

EEN VEELKLEURIG VERGEZICHT



Kenmerken, behoeften, besluitvorming en beleid rond langverblijf in de tbs

M.J.F. van der Wolf | R.M.S. van Es | E.P. Georgaki | S.P. Ritzema | J. Reef

Een Veelkleurig Vergezicht

Kenmerken, behoeften, besluitvorming, en beleid rond langverblijf in de tbs

English title:

A multicolored horizon

Characteristics, needs, decision-making and policy implications regarding long-term forensic mental health care

Ontwerp omslag en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Ontwerp infographic en omslagillustratie: Joni Reef Design | jonireefdesign@gmail.com

Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leiden

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het WODC

© Mei 2025, Universiteit Leiden. *Auteursrechten voorbehouden*

ISBN *****

“Het type patiënten op de longcare en de longstay verschilt niet veel. Vanuit buitenaf zegt men dat de maatschappij beschermd moet worden van de mensen die hier zitten, maar eigenlijk is het andersom. Het zijn hele kwetsbare mensen met een lage draagkracht die overspoeld zouden worden door de maatschappij.”

Ervaringsdeskundige, zomer 2024

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

Summary

1. Inleiding
 - 1.1 Aanleiding onderzoek naar het langverblijf landschap
 - 1.2 Hoofdvragen en uitgewerkte onderzoeksvragen
 - 1.3 Methoden van onderzoek
 - 1.4 Afbakening en beperkingen
2. Kenmerken van langverblijvende patiënten in de forensische zorg – verslag van een dossierstudie
 - 2.1 Achtergrond en doel
 - 2.2 Kwantitatieve dossierstudie op persoons- of dossierniveau
 - 2.2.1 Methode dossierstudie: kwantitatieve analyse (kenmerken)
 - 2.2.2 Bevindingen dossieranalyse (kwantitatief)
 - 2.3 Kwalitatieve studie op persoons- of dossierniveau
 - 2.3.1 Methode dossierstudie: kwalitatieve analyse (profielen)
 - 2.3.2 Bevindingen
 - 2.4 Kwantitatieve studie registratiegegevens
 - 2.4.1 Methode registratiedata: kwantitatieve analyse van in- en uitstroom
 - 2.4.2 Bevindingen
 - 2.5 Korte antwoorden op deelvragen
3. Behoeften van betrokkenen - verslag van een interviewstudie
 - 3.1 Achtergrond en doel
 - 3.2 Methode

- 3.3 Bevindingen
- 3.4 Korte antwoorden op deelvragen
4. Besluitvorming – verslag van een vignetstudie
 - 4.1 Achtergrond en doel
 - 4.2 Methode
 - 4.3 Bevindingen
 - 4.3.1 Casus 1
 - 4.3.2 Casus 2
 - 4.4 Korte antwoorden op deelvragen
5. Beleidsimplicaties - verslag van een focusgroep
 - 5.1 Achtergrond en doel
 - 5.2 Methode
 - 5.3 Bevindingen
 - 5.3.1 Interpretatie
 - 5.3.2 Beleidsimplicatie
 - 5.4 Korte antwoorden op deelvragen
6. Conclusies, discussie en aanbevelingen
 - 6.1 Conclusies
 - 6.2 Discussie
 - 6.3 Aanbevelingen

Bijlagen

Fictieve cases

- A. Overzicht variabelen en scoringsmanier dossierstudie
- B. Bijlagen behorend bij interviewstudie
- C. Afkortingen
- D. Begeleidingscommissie

Voorwoord

Als onderzoekers hebben wij het voorrecht gehad in het kader van dit onderzoek te spreken met personen die in een voorziening voor langverblijf wonen binnen het tbs-systeem. Soms nodigden ze ons ook uit om hun kamer te zien. Daarbij viel op dat een aantal van hen dezelfde hobby deelt: het maken van ‘diamond paintings’. Dat dit een bekende hobby is van langverblijf-tbs-gestelden blijkt ook uit de recente observaties van journalist Tom Veldhuijzen bij zijn zoektocht naar verhalen in de voorziening voor Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ): ‘Er zijn patiënten de hele dag aan het houthakken of diamond painten.’¹

De bewuste kamers hingen dan ook vol met zelfgemaakte ‘schilderijtjes’ gecreëerd door steentjes (diamonds) van verschillende kleuren in een patroon te plakken. Altijd waren de werken veelkleurig en niet zelden betrof het vergezichten. Dat een kunstzinnig landschapspanorama aan de muur kan compenseren voor het gebrek aan uitzicht, begrepen we heel letterlijk bij ons bezoek aan de Van Mesdagkliniek, waar een kunstig en kleurrijk vergezicht op de grijze betonnen muur het (gebrek aan) uitzicht dragelijker maakt. Bij ons bezoek aan de voorziening voor Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg in Zeeland werd ons verteld dat daarom bewust is gekozen voor een doorzichtig hekwerk om het terrein. Het uitzicht over de maisvelden fungeert als tegenwicht voor het gebrek aan perspectief op terugkeer in de samenleving. Als er al uitzicht is op een dergelijke terugkeer dan ligt die voor deze doelgroep vaak wat verder in de toekomst.

Hoe vergelijkbaar wellicht de hobby’s, hoe veelkleurig bleken de gesproken bewoners te zijn, qua problematiek, behoeften, perspectief. Die diversiteit van de populatie is ook de reden dat veel betrokken professionals ons een toekomstbeeld hebben geschetst van een veelkleurig landschap voor langverblijvers in de tbs, met een waaier aan voorzieningen op basis van beveiligingsniveau, zorgbehoefte, doelgroep qua problematiek en perspectief op kortere tot zeer lange termijn. De kleurenwaaier op de voorkant van dit rapport verwijst naar dit toekomstbeeld, omwille van het bovenstaande uitgevoerd als diamond painting. Het communicatieproduct voor de uitkomsten van dit onderzoek, dat aansluit bij de doelgroep, is dan ook een diamond painting van de infographic (uit hoofdstuk 6) waarin een belangrijke uitkomst van het onderzoek wordt samengevat, dat in ieder geval ook aan alle voorzieningen voor langverblijf zal worden verstrekt.

Vergezicht heeft volgens Van Dale, naast de letterlijke betekenis van ver uitzicht, ook een overdrachtelijke betekenis in de zin van visioen of utopie. Realisatie van het – ook in dit rapport – geschetste wensbeeld vergt heel wat inspanningen om bijvoorbeeld praktische, personele en politieke

¹ Veldhuijzen, T. (2024). *Wat ging er in ze om. Indringende verhalen van tbs-patiënten*. Luiting-Sijthoff.

hobbels te overwinnen. Nochtans hopen wij dat de op empirisch onderzoek gebaseerd argumenten voor dit vergezicht in letterlijke zin kunnen voorkomen dat de aanbevolen kleurenwaaier van voorzieningen voor langverblijf een vergezicht wordt in overdrachtelijke zin.

Ten aanzien van de dataverzameling in het dossieronderzoek zijn we de Dienst Justitiële Inrichtingen erkentelijk voor registratiedata en toegang tot het CDD+ systeem. Daarnaast zijn we vooral ook veel dank verschuldigd aan een viertal stagiairs dat ons bij het scoren van de dossiers heeft geholpen, in volgorde van oplopende omvang van de bijdrage: Sanne Ritzema, Lisanne Spruit, Welmoet Medik en Jordan Vyent. Ten aanzien van de interviewstudie, vignetstudie en focusgroep, danken we al onze respondenten voor hun royale en (ervarings)deskundige medewerking. We danken de begeleidingscommissie voor hun waardevolle adviezen, met name de aansporing om tot de kern van de 'kwestie' te komen hebben we zeer gewaardeerd. Tot slot danken we - uit ons eigen midden - Joni Reef voor de grafische vormgeving en (info)graphics in het rapport.

Michiel van der Wolf, namens het hele onderzoeksteam

April 2025

Samenvatting

Achtergrond en doel

Binnen het tbs-systeem verblijft ongeveer 15% van de populatie in een voorziening voor langverblijf: een voorziening voor Langdurige Forensische Psychiatrie (LFPZ) of een longcare-voorziening. Tbs-gestelden die verblijven in een LFPZ-voorziening hebben een hoge mate van materiële beveiliging en/of intensieve zorg nodig in de vorm van toezicht, structuur en begeleiding. De begeleiding in een LFPZ-voorziening is gericht op kwaliteit van leven van de bewoner en stabilisatie van het psychiatrische en psychologische toestandbeeld van de bewoners. De naam longcare wordt door verschillende klinieken gevoerd, terwijl ze op verschillende vlakken verschillen, waardoor een eenduidige definitie van longcare ontbreekt. Zo hebben longcare-voorzieningen een eigen visie op wat longcare of langdurige zorg is en welke instroomcriteria daarbij horen. In beide typen voorzieningen (LFPZ en longcare) zitten patiënten die de behandeldruk in een reguliere FPC (Forensisch Psychiatrisch Centrum) niet meer aankunnen, bij wie de behandeling onvoldoende resultaat oplevert en/of bij wie de behandelrelatie is vastgelopen. Op longcare is het ook belangrijk dat patiënten qua risicomanagement kunnen functioneren op een lager beveiligingsniveau (niveau 2 of 3, terwijl de LFPZ niveau 4 heeft). Het directe onderscheid tussen beide groepen patiënten wat betreft demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken is tot op heden niet altijd even duidelijk. De rechtspositie van patiënten is wel zeer verschillend. De LFPZ heeft een formele status waarbij de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurig Forensisch Psychiatrie (LAP) betrokken is bij een uitgebreide plaatsingsprocedure en tevens eens per twee jaar toetst of het verblijf nog nodig en passend is en er een nieuw plaatsingsbesluit wordt genomen. De longcare betreft echter, geen officiële status die door een besluit wordt toegekend, maar enkel een interne (binnen dezelfde instelling) of externe overplaatsing. Er wordt niet door een onafhankelijke instantie met een zekere frequentie getoetst of de patiënt nog op de juiste plek zit en er is geen apart beleidskader voor de longcare. De longcare is dus laagdrempeliger dan de LFPZ, maar zorgt er tegelijkertijd voor dat er minder mogelijkheden voor onafhankelijke toetsing van het systeem zijn. Dit verschil in rechtspositie roept vragen op of dit verschil gerechtvaardigd kan worden op basis van kenmerken van de populatie die er verblijft. Verschillende actuele ontwikkelingen, met name de groei van de tbs-populatie, de daarbij behorende druk op het systeem en de groei van de langverblijf-populatie vergroten het belang van onderzoek naar deze groep en het bijbehorende beleid.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te bieden in de kenmerken van langverblijvenden in de LFPZ en longcare; welke behoeften zij, en betrokken professionals, hebben ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie en welke factoren een rol spelen in de besluitvorming tot plaatsing in, of

uitstroom uit, de LFPZ of longcare. Ten slotte wordt nagegaan tot welke beleidsimplicaties de uitkomsten van dit onderzoek kunnen leiden. Deze doelen zijn weergegeven in vier verschillende onderzoeksvragen met bijbehorende onderzoeksmethoden:

A. Kenmerken van langverblijvers in de LFPZ en longcare - dossierstudie

Wat zijn kenmerken (demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken) van de huidige langverblijvers en uitstromers van de LFPZ in vergelijking met die van de longcare en welke ontwikkelingen hebben zich in die doelgroepen voorgedaan sinds 2017?

B. Behoeften van patiënten en betrokken professionals in de LFPZ en longcare - interviewstudie

Welke (verschillende) behoeften hebben patiënten op de LFPZ en longcare, en bij hun tbs-traject betrokken professionals, ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie?

C. Inzichtelijk maken van relevante factoren in de besluitvorming over LFPZ en longcare - vignetstudie

Welke factoren/kenmerken spelen op de verschillende beslismomenten bij de bijbehorende actoren een (doorslaggevende) rol in de besluitvorming rond plaatsing, door- en uitstroom ten aanzien van de LFPZ en longcare?

D. Mogelijke beleidsimplicaties van de bevindingen - focusgroep

In hoeverre nopen de uitkomsten van dit onderzoek tot verandering van het bestaande (verschillende) beleid ten aanzien van de LFPZ en longcare?

Voor het beantwoorden van de vier hoofdvragen werden per vraag verschillende deelvragen geformuleerd om alle relevante aspecten van de hoofdvragen uit te lichten.

A. Kenmerken van langverblijvers in de LFPZ en longcare - dossierstudie

Voor deelonderzoek A naar kenmerken van langverblijvers in de LFPZ en longcare is een dossierstudie uitgevoerd op basis van de justitiële dossiers van een steekproef van 100 langverblijvers die zich op 1 januari 2024 in de voorzieningen bevonden (50 bewoners van de LFPZ en 50 patiënten van de verschillende longcare-voorzieningen). De dossiers zijn primair kwantitatief geanalyseerd, maar ook op kwalitatieve wijze om inzicht te krijgen in specifieke combinaties van factoren, ofwel de kwestie, die maakt dat iemand een langverblijver is en niet doorstroomt in de tbs. Daarnaast

zijn registratiedata verkregen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) geanalyseerd om ontwikkelingen ten aanzien van in- en uitstroom in de periode 2017-2024 inzichtelijk te maken. Binnen dit deelonderzoek werd gefocust op de volgende deelvragen met de bijbehorende bevindingen:

Vraag 1. Wat zijn de demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de huidige langverblijvers in de tbs?

De resultaten van de dossierstudie tonen aan dat er in deze groep een breed scala aan diagnostische kenmerken bestaat, waarbij vooral de comorbiditeit, de hoge prevalentie van verslavingsstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek opvalt. Gekeken naar combinaties van diagnoses en gedrag in de kliniek lijken er typerende profielen van patiënten te zijn, die verschillen voor mannen en vrouwen. De onderzochte groep vertoont aanzienlijke variatie in strafmaatregelen, slachtofferrelaties en de tijd tussen de eerste veroordeling en de tbs-oplegging.

Vraag 2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de bovenstaande kenmerken tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep?

Over het algemeen werden weinig verschillen tussen de LFPZ-patiënten en de longcare-patiënten geconstateerd. Wat betreft het type delict viel op dat er in de LFPZ meer patiënten zaten die een levensdelict pleegden en in de longcare vaker patiënten die brandstichtten. Wat betreft de stoornissen ten tijde van het onderzoek zijn er weinig significante verschillen tussen de twee groepen. Significante verschillen die gevonden werden lijken allen gerelateerd te zijn aan de tijd, oftewel leeftijd en behandelduur. Patiënten in de LFPZ zijn gemiddeld ouder en zitten langer in de tbs-maatregel dan patiënten op de longcare. Patiënten op de LFPZ laten meer fysieke klachten zien en hebben meer zorg nodig, wat lijkt samen te hangen met de hogere leeftijd van deze groep. Uit de kwalitatieve analyses kwam naar voren dat langdurige agressieproblematiek, verminderd ziektebesef en behandelmotivatie vooral aanwezig waren bij patiënten op de LFPZ.

Vraag 3. Hoe hebben de kenmerken van de groepen (omvang, aantal plaatsen, in- en uitstroom, wachtlijsten, grove persoons- en behandelkenmerken) zich over de jaren ontwikkeld sinds 2017?

Wat betreft de ontwikkelingen in kenmerken van de groepen in de periode van 2017-2024 zagen we in de resultaten geen opvallende veranderingen in (demografische, diagnostische en justitiële) kenmerken van deze populatie. De meeste kenmerken vertonen een vergelijkbare verdeling over de jaren, hoewel er een stijging is in het totaal aantal patiënten en een verschuiving in de procentuele verhouding van langverblijvers op de LFPZ versus de longcare: in 2017 verbleef 58% op een de LFPZ, terwijl dit percentage in 2024 gedaald is naar 35%. Tegelijkertijd is het percentage op longcare-afdelingen gestegen van 42% in 2017 naar 65% in 2024. Wat betreft de wachtlijsten is er een sterke toename te zien voor de LFPZ-groep vanaf 2023, wat wijst op een toenemende vraag naar langdurige forensische zorg. Voor de longcare-groep is er juist een sterke

daling in de wachtlijsten vanaf 2023, wat beslist niet duidt op een afnemende vraag naar dit type zorg, maar toe te schrijven is aan toegenomen capaciteit en de mogelijkheid om de wachtlijst te limiteren.

Vraag 4. Wat zijn de kenmerken van uitstromers van de LFPZ en longcare tussen 2017 en 2024 en in hoeverre verschillen die van de niet-uitstromers?

Na onderzoek naar de procentuele verhoudingen van stoornis en delict onder de populatie uitstromende patiënten uit de LFPZ en longcare tonen de resultaten enkele variaties tussen de groepen. Patiënten die zedendelicten pleegden lijken sneller uit de LFPZ (naar de longcare) en minder snel uit de longcare te stromen. Ook psychotische patiënten zijn oververtegenwoordigd in de uitstroomgroep uit de LFPZ maar niet in de uitstroomgroep uit de longcare. Patiënten die levensdelicten pleegden lijken minder vaak uit te stromen uit de LFPZ. De percentageverschillen suggereren dat bepaalde delicttypes en stoornissen invloed kunnen hebben op uitstroompatronen uit de LFPZ en uit de longcare.

B. Behoeften van patiënten en betrokken professionals in de LFPZ en longcare - interviewstudie

Om de behoeften van patiënten en betrokken professionals inzichtelijk te maken is een interviewstudie uitgevoerd onder 43 professionals die vanuit verschillende rollen betrokken zijn bij langverblijf: medewerkers van de LFPZ, longcare-voorzieningen, behandelklinieken, beleidsmedewerkers van de Divisie Individuele Zaken van DJI, advocaten, leden van de LAP, de Adviescommissie Verloftoetsing tbs (AVT), de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) en pro Justitia-rapporteurs. Daarnaast zijn 22 langverblijvende patiënten en één ervaringsdeskundige gesproken over hun ervaringen in de LFPZ en/of de longcare of de wachtlijst voor de LFPZ. Binnen dit deelonderzoek werd gefocust op de volgende deelvragen met de bijbehorende bevindingen:

Vraag 5. In hoeverre verschillen de zorg, behandeling en uitstroom van de LFPZ en de verschillende afdelingen van de longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?

De LFPZ wordt door een enkele partij aangeboden en heeft daardoor een eenduidige visie op zorg en behandeling. Er is geen sprake van behandeldruk, de bewoner kan zo lang blijven als nodig, maar niet langer dan noodzakelijk voor de patiënt. Er is veel aandacht voor kwaliteit van leven. Er dient sprake te zijn van een hoog risico en beveiligingsnoodzaak wat beveiligingsniveau 4 vereist. Alle behandelmogelijkheden dienen te zijn uitgeput, bij voorkeur in meer dan twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot risicovermindering. De term longcare heeft een minder eenduidige definitie en dus hebben de verschillende longcare voorzieningen hun eigen visie op wat longcare of langdurige zorg is en welke

instroomcriteria zij hanteren. De verschillende afdelingen zijn te plaatsen op een spectrum van perspectief op uitstroom aan de ene kant en een verblijfsvoorziening zonder druk op uitstroom aan de andere kant.

Vraag 6. In hoeverre verschillen beleid en rechtspositie van de LFPZ en longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?

De LFPZ heeft een formele plaatsingsprocedure met een externe toetsing door de LAP. Tegen de LFPZ-status kan geen beroep worden ingesteld, dit kan enkel bij de plaatsing. Beroepen bij de RSJ worden zelden gegrond verklaard. Binnen de LFPZ geldt de Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden (BVT) en kan enkel begeleid verlop worden gepraktiseerd. De longcare kent geen formele plaatsingsprocedure. Dit wordt onderling door de klinieken gedaan middels overplaatsingen. Hoewel een dergelijke informele procedure in de praktijk als heel efficiënt wordt ervaren, is er door het gebrek aan formele criteria en opnameplicht een risico op willekeur in het aannamebeleid. Daarnaast kan alleen tegen een externe overplaatsing beroep worden ingesteld. Wanneer de overplaatsing intern is (bijvoorbeeld van de behandelafdeling van de Van der Hoeven kliniek naar De Wierde), is dit niet mogelijk. Echter, omdat overplaatsing naar longcare veelal een lager beveiligingsniveau heeft, wordt in de praktijk weinig weerstand tegen daadwerkelijke plaatsing ervaren. De verschillende longcares hebben een beveiligingsniveau 2 of 3. Bij beveiligingsniveau 2 is naast een overplaatsingsverzoek ook een machtiging transmuraal verlop nodig van het AVT. Voor begeleid of onbegeleid verlop dienen aanvullende verlofaanvragen te worden gedaan. In tegenstelling tot de LFPZ geldt in de longcare de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (Wvvggz). Deze rechtspositie heeft consequenties voor het beleid dat kan worden gevoerd.

Vraag 7. In hoeverre verschillen behoeften van patiënten op de LFPZ en de longcare van elkaar ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie?

De verwachtingen en ervaringen van de patiënten op de LFPZ zijn tweeledig: een groot deel van de bewoners verzet zich tegen de plaatsing in de LFPZ en wilt niks liever dan zo snel mogelijk uitstromen. Een ander deel staat iets positiever ten opzichte van de plaatsing op de LFPZ, vanwege de behoefte aan rust en gebrek aan behandeldruk. Anderzijds is een groot deel redelijk tevreden over de zorg en sfeer op de LFPZ. Een enkeling is kritisch op de dagbesteding binnen de LFPZ. Op de longcare hebben weinig patiënten een heel duidelijk en accuraat beeld voorafgaand aan plaatsing op een longcare en verwarren het ook regelmatig met longstay. De ervaringen op de verschillende longcare-afdelingen zijn overwegend positief. Ze vinden het prettig dat er perspectief is op vooruitgang en door de lage behandeldruk en persoonlijke bejegening komen patiënten veelal weer in beweging. De behoeften van patiënten op de LFPZ en longcare zijn in wezen niet zo verschillend. Het merendeel wil perspectief houden op uitstroom zonder dat er te veel van hen gevraagd wordt. Een behoefte waarin wellicht beter kan worden voorzien op de longcare dan de LFPZ, maar waarbij de verwachtingen (bijvoorbeeld meer vrijheden) niet altijd worden waargemaakt (bijvoorbeeld wanneer verlop nog niet verantwoord is). Dit kan voor patiënten onvrede opleveren en heeft invloed op hun ervaren kwaliteit van leven.

Vraag 8. In hoeverre verschillen de LFPZ en de longcare(-afdelingen) van elkaar in het voorzien in die behoeften van patiënten?

