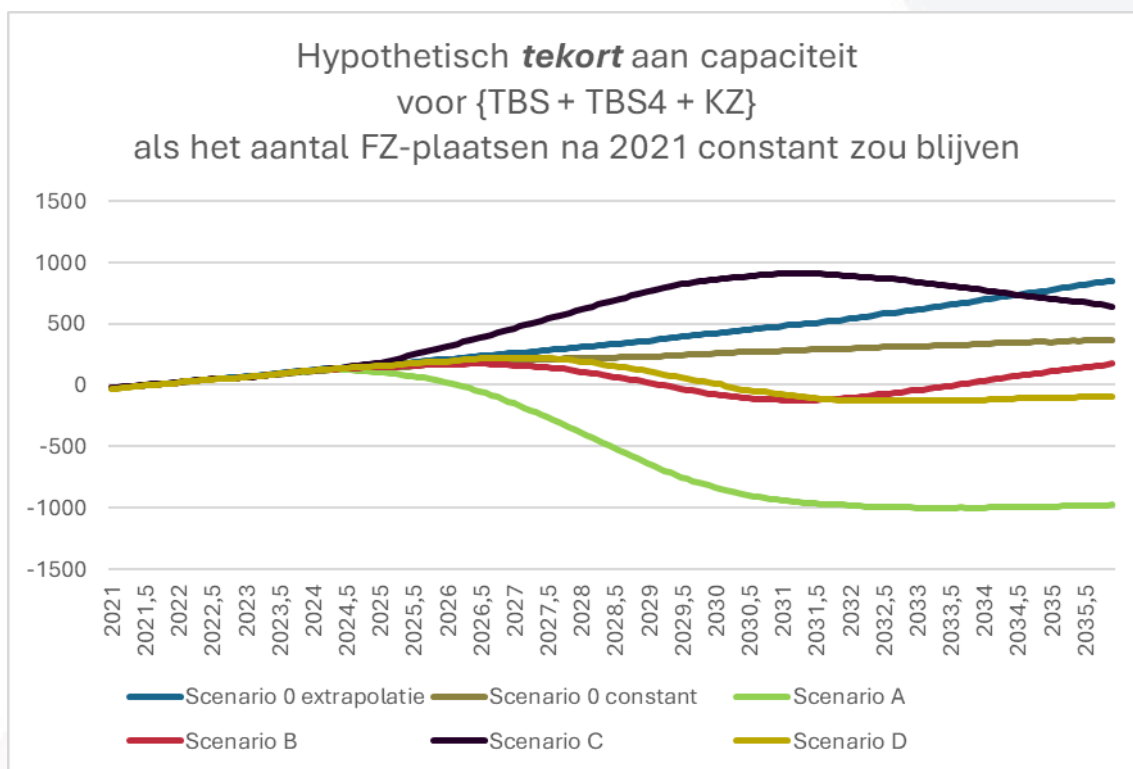
Voor het in stand houden en toekomstbestendig maken van de forensische zorg is voldoende draagvlak essentieel: in de samenleving, bij bestuurders en onder omwonenden van zorginstellingen. Behandelingen in de forensische zorg verminderen het risico op recidive en dragen daarmee bij aan een veiligere samenleving, maar bij het proces van behandeling en resocialisatie zullen altijd risico's aanwezig blijven. Incidenten waarbij FZ-patiënten betrokken zijn, trekken vaak snel de aandacht op overwegend negatieve wijze, en kunnen het veiligheidsgevoel van burgers sterk beïnvloeden. Op die manier kunnen incidenten ook het draagvlak voor FZ-behandelingen schaden, terwijl die via het verminderen van recidive juist bijdragen aan een grotere (objectieve) veiligheid.

Incidenten en de negatieve gevolgen ervan kunnen moeilijk volledi worden voorkomen. De sector kan zelf meestal niet met volledige openheid communiceren over incidenten vanwege de privacygevoeligheid van de informatie. De sector heeft zeker al aandacht voor het vergroten van het draagvlak voor de forensische zorg in de maatschappij. Toch liggen er voor de sector kansen om het belang en de successen en dilemma's van de forensische zorg nog meer en blijvend onder de publieke aandacht te brengen. De sector kan actiever de aantoonbare vermindering van het recidiverisico als gevolg van forensische zorg benadrukken, open communiceren over vraagstukken en dilemma's binnen de forensische zorg, maar ook de persoonlijke verhalen van patiënten, familieleden, zorgverleners, reclasseringsbeambten, werkgevers en wellicht zelfs slachtoffers vertellen en laten zien. Via zulke persoonlijke verhalen kunnen het belang en de successen van de forensische zorg op een concrete, menselijke wijze worden aangetoond, als aanvulling op de statistisch aantoonbare positieve effecten van FZ-behandelingen op de veiligheid van de Nederlandse samenleving.

7. Opties voor omgang met extreme omstandigheden

De bovengenoemde inzichten gaan over handelingsrichtingen waarop de forensische zorgsector hoe dan ook kan inzetten om in gezamenlijkheid te werken aan een toekomstbestendige forensische zorg. Zoals de scenario's en de kwantitatieve doorrekeningen daarvan echter hebben laten zien, is het denkbaar dat de sector in de nabije toekomst met dusdanig beperkende externe omstandigheden te maken krijgt dat ze de gevraagde zorg niet meer (tijdig) kan leveren.

In de simulatie loopt in alle scenario's de benodigde capaciteit voor de tbs en de klinische forensische zorg in ieder geval tot ongeveer 2025 nog op. Daarna kan de benodigde capaciteit snel afnemen en stabiliseren op laag niveau (scenario A); geleidelijk afnemen en stabiliseren op iets onder het huidige niveau (scenario D); fluctueren (scenario B); langzamer toenemen (scenario 0 constant); ongeveer gelijkmatig blijven toenemen (scenario 0 extrapolatie) of sneller toenemen om vervolgens geleidelijk weer af te nemen (scenario C). Het risico op een tekort aan capaciteit lijkt dus het grootst indien de huidige trends zich ongewijzigd doorzetten of indien het functioneren van de reguliere zorg verslechtert en het maatschappelijk sentiment meer gericht raakt op resocialisatie.



Een van de belangrijkste beperkende factoren voor de forensische zorgsector om aan de zorgvraag te voldoen is momenteel de krappe arbeidsmarkt. Prognoses van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport laten echter zien dat de arbeidsmarkttekorten in de zorg binnen de tijdshorizon van deze verkenning waarschijnlijk alleen maar verder zullen toenemen. In de brede zorg- en welzijnssector is het arbeidsmarkttekort volgens de prognose in 2032 opgelopen tot 169.500 medewerkers, ten opzichte van een tekort van 41.100 medewerkers in 2021 (+312%).⁴⁹ Voor de reguliere ggz wordt de toename van het tekort over diezelfde periode tussen de 137% en de 165% geschat. De forensische zorg is in deze prognose niet als categorie meegenomen, maar gezien de extra drempel voor potentiële medewerkers die het werken in

⁴⁹ [Totaal zorg en welzijn \(breed\)](#), Prognosemodel Zorg en Welzijn

een beveiligde omgeving met zich meebrengt, is het zeer onwaarschijnlijk dat het tekort aan FZ-medewerkers gunstiger zal uitvallen dan het tekort aan zorgmedewerkers in het algemeen. Daarmee rijst de vraag: wat als de sector door dergelijke externe omstandigheden zoals de arbeidsmarkt niet meer in de maatschappelijke vraag naar forensische zorg kan voorzien?

In de toekomstverkenning hebben de deelnemers al enige handelingsopties ingebracht om met zulke extreme omstandigheden om te gaan:

- **Triëren:** Om de capaciteitsdruk in geval van grote personeelstekorten en/of hoge instroom te beperken, kan de sector erop inzetten alleen nog de patiënten met de ernstigste problematiek in behandeling te nemen. In het geval van een 'mismatch' tussen vraag en aanbod zouden scherpe keuzes moeten worden gemaakt over welke patiënten behandeld kunnen worden en welke niet. Het geniet dan de voorkeur eerst de patiënten met de zwaarste problematiek en het hoogste veiligheidsrisico op te nemen. Om de instroom te beperken kan in het meest extreme geval worden gedacht aan het stellen van een plafond van het jaarlijks aantal op te leggen tbs-veroordeling, waarvoor afspraken zouden moeten worden gemaakt met het Openbaar Ministerie. Een dergelijk plafond bestaat al voor het aantal rapporten dat per jaar kan worden opgevraagd bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).
- **Zorgaanbod versoberen:** In het geval van een 'zorginfarct' door hoge instroom en te weinig personeel kan het noodzakelijk zijn voor de sector om de behandeling van bepaalde groepen patiënten te versoberen. Voor patiënten of gedetineerden met ernstige stoornissen en/of hoge veiligheidsrisico's zou stabiliseren, of in de ergste gevallen slechts sederen, dan het minimale behandelgoal kunnen worden.
- **Minimaliseren externe verantwoording:** Om de administratielast voor FZ-medewerkers tot een minimum te beperken kan de sector lobbyen voor het sterk terugbrengen van de eisen aan externe verantwoording. Zo kunnen schaarse werknemers een zo groot mogelijk deel van hun tijd aan het behandelen van patiënten besteden.
- **Strafmaatregelen omvormen:** Om de doorstroom in het forensische zorgstelsel sneller te maken kan de sector lobbyen voor wetwijzigingen die het makkelijker maken om strafmaatregelen en/of forensische titels om te vormen. Denk bijvoorbeeld aan het afschaffen van de gemaximeerde tbs of aan het makkelijker omzetten van een strafmaatregel naar een civiele maatregel, zodat de patiënt kan worden overgedragen aan de regulier zorg (bijvoorbeeld in het geval van dementie). Daarvoor zou de sector in gesprek moeten treden met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en met de wetgevende macht.

Het kan raadzaam zijn om als sector verder na te denken en in gesprek te gaan over mogelijke handelingsopties in het geval van sterk beperkende externe omstandigheden.

Bijlage 1: Visueel overzicht van het doorlopen proces

	Februari	Maart	April	Mei	Juni
Fasen	Fase 1: verkennen relevante trends en ontwikkelingen		Fase 2: creëren en uitwerken scenario's en handelingsopties		Fase 3: inzichten verzamelen en rapporteren
Activiteiten	Input uitvragen bij deelnemers		Resultaten tussentijds uitwerken		Eindrapport en presentatie opstellen
Bijeenkomsten	Deskresearch en voorbereiden workshops				
Resultaten /producten		Workshop 1	Workshop 2	Workshop 3	
Resultaten /producten				Concept-eindrapport	Eindrapport

Bijlage 2: Scenarioteksten

Scenario A: Hoge hekken, dikke muren

Maatschappelijk sentiment gericht op repressie & Functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning verslechtert

Halverwege 2024 viel het laatste kabinet-Rutte. Het hielp ook niet mee dat de Nederlandse economie in een recessie was beland. De inflatie, die eerst beteugeld leek, begon weer op te lopen en de rente was nog altijd niet op het niveau van de jaren '10. Steeds meer mensen kregen moeite met rondkomen en hielden de hand op de knip. Dit deed de economie verder in een neerwaartse spiraal afglijden. De sociale ongelijkheid nam verder toe en meer mensen kwamen op afstand van de maatschappij te staan.

Nadat er nieuwe verkiezingen hadden plaatsgevonden, ging er rond 2025 een andere politieke wind waaien. Zelfredzaamheid en ondernemerschap werden meer beloond. Wie achterover wilde leunen, werd gekort en/of bestraft. Vanuit deze overtuiging, maar ook vanwege het slechte economische klimaat, bezuinigde het nieuwe kabinet sterk op overheidssteun, vooral voor degenen die minder meekwamen in de verharde maatschappij.

Veiligheid voorop

Het gevoel van onveiligheid onder burgers nam toe. Er ontstond steeds meer frictie en onrust in de samenleving. De nieuwe coalitie bezuinigde flink op de zorg, ook op de geestelijke en forensische zorg. Incidenten met personen met onbegrepen en/of verward gedrag namen toe, wat het onveiligheidsgevoel in de samenleving alleen maar verder versterkte.

De culminatie kwam in 2025. Toen vonden er twee grote incidenten plaats met tbs'ers die op verlof waren. Bij deze incidenten waren meerdere willekeurige, jonge slachtoffers te betreuren. De maat was hiermee voor velen vol. In de ogen van veel mensen was het bestaande stelsel rondom forensische zorg failliet en was de maatschappij daar de dupe van. Vanuit de samenleving kwam een roep om onschuldige mensen nóg beter te beschermen tegen dit soort gevaarlijke personen. Behandelingen, zoals tbs, slaagden daar, in de ogen van de meerderheid, niet of nauwelijks in. Het moest afgelopen zijn met het 'gepamper' van criminelen.

De politiek gaf gehoor aan de maatschappelijke onvrede en kwam in 2026 met een radicaal voorstel voor een Wet veiligheidsherstel (Wvh), in de volksmond ook wel de 'Nederland weer veilig'-wet genoemd. Een doel van het wetsvoorstel was om de forensische zorg per direct af te schalen en op termijn op te heffen. Detentie in combinatie met zorg, als het al wordt opgelegd, is sindsdien centraal geregeld vanuit het gevangeniswezen. In de praktijk betekent de wet dat de nadruk veel meer op straffen is komen te liggen en dus niet of nauwelijks meer op behandelen.

Een ander onderdeel van de Wvh was de invoering van digitale burgerscores naar Chinees model. Vanuit de wens om de schaarse overheidsmiddelen eerlijker te kunnen verdelen voerde de overheid dit scoresysteem in. Elektronische middelen maakten het betrekkelijk eenvoudig de bevolking nauwkeurig in de gaten te houden en punten toe te kennen voor goed gedrag of juist af te trekken bij slecht gedrag. Wie te veel strafpunten vergaarde, kon bepaalde rechten en privileges verliezen. Zo werd toegang tot elke vorm van zorg een te verspelen recht. Bij elk gepleegd delict werd het recht op zorg van de delinquent verminderd, ongeacht aanleiding of achtergrond van het delict. De Wvh en het scoresysteem maakten het mogelijk om levenslang toezicht te kunnen houden op veroordeelden, ook nadat ze hun straf hadden uitgezeten. Het

mooiste van de burgerscore is wel dat het systeem automatisch risicoprofielen van potentiële daders kan genereren en dat de overheid deze personen al nauwlettender in het vizier kan houden vóórdat ze een overtreding begaan.

Forensische zorg alleen in uiterste gevallen

Door de Wvh en het scoresysteem kwamen burgers, en vooral jongeren, steeds sneller in aanraking met Justitie. Veroordeelden die vroeger in aanmerking zouden zijn gekomen voor forensische zorg, zoals mensen met psychische of verslavingsproblematiek, komen nu sneller in de strafketen terecht. De instroom in de strafrechtketen is dan ook fors toegenomen.

De rechterlijke macht bewoog, met enige vertraging, mee met het repressieve maatschappelijk sentiment. Dat leidde op termijn tot relatief minder opleggingen van tbs-maatregelen, maar dat werd in absolute aantallen gecompenseerd door de hogere instroom in de strafketen, waardoor het aantal opgelegde tbs-maatregelen door de jaren heen op hetzelfde niveau bleef. Verder leidde dit tot een stijging in de oplegging van combinatievonnissen, met langere gevangenisstraffen voorafgaand aan tbs. Overige forensische zorgmaatregelen worden niet meer opgelegd en de klinische -en verblijfszorg is gedaald.

De reclassering heeft een andere focus gekregen dan voorheen. Zij richten zich meer op controle met behulp van de inzet van technische middelen en minder op begeleiding. De vraag naar overig forensisch zorgpersoneel is door de nieuwe maatregelen afgenomen.

De populatie van cliënten in de forensische zorg was van oorsprong sterk vergrijsd en zorgde voor een grotere vraag naar somatische zorg in penitentiaire inrichtingen. Om kosten te besparen worden er momenteel experimenten gedaan met hoeveel zorg nog moet worden verleend aan oudere gevangenen. Het Texaanse model vormt de inspiratie voor de experimenten: in de VS en dan met name Texas krijgen gedetineerden nauwelijks zorg en ligt hun levensverwachting ca. vijf tot acht jaar lager dan in Noordwest-Europa. Dit kan een enorme kostenbesparing op het toch al krappe Nederlandse zorgbudget opleveren.

Omdat er een slecht maatschappelijk vangnet was en de Jeugdzorg nagenoeg is wegbezuinigd ontstond er een groei van het aantal jongeren dat in de gevangenissen belandt. Wel is het aantal getraumatiseerde asielzoekers in de strafketen afgenomen, omdat Nederland nu een minder aantrekkelijk bestemming voor migranten is.

Omdat er nauwelijks behandelingen voor veroordeelden meer plaatsvinden, wordt deze gewonnen tijd ingezet om gedetineerden langer en vaker aan het werk te zetten. Zo kunnen zij toch nog een constructieve en nuttige bijdrage leveren aan de maatschappij, is de gedachte.

De extra behoefte aan gevangenisruimte leidde tot een enorme toename van het aantal detentiecentra in Nederland. Van een bouwstop als gevolg van stikstof en andere klimaatproblematiek was niet langer sprake. De regering hecht minder belang aan dergelijke kwesties en zet in op een zo goed mogelijke beveiliging van de samenleving, door afwijkend gedrag zoveel mogelijk te voorkomen en te bestraffen. De bouw van meer gevangenissen was hiervoor noodzakelijk.

Zorg en maatschappelijk vangnet verslechteren

Door de vele bezuinigingen kostte het moeite om de kwaliteit van de zorg op peil te houden, de inzet van technologie en verdere ambulantisering ten spijt. Het slecht functioneren van de reguliere zorg bemoeilijkte ook de continuïteit van begeleiding van patiënten. Ondanks de invoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in 2022 bleef de concurrentie met de verschillende do-

meinen en de Wmo in het decennium erna bestaan. Het sterk toegenomen gebruik van elektronisch toezicht heeft wel als gevolg gehad dat patiënten in beeld bleven bij zorgverleners én de maatschappij het gevoel van veiligheid en controle behield.

De arbeidsmarktproblematiek in de geestelijke gezondheidszorg is een stuk minder dan de jaren ervoor, omdat er flink op bezuinigd is. Het aanbod van geestelijke gezondheidszorg is verder verschaald.

Nadat iemand uit de gevangenis of een zorginstelling wordt ontslagen, is het moeilijk om te integreren in de maatschappij. Gemeenten, maar ook andere instellingen en werkgevers, bekijken mensen met een 'rugzakje' met argwaan en nemen ze maar moeilijk op. Armoede en schulden komen onder deze kwetsbare groepen veelvuldig voor.

Politiek en maatschappij hechten weinig belang aan preventie door inzet van Jeugdzorg, maatschappelijk werk en dergelijke. Alleen preventiemaatregelen die op korte termijn direct recidive kunnen voorkomen worden nuttig geacht. Er wordt budget vrijgemaakt voor controlerende maatregelen zoals enkelbanden en geïmplanteerde chips, maar ook voor het afleggen van externe verantwoording. Dit draagt immers bij aan een sterker gevoel van veiligheid.

Snelle adoptie en inzet technologie


De behoefte aan meer veiligheid, de toename van het aantal gedetineerden en het gebrek aan gevangenispersoneel gaf een impuls aan de adoptie van technologische ontwikkelingen op het gebied van surveillance en beveiliging. Naast de burgerscore werden er andere vormen van elektronisch toezicht ingezet, die verder gingen dan de (voorheen) gebruikelijke enkelbanden. Door middel van chips en andere implantaten kon Justitie veroordeelden veel beter gaan monitoren, ook nadat zij hun straf hadden uitgezeten. Met de nieuwe apparaten kan de overheid nu niet alleen de locatie van personen vaststellen, maar ook het gebruik van drugs en alcohol en de fysieke en mentale gemoedstoestand van de ex-gevangene volgen.

Voor preventiemaatregelen leveren de nieuwe technologieën veel mogelijkheden en voordelen op. Omdat er zo veel gemeten en gemonitord kan worden, kan men bij wijze van spreken al bij een gechipt persoon ingrijpen voordat een eventueel vergrijp plaatsvindt, bijvoorbeeld als er een stijgende adrenaline- of cortisolspiegel gemeten wordt. Detectiepoortjes kunnen de chips lezen en registreren de aanwezigheid van een veroordeelde. Dit stelt de omgeving in staat alert te zijn op verdacht gedrag. Een populaire maatregel is bijvoorbeeld de automatische waarschuwing die winkeliers ontvangen als er een notoire winkeldief de zaak binnenkomt. Indien deze persoon daadwerkelijk iets steelt, krijgt hij of zij uiteraard strafpunten in het burgerscore-systeem.

Privacy en mensenrechten ondergeschikt aan veiligheid

De AVG en privacyregelgeving spelen nauwelijks nog een rol in de samenleving. Iemand met een strafblad heeft sowieso zijn recht op privacy verspeeld. Met het begaan van een overtreding heeft deze persoon immers aangetoond een bedreiging te vormen voor de maatschappij. De meeste mensen vinden het de taak van Justitie om koste wat kost te voorkomen dat deze persoon recidiveert. Persoonlijke gegevens zijn daarom makkelijk deelbaar, als er alleen al het vermoeden bestaat dat iemand (nogmaals) in de fout kan gaan. Dit geldt ook voor de uitwisseling van medische gegevens met andere publieke en private partijen die geen medische achtergrond hebben, zoals winkeliers, (potentiële) werkgevers, vliegtuigmaatschappijen en woningbouwverenigingen. Dit alles gebeurde in het belang van de veiligheid van de samenleving.

De nieuwe wetgeving had echter wel tot gevolg dat Nederland genoodzaakt was om uit het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) te stappen. Het korten op de toegang tot



zorg voor veroordeelden en de inbreuk op privacy van alle Nederlanders werden in strijd geacht met de waarden van het EVRM. Voor de Nederlandse overheid was dit geen reden om de regelgeving aan te passen en van koers te wijzigen. Maximale bescherming van haar burgers is immers haar doel, en dat heiligde in dit geval alle middelen.



Scenario B: Water en brood

Maatschappelijk sentiment gericht op repressie & Functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning verbetert

In 2023 leek het er nog op dat we in Nederland op een zorginfarct afstevenden. Maar in 2035, terugkijkend op het afgelopen decennium, kan toch worden gesteld dat het reguliere zorgsysteem (inclusief de ggz, de Jeugdzorg en de Gehandicaptenzorg) flink is verbeterd. Het Integraal Zorgakkoord uit 2022 heeft daar een belangrijke rol in gespeeld. Het akkoord leidde ertoe dat partijen intensiever met elkaar gingen samenwerken, dat de eerstelijnszorg werd versterkt, dat er meer werd ingezet op preventie en dat het voor zorgverleners aantrekkelijk bleef om in de zorg te werken. Hoewel het IZA rond 2022 een kantelpunt vormde in de verbetering van de zorg, heeft het tot 2030 geduurd voordat de positieve effecten zichtbaar werden, met name op het gebied van preventie.

Het sociaal domein maakte eveneens een verbeteringslag na jaren van bezuinigingen in de jaren '10 en begin jaren '20. Samen zijn overheid, maatschappelijke instanties en professionele zorg- en welzijnsinstellingen inmiddels beter dan tien jaar geleden in staat effectieve ondersteuning te bieden voor mensen die dat (tijdelijk) nodig hebben.

Rond 2025 ontstond vanuit de samenleving echter een andere kijk op mensen die niet zich aanpasten aan formele en informele maatschappelijke normen. De risicotolerantie voor mensen die misstappen begingen en afwijkend gedrag vertoonden, daalde met de jaren. De roep om strengere beveiliging, vergelding en bestraffing voor overtreders klonk door in de politiek. Nieuwe wetgeving zette in op repressie bij veroordeling en veel minder op zorg en behandeling. De gevangenis stroomden vol.

Forensische zorg alleen voor noodgevallen

De rechterlijke macht nam deze tendens na enige tijd over, mede ingegeven door het maatschappelijk sentiment. In eerste instantie nam het aantal opgelegde tbs-maatregelen nog toe, als gevolg van het repressieve beleid, maar naderhand ontstond er een dip omdat de samenleving veroordeelden liever wil straffen dan behandelen. Sowieso werden steeds langere gevangenisstraffen opgelegd voorafgaand aan tbs. Lichtere vormen van forensische zorg, die rechters in het verleden vaak oplegden, zijn verdwenen. Daders werden sneller én langer bestraft en opgesloten als zij een vergrijp hebben gepleegd. Dit heeft geleid tot een toename van het aantal zwaarbeveiligde tbs-klinieken en een stijging van het aantal plaatsingen in penitentiaire inrichtingen. Longstay-verblijf is steeds normaler. Alleen personen die in hoge mate ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard komen nog terecht in de tbs en blijven daar ook lang, omdat de politiek geen enkel risico meer wil lopen met deze mensen. Verzoeken tot vervroegde invrijheidsstellingen worden niet meer gehonoreerd.