De longcare-afdelingen kunnen meer perspectief bieden dan de LFPZ, maar dit verschilt ook per patiënt en per longcare-afdeling. Bij een verblijfsafdeling zoals Merendael is er geen druk op uitstroom, terwijl dit perspectief bij de andere longcare-afdelingen wel leidend is. Binnen de LFPZ is zicht op resocialisatie op de korte termijn niet aan de orde, maar wordt wel meegedacht in toekomstige mogelijkheden tot uitstroom en wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van leven binnen de LFPZ. De kwaliteit van leven op de longcare wordt verschillend ervaren afhankelijk van of de patiënt instroomt vanuit een behandelkliniek of de LFPZ, waar meer buitruimte en activiteiten voorradig zijn.

Vraag 9. Wat zijn de behoeften van bij langverblijvers betrokken professionals ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie en in hoeverre wordt daarin voorzien?

In de interviews zijn verschillende knelpunten binnen het forensisch langverblijf benoemd. Deze knelpunten zijn terug te voeren op de capaciteitsdruk, instroom, uitstroom en beleid, waaronder capaciteitsgebrek en personeelstekort, een gebrek aan definitie van longcare, de groeiende wachtlijst voor de LFPZ en te weinig passende uitstroomvoorzieningen.

C. Inzichtelijk maken van relevante factoren in de besluitvorming over LFPZ en longcare - vignetstudie

Binnen de grotere interviewstudie in deelonderzoek B is met 22 professionals die een rol hebben bij besluitvorming over aanmelding en plaatsing in, en/of uitstroom vanuit, de LFPZ of longcare een kwalitatieve vignettenstudie gedaan. Met behulp van casussen werd inzicht verkregen in factoren en kenmerken die een rol spelen in dit besluitvormingsproces. Binnen dit deelonderzoek werd gefocust op de volgende deelvragen met de bijbehorende bevindingen:

Vraag 10. Welke factoren of kenmerken (uit deel A en B) spelen een rol in de keuze van de kliniek tussen respectievelijk de LFPZ of longcare en hoe ziet dat keuzeprocess eruit?

Besluitvorming over plaatsing en uitstroom op casusniveau vindt in de praktijk in (multidisciplinaire) team-overleggen plaats. Wat dat betreft is de bevinding dat respondenten een verscheidenheid aan factoren relevant vinden, niet direct problematisch. Demografische, diagnostische en justitiële kenmerken in de casus bleken minder doorslaggevend in de besluitvorming. Kenmerken ten aanzien van zorgbehoefte, beveiligingsnoodzaak en behandelrelatie worden als meest invloedrijk beschouwd. Hoe deze factoren er concreet uitzien verschilt per (type) casus. Bij psychotische patiënten gaat het vooral om de effecten van medicatie op symptomen van agressief gedrag en het algehele toestandbeeld. Bij

een persoonlijkheidsgestoorde zedendelinquent zijn factoren met betrekking tot samenwerking, afspraakbetrouwbaarheid en de latentietijd van risicovol gedrag van belang.

Vraag 11. Welke rol spelen verschillen in beleid en rechtspositie in dat keuzeprocess, en hoe problematisch wordt dat gevonden?

De rol die beleid en rechtspositie spelen in het keuzeprocess is vooral terug te voeren op het verschil in beveiligingsniveau tussen de LFPZ en de longcare en de daarmee samenhangende externe en interne rechtspositie (BVT versus Wvvgz) en beleid in de longcare-voorziening, bijvoorbeeld ten aanzien van multimedia-mogelijkheden. Het verschil in wetgeving is relevant voor het keuzeprocess omdat het bepaalt of een patiënt past op de longcare, bijvoorbeeld met het toekennen van vrijheden en (onbegeleid) verlof. Binnen het wettelijk kader van de Wvvgz is een bepaalde mate van samenwerking tussen patiënt en zorgverlener nodig en dient risicovol gedrag (waaronder internetgebruik) voldoende begrensd te kunnen worden. Omdat op lagere beveiligingsniveaus inperkingen enkel in individuele gevallen (in plaats van een gehele afdeling of kliniek) mogelijk zijn, is het met name in geval van (online) zedenproblematiek lastig om het gedrag op internet voldoende te beperken of monitoren, waardoor dergelijke casussen afgewezen worden binnen de longcare (als zedenproblematiek al geen contra-indicatie is voor de longcare-voorziening). Dit toont ook aan dat voor deze groep langverblijvers passende verblijfsvoorzieningen ontbreken: ze hebben het beveiligingsniveau 4 fysiek niet direct nodig, maar rechtspositioneel wel, nu hun mediagedrag niet voldoende gemonitord kan worden op niveau 2 of 3. Dit wordt in de praktijk als problematisch en complex ervaren.

Vraag 12. Welke factoren of kenmerken (uit deel A en B) dragen bij aan uitstroom uit de LFPZ en de longcare?

Indien de patiënt uit de casussen geplaatst is op de LFPZ wordt vooral gekeken naar uitstroom via de longcare. Op basis van de vignetten is minder aanleiding voor andere vormen van uitstroom. Dit komt echter grotendeels overeen met de uitstroomcijfers uit deelstudie A. Uitstroom uit de longcare verschilt naar diagnostiek en delict. Bij psychotische problematiek binnen de longcare wordt veelal ingezet op uitstroom richting de GGZ (beveiligingsniveau 1), terwijl bij zedenproblematiek de route richting de samenleving (bijvoorbeeld naar een RIBW) wordt bemoeilijkt, doordat zedendelinquenten hier niet worden opgenomen of omdat het beveiligingsniveau om bepaald gedrag te monitoren te laag is. In het slechtste geval kan uitstroom vanuit de longcare ook plaatsvinden naar de LFPZ, naar een hoger beveiligingsniveau dus. In beide gevallen zijn de factoren of kenmerken wel vergelijkbaar met de plaatsingsbeslissing en gericht op behandelkenmerken: de zorgbehoefte, beveiligingsnoodzaak en behandelrelatie. Daarbij gaat het dan om de aard en aanloop van risicovol gedrag wat niet meer op een lager beveiligingsniveau te hanteren is en waarbij perspectief op resocialisatie dus niet op termijn aan de orde is.

D. Mogelijke beleidsimplicaties van de bevindingen – focusgroep

Ten slotte zijn de bevindingen uit deelonderzoeken A, B en C voorgelegd aan een focusgroep met elf vertegenwoordigers uit de groep professionals uit de interviewstudie om deze bevindingen nader te duiden en gezamenlijk tot passende beleidsimplicaties te komen. Binnen dit deelonderzoek werd gefocust op de volgende deelvragen met de bijbehorende bevindingen:

Vraag 13. In hoeverre is het huidige systeem van plaatsing en behandeling op de LFPZ dan wel de longcare toereikend voor zowel professionals als patiënten?

Op basis van de interviews werden de volgende knelpunten, samengevat in vier overkoepelende thema's, aangekaart waarin het huidige systeem nog niet als toereikend wordt ervaren:

- **Knelpunten capaciteit/wachtrijproblematiek:**

Er is een tekort aan langverblijf-capaciteit: er is behoefte aan zowel behandel(luwe)/perspectief afdelingen als verblijfsafdelingen op alle beveiligingsniveaus (waaronder ook een extra voorziening op niveau 4). De wachtrijproblematiek die voortvloeit uit dit tekort leidt tot een zorginhoudelijk knelpunt: wat te doen in de behandelkliniek met wachtenden op een plek in een langverblijfvoorziening? Maar het leidt ook tot een rechtspositioneel knelpunt: door de ontkoppeling van de LFPZ-status en -plaatsing is er gedurende de lange wachttijd geen beroepsmogelijkheid tegen de status.

- **Knelpunten instroom:**

Het verschil in plaatsingsprocedure tussen LFPZ en longcare-voorzieningen maakt instroom in een longcare-voorziening onzeker en afhankelijk van de beoordeling van een ontvangende voorziening, hetgeen bij behandelklinieken een gevoel van willekeur kan oproepen. Door de wachtrijproblematiek lijkt de drempel voor een LFPZ-plaatsing steeds hoger te worden, waarbij niet-succesvolle overplaatsing naar een longcare kan dienen als onderbouwing voor een LFPZ-plaatsing.

- **Knelpunten uitstroom:**

Er is een algemeen gebrek aan passende vervolgvoorzieningen (op lagere beveiligingsniveaus), waaronder ook een forensisch verpleeghuis voor oudere patiënten. Door de wachtrijproblematiek worden proefuitplaatsingen moeilijker vanwege het gebrek aan een terugplaatsgarantie in de LFPZ. Doordat de LFPZ een hogere kwaliteit van leven (qua terrein en activiteiten) kent ten opzichte van de longcare, waar wel perspectief op verlof en internetgebruik bestaat, kan deze neergang een belemmering vormen voor instemming met uitstroom uit de LFPZ naar de longcare.

- **Knelpunten algemeen beleid/verblijf:**

Er is geen eenduidige definitie van longcare gezien de verschillen tussen de huidige voorzieningen. Ook vanwege het aspect 'long' wordt de naam niet door iedereen gewaardeerd. Met name in longcare-voorzieningen met weinig perspectief op uitstroom naar een lager beveiligingsniveau of de samenleving, worden een sterkere formele rechtspositie en hogere kwaliteit van leven gemist. Ten aanzien van de LFPZ wordt de huidige verlofregeling als ingewikkeld en te strikt ervaren, wordt het monopolie van de Pompestichting als beperking ervaren en worden er nog differentiaties in voorzieningen gemist passend bij een veranderende doelgroep.

Aanbevelingen

Vraag 14. Welke (mogelijke) veranderingen zijn op basis van de bevindingen (van deel A, B en C) nodig voor een doorontwikkeling van dat systeem?

Voor de onderstaande voorgehouden suggesties voor oplossingsrichtingen, lijkt op basis van de focusgroep draagvlak bij de verschillende partijen te bestaan. Ze worden besproken van overkoepelend naar meer specifiek:

- Het beleid zou niet langer moeten worden gekoppeld aan het onderscheid tussen LFPZ en longcare. Zo is een onderscheid op basis van behandeling/perspectief versus verblijf passender bij de praktijk en duidelijker. Langverblijfsvoorzieningen hebben als overeenkomst de lage behandeldruk, maar soms is dat juist om perspectief te creëren, soms juist om zich niet op perspectief te richten. Er is in ieder geval reden en draagvlak om de naam longcare niet meer te gebruiken.
- Zowel afdelingen voor behandeling/perspectief als voor verblijf zouden op alle beveiligingsniveaus door verschillende aanbieders aanwezig moeten zijn, waarbij ook aandacht moet zijn voor bepaalde patiëntgroepen (op basis van diagnostiek). Vooral een forensisch verpleeghuis voor oudere patiënten met somatische klachten wordt gemist. Met het creëren van deze 'kleurenwaaier' aan voorzieningen zou logischerwijs ook in de benodigde capaciteit voor verblijfsplekken worden voorzien. Het creëren van deze plekken gaat waarschijnlijk het snelst via de markt, maar is afhankelijk van financiële garanties vanuit de overheid.
- Voor het nieuwe landschap aan verblijfsvoorzieningen is – vanwege het gebrek aan perspectief en de instroommogelijkheden vanuit alle klinieken – een nieuw overkoepelend en gecentraliseerd beleidskader nodig, inclusief plaatsings- en herbeoordelingsprocedure, beroepsmogelijkheid (formele rechtspositie) en eisen aan de kwaliteit van leven, waaronder verlofmogelijkheden, multimedialbeleid, binnen-/buitenruimte en activiteiten. De differentiatie in doelgroep en plaatsingscriteria voor deze voorzieningen zou in overleg (onderling en met DJI/DIZ) duidelijker vormgegeven en gecommuniceerd moeten worden.
- Zolang de wachtlijstproblematiek niet is opgelost, moet de beroepsmogelijkheid tegen de LFPZ-status (in plaats van de plaatsing) worden gecreëerd en moet overwogen worden om LFPZ/longcare-wachtenden zo veel mogelijk samen te plaatsen omwille van de zorginhoud. Als er geen

wachtlijstproblematiek meer is, zou de proefuitplaatsing vanuit de LFPZ naar een lager beveiligingsniveau (met terugkeergarantie) de uitstroom kunnen bevorderen.

Conclusie

De kenmerken van de verschillende voorzieningen voor langverblijf verklaren de subtiële verschillen die er bestaan tussen langverblijvers daarbinnen. Nu die grotendeels gebaseerd zijn op de behandelrelatie en risicomanagement zijn het ook dynamische kenmerken. Dit vraagt om (meer) flexibiliteit in de overgang tussen verschillende voorzieningen dan het systeem thans biedt en – bij gebrek aan perspectief – ook om meer mogelijkheden voor onafhankelijke toetsing of de verblijfsplaats nog steeds passend is. De groei van de vraag naar verschillende voorzieningen voor patiënten die lang in de tbs verblijven vraagt om uitbreiding op alle beveiligingsniveaus en eventueel ook gericht op verschillende diagnostische doelgroepen. Dit onderzoek onderbouwt de noodzaak voor dit veelkleurig vergezicht van het landschap van voorzieningen voor (lang)verblijf.

Summary

Background and aim

Within the Dutch tbs (entrustment) system of high security forensic mental health care, approximately 15% of the population stays in a long-stay facility: a facility for Long-Term Forensic Psychiatric Care (LFPC) or a longcare facility. Tbs patients who stay in an LFPC facility need a high degree of security and/or intensive care in the form of risk management, structure and supervision. The guidance in an LFPC facility is aimed at the resident's quality of life and stabilization of the psychiatric and psychological state of the residents. The term longcare is used by different facilities so there is no uniform definition of longcare. For example, longcare facilities have their own vision of what longcare or long-term care entails and what intake criteria go with it. Both types of facilities (LFPC and longcare) include patients who can no longer cope with the treatment pressure in a regular forensic mental health facility, for whom the treatment does not produce sufficient results and/or for whom the treatment relationship has stalled. In longcare facilities, it is also important that patients can function at a lower security level (level 2 or 3, while LFPC has level 4) related to risk management. The direct distinction between the two groups of patients in terms of demographic, diagnostic, judicial and treatment characteristics is not always clear to date. The legal position of patients is however very different. The LFPC has a formal status in which the National Advisory Committee on the Placement of Long-Term Forensic Psychiatric Care (LAP) is involved in an extensive placement procedure and also assesses once every two years whether the LFPC-status is still necessary and appropriate. However, longcare is not an official status, but only an internal (within the same facility) or external transfer. There is no independent institution that tests with a certain frequency whether the patient is still in the right place and there is no separate policy framework for longcare. Longcare is therefore more accessible than LFPC, but at the same time ensures that there are fewer opportunities for independent assessment of the system. This difference in legal status raises questions as to whether this difference can be justified on the basis of characteristics of the population that resides there. Various current developments, in particular the growth of the tbs population, the associated capacity pressure on the system and the growth of the long-stay population increase the importance of research into this group and the associated policies.

The aim of this study is to provide insight into the characteristics of long-term residents in LFPC and long-care; what needs they, and the professionals involved, have with regard to care, policy and legal position and what factors play a role in the decision-making process for placement in, or outflow from, the LFPC or longcare. Finally, the policy implications to which the results of this research lead will be examined. These goals are represented in four different research questions with corresponding research methods:

A. Characteristics of long-term patients in LFPC and longcare - file study

What are the characteristics (demographic, diagnostic, judicial and treatment characteristics) of the current and former long-term patients of the LFPC compared to those of long-term care and what developments have occurred in this population since 2017?

B. Needs of patients and professionals involved in LFPC and long-care - interview study

What (different) needs do patients have in LFPC and longcare, and professionals involved in their tbs trajectory, with regard to care, policy and legal position?

C. Insight into relevant factors in decision-making about LFPC and longcare - vignette study

Which factors/characteristics play a (decisive) role in the decision-making processes regarding placement in and outflow of the LFPC and longcare among various professionals involved in these decisions?

D. Policy implications of the findings - focus group

To what extent do the results of this study require a change in the existing policies with regard to LFPC and longcare?

To answer these four main questions, different sub-questions were formulated for each question.

A. Characteristics of long-term patients in LFPC and longcare - file study

To answer the research questions in this part of the research, a file study was carried out using the judicial files of a sample of 100 long-term patients who were in these facilities on 1 January 2024 (50 residents of the LFPC and 50 patients of the various longcare facilities). The files were primarily analyzed quantitatively, but also in a qualitative way to gain insight into specific combinations of factors that make someone a long-term patient. In addition, registration data obtained from the Prison Services were analyzed to provide insight into developments of inflow and outflow in the period 2017-2024. Within this study, the focus was on the following sub-questions with the corresponding findings:

Question 1. What are the demographic, diagnostic, judicial and treatment characteristics of the current long-term patients in the tbs?

The results of the file study show that there is a wide range of diagnostic characteristics in this group, including comorbidity. There is a high prevalence of addiction disorders and personality disorders. Looking at combinations of diagnoses and behavior in the facility, there seem to be typical profiles of patients, which differ for men and women. Results shows considerable variation in sentencing, offender-victim relationships and the time between the first conviction and the imposition of tbs.

Question 2. What are the similarities and differences with regard to the above characteristics between the LFPC group and the longcare group?

In general, few differences were found between the LFPC patients and the longcare patients. With regard to the type of offence, there were more patients who committed a homicide in the LFPC and more patients convicted of arson in longcare. In terms of disorders at the time of the study, there are few differences between the two groups. Significant differences that were found all seem to be related to time, i.e. age and treatment duration. Patients in the LFPC are on average older and have spent more time in the tbs than patients in longcare. Patients in the LFPC show more physical problems and need more health care, which seems to be related to their age. The qualitative analyses showed that long-term aggression problems, reduced awareness of illness and treatment motivation were mainly present in patients in the LFPC.

Question 3. How have the characteristics of the long-term groups (size, capacity, inflow and outflow, waiting lists, personal and treatment characteristics) developed over the years since 2017?

With regard to the developments in characteristics of the groups in the period from 2017-2024, we did not see any significant changes in (demographic, diagnostic and judicial) characteristics of this population. Most characteristics show a similar distribution over the years, although there is an increase in the total number of patients and a shift in the percentage ratio of long-term residents in the LFPC versus the longcare: in 2017, 58% stayed in the LFPC, while in 2024 this percentage has decreased to 35%. At the same time, the percentage in long-care departments has increased from 42% in 2017 to 65% in 2024. In terms of waiting lists, there is a strong increase for the LFPC group from 2023 onwards, indicating an increasing demand for long-term forensic care. For the longcare group, on the other hand, there is a sharp decrease in waiting lists from 2023, which certainly does not indicate a decreasing demand for this type of care, but is attributable to increased capacity and the possibility to limit the waiting list.

Question 4. What are the characteristics of people discharged from the LFPC and longcare between 2017 and 2024 and to what extent do they differ from those who stay?

The percentage ratios of disorder and crimes among the population of patients discharged from the LFPC and longcare show some variations between the groups. Patients who have committed sexual offences seem to be more likely to be discharged from the LFPC (towards longcare) and less likely to flow out of longcare. Psychotic patients are also overrepresented in the outflow group from the LFPC, but not in the outflow group from longcare. Patients who committed homicides seem to be less likely to leave the LFPC. The percentage differences suggest that certain types of offences and disorders can influence discharge patterns from LFPC and long care.

B. Needs of patients and involved professionals in the LFPC and longcare - interview study

In order to provide insight into the needs of patients and professionals, an interview study was conducted among 43 professionals who are involved in long-term forensic care in various roles (employees of the LFPC, longcare facilities, and regular tbs facilities, policy officers, lawyers, members of the LAP, the Advisory Committee on Leave Assessment for TBS (AVT), the Council for the Administration of Criminal Justice and Protection of Juveniles (RSJ), and forensic mental health experts). In addition, 22 long-term patients and one former tbs patient were interviewed about their experiences in the LFPC and/or the longcare or the waiting list for the LFPC. Within this study, the focus was on the following sub-questions with the corresponding findings:

Question 5. To what extent do care, treatment and outflow of the LFPC and the various longcare facilities differ from each other and how have they developed (since 2017)?

The LFPC is offered by a single party and therefore has a uniform vision on care and treatment. There is no treatment pressure, the resident can stay as long as necessary, but no longer than needed for the patient. There is a lot of attention for quality of life. There must be a high risk and security necessity which requires security level 4. All treatment options should be exhausted, preferably in more than two treatment settings, without this having led to recidivism risk reduction. The term longcare has no clear definition and so the various longcare facilities have their own vision of what longcare or long-term care is and what intake criteria they use. The various facilities can be placed on a spectrum of required outflow perspective on the one end and a residential facility without pressure on outflow on the other end.

Question 6. To what extent do policy and legal position of the LFPC and longcare differ from each other and how have they developed (since 2017)?

The LFPC has a formal placement procedure with an external review by the LAP. An LFPC-status cannot be appealed but placement in an LFPC-facility can. Appeals are rarely declared well-founded. Within the LFPC only supervised leave can be practiced and the Principles Act TBS Care (BVT) applies. Longcare does not have a formal placement procedure. This is done by transfers among (or within) the specific facilities themselves. Although such an informal procedure is experienced as very efficient in practice, there is a risk of arbitrariness of transfers due to the lack of formal criteria and policy. In addition, an appeal can only be lodged against an external transfer. If the transfer is internal (as a clinic may have its own longcare facility), this is not possible. However, because transfer to longcare often results in a lower security level, little resistance to actual placement is experienced in practice. The various longcares have a security level 2 or 3. In the case of security level 2, in addition to a transfer

request, an authorization from the AVT is required. In contrast to the LFPC, the Mental Health Act (Wvvgz) applies in longcare. This legal position has consequences for the internal policies.

Question 7. To what extent do the needs of patients in LFPC and longcare differ from each other in terms of care, policy and legal position?

The expectations and experiences of the patients in the LFPC are twofold: a large proportion of the residents resist the placement in the LFPC and want nothing more than to be discharged as soon as possible. Another part is slightly more positive about placement on the LFPC, because of the lack of treatment pressure and the ample opportunities with regard to the terrain and activities. On the other hand, a large proportion is reasonably satisfied with the care and atmosphere in the LFPC. A few are critical of the daytime activities. In longcare, few patients have very clear and accurate expectations prior to placement and also regularly confuse it with LFPC. The experiences in the various longcare facilities are mostly positive. They like the fact that there is a prospect of progress and because of the low treatment pressure and personal treatment, patients often get motivated again. The needs of patients in LFPC and longcare are essentially not that different. The majority want to keep the prospect of discharge without being over asked. A need that may be better met in longcare than in LFPC, but where expectations (e.g. more freedom) are not always met (e.g. when leave is not yet granted). This can cause disappointment with patients and affects their perceived quality of life.

Question 8. To what extent do the LFPC and the longcare differ from each other in meeting the needs of patients?

The long-care departments can offer more perspective than the LFPC, but this also differs per patient and per longcare facility. In a residential facility, there is no pressure on discharge, while such a perspective is necessary in the other longcare facilities. Within the LFPC, there is no prospect of resocialization in the short term, but possibilities for discharge are monitored closely and a lot of attention is paid to the quality of life within the LFPC. The quality of life in longcare is experienced differently depending on whether the patient enters from a treatment facility or the LFPC (where there is a larger terrain for example, but are less multimedia options).

Question 9. What are the needs of professionals involved with long-term patients with regard to care, policy and legal status and to what extent are these met?

In the interviews, various problems and obstacles within forensic long-stay were identified. These problems are related to capacity, placement, outflow and policy, including lack of capacity and staff shortages, a lack of definition of longcare, the increasing waiting list for the LFPC and too few suitable follow-up facilities.

C. Insight into relevant factors in decision-making about LFPC and longcare - vignette study

Within the larger interview study in sub-study B, a qualitative vignette study was conducted with 22 professionals who have a role in decision-making about placement in, and/or discharge from, the LFPC or longcare. With the help of case vignettes, insight was gained into factors and characteristics that play a role in this decision-making process. Within this study, the focus was on the following sub-questions with the corresponding findings:

Question 10. Which factors or characteristics (from parts A and B) play a role in the decision between LFPC or longcare, respectively, and what does that decision-making process look like?

In practice, decision-making about placement and outflow at case level takes place in (multidisciplinary) team meetings. In that respect, the finding that respondents find a variety of factors relevant is not immediately problematic. Demographic, diagnostic and judicial characteristics turned out to be less decisive in decision-making. Characteristics with regard to care needs, security needs and treatment relationships are considered to be most important. What these factors look like in concrete terms differs per (type of) case. With psychotic patients, the main focus is on the effects of medication on symptoms of aggressive behavior and the overall state of mind. In the case of a personality-disordered sex offender, factors relating to cooperation, reliability and the latency period of risk behavior are important.

Question 11. What role do policy and legal position play in that decision-making process, and is this perceived as problematic?

The role that policy and legal status play in the decision-making process can mainly be traced back to the difference in security level between the LFPC and longcare and the related external and internal legal position (BVT versus Wvvggz) and policy within the facility, for example with regard to multimedia options. The difference in legislation is relevant to placement because it determines whether a patient fits in longcare, for example by granting freedoms and (unaccompanied) leave. Within the legal framework of the Wvvggz, a certain degree of cooperation between patient and healthcare provider is necessary and risk behavior (including internet use) should be sufficiently limited. Because at lower security levels, restrictions are only possible in individual cases (instead of an entire unit or facility), it is difficult to sufficiently limit or monitor behavior on the internet, which is especially problematic in case of sex offences. As such, these patients may be rejected from longcare (if paraphilia is not already a contraindication for the longcare facility). This also shows that there are no suitable accommodation facilities for this group of long-term residents: they do not physically need security level 4, but they do need it legally, as their media behavior cannot be sufficiently monitored at level 2 or 3. In practice, this is experienced as problematic and complex.

Question 12. Which factors or characteristics (from parts A and B) contribute to discharge from LFPC and longcare?

If the patient from both vignettes has been placed in the LFPC, the main focus is on discharge towards longcare. Based on these vignettes, there is less reason for other discharge options. This is largely in line with the findings from sub-study A. Discharge from longcare differs according to diagnosis and offence type. In the case of psychotic problems, the focus is often on discharge towards regular mental health care (security level 1), while in the case of sex offences, resocialization towards society (for example to sheltered housing) is made more difficult, because sex offenders are not admitted here or because the level of security to monitor certain behavior is too low. In the worst case, discharge from longcare can also mean placement in the LFPC, i.e. to a higher security level. In both situations, the factors or characteristics are comparable to the initial placement decision and focus on treatment characteristics: the care needs, security needs and treatment relationship. This concerns the nature and latency of risk behavior that can no longer be managed at a lower security level and for which the prospect of resocialization is not possible in the long term.

D. Policy implications of the findings – focus group

Finally, the findings from sub-studies A, B and C were presented to a focus group with eleven representatives from the group of professionals from the interview study in order to further clarify these findings and discuss potential policy implications. Within this study, the focus was on the following sub-questions with the corresponding findings:

Question 13. To what extent is the current system of placement and treatment at the LFPC or longcare sufficient for both professionals and patients?

Based on the interviews, the following problems or obstacles, summarized in four overarching themes, were distinguished in which the current system is not yet perceived as adequate:

- **Capacity and waiting list problems:**

There is a shortage of long-stay capacity: there is a need for both treatment and perspective units as well as residential units at all security levels (including an extra facility at level 4). The waiting list problem arising from this shortage leads to both a problem in terms of care: what to do in the treatment facility with people waiting for a place in a long-stay facility? And also leads to a legal problem: due to the decoupling of the LFPC status and placement, there is no possibility of appeal against the status during the long waiting time.

- **Problems with placement:**

The difference in placement procedure between LFPC and longcare facilities makes these placements uncertain and dependent on the assessment of a receiving facility, which can evoke a feeling of arbitrariness in treatment facilities. Due to the waiting list problem, the threshold for an LFPC placement seems to be getting higher, whereby unsuccessful transfer to a long-care facility can serve as an argument for an LFPC placement.

- **Problems with outflow:**

There is a general lack of appropriate follow-up facilities (at lower levels of security), which also includes a forensic nursing home for elderly patients. The waiting list problem makes temporary transfers more difficult due to the lack of a return guarantee to the LFPC. Because the LFPC has a higher quality of life (in terms of environment and activities) compared to longcare, where there is a prospect of furlough and internet use, this can form an obstacle to consent to outflow from the LFPC to longcare.

- **Problems with policy:**

There is no uniform definition of longcare as is illustrated by the differences between the current facilities. Also because of the aspect 'long', the name is not appreciated by everyone. In particular, in longcare facilities with little prospect of discharge to a lower security level or into society, a stronger legal position and higher quality of life are missed. With regard to the LFPC, the current options for leave are experienced as complicated and too limited, the monopoly position of the Pompestichting is experienced as a limitation and differentiations in facilities are still missing to suit a development in the population in terms of disorder and problematic behaviour.

Recommendations

Question 14. Based on the findings (of parts A, B and C), what (possible) changes are needed for the further development of the system of long-term forensic care?

Based on the focus group, there seems to be sufficient support for the following solutions:

- The policy framework should no longer be linked to the distinction between LFPC and longcare. For example, a distinction based on treatment/perspective versus residential stay is more appropriate. Long-stay facilities have the low treatment pressure in common, but sometimes that is used to create motivation and perspective, and sometimes to provide rest and stability. In any case, there is reason and support to no longer use the name 'longcare'.
- Both treatment/perspective and residence units should be present at all security levels by different care providers, with attention also being paid to certain patient groups (based on diagnostics). Especially a forensic nursing home for elderly patients with somatic problems is missed. With

the creation of this range of facilities, the necessary capacity would logically also be provided. The creation of these places is probably fastest through the market competition, but depends on a financial safety net from the government.

- For this new range of facilities – due to the lack of perspective – a new centralized policy framework is needed, including placement and reassessment procedures, appeal possibility (formal legal status) and requirements for the quality of life, including leave options, multimedia policy, indoor/outdoor space and activities. The differentiation in target population and intake criteria for these facilities should be more clearly defined (in consultations with these facilities and the ministry) and communicated.
- As long as the waiting list problem has not been resolved, the possibility of appeal against the LFPC status must be created and consideration must be given to placing LFPC/longcare waiters together as much as possible. If there is no longer a waiting list problem, the temporary transfer from the LFPC to a lower security level (with a return guarantee) could promote the outflow.

Conclusion

The characteristics of the various long-stay facilities explain the subtle differences that exist between long-term residents within them. Now that these are largely based on the treatment relationship and risk management, they are also dynamic characteristics. This requires (more) flexibility in the transition between different facilities than the system currently offers and – in the absence of perspective – also more opportunities for independent assessment of whether placement of patients is still appropriate. The growth in the demand for various facilities for patients who have been in the tbs for a long time requires expansion at all security levels and possibly also aimed at different diagnostic target groups. This research substantiates the need for this variety in facilities for long-term forensic stays.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek naar het langverblijf landschap

Directe aanleiding voor het onderhavige onderzoek

Het doel van de tbs-maatregel (met dwangverpleging) is beveiliging. Dat wordt op de korte termijn bereikt door veroordeelden bij wie een psychische stoornis is vastgesteld gedwongen op te nemen in een hoog beveiligde kliniek. En op de lange termijn wordt dat doel bereikt door het recidiverisico zodanig te behandelen dat men geleidelijk en veilig kan terugkeren in de samenleving. Het overgrote deel van de tbs-gestelden stroomt ook daadwerkelijk uit richting de samenleving, maar het karakter van de beveiligingsmaatregel maakt het mogelijk dat er ook een deel is dat niet door- of uitstroomt. Die groep kan terechtkomen in voorzieningen die – zoals de namen al suggereren – specifiek bedoeld zijn voor de groep langverblijvers; te weten de Langdurig Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ-) en de longcare-voorzieningen. Voor ongeveer 15% van de tbs-populatie geldt dat ze thans in dergelijke voorzieningen verblijven.

De LFPZ werd tot 2019 'longstay' genoemd en bestaat als type voorziening vanaf 1998. Er was in die tijd sprake van capaciteitstekort in de tbs en de longstay was mede bedoeld als oplossing daarvan, zodat langdurig moeilijk behandelbaren niet het (dure) bed van een behandelbare instromer bezet zouden houden. De behandeling op de LFPZ is niet gericht op terugkeer in de samenleving.² Sindsdien is de LFPZ-populatie, gelijk met een verdere groei van de populatie, daarna krimp (vanaf ± 2010) en weer groei (vanaf ± 2017), op vergelijkbare wijze meebewogen, met een piekpopulatie van iets boven de 200 in 2010.³ Vanaf 2008 zijn er ook zogenaamde longcare-voorzieningen bijgekomen in het landschap voor tbs-langverblijf. Volgens de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) was de achtergrond daarvan dat het aantal plekken op de LFPZ beperkt blijft, de beveiliging daar hoger is dan nodig voor bepaalde patiënten en de plaatsingsroute omslachtig. Daarom heeft een aantal klinieken 'op zoek naar een alternatief tussen de reguliere kliniek (fpc) en de LFPZ' zo'n longcare-voorziening geopend, 'wat gezien kan worden als een luwte-

² Zie – ook voor een historisch overzicht – Van der Wolf, M. J. F. Longstay heeft lang genoeg geduurd. in: W.F. van Hattum, C. Brouwer, M. J. Smilde & K. J. J. Waldeck (Reds.), *Levenslang: Bijdragen aan en naar aanleiding van het Symposium Levenslang, 6 april 2018 te Groningen* (pp. 109-122). Uitgeverij Paris.

³ Vergelijk Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent...: Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*. Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden.

afdeling. Op een dergelijke voorziening wordt langdurige minder intensieve behandeling en begeleiding geboden met behoud van het benodigde risicomangement (...) Omdat deze voorziening geen externe differentiatie betreft, is het doorplaatsen vanuit een fpc en de samenwerking tussen de voorzieningen makkelijker.’⁴

Door de komst van enkele longcare-voorzieningen is het aantal plekken voor langverblijf gegroeid, wat een zeker gebrek aan door- en uitstroom illustreert. Dit is een thema dat meermalen is besproken op zogenoemde conferenties TBS & Recht, beter bekend als de Lunteren conferenties, die al ongeveer een decennium regelmatig plaatsvinden en waar alle bij het tbs-veld betrokken partijen bij elkaar komen. In de terugkoppeling aan de deelnemers van de afspraken die gemaakt zijn op het congres Lunteren V in 2021 staat als één van de afspraken genoteerd: ‘Meer inzicht krijgen in de doelgroep langverblijf (LFPZ en longcare) op gebied van onder meer doelgroep, verblijfsduur, uitstroom, redenen uitstroom en verschillen tussen LFPZ en longcare.’⁵ Het wordt als actiepunt beschreven voor TBS Nederland in samenwerking met het Wetenschappelijk Onderzoek- en Data Centrum (WODC) van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Dit was de concrete aanleiding voor het onderhavige onderzoek. Deze wens tot meer inzicht in de langverblijf-doelgroep is onder andere gebaseerd op een aantal ontwikkelingen, waarvan hieronder een zestal wordt besproken.

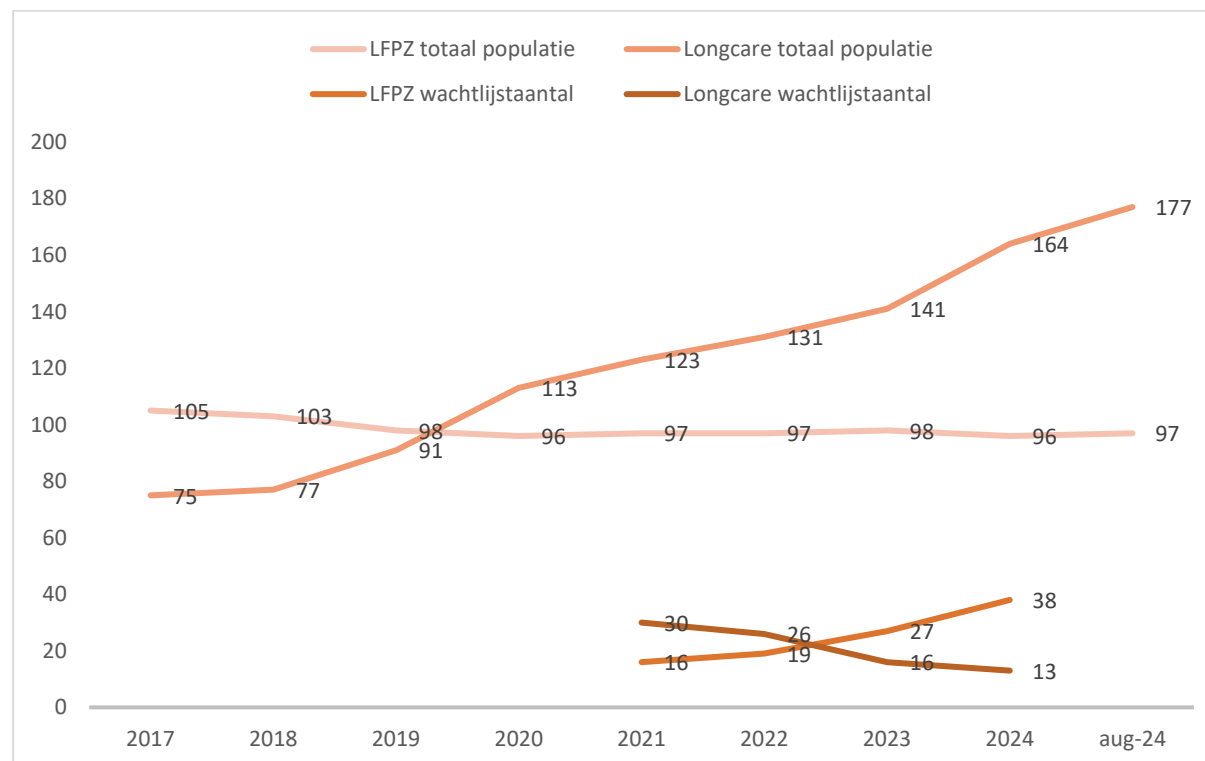
Achtergronden van de wens tot meer inzicht in de langverblijf-groep

1. Een eerste, al genoemde, ontwikkeling is de toename van het totaal aantal langverblijvers, waarbij de longcare-groep ook nog eens sterker is gegroeid dan de LFPZ-groep. Figuur 1.1 laat die ontwikkeling zien vanaf 2017.

⁴ RSJ. (2020). *Langdurig in de tbs. Stagnatie in de door- en uitstroom van tbs-gestelden*.

⁵ DJI/TBS Nederland, Brief; Terugkoppeling en afspraken Conferentie TBS & Recht d.d. 10 november 2021, d.d. 21 januari 2022.

Figuur 1.1 Ontwikkeling van de totale populatie van – respectievelijk wachtlijst voor – de LFPZ en Longcare 2017-2024⁶



Waar de longstay voorheen niet ver boven de 200 plaatsen is uitgekomen, is thans de opgetelde capaciteit van de LFPZ en longcare veel groter. Opvallend is dat de LFPZ in deze periode zelfs iets in omvang is afgenomen, terwijl het aantal longcare-plaatsen enorm is gegroeid. Vanaf 2021 is de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) weer wachtlijsten gaan bijhouden, waarbij vooral de groeiende wachtlijst voor de LFPZ opvalt. De dalende

⁶ Deze figuur is gemaakt op basis van de registratiedata, zoals die in hoofdstuk 2 worden uitgelegd.

wachtlIJst voor de longcare wordt deels verklaard door de opening van een nieuwe voorziening (Merendael in 2023) en doordat de voorzieningen maar beperkt wachtlIJstplaatsen openstellen, anders dan voor de LFPZ waar geen limiet op zit. De daling van de longcare-wachtlIJst zegt dan ook niets over een afname van de vraag. Sterker, de verwachting is dat het aantal benodigde langverblijfplaatsen blijft groeien. Recent maakte de Werkgroep door- en uitstroom (opgezet vanuit de Divisie Individuele Zaken (DIZ) van DJI) een ronde langs de klinieken om te inventariseren van wie men op termijn verwacht een langverblijfplek nodig te hebben, vergelijkbaar met de ronde die het WODC begin deze eeuw maakte en waarbij men richting een derde van de totale populatie uitkwam.⁷ Hoewel het rapport van de werkgroep (nog) niet openbaar is, is ons in de focusgroep wel te kennen gegeven dat daaruit blijkt dat er veel meer langverblijfplekken nodig zullen zijn, vooral ook op lagere beveiligingsniveaus (zie hoofdstuk 5).

2. De groei van de langverplijf-populatie hangt samen met een tweede relevante ontwikkeling: de groei van de totale tbs-populatie (met dwangverpleging). Deze was in 2017 rond de 1300 en is sinds 2018 weer aan het stijgen tot ruim boven de 1600 in 2024. Een groei van de populatie komt vaak door een gecombineerd effect van een stijgende instroom (meer tbs-opleggingen) en een stagnerende uitstroom. Als verklaring voor een groter aantal opleggingen is wel gewezen op een Michael-P effect, naar aanleiding van het geruchtmakende zeden- en levensdelict op Anne Faber in 2017. P. had voor een eerder zedendelict geen tbs gekregen. Daardoor zouden rechters voorzichtiger zijn geworden en vaker omwille van de beveiliging van de samenleving tbs opleggen.⁸ Voor het beschrijven van ontwikkelingen in dit onderzoek is 2017 daarom een goed startpunt. Er is ook voor de tbs als geheel dus op dit moment weer sprake van een capaciteitstekort. Daarom zijn er weer wachtlIJsten, zowel voor plaatsing in een tbs-kliniek, als voor plaatsing in een langverblijf-voorziening, conform eerdere golven. Want wanneer er veel druk op het tbs-systeem als geheel staat, worden langverblijvers en stagnerende door- en uitstroom als meer problematisch beschouwd. Dit heeft een versterkend effect op de groei van de langverblijfpopulatie.⁹ Het is dus nodig om de uitstroom te stimuleren, en daarbij kan meer inzicht in de langverblijfgroep wellicht helpen ten aanzien van welk type vervolgvoorzieningen nodig is. Daar lijkt ook de recente voortgangsbriefforensische zorg vanuit te gaan: ‘Vervolgens kan wel beschikbaar aanbod op de lagere beveiligingsniveaus mogelijk geschikt gemaakt worden om deze tbs-patiënten op te nemen. Als patiënten doorstromen, ontstaat ruimte op de hoogste beveiligingsniveaus om nieuwe patiënten op te nemen’.¹⁰

⁷ De Kogel, C. H., Verwers, C., & Den Hartogh, V. E. (2005). *‘Blijvend delictgevaarlijk’- empirische schattingen en conceptuele verheldering* (Nr. 1014). Boom Juridische uitgevers.

⁸ Vergelijk Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., & Wams, A. C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent...: Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*. Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Universiteit Leiden.

⁹ Zie tevens bovenstaande voetnoot.

¹⁰ Minister voor Rechtsbescherming, Voortgangsbriefforensische Zorg, 26 januari 2024, 5122411.

3. Echter, een toenemende druk op het systeem creëert een groeiende groep patiënten die meer gebaat is bij een lage behandeldruk (zoals in de langverblijf-voorzieningen). Juist door de ontwikkeling van een behandelvisie voor de LFPZ, waarin perspectief niet wordt beoogd maar door de behandelluwte wel weer aan de orde kan komen, is de werkzaamheid hiervan voor uiteindelijke doorstroom meer bekend geworden. Vanwege deze visie worden verblijvers in de LFPZ bewoners genoemd en geen patiënten (net als in longcare Merendael). In de meeste longcare-voorzieningen wordt, net als in de behandelklinieken (FPC's, forensisch psychiatrische centra) van patiënten gesproken. Als gezegd zijn de longcare-voorzieningen ook voorbeelden van behandelluwe voorzieningen, maar hetzelfde geldt voor niet als zodanig genoemde transmurale verblijfsvoorzieningen als ook allerlei afdelingen in behandelklinieken die bekend kunnen staan als luwte- of perspectief-afdeling.

4. Een vierde ontwikkeling is dan ook dat het aantal langverblijf-voorzieningen in relatief korte tijd flink is toegenomen, met name die met de naam longcare, terwijl nergens eenduidig is vastgelegd wat die naam inhoudt. Hierdoor zijn er veel verschillen tussen de vier longcare-voorzieningen onderling, als ook tussen longcare en LFPZ-voorzieningen. Het formele verschil tussen de twee LFPZ-voorzieningen, beide behorend tot de Pompestichting, is dat de voorziening in Vught specifiek voor bewoners met een EVBG-status is, dat staat voor Extreem- Vlucht en Beheersgevaarlijk, waar Zeer Intensieve en Specialistische Zorg (ZISZ) wordt geleverd. Tabel 1.1 geeft een overzicht van het huidige landschap van langverblijf, met een aantal evidente verschillen. In hoofdstuk 3 zal deze tabel, op basis van de interviews, verder worden genuanceerd, uitgewerkt en aangevuld.