Door de toename van het aantal gevangenis en omdat mensen langer in tbs-klinieken blijven zitten, ontstond er een nog groter capaciteitsprobleem in de forensische zorg dan voorheen. Technologische ontwikkelingen, met name op het gebied van controle en surveillance en voor het afleggen van externe verantwoording, vormen hierbij een uitkomst.

De kosten voor forensische zorg als geheel begonnen in de loop van de jaren steeds verder te dalen, omdat de overige forensische zorg werd afgeschaald en er dus minder personeel en fysieke capaciteit nodig was. Naderhand daalde ook de tbs-instroom. Het boventallig personeel kon echter makkelijk doorvloeien naar de reguliere zorg, waar nog wel veel handen nodig zijn. De technologische innovaties zorgden eveneens voor kostenbesparing.

Eigen schuld

Even leek het erop dat we permanent in een ‘water en brood’-samenleving zouden belanden. Er was weinig tot geen mededogen met mensen die in fout waren gegaan. ‘Wie zich brandt moet op de blaren zitten’, luidde het devies. Vooral in de jaren ’20, toen de zorg en maatschappelijke ondersteuning nog niet op orde waren en de wens tot harder straffen en repressie vanuit politiek en samenleving groot was, was er weinig oog voor het effect van een behandeling op een veroordeelde. De repressieve samenleving gaf er de voorkeur aan om in te zetten op mensen die het ‘goed doen’ in de samenleving. Als je ‘binnen de lijntjes kleurde’, was er veel mogelijk. Deed je dat niet, dan was dat je eigen schuld. Degenen die niet konden of wilden voldoen aan de maatschappelijke normen moesten dan ook worden geïsoleerd. Mensen, zowel jong als oud, met problemen of geestelijke gezondheidsklachten, werden gedwongen geplaatst in heropvoedingskampen en woonkampen.

Gemeente waren in eerste instantie zeer afhoudend met het opnemen van mensen afkomstig uit de gevangenissen of heropvoedingskampen. Dit leidde ertoe dat mensen met een ‘kruisje’ in neerwaartse spiralen van armoede en schulden terecht kwamen.

De instroom van gevangenen nam toe. Tot en met de jaren ’30 was een sterke stijging te zien van jongeren die in de strafketen terechtkwamen. Maar ook de verdergaande globalisering werd steeds meer zichtbaar in de cel. Misdaad internationaliseerde, onder andere door toedoen van cybercrime. De influx van migranten hield eveneens aan. Met name migranten uit Oost-Europa en oorlogsvluchtelingen met trauma’s belandden steeds vaker in de Nederlandse detentiecentra.

Het tij keert

Na de coronaperiode begin jaren ’20 onderkenden de opvolgende regeringen het belang van een goed functionerende zorg en maatschappelijk vangnet. Er werden door de overheid nadien grote investeringen gedaan, onder andere in de Jeugdzorg, om een kwaliteitsimpuls op beide vlakken te bewerkstelligen. En met succes!

Het tij begon licht te keren rond 2030. Toen werden de (preventieve) effecten van de verbeterde reguliere zorg en het sociaal domein merkbaar. En nu, in 2035 vindt de samenleving weliswaar nog steeds dat degene die fouten maken gestraft moeten worden, maar er is wel meer zorg om te voorkomen dat mensen in de fout gaan.

Het nieuwe systeem vraagt wel veel van de reguliere zorg. Er zijn daarom keuzes worden gemaakt in de verdeling van de kosten. Vanuit de politiek wordt veelal ingezet op somatische zorg, ouderenzorg en jeugdzorg. Met name dat laatste heeft ertoe geleid dat er minder jongeren in heropvoedingskampen terechtkomen.

Ambulantisering in de zorg blijft toenemen, maar de onderlinge concurrentie met de Wmo is afgenomen, mede dankzij het slagen van het IZA. Patiënten krijgen nu passendere behandelingen. Gedetineerden met behoefte aan forensische zorg stromen na hun vrijlating gemakkelijk door naar de reguliere ggz, waar zij op maat gemaakte behandeltrajecten kunnen volgen.

De reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning doen vaak dienst als ‘reclassering’, want het toezicht houdt niet op na het uitzitten van de straf. Gezichtsherkenning en onderhuidse chips die ook emoties van een ex-gedetineerde kunnen controleren en zelfs reguleren, worden breed toegepast. Op afstand kunnen deze zaken gemakkelijk gemonitord worden. Privacy, zeker voor iemand die reeds in de fout is gegaan, speelt in de huidige maatschappij een ondergeschikte rol. GPT-bots helpen om de druk te verlichten van de extra (administratieve) taken die de surveillance en verantwoording met zich meebrengen. Het bijkomende administratiewerk

weegt echter niet op tegen het voordeel dat de samenleving levenslang een oogje in het zeil kan en mag houden op een (voormalig) veroordeelde. Dat doet menig burger 's nachts veel rustiger slapen.

Scenario C: Alle goede bedoelingen ten spijt

Maatschappelijk sentiment gericht op resocialisatie & Functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning verslechtert

Ondanks goede initiatieven en de invoering van het Integraal Zorgakkoord begon de reguliere gezondheidszorg rond 2026 vast te lopen. Alle goede bedoelingen en het harde werk ten spijt lukte het niet om de zorg op hetzelfde niveau te houden als voorheen. Na drie of vier jaar begon het op te vallen dat steeds minder mensen toegang hadden tot basiszorg. Als er al zorg beschikbaar was, werd deze nog maar mondjesmaat geleverd. Het aanbod van maatschappelijke voorzieningen was eveneens verschaald. Het was duidelijk dat de Nederlandse samenleving zich in een lastige situatie bevond.

De enthousiaste woningbouwplannen uit de vroege jaren '20 van de toenmalige minister van Wonen kwamen ook niet van de grond. De bouwproductie kwam niet op gang door de stijgende rente, de hoge inflatie en materiaalkosten, het tekort aan bouw personeel en andere belemmeringen. Nederland bleef kampen met een tekort aan reguliere woningen, maar ook aan woningen voor aandachtsgroepen, zoals ouderen, gehandicapten en psychiatrische patiënten. De migratieproblematiek nam ook niet af. Er bleven grote aantallen vluchtelingen naar Nederland komen, velen van hen getekend door oorlogstrauma's.

Al deze ontwikkelingen werden langzaam maar zeker merkbaar in het straatbeeld. Steeds vaker doolden verwarde mensen rond door de wijk en veroorzaakten ze overlast. Wandelend over de Amsterdamse Zeedijk waande men zich weer in de jaren '80 van de vorige eeuw wat betreft verval en verloedering. Van de drukke, vrolijke toeristentrekpleister die de stad in de jaren 2000-2020 was, was weinig meer over.

De instroom in de strafrechtketen is de laatste jaren gelijk gebleven. Opvallend is dat het aandeel jongeren dat in aanraking komt met Justitie sterk is gestegen. Het jarenlang slecht functioneren van de jeugdzorg is hier mede debet aan. Bepaalde mensen raken hierdoor op vroege leeftijd al op afstand van de samenleving.

Samenleving pakt de handschoen op

Maar daar waar de zorg en de overheid steken lieten vallen, pakte de samenleving de handschoen op. Het beginnende verval van woonwijken en de sterke toename aan schrijnende verhalen waarbij de hulpvraag te laat kwam, deden eerst op kleine schaal *grassroots*-bewegingen ontstaan, die zich ermee bezighielden de jeugd op het rechte pad te houden en ondersteuning en zorg te verlenen aan buurtbewoners. Door het gebruik van sociale media als middel om elkaar te vinden en ervaringen te delen, groeiden deze bewegingen explosief. Steeds meer burgers raakten doordrongen van het feit dat niet alleen zorgen voor je eigen gezondheid, maar ook voor die van je burens, hielp bij het leefbaar houden van wijken en buurten. Overal in het land ontsproten lokale gezondheidsnetwerken – ook wel *local health networks* (LHN's) genoemd – met aandacht voor preventie, ondersteuning en een gezondere levensstijl op lokaal niveau. De netwerksamenleving was het enige vangnet waarop de gewone burger kon terugvallen. De sociale en economische gelijkheid kwamen weliswaar onder druk kwam te staan, maar wie een beroep kon doen op het eigen netwerk stond in principe sterk.

Het was bijzonder om te zien dat, waar de staat en het zorgstelsel tekortschoten, de gemeenschap de schouders eronder zette en probeerde er wat van te maken – ook al lukte dat soms maar ten dele. De politiek omarmde het maatschappelijk lef en initiatief. Bij de Tweede Kamerverkiezingen van 2029 werd ondersteuning van lokale maatschappelijke coöperaties een

speerpunt voor veel partijen. De invoering van de sociale dienstplicht in 2030 is een goed voorbeeld van de nieuwe nadruk op maatschappelijk initiatief en gemeenschapszin.

Deze gemeenschapszin strekte zich na verloop van tijd ook uit naar de woningmarkt. De woningproblematiek bestaat nog steeds, maar vanuit de sociale samenleving zijn allerlei andere woonvormen ontstaan, waarbij 'samen leven en samen zorgen' de centrale gedachte vormt. Steeds meer collectieve woonconcepten zien het daglicht. Zo worden leegstaande kantoorgebouwen tegenwoordig vaak getransformeerd tot woongemeenschappen, waar mensen ook echt naar elkaar omzien.

Behoefte aan privacy neemt af, gebruik tech neemt toe

Anno 2035 zijn begrippen als privacy en AVG minder relevant geworden omdat het belang van 'goed voor elkaar zorgen' voorop staat. Het delen van gegevens wordt nodig geacht om adequaat ondersteuning te kunnen leveren en roept veel minder weerstand op dan vroeger. De behoefte aan en het vertrouwen in technologie is groter dan de behoefte aan privacy.

Om kosten te besparen is de afgelopen jaren ook veel ingezet op het gebruik van meer technologie om te surveilleren en controleren, zowel door professionele zorgverleners als door particuliere initiatiefnemers. Zo is de inzet van bijvoorbeeld enkelbanden in de periode 2030-2035 verdrievoudigd ten opzichte van de vijf jaar ervoor. Het gebruik van draagbare apparaten om de gezondheid van een patiënt te monitoren is ook steeds gangbaarder geworden. Therapie volg je niet bij een psycholoog of therapeut, maar bij 'gezondheidsbots' met klinkende namen als MySanityGPT of HappyMentalHealthGPT. De gezondheid van de patiënt wordt al geruime tijd niet meer gemonitord door een overheidsinstelling of gecertificeerde zorginstelling, maar door een buurtbewoner uit het lokale gezondheidsnetwerk. Op dit moment worden experimenten uitgevoerd om te kijken of ook personen die uit detentie komen ook door middel van digitale sociale controle in de gaten kunnen worden gehouden. Een buurman of buurvrouw houdt dan bij waar iemand is en of er tekenen zijn die reden geven tot bezorgdheid, zoals een stijging van de hartslag of adrenalinespiegel. Door middel van een noodknop in de app kan de bezorgde buur snel hulpdiensten inschakelen als recidive waarschijnlijk wordt geacht.

Centralisering van de zorg

Om de zorg nog enigszins toegankelijk te houden is men weer overgegaan tot een beleid van centralisering. Er zijn veel meer verpleeghuizen en andere grote zorginstellingen bijgekomen, na jaren van afschalen en sluitingen. Lang was het de gedachte dat het beter was mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Ambulantisering van de zorg, zo was het idee, stelde mensen in staat beter in de samenleving functioneren. Het ambulante, op maatschappelijke ondersteuning gerichte zorgmodel bleek echter niet langer vol te houden, omdat deze manier van zorg verlenen veel meer tijd en middelen kostte en het goedkoper bleek om de geleverde zorg te bundelen.

Zaken als het woonplaatsbeginsel spelen inmiddels geen rol meer. Er wordt zo weinig zorg geleverd dat patiënten al blij mogen zijn als ze een plek vinden waar ze behandeld kunnen worden, ook al is die plek ver van de eigen woonomgeving verwijderd.

Forensische zorg onder hoogspanning

De samenleving is meer solidair geworden, maar ook steeds complexer en multicultureler. De risicoacceptatie in de maatschappij is de afgelopen jaren weliswaar iets toegenomen, maar deze verandering is niet heel groot. Het is daardoor lastig gebleven om disruptieve en agressieve personen een geschikte plek te bieden. De reguliere zorg functioneerde onvoldoende en nam deze groep maar beperkt op. Het maatschappelijk middenveld en de netwerken van de

samenleving waren echter ook niet voldoende toegerust voor het opvangen van deze doelgroep. Deze personen vielen daardoor tussen wal en schip en kwamen steeds vaker in aanraking met Justitie. Tegelijkertijd groeide in de samenleving sterk de behoefte om mensen die een misstap maakten uiteindelijk weer te rehabiliteren, met minder nadruk op straffen en meer nadruk op behandelen.

Beide ontwikkelingen leidden tot een toename van de vraag naar forensische zorg, zowel van tbs als van overige forensische zorg. De duur van het verblijf binnen het systeem van de OFZ nam eveneens toe, omdat veel gedetineerden na het uitzitten van hun straf geen beroep meer konden doen op de reguliere zorg, ook al zijn gemeenten best bereid om 'mensen met een kruisje' op te nemen. De overgang van klinische naar verblijfszorg verloopt wel makkelijker. De veelal vergrijsde populatie heeft steeds vaker somatische zorg nodig.

Het forensische zorgstelsel staat daardoor onder hoogspanning. De toenemende vraag naar forensische zorg en het beperkte aanbod hebben gezorgd voor een enorme stijging in de kosten van de forensische zorg: de prijs per patiënt neemt nog altijd toe. Er is bereidheid om meer geld in het stelsel te steken, want de samenleving is solidair, maar ooit komt de grens in zicht.

Wat eveneens voor spanning zorgt, is het tekort aan personeel. Door de hoge werkdruk zijn banen in de forensische zorg niet aantrekkelijk, en veel medewerkers stromen uit. Er dreigt veel kennis verloren te gaan en de continuïteit van behandelingen komt in het gedrang. Deze ontwikkeling heeft al geleid tot een reeks zware incidenten in gevangenissen, met enkele slachtoffers en veel media-aandacht tot gevolg. Naar aanleiding hiervan zijn Kamervragen gesteld. De politiek roert zich met betrekking tot dit onderwerp.

Toch is zelfs hier terug te zien dat de maatschappij taken van de professionals aan het overnemen is. Ervaringsdeskundigen en vrijwilligers worden inmiddels opgeleid om bepaalde forensische zorgtaken over te nemen en draagbare apparaten worden ingezet om patiënten te kunnen monitoren. Ondanks het terugtrekkende professionele veld is in de recidivecijfers een daling ingezet. De focus op behandeling (al dan niet met vertraging vanwege capaciteitsproblemen) en preventie, maar ook op sociale controle en begeleiding door de samenleving, werpt gelukkig vruchten af.

Scenario D: Yes, in my backyard!

Maatschappelijk sentiment gericht op resocialisatie & Functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning verbetert

Het is 2035 en terugkijkend op de afgelopen decennia is duidelijk te zien dat er een andere maatschappelijke wind is gaan waaien. Generatie Z bepaalt nu het maatschappelijk beeld, en zij hebben een andere kijk op de samenleving dan de generaties voor hen. De *zoomers* hechten veel waarde aan zingeving en aan een tolerante, open samenleving. Sommigen vergelijken de huidige tijd met de samenleving uit de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw, maar dan in een digitaal jasje. Het is oké om anders te zijn en dat uit te dragen; bovendien staan we samen sterk.

De kloof tussen arm en rijk was tien jaar geleden nog aan het groeien, maar die trend is inmiddels omgebogen door een bloeiende economie en socialere mindset. Schulden en armoede zijn niet verdwenen, maar er rust in mindere mate een taboe op. Bovendien er is hulp, zowel professioneel vanuit de overheid als van je burennetwerk.

Gezondheid en een gezonde levensstijl zijn belangrijker dan ooit. *Mens sana in corpore sano* luidt bij veel mensen en organisaties het devies. Of het nu je lichamelijke of geestelijke gezondheid is, werken aan je gezondheid is heel normaal. Geestelijke gezondheid is niet langer een taboe en er wordt openlijk gesproken over behandelingen en ziektes.

Dat betekent niet dat alle oude problemen plotseling zijn verdwenen. Er is bijvoorbeeld nog steeds woningnood. Vanuit de politiek is er echter meer aandacht en prioriteit gekomen voor de huisvesting van speciale, kwetsbaardere groepen in samenleving. Overal in het land komen kleinschalige sociale woningbouwinitiatieven van de grond, gericht op groepen als alleenstaande ouders, vitale en minder vitale ouderen, jongeren met een verstandelijk beperking, maar ook ex-gedetineerden.

Focus op samenwerking en ontschotting zorg

Het Nederlandse zorgsysteem functioneert beter dan voorheen. Dat begon al met het sluiten van het Integraal Zorgakkoord in 2022, wat ertoe heeft geleid dat binnen de verschillende zorgdomeinen integraler wordt samengewerkt. Tegen alle verwachtingen in heeft de integrale aanpak de laatste tien jaar een enorme vlucht genomen en is eindelijk daadwerkelijk sprake van 'ontschotting' in de zorg. Onbedoelde concurrentie met de Wmo behoort tot het verleden.

In de nasleep van de coronapandemie, rond 2023, kwam de politiek tot de realisatie dat de 'afbraak van de zorg' moest stoppen en er juist weer meer moest worden geïnvesteerd in de zorg. Nooit meer wilde men zo slecht voorbereid zijn op een gezondheids crisis of maatschappelijke crisis als in 2020. Vanaf halverwege de jaren '20 verlegden opeenvolgende kabinetten de focus van het beleid naar de uitvoering, en werd geïnvesteerd in de publieke sector als geheel.

Technologische innovaties zorgden ervoor dat veel behandelingen op afstand en/of digitaal konden worden uitgevoerd – met in achtname van de privacy van de client. Vertrouwen en transparantie zijn belangrijk, maar dat mag volgens de huidige dominante gedachte niet ten koste gaan van de rechtsbescherming van de patiënt.

Zorgmedewerkers hoeven tegenwoordig ook niet langer een omvangrijke administratie bij te houden om hun werkzaamheden te verantwoorden. Het gebruik van AI heeft bij de verwerking van administratie reeds voor veel verlichting gezorgd. Daarnaast hoeven medewerkers niet meer elk onderdeel van een behandeling uitvoerig te documenteren en aan allerlei werkklagen en meerderen te verantwoorden. Men heeft het vertrouwen dat de professionals hun werk naar

behoren uitvoeren, zonder dat daar een uitgebreide controle en verantwoording op hoeft plaats te vinden.

Door al deze ontwikkelingen kan zorg tegenwoordig veel effectiever worden geleverd dan twaalf jaar geleden. Behandeltijden, wachtlijsten en capaciteitsproblemen in de zorg zijn hierdoor flink afgenomen.

Behoeftte aan Forensische Zorg

Dat de forensische zorg en het maatschappelijk veld in het verleden slechter functioneerden, is nog tot medio jaren '20 merkbaar geweest via na-ijleffecten. Zo was er sprake van een aanhoudend stevige instroom in de strafrechtketen en een hoog aantal opleggingen van tbs en OFZ-maatregelen.

De forensische zorg plukt inmiddels echter ook de vruchten van de verbeteringen in de zorg en de maatschappelijke ondersteuning sinds het midden van de jaren '20. Onderzoek wijst uit dat de continuïteit van zorg voor forensische patiënten beter geborgd wordt. Verder kunnen veroordeelden, nadat ze uit tbs of overige forensische zorg zijn uitgestroomd, rekenen op een sterk zorgvangnet. Deze verbeteringen aan de 'voorkant' (in de vorm van preventie) en aan de 'achterkant' van het stelsel hebben geleid tot een afname van de recidive sinds 2030. Toen werd ook het onderscheid tussen OFZ en reguliere zorg weer opgeheven en zijn beide sectoren samengevoegd, zoals dat vóór 2007 reeds het geval was.

De forensische zorg is de laatste jaren decentraler, kleinschaliger en vraaggerichter geworden. De patiënt is meer centraal komen te staan. Waar zaken als culturele achtergrond en het kampen met meerdere stoornissen bij een patiënt voorheen als problematisch werden beschouwd, mede door de verschotting, is maatwerk nu de norm geworden. Het aanbod moet passen bij de cliënt en niet andersom.

Een deel van de huidige grootschalige gevangenissen is in de loop der jaren gesloten en het aanwezige zorgpersoneel heeft werk gevonden in andere zorgvelden. De politiek zet in op een uitbreiding van het aanbod van kleinschalige voorzieningen, zoals zogenaamde 'detentiehuisen' die in elke buurt en wijk van Nederland komen te staan. Op deze manier staan veroordeelden al met één been in de maatschappij en wordt de stap om weer te re-integreren een stuk kleiner. De maatschappelijke openheid zorgt ervoor dat personen vanuit de forensische zorg makkelijk worden opgenomen door de reguliere ggz en door gemeenten.

De tendens van ambulantisering in de zorg heeft zich verder doorgezet omdat zowel de professionele ondersteuning als het maatschappelijk veld goed is toegerust én zich bereid toont om mensen uit de forensische zorg op te vangen. Mocht iemand toch recidiveren, dan zijn er flexibele op- en afschaalmogelijkheden, waardoor cliënten bij een terugval snel en gemakkelijk weer in of uit de forensische zorg kunnen stromen.

De populatie binnen de forensische zorg is al jaren aan het vergrijzen. Dat komt ook doordat er minder jongeren instromen. De afgelopen tien jaar is sterk ingezet op preventiemaatregelen voor de jeugd, om te voorkomen dat kwetsbare jongeren afglijden naar het criminele circuit. Dat heeft nog wel wat voeten in aarde gehad. In het midden van de jaren '20 was nog een duidelijk na-ijleffect zichtbaar vanuit de tijd dat met name de jeugdzorg minder goed functioneerde. Pas vanaf 2030 konden de vruchten van de verbeteringen in de jeugdzorg worden geplukt in de vorm van lagere instroom van jongeren naar gevangenissen en forensische zorginstellingen en lagere recidive. Inmiddels zijn er eerste signalen te zien van een daling in de jeugdcriminaliteit.

Ondanks de capaciteitsproblemen die nog altijd spelen in de forensische zorg zijn de kosten van het stelsel langzaam aan het dalen. De gemiddelde duur van het verblijf in een zorginstelling is korter geworden, maar ook de instroom is lager dan vroeger vanwege de verbeteringen in de zorg en het voorveld.

Meer begrip voor elkaar

Incidenten met tbs'ers op verlof of in instellingen vinden nog altijd plaats. De reactie op deze incidenten vanuit de media en samenleving is echter minder heftig dan aan het begin van deze eeuw. Het hielp dat er de laatste jaren ook meer aandacht is gekomen voor de vele positieve verhalen, over personen bij wie resocialisatie wél slaagde. Tegenwoordig heeft men er juist bijzonder veel respect voor als mensen ondanks hun penibele omstandigheden erin slagen het tij te keren. Verschillende succesvolle (online) series baseren hun verhaallijnen op aangrijpende, waargebeurde verhalen over personen met een verstandelijke beperking met een moeilijke gezinssituatie, die werden uitgebuit en daardoor afgeden in de criminaliteit, maar uiteindelijk toch de bladzijde wisten om te slaan. Op TikTok (een oude Gen Z-favoriet) en nieuwe sociale media-platforms scoren influencers clicks met tips over hoe men het leven na een tegenslag weer kan oppakken en weerstand kan bieden aan pogingen tot misbruik door kwaadwillenden.