5. Ten vijfde zijn de verschillen tussen de voorzieningen te meer opvallend, nu het op basis van kwantitatieve gegevens niet zo gemakkelijk blijkt om onderscheid te maken tussen langverblijf-groepen. In een eerder onderzoek naar langverblijvers (gedefinieerd als een behandelduur van 15 jaar of meer) werden weinig verschillen gevonden tussen degenen in de LFPZ verblijven en daarbuiten (niet alleen in longcare-, maar ook in behandelklinieken).¹¹ Omdat hier methodologische beperkingen van kwantitatief onderzoek aan ten grondslag bleken te liggen, is het aangewezen om op meer kwalitatieve wijze eventuele verschillen te onderzoeken. Ook is het relevant te onderzoeken wat in de praktijk relevante factoren zijn in de besluitvorming, bijvoorbeeld bij de keuze tussen LFPZ en longcare.

¹¹ Zie, ook voor een overzicht van onderzoek naar de langverblijfpopulatie: Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., Gunnink, L., Herzberger, J., & Doekhie, J. V. O. R. (2022). *Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs* (Nr. 3121). Universiteit Leiden.

Tabel 1.1 Overzicht van het huidige landschap van langverblijf-voorzieningen

	LFPZ Zeeland en Vught (Pompe)	Longcare Woenselse Poort	Longcare De Wierde (Van der Hoeven)	Longcare De Voorde (Van der Hoeven)	Longcare Merendael (Pompe)
Oprichting	Vanaf 2003 Pompe, vanaf 2016 exclusief ¹²	2009	2016	2008	2023
Plaatsing	LFPZ-status	Interne of externe overplaatsing	Interne of externe overplaatsing	Interne of externe overplaatsing	Interne of externe overplaatsing
Aantal bedden	93 + 6 ZISZ/EVBG	13 (één afdeling)	53 (vier afdelingen) + 45 (flats)	70 (zes afdelingen) + 40 (transmuraal)	30 (drie afdelingen)
Beveiliging en wetgeving	Niveau 4 (BVT)	Niveau 3 (WvGGZ)	Niveau 3 (WvGGZ)	Niveau 2 TMV (WvGGZ)	Niveau 2 (hoog) TMV (WvGGZ)
Visie	Verblijf	Perspectief	Perspectief	Perspectief	Verblijf

6. Ten slotte leiden de verschillen tussen de (typen) langverblijfvoorzieningen tot vragen ten aanzien van beleid en rechtspositie. Want waar de kenmerken van de patiënten en de zorginhoud wellicht weinig van elkaar verschillen, komt de vraag naar de verschillen in beleid, bijvoorbeeld ten aanzien van plaatsing, en rechtspositie meer naar voren. Zo is er een uitvoerige plaatsingsprocedure voor de LFPZ, waarin zowel gedragsdeskundige rapporteurs vanuit het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), als een Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) een rol spelen. Bovendien is er bij plaatsing op de LFPZ altijd een beroepsmogelijkheid bij de beroepscommissie van de RSJ, terwijl dat bij plaatsing op een longcare-afdeling alleen zo is als er sprake is van een overplaatsing vanuit een andere kliniek. Er is altijd veel kritiek geweest, bijvoorbeeld vanuit de advocatuur, de RSJ en de wetenschap, op de LFPZ als externe differentiatie, wat betekent dat het een aparte status betreft en niet

¹² Vanaf 2003 had de Pompestichting het Kempehuis, terwijl in de jaren daarna de voorzieningen in Vught en Zeeland zijn geopend. In 2016 is de laatst overgebleven longstay-afdeling van een andere instelling (Veldzicht) gesloten, zodat de Pompestichting de enige aanbieder is van LFPZ-plaatsen.

zomaar als een interne overplaatsing binnen de tbs kan gelden. De status zou de drempel voor door- en uitstroom verhogen, terwijl een verhoogd niveau van kwaliteit van leven bereiken ter compensatie van het gebrek aan perspectief niet altijd gemakkelijk is in de huidige politieke veiligheidscultuur (denk aan de beperkte verlofmogelijkheden). Waar dit voor de longstay in verschillende beleidskaders reden was om de rechtspositie behoorlijk te versterken met herbeoordelingen,¹³ en ook de naam te wijzigen,¹⁴ roept dit de vraag op of dit voor de longcare niet ook aangewezen zou zijn. Kortom, voldoende redengevende ontwikkelingen om het huidige landschap van voorzieningen voor langverblijvers nader te onderzoeken.

1.2 Hoofdvragen en uitgewerkte onderzoeksvragen

Hoofdvragen

Op basis van de bovenstaande aanleiding zijn de hoofdvragen voor het onderzoek als volgt geformuleerd:

A. Kenmerken van langverblijvers in de LFPZ en longcare

Wat zijn kenmerken van de huidige langverblijvers en uitstromers van de LFPZ in vergelijking met die van de longcare en welke ontwikkelingen hebben zich in die doelgroepen voorgedaan sinds 2017?

B. Behoeften van patiënten en betrokken professionals in de LFPZ en longcare

Welke (verschillende) behoeften hebben patiënten op de LFPZ en longcare, alsook hebben bij hun tbs-traject betrokken professionals, ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie?

C. Inzichtelijk maken van relevante factoren in de besluitvorming over LFPZ en longcare

Welke factoren/kenmerken spelen op de verschillende besluismomenten bij de bijbehorende actoren een (doorslaggevende) rol in de besluitvorming rond plaatsing en uitstroom ten aanzien van de LFPZ en longcare?

¹³ Beleidskader Longstay Forensische Zorg 2009.

¹⁴ Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg 2019.

D. Mogelijke beleidsimplicaties van de bevindingen

In hoeverre nopen de uitkomsten van dit onderzoek tot verandering van het bestaande (verschillende) beleid ten aanzien van de LFPZ en longcare?

Uitgewerkte onderzoeksvragen

Voor elk onderdeel van dit onderzoek zijn verschillende onderzoeksvragen uitgewerkt ten einde een uitgebreid beeld te kunnen schetsen van de groep langverblijvers en het beleid rond langverblijfvoorzieningen.

A. Kenmerken langverblijvers - dossieronderzoek

1. Wat zijn de demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de huidige langverblijvers in de tbs?
2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de bovenstaande kenmerken tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep?
3. Hoe hebben de kenmerken van de groepen (omvang, in- en uitstroom, wachtlijsten, grove persoons- en behandelkenmerken) zich over de jaren ontwikkeld sinds 2017?
4. Wat zijn de kenmerken van uitstromers van de LFPZ en longcare in die jaren en in hoeverre verschillen die van de niet-uitstromers?

B. Behoeften zorg, beleid en rechtspositie - interviewstudie

5. In hoeverre verschillen de zorg, behandeling en uitstroom van de LFPZ en (de verschillende afdelingen van) de longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?
6. In hoeverre verschillen beleid en rechtspositie van de LFPZ en longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?
7. In hoeverre verschillen behoeften van patiënten op de LFPZ en de longcare van elkaar ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie?
8. In hoeverre verschillen de LFPZ en de longcare(-afdelingen) van elkaar in het voorzien in die behoeften van patiënten?
9. Wat zijn de behoeften van bij langverblijvers betrokken professionals ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie en in hoeverre wordt daarin voorzien?

C. Besluitvorming plaatsing en uitstroom - kwalitatieve vignetstudie

10. Welke factoren/ bovenstaande kenmerken (uit deel A en B) spelen een rol in de keuze van de kliniek tussen respectievelijk de LFPZ of longcare en hoe ziet dat keuzeproces eruit?

11. Welke rol spelen verschillen in beleid en rechtspositie in dat keuzeproces, en hoe problematisch wordt dat gevonden?

12. Welke factoren/ bovenstaande kenmerken (uit deel A en B) dragen bij aan uitstroom uit de LFPZ en de longcare?

D. Beleidsimplicaties - focusgroep

13. In hoeverre is het huidige systeem van plaatsing en behandeling op de LFPZ dan wel de longcare toereikend voor zowel professionals als patiënten?

14. Welke (mogelijke) veranderingen zijn op basis van de bevindingen (van deel A, B en C) nodig voor een doorontwikkeling van dat systeem?

1.3 Methoden van onderzoek

Mix van methoden en verslaglegging

De hoofdvragen sorteren voor op bepaalde methoden (al aangegeven bij de titels van de uitgewerkte deelvragen), die als verschillende onderdelen van het onderzoek beschouwd kunnen worden.

Deel A: Om de **kenmerken** van langverblijvers in de LFPZ en longcare in kaart te brengen en te vergelijken, is een uitgebreide kwantitatieve **dossierstudie** uitgevoerd (met een klein kwalitatief deel, waarover meer in de volgende paragraaf over afbakening en beperkingen). De ontwikkeling van de populaties over de periode van 2017-2024 is op basis van registratiedata van DJI ook kwantitatief in kaart gebracht.

Deel B: De **behoeften** van patiënten en professionals ten aanzien van de LFPZ en longcare zijn onderzocht middels een **interviewstudie**.

Deel C: Bij een deel van de professionals die betrokken zijn bij de beslissing over plaatsing, door- en uitstroom bij de LFPZ en/of longcare is door middel van een **kwalitatieve vignetstudie** inzichtelijk gemaakt welke factoren in een casus relevant zijn in hun **besluitvorming**. Het gebruik van hetzelfde vignet bij elke professional stelt ons in staat om besluitvorming te vergelijken tussen de verschillende professionals.

Deel D: Ten slotte is een **focusgroep** georganiseerd waarin de bevindingen van het voorlopige onderzoek zijn voorgelegd aan vertegenwoordigers van alle betrokken professionals bij langverblijf in de tbs (die grotendeels ook eerder al bij de interviewstudie waren gesproken) om hun interpretatie daarvan op te halen. Vervolgens is besproken tot welke **beleidsimplicaties** ten aanzien van langverblijf de uitkomsten nopen.

Van de methoden en bevindingen van de vier onderdelen van dit onderzoek wordt respectievelijk in de vier volgende hoofdstukken (2, 3, 4 en 5) verslag gedaan. De kenmerken van de doelgroep, mogelijke deelpopulaties en andere verschillen tussen LFPZ en longcare, worden zowel op kwantitatieve wijze (dossierstudie) als kwalitatieve wijze (onderdeel dossierstudie, interviews en vignetstudie) onderzocht. Zo kunnen de gegevens uit de verschillende delen van het onderzoek met elkaar gecontrasteerd worden of in verband worden gebracht. In de focusgroep zijn de resultaten van de dossierstudie, interviewstudie en vignetstudie besproken om tot een goede interpretatie van de bevindingen te komen alsook tot beleidsimplicaties. Enige overlap tussen dit hoofdstuk en de eerdere hoofdstukken is daarom niet helemaal te voorkomen. Zo worden bijvoorbeeld mogelijke knelpunten in het beleid ook al in de interviews besproken en niet slechts in het hoofdstuk over beleidsimplicaties. Omdat alle resultaten van de eerdere deelstudies in de focusgroep zijn besproken, kan hoofdstuk 5 ook al deels als discussie worden gelezen.

Casusbeschrijvingen als methode

Op verschillende manieren wordt in het onderzoek casuïstiek gebruikt. Allereerst zijn er voor het specifieke doel van de vignetstudie, om relevante factoren bij besluitvorming in kaart te brengen, voorbeeldcasus-vignetten geformuleerd (zie hoofdstuk 4). Daarnaast is, in een later stadium van het onderzoek (ook na de focusgroep), mede op advies van de begeleidingscommissie, op kwalitatieve wijze naar de dossiers gekeken om te kijken of er combinaties van factoren te vinden zijn ('de kwestie', oftewel wat maakt het dat deze patiënt langdurig verblijft in de tbs), op basis waarvan verschillende typen langverblijvers zijn te identificeren. Dit is gedaan aan de hand van patiëntprofielen (zie hoofdstuk 2). Ten slotte zijn er casusbeschrijvingen door het rapport heen opgenomen (de volgorde daarvan is enigszins gebaseerd op mogelijke 'patiëntreizen' door het systeem, maar is voor het overige willekeurig), omdat ze een beeld geven van de verschillende 'plekken' binnen het landschap van langverblijf met een daarbij behorende prototypische patiënt (die overigens gezien de verscheidenheid aan problematiek nooit geheel representatief kan zijn voor de populatie op zo'n plek). De methode van totstandkoming van deze casusbeschrijvingen wordt hieronder verder uitgewerkt.

In willekeurige volgorde zijn 9 casussen door het rapport gevlochten. Met deze illustratieve casussen willen we een beeld geven van het type bewoner per voorziening (bijvoorbeeld Longcare De Voorde) en per uitstroomtype (bijvoorbeeld van LFPZ naar longcare). Per casus wordt besproken wie deze bewoner is, hoe de tbs is verlopen, wat de reden van het langdurig verblijf lijkt te zijn (in dit rapport noemen we dit "wat de

kwestie is”) en wat het perspectief is op door- of uitstroom. Tot slot wordt een uitspraak uit het interview van de bewoner aangehaald. Omdat aan de bewoners die deelnamen aan de interviews anonimiteit is beloofd, zijn de casussen fictief en zijn de uitspraken geparafraseerd vormgegeven, zodat de vertrouwelijkheid gewaarborgd blijft. Het betreft een kwalitatieve onderzoeksmethode met een kwantitatief tintje. Op basis van de honderd geanalyseerde dossiers is per thema (voorziening/uitstroomtype) gekeken naar de tbs-gestelden die binnen dat thema vielen. Voor elke casus werden bewoners vergeleken op verschillende factoren, zoals leeftijd, duur van de tbs, behandelverloop en toekomstperspectief. De indicaties en contra-indicaties van de verschillende voorzieningen en ook de interviews met zowel de professionals als bewoners uit de voorziening van het betreffende thema werden bestudeerd. Op basis van het beeld dat door deze analyse werd gevormd, is een fictieve casus gemaakt. Zo blijven de casussen dicht bij de realiteit, zonder de beloofde anonimiteit te schenden. De casussen bieden een waardevol instrument om de onderzoeksresultaten toegankelijk te maken voor een breed publiek. Ze illustreren hoe de bevindingen uit het onderzoek zich in de praktijk vertalen en laten tegelijkertijd zien hoe de unieke kenmerken van elke bewoner van invloed kunnen zijn op de behandeling, begeleiding en uitstroom. De casuïstiek benadrukt de veelkleurigheid van de tbs-doelgroep en de uitdagingen die gepaard gaan met het bieden van maatwerk binnen een gereguleerde en veilige context.

Datamanagement, ethiek en toestemming

Voor aanvang van dit onderzoek is toestemming gevraagd bij de Commissie Ethiek en Data van de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Leiden. Het datamanagementplan is door deze commissie en een Privacy Officer van de universiteit beoordeeld en goedgekeurd. In dit datamanagementplan staat beschreven hoe met de privacy van respondenten wordt omgegaan, op welke wijze de data worden opgeslagen en verwerkt. Daarbij zijn de richtlijnen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) in acht genomen. Tevens heeft de Privacy Officer van het WODC akkoord gegeven om dit onderzoek uit te voeren. Ten slotte hebben alle betrokkenen (de vier onderzoekers en de stagiaires betrokken bij de dossierstudie in dit project) een Verklaring Omtrent Gedrag moeten overleggen en een geheimhoudingsverklaring getekend alvorens toestemming van DJI en toegang tot CDD+ te verkrijgen. De dossiers zijn door DJI gepseudonimiseerd aangeleverd en er was enkel toegang tot de dossiers uit de steekproef (voor de methode van de steekproeftrekking, zie hoofdstuk 2). Interviews zijn afgenomen na het geven van (schriftelijke) geïnformeerde toestemming van elke respondent.

1.4 Afbakening en beperkingen

Afbakening van doelgroep(en)

De groep tbs-gestelden die in dit onderzoek centraal staat is de groep langverblijvers. In tegenstelling tot eerdere onderzoeken naar deze doelgroep (bijvoorbeeld het genoemde vorige onderzoek naar personen die 15+ jaren in de tbs verblijven)¹⁵, is in dit onderzoek geen expliciet afkappunt qua tijdsduur (van de behandeling) vastgesteld voor wanneer sprake is van 'langverblijf', maar is het type voorziening waarin de tbs-gestelde verblijft als criterium gebruikt: dus tbs-gestelden die verblijven in de LFPZ of een longcare-voorziening (die we samengenomen ook wel langverblijfvoorzieningen noemen). In zekere zin sluit dit beter aan bij de praktijk, nu er bijvoorbeeld geen tijdsduurgrens meer als criterium bestaat voor plaatsing op de LFPZ. Ook voor plaatsing op een longcare-afdeling zijn er geen criteria ten aanzien van de verblijfsduur in de tbs.

Een tweede, maar niet onbelangrijke, afbakening houdt verband met het begrip *longcare*. Hiertoe zijn alleen gerekend de voorzieningen die zich met die naam afficheren. In dit onderzoek zijn de volgende afdelingen, ons ook aangedragen door DJI/DIZ, aangewezen als een longcare-voorziening of -afdeling: De Voorde en De Wierde (beide onderdeel van de Van der Hoeven kliniek), de longcare van de Woenselse Poort en Merendaal (onderdeel van de Pompestichting). Als gezegd, zijn er in het forensische veld meer voorzieningen die (zorg)inhoudelijk hierop lijken, zoals 'luwte-' of 'perspectiefafdelingen'. De meest opvallend gelijksoortige voorziening in het landschap is wat dat betreft de langdurig forensische zorg (lfz) afdeling in de transmurale voorziening bij de Van Mesdagkliniek in Groningen. Personen die daar verblijven zijn niet meegenomen in de dossierstudie. Wel is met patiënten van deze afdeling gesproken in de interviewstudie, evenals met medewerkers, juist om een beeld te krijgen van hoe de (in naam) longcare-voorzieningen daar nu van verschillen. Tijdens het onderzoek vernamen we dat er een longcare-voorziening geopend gaat worden in de FPA (Forensisch Psychiatrische Afdeling) Heiloo. Omdat, ondanks navraag, ons geen informatie over die (geplande) voorziening is gegeven, blijft deze in dit onderzoek buiten beschouwing.

Ten aanzien van de LFPZ is het goed om te vermelden dat we niet hebben kunnen spreken met tbs-gestelden op de afdeling in de PI (Penitentiaire Inrichting) Vught, omdat dit vanwege de ZISZ/EVBG-problematiek van de mensen daar niet verantwoord werd geacht. Wel hebben we met medewerkers van de LFPZ gesproken in Zeeland die ook in Vught werken of daarvoor verantwoordelijk zijn. En in de dossierstudie zijn tevens de gegevens van personen die in Vught verblijven betrokken.

¹⁵ Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., Gunnink, L., Herzberger, J., & Doekhie, J. V. O. R. (2022). *Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs* (Nr. 3121). Universiteit Leiden.

Afbakening van datasets

Het kwantitatieve deel van het onderzoek is gebaseerd op twee datasets die we van de DJI hebben ontvangen. Ten eerste, de tbs-gestelden die op 1 januari 2024 verbleven in de LFPZ of in een longcare-voorziening. In hoofdstuk twee wordt uitgelegd hoe we om (verschillen in) kenmerken te onderzoeken daar een representatieve steekproef uit hebben getrokken om vervolgens in de (CDD+) dossiers zelf op zoek te gaan naar specifieke kenmerken. Hoewel we wel de wachtlijstcijfers hebben gekregen (in de set registratiedata) en daar ook (al in dit hoofdstuk) over rapporteren, zijn die voor de steekproef niet meegenomen, omdat het toch al om kleine aantallen gaat. Uit de steekproef zijn ook gegevens van ongewenst vreemdelingen geëxcludeerd omdat we vooral groepen op inhoudelijke gronden wilden vergelijken en deze systeemoorzaak voor uitzichtloosheid daar niet bij wilden betrekken.

De tweede dataset, die we gebruikt hebben om de vragen over ontwikkeling en uitstroom te beantwoorden, zijn registratiedata die we van de DJI hebben gekregen over de langverblijfpopulatie, in- en uitstroom van 2017 tot 2024. Van die groepen hebben we niet zelf in de dossiers kunnen kijken, maar aan die lijsten waren wel enkele 'grove' persoons- of behandelkenmerken uit het administratiesysteem van de DJI toegevoegd, zoals delict, grove indeling op basis van pathologie, leeftijd, verblijfsduur, et cetera. In hoofdstuk 2 wordt die dataset, inclusief de beperkingen, verder toegelicht. Op basis van deze registratiedata zijn ook de wachtlijstgegevens in de analyse meegenomen en worden ook bevindingen over uitstroom gepresenteerd. In het beleid wordt veel gesproken over door- en uitstroom en soms enkel over uitstroom. Wij hebben ervoor gekozen om alleen de term uitstroom te gebruiken, wat staat voor het verlaten van de betreffende voorziening. Er wordt in het beleid vaak over gesproken in termen van de gewenste uitkomst, maar hanteren van deze definitie brengt met zich mee dat ook overlijden, of overplaatsing naar een voorziening met een hoger beveiligingsniveau onder 'uitstroom' valt. Dit zal dan ook onderscheiden worden. Soms geeft de geleverde informatie over uitstroom niet een plaats van bestemming maar een formele status ten aanzien van de tbs-maatregel gegeven, zoals proefverlof of (voorwaardelijke)beëindiging. Hierbij is het niet altijd mogelijk te achterhalen of dit ook betekent dat iemand uit de voorziening vertrekt. Voor de LFPZ is dat wel duidelijk: als de LFPZ-status wordt opgeheven kan men niet langer in die voorziening blijven. Maar voor longcare-voorzieningen is dat niet duidelijk, omdat die ook als transmurale voorzieningen en GGZ-instellingen kunnen fungeren, zodat men daar ook op andere titels kan verblijven.

Beperkingen

In het huidige onderzoek is getracht een beperking van eerder onderzoek naar de langverblijf-populatie¹⁶ enigszins het hoofd te bieden. Omdat in de dossiers scores op risicotaxatie-instrumenten niet volledig zijn terug te vinden, konden we die niet gebruiken, terwijl deze informatie relevant is voor het verschil tussen twee groepen die op verschillende beveiligingsniveaus verblijven. In hoofdstuk 2 wordt uitgelegd hoe we getracht hebben bepaalde risicofactoren toch betrouwbaar te scoren. Op basis van de kleine aantallen is het bovendien niet goed mogelijk om statische analyses te doen naar veelvoorkomende of onderscheidende combinaties van variabelen of factoren. Maar uit het kwalitatieve deel van het genoemde vorige onderzoek kwam naar voren dat juist die combinatie van belang kan zijn. We hebben daarom getracht de kwestie – waarom is iemand blijvend delictgevaarlijk, langverblijver – die vaak wel beschreven wordt in relevante documentatie, ook deels kwalitatief te analyseren om toch vaker voorkomende combinaties binnen de langverblijfpopulatie te identificeren en te bezien in hoeverre een dergelijke combinatie dan ook onderscheidend is voor de voorziening waar iemand verblijft: LFPZ of longcare. De beperking van die kwalitatieve methode spreekt voor zich, maar desondanks hopen we hiermee de kennis aan te vullen en nader tot de kern te komen van langverblijf.