De toenemende behoefte aan zingeving en tolerantie heeft geleid tot meer begrip voor personen die moeite hebben om mee te draaien in de complexere wereld. Het heeft er ook voor gezorgd dat burgers zich meer zijn gaan inzetten voor maatschappelijke beroepen en het ondersteunen en weerbaarder maken van andere mensen. Werken in de zorg en het onderwijs heeft weer élan en maatschappelijke erkenning gekregen. Het aantal vrijwilligers is navenant gestegen vanaf het midden van de jaren '20. Steeds meer mensen dragen in hun vrije tijd een steentje bij. Ervaringsdeskundigen worden de laatste jaren steeds vaker ingezet bij criminaliteitspreventieprogramma's voor de jeugd. Burgers werpen zich regelmatig op als zorgverlener voor een buurtbewoner of als (digitale) buddy voor ex-gedetineerden. Deze en andere initiatieven helpen de laatstgenoemden een soepel en succesvol te integreren en resocialiseren, en een leven op te bouwen buiten de gevangensmuren.

Bijlage 3: Optietabel

Wanneer een handelingsoptie een goed idee is in een bepaald scenario, wordt dat aangegeven met een '+'. Wanneer een optie in een scenario niet goed zou uitpakken, wordt dat aangegeven met een '-'. Een '++' geeft aan dat een optie een zeer goed idee is in dat scenario.

Cluster	Optie	A.	B.	C.	D.
1. Technologie	Inzetten op gebruik van technologie t.b.v. beheersing, surveillance, controle en interventie in het belang van de veiligheid van de maatschappij, en in beperkte mate voor behandeling.	+	+	-	-
	Lobbyen voor wetwijziging Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden om de inzet van meer technologie mogelijk te maken.	+	+	+	-
	Inzetten op gebruik van technologie t.b.v. re-socialisatie, behandelen en in beperktere mate monitoring (wearables).	-	-	+	+
	Faciliteer technologische innovaties op het gebied van gedragsverandering	-	-	-	+
2. Informatie	De effecten van de forensische maatregelen bijhouden en meten	+	+	+	+
	Kennis beschikbaar stellen voor wetenschap t.b.v. preventie/zorg aan jeugd.	-	+	-	-
	Lobbyen voor het makkelijker maken van gegevensdeling, met inachtneming van privacy-rechten.	++	++	+	-
3. Op- en afschalen	Verhogen capaciteit longstay-voorzieningen (LFPZ).	-	+	-	-
	Goede medewerkers 'boeien en binden'.	+	+	+	+
	Lobbyen voor verandering van wetgeving die op -en afschalen van FZ gemakkelijker mogelijk maakt.	+	+	+	+
	Inzetten op meer ambulantisering en uitbreiding van Forensisch Beschermd Wonen.	-	+	-	+
	Concentreren op de ernstigste gevallen binnen de Forensische Zorg.	-	-	+	-
	Lobbyen voor het minimaliseren van externe verantwoording.	-	-	+	-
	Ontschotting in de FZ organiseren en inzetten op samenwerking en netwerkzorg.	+	+	-	+
	Lobbyen voor afschaffen gemaximeerde tbs.	+	+	+	+
	Lobbyen bij het ministerie van BZK om in te zetten op bouwen.	+	+	-	-
	Passend aanbod creëren voor diversere doelgroepen, zoals LVB'ers en patiënten met andere culturele achtergronden.	-	-	-	+
4. Samenwerking met de reguliere zorg en het sociaal domein	Kennis delen met, ondersteunen van en samenwerken met reguliere zorg en sociaal domein om cliënten met risicovol gedrag beter te begeleiden/behandelen.	+	+	+	+

Cluster	Optie	A.	B.	C.	D.
	Versterken kennis zorgprofessionals en maatschappelijk middenveld over FZ.	+	+	+	+
	Samenwerking aangaan met aanbieders van somatische en (psycho-)geriatrische zorg t.b.v. de oudere FZ-populatie.	+	+	+	+
	Verbeteren van het professioneel inschattingvermogen van zorgverleners in forensische instellingen om in te schatten waar risico's bestaan of ontstaan, door wetenschappelijk onderzoek te doen en op basis daarvan de forensische professionals te ondersteunen en te trainen.	+	+	++	++
	Lobbyen voor wetwijziging teneinde een strafmaatregel makkelijker om te kunnen zetten naar een civiele maatregel om bepaalde patiënten makkelijker te kunnen overdragen de reguliere zorg.	-	+	+/-	+
	Bekijken of de huidige methode op basis waarvan risicoanalyses voor de FZ worden gemaakt worden, voldoende ondersteunend zijn in een systeem waarin FZ-zorg ambulante of door de maatschappij wordt uitgevoerd.	-	-	+	-
	Overbrengen van deskundigheid en vaardigheid m.b.t. zorg overbrengen op de maatschappij en werkgevers.	-	-	+	+
	Versterken bestaande en nieuwe buddysystemen, zoals COSA, NA en AA.	-	-	+	-
	Werkgevers stimuleren aandachtsgroepen op te nemen.	-	-	+	-
	Lobbyen voor ondersteuning van sociale woonvormen.	-	-	+	-
	Inzetten op domeinintegratie door aparte zorgstelsels en zorgroutes te integreren.	-	-	-	+
	Inzetten op preventie en vroege interventie.	-	-	-	+
	Lobbyen voor investeringen in het onderwijs.	-	-	-	+
5. Samenwerking met het gevangeniswezen	Beperktere zorg verlenen aan gedetineerden.	+	-	-	-
	Forensische zorg in de penitentiaire inrichtingen organiseren door ook verslaafden, LVB'ers en verwarde personen in het gevangeniswezen te behandelen.	+	-	-	-
	FZ-klinieken omvormen tot gevangenissen.	+	-	-	-
	Aanleunwoningen voor oudere gedetineerden realiseren bij PI's.	+	-	-	-
	Verhogen capaciteit gevangeniswezen.	+	-	-	-
	Nauwere samenwerking tussen en ontschotting van de forensische zorg en het gevangeniswezen.	+	+	+	+
	Sneller inzetten op resocialisatie	-	-	+	-

Cluster	Optie	A.	B.	C.	D.
	Alternatieve vormen van detentie ontwikkelen.	-	-	+	+
6. Communicatie	Het actief vertellen van de succesverhalen uit de forensische zorg.	+	+	+	+
	Als FZ-sector in gezamenlijkheid reageren op incidenten.	+	+	+	+

Bijlage 4: Literatuurlijst

Parlementair onderzoek TBS, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 250, nr. 6, inclusief bijlagen

Dienst Justitiële Inrichtingen (2014), *Forensische Zorg in getal 2009-2013*, Den Haag, eigen beheer

Dienst Justitiële Inrichtingen (2015), *Forensische Zorg in getal 2010-2014*, Den Haag, eigen beheer

Dienst Justitiële Inrichtingen (2018), *Forensische Zorg in getal in getal 2013-2017*, Den Haag, eigen beheer

Dienst Justitiële Inrichtingen (2019), *Forensische Zorg in getal in getal 2014-2018*, Den Haag, eigen beheer

Dienst Justitiële Inrichtingen (2022), *Forensische Zorg in getal in getal 2017-2021*, Den Haag, eigen beheer

Dienst Justitiële Inrichtingen (2021), *Handleiding Bekostiging & Verantwoording Forensische Zorg 2022*, Den Haag, eigen beheer

TBS Nederland (2021), *Cijfers & Bijzonderheden 2021*, www.tbsnederland.nl

GGZ Nederland (2019), *Factsheet Forensische zorg, Cijfers over tbs en overige forensische zorg*

Financiën (2020). *Brede maatschappelijke heroverwegingen; Zorg voor een veilige omgeving*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2019–2020, 32 359, nr. 4.

Wolf, M.J.F. van der , J. Reef, A.C. Wams (2020), *Wie zijn geschiedenis niet kent*, Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Leiden

CBS, *Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio*, Geraadpleegd via <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/03759ned/table?dl=7ADEA>

CBS, *Totaal geregistreerde misdrijven 2010-2021*, www.cbs.nl

CBS, *Geregistreerde criminaliteit; tijdreeks vanaf 1948*, www.cbs.nl

CBS, *Overledenen, moord en doodslag, pleeglocatie Nederland, 1996-2021*, Geraadpleegd via <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/84726NEDI>

CBS, *Vervolgving en berechting misdrijven; persoonsgegevens, 2001-2021*, www.cbs.nl

CBS, *Geregistreerde criminaliteit; tijdreeks vanaf 1948*, Geraadpleegd via <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83723NED/table?dl=7996C>

Jong, de J.(2018), *Het mysterie van de verdwenen criminaliteit*, CBS, Den Haag

PWC (2022), *Onderzoek financierbaarheid DJI*, inclusief bijlage, eigen beheer

MIND, *Position paper aan ministerie VWS t.b.v. rondetafelgesprek “De enorme stijging van het aantal mensen met een psychische stoornis”*, april 2022

Algemene Rekenkamer (2022), *In de zorg, uit het zicht*, Den Haag: eigen beheer

AWVN (2021), *Recordkrapte, AWWN-ledenonderzoek personeelstekorten*, Den Haag: eigen beheer

Sociaal en Cultureel Planbureau (2023), *Eigentijdse ongelijkheid*, Den Haag: eigen beheer

JenV (2020a), Bestuurlijke agenda forensische zorg. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2020-2021, 33 628, nr. 77."

JenV (2020b), *Visie forensische zorg 2020*, Den Haag: eigen beheer

JenV (2022a), *Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022 - 2028*, Den Haag: eigen beheer

JenV (2022b), Infographic Forensische Zorg, mei 2022. Den Haag: eigen beheer

JenV (2022c), Brief van minister Weerwind over instroom en uitstroom TBS t/m 2021. Antwoord op vragen van het lid Mutluer over de tbs-capaciteit, 18 oktober 2022, Bijlage bij Tweede Kamer, Vergaderjaar 2022-2023, 2022Z18267, 378

JenV (2023), Voortgangsbrief forensische zorg, 31 januari 2023, Bijlage bij Tweede Kamer, Vergaderjaar 2022-2023, 33 628 nr 97

VWS (2021), Brief Ontwikkelingen in de ggz, waaronder aanpak wachttijden, 4 november 2021, Bijlage bij Tweede Kamer, Vergaderjaar 2021-2022, 25 424 nr 594

VWS (2022) Hoofdpijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg, 13 mei 2022, Bijlage bij Tweede Kamer, Vergaderjaar 2022-2023, 29 282 nr 462

WRR (2021), *Kiezen voor houdbare zorg*, Den Haag: eigen beheer

WODC (2019), *Onderzoek naar toegenomen mobiliteit en veranderingen in criminaliteit*, Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum.

WODC (2021), Cahier 2021-9: Monitor Jeugdcriminaliteit 2020, Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum

"Verloo, N & M. Ferier (2021), *Lessen voor een nieuwe gebiedsgerichte aanpak*, Amsterdam: UvA en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties"

Bijlage 5: Toelichting doorrekeningen

Een kwantitatieve doorrekening van vier toekomstscenario's voor de forensische zorg

Enkele eenvoudige modelsimulaties, uitgevoerd in het kader van het traject *Toekomstverkenning van de Forensische Zorg*

(Directie Innovatie, Kennis en Strategie van het Ministerie van Justitie en Veiligheid)

Dr. Frans J. M. Alkemade

17 mei 2023

Inleiding

Mij is gevraagd om – kort samengevat – vier verschillende kwantitatieve scenario's door te rekenen voor de belangrijkste cijfermatige indicatoren met betrekking tot zowel de klinische zorg als de verblijfszorg binnen de forensische zorg. Dit moest gebeuren middels het ontwikkelen van een eenvoudig '*stock-flow-model*' voor de verschillende schakels in de keten van de forensische zorg. Met dit model kon deze keten vervolgens worden gesimuleerd vanaf de min of meer bekende huidige situatie t/m het jaar 2035.

De vier doorgerekende prognoses zijn gebaseerd op vier toekomstscenario's (aangeduid met Scenario **A** t/m Scenario **D**), die zijn opgesteld onder begeleiding van het *Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg* en de *Directie Innovatie, Kennis en Strategie* van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, onder begeleiding van het externe bedrijf *De Ruijter Strategie*. Er hebben in dit kader een aantal deelsessies plaatsgevonden in maart en april 2023. Ook bij dat proces ben ik betrokken geweest.

De wijze waarop ik het voorliggende vraagstuk heb aangepakt kan kort gekarakteriseerd worden als het vertalen van de inhoudelijke kennis van het *Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg* naar kwantitatieve schattingen, en het vervolgens middels een numeriek model – en op basis van die schattingen – doorrekenen van de vier genoemde scenario's tot een consistent eindresultaat.

Daarvoor was het nodig om, naast de vier nieuw opgestelde toekomstscenario's, ook een scenario door te rekenen onder de aanname dat de situatie in de Forensische Zorg voorlopig als

het ware ‘*business-as-usual*’ zou blijven. Dat wil zeggen een scenario waarbij de huidige instroom- en doorstroom-indicatoren van de Forensische Zorg simpelweg zouden worden geëxtrapoleerd. Dit scenario heb ik ‘Scenario 0’ genoemd. Zie daarover ook paragraaf 2.4.

Let wel: de bedoeling van de hier gerapporteerde modelsimulaties was niet om een nauwkeurige beschrijving van de toekomst te bieden, maar om een beeld te schetsen van de *range* aan mogelijke toekomst.

2. Modelbeschrijving

2.1 Een ultrakorte omschrijving van Forensische Zorg

De zwaarte van de zorg en de mate van beveiliging die iemand nodig heeft, wisselen van persoon tot persoon. Forensische zorg kan daarom worden onderverdeeld in een aantal soorten. De vijf belangrijkste categorieën zijn:

- Ter Beschikking Stelling: een justitiële behandelmaatregel die de rechter oplegt als er sprake is van een ernstig delict, een psychiatrische stoornis en gevaar voor recidive. Het doel is een veilige terugkeer in de maatschappij.
- Klinische Zorg: Zorg in een 24-uurs verblijf waarbij ook behandeling wordt geboden met verschillende niveaus van beveiliging en zorgintensiteit.
- Verblijfszorg: Ook wel *beschermd wonen* genoemd: een vorm van (kleinschalig) wonen waarbij (op verschillende niveaus) begeleiding en ondersteuning wordt geboden.
- Ambulante Zorg: zorg, behandeling of begeleiding zonder verblijf, waarbij mensen vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomen, of waarbij de hulpverlener de mensen in hun eigen omgeving bezoekt.
- Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg: Vroeger ook wel de *Long Stay* genoemd. Hierbij ligt de focus niet langer op behandeling.

2.2 Wat is een stock-flow model?

Zoals gezegd was het de bedoeling een eenvoudig ‘*stock-flow*’ model van de in- en doorstroom binnen de Forensische Zorg te ontwikkelen. Een dergelijk model representeert de werkelijkheid als een aantal ‘reservoirs’ (ook wel *stocks* of – in beeldspraak – simpelweg *waterbakjes* genoemd), die elk een instroom en een uitstroom hebben (de *flows*, of de *kraantjes*). Zowel de instroom als de uitstroom kunnen via meerdere routes verlopen. Als de instroom groter is dan de uitstroom neemt in het betreffende reservoir de bezetting (of in de beeldspraak van waterbakje het volume) toe. Er zal in dit model altijd een samenhang bestaan tussen het verloop van instroom, uitstroom en bezetting van een bepaald reservoir. Het opleggen van twee van deze variabelen als functie van de tijd bepaalt ook de derde variabele.

2.3 De reservoirs en de flows daartussen

De kunst van het modelleren bestaat eruit om de essentie van een systeem te vangen, zonder

het model te laten compliceren door al te veel onnodige details. In de *Forensische Zorg* bestaan meer dan honderd verschillende titels, die eigenlijk allemaal hun eigen reservoir vormen. In het hier gepresenteerde model zijn er slechts negen expliciet meegenomen. De negen 'reservoirs' waarin iemand in de Forensische Zorg zich kan bevinden bestaan in deze vereenvoudigde simulatie uit:

1. Een verblijf in een P.I., als onderdeel van een combinatievonnis met bevel. Dit reservoir wordt aangeduid als: **PI_bev**
2. Een verblijf in een P.I., als onderdeel van een combinatievonnis met voorwaarden. Dit reservoir wordt aangeduid als: **PI_vw**
3. Een verblijf in een TBS kliniek. Dit reservoir wordt aangeduid als: **TBS**
4. Een op vier jaar gemaximeerd verblijf in een TBS kliniek. Dit reservoir wordt aangeduid als: **TBS_4**
5. Het onder behandeling zijn in de Overige Forensische Zorg, afdeling *Klinische Zorg*. Dit reservoir wordt aangeduid als: **OFZ_KZ**
6. Het onder behandeling zijn in Overige Forensische Zorg, afdeling *Verblijfszorg*. Dit reservoir wordt aangeduid als: **OFZ_VZ**
7. Het onder behandeling zijn in Overige Forensische Zorg, afdeling *Ambulante Zorg*. Dit reservoir wordt aangeduid als: **OFZ_AZ**
8. Het vastzitten in de Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg. Dit reservoir wordt aangeduid als: **LFPZ**
9. Of men kan de Forensische zorg weer verlaten hebben. Dit reservoir wordt aangeduid als: **Uit_FZ**

Ruwweg komen de categorieën dus neer op *Penitentiaire Instelling (P.I.)*, *Ter Beschikking Stelling (TBS)*, *Overige Forensische Zorg (OFZ)*, of *Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg (LFPZ)*. De *Overige Forensische Zorg* is weer opgedeeld in *Klinische Zorg*, *Verblijfszorg* en *Ambulante Zorg*.

In de loop van een jaar zullen een aantal mensen de keten van de Forensische Zorg instromen: dit noem ik de *1^e instroom*. Dat kan via een eerst uit te zitten gevangenisstraf, of het kan direct. Iemand kan instromen in de TBS of in de Overige Forensische Zorg. We nemen aan dat men alleen niet rechtstreeks kan instromen in de LFPZ. De instroom in de verschillende reservoirs vertoont overigens flink wat variatie in de tijd. We zullen dan ook elk instroomcijfer als een functie van het jaartal moeten modelleren.

Het verblijf in elk van de genoemde reservoirs kent een typische verblijfstijd, waarna iemand zich kan verplaatsen naar een ander reservoir. Ook hier hebben we versimpelingen aangebracht: Niet vanuit elk reservoir kan men naar elk ander reservoir doorstromen. In het onderstaande schema is aangegeven welke mogelijkheden van doorstroom er in het model zijn meegenomen.

Elk reservoir wordt in dit schema zowel weerspiegeld in een (genummerde) rij, als in een kolom. Daarbij is, als rij **0**, ook de *1^e instroom* in de keten aangegeven. De rode kruisjes geven aan vanuit welke *rij* iemand naar welke *kolom* kan doorstromen (dus niet andersom). Vanuit **PI_vw** kan iemand bijvoorbeeld doorstromen naar een van de vormen van **OFZ**, maar óók – in sommige gevallen – naar **TBS** of naar **TBS_4**.

	PI_bev	PI_vw	TBS	TBS_4	OFZ_KZ	OFZ_VZ	OFZ_AZ	LFPZ	Uit_FZ
0 Eerste_instr.	[X,	X,	X,	X,	X,	X,	X,	0,	0]
1 PI_bev	[0,	0,	X,	X,	0,	0,	0,	0,	0]
2 PI_vw	[0,	0,	X,	X,	X,	X,	X,	0,	0]
3 TBS	[0,	0,	0,	0,	X,	X,	X,	X,	0]
4 TBS_4	[0,	0,	0,	0,	X,	X,	X,	X,	0]
5 OFZ_KZ	[0,	0,	0,	0,	0,	X,	X,	0,	X]
6 OFZ_VZ	[0,	0,	0,	0,	0,	0,	X,	0,	X]
7 OFZ_AZ	[0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	X]
8 LFPZ	[0,	0,	X,	0,	0,	0,	0,	0,	X]
9 Uit_FZ	[0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0,	0]

Het schema is uiteraard niet compleet, en heeft ook niet die pretentie. Het gaat er slechts om dat de belangrijkste overgangen hiermee kunnen worden gemodelleerd. Het model hoeft de werkelijkheid alleen maar in *voldoende* mate te benaderen, zodat we daarmee iets zinnigs kunnen uitrekenen over wat de vier opgestelde toekomstscenario's zouden kunnen betekenen voor de bezetting van de hoofdvormen van Forensische Zorg.

Op grond van de statistische data van de afgelopen jaren kunnen we vervolgens elk van de kruisjes gaan vervangen door *numerieke kansen*, en daarmee aangeven met welke waarschijnlijkheid iemand vanuit het ene reservoir zal doorstromen naar elk van de andere reservoirs. Op grond van diezelfde data kunnen we ook inschatten wat de gemiddelde verblijfstijd per reservoir ongeveer is. Die gemiddelde verblijfstijd is overigens, net als de instroom, een functie van de tijd, en zal dus van jaar tot jaar kunnen verschillen.

Als tijdseenheid voor het model kiezen we de maand.

2.3 Synthetische personen

Zodra we op de hierboven omschreven wijze een *Stock-Flow* model hebben gedefinieerd kunnen we als het ware de tijd gaan laten lopen. Iedere maand gaan we 'gemodelleerde mensen' in dit model laten instromen, en ze van reservoir naar reservoir sturen, net zo lang tot ze het reservoir 'Uit_FZ' hebben bereikt, of we in het jaartal 2035 zijn beland, want dat is het eindpunt van de simulatie. Ik zal, ter verduidelijking, op deze manier één willekeurige route stap voor stap volgen:

Stap 1: In een bepaalde maand van een bepaald jaar stromen er – volgens het model – bijvoorbeeld een bepaald aantal mensen via een combinatievonnis het reservoir *PI_bev* in. Ze zullen dus eerst nog een gevangenisstraf moeten uitzitten voordat ze naar het TBS of TBS_4 reservoir zullen kunnen doorstromen.

Als het tijdstip van instromen ruwweg vóór 2022 ligt, kunnen we het aantal instromers per maand uit de data halen. Als het tijdstip van instromen later ligt, kunnen we de data bijvoorbeeld extrapoleren (zie hoofdstuk 3) of – als we een scenario willen doorrekenen – afleiden uit de omschrijving van dat scenario (zie hoofdstuk 5). Deze manier van werken geldt, mutatis mutandis, voor alle parameters die het model nodig heeft.

Stap 2: We bepalen welke gevangenisstraf mensen met een combinatievonnis in dat jaar *gemiddeld* ongeveer opgelegd kregen (dan wel *zullen* krijgen). Voor elk individueel combinatievonnis bepalen we vervolgens via een random-generator een straf die langer of korter kan zijn

dan het gemiddelde, maar we doen dat wel zodanig (namelijk door *normally-distributed random numbers* te genereren) dat de gemiddelde straf van alle op deze manier gesynthetiseerde combinatievonnissen samen weer op het juiste gemiddelde zal uitkomen.

Stap 3: Onze synthetische persoon zal dus deze specifiek voor hem gegenereerd straf moeten uitzitten. Dat brengt ons in de tijd een aantal maanden of jaren verder. De toevalsgenerator heeft dan – ook weer op een manier die de statistische werkelijkheid weerspiegelt – bepaald of hij nu naar TBS_4 of naar TBS zal doorstromen.

Stap 4: Als hij in de gewone, niet gemaximeerde TBS terecht komt, zal door een (opnieuw normaal gedistribueerd toeval) bepaald worden hoe lang zijn behandelduur zal zijn, in lijn met de gemiddelde behandelduur van het moment in de tijd waar we op dat punt in de route zijn aanbeland.

Stap 5: Na de TBS kan deze synthetische persoon volgens het hierboven weergegeven schema doorstromen naar vier verschillende reservoirs: **OFZ_KZ, OFZ_VZ, OFZ_AZ of LFPZ**. Opnieuw zal de toevalsgenerator de route bepalen, en ook bepalen hoe lang de persoon in dat nieuwe reservoir zal doorbrengen.

Stap 6: Enzovoorts. Net zo lang tot de persoon de FZ weer verlaten heeft, of tot het 2035 is (zijnde het eindpunt van de simulatie).

2.4 Het extrapoleren van de data

Zoals hierboven gezegd zullen sommige inschattingen van de 1e instroom in de verschillende reservoirs, of de bijbehorende gemiddelde verblijfstijden (beide als functie van de tijd) op een gegeven moment moeten worden geëxtrapoleerd, teneinde ook voor de jaren na 2021 een inschatting beschikbaar te hebben. Er zijn vele methoden voor extrapolatie. Twee daarvan liggen voor de hand: Je kunt een eventuele lineaire trend in de bestaande data (die stijgend dan wel dalend kan zijn) doortrekken naar de toekomst, of je kunt de laatst bekende statistische gegevens (dus in dit geval de gegevens uit 2021 of 2022) ongewijzigd handhaven voor de toekomst.