¹⁶ Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., Gunnink, L., Herzberger, J., & Doekhie, J. V. O. R. (2022). *Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs* (Nr. 3121). Universiteit Leiden.



2. Kenmerken van langverblijvende patiënten in de forensische zorg – *verslag van een dossierstudie*

2.1 Achtergrond en doel

In dit hoofdstuk beschrijven en vergelijken we ten eerste de kenmerken van de huidige langverblijvende tbs-populatie in zowel de LFPZ als de longcare, op basis van een systematische dossieranalyse van 100 dossiers. Deze kwantitatieve analyse omvat demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken. Ten tweede zijn de daadwerkelijke kwesties – de reden dat iemand een langverblijver is – van deze 100 patiënten op een kwalitatieve wijze geanalyseerd. Op deze manier wordt de kwantitatieve dossierstudie met een kwalitatieve verdiepende analyse versterkt. Voor deze eerste twee onderzoeksvragen is een gewogen steekproef genomen uit een ‘bronbestand’ van de totale groep LFPZ en longcare patiënten die op 1 januari 2024 in de langdurige zorg verbleef (n=256). Dit bestand werd door de Diens Justitiële Inrichtingen (DJI) aangeleverd. Voor de 100 patiënten uit de steekproef zijn dossiers uit het digitale archiefsysteem van het ministerie CDD+ beschikbaar gesteld aan het onderzoeksteam (zie de flowchart in Figuur 2.1). Ten derde onderzochten we op kwantitatieve wijze de stand van zaken en langdurige ontwikkelingen rond instroom, uitstroom en wachtlijsten in de langdurige zorg. Hiervoor is registratiedata van instroom, uitstroom en wachtlijstaantallen, aangeleverd door de DJI, geanalyseerd. Dit bood ons de mogelijkheid om in- en uitstroompatronen te onderzoeken en te evalueren.

De uitkomsten van de drie verschillende analyses worden beschreven in aparte alinea’s. In alinea 2.2 beschrijven we de kwantitatieve dossierstudie op persoons- of dossierniveau (vraag 1 en 2), en in 2.3 beschrijven we de kwalitatieve studie op persoons- of dossierniveau. In 2.4 beschrijven we de kwantitatieve studie gebaseerd op registratiegegevens van instromende, uitstromende en wachtende patiënten (tussen 2017 en 2024) op een overkoepelend niveau (vraag 3 en 4).

Onderzoeksvragen in hoofdstuk 2

1. Wat zijn de demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de huidige langverblijvers in de tbs?
2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de bovenstaande kenmerken tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep?
3. Hoe hebben de kenmerken van de groepen (omvang, aantal plaatsen, in- en uitstroom, wachtlijsten, grove persoons- en behandelkenmerken) zich over de jaren ontwikkeld sinds 2017?
4. Wat zijn de kenmerken van uitstromers van de LFPZ en longcare tussen 2017 en 2024 en in hoeverre verschillen die van de niet-uitstromers?

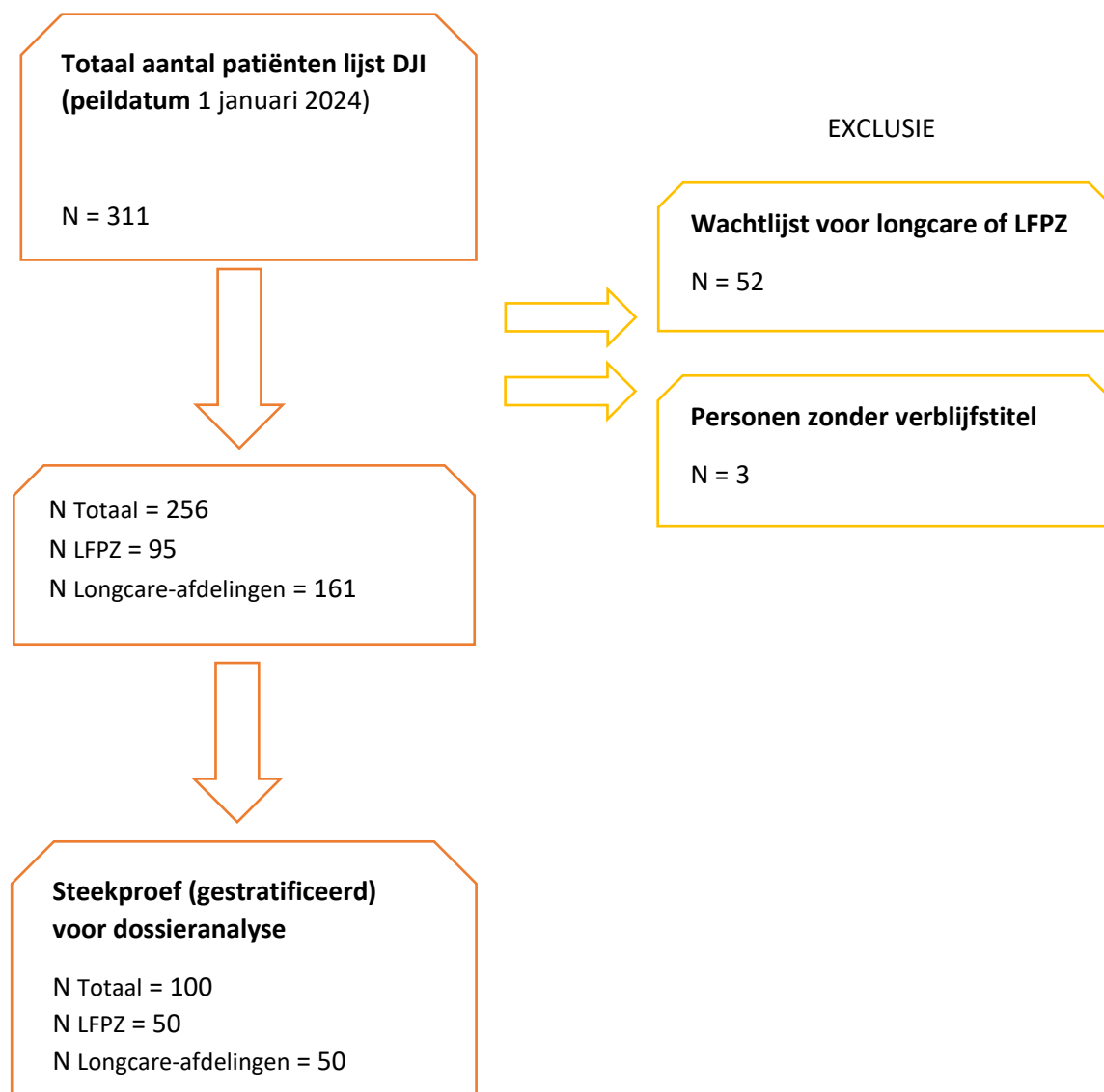
2.2 Kwantitatieve dossierstudie op persoons- of dossierniveau

2.2.1 Methode dossierstudie: kwantitatieve analyse (kenmerken)

Onderzoeksgroep van de dossierstudie

Allereerst bespreken we de dossierstudie voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1 en 2, alsmede de genomen steekproef. De onderzoeksgroep voor de dossierstudie bestaat uit een steekproef van tbs-patiënten die op 1 januari 2024 verbleven op een longcare-afdeling: De Wierde en De Voorde (*Van der Hoeven*), Merendael (*Pompestichting*) of De Woenselse Poort of in de LFPZ. Het totale aantal patiënten bedroeg op dat moment 311 (zie Figuur 2.2). Omdat werd gewerkt met een peildatum zijn patiënten bij wie de tbs-maatregel na deze datum is beëindigd of die na deze datum zijn overleden *niet* uitgesloten van het onderzoek. Echter, patiënten die op de wachtlijst stonden voor longcare of de LFPZ ($n = 52$) en personen zonder verblijfstitel ($n = 3$) zijn *wel* uitgesloten van de analyse, omdat anders de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten negatief zou kunnen worden beïnvloed. Van de overgebleven groep voldeden uiteindelijk 256 patiënten aan de inclusiecriteria, waarvan 95 verbleven op de LFPZ en 161 op een longcare-afdeling. Uit deze groep van 256 patiënten is een steekproef van 100 dossiers geselecteerd: 50 dossiers van LFPZ-patiënten en 50 dossiers van patiënten op een longcare-afdeling.

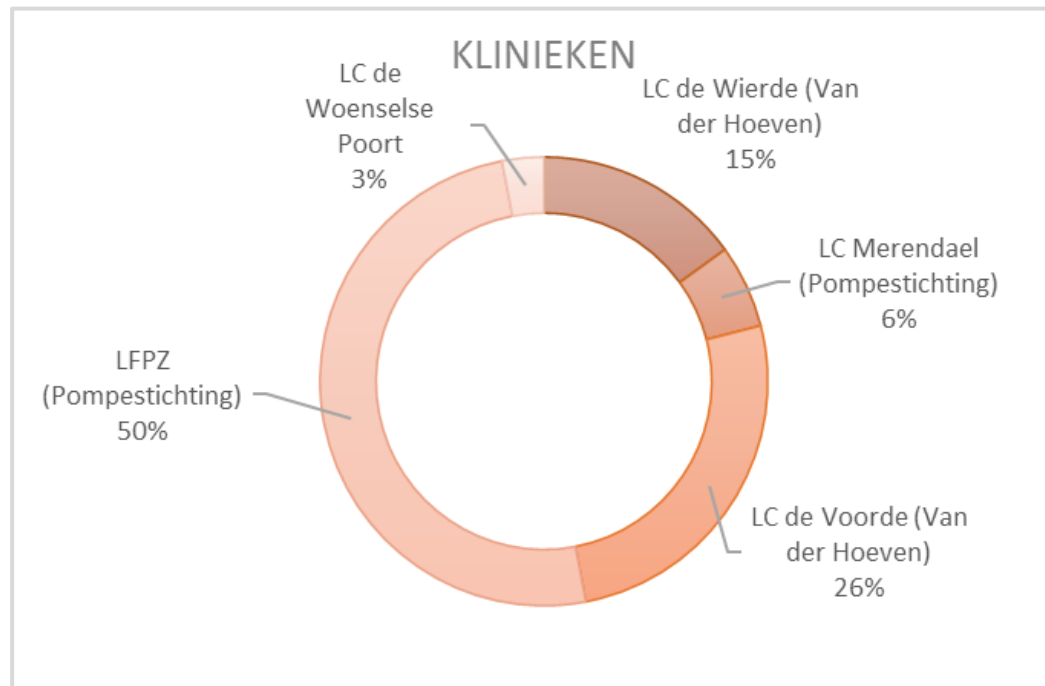
Figuur 2.1: Flowchart in-en exclusiecriteria dossieronderzoek



De steekproef

De steekproef voor dit onderzoeksdeel werd gestratificeerd en geproportionaliseerd getrokken om ervoor te zorgen dat de representativiteit van de deelnemers aan het onderzoek werd gewaarborgd. De populatie werd in eerste instantie verdeeld in homogene subgroepen (zogenoemde *strata*) op basis van LFPZ en de vier longcare-afdelingen. Vervolgens werd binnen elk stratum een proportioneel aantal patiënten geselecteerd om ervoor te zorgen dat elke subgroep adequaat werd vertegenwoordigd in de steekproef (zie Figuur 2.2). Binnen de longcare-groep zijn alle afdelingen proportioneel vertegenwoordigd in de steekproef: Merendael (N(totaal) = 19, steekproef n=6), De Woenselse Poort (N(totaal) = 9, steekproef n=3), De Wierde (N(totaal) = 50, steekproef n=15) en De Voorde (N(totaal) = 83, steekproef n=26). Na het selecteren van de patiënten werden deze ingedeeld in twee groepen: de geïnccludeerde groep, bestaande uit individuen die werden opgenomen in het onderzoek, en de geëxcludeerde groep bestaande uit individuen die werden uitgesloten van de analyse. Om de vergelijkbaarheid tussen deze groepen te onderzoeken (oftewel de generaliseerbaarheid van de steekproef), werden t-toetsen en Chi-kwadraat toetsen uitgevoerd. De resultaten van deze analyses toonden aan dat er geen significante verschillen waren tussen de geïnccludeerde en geëxcludeerde groep wat betreft geslacht, leeftijd, delict, stoornis en duur van tbs ($p > .05$ voor alle vergelijkingen).

Figuur 2.2: Percentage geselecteerde patiënten per voorziening



Instrument: het scoringsformulier

Het scoringsformulier dat gebruikt is in het onderzoek is voor het overgrote deel gelijk aan het eerder gebruikte scoringsformulier uit het onderzoek 'Binnen. Beeld. Buiten'.¹⁷ Het formulier van bovengenoemde onderzoek is samengesteld met behulp van de Forensische Profiellijst Justitiële Jeugdigen van de DJJ, bevat scoringsvariabelen uit eerder dossieronderzoek van Lammers et al. (2014), en is aangevuld door literatuuronderzoek.¹⁸ Dit scoringsformulier is gebruikt als basis voor dit onderzoek. Vervolgens is literatuuronderzoek uitgevoerd om recente relevante kenmerken te identificeren die van belang kunnen zijn bij patiënten die langdurig in de forensische zorg verblijven. Hieruit volgde een toevoeging van enkele variabelen op de scoringslijst, zoals vragen over zorgbehoefte en risicofactoren. Het volledige scoringsformulier van het huidige onderzoek is terug te vinden in de bijlage. Van de demografische, diagnostische, justitiële en behandelvariabelen opgenomen in het scoringsformulier, is een deel nominaal en een deel ordinaal. Daarnaast zijn enkele thema's voor een deel beschrijvend gescoord.

De variabelen in het scoringsformulier zijn als volgt onder te verdelen:

1. Demografische kenmerken
2. Indexdelict(en) kenmerken
3. Diagnoses ten tijde van plegen indexdelict(en) en kenmerken gedragskundig onderzoek
4. Eerder gepleegde delict(en)
5. Psychiatrische voorgeschiedenis
6. Behandeltraject kenmerken
7. Incidenten en delicten/veroordelingen tijdens tbs-maatregel
8. Vastgestelde stoornis en gezondheidsproblemen ten tijde van het onderzoek
9. Psychofarmaca ten tijde van het onderzoek
10. Risico(management)
11. Kenmerken eventuele zorgconferentie

¹⁷ Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., Gunnink, L., Herzberger, J., & Doekhie, J. V. O. R. (2022). *Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs* (Nr. 3121). Universiteit Leiden.

¹⁸ Brand, E. F. J. M., & Van Heerde, W. K. (2010). *Handleiding Forensische Profiellijsten voor Justitiële Jeugdigen. Editie 2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen. Lammers, S., Vrinten, M., & Nijman, H. (2014). *(Te) lang in de tbs? Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn* (Nr. 2323). Radboud Universiteit Nijmegen, WODC.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, met andere woorden of elk individu een dossier op dezelfde wijze scoort, te kunnen waarborgen, is een handleiding gecreëerd als hulpmiddel bij het scoren van variabelen.¹⁹ Daarnaast is het definitieve scoringsformulier gebruikt door een onderzoeker en vier stagiairs om drie willekeurige dossiers te scoren. De resultaten zijn vervolgens besproken in een consensusbijeenkomst. De mate van overeenstemming bleek hoog. Om deze overeenstemming te monitoren gedurende het onderzoek, vonden tijdens de dataverzameling regelmatig intervisiemomenten plaats over de wijze van scoren. Hiermee werd een continue kwaliteit van scoren gewaarborgd. Deze intervisiemomenten hebben niet tot wijzigingen geleid, maar hebben vooral gediend als overlegmomenten om unieke gevallen te bespreken.

Kwantitatieve analyse

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1, namelijk 'Wat zijn de demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de huidige langverblijvers in de tbs?', zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag, 'Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep?', zijn voor zover het de vergelijking tussen is SPSS gebruikt. Om verschillen tussen groepen te toetsen, werd de keuze van de statistische toets bepaald door de schaal en verdeling van de variabelen. Voor het vergelijken van gemiddelden tussen twee groepen is een onafhankelijke t-toets gebruikt wanneer de data normaal verdeeld was. Indien aan deze aanname niet werd voldaan of de variabele ordinaal was, werd de Mann-Whitney U-toets toegepast. Voor categorische variabelen werd de Chi-kwadraattoets gebruikt om proporties of frequenties tussen groepen te vergelijken, tenzij de verwachte frequenties in een cel lager waren dan 5; in dat geval werd de Fisher's Exact-toets gebruikt.

2.2.2 Bevindingen dossieranalyse (kwantitatief)

Demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de huidige langverblijvers in de tbs

In deze paragraaf presenteren we de beschrijvende resultaten met betrekking tot de belangrijkste demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de langverblijvende tbs-gestelden in dit onderzoek, zoals samengevat in Tabel 2.1.

¹⁹ Van der Ark, L. A., Leeuwen, J., & Jorgensen, T. D. (2018). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid LIJ. Onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen* (Nr. 2694). Universiteit van Amsterdam- Pedagogische en Onderwijswetenschappen.

Demografische kenmerken

Van de 100 geïncludeerde patiënten was 91% man. De gemiddelde huidige leeftijd van de patiënten was 55 jaar (variërend van 28 tot 90 jaar). Op het moment van instroom in de tbs-maatregel waren de patiënten gemiddeld 35 jaar oud (18-62 jaar), terwijl de gemiddelde leeftijd bij hun eerste veroordeling 23 jaar was (14-59 jaar).

Zes patiënten hadden geen onderwijs gevolgd, terwijl de meeste anderen alleen basisonderwijs (40%) of speciaal basisonderwijs (16%) hadden afgerond. Een kleiner aantal heeft voortgezet speciaal onderwijs (3%) gevolgd of middelbaar onderwijs (21%) voltooid, en slechts enkelen behaalden een mbo- (13%) en een persoon een wo-diploma. Daarnaast had 29 van de respondenten nooit gewerkt, terwijl 49 personen een instabiel legaal arbeidsverleden hadden en slechts 17 een stabiele baan. Vijf personen waren betrokken bij illegale arbeid, wat wijst op beperkte werkstabiliteit en mogelijke uitdagingen bij re-integratie.

Diagnostische kenmerken

Bij de 100 deelnemers was een verslavingsstoornis de meest voorkomende diagnose (70%), gevolgd door een persoonlijkheidsstoornis (63%) en een psychotische stoornis (59%). Daarnaast had 37% een verstandelijke beperking en 17% een autismespectrumstoornis. Stemnings- en parafiele stoornissen kwamen bij 15% van de deelnemers voor, terwijl 12% specifiek een pedofiele stoornis had. Opvallend is de hoge comorbiditeit en de prevalentie van verslavings- en persoonlijkheidsproblematiek binnen de groep (zie Tabel 2.1; door deze comorbiditeit tellen percentages niet op in dit gedeelte van deze tabel).

Justitiële kenmerken

Van alle patiënten pleegde 42% een (poging tot) levensdelict als indexdelict, terwijl 26% een zedendelict en 22% een ander geweldsdelict als indexdelict had. Twee derde van de groep kreeg zowel tbs als een gevangenisstraf opgelegd. Het gemiddelde aantal eerdere veroordelingen was 6,9, waarbij 46% vijf of meer eerdere veroordelingen had. De tijd tussen de eerste veroordeling en de tbs-maatregel bedroeg gemiddeld 12,3 jaar, waarvan 31% van de patiënten die tbs pas na 16 jaar of langer kreeg. Er was variatie in toerekenbaarheid waarbij 25% volledig ontoerekenbaar werd verklaard. Er werden 19 personen (19%) sterk verminderd, en 50% verminderd toerekenbaar verklaard. Zie Tabel 2.1 voor overige resultaten.

Behandelkenmerken

In de Longcare-groep hadden 7 personen in het verleden een LFPZ-status, het overgrote merendeel heeft nooit een LFPZ-status gehad. Het gemiddelde aantal jaren dat de patiënten in tbs verbleven was 20 jaar. De grootste groep, 27%, verbleef 19 tot 24 jaar in tbs, terwijl 18% tussen de 25 en 30 jaar verbleef en 9% 31 jaar of meer in tbs zat (zie Tabel 2.1 voor overige behandelkenmerken).