Voor het basismodel (dat ik *Scenario 0 extrapolatie* noem) heb ik gekozen voor de lineaire extrapolatie. Maar omdat het nogal een forse aanname is dat trends zich meer dan tien jaar ongewijzigd zullen voortzetten, heb ik (naast de Scenario's A, B, C en D die zijn opgesteld onder begeleiding van het *Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg*) ook nog – ter vergelijking – een *Scenario 0 constant* toegevoegd, waarin er juist van wordt uitgegaan dat alle instroom- en verblijfsduur-variabelen tussen nu en 2035 constant zullen blijven. De werkelijkheid van een *business-as-usual* scenario zal zich naar verwachting ergens tussen deze twee 0-scenario's bevinden.

2.5 Het modelleren van het Michael P. effect

Er is in het recente verloop van de Forensische Zorg een speciaal verschijnsel aan te wijzen, dat als een aparte component in het simulatiemodel zal moeten worden opgenomen: het zogenoemde *Michael P.-effect*. Michael P., de moordenaar van Anne Faber, werd gearresteerd op 9

oktober 2017. In de publicatie *ForZo in getal 2017-2021*⁵⁰ worden de gevolgen als volgt omschreven:

“De gemiddelde tbs-bezetting is afgenomen van 1.327 personen in 2017 tot 1.310 in 2018 om vervolgens sterk te stijgen naar 1.490 in 2021. Er heeft een trendbreuk na de casus Michael P. plaatsgevonden: het aantal opgelegde tbs-maatregelen is sterk gestegen en anderzijds is de uitstroom, met name in de vorm van gestarte voorwaardelijke beëindigingen, gestagneerd.”

De reden dat dit effect apart moet worden gemodelleerd heeft te maken met het feit dat de gemiddelde TBS-behandelduur van de in een bepaald jaar instromende patiënten pas na vele jaren *achteraf* kan worden vastgesteld. In de gegevens van de *Dienst Justitiële Inrichtingen* (DJI) heeft men dit ondervangen door bij elk TBS-cohort te rapporteren hoelang het duurde voordat de helft van dat cohort weer was uitgestroomd: de mediaan van de behandelduur. Onder de (m.i. terechte) aanname dat er een verband zal bestaan tussen mediaan en gemiddelde, geeft de mediaan een redelijke maat voor het gezochte gemiddelde.

Dit verband tussen mediaan en gemiddelde wordt echter verstoord door het Michael P. effect. Ook in een cohort waarvan de helft al eerder was uitgestroomd, en waarvan de *mediaan* dus nooit meer zal kunnen veranderen, kan de *gemiddelde* behandelduur namelijk nog *wel* veranderen, als de uitstroom van de nog in behandeling zijnde patiënten van dat betreffende cohort alsnog vertraagd wordt.

In het model heb ik hiervoor twee parameters toegevoegd die beschrijven met welke snelheid het effect optrad, en met hoeveel maanden de gemiddelde TBS-behandelduur hierdoor is toegenomen. Deze parameters zijn vervolgens gefit op het historische verloop van de betreffende indicatoren van TBS-bezetting. Het lijkt erop dat na oktober 2017 de gemiddelde behandelduur uiteindelijk met ongeveer twee jaar is toegenomen.

2.6 Het modelleren van de LFPZ

Ook de modellering van de LFPZ-bezetting (Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg) vergt een ietwat aparte aanpak. Het lijkt er namelijk op dat die bezetting op enig moment sterk gedaald is, maar niet zozeer als gevolg van een ‘natuurlijk’ verloop, waarbij veranderingen in instroom en uitstroom de verandering in bezetting veroorzaken. Het ging eerder andersom: Het aantal plaatsen werd verminderd, dus de instroom *moest* wel minder worden. In een publicatie uit 2018⁵¹ wordt dit als volgt omschreven:

“De drempel voor opname op een long stay afdeling is steeds hoger. Het aantal plekken op de LFPZ is van 2012 tot 2016 afgenomen van 162 naar 108. Dat heeft tot gevolg dat behandelaars ook een behandeling en resocialisatietraject moeten inzetten bij patiënten bij wie zij dat eerder niet gedaan zouden hebben omdat zij onvoldoende perspectief zagen.

⁵⁰ Divisie Forzo/JJI, divisie-onderdeel ForZo nader belicht, juni 2022.

⁵¹ *Forensische zorgen*, Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg, 14 mei 2018, Peter Wijga e.a.

Dat legt een druk op behandelaren en patiënten die in de praktijk leidt tot teleurstellingen. Daarmee blijft ook een deel van de populatie verstoken van een langduriger behandeling.”

Dit specifieke verloop van de bezetting is in de simulatie *opgelegd* aan het model, net zoals het aan de werkelijkheid lijkt te zijn opgelegd.

2.7 De zogenoemde ‘Spin-up’ van het model

Omdat sommige processen in de Forensische Zorg een langjarig karakter hebben, heeft het model een zogenoemde *spin-up* tijd nodig om een realistisch evenwicht te bereiken van waaruit de simulatie van de toekomst vorm kan krijgen. Omdat sommige FZ-trajecten wel vijftien tot twintig jaar kunnen duren, heb ik het model al in 1990 laten beginnen. Vanaf 2010 levert dat dan een situatie op waarin de opstartverschijnselen voorbij zijn.

3. Inputdata (instroom, verblijfstijd)

Om scenario's vanuit het heden met een model door te kunnen rekenen naar de toekomst, moet de *gesimuleerde* werkelijkheid van het model allereerst voldoende gelijkenis vertonen met de werkelijke situatie van het heden. Het model moet daarom in staat zijn om vanaf 2010 tot 2022 het verloop van een aantal belangrijkste indicatoren in redelijke benadering kunnen reproduceren. Het doel is daarbij om de *bezetting* van de diverse reservoirs te kunnen berekenen vanuit bestaande gegevens over instroom en verblijfsduur. Op die manier kunnen de in de diverse toekomstscenario's opgenomen aannames over veranderende *in- en doorstroom* van de Forensische Zorg ook het best vertaald worden naar de consequenties voor de toekomstige *bezetting* van de diverse reservoirs.

Het verzamelen van die bestaande gegevens klinkt overigens wat simpeler dan het in de praktijk is. Hoewel er bijzonder veel publicaties en websites te vinden zijn waarin cijfers over de Forensische Zorg worden gerapporteerd, zijn deze cijfers zelden precies met elkaar te rijmen, en is het vaak een heel karwei om te achterhalen welke categorieën en definities precies met welke termen worden aangeduid.

Ik heb als voornaamste bronnen gekozen voor de reeks publicaties van DJI, onder titels als “DJI in getal” of “ForZo in getal” etc.

Omdat ik echter vaak ook oudere, nieuwere en aanvullende getallen nodig had, heb ik bijvoorbeeld ook diverse WODC-studies en kamerstukken geraadpleegd, zowel recente als juist erg oude. Hieronder zal ik een opsomming geven van de belangrijkste bronnen waaruit de inputdata voor het model zijn samengesteld.

Het is daarbij belangrijk te beseffen dat het er niet om gaat om elk cijfer *precies* te kennen. Zoals voor deze hele exercitie geldt, geldt ook hier het uitgangspunt dat we een ruwe indicatie proberen te geven van wat de toekomst zou kunnen inhouden. Gegeven de vele aannames die daarbij onvermijdelijk een rol spelen, is het voldoende om de historische en statistische input gegevens in redelijk benadering in te schatten.

3.1 Bronnen

Ik zal de belangrijkste bronnen die voor het opstellen van het model gebruikt zijn hier kort opnoemen:

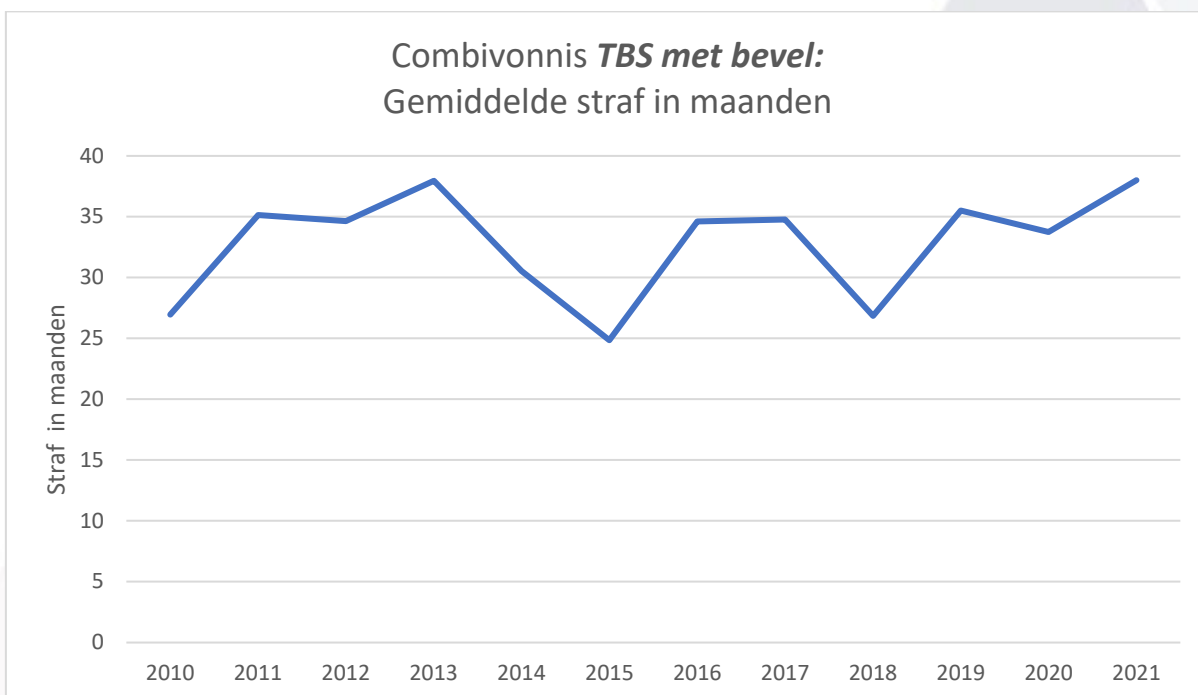
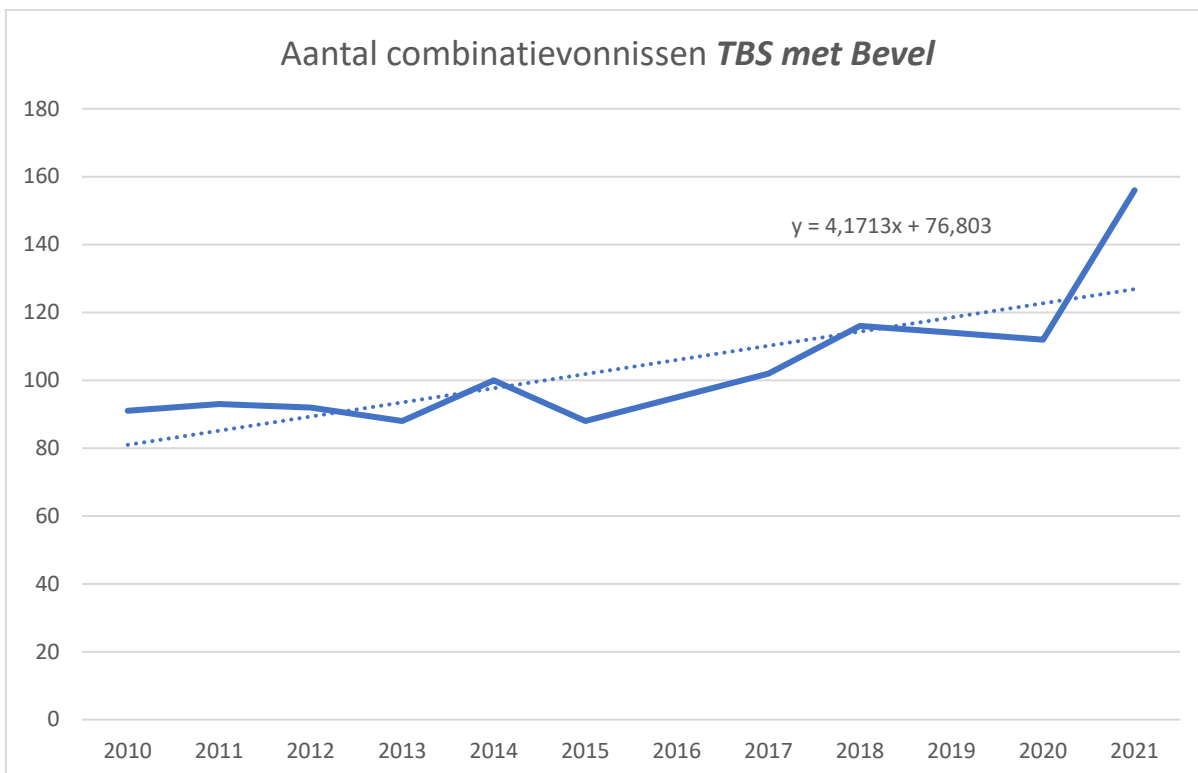
- *Parlementair onderzoek TBS (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 250, nr. 6), inclusief bijlagen.*
- *Directie Afdeling, Bestuursondersteuning Analyse, Strategie & Kennis: Forensische Zorg in getal 2010-2014, Mei 2015*
- *DJI: DJI in getal 2013-2017, De divisies GW/VB en ForZo/JJI nader belicht, Augustus 2018*
- *DJI: ForZo in getal 2014-2018, ForZo nader belicht, Juli 2019 (ForZo-in-getal-2014-2018-def.pdf)*
- *DJI: ForZo in getal 2017-2021 (ForZo in getal 2017-2021 def.pdf)*
- *Inspectie der Rijksfinanciën: Zorg voor een veilige omgeving, Brede maatschappelijke heroverweging, Datum 20 april 2020*
- *DJI: Handleiding Bekostiging & Verantwoording Forensische Zorg 2022, 1 november 2021*
- *TBS NEDERLAND, CIJFERS & BIJZONDERHEDEN 2021, www.tbsnederland.nl*
- *Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022-2028 (Ontwikkeld als onderdeel van het programma Forensische Zorg)*
- *DJI Infographic Forensische Zorg, mei 2022*
- *GGZ Nederland, Factsheet Forensische zorg, Cijfers over tbs en overige forensische zorg, 2019*
- *Brief van minister Weerwind over instroom en uitstroom TBS t/m 2021. Antwoord op vragen van het lid Mutluer over de tbs-capaciteit, 18 oktober 2022.*
- *Brief van minister Weerwind: Voortgangsbrief forensische zorg, 31 januari 2023*
- *M.J.F. van der Wolf e.a. (Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden i.o.v. het Programma Forensische Zorg, Ministerie van Justitie en Veiligheid) WIE ZIJN GESCHIEDENIS NIET KENT... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*

3.2 De uiteindelijke input data per reservoir

Uit de hierboven genoemde bronnen heb ik uiteindelijk de voor het model benodigde tijdreeksen min of meer consistent kunnen samenstellen. Hieronder zal ik de belangrijkste van deze gegevens grafisch weergeven.

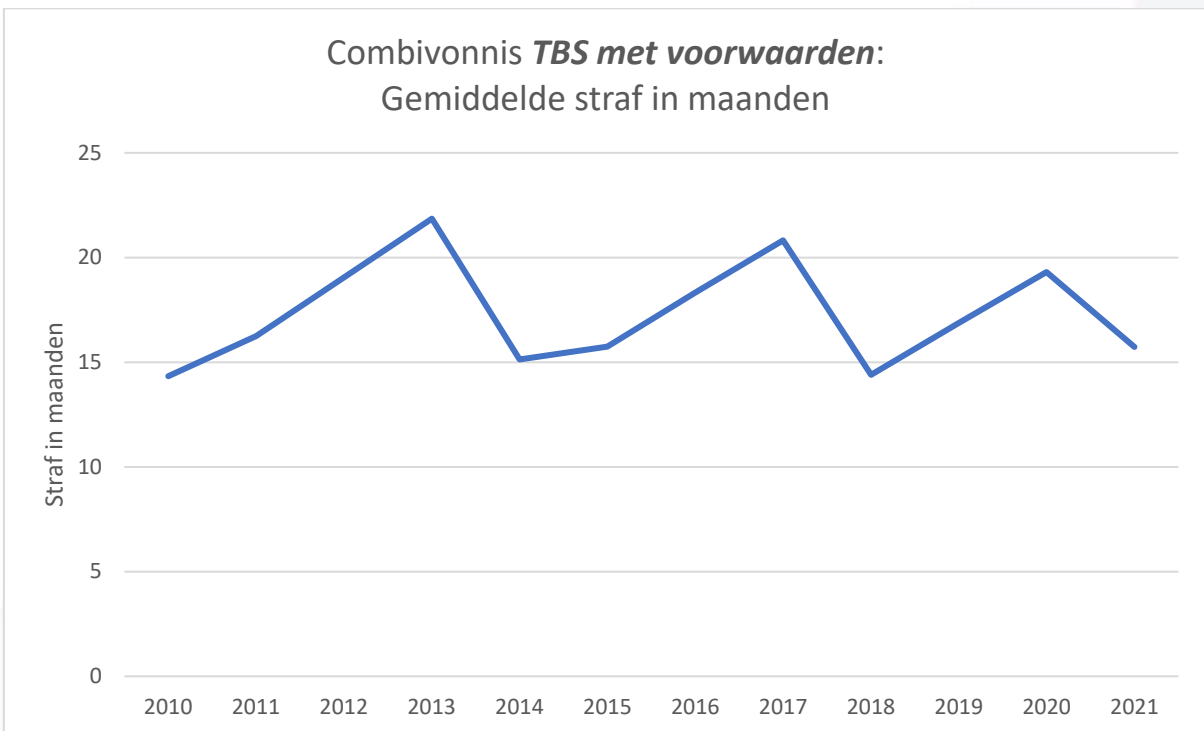
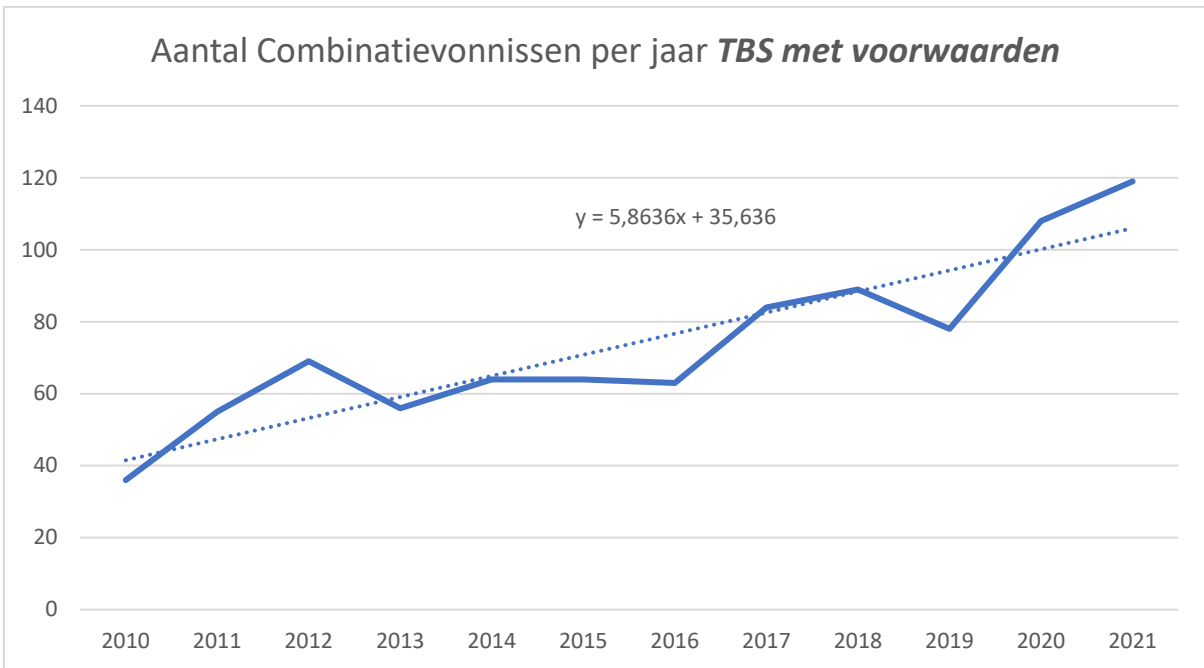
3.3 Instroom en verblijfsduur van het reservoir P.I. TBS met bevel

Het aantal combinatievonnissen *TBS met Bevel* vertoont tussen 2010 en 2021 een licht stijgende trend (zie de formule in de onderstaande grafiek). De gemiddelde strafoplegging vertoont geen (significante) trend.



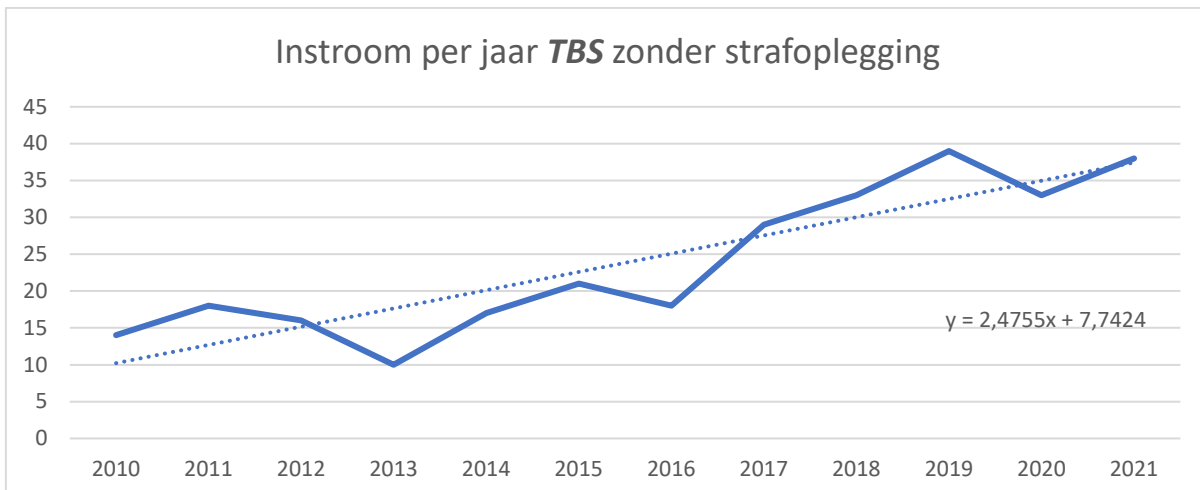
3.4 Instroom en verblijfsduur van het reservoir P.I. TBS met voorwaarden

Ook het aantal combinatievonnissen *TBS met Voorwaarden* vertoont tussen 2010 en 2021 een licht stijgende trend (zie de formule in de grafiek). De gemiddelde strafoplegging vertoont geen (significante) trend.



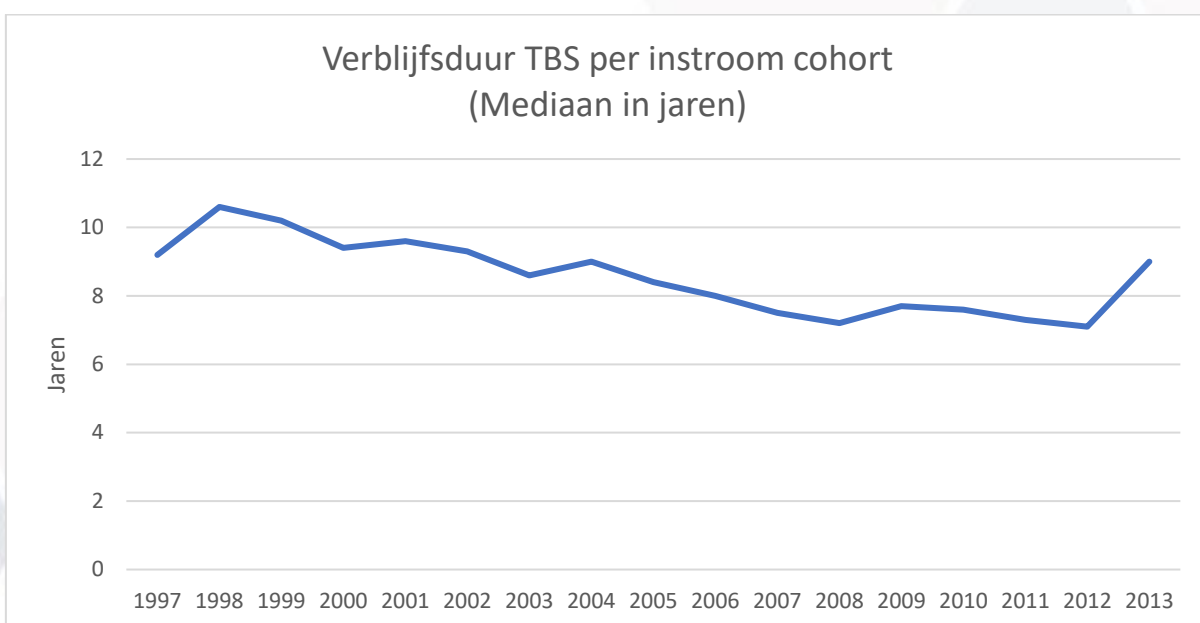
3.5 Directe instroom en verblijfsduur van het reservoir TBS

De directe instroom van het reservoir *TBS* (dus waarbij geen straf is opgelegd) vertoont tussen 2010 en 2021 een stijgende trend (zie de formule in de grafiek).