Tabel 2.1: Kenmerken en verschillen huidige langverblijvers

	TOTAAL N=100	LONGCARE N=50		LFPZ N=50					<i>Vergelijking</i>
Variabele	<i>Aantal/ Gemiddelde(SD)</i>	<i>Aantal/ Gemiddelde</i>		<i>Aantal/ Gemiddelde</i>					
			<i>SD/%</i>		<i>SD/%</i>	<i>t-waarde / z- waarde</i>	<i>X² / U</i>	<i>Df</i>	<i>p-waarde</i>
Demografische kenmerken									
Geslacht^a									.487
Man	91	44	88%	47	94%				
Vrouw	9	6	12%	3	6%				
Tbs duur (jaren)^b	20 (2-46)	15.28	8.09	24.02	7.36	-5.045	5,19		<.001*
Gemiddelde huidige leeftijd^b	55 (28-90)	51 (28-74)	10.21	58 (38-90)	10.64	-2.996	8,16		<.003*
Gemiddelde leeftijd bij instroom	35 (18-62)	36 (24-61)		34 (18-62)		-.87		98	.151

Gemiddelde leeftijd 1^e veroordeling	23 (14-59)	23 (14-40)		23 (14-59)					
Aantal plaatsingen eerdere klinieken	5,4	4,72	3.08	5,90	2.69	2.03		98	.892
Opleiding							2.61	6	.856
Geen opleiding	6	2	4%	4	8%				
Basisschool/ lagere school afgerond	40	19	38%	21	42%				
Speciaal basisonderwijs	16	8	16%	8	16%				
Middelbare school	21	12	24%	9	18%				
Voortgezet speciaal onderwijs	3	1	2%	2	4%				
MBO	13	7	14%	6	12%				
WO	1	1	2%	-	-				
Arbeidsverleden							2.40	3	.493
Geen arbeidsverleden	29	14	28%	15	30%				
Instabiel legaal arbeidsverleden	49	27	54%	22	44%				
Stabiel legaal arbeidsverleden	17	8	16%	9	18%				
Illegale arbeid	5	1	2%	4	8%				

Diagnostische kenmerken									
Huidige diagnose									
Neurocognitieve stoornis	10	7	14%	3	6%		1.78	1	.182
Psychotische stoornis	59	30	60%	29	58%		.041	1	.839
Stemmingsstoornis	15	10	20%	5	10%		2.00	1	.161
PTSS en/of dissociatieve Stoornissen ^a	3	1	2%	2	4%				1.00
Somatisch symptoomstoornis en verwante stoornissen ^a	2	1	2%	1	2%				1.00
Verslavingsstoornis	70	37	74%	33	66%		.762	1	.383
Parafiele stoornis	15	8	16%	7	14%		.078	1	.779
Pedofilie	12	8	16%	4	8%		1.52	1	.218
Gedragstoornis ^a	3	3	6%	0	0%				.242
Suïcidepoging	25	12	24%	13	26%		.053	1	.817
Persoonlijkheidsstoornis	63	28	56%	35	70%		2.10	1	.147
Autismespectrumstoornis	17	9	18%	8	16%		.071	1	.790
ADHD ^a	6	3	6%	3	6%				1.00
OCD ^a	1	-	-	1	2%				1.00
Verstandelijke beperking	37	17	34%	20	40%		.386	1	.534

Somatische/lichamelijke klachten	59	24	41%	35	60%		5.64	1	.018*
Fysieke beperking	41	15	37%	26	63%		5.00	1	.025*
Heeft lichamelijke verpleging nodig	34	11	32%	23	68%		6.42	1	.011*
Justitiële kenmerken									
Indexdelict type									
(Poging) Levensdelict	42	15	30%	27	54%		5.91	1	.015*
Overig geweldsdelict	22	13	26%	9	18%		.932	1	.334
Zeden	26	13	26%	13	26%		.000	1	1.00
Brandstichting ^a	9	9	18%	0	0%				.003
Vermogen ^a	1	-	-	1	2%				1.00
Opgelegde straf/maatregel							.178	1	.673
Tbs	34	18	36%	16	32%				
Tbs + gevangenisstraf	66	32	64%	34	68%				
Relatie tot slachtoffer							4.88	3	.181
Onbekende(n)	33	13	26%	20	40%				

Bekende(n)	49	29	58%	20	40%				
Onbekende(n) en bekende(n)	18	8	16%	10	20%				
Aantal jaren tussen 1^e veroordeling en begin huidige tbs						-.884		98	.593
<i>Gemiddelde (in jaar)</i>	12.3	13.00	8.28	11.5	8.68				
Minder dan 1 jaar	7	4	8%	3	6%				
1-5 jaar	16	5	10%	11	22%				
6-10 jaar	21	11	22%	10	20%				
11-15 jaar	25	15	30%	10	20%				
16 jaar of meer	31	15	30%	16	32%				
Totaal aantal eerdere veroordelingen						-.285		98	.438
<i>Gemiddelde</i>	6.9	7.7		6.2					
Geen eerdere veroordelingen	12	6	12%	6	12%				
Eén eerdere veroordeling	15	5	10%	10	20%				
Twee tot en met vier eerdere veroordelingen	27	15	30%	12	24%				
Vijf veroordelingen of meer	46	24	48%	22	44%				

Mate van toerekenbaarheid*							5.76	5	.331
Volledig ontoerekenbaar	25	14	28%	11	22%				
Sterk verminderd	19	7	14%	12	24%				
Verminderd	50	24	48%	26	48%				
Enigszins verminderd	2	1	2%	1	2%				
Volledig toerekenbaar	1	1	2%	-	-				
Mate van medewerking gedragkundig onderzoek'							2.26	3	.521
niet	7	4	8%	3	6%				
enigszins	42	20	40%	22	44%				
volledig	49	24	48%	25	50%				
Behandelkenmerken									
LFPZ status									
Niet, ook niet in het verleden	43	43	86%	-	-				
Eerder wel, nu niet	7	7	14%	-	-				
Nu wel	50	-	-	50	100%				

Aantal veroordelingen tijdens tbs							2.1	2	.338
0	79	41	82%	38	76%				
1	19	9	18%	10	20%				
2	2	-	-	2	4%				
Verlofniveau t.t.v. het onderzoek									
Geen verlof	26	4	8%	22	44%				
Verlof ingetrokken	3	2	4%	1	2%				
Begeleid verlof	48	21	42%	27	54%				
Onbegeleid verlof	19	19	38%	-	-				
Transmuraal verlof	4	4	8%	-	-				

*Significant verschil (<.05)

^a Fisher's Exact Test

^b Mann Whitney-U Test

^xBij drie longcare patiënten was geen mate van toerekeningsvatbaarheid vastgesteld wegens eerdere tbs-veroordeling.

^yBij twee longcare patiënten is er geen gedragskundig onderzoek uitgevoerd, omdat zij al in de tbs zaten.

Overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de bovenstaande kenmerken tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep

Kwantitatieve analyse

Naast de beschrijvende kenmerken van de hele groep, zijn ook verschillen tussen de LFPZ-groep en longcare-groep onderzocht. In Tabel 2.1 zijn ook deze resultaten weergegeven. Over het algemeen waren er nauwelijks verschillen tussen LFPZ-patiënten en longcare patiënten.

Demografische kenmerken

Er werd geen significant verschil gevonden in de verdeling van geslacht tussen de groepen longcare (88% man) en LFPZ (94% man; $p = .487$). Een Mann-Whitney U-toets werd uitgevoerd om het verschil in leeftijd tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep te analyseren. De resultaten toonden een significant verschil tussen de twee groepen ($U = 8,16$, $p = 0.003$). Binnen de LFPZ-groep was de gemiddelde leeftijd 58 jaar in de longcare-groep was de gemiddelde leeftijd 51 jaar.

Diagnose ten tijde van onderzoek

Op het gebied van diagnoses zijn er vrijwel geen significante verschillen in de prevalentie van psychiatrische stoornissen. Er was comorbiditeit zichtbaar; patiënten konden verschillende diagnoses hebben. Er was echter een significant verschil in het voorkomen van somatische klachten, waarbij deze vaker werden gerapporteerd in de LFPZ-groep (60%) dan in de longcare-groep (41%; $p = .018$), en ook in fysieke beperking waarbij deze vaker werden gerapporteerd in de LFPZ-groep (52%) dan in de longcare-groep (30%; $p = .025$). Daarnaast was er een significant verschil in de behoefte aan lichamelijke verpleging (LFPZ = 68%, LC = 32%; $p = .011$) (zie Tabel 2.1).

Justitiële kenmerken

Wat betreft delicttypen werd er een significant verschil gevonden in de prevalentie van (poging tot) levensdelicten, deze kwamen vaker voor in de LFPZ-groep (54%) dan in de longcare-groep (30%; $p = .015$). Brandstichting kwam significant vaker voor in de longcare-groep (18%) dan in de LFPZ-groep (0%; $p = .003$). Er werden geen significante verschillen gevonden voor zedendelicten of vermogensdelicten. Daarnaast werd er geen significant verschil gevonden tussen de groepen in het aantal jaren tussen de eerste veroordeling en het begin van de huidige tbs. Voor meer kenmerken zie Tabel 2.1.

Behandelkenmerken

Een Mann-Whitney U-toets werd uitgevoerd om het verschil in tbs-duur tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep te analyseren. De resultaten toonden een significant verschil tussen de twee groepen ($U = 5,19$, $p < 0.001$). Binnen de LFPZ-groep was de gemiddelde tbs-duur 24 jaar in de longcare-groep was de gemiddelde duur 15 jaar. Bijzondere voorvallen komen binnen de tbs regelmatig voor, maar de frequentie verschilt niet veel in longcare of LFPZ. Met betrekking tot 23% van de deelnemers was geen melding van een bijzonder voorval gedaan. De grootste groep (43%)

had één tot drie meldingen, gevolgd door 26% met vier tot zes meldingen. Een kleiner deel (10%) had zeven of meer meldingen. Deze verhoudingen zijn zowel in longcare als in LFPZ zichtbaar.

2.3 Kwalitatieve studie op persoons- of dossierniveau

2.3.1 Methode dossierstudie: kwalitatieve analyse (profielen)

In de inleiding is 'de kwestie' kort aanbod gekomen. Deze kwestie verwijst naar waarom iemand blijvend delictgevaarlijk is en hierdoor een langverblijver. Door de veelkleurigheid van deze populatie is de kwestie ingedeeld in verschillende profielen van veelvoorkomende langverblijvende patiënten. De profielen zijn samengesteld op basis van frequentie, middels een kwalitatieve analyse van kenmerken die uit de verlengingsadviezen voortvloeien en samenhangen met langdurig verblijf in de tbs. In eerste instantie is er gekeken naar beschrijvende variabelen die de kwestie goed omvatten zoals 'kernachtige typering van de betrokken terbeschikkinggestelde'. Elk patiënt is vervolgens gescoord op veelvoorkomende kernachtige kwesties, waaronder beperkte draagkracht en somatische klachten. Op basis van deze scores en de aanvullende informatie van de beschrijvende variabelen zijn veelvoorkomende profielen gemaakt die de verschillende typen patiënten beschrijven. Hierbij zijn twee kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is de informatie gebaseerd op klinische rapportages en is hiermee subjectief. Ten tweede betreft het een kernachtige typering waardoor soms onvermijdelijke overlap is tussen de profielen.

2.3.2 Bevindingen

Een eerste bevinding van de kwalitatieve analyse van combinaties van relevante factoren voor de kwestie was dat het zinnig bleek om de vrouwen van de mannen te scheiden en vervolgens de mannen in te delen op basis van een bekende driedeling in de algehele tbs-populatie: psychotische patiënt, zedendelinquent, overig (veelal met persoonlijkheidsstoornis en middelenproblematiek).²⁰

De vrouwelijke patiënt

Het profiel van de vrouwelijke patiënt heeft een persoonlijkheidsstoornis, overwegend cluster B (N=9), waarbij het over het algemeen gaat om borderline problematiek in combinatie met een verstandelijke beperking en/of posttraumatische-stressstoornis. De gemoedstoestand van de patiënt fluctueert, waarbij zij bij een slechte stemming agressief en onvoorspelbaar kan worden. De vrouwelijke patiënten op de LFPZ zijn in zoverre goed te scheiden van de vrouwen in de longcare, dat de vrouwen die in de LFPZ verblijven vaker agressie tonen in de instelling. Ook is voor vrouwen in de longcare onderscheidend dat er sprake is van een beperkte draagkracht en eerdere veroordelingen voorafgaand aan de tbs.

²⁰ Die groepen blijken uit eerder onderzoek elk ongeveer een derde van de populatie uit te maken, zie bijvoorbeeld: Van Emmerik, J. L. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*. Dienst Justitiële Inrichtingen; Nieuwenhuizen, Ch. van, Bogaerts, S., Ruijter, E.A.W. de, Bongers, I.L., Coppens, M. & Meijers, R.A.A.C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*. Den Haag: WODC.

De mannelijke patiënt

De psychotische patiënten (twee typerende profielen)

Binnen deze categorie vallen twee profielen: de psychotische patiënt met persoonlijkheidsstoornis en de psychotische patiënt met een verstandelijke beperking. Het eerste profiel dat naar voren komt bij psychotische patiënten is de psychotische patiënt met een persoonlijkheidsstoornis cluster A of NAO (N=17). Enige vorm van verslaving (in remissie) komt bij dit profiel voor. Deze patiënt wordt gekenmerkt door medicatie die niet of in beperkte mate aanslaat waardoor wanen en achterdocht blijven bestaan. Daarnaast heeft deze patiënt een beperkte draagkracht en is hij snel gekrenkt wanneer de spanningen oplopen. In veel gevallen uit dit zich via verbale en/of fysieke agressie. Een lange justitiële geschiedenis (met eerdere veroordelingen voor tbs) komt ook voor bij deze patiënt. Dit profiel lijkt vaker voor te komen in de LFPZ dan in de longcare.

Profiel twee kenmerkt zich door een psychotische patiënt die een verstandelijke beperking heeft (N=17). Bij deze patiënt lijkt weinig verandering plaats te vinden sinds opname in de tbs, ondanks medicatie. Door o.a. de verstandelijke (en neurocognitieve) beperking is er sprake van gebrek aan ziektebesef. Deze patiënt is moeilijk te stabiliseren door onvoorspelbaarheid, in sommige gevallen door zware agressie. Verslaving heeft soms in grote mate effect (gehad) op het gedrag van patiënt. Dit profiel komt in beide type voorzieningen ongeveer evenveel voor.

De zedendelinquenten (twee typerende profielen)

Binnen deze categorie vallen twee profielen: de pedofiele zedendelinquent en de overige zedendelinquent. Bij de pedofiele zedendelinquent (N=12) wordt meestal een persoonlijkheidsstoornis cluster NAO vastgesteld, waarbij vaak sprake is van een combinatie van cluster B-stoornissen. De behandeling heeft bij deze patiënt onvoldoende effect en er is sprake van beperkte of wisselende behandelmotivatie. Resocialisatie lijkt niet mogelijk vanwege stoornis gerelateerde risicofactoren, terwijl somatische klachten regelmatig optreden. In sommige gevallen spelen ook een autismespectrumstoornis of verslavingsproblematiek een rol. Dit type patiënt komt vaker voor in longcarevoorzieningen.

Ook bij het tweede profiel, de overige zedendelinquent (N=7) komt persoonlijkheidsstoornis cluster B voor. Hoewel er meerdere stoornissen binnen de cluster aanwezig zijn, staat de antisociale persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond. Deze patiënt kenmerkt zich door een complexe psychopathologie die behandeling in grote mate bemoeilijkt en waarbij veel zorg nodig is om te de-escaleren. Dit houdt verband met een neiging tot directe behoeftebevrediging en een verhoogde gevoeligheid voor krenking. Eerdere veroordelingen tijdens tbs en agressie in de instelling komen regelmatig voor. Beperkte ziektebesef en gebrek aan behandelmotivatie zorgen verder voor een impasse. Dit profiel komt bijna uitsluitend voor in de LFPZ.

De patiënt met een persoonlijkheidsstoornis

Het laatste profiel dat kenmerkend is voor de 'kwestie' is die van de patiënt met een persoonlijkheidsstoornis (N=23). Dit type patiënt heeft meerdere diagnoses waarbij de persoonlijkheidsstoornis een dominante rol speelt. Veelal betreft het cluster B-stoornissen met een combinatie van **stoornissen met antisociale en narcistische kenmerken**. Verslavingen (in remissie) komen in verschillende vormen voor en maken deel uit van de kwestie. Deze patiënten hebben vaak intensieve begeleiding nodig vanwege hun beperkte draagkracht en hoge mate van krenkbaarheid. Bij oplopende spanningen kunnen zij onvoorspelbaar en agressief gedrag vertonen, wat het risico op (ernstige) incidenten vergroot. Agressief gedrag is voor deze groep niet atypisch, aangezien zij vrijwel uitsluitend zijn veroordeeld voor geweldsdelicten, waarbij een aanzienlijk deel (pogingen tot) levensdelicten betreft. Het behandel-effect is marginaal wegens het tekort aan ziektebesef en het moeilijk te stabiliseren toestand-beeld. Dit type patiënt komt in beide voorzieningen voor. In de longcare wordt een milder profiel waargenomen van patiënten die meer gemotiveerd zijn en een stabiel toestand-beeld hebben, in tegenstelling tot patiënten in de LFPZ.

2.4 Kwantitatieve studie registratiegegevens

2.4.1 Methode registratiedata: kwantitatieve analyse van in- en uitstroom

Registratiedatasets: instroomdataset, uitstroomdataset, populatiedataset 2017, populatiedataset 2024, wachtlijstaantallen

De DJI heeft voor de registratie-data-analyses vijf aparte registratiedatasets aangeleverd;

1. een met instroomgegevens (jan 2017-aug 2024)
2. een met uitstroomgegevens (jan 2017-aug 2024)
3. populatie kenmerken peildatum 1 jan 2017
4. populatie kenmerken peildatum 15 aug 2024
5. een met wachtlijstaantallen (aug 2021- sept 2024)

De **instroomdataset** bevat de gegevens van instromende patiënten in de LFPZ en longcare-voorzieningen over de periode 1 januari 2017 tot 15 augustus 2024. Dit zijn 269 personen. De **uitstroomdataset** bevat alle 174 personen die tussen 1 januari 2017 en 15 augustus 2024 zijn

uitgestroomd. Deze in-en uitstromende personen zijn geanonimiseerd en zodoende niet aan elkaar te koppelen. Ze zijn ook niet te koppelen aan de personen in de data van het dossieronderzoek. In deze twee datasets zijn ook andere gegevens opgenomen. Er is algemene informatie geregistreerd over de in-en uitstromers en informatie over de voorziening van herkomst (bij de instroomdataset) en over de uitstroomreden (bij de uitstroomdataset).

In twee **populatiedatasets** zijn de kenmerken van de zittende populatie van 2017 (1 januari 2017) en de zittende populatie van 2024 (15 augustus 2024) opgenomen. Dit zijn als het ware foto's van de langverblijvende populaties op die momenten. Deze verblijvende personen zijn geanonimiseerd en zodoende niet aan elkaar te koppelen. Ze zijn ook niet te koppelen aan de personen in de data van het dossieronderzoek.

In een vijfde apart registratiebestand is informatie over maandelijkse **wachtlijstaantallen** voor beide voorzieningen opgenomen. Deze informatie is gebaseerd op de 'Maandstaat' van DJI, een rapport dat maandelijks door DIZ (Divisie Individuele Zaken) wordt aangeleverd. De wachtlijstgegevens voor LFPZ en longcare tussen 2021 en 2024 zijn gebaseerd op peilmomenten. Er is geen vast moment vastgesteld voor deze metingen; het exacte tijdstip van de maandelijkse meting kan dus per maand variëren. Voor de LFPZ werden wachtlijstaantallen van augustus 2021 tot september 2024 aangeleverd. Voor de longcare werden wachtlijstaantallen van augustus 2021 tot februari 2024 aangeleverd.

Operationalisatie

De door DJI aangeleverde bronbestanden bevatten een set variabelen met grove kenmerken waaronder: geslacht, leeftijd, tbs-duur, en indexdelicten ((poging) levensdelict, overig geweldsdelict, zeden, brandstichting, vermogen, vrijheidsberoving). Daarnaast zijn variabelen over psychische kenmerken zoals stoornis (persoonlijkheidsstoornis/psychotisch) en IQ (<80, >=80) meegenomen, evenals kliniekgelateerde gegevens zoals naam en afdeling van de kliniek. Voor uitstroomreden is een variabele gebruikt waarmee de bestemming van de uitstroom was vastgelegd. Met deze variabele is de beweging (bijvoorbeeld van LFPZ naar LC en andersom, of uitstroom door overlijden) gecategoriseerd. De instroomdataset en de uitstroomdataset zijn beide beschrijvend geanalyseerd. De kenmerken van patiënten in de instroomsituatie of uitstroomsituatie (respectievelijk N=174 en N=269) zijn gebruikt om te kijken naar verschillen tussen groepen personen die bewegingen maken van kliniek naar kliniek of naar buiten en verschillen in kenmerken van subgroepen.

Met de populatiedatasets is bekeken in hoeverre de populaties op twee momenten - in 2017 en 2024- van elkaar verschilden. Hiertoe werken kenmerken van de 2017-populatie (dmv Chi-kwadraat toetsen, Fisher Exact toetsen (bij kleine aantallen in cellen kruistabel) en Mann-Whitney U toetsen (bij scheve verdeling variabele)) vergeleken met kenmerken van de 2024-populatie (respectievelijk N=180 en N=275).

2.4.2 Bevindingen

Ontwikkeling van kenmerken van de groepen (omvang, in- en uitstroom, wachtlijsten, grove persoons- en behandelkenmerken) sinds 2017

Het overzicht van de kenmerken van de groepen in de twee jaren (2017 en 2024) toont aan dat er geen grote veranderingen zichtbaar zijn in de omvang, de demografische-, persoons- en behandelkenmerken van de populatie in 7 jaar (zie Tabel 2.2). De kenmerken van de populatie in op de twee tijdstipmomenten, in het heden en 7 jaar geleden, zijn over het algemeen vergelijkbaar, met kleine verschillen.

Als we de populatie van 2017 ($n = 180$) en 2024 ($n = 275$) naast elkaar bekijken en de populatiegemiddelden met elkaar vergelijken, valt op dat de verhouding tussen mannen en vrouwen consistent gebleven is, met een oververtegenwoordiging van mannen in beide jaren: 89% in 2017 en 93% in 2024. De resultaten tonen aan dat er geen significant verband is, $\chi^2(1, N = 455) = 1.50, p = .221$. De gemiddelde leeftijd is niet significant verschillend ($U = 26.765, p = .141$), met 52 jaar in 2017 en 54 jaar in 2024, en het bereik blijft breed (28-82 jaar in 2017 en 26-90 jaar in 2024). De duur van de tbs-maatregel is eveneens relatief gelijk gebleven ($U = 26,550, p = .189$), met een gemiddelde van 18 jaar in 2017 (tussen 4 en 39 jaar) en 19 jaar in 2024 (tussen 1 en 43 jaar).

De verhoudingen in de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen in de langdurige verblijfsgroepen zijn ook vergelijkbaar en niet significant verschillend (Fisher's Exact Test; $p = .437$). In 2017 had 46% van de populatie een persoonlijkheidsstoornis (83 patiënten), en dit percentage was in 2024 iets hoger met 52% van de populatie (142 patiënten). Het percentage met een psychotische stoornis was in 2017 53% (96 patiënten) en in 2024 48% (132 patiënten).

De aantallen patiënten met hoge (80 of hoger) en lagere (<80) intelligentie vertonen ook geen verschillen tussen de jaren. De resultaten toonden aan dat er geen significant verband was tussen de variabelen, $\chi^2(2, N = 455) = 0.59, p = .745$. Het percentage deelnemers met een IQ van 80 of hoger is in 2017 81% (145 patiënten) en in 2024 83% (229 patiënten), wat weinig variatie laat zien.

De typen indexdelicten blijven ook grotendeels gelijk. De resultaten tonen aan dat er geen significant verband was tussen de variabelen, $\chi^2(5, N = 455) = 3.09, p = .687$. Het percentage van de populatie met (poging tot) levensdelicten is in beide jaren vergelijkbaar: 42% in 2017 en 40% in 2024.

Andere delicttypen, zoals geweldsdelicten, zedendelicten en brandstichting, vertonen ook een vergelijkbare verdeling tussen de jaren.