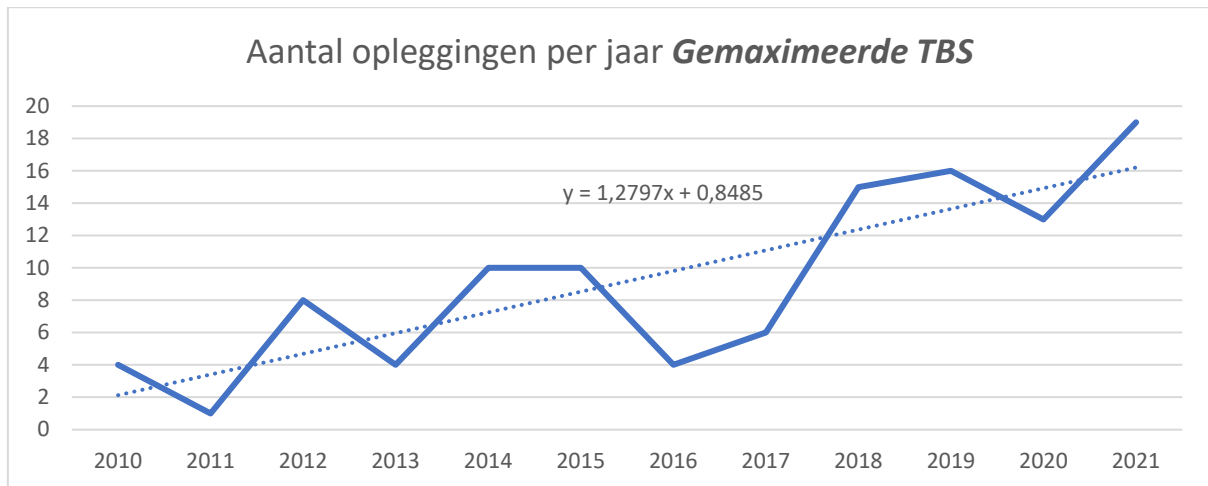
De mediaan van de verblijfsduur binnen de TBS vertoont een licht dalende trend als we de instroom cohorten van 1997 tot 2013 bekijken, maar zowel het begin als het eind van deze tijdreeks breken die trend. Daardoor is de mediaan voor het 2013 cohort toch weer ongeveer gelijk aan die van het 1997 cohort.

Van de instroom cohorten van na 2013 zijn nog geen officiële cijfers beschikbaar, maar tijdens de bijeenkomsten met 'het veld', die in verband met deze Toekomstverkenning hebben plaatsgevonden, heb ik mensen uit diverse TBS-instellingen naar hun indrukken en intuïties gevraagd. Op grond daarvan heb ik besloten om in de TBS-behandelduur geen voortzetting van de dalende trend aan te nemen voor de jaren na 2013. In dit verband verwijst ik ook naar wat ik in paragraaf 2.5 over het Michael P. effect heb gezegd.



3.6 Directe instroom van het reservoir TBS gemaximeerd 4 jaar

De directe instroom van het reservoir *TBS-4* (de gemaximeerde TBS) vertoont tussen 2010 en 2021 een stijgende trend (zie de formule in de grafiek). In het model wordt de aanname gemaakt dat de behandelduur van TBS-4 altijd vier jaar zal bedragen. Ten overvloede: ook hier is het niet heel belangrijk of dat ook exact zo is. Het TBS-4 reservoir is sowieso erg klein t.o.v. het normale TBS-reservoir.

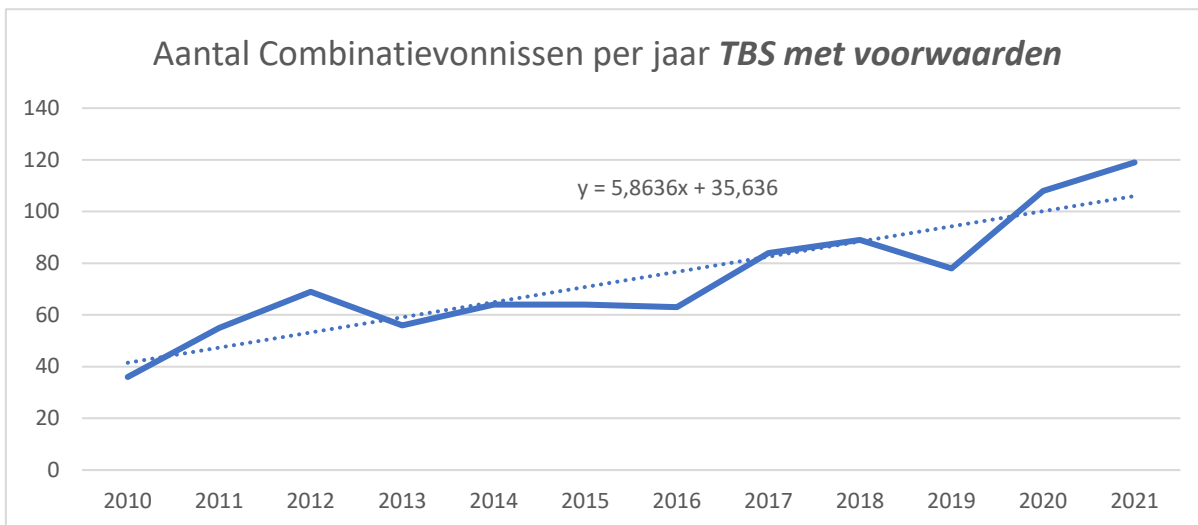


3.7 Overige Forensische Zorg (OFZ): Klinisch, Verblijfszorg, Ambulant

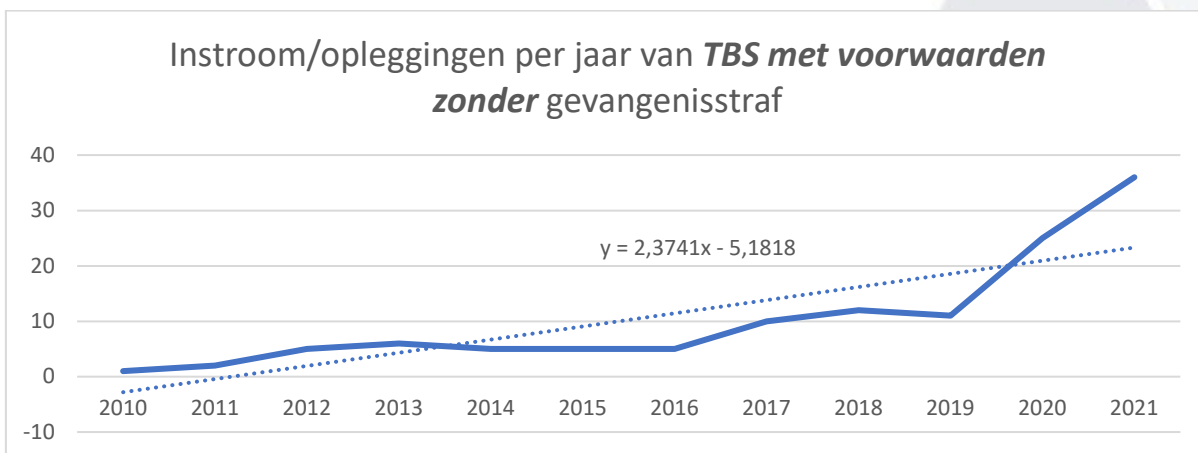
Patiënten kunnen op diverse manieren bij de OFZ terecht komen, bijvoorbeeld door oplegging van TBS met voorwaarden, al dan niet gecombineerd met een gevangenisstraf. Ook ex-TBS'ers kunnen na hun uitstroom uit de TBS-maatregel nog steeds behandeling en nazorg in het kader van OFZ ontvangen, afhankelijk van hun individuele behoeften en de beoordeling van de behandelaars. In dit model nemen we, zoals gezegd, drie verschillende vormen van OFZ aan:

- Klinische zorg (OFZ-KZ)
- Verblijfszorg, ook wel begeleid wonen genoemd (OFZ-VZ)
- Ambulante zorg (OFZ-AZ)

Het aantal combinatievonnissen TBS met voorwaarden vertoont sinds 2010 een stijgende trend:

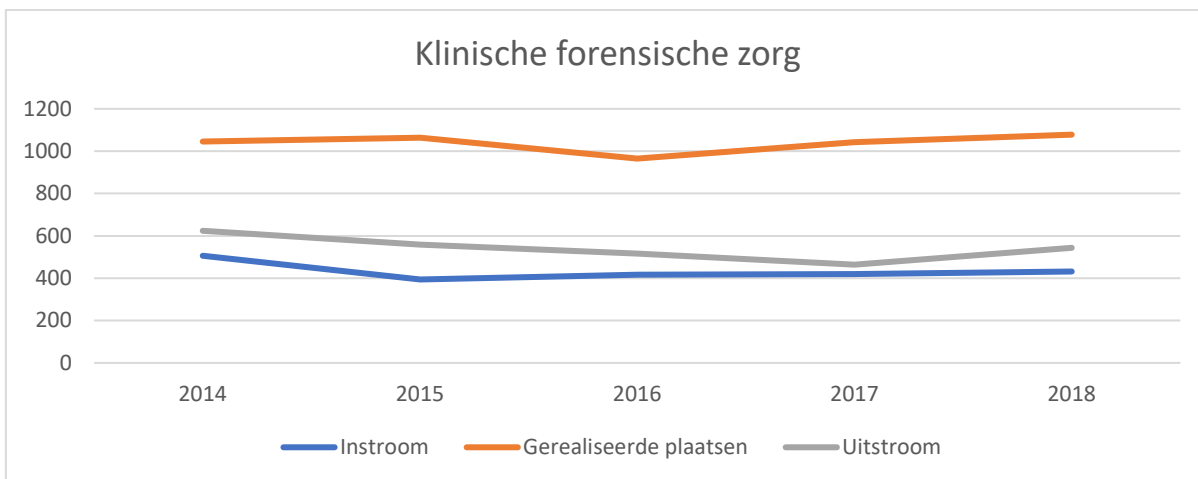


Het aantal opleggingen van TBS met voorwaarden zonder gevangenisstraf vertoont sinds 2010, en vooral vanaf 2019, een relatief nog sterker stijgende trend. Hoewel het hierbij om veel kleinere aantallen gaat, is vanwege die sterke recente stijging, ook deze trend in het model opgenomen:

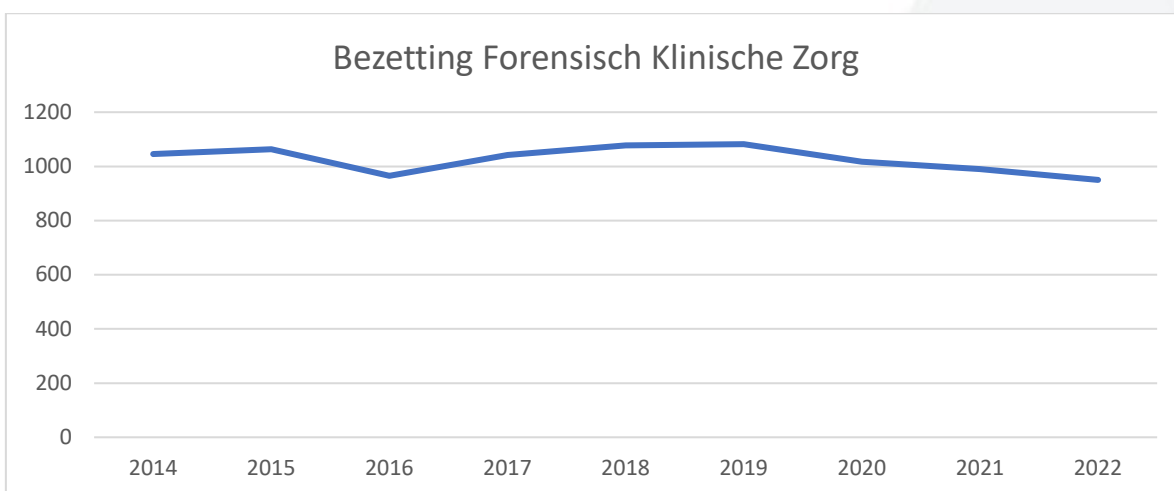


3.7.1 OFZ: Klinische Zorg

Tussen 2014 en 2018 vertoonden de instroom, uitstroom en bezetting van het OFZ_KZ reservoir geen opvallende trends:

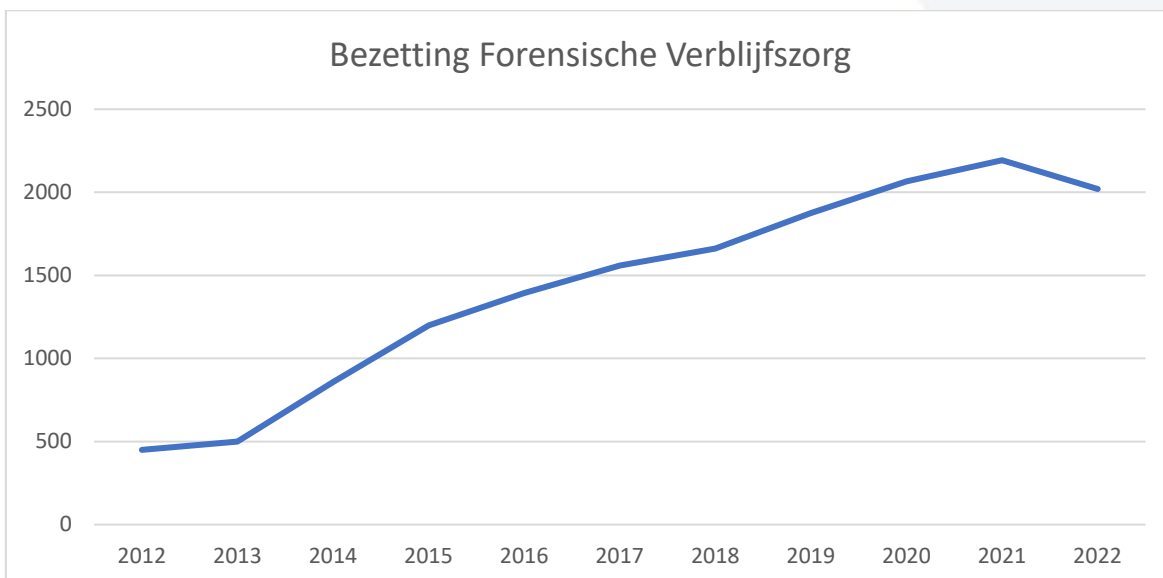
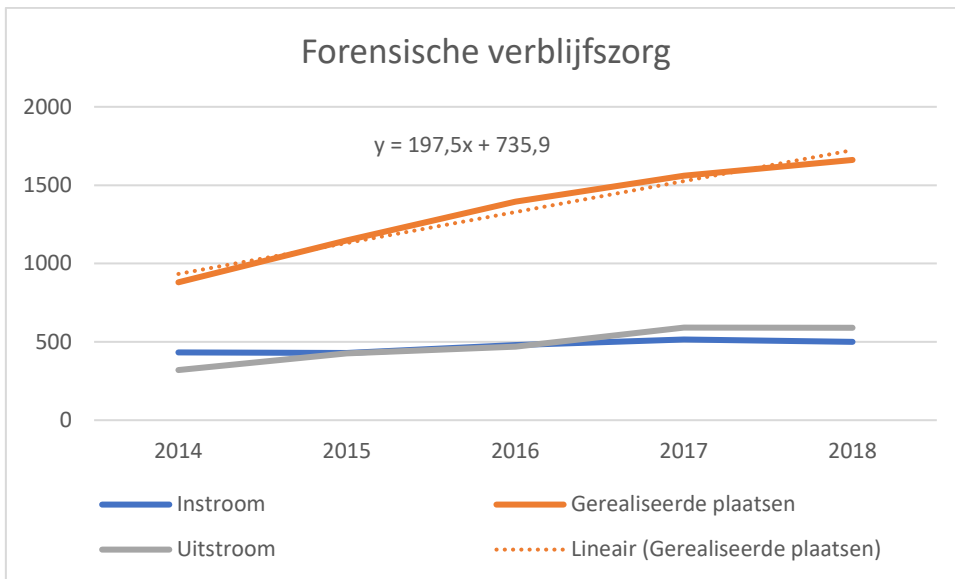


Na 2019 lijkt er een lichte daling in de bezettingsgraad zichtbaar. Het effect is echter klein:



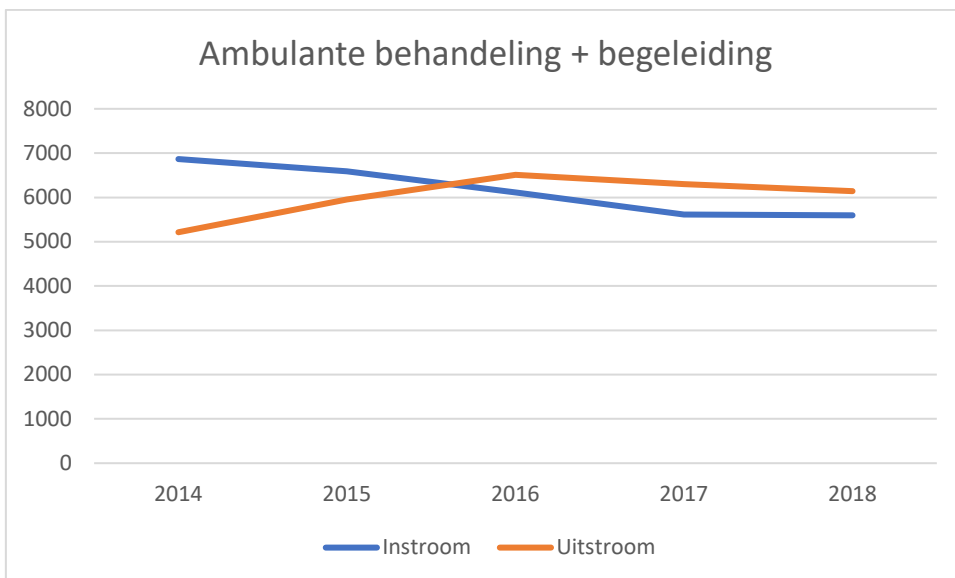
3.7.2. OFZ: Verblijfszorg

Tussen 2014 en 2018 vertoonde de bezetting van het *OFZ_VZ* reservoir een duidelijk stijgende trend, waarbij het opvallend is dat diezelfde trend niet in de instroom zichtbaar was, terwijl ook de uitstroom niet daalde. Mogelijk is hier sprake van de effecten van een eerdere instroom. Hoe dan ook heeft de stijging in de bezetting van de Verblijfszorg zich ook na 2018 sterk voorgezet, al lijkt deze van 2021 naar 2022 weer iets gedaald (waarbij moet worden opgemerkt dat wellicht de cijfers over 2022 nog bijgesteld kunnen gaan worden).



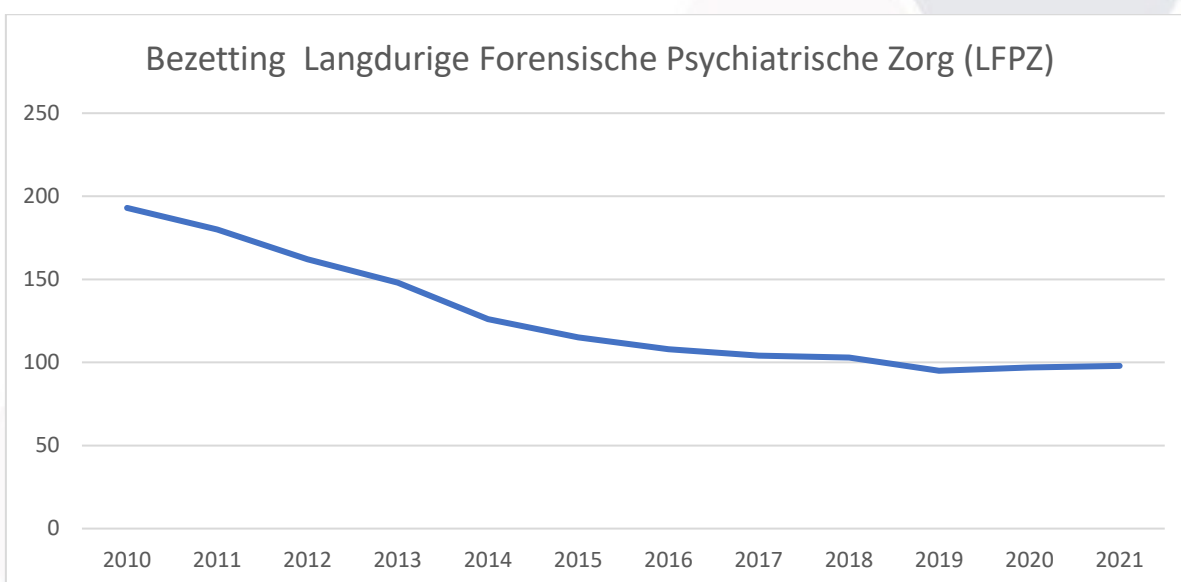
3.7.3 OFZ: Ambulante Zorg

De ambulante zorg is een van de grootste reservoirs in de Forensische Zorg, maar tevens qua financiën niet een van de meest prominente. Zoals gezegd richt het onderhavige model zich vooral op het simuleren van TBS, Klinische Zorg en Verblijfszorg. Er lijken overigens in de Ambulante Zorg geen heel duidelijke trends op te treden.



3.8 De Langdurige forensische psychiatrische Zorg LFPZ

Over de bezetting van de Langdurige forensische psychiatrische Zorg heb ik in paragraaf 2.6 al het een en ander opgemerkt: Het aantal plekken op de LFPZ is van 2012 tot 2016 afgenomen van 162 naar 108, zoals ook in de onderstaande grafiek zichtbaar is. Het LFPZ-reservoir is overigens een van de kleinere reservoirs binnen de Forensische Zorg. Ook in de Scenario-beschrijvingen (zie hoofdstuk 5) is er weinig specifiek gezegd over de LFPZ.



4. Scenario 0 extrapolatie:

De baseline modellering van de jaren 2010 – 2035

Na de modelbeschrijving (hoofdstuk 2) en het beschrijven van de input-gegevens (hoofdstuk 3) kunnen we nu gaan kijken wat het model oplevert als we het model laten runnen van 2010 t/m 2035. We gebruiken daarbij de extrapolaties in de instroom en de verblijfstijd zoals we die uit de data hebben gedestilleerd. Deze modelrun duiden we aan als **Scenario 0 extrapolatie**. We zouden dit scenario kunnen zien als een soort baseline voor de *business-as-usual* aanname. Zie echter ook wat ik daarover in paragraaf 2.4 heb gezegd.

Hierbij moet nadrukkelijk in gedachten worden gehouden dat – zoals eerder al opgemerkt – de gegevens over de bezettingsgraad van de diverse reservoirs dus *geen* input vormen van het model. Het model is juist bedoeld om die bezettingsgraad te berekenen. Alleen op die manier kan het immers een zinnig beeld van de toekomstige bezettingsgraden opleveren aan de hand van geëxtrapolerde en/of in scenario's vervatte toekomstige schattingen aangaande instroom en verblijfsduur.

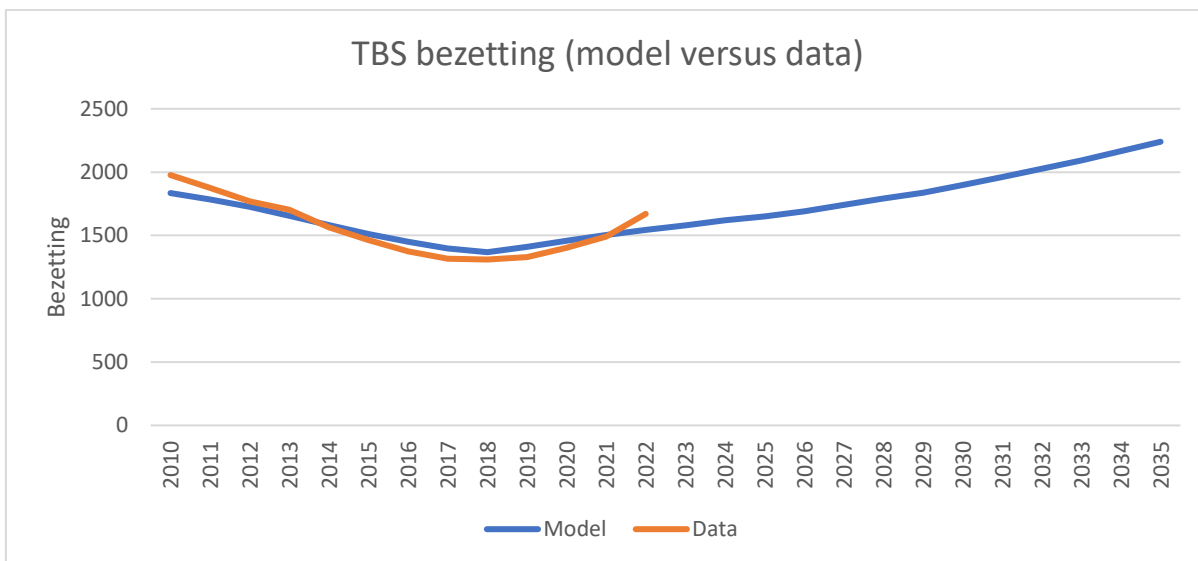
Hieronder zal ik de belangrijkste aspecten van de model output grafisch weergeven, en deze – voor de periode waarover we daadwerkelijke gegevens hebben – vergelijken met de realisaties. Het in deze model run doorgerekende *Scenario 0 extrapolatie* zal later ook vergeleken worden met de overige scenario's.

4.1 De gemodelleerde TBS-bezetting

De gemodelleerde TBS-bezetting komt in redelijk mate overeen met de daadwerkelijke realisatie. Duidelijk zichtbaar is het Michael P. effect (zie paragraaf 2.5) vanaf eind 2017.

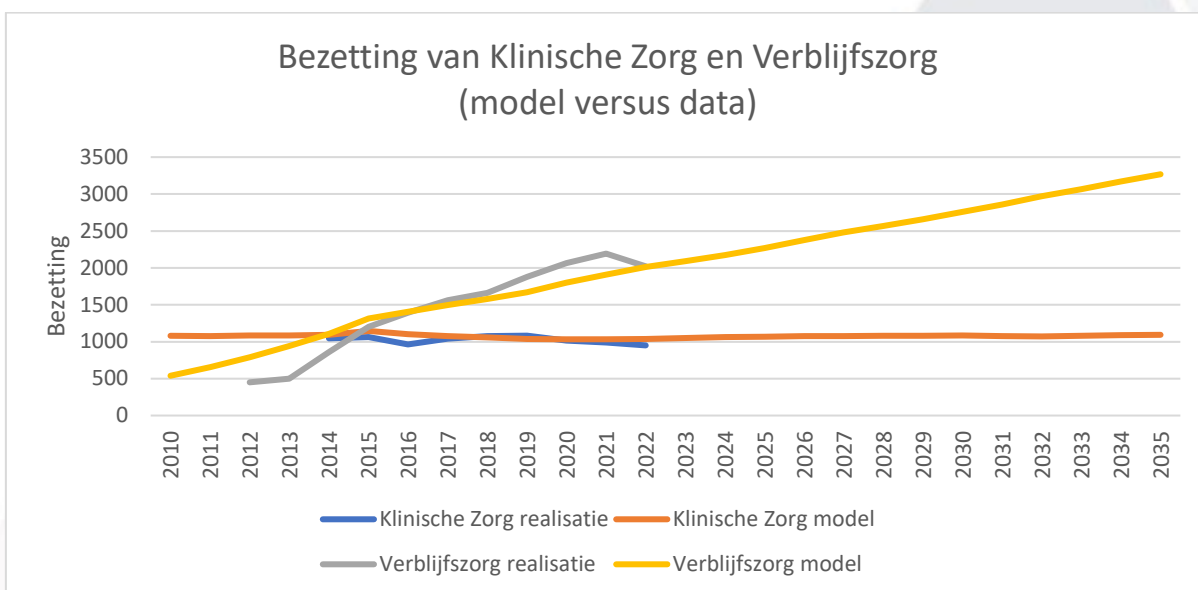
De realisatie voor 2022 is hoger dan de model-output. Hoewel het realisatie cijfer over 2022 nog niet officieel bekend is⁵², zou dit een aanwijzing kunnen vormen dat er nog een – vooralsnog onbekend – onderliggend proces gaande is, dat nog onvoldoende door het model gerepresenteerd wordt.

⁵² Het betreft een schatting op grond van voorlopige gegevens tot november 2022 uit de eerder genoemde brief van minister Weerwind, d.d. januari 2023.



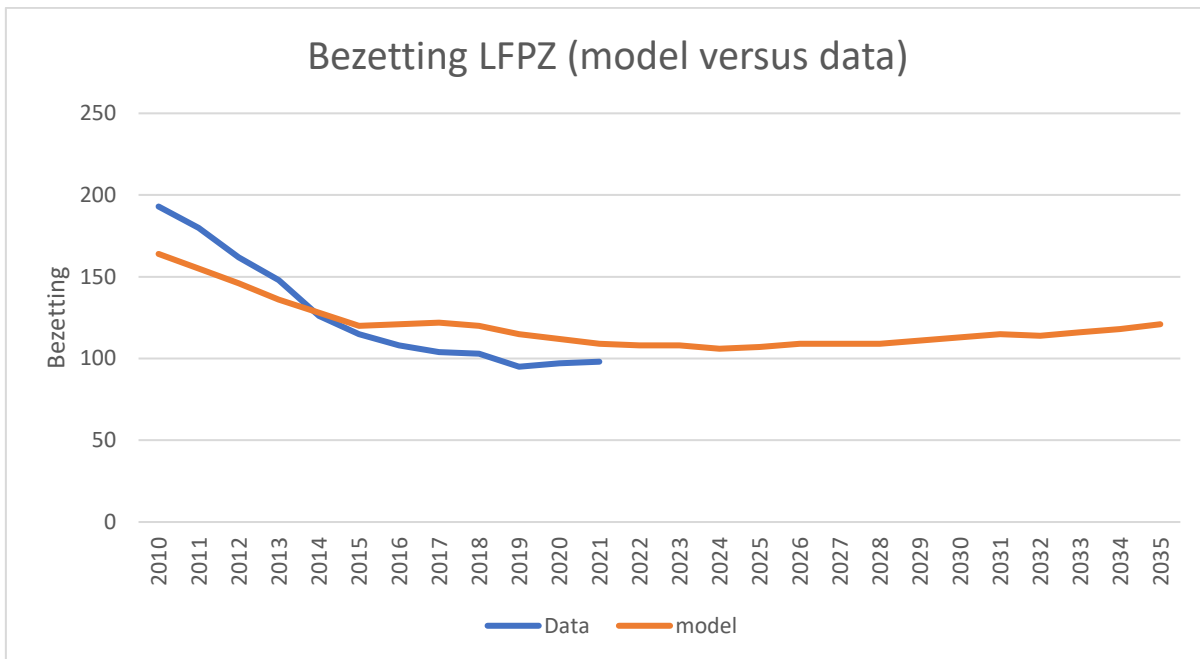
4.2 De gemodelleerde bezetting van Klinische Zorg en Verbleefzorg

Zoals in hoofdstuk 3 al geconstateerd werd is er een sterk stijgende instroom zichtbaar in de Verbleefzorg, en geen significante trend in de instroom van de Klinische Zorg. In het scenario waarin we de aanname maken dat de bestaande instroomtrends zich zullen voortzetten, leidt dat tot de volgende model uitkomsten aangaande de bezetting van de betreffende reservoirs:



3.3 De gemodelleerde bezetting van de Langdurige Forensische Psychiatrische Zorg

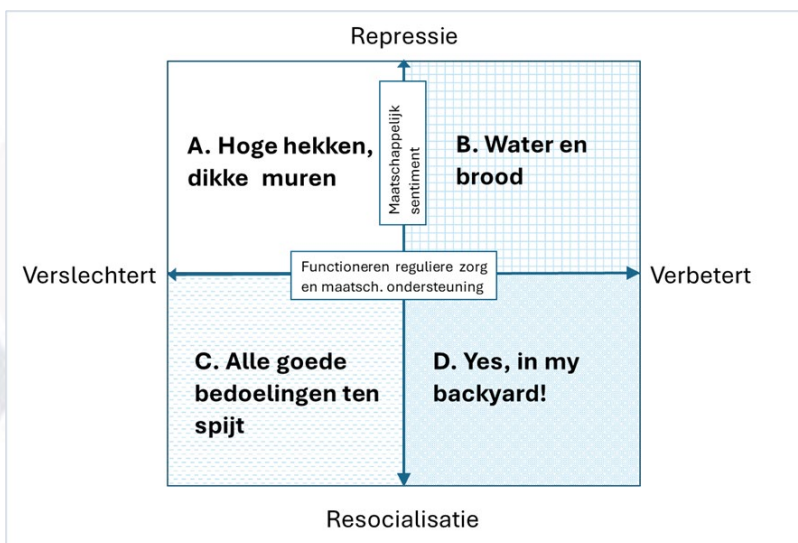
Over de moeilijkheden rondom de modellering van de bezetting van de LFPZ is in paragraaf 2.6 al het een en ander gezegd. Het model geeft een redelijke overeenkomst met de data. De lichte stijging van de gemodelleerde LFPZ-bezetting vanaf ongeveer 2025 hangt onder andere samen met de eveneens gemodelleerde stijging van de TBS-bezetting. Het moge echter duidelijk zijn dat als er daadwerkelijk niet meer LFPZ plaatsen beschikbaar zullen komen, er ook geen toenemende bezetting zal kunnen zijn.



5. De toekomstverkenning: Scenario's A, B, C, D

We gaan nu kijken naar de vier toekomstscenario's die zijn opgesteld op initiatief van het *Bestuurlijk Overleg Forensische Zorg* en de *Directie Innovatie, Kennis en Strategie* van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, onder begeleiding van het externe bedrijf *De Ruijter Strategie*. Ik zal deze scenario's slechts kort beschrijven, omdat ze uitgebreid ter sprake zullen komen in ander rapporten en publicaties die in het kader van deze *Toekomstverkenning Forensische Zorg* zullen verschijnen.

De vier scenario's zijn, zoals wel vaker wordt gedaan in dit soort verkenningen, opgesteld aan de hand van twee assen, en (dus) vier kwadranten. De betreffende dimensies zijn gedestilleerd uit de discussies die hebben plaatsgevonden tijdens de al eerder genoemde bijeenkomsten met 'het veld'. Grafisch en symbolisch weergegeven werden de scenario's A t/m D als volgt gekarakteriseerd en van een pakkende naam voorzien:



Ik zal de vier scenario's nu één voor één bespreken aan de hand van twee documenten die door *De Ruijter Strategie* zijn opgesteld:

- Toekomstscenario's en Opties Forensische Zorg v03, waarin de scenario's worden beschreven in een wat meer verhalende stijl.
- Scenariotabellen Forensische Zorg kwantitatief overleg, waarin de scenario's deels vertaald worden naar concrete effecten op de instroom van de reservoirs van de Forensische Zorg.

Ik zal steeds, voor elk scenario, uit het eerste document een aantal m.i. kenmerkende sleutelzinnen citeren, en vervolgens uit het tweede document de samenvattende 'Impact'-tabel in zijn geheel weergeven. Tenslotte maak ik op grond van deze kenmerkende scenario-elementen de vertaalslag naar de concrete modellering van dit scenario: In welke mate gaan we welke modelparameters ten opzichte van het *0-scenario Constant* veranderen teneinde de toekomst van de Forensische Zorg te simuleren aan de hand van het betreffende scenario?

Ik neem daarbij aan dat de meeste in de scenario's aangenomen veranderingen ongeveer vanaf 2024 gaan beginnen (niet eerder), en dan enige tijd nodig hebben om tot volle sterkte te komen. Sommige van die veranderingen – bijvoorbeeld een toename in de kwaliteit en beschikbaarheid van goede jeugdzorg vanaf 2024 – zullen vervolgens pas later (zeg vanaf 2027) effect kunnen hebben op bijvoorbeeld de instroom van TBS en/of OFZ.

Opgemerkt moet nog worden dat de opstellers van de scenario's niet gebonden waren aan de randvoorwaarde van onderlinge consistentie. Het is dus niet zo dat een verbetering (dan wel verslechtering) van de reguliere zorg in elk scenario tot dezelfde gevolgen moet leiden, of dat een repressief sentiment in verschillende scenario's op dezelfde manier uitpakt.

5.1 Scenario A: Hoge hekken, dikke muren

De definitie van Scenario A volgens de twee opgelegde assen:

- As [1] (functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning): Verslechtert
- As [2] (repressie of resocialisatie): Sentiment neigt naar repressie

Enkele kenmerkende citaten uit het verhaal van scenario A, voor zover van belang voor de toekomst van de Forensische Zorg (accentuering van mij):

“economie in een neerwaartse spiraal”

“bezuiniging op de zorg, ook op de geestelijke en forensische zorg”

“grote incidenten met tbs'ers op verlof”

“forensische zorg per direct afschalen en op termijn opheffen.”

*“Dat leidde tot relatief minder opleggingen van tbs-maatregelen, maar dat werd in absolute aantallen gecompenseerd door de hogere instroom in de strafketen, waardoor **het aantal opgelegde tbs-maatregelen door de jaren heen op hetzelfde niveau bleef. Verder leidde dit tot een stijging van de oplegging van combinatievonnissen, met langere gevangenisstraffen voorafgaand aan tbs. Overige forensische zorgmaatregelen werd niet meer opgelegd en de klinische -en verblijfszorg, daalde.**”*

“adoptie van technologische ontwikkelingen op het gebied van surveillance en beveiliging”

De mogelijke impact van een realisatie van dit scenario op de Forensische Zorg werd door deskundigen uit het veld als volgt ingeschat:

Scenario	A
Impact FZ	
Instroom TBS	Tijdelijke dip vanwege minder opleggingen en langere gevangenisstraffen voorafgaand aan behandeling. Daarna neemt de instroom weer toe vanwege de verhoogde instroom in de strafrechtketen, om op termijn op ca. hetzelfde niveau als nu te komen en blijven als nu.
Instroom OFZ	Neemt af vanwege minder voorwaardelijke veroordelingen, verschuift naar gevangeniswezen
Verblijfsduur TBS	Neemt toe, er wordt geen enkel risico meer genomen en er is geen vervroegde invrijheidstelling meer
Verblijfsduur OFZ	Neemt af, mensen worden sneller losgelaten, verblijfszorg en klinische zorg neemt af
Uitstroom FZ	Aan de ene kant makkelijker, want geen overdracht meer naar reguliere zorg. Aan de andere kant lastig, omdat gemeenten deze mensen weren.
Recidive	Neemt op termijn toe, omdat mensen niet/minder behandeld worden. Het effect van FZ op recidive verdwijnt langzamerhand
Kosten FZ	Nemen af vanwege afschaling OFZ

Modellering van dit scenario:

1. De bestaande vonnissen van vóór 2024 blijven in stand.
2. Het aantal gevallen van TBS zonder strafoplegging daalt van 2024 tot 2029 naar nul. Alle TBS-opleggingen worden combinatievonnissen.
3. Het aantal opgelegde TBS-maatregelen blijft gelijk. (Deze instroom kent dus een plafond.)
4. De gemiddelde lengte van de gevangenisstraf in combinatievonnissen stijgt tussen 2024 en 2029 met een factor twee.
5. De gemiddelde duur van een TBS behandeling stijgt tussen 2024 en 2029 met een factor twee.
6. De directe instroom van TBS met voorwaarden (zowel via combinatie vonnissen als direct) neemt tussen 2024 en 2029 af naar nul. (Na TBS blijft OFZ wel mogelijk).
7. Verblijfsduur OFZ halveert tussen 2024 en 2029.
8. In dit scenario wordt – kennelijk – aangenomen dat als de TBS behandeling geen resultaat heeft, men terugkeert naar de gevangenis.

5.2 Scenario B: Water en brood

De definitie van Scenario B volgens de twee opgelegde assen:

- As [1] (functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning): Verbeterd
- As [2] (repressie of resocialisatie): Sentiment neigt naar repressie

Enkele kenmerkende citaten uit het verhaal van scenario B, voor zover van belang voor de toekomst van de Forensische Zorg (accentuering van mij):

“het reguliere zorgsysteem (inclusief de ggz, de Jeugdzorg en de Gehandicaptenzorg) is flink verbeterd”

“Het sociaal domein maakte eveneens een verbetering”

*“De risicotolerantie voor mensen die misstappen begingen en afwijkend gedrag vertoonden, daalde met de jaren. De roep om strengere beveiliging, vergelding en bestrafing voor overtreders klonk door in de politiek. **Nieuwe wetgeving zette in op repressie bij veroordeling en veel minder op zorg en behandeling.**”*

“In eerste instantie nam het aantal opgelegde tbs-maatregelen nog toe, als gevolg van het repressieve beleid, maar naderhand kwam er een daling omdat de samenleving veroordeelden liever wil straffen dan behandelen.”

“Sowieso werden er langere gevangenisstraffen opgelegd voorafgaand aan tbs. Lichtere vormen van forensische zorg, [...] verdwenen.”

“Alleen personen die in hoge mate ontoerekeningsvatbaar waren verklaard, kwamen nog terecht in de tbs en bleven daar ook lang, omdat de politiek geen enkel risico meer wilden lopen door deze mensen”

“Maar het tij begon licht te keren rond 2030. Toen werden de preventieve effecten van de verbeterde reguliere zorg en het sociaal domein merkbaar. En nu, in 2035 vindt de samenleving weliswaar nog steeds dat degene die fouten maken gestraft moeten worden, maar er is wel meer zorg om te voorkomen dat mensen in de fout belanden”

De mogelijke impact van een realisatie van dit scenario op de Forensische Zorg werd door deskundigen uit het veld als volgt ingeschat:

Scenario	B
Impact FZ	
Instroom TBS	Eerst lichte dip, omdat er voorafgaand aan behandelingen langere gevangenisstraffen worden opgelegd. Op termijn (na 2030) daling omdat de instroom in de strafketen na eerst te zijn toegenomen, minder wordt vanwege de preventieve werking van de beter functionerende reguliere zorg en er minder tbs-opleggingen zijn.
Instroom OFZ	Neemt af vanwege minder voorwaardelijke veroordelingen, verschuift naar gevangeniswezen
Verblijfsduur TBS	Neemt toe, er wordt geen enkel risico meer genomen en er is geen vervroegde invrijheidstelling meer
Verblijfsduur OFZ	Neemt af, mensen worden sneller losgelaten, verblijfszorg en klinische zorg neemt af
Uitstroom FZ	Aan de ene kant makkelijker, want overdracht naar reguliere zorg en ondersteuning verloopt soepeler. Aan de andere kant lastig, omdat gemeenten deze mensen weren.
Recidive	Neemt in eerste instantie toe, omdat mensen niet/minder behandeld worden. Stabiliseert op termijn omdat reguliere zorg beter functioneert en mensen met een hoge mate van ontoerekeningsvatbaarheid minder snel vrij komen.
Kosten FZ	Nemen af, eerst vanwege afschaling OFZ en later vanwege bijkomende daling tbs-instroom

Modellering van scenario B:

1. De bestaande vonnissen van vóór 2024 blijven in stand.
2. Het aantal gevallen van TBS zonder strafoplegging daalt van 2024 tot 2029 naar nul. Dit worden allemaal combinatievonnissen.
3. Het aantal combinatievonnissen TBS met bevel verdubbelt van 2024 tot 2029.
4. Het aantal combinatievonnissen TBS met bevel halveert weer van 2030 tot 2035.
5. Het aantal combinatievonnissen TBS met voorwaarden blijft in stand.
6. De gemiddelde lengte van de gevangenisstraf in combinatievonnissen stijgt tussen 2024 en 2029 met een factor twee.
7. De gemiddelde duur van een TBS behandeling stijgt tussen 2024 en 2029 met een factor twee.
8. Verblijfstijd OFZ halveert tussen 2024 en 2029.

5.3 Scenario C: Alle goede bedoelingen ten spijt

De definitie van Scenario C volgens de twee opgelegde assen:

- As [1] (functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning): Verslechtert
- As [2] (repressie of resocialisatie): Sentiment neigt naar resocialisatie

Enkele kenmerkende citaten uit het verhaal van scenario C, voor zover van belang voor de toekomst van de Forensische Zorg (accentuering van mij):

“rond 2026 begon de reguliere gezondheidszorg vast te lopen”

“Nederland bleef kampen met een woningtekort”

“de samenleving pakte de handschoen op”

“Overall in het land ontsproten er steeds meer van deze lokale gezondheidsnetwerken ook wel Local Health Networks (LHN's) genoemd, met aandacht voor preventie, ondersteuning en een gezondere levensstijl”

“ingezet op het gebruik van meer technologie als vormen van surveillance en controle”

“Er wordt zo weinig zorg geleverd dat je al blij mag zijn als je een plek gevonden hebt waar je behandeld kan worden”

“Het bleef lastig om disruptieve en agressieve personen adequaat onder te brengen”

“[...] toename van de vraag naar forensische zorg. De duur van het verblijf binnen het systeem van de forensische zorg nam ook toe, omdat er veel gedetineerden waren die na het uitzitten van hun straf geen beroep meer konden doen op de reguliere zorg. Uit voorzorg legden veel rechters langere voorwaardelijke veroordelingen op.”

“tekort aan personeel in de PPC's. Dit heeft geleid tot een reeks aan zware incidenten in gevangnissen, met enkele slachtoffers tot gevolg”

“Omdat er een mismatch is tussen vraag en aanbod, moeten scherpe keuzes worden gemaakt in wie behandeld kan worden en wie niet. Het geniet de voorkeur de ergste gevallen wel op te nemen en de lichtere gevallen niet”

“Omdat lichtere gevallen niet of moeilijk in aanmerking komen voor behandeling, moet worden gekeken of een deel van de zorg niet kan worden overgenomen door bijvoorbeeld arbeidsmigranten, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers.”

De mogelijke impact van een realisatie van dit scenario op de Forensische Zorg werd door deskundigen uit het veld als volgt ingeschat:

Impact FZ	
Instroom TBS	Blijft zoals het is. De druk op TBS wordt in eerste instantie hoger, want de opgelegde gevangenisstraffen worden korter.
Instroom OFZ	Neemt toe, want wordt vaker opgelegd en er wordt minder gevangenisstraf opgelegd.
Verblijfsduur TBS	Neemt af
Verblijfsduur OFZ	Neemt toe, want er is minder reguliere zorg beschikbaar, waardoor uitstroom bemoeilijkt wordt. De overgang van klinische naar verblijfszorg gaat makkelijker.
Uitstroom FZ	Aan de ene kant makkelijker, want gemeenten meer geneigd zijn tot opname van deze mensen, maar gaat minder professioneel en er is geen/minder reguliere zorg beschikbaar.
Recidive	Neemt af, want er is meer behandeling (hoewel met vertraging vanwege capaciteitsproblemen) en meer sociale controle door de samenleving.
Kosten FZ	Nemen toe

Modellering van Scenario C:

1. De bestaande vonnissen van vóór 2024 blijven in stand.
2. Het aantal gevallen van TBS zonder strafoplegging daalt van 2024 tot 2029 naar nul. Dit vanwege het gebrek aan plaatsen. Het worden allemaal combinatievonnissen.
3. Het aantal combinatievonnissen TBS met bevel halveert van 2024 tot 2029. Alleen de zware gevallen krijgen nog TBS met bevel opgelegd.
4. De gemiddelde lengte van de gevangenisstraf in combinatievonnissen blijft gelijk.
5. De gemiddelde duur van een TBS behandeling daalt tussen 2024 en 2029 met een factor twee.
6. De instroom van TBS met voorwaarden via combinatie vonnissen neemt tussen 2024 en 2029 een factor twee toe, want alleen de zwaarste gevallen krijgen nog TBS opgelegd.
7. De verblijfsduur in OFZ_VZ verdubbelt van 2024 tot 2029, want er is minder reguliere zorg beschikbaar.