Wat betreft modaliteit van de maatregel tbs zijn de percentages anders in de populatie van 2017 en 2024. De resultaten tonen aan dat er een significant verband is tussen populatie (jaar 2027 of 2024) en type, $\chi^2(2, N = 455) = 9,56, p = .008$, Fisher's Exact Test ($p = .005$). In beide jaren had het overgrote deel van de populatie geen eerdere tbs met voorwaarden of met dwangverpleging opgelegd gekregen. De meerderheid van de populatie kreeg bij berechting tbs met dwangverpleging opgelegd, zowel in 2017 (96%) als in 2024 (92%). Opvallend is dat de maatregel waarin tbs met voorwaarden wordt omgezet in tbs met bevel tot verpleging, in 2017 maar in twee gevallen voorkwam (1%), en in 2024 in 17 gevallen (6%),

Er is wel een verschuiving zichtbaar als het gaat om het type afdeling: in 2017 verbleef 58% op een de LFPZ, terwijl dit percentage in 2024 gedaald is naar 35%. Tegelijkertijd is het percentage op longcare-afdelingen gestegen van 42% in 2017 naar 65% in 2024 ($\chi^2(2, N = 455) = 23,44, p = <.001$).

De resultaten in Tabel 2.2 laten zien dat er in de kenmerken van de populatie tussen 2017 en 2024 geen grote verschillen te zien zijn. De meeste kenmerken vertonen een vergelijkbare verdeling in beide jaren. Het aantal deelnemers is gestegen, en er zijn enkele verschuivingen in de afdelingsindeling en klinieken, maar de kernkenmerken van de populatie bleven consistent.

Tabel 2.2: Kenmerken populatie 2017 en 2024

	Populatie 2017		Populatie 2024	
Variabele	Aantal/ Gemiddelde	Percentage	Aantal/ Gemiddelde	Percentage
	N= 180		N=275	
Demografische kenmerken				
Geslacht				
Man	161	89%	255	93%
Vrouw	19	11%	20	7%
Gemiddelde leeftijd (huidig)	52 (28-82)		54 (26-90)	

Tbs duur (jaren)	18 (4-39)		19 (1-43)	
Stoornis				
Persoonlijkheidsstoornis	83	46%	142	52%
Psychotisch	96	53%	132	48%
IQ				
<80	34	19%	45	16%
>=80	145	81%	229	83%
Justitiële kenmerken				
Indexdelict type				
(Poging) Levensdelict	76	42%	109	40%
Overig geweldsdelict	43	24%	62	22%
Zeden	37	21%	62	22%
Brandstichting	16	9%	33	12%
Vermogen	1	1%	0	0%
Vrijheidsberoving	7	4%	9	3%
Eerdere TBS voorwaarden				
Ja	2	1%	5	2%
Nee	178	99%	270	98%
Eerdere TBS dwang				
Ja	12	7%	24	9%
Nee	168	93%	251	91%
Soort maatregel*				

Last tot plaatsing psychiatrisch ziekenhuis (voormalig art. 37 Sr) en TBS met dwangverpleging	6	3%	3	1%
TBS met dwangverpleging	172	96%	255	93%
TBS met voorwaarden omgezet in TBS met dwangverpleging	2	1%	17	6%
Soort afdeling*				
Longstay / LFPZ	105	58%	97	35%
Longcare	75	42%	178	65%

* significant verschillend tussen populaties (zie tekst voor significantiewaarden)

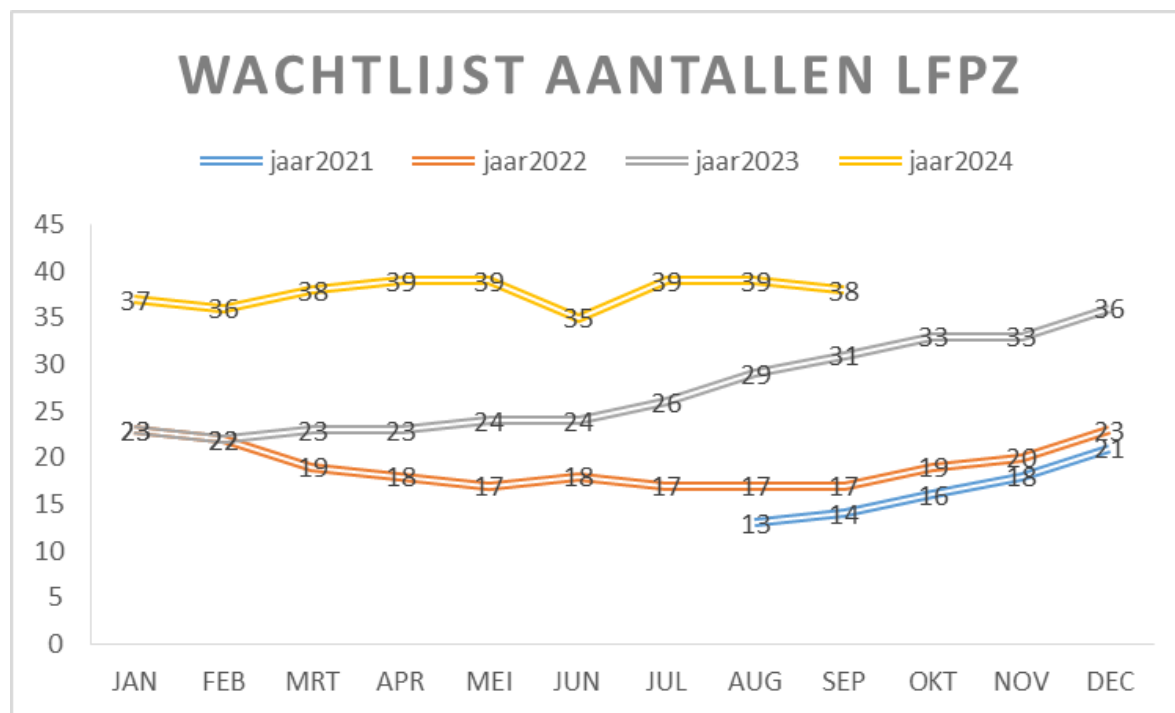
Wachtlijsten 2021- 2024

Dit deel van de resultaten is gebaseerd op een vijfde apart registratiebestand met de maandelijkse wachtlijstaantallen over een periode van bijna vier jaar voor LFPZ en longcare tussen 2021 en 2024 (gebaseerd op de 'Maandstaat' van DJI).

LFPZ wachtlijsten

De wachtlijsten voor de LFPZ laten een stijgende trend zien tussen 2021 en 2024 (Figuur 2.3). In 2021 begon de registratie vanaf september, met 13 patiënten op de wachtlijst. Dit aantal nam geleidelijk toe tot 21 patiënten in december 2021. In 2022 bleef de wachtlijst relatief stabiel gedurende het jaar, variërend tussen 17 en 23 patiënten. Vanaf 2023 is echter een toename zichtbaar in het aantal wachtenden. Het aantal patiënten op de wachtlijst steeg van 23 in januari naar 36 in december, een groei van meer dan 50% in één jaar. Deze trend zette zich voort in 2024, met een piek van 39 patiënten in juli en augustus. Hoewel het aantal in september licht daalde naar 38 patiënten, blijft het veel hoger dan in voorgaande jaren. Samengevat tonen de gegevens een sterke groei in de wachtlijsten voor de LFPZ, met name vanaf 2023, wat wijst op een toenemende vraag naar langdurige forensische zorg.

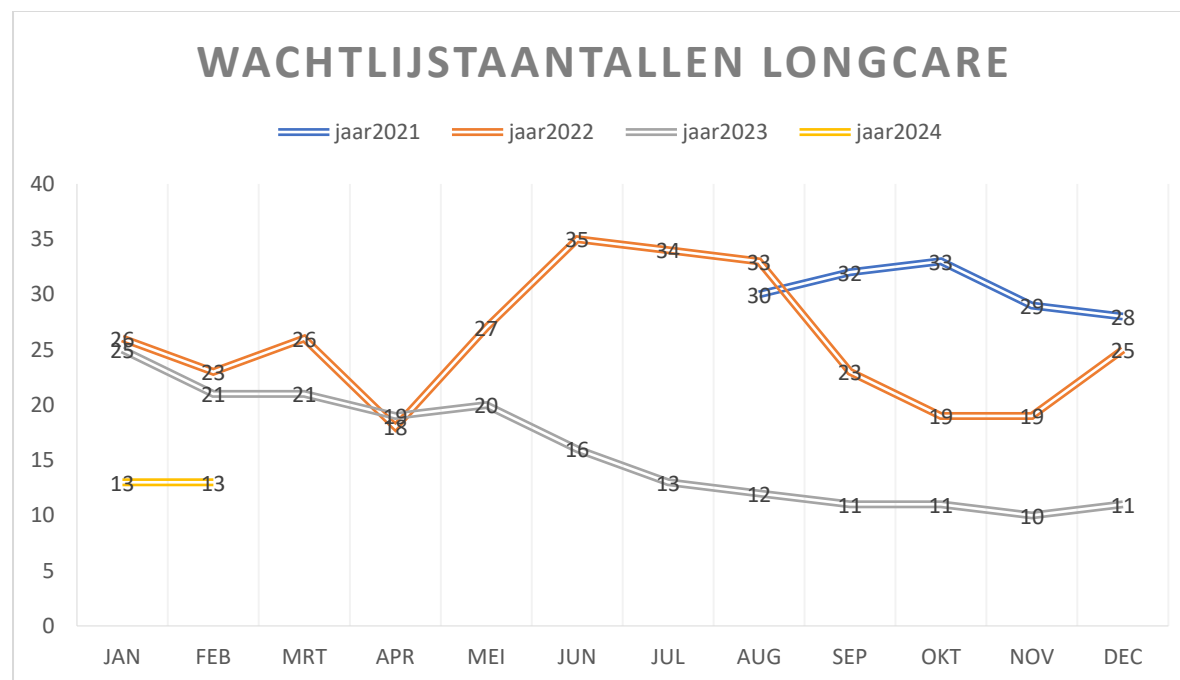
Figuur 2.3: Wachtlijstaantallen voor LFPZ tussen 2021 en 2024 (gebaseerd op de 'Maandstaat' van DII)



Longcare wachtlijsten

In tegenstelling tot de wachtlijsten voor de LFPZ laten de wachtlijsten voor de longcare een dalende trend zien tussen 2021 en 2024 (zie Figuur 2.4). In 2021 begon de registratie vanaf augustus, met 30 patiënten op de wachtlijst. Dit aantal nam geleidelijk af tot 28 patiënten in december 2021. In 2022 bleef de wachtlijst relatief stabiel gedurende het jaar, met stijgingen en dalingen variërend tussen 18 en 35 patiënten. Vanaf 2023 is echter een significante afname zichtbaar. Het aantal patiënten op de wachtlijst daalde van 25 in januari naar 11 in december, een daling van meer dan 50% in één jaar. In 2024 stonden er in januari en februari 13 patiënten op de wachtlijst; een getal veel lager dan in voorgaande jaren.

Figuur 2.4: Wachlijstaantallen voor Longcare tussen 2021 en 2024 (gebaseerd op de 'Maandstaat' van DJI)



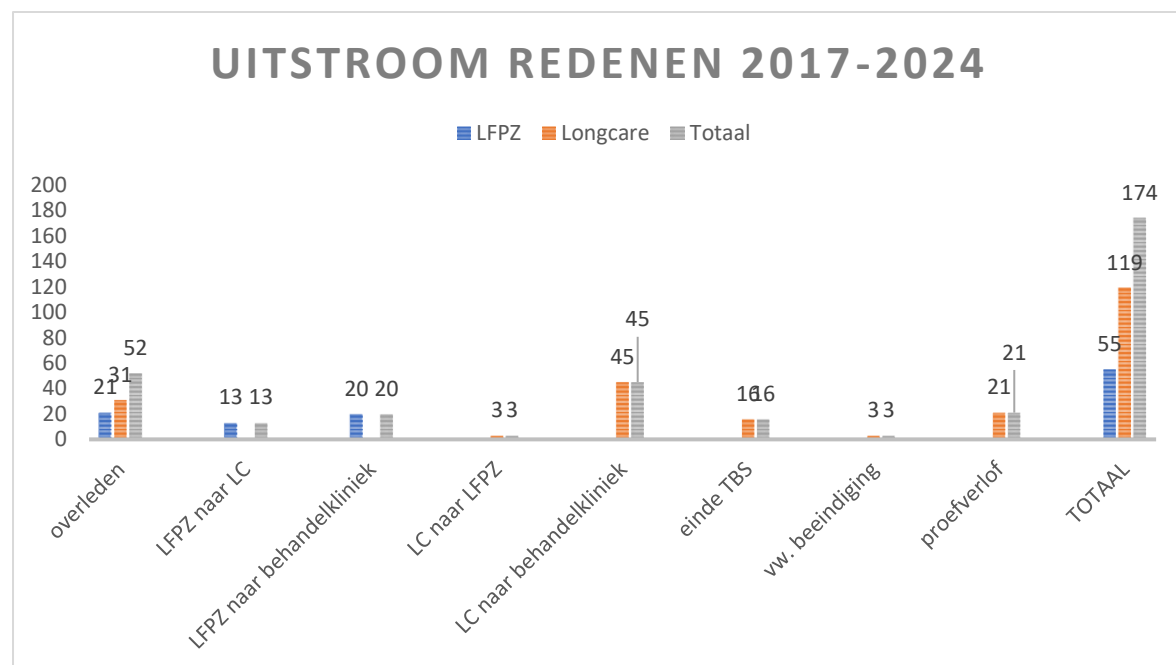
Kenmerken van uitstromers van de LFPZ en longcare sinds 2017 en verschillen met niet-uitstromers

In dit deel zijn de resultaten gebaseerd op de instroomdataset en de uitstroomdataset. Hierin is informatie over de voorziening van herkomst (bij de instroomdataset) en over de uitstroomredenen (bij de uitstroomdataset) opgenomen. In dit deel worden voor totale aantallen gerapporteerd alsook voor aantallen per subgroep -longcare en LFPZ- welke redenen er werden geregistreerd voor uitstroom uit de zorginstelling.

Wanneer naar het totaalbeeld gekeken wordt (zie Figuur 2.5), blijkt dat er 52 overlijdens waren binnen de onderzochte 7 jaar. De hoogste percentages werden waargenomen in 2022 en 2023 (beide 16,1%; ziet Tabel 2.3). De uitstroom van LFPZ naar longcare omvatte 34 patiënten, met

in 2021 (26,5%) de hoogste uitstroom. Uitstroom naar behandelklinieken werd 45 keer geregistreerd, met de hoogste percentages in 2022 en 2023 (24,4%). LFPZ naar behandelklinieken omvatte in totaal 20 overstappen, waarbij dit in 2019 (30%) het meest voorkwam (zie Tabel 2.3). In 16 gevallen werd de tbs beëindigd, het meest in 2022 (43,8%). Voorwaardelijke beëindiging kwam in totaal drie keer voor. Het totaal aantal uitstroomgevallen in de analyse bedraagt 174, met de hoogste percentages uitstromers in 2022 (21,8%) en 2023 (18,5%). Zie voor een volledig beeld Tabel 2.3.

Figuur 2.5: Uitstroom redenen LFPZ en Longcare 2017-2024



Het totaal aantal uitstroomgevallen over alle jaren (2017-2024) binnen de LFPZ-groep bedraagt 55. Uit de resultaten blijkt dat er binnen de LFPZ-groep een totaal van 21 overlijdens werd geregistreerd (zie Figuur 2.5), waarbij het hoogste percentage geregistreerd werd in 2018 (19%; zie Tabel 2.3). In de andere jaren waren er slechts kleinere schommelingen. De uitstroom van LFPZ naar longcare omvatte in totaal 13 gevallen, met het hoogste aandeel in 2018 (38,5%; zie Tabel 2.3). Daarnaast vonden 20 overstappen van LFPZ naar behandelklinieken plaats, met 2019 (30%) als jaar met het hoogste aantal (zie tabel 2.3)

Uit de Longcare-groep stroomden in totaal (over de jaren 2017-2024) 119 patiënten uit, 2022 (21,8%) was het jaar met het hoogste aantal uitstromers uit de longcare. Hiervan waren er 31 patiënten uitstromers door overlijden (zie Figuur 2.5). Dit percentage was enigszins hoger in 2021 (19,4%) en 2022 (16,1%) (zie Tabel 2.3). De uitstroom van longcare naar LFPZ vond slechts drie keer plaats, elk één in 2019, 2020 en 2021. De uitstroom van longcare naar behandelklinieken was met 45 gevallen de meest voorkomende uitstroomreden, met pieken in 2022 en 2023 (24,4%). Er waren 16 beëindigingen van tbs, waarvan het grootste aantal in 2022 (43,8%) plaatsvond. Er is geen inzicht geboden in de details van beëindiging. Voorwaardelijke beëindiging werd in drie gevallen geregistreerd, verspreid over 2017, 2021 en 2023. In 2021 werden er 21 proefverloven verleend, met een iets hoger aantal (33,3%).

Tabel 2.3: Uitstroomreden en uitstroomjaar, met onderscheid tussen de groepen LFPZ en Longcare

Voorziening	Uitstroomreden	Uitstroomjaar (aantal en percentage)								Totaal
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
LFPZ	overleden	2	4	3	2	1	3	3	3	21
		9,5%	19,0%	14,3%	9,5%	4,8%	14,3%	14,3%	14,3%	
	LFPZ naar LC	1	5	2	1	2	0	2	0	13
		7,7%	38,5%	15,4%	7,7%	15,4%	0,0%	15,4%	0,0%	
	LFPZ naar behandelkliniek/FPC	5	0	6	1	2	5	1	0	20
		25,0%	0,0%	30,0%	5,0%	10,0%	25,0%	5,0%	0,0%	
	TOTAAL LFPZ	8	9	11	5	5	8	6	3	55
		14,5%	16,4%	20,0%	9,1%	9,1%	14,5%	10,9%	5,5%	
Longcare	overleden	4	0	3	3	6	5	5	5	31
		12,9%	0,0%	9,7%	9,7%	19,4%	16,1%	16,1%	16,1%	
	LC naar LFPZ	0	0	1	1	1	0	0	0	3
		0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	
	LC naar behandelkliniek	0	4	4	5	6	11	11	4	45
		0,0%	8,9%	8,9%	11,1%	13,3%	24,4%	24,4%	8,9%	
	einde TBS	0	2	1	0	1	7	3	2	16
		0,0%	12,5%	6,3%	0,0%	6,3%	43,8%	18,8%	12,5%	
	Voorwaardelijke beëindiging	1	0	0	0	1	0	1	0	3
		33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	
	proefverlof	2	2	0	5	7	3	2	0	21
		9,5%	9,5%	0,0%	23,8%	33,3%	14,3%	9,5%	0,0%	
	TOTAAL Longcare	7	8	9	14	22	26	22	11	119
		5,9%	6,7%	7,6%	11,8%	18,5%	21,8%	18,5%	9,2%	

Om meer inzicht te krijgen in de kenmerken van LFPZ-uitstromers (LFPZ naar LC, LFPZ naar behandelkliniek/FPC (zie tabel 2.3)) en LFPZ-uitstromers (LC naar LFPZ, LC naar behandelkliniek, einde TBS) ten opzichte van niet-uitstromers zijn de percentages van twee kenmerken vergeleken die beschikbaar waren in de uitstroomdataset. Stoornis (persoonlijkheidsstoornis en psychotisch) en indexdelict (brandstichting, zeden, levensdelicten, overige geweld) van uitstromers uit de LC, uitstromers uit de LFPZ en niet-uitstromers qua percentages zijn in beide groepen (LFPZ en longcare) naast elkaar gezet. Het is een bewuste keuze om geen vergelijkende analyses uit te voeren. Omdat de algemeenheid van de informatie over stoornis en uitstroom, en de tijdsperiode van 2017-2024, alsook de mogelijk dubbele vertegenwoordiging van patiënten in alle groepen een vertekend beeld zou kunnen geven, is volgens onderzoekers niet tot een methodologisch gedegen vergelijking te komen. Om toch inzicht te bieden in hoe de uitstromende populatie zich procentueel qua stoornis en indexdelict verhoudt tot de hele populaties LFPZ en longcare laten we in tabel 2.4 de verhouding van stoornissen en indexdelicten bij uitstromers uit longcare en LFPZ, vergeleken met de hele populatie binnen beide groepen zien.

Tabel 2.4: Kenmerken van uitstromers van de LFPZ en Longcare, vergeleken met gehele LFPZ en Longcare populatie

		Uitstromers uit LC 2017-2024		Hele populatie LC 2024		Uitstromers uit LFPZ 2017-2024		Hele populatie LFPZ 2024	
Stoornis		n	%	n	%	n	%	n	%
	Persoonlijkheidsstoornis	29	45%	80	45%	30	56%	62	64%
	Psychotisch	35	55%	97	55%	24	44%	35	36%
Indexdelict									
	Brandstichting	13	20%	32	18%	6	32%	1	1%
	Zeden	7	11%	38	21%	9	56%	24	24%
	Levensdelicten	25	39%	62	35%	21	27%	47	49%
	Overige geweld	19	30%	42	24%	15	23%	20	21%

De tabel toont verhoudingen tussen percentages van stoornissen en delicten onder de uitstromende populatie patiënten uit de longcare (2017-2024) en de totale huidige populatie in de longcare (2024), alsook verhoudingen van percentages van stoornissen en delicten onder de populatie uitstromende patiënten uit de LFPZ (2017-2024) en de totale populatie in de LFPZ (2024). Als we kijken naar de stoornissen, lijken patiënten die uitstromen uit de LFPZ minder vaak aan persoonlijkheidsstoornissen te lijden en iets vaker aan psychotische stoornissen. Bij de delicten vallen ook enkele verschillen op. Patiënten die uit de longcare stromen lijken minder vaak een zedendelict als indexdelict te hebben gepleegd dan bij niet-uitstromende patiënten uit de longcare (11% vs. 21%), de patiënten die zedendelicten pleegden zijn in de LFPZ juist meer vertegenwoordigd in de uitstroomgroep (56% (uitstroom LFPZ) vs. 24% (totale populatie LFPZ)). Patiënten die levensdelicten pleegden lijken minder vaak uit te stromen uit de LFPZ (27% vs. 49%). De percentageverschillen suggereren dat bepaalde delicttypes en stoornissen invloed kunnen hebben op uitstroompatronen uit de LFPZ en uit de longcare.

2.5 Korte antwoorden op deelvragen

Op basis van de hierboven beschreven resultaten kunnen de deelvragen die tot dit hoofdstuk behoren als volgt worden beantwoord.

Vraag 1. Wat zijn de demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de huidige langverblijvers in de tbs?