5.4 Scenario D: Yes, in my backyard!

De definitie van Scenario D volgens de twee opgelegde assen:

- As [1] (functioneren reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning): Verbeterd
- As [2] (repressie of resocialisatie): Sentiment neigt naar resocialisatie

Enkele kenmerkende citaten uit het verhaal van scenario D, voor zover van belang voor de toekomst van de Forensische Zorg (accentuering van mij):

“Sommigen vergelijken de huidige tijd met de hippiesamenleving uit de jaren ‘60 en ‘70 van de vorige eeuw, maar dan in een digitaal jasje.”

“[er] is eindelijk sprake van ‘ontschotting’. Hierdoor kan zorg veel effectiever worden geleverd. Technologische innovaties zorgden ervoor dat veel behandelingen op afstand en/of digitaal konden worden uitgevoerd. Behandeltijden, wachtlijsten en capaciteitsproblemen in de zorg zijn hierdoor flink afgenomen.”

“[2035] De afgelopen tien jaar is [in de jeugdzorg] sterk ingezet op preventiemaatregelen, om te voorkomen dat kwetsbare jongeren afglijden naar het criminele circuit. Er zijn inmiddels de eerste signalen dat de jeugdcriminaliteit aan het dalen is.”

“De problemen van de reguliere zorg, jeugdzorg, forensische zorg, enz. in de jaren ‘10 hebben nog lang een na-ijleffect laten zien in de vorm van hoge instroom in de strafrechtketen en FZ.”

“Er is juist meer respect ontstaan voor mensen, die ondanks hun penibele omstandigheden, het toch lukt het tij te keren.”

De mogelijke impact van een realisatie van dit scenario op de Forensische Zorg werd door deskundigen uit het veld als volgt ingeschat:

Scenario	D
Impact FZ	
Instroom TBS	Blijft eerst gelijk, vanwege na-ijleffecten. De druk op TBS wordt in eerste instantie hoger, want de opgelegde gevangenisstraffen worden korter. Op termijn neemt de instroom af.
Instroom OFZ	Blijft eerst gelijk, vanwege na-ijleffecten verleden en meer aandacht voor behandeling in plaats van gevangenisstraf. Verschuiving gevangeniswezen naar FZ. Op termijn neemt de instroom af, want de reguliere zorg en maatschappelijke ondersteuning functioneert beter, de tolerantie is toegenomen en OFZ integreert weer in reguliere zorg (net als voor 2007).
Verblijfsduur TBS	Neemt af, er is meer risicotolerantie
Verblijfsduur OFZ	Neemt af, mensen gaan sneller en eerder over naar lichtere vormen van zorg. En sneller van klinisch naar ambulante. (Dat is nu 70% en wordt in dit scenario een hoger %)
Uitstroom FZ	Gaat goed
Recidive	Neemt op termijn af
Kosten FZ	Blijven eerst gelijk of nemen nog wat toe, om op termijn af te nemen

Modellering van Scenario D:

1. Bestaande vonnissen blijven in stand.
2. Het aantal combinatievonnissen TBS halveert tussen 2027 en 2032
3. De gemiddelde duur van gevangenisstraffen in combinatievonnissen halveert tussen 2024 en 2029.
4. De gemiddelde duur van TBS behandeling halveert tussen 2024 en 2029.
5. Instroom OFZ halveert tussen 2027 en 2032.
6. Verblijfsduur OFZ halveert tussen 2024 en 2029.

6. De modelsimulaties voor de verschillende scenario's

We zullen nu de gesimuleerde bezettingsgraden van de belangrijkste reservoirs van de Forensische Zorg volgens de diverse scenario's met elkaar – en ook met het eerder besproken *Scenario 0 extrapolatie* – gaan vergelijken.

6.1 De gesimuleerde bezetting van het reservoir P.I. TBS:

Hoeveel mensen zullen er de komende in een P.I. verblijven met een combinatievonnis waarbij ook TBS is opgelegd? We zien in de simulaties een vrij brede waaier aan mogelijke toekomstontstaan.

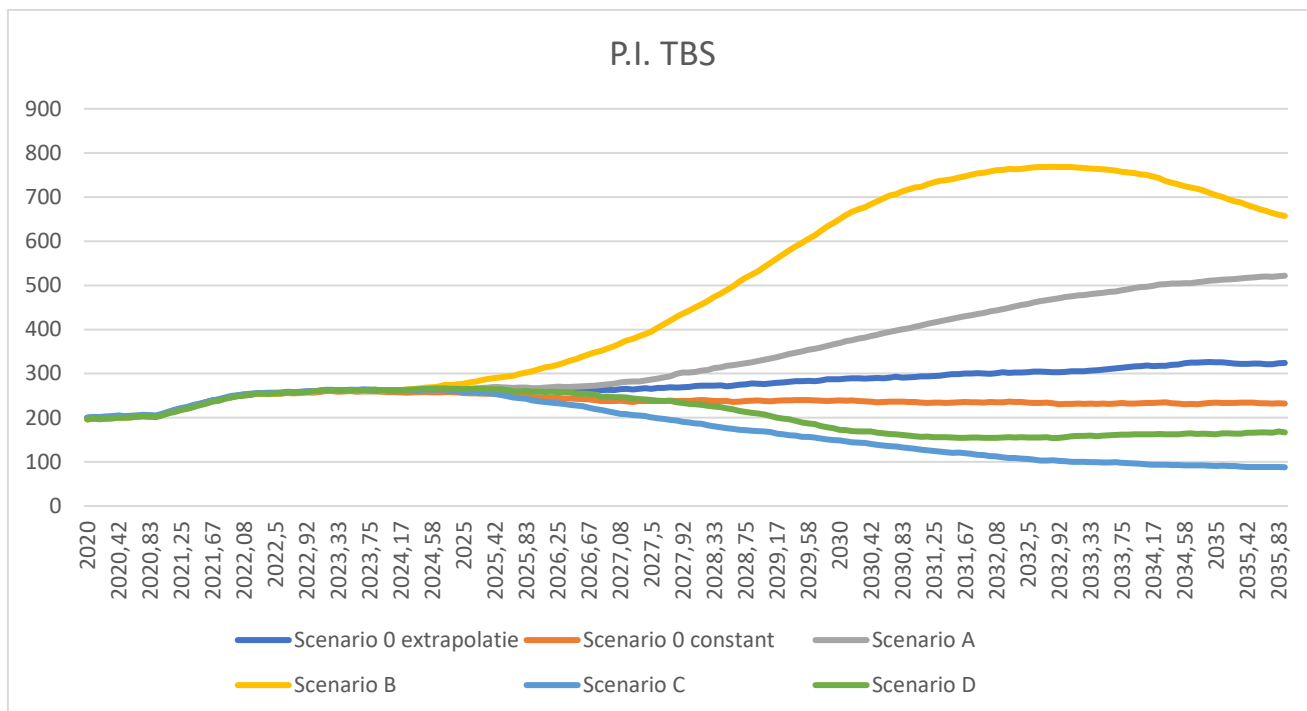
Scenario 0: In het midden van deze 'pluim' vinden we de twee 'business-as-usual'-scenario's. De donkerblauwe curve representeert daarbij de variant met extrapolatie, die de lichte trend omhoog laat zien die we ook in paragraaf 3.3 hadden geconstateerd. De rode curve vertoont deze trend omhoog niet, aangezien dit per definitie de variant is waarin we geen trends hadden doorgezet naar de toekomst.

Scenario A: De grijze curve laat een duidelijke stijging zien. Hoewel in dit scenario zowel de toegang tot, als de kwaliteit van de reguliere zorg en de jeugdzorg verslechteren, en ook de maatschappelijke ondersteuning is verminderd, blijft de stijging van de combinatievonnissen nog enigszins binnen de perken, omdat – vanwege het maatschappelijk sentiment dat naar meer repressie neigt – veel psychiatrische probleemgevallen geen zorg zullen krijgen, maar uiteindelijk een gevangenisstraf.

Scenario B: Opvallend is natuurlijk de gele curve, behorend bij scenario B. In dit scenario worden aanvankelijk steeds minder TBS-vonnissen zonder strafoplegging uitgesproken; dit worden allemaal combinatievonnissen, met daarbij bovendien gemiddeld steeds langere straffen. Omdat echter in dit scenario de toegang tot en de kwaliteit van de reguliere zorg en de jeugdzorg gaan verbeteren, zal er op termijn een dusdanige daling van de met psychiatrie samenhangende criminaliteit plaatsvinden dat we de gele curve na ongeveer 2032 weer zien dalen.

Scenario C: Dit scenario (de lichtblauwe curve) laat de grootste daling zien in de P.I. bezetting met TBS. In dit scenario halveert het aantal combinatievonnissen TBS met bevel van 2024 tot 2029. Vanwege de toenemende capaciteitsproblemen krijgen namelijk alleen de zwaarste gevallen nog TBS met bevel opgelegd. In dit scenario wordt veel innovatie en technologie ingezet om de samenleving toch veilig te houden. Ook worden oplossingen gezocht via de inzet van vrijwilligers etc.

Scenario D: De groene curve vertoont aanvankelijk een forse daling, en bereikt daarna een weer ietsje hoger evenwicht. Net als in scenario C halveert het aantal combinatievonnissen TBS met bevel. Dit gebeurt echter niet vanwege capaciteitsproblemen, maar vanwege een betere reguliere- en jeugdzorg. Daarom vindt deze halvering ook pas later plaats dan in scenario C, namelijk tussen 2027 en 2032, en niet al tussen 2024 en 2029, zoals die in scenario C optrad. Wat wel al vanaf 2024 zichtbaar is, is de halvering van de gemiddelde gevangenisstraf in combinatievonnissen. Die daling is een gevolg van het meer op resocialisatie gerichte maatschappelijk sentiment in dit scenario.



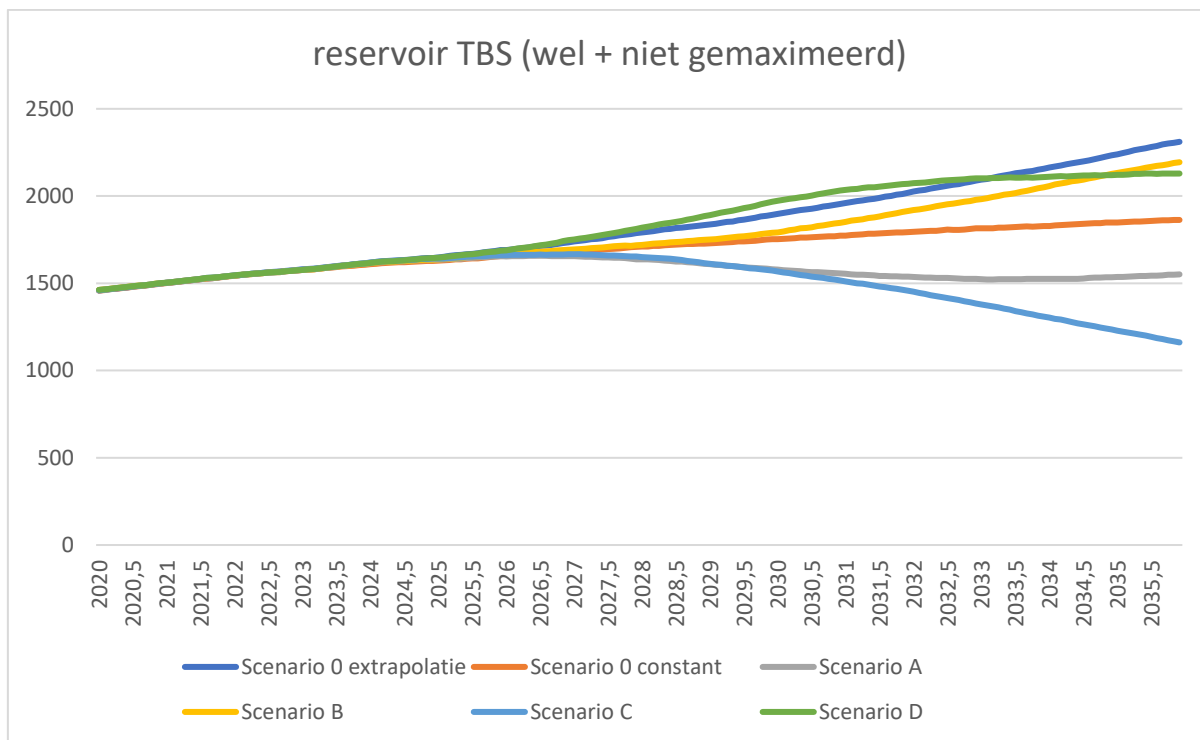
Nog een laatste opmerking: Dat de curves niet helemaal ‘glad’ verlopen, maar ietwat kronkelig, is een gevolg van de variabiliteit die door het gebruik van een toevalsgenerator wordt geïntroduceerd (zie paragraaf 2.3).

6.2 De gesimuleerde bezetting van het reservoir TBS:

Ook hier zien we een brede waaier aan mogelijke toekomst.

Scenario 0: De allerhoogste TBS-bezetting in 2035 wordt bereikt in *Scenario 0 extrapolatie*. In dit scenario wordt de recente trend in de TBS-instroom onveranderd voortgezet. Omdat, mede door het Michael P. effect de behandelduur niet afneemt, zal ook de bezetting gestaag blijven groeien.

Scenario A: In het verloop van scenario A zien we weerspiegeld wat in het Impact-document over de instroom TBS als volgt omschreven werd: *“Tijdelijke dip vanwege minder opleggingen en langere gevangenisstraffen voorafgaand aan behandeling. Daarna neemt de instroom weer toe vanwege de verhoogde instroom in de strafrechtketen, om op termijn op ca. hetzelfde niveau als nu te komen en blijven als nu.”* Omdat er – vanwege de langere gevangenisstraffen – een flinke vertraging zit tussen het opleggen van een combinatievonnis en de instroom in de TBS, is de gesimuleerde TBS-bezetting pas in 2035 weer terug op het niveau van 2022.



Scenario B: In dit scenario stijgt de TBS-bezetting bijna net zo hard als in *scenario 0 extrapolatie*. Door het repressieve maatschappelijk sentiment verdubbelt het aantal combinatievonnissen TBS met bevel van 2024 tot 2029, terwijl tegelijk de gemiddelde duur van een TBS behandeling in die periode met een factor twee stijgt.

Scenario C: In scenario C treedt de daling in de TBS-bezetting nog sterker op dan in scenario A. Dat hangt samen met de daling die we ook in het P.I.-TBS reservoir zagen optreden (zie paragraaf 6.1), waarbij de achterliggende oorzaak uiteindelijk is dat er niet meer TBS-plaatsen beschikbaar zijn.

Scenario D: Ook in dit scenario zagen we, net als in scenario C zagen, een daling in het P.I.-TBS reservoir optreden, maar dit keer niet omdat er minder combinatievonnissen met bevel werden opgelegd, maar omdat in scenario D – vanwege het op resocialisatie gerichte sentiment – de bijbehorende gevangenisstraffen korter worden. Dit leidt tot een snellere doorstroom naar TBS, en dus tot een aanvankelijk sterk verhoogde TBS-bezetting. Omdat echter de reguliere (en jeugd-)zorg verbeteren, zet er – natuurlijk met enige vertraging – op termijn alsnog een daling in. In het reservoir Klinische Zorg zet deze daling overigens al veel eerder in, zoals we hieronder zullen gaan zien.

6.3 De gesimuleerde bezetting van het reservoir Klinische Zorg:

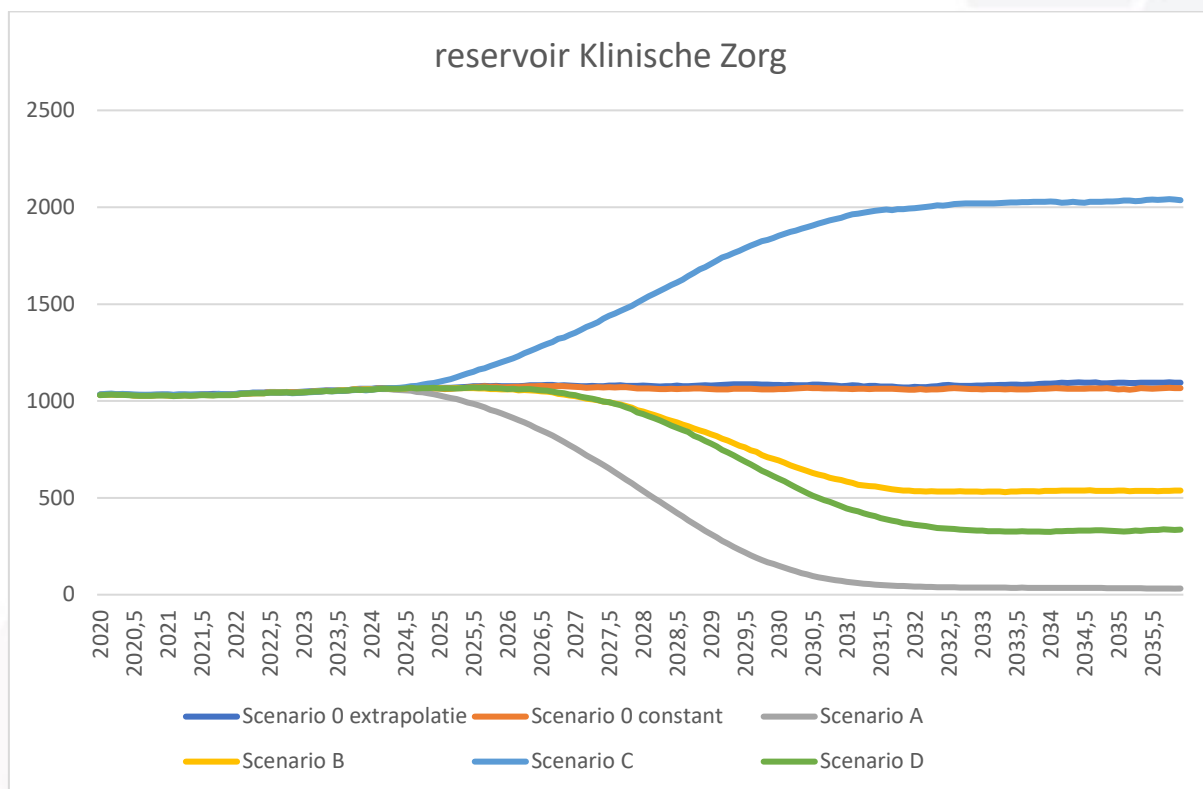
Scenario 0: Zoals we hadden gezien (paragraaf 3.7.1) vertoonden de instroom en de verblijfs-tijd voor de Klinische Zorg geen sterke trends. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de beide scenario's 0 (met of zonder extrapolatie) een vrijwel vlak verloop van de bezetting van dit reservoir laten zien.

Scenario A: Heel anders ligt dat bij scenario A. In dit scenario is de capaciteit van de zorg afgenomen en het maatschappelijk sentiment op repressie gericht. Veel psychiatrische probleemgevallen krijgen geen zorg, maar uitsluitend een gevangenisstraf. In heel ernstige gevallen krijgen ze – na een lange gevangenisstraf – uiteindelijk TBS. Maar de Klinische Zorg zal op termijn vrijwel geheel verdwijnen.

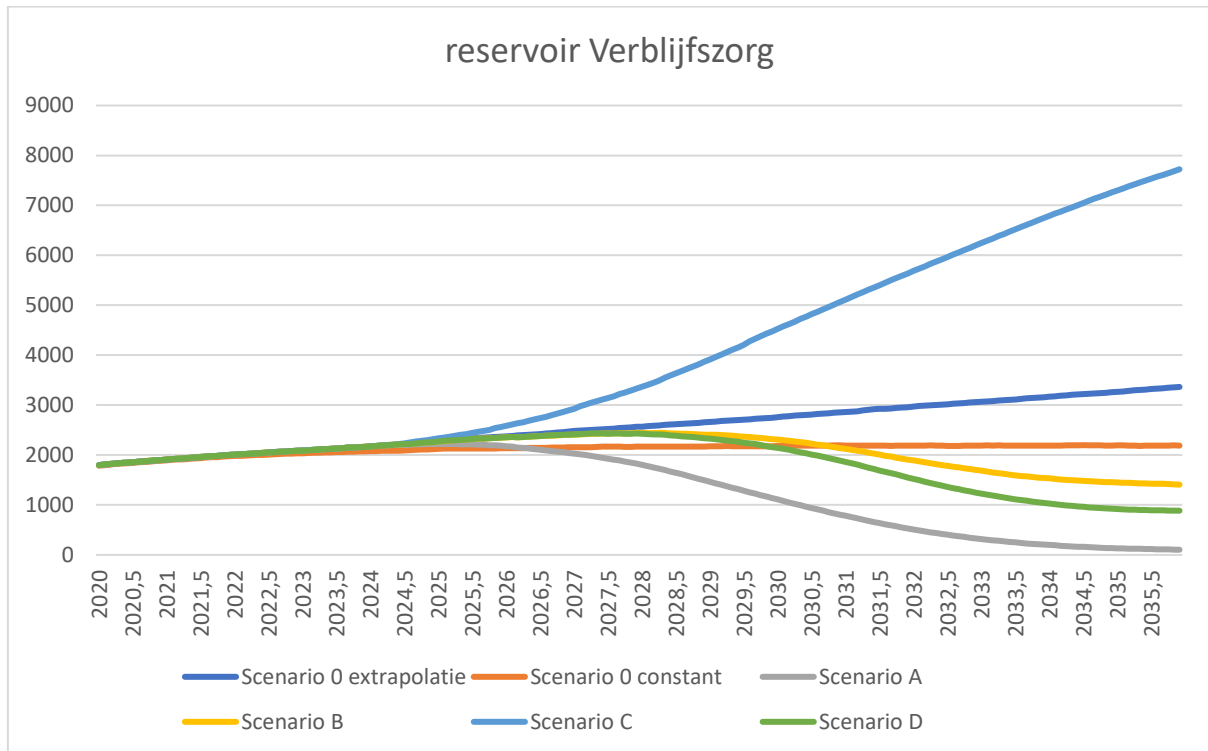
Scenario B: Ook in scenario B daalt de bezetting van de Klinische Zorg, maar dat komt vooral doordat de verblijfstijd in de Overige Forensische Zorg tussen 2024 en 2029 halveert.

Scenario C: In dit scenario spelen een aantal elkaar deels tegenwerkende krachten een rol. Vanwege schaarste in de zorg, krijgen alleen de zwaarste gevallen nog TBS opgelegd, maar daardoor ontstaat er wel een verschuiving naar (en dus een hogere instroom in) de OFZ, waar onder de Klinische Zorg. Tegelijk halveert de gemiddelde behandelduur van TBS, wat tijdelijk ook weer een hogere doorstroom naar de Klinische Zorg oplevert.

Scenario D: In dit scenario leidt de combinatie van een aantal samenhangende tendensen tot een sterk verlaagde bezetting van de Klinische Zorg: Vanwege een milder maatschappelijk sentiment begint vanaf 2024 de verblijfsduur in de OFZ te dalen. Na 2027 komen daar nog het gunstige effect bij van een verbeterde reguliere (jeugd-)zorg: tussen 2027 en 2032 halveert de instroom in de OFZ.



6.4 De gesimuleerde bezetting van het reservoir Verbleijfszorg:



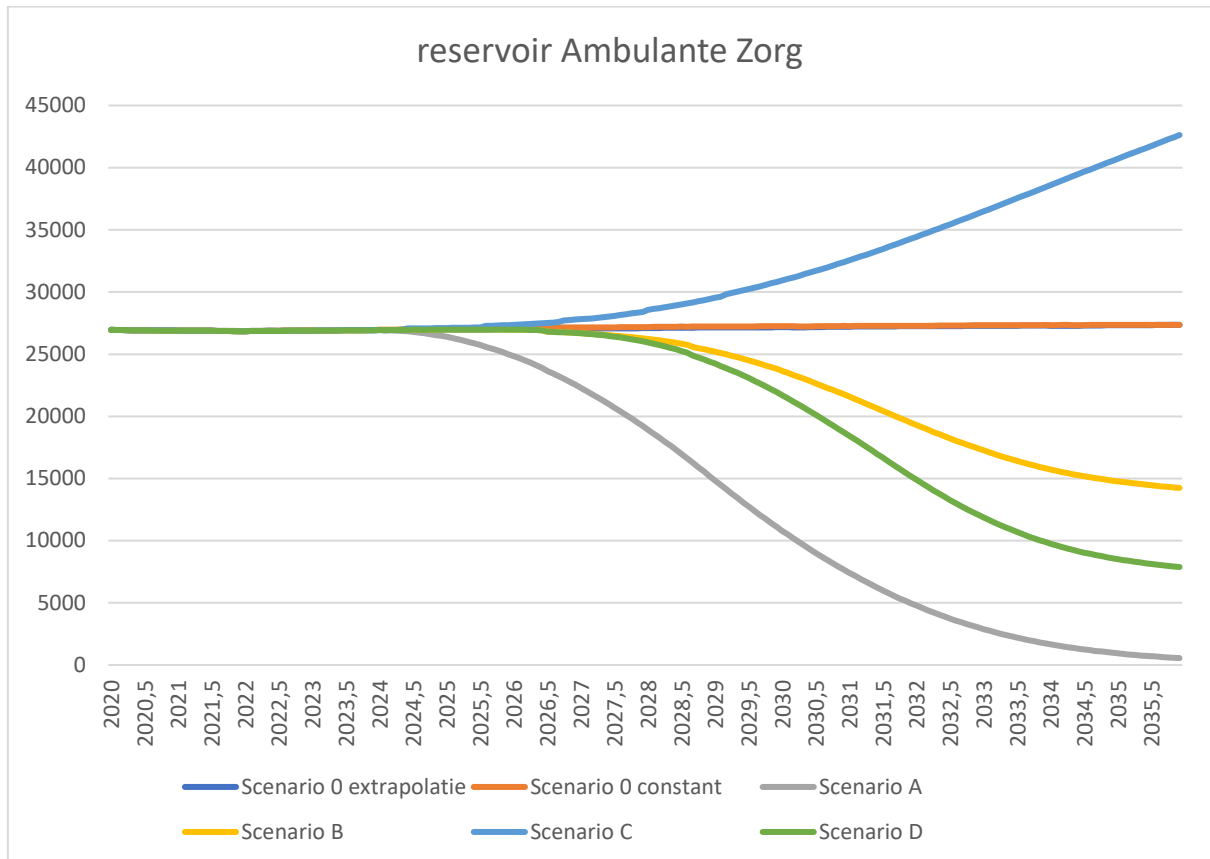
In de Verbleijfszorg zien we dat de scenario's zich enigszins vergelijkbaar gedragen met wat er in de Klinische Zorg gebeurde. Dat is natuurlijk niet heel verrassend, aangezien er binnen de scenario's over het algemeen niet heel veel onderscheid gemaakt werd tussen deze twee reservoirs.

Een paar kleine verschillen wil ik even aanduiden:

- In het reservoir Klinische Zorg vielen de beide Scenario's 0 met en zonder extrapolatie vrijwel samen. Voor de verbleijfszorg geldt dat niet, omdat de bezetting van de Verbleijfszorg recentelijk – en in tegenstelling tot de bezetting van de Klinische zorg – een sterke opwaartse trend heeft vertoond.
- In scenario C vlakt de stijging van het reservoir Verbleijfszorg niet af, terwijl de stijging van het reservoir Klinische Zorg dat wel deed. Dit verschil is een gevolg van het feit dat in dit scenario de doorstroom van Klinische naar Verbleijfszorg *niet* problematisch is, maar de doorstroom van Verbleijfszorg naar reguliere zorg *wel* problematisch is. Dit vanwege het gebrek aan reguliere zorg.
- In scenario D zien we, voordat er een daling inzet, eerst nog een kleine stijging in de bezetting van de Verbleijfszorg. Dit is een gevolg van de versnelde uitstroom van de Klinische Zorg, die deels naar de Verbleijfszorg leidt. Iets dergelijks zien we ook in scenario B.

6.5 De gesimuleerde bezetting van het reservoir Ambulante Zorg:

Ook in de bezetting van de Ambulante Zorg zien we de scenario's zich min of meer vergelijkbaar gedragen als bij de Klinische Zorg en – in iets minder mate – als in de Verblijfszorg. De verklaringen daarvoor zijn reeds ter sprake gekomen.



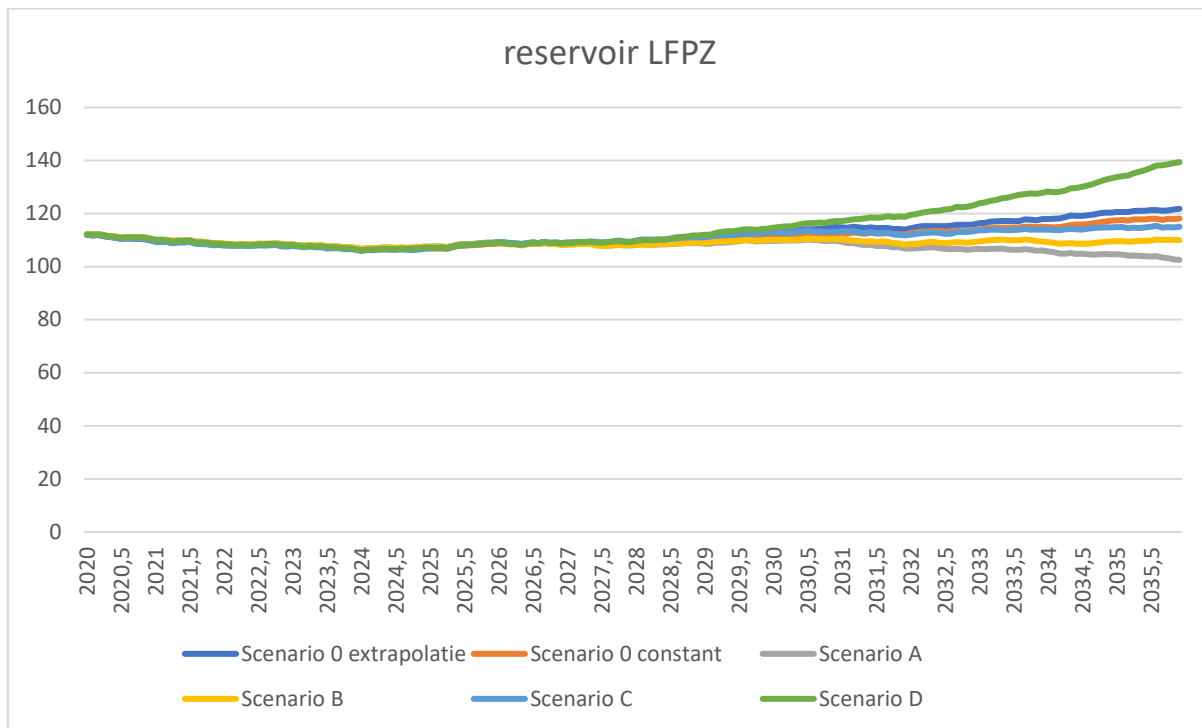
6.6 De gesimuleerde bezetting van het reservoir LFPZ

Over de gesimuleerde bezetting van de Langdurige forensische psychiatrische Zorg valt uit deze simulaties niet zo heel veel op te maken. Omdat het aantal plaatsen in de LFPZ op dit moment enigszins gefixeerd lijkt te zijn kunnen de 'business-as-usual' scenario's weinig zicht bieden op toekomstige ontwikkelingen, en ook in de scenario-beschrijvingen is er maar weinig te vinden over de LFPZ.

Daardoor zullen de verschillen tussen de scenario's vooral veroorzaakt worden door de verschillen in TBS-bezetting (zie paragraaf 6.2) aangezien doorstroom vanuit TBS de voornaamste bron is voor het LFPZ reservoir.

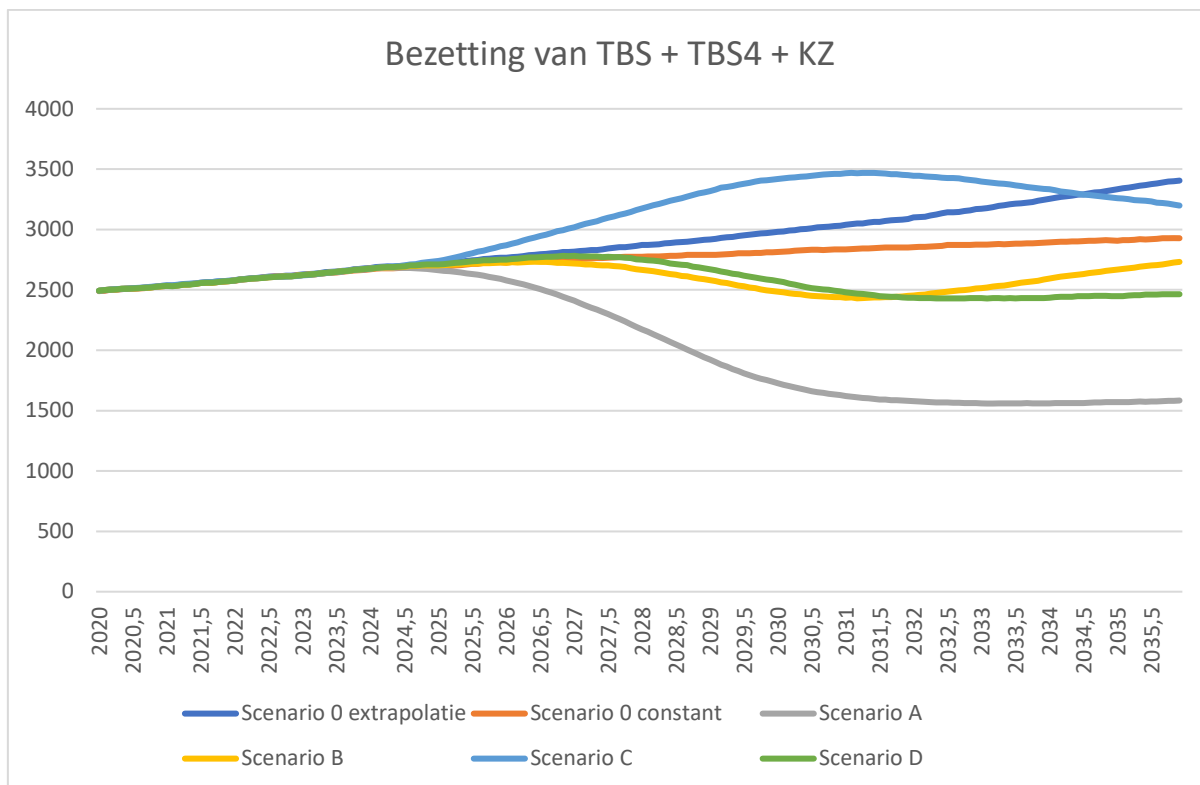
Omdat daarbij echter – zeker in de scenario's waarin de behandelduur van TBS is toegenomen – een zeer forse vertraging op zal treden tussen veranderingen in TBS en veranderingen in LFPZ, zeggen de simulaties t/m 2035 ook in dat opzicht nog steeds niet zo heel veel.

Het gaat overigens in de LFPZ om relatief kleine aantallen, die de conclusies van deze toekomstverkenning niet wezenlijk zullen beïnvloeden.



7. Conclusies die getrokken kunnen worden uit de simulaties

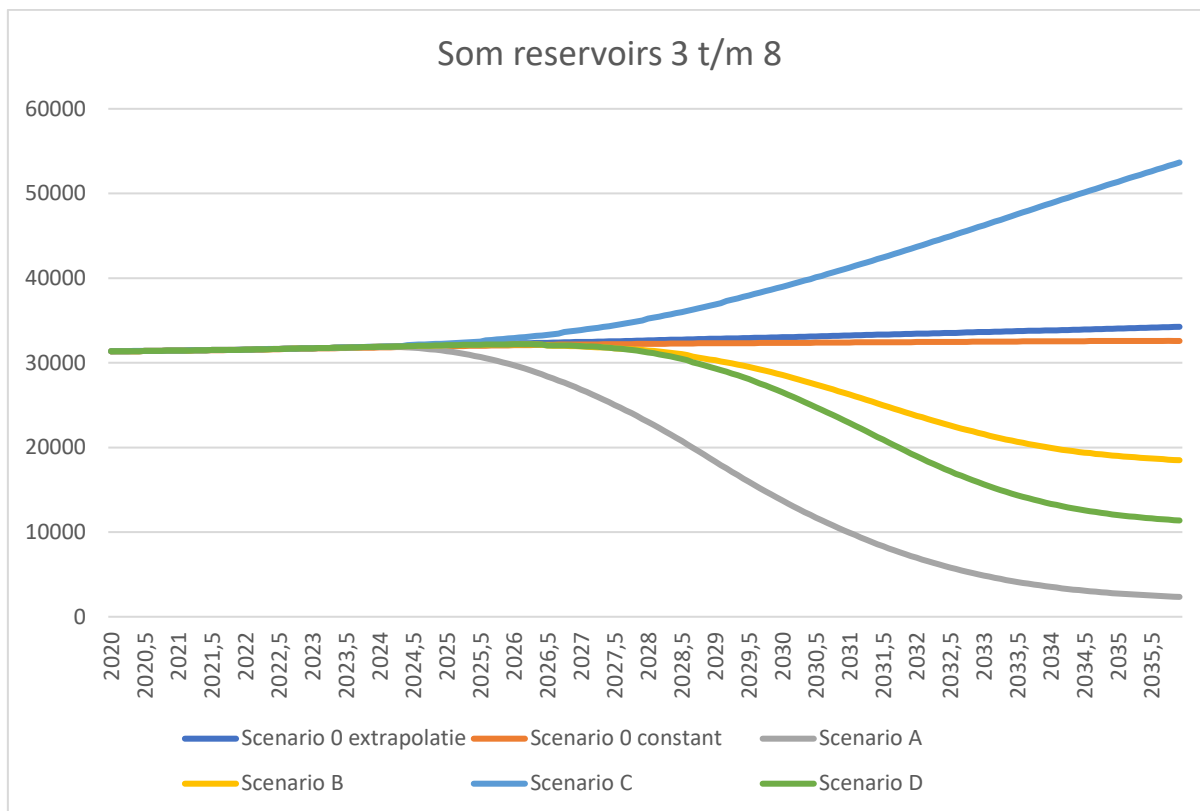
Als we naar de mogelijke toekomstbeelden kijken kan het van belang zijn om niet alleen naar de afzonderlijke reservoirs te kijken, maar ook naar de cumulatieve bezetting van *TBS plus Klinische Zorg*, zijnde de twee meest intensieve behandelingsvormen. In de onderstaande grafiek zijn die sommaties uitgevoerd:



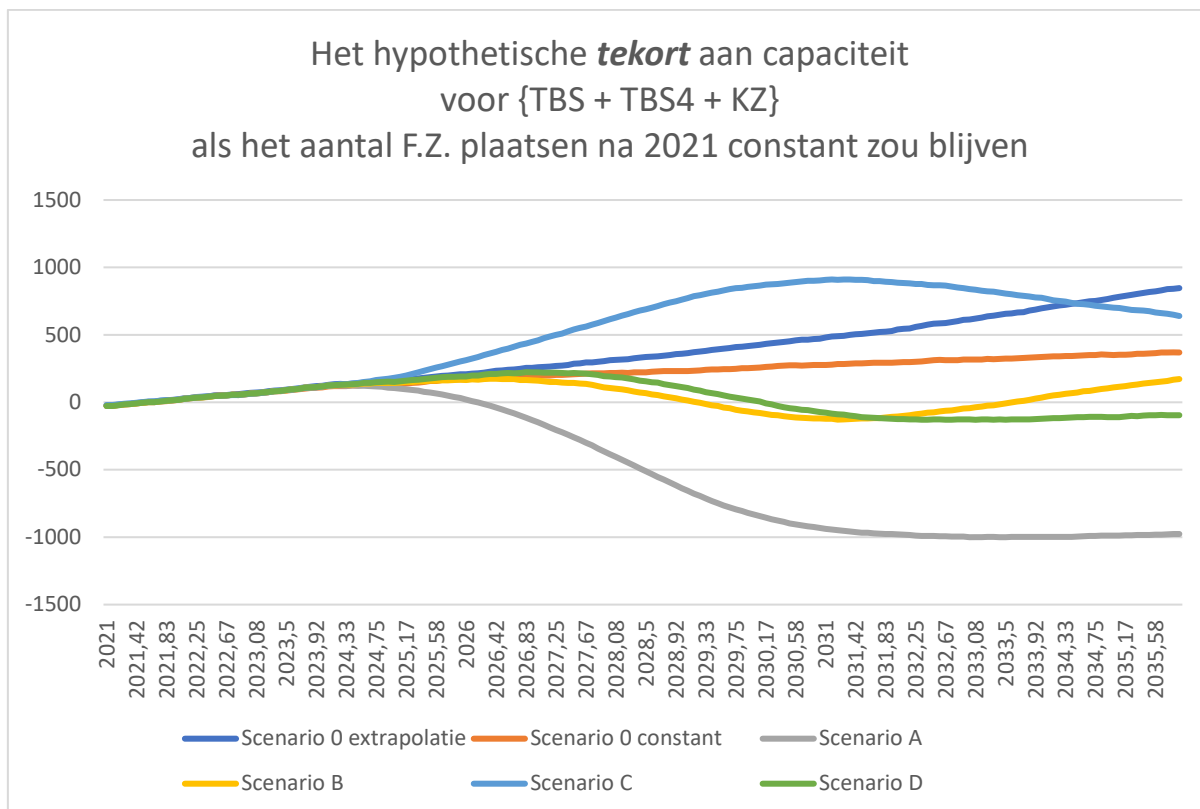
Hoewel dit plaatje natuurlijk geen nieuw informatie biedt (de afzonderlijke componenten waren immers al ter sprake gekomen), kan het wel een paar observaties vergemakkelijken:

- De hoogste bezetting van {TBS + TBS4 + KZ} in 2035 zal zich voordoen als de huidige tendensen en trends zich ongewijzigd zouden voortzetten (*scenario 0 extrapolatie*).
- De laagste bezetting van {TBS + TBS4 + KZ} in 2035 zal zich voordoen onder *scenario A*, waarin een combinatie van een toenemend klimaat van repressie en een afnemende capaciteit van de zorg (regulier zowel als forensisch) ertoe zal leiden dat er een grote verschuiving van de Forensische Zorg naar het gevangeniswezen zal plaatsvinden.
- De op één na laagste bezetting van {TBS + TBS4 + KZ} in 2035 zal bereikt worden onder de aannames van *scenario D*, waarin een verbeterde reguliere (jeugd-)zorg op termijn zal leiden tot minder instroom, en waarin een toegenomen maatschappelijke neiging tot resocialisatie zal leiden tot kortere verblijfsduren.

Die gunstige vooruitzichten onder scenario A worden nog eens bevestigd als we de alle reservoirs van de Forensische Zorg (met uitzondering van het 'gevangenis-reservoir') bij elkaar optellen:



Nog een andere manier om naar dezelfde feiten te kijken, is door een vergelijking te maken van de benodigde capaciteit voor {TBS + TBS4 + KZ} zoals die door dit model gesimuleerd wordt ten opzichte van de capaciteit die in 2021 (zijnde het laatst bekende cijfer) gerealiseerd was. Die grafiek zal vrijwel gelijkvormig zijn aan de eerste grafiek van dit hoofdstuk, maar met een y-as waarop nu als het ware direct de eventuele toekomstige capaciteitsproblemen kunnen worden afgelezen.



Als we de grijze curve van scenario A (waarin repressie en een instortende zorg de toekomst bepalen) even buiten beschouwing laten, dan kunnen we de volgende aanvullende observaties maken:

- In Scenario D is de voor {TBS + TBS4 + KZ} benodigde capaciteit in 2035 gedaald ten opzichte van 2021.
- In Scenario B is – ondanks het repressieve maatschappelijk sentiment – de voor {TBS + TBS4 + KZ} benodigde capaciteit in 2035 slechts licht gestegen ten opzichte van 2021. Wel is er in 2035 nog steeds een stijgende trend.
- Scenario's B en D (waarin de reguliere zorg en jeugdzorg zijn verbeterd) werken in dit opzicht niet alleen gunstiger uit dan de twee *business-as-usual* scenario's, maar ook gunstiger dan Scenario C, waarin het maatschappelijk sentiment op resocialisatie is gericht, maar het niet is gelukt om de reguliere (jeugd-)zorg op peil te houden.

Een belangrijke laatste opmerking:

Hoewel de titel van dit document anders zou kunnen doen vermoeden, zijn de hier gepresenteerde simulaties geen prognoses in de strikte zin. Niet alleen omdat de scenario's daarvoor nog onvoldoende uitgewerkt zijn, maar – meer fundamenteel – omdat aan de scenario's geen waarschijnlijkheid is toegekend. Het doel van de in dit rapport beschreven exercities was om vanuit de vier aangeleverde scenario-schetsen een aantal redelijke aannames te maken aangaande de kwantitatieve gevolgen voor de instroom en verblijftijd in de belangrijkste vormen van Forensische Zorg.

De simulaties kunnen helpen om inzichtelijk te maken hoe het zou uitpakken **als** een bepaalds scenario werkelijkheid zou worden, en **als** de daarbij gemaakte aannames inderdaad correct zouden zijn. De simulaties kunnen niet onderbouwen **dat** die scenario's of aannames correct zijn.

Colofon

Opdrachtgever

Wouter Dronkers, hoofd Forensische Zorg, DG Straffen en Beschermen, Ministerie van Justitie en Veiligheid

Kernteam Toekomst van de Forensische Zorg

Brechtje-Sophie Jutte	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Ellen van den Berg	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Lenno Verhoog	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Davita Bontekoning	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Wietske Dijkstra	Ministerie van Justitie en Veiligheid (vanaf 15-5-2023)

Kwantitatieve analyse

Frans Alkemade	Alkemade Forensic Reasoning
----------------	-----------------------------

Ondersteuning kwantitatieve analyse

Mieke Kriege	Raad voor de Rechtspraak
Marije Dijkstra	Raad voor de Rechtspraak
Alie Posthumus	Raad voor de Rechtspraak
Martine Stegink	Reclassering Nederland
Yascha van 't Hof	Openbaar Ministerie
Cora van Vliet-Ruissen	Dienst Justitiële Inrichtingen

Deelnemers bijeenkomsten

Cedric Furr	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Niels Koorn	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Meike Scheepstra	Dienst Justitiële Inrichtingen
Carla van der Hulst	Dienst Justitiële Inrichtingen
Kim Franx	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Marjan Osendarp	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Tessa Koster	De Nederlandse GGZ
Tonny van Hensbergen	Valente
Melina Rakic	Inforsa
Ilonka Verkade	SVG
Hans Dingemanse	Leger des Heils
Esther Schot	Leger des Heils
Debora Veltrop	Leger des Heils
Joke van der Meulen	MIND
Mieke Breij	NIFP
Ella Mutter	NIFP
Sabine Roza	NIFP
Joost Walraven	NIFP
Jantijn Fockens	NIFP
Jan Frederik Hammink	NIFP
Gijs Bakkum	EFP
Inge Koomen	EFP
Tinie Hendriks	Transfore
Edwin ten Holte	Stichting Anton Constandse

Ruud Rutte
Michiel van der Wolf
Hyacinthe van Bussel
Erik de Vos
Edo de Vries
Gertrude Graumans
Eric van Polen
Joan van Horn
Barbra Velthuisen
Dennis Wolters
Janneke van Wely

Illustraties

Eva Hilhorst
Katja Fred

Externe begeleiding

Renate Kenter
Sharda Tewari
Friso van Nimwegen

Tactus Verslavingszorg
Rijksuniversiteit Groningen
FPC De Rooyse Wissel
Terwille Verslavingszorg
FPC Pompestichting
De Woenselse Poort
De Waag
De Waag
HVO Querido
Vereniging van TBS-Advocaten
Reclassering Nederland

De Ruijter Strategie
De Ruijter Strategie
De Ruijter Strategie