De resultaten tonen aan dat er in deze groep een breed scala aan diagnostische kenmerken bestaat, waarbij vooral de comorbiditeit, de hoge prevalentie van verslavingsstoornissen en persoonlijkheidsproblematiek opvalt. Gekeken naar combinaties van diagnoses en gedrag in de kliniek lijken er typerende profielen van patiënten te zijn, die verschillen voor mannen en vrouwen. De onderzochte groep vertoont aanzienlijke variatie in strafmaatregelen, slachtofferrelaties en de tijd tussen de eerste veroordeling en de tbs-oplegging.

Vraag 2. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen ten aanzien van de bovenstaande kenmerken tussen de LFPZ-groep en de longcare-groep?

Over het algemeen vonden wij weinig verschillen tussen de LFPZ-patiënten en de longcare-patiënten. Wat betreft het type delict viel op dat er in de LFPZ meer patiënten zaten die een levensdelict pleegden en in de longcare vaker patiënten die brandstichtten. Wat betreft de stoornissen ten tijde van het onderzoek zijn er weinig significante verschillen tussen de twee groepen. Uit de kwalitatieve analyses lijken langdurige agressie problematiek, verminderd ziektebesef en behandelmotivatie met name in de LFPZ een rol te spelen bij patiënten. De verschillen die gevonden werden lijken alleen gerelateerd te zijn aan de tijd, oftewel leeftijd en behandelduur. De mensen in de LFPZ laten

meer fysieke klachten zien en hebben meer zorg nodig, wat lijkt samen te hangen met de hogere leeftijd van deze groep.

Vraag 3. Hoe hebben de kenmerken van de groepen (omvang, aantal plaatsen, in- en uitstroom, wachtlijsten, grove persoons- en behandelkenmerken) zich over de jaren ontwikkeld sinds 2017?

Wat betreft de ontwikkelingen in kenmerken van de groepen sinds 2017 zagen we in de resultaten dat er tussen 2017 en 2024 geen opvallende veranderingen zijn in de percentages van kenmerken van de populatie. De meeste kenmerken vertonen een vergelijkbare verdeling over de jaren, hoewel er een stijging is in het aantal deelnemers en een verschuiving in de afdelingsindeling en in de klinieken. De kernkenmerken in de populaties lijken consistent te blijven. Wat betreft de wachtlijsten is er een sterke toename te zien voor de LFPZ-groep vanaf 2023, wat wijst op een toenemende vraag naar langdurige forensische zorg. Voor de longcare-groep is er juist een sterke daling in de wachtlijsten vanaf 2023, wat beslist niet duidt op een afnemende vraag naar dit type zorg, maar toe te schrijven is aan toegenomen capaciteit en de mogelijkheid om de wachtlijst te limiteren.

Vraag 4. Wat zijn de kenmerken van uitstromers van de LFPZ en longcare tussen 2017 en 2024 en in hoeverre verschillen die van de niet-uitstromers?

Na onderzoek naar de procentuele verhoudingen van stoornis en delict onder de populatie uitstromende patiënten uit de LFPZ en longcare tonen de resultaten enkele variaties tussen de groepen. Patiënten die zedendelicten pleegden lijken sneller uit de LFPZ (richting de longcare) en minder snel uit de longcare te stromen. Ook patiënten met een psychotische stoornis zijn oververtegenwoordigd in de uitstroomgroep uit de LFPZ maar niet in de uitstroomgroep uit de longcare. Patiënten die levensdelicten pleegden lijken minder vaak uit te stromen uit de LFPZ. De percentageverschillen suggereren dat bepaalde delicttypes en stoornissen invloed kunnen hebben op uitstroombatronen uit de LFPZ en uit de longcare.



3. Behoeften van betrokkenen- *verslag van een interviewstudie*

3.1 Achtergrond en doel

Om de ervaringen en behoeften ten aanzien van zorg, beveiliging en uitstroom van de LFPZ en de longcare in kaart te brengen, is een interviewstudie uitgevoerd onder patiënten en professionals die enige betrokkenheid hebben met plaatsing, zorg en mogelijke uitstroom bij de LFPZ en de verschillende longcare-voorzieningen. Het doel van deze interviewstudie was om verschillen in zorg- en behandelvisie, rechtspositie en uitstroom voor de LFPZ en de verschillende longcare-afdelingen in kaart te brengen. Die behoeften hebben niet alleen betrekking op het type zorg of behandeling, vormen van voortgang of vervolgvoorziening. Deze behoeften zien ook op kwaliteit van leven, mogelijkheden tot verlof, plaatsingsprocedures (en andere beleidskwesties) en de mogelijkheid om tegen beslissingen hierover in het verweer te komen. Tevens hebben we inzicht vergaard in de ontwikkeling van deze thema's op zowel de LFPZ als de longcare-voorzieningen en uitgevraagd hoe de patiëntenpopulatie en hun ervaringen kunnen worden getypeerd.

Onderzoeksvragen in hoofdstuk 3

5. In hoeverre verschillen de zorg, behandeling en door- en uitstroom van de LFPZ en de verschillende afdelingen van de longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?

6. In hoeverre verschillen beleid en rechtspositie van de LFPZ en longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?
7. In hoeverre verschillen behoeften van patiënten op de LFPZ en de longcare van elkaar ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie?
8. In hoeverre verschillen de LFPZ en de longcare(-afdelingen) van elkaar in het voorzien in die behoeften van patiënten?
9. Wat zijn de behoeften van bij langverblijvers betrokken professionals ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie en in hoeverre wordt daarin voorzien?

Hieronder zal eerst de methode nader worden toegelicht. Vervolgens worden de bevindingen besproken. Dit hoofdstuk sluit af met een kort antwoord op de onderzoeksvragen die in deze deelstudie centraal stonden.

3.2 Methode

Onderzoeksgroep en procedure

In deze interviewstudie zijn door middel van 28 interviews, 43 professionals gesproken die op enigerlei betrokken zijn (ofwel in de praktijk ofwel op beleidsniveau) bij plaatsing, zorg of behandeling, mogelijkheden tot verlof en uitstroom en mogelijkheden tot beklag tegen deze werkwijze (zie Tabel 3.1 voor een overzicht). Het betreft advocaten, medewerkers van DIZ, medewerkers van klinieken met en zonder longcare-afdeling, pro Justitia-rapporteurs, leden van de RSJ, AVT en de LAP. We hebben gesproken met professionals op de LFPZ en de verschillende longcare-voorzieningen (Merendael, De Voorde, De Wierde en de Woenselse Poort). Daarnaast hebben we gesproken met respondenten die in een behandelkliniek werken en betrokken zijn bij verwijzing naar de LFPZ of longcare. Deze respondenten waren ofwel werkzaam op de behandelafdelingen van klinieken met een eigen longcare-voorziening (de Pompestichting, Van der Hoeven Kliniek), of in een kliniek zonder eigen longcare-voorziening (FPC de Kijvelanden, FPC de Oostvaarderskliniek). Op deze manier kregen we inzicht in zowel interne plaatsing als externe overplaatsing. Ten slotte hebben we gesproken met professionals werkzaam bij de Van Mesdag kliniek. Deze kliniek heeft een Langdurige Forensische Zorg (LFZ) afdeling. Hoewel dit formeel geen longcare-afdeling is, toont het wel dusdanige overeenkomsten dat we ook deze voorziening in het onderzoek hebben betrokken. Tevens verwijst de Van Mesdag ook door naar de LFPZ en andere longcare-voorzieningen dus

konden we ook inzicht verkrijgen in die beslisprocessen (zie ook Hoofdstuk 4). De bevindingen vanuit de LFZ zullen telkens besproken worden bij bevindingen over de longcare.

Daarnaast hebben we met 22 patiënten gesproken die op het moment van het onderzoek verbleven op de LFPZ, een longcare of LFZ-afdeling of op de wachtlijst stonden voor plaatsing in de LFPZ. Tevens hebben we één ervaringsdeskundige gesproken die in het verleden op de LFPZ heeft verbleven.

Hierna volgt een beschrijving van de respondenten, de procedure, de onderwerpen die aan bod zijn gekomen en de analyse van de gegevens.

Tabel 3.1: Overzicht respondenten interviewstudie.

Respondent		Aantal
Professionals		
	Advocaten	5
	DIZ	3
	LFPZ	3
	Longcare	12
	Behandelklinieken	14
	- Van der Hoeven	
	- Kijvelanden	
	- Oostvaarderskliniek	
	- Van Mesdag (incl. LFZ)	
	Pro Justitia-rapporteurs	2
	RSJ, AVT en LAP	4
Patiënten	Huidige patiënten	22
		○ De Wierde (n = 2) ○ De Voorde (n = 3) ○ Merendael (n = 4)

	○ De Woenselse Poort (n = 1) ○ Van Mesdag (n = 4) ○ De Kijvelanden (n = 1) ○ LFPZ (n = 7)
Ervaringsdeskundige ²¹	1

Respondenten zijn geworven middels contactpersonen van de onderzoekers bij de verschillende klinieken en instanties. Alle benaderde personen waren bereid om medewerking te verlenen aan het onderzoek. Patiënten zijn deels via hun advocaten en deels via contactpersonen bij de klinieken geworven. Benadering via advocaten vonden we de meest geëigende route om te voorkomen dat patiënten dachten dat participatie consequenties kon hebben voor hun behandeling. Anderzijds bleek dit in sommige gevallen niet haalbaar doordat patiënten uiteindelijk tijdens onze bezoeken aan de klinieken niet beschikbaar waren. In die gevallen hebben klinieken zelf patiënten benaderd met de vraag tot medewerking. In de praktijk bleek dit ook goed te werken en hebben de onderzoekers telkens hun onafhankelijkheid van de kliniek benadrukt. De interviews zijn in alle gevallen zonder aanwezigheid van medewerkers van de klinieken gehouden om de onafhankelijkheid van het onderzoek te waarborgen. Interviews met patiënten werden enkel gehouden indien volgens de kliniek geen contra-indicaties voor het interview aanwezig waren (bijvoorbeeld een te instabiel toestandbeeld van de patiënt). Dit was in geen enkel geval aan de orde.

Het merendeel van de interviews is face-to-face afgenomen. Vier interviews met in totaal zeven respondenten (medewerkers van DIZ en een aantal professionals van de klinieken) hebben digitaal plaatsgevonden. Alle geïnterviewde respondenten hebben toestemming gegeven voor deelname aan het interview (en daarmee het onderzoek) middels het ondertekenen (of bevestigen) van een *informed consent* formulier (zie Bijlage B.2). Respondenten zijn geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de manier waarop om wordt gegaan met de verzamelde informatie. Tevens is van de meeste respondenten toestemming verkregen om het interview op te nemen ten behoeve van uitwerking van het interview. In slechts vier gevallen (allen patiënten) werd geen toestemming gegeven voor opname en zijn enkel aantekeningen van het gesprek gemaakt. De duur van de interviews varieerde over het algemeen tussen de 45 en de 90 minuten. De interviews met patiënten duurden hooguit 30 minuten. Elk interview

²¹ Deze respondent heeft een tbs-maatregel gehad en in het verleden in de LFPZ gezeten. Deze respondent werkt momenteel als ervaringsdeskundige in een longcare.

is getranscribeerd of uitgewerkt in een gespreksverslag. Desgewenst, konden respondenten het transcript controleren op onjuistheden of herleidbare gegevens (*member checking*). Een enkeling heeft hier gebruik van gemaakt.

Topiclijst

De interviews zijn semigestructureerd afgenomen. Dat houdt in dat werd gewerkt met een vooropgestelde topiclijst op basis van literatuur en het dossieronderzoek, maar dat er ruimte was om gedurende de interviewstudie de onderwerpen aan te passen of aan te vullen indien dit nodig was. De onderwerpen die centraal stonden hebben zich gericht op behoeften, ervaringen en percepties van de respondenten. Vanuit hun perspectief is gevraagd naar kenmerken van de doelgroep voor de LFPZ en/of longcare, het beeld onder patiënten van deze voorzieningen, de behoeften ten aanzien van zorg, beveiliging en rechtspositie, knelpunten in het huidige beleid en aanbevelingen voor mogelijke veranderingen. De algemene topiclijst was steeds het uitgangspunt, maar afhankelijk van het type professional of zijn/haar ervaring kon een onderwerp meer of minder aandacht krijgen in het interview (zie Bijlage B.1 voor alle topiclijsten). Zo is bijvoorbeeld met medewerkers van DIZ meer gesproken over de beleidsmatige ontwikkelingen van de afgelopen jaren, terwijl het bij klinieken meer ging over hun specifieke visie op langverblijf en hun ervaringen in de praktijk. Dergelijke flexibiliteit is een belangrijk voordeel van semigestructureerd interviewen.

Analyse

De transcripten en gespreksverslagen zijn door twee onderzoekers gecodeerd met behulp van codes gebaseerd op de verschillende deelvragen binnen dit deel van het onderzoek en de bijbehorende onderwerpen uit de topiclijst (deductief coderen). Daarnaast was ook ruimte voor codes die vanuit de data naar voren kwamen (inductief coderen), waardoor een hybride aanpak op basis van thematische analyse is gebruikt.²² Vervolgens is de informatie onderverdeeld in 8 verschillende thema's (zie Figuur 3.1) die zowel voor de longcare als de LFPZ naar voren kwamen. Hieronder worden deze thema's behandeld, waarbij zowel de situatie voor de LFPZ als de longcare uiteen wordt gezet. Tussen verschillende thema's kan enige overlap bestaan. Bij de gebruikte citaten wordt enkel de overkoepelende instantie (o.a. LFPZ, longcare, advocatuur, AVT etc.) en een respondentnummer en/of functiegroep genoemd (management, behandeling) om herleiding naar individuele respondenten te voorkomen.

²² Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

Figuur 3.1: Thema's in de interviews.



3.3. Bevindingen

Visie op zorg en behandeling in de LFPZ: “zo lang als nodig, maar niet langer dan noodzakelijk”

Omdat LFPZ maar op twee locaties (Zeeland en Vught²³) wordt aangeboden door één organisatie (de Pompestichting), bestaat een uniforme visie op zorg en beleid. De LFPZ zou bedoeld zijn voor een populatie met een hoge zorgbehoefte en een hoog beveiligingsniveau.²⁴ Op de LFPZ worden patiënten aangeduid als bewoners. Er is geen sprake van behandel- of uitstroomdruk vanuit de voorziening. Dit betekent overigens niet dat uitstroom uit de LFPZ niet mogelijk is (zie ook Hoofdstuk 2 van dit rapport voor de uitstroom uit de LFPZ voor de periode 2017-2024), maar hernieuwde mogelijkheden voor behandeling en resocialisatie worden onderzocht op het tempo van en passend bij de bewoner. Kwaliteit van leven van de bewoner staat op de voorgrond, maar er wordt, wanneer hier behoefte aan is, actief gekeken naar mogelijkheden voor de bewoner. Inmiddels is sprake van een groeiende wachtlijst voor plaatsing, mede doordat het uitstroomtempo laag ligt (zie ook Hoofdstuk 2). De relatief hoge uitstroomcijfers van een aantal jaar geleden²⁵, laten zien dat de LFPZ geen eindstation hoeft te zijn, maar kan fungeren als een tussenstation waar een patiënt een pauze in een behandeltraject kan inlassen. Een dergelijke pauze zonder behandelruk kan dan met verloop van tijd tot hernieuwde motivatie leiden.

“Als behandeling op recidivevermindering stopt, betekent niet dat een mens stopt met ontwikkelen.” (LFPZ #1)

Hoewel vanuit de visie geen druk op uitstroom staat, levert de toenemende wachtlijst voor plaatsing op de LFPZ wel een vorm van externe druk op. Immers, als er geen of weinig uitstroom is, kunnen ook geen nieuwe patiënten worden geplaatst. Er wordt tijdens hertoetsing nog kritischer meegekeken door de pro Justitia-rapporteurs, of middels zorgconferenties, naar andere mogelijkheden dan de LFPZ. Deze kentering wordt als positief ervaren door de LFPZ. Vooral omdat enkel de Pompestichting LFPZ aanbiedt, wordt de input van buitenaf als waardevol beschouwd en hebben zij ook behoefte om te kunnen sparren met andere, gelijkwaardige, partijen. Tegelijkertijd geeft de LFPZ aan dat het belangrijk is om de capaciteitsdruk buiten de muren te houden omdat juist enige vorm van druk voor de doelgroep op de LFPZ problematisch kan werken.

“De belangrijkste doelstelling voor de LFPZ voor de komende jaren is dan ook om de druk buiten te houden. De druk op de behandeling en op de bedden neemt toe dus mensen worden kritischer op wat ze bij de LFPZ doen. En kritisch zijn is goed, maar als het neigt naar dat ze zich bezig gaan houden met de behandelinhoud en dat je weer een soort verkapte behandelkliniek gaat krijgen, dat moet je niet willen. Want dat heeft ook niet geholpen. Dat begint soms te conflicteren.” (LFPZ #1)

²³ De locatie Vught heeft zes bedden voor bewoners met een EVBG-status.

²⁴ Reitsma, J., Walberg, A., Jongebreur, W., & Schrama, A. (2013). *Evaluatie Beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets* (Nr. 2107). Significat.

²⁵ Uitstroomcijfers van de LAP over de periode 2011-2019 lieten een uitstroompercentage van 44% zien. Zie <https://www.landelijkeadviescommissieplaatsing.nl/over-de-lfpz/uitstroom-uit-de-lfpz>.

Vanuit het capaciteitsgebrek ontstaat enerzijds de wens voor meer locaties voor LFPZ om meer patiënten te plaatsen, maar ook om huidige LFPZ-patiënten naar te kunnen overplaatsen mocht het vastlopen in Zeeland. Anderzijds wordt vanuit de LFPZ de vraag gesteld hoe wenselijk dit is omdat wellicht de onmogelijkheid om een patiënt over te plaatsen ook de kracht van de LFPZ is: “je moet met de patiënt door”. Deze kracht wordt ook door andere professionals erkend:

“Het is heel knap wat ze in Zeeland doen en waardoor ze wel resultaat bereiken. De cultuur die ze daar hebben kun je niet zomaar ergens anders naartoe verplaatsen.” (AVT #1)

Er heerst vanuit de klinieken ook een opvatting dat door de capaciteitsdruk op de LFPZ de LAP strenger zou toetsen bij aanvraag van de LFPZ-status en dat eerst al het andere, waaronder een longcare-plaatsing, zou moeten zijn geprobeerd om een aanvraag kansrijker te maken. De pro Justitia-rapporteurs zouden ook meer suggesties geven voor alternatieven dan de LFPZ. De LAP herkent deze opvatting niet, al zien zij in aanvragen wel dat casussen vaak al afgewezen zijn bij longcares. De ervaring van de longcare is dat aanvragen voor longcare soms strategisch worden gedaan wetende dat de patiënt eigenlijk niet passend is, maar dat dit de aanvraag voor een LFPZ-status verstevigt.

“Maar wat ik ook merk is dat we een soort strategische positie krijgen dat je eerst langs alle longcares moet en daar allemaal afwijzingen van moet hebben voordat de LAP een LFPZ-status toekent en dat vervolgens ook nog pro Justitia rapporteurs gaan toetsen en dan gaan zeggen ‘nee, maar toch moet hij echt naar [locatie longcare]’ terwijl wij hem al hebben afgewezen en dan komen ze dus weer terug. En dat begint wel steeds meer te worden.” (Longcare, management #1)

Een andere ontwikkeling die breed wordt gesignaleerd is dat een andere, zwaardere, populatie richting de LFPZ gaat. Uit recente interne cijfers van de LAP (zie Hoofdstuk 5) blijkt dat momenteel veel relatief jonge patiënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek (zoals Cluster B persoonlijkheidsproblematiek (o.a. borderline, antisociale persoonlijkheidsproblematiek, psychopathie) op de wachtlijst staan.²⁶ In de LFPZ wordt deze ontwikkeling ook herkend en zien zij dat dit de dynamiek tussen de patiënten verandert, waarbij kwetsbare bewoners worden overvleugeld door deze groep.

Visie op zorg en behandeling in de longcare

²⁶ Gebaseerd op intern onderzoek door de LAP.

De onderzoeksoopdracht en de bijbehorende onderzoeksvragen zetten aan tot een vergelijking tussen de LFPZ en de longcare. Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat, in tegenstelling tot de LFPZ, dé longcare als zodanig niet lijkt te bestaan. Dit werd in eerder evaluatieonderzoek ook al geconstateerd (zie Hoofdstuk 1).²⁷ De benaming wordt door meerdere klinieken en afdelingen gebruikt, maar uit onze bezoeken aan de klinieken en de interviews kwam naar voren dat elke longcare-voorziening een eigen betekenis aan de naam en het concept *longcare* geeft en een eigen visie en beleid heeft op het type zorg dat daar geboden wordt. Daar tegenover staat dat sommige klinieken zonder officiële longcare-afdeling wel afdelingen hebben die sterke gelijkenissen vertonen met de longcare, bijvoorbeeld de LFZ-afdeling (transmurale voorziening) van de Van Mesdag kliniek. Eén van de opbrengsten van het huidige onderzoek is een overzicht van de overeenkomsten en verschillen tussen de longcare-voorzieningen (inclusief de LFZ) waarna vervolgens in wordt gegaan op hoe zij zich verhouden tot de LFPZ. Tabel 3.2 wordt aangehouden om de verschillende kenmerken te structureren. Eén van de belangrijkste inhoudelijke verschillen tussen de LFPZ en de longcare, maar ook tussen de verschillende longcare voorzieningen is de visie op zorg en behandeling. De longcare zou bedoeld zijn voor een populatie met een hoge zorgbehoefte en een laag beveiligingsniveau. De LFPZ zou bedoeld zijn voor een populatie met een hoge zorgbehoefte en een hoog beveiligingsniveau.²⁸ Met een populatie met een hoge zorgbehoefte en een hoog beveiligingsniveau, heeft de LFPZ als visie dat een patiënt daar kan verblijven zo lang als dat nodig is zonder (behandel)druk gericht op uitstroom. Bij de verschillende longcare-voorzieningen is deze visie enkel aanwezig bij Merendael (Pompestichting) en bij de LFZ van de Van Mesdag. De overige voorzieningen zijn op een spectrum van vooruitgang en perspectief te plaatsen. Bij De Voorde en De Wierde (Van der Hoeven kliniek) dient gewerkt te worden aan behandeling en resocialisatie zonder afgebakend tijdspad, maar dient in hele kleine stapjes wel vooruitgang te worden geboekt. Deze vooruitgang wordt bij de Wierde elke drie jaar intern getoetst en geëvalueerd. Bij de Voorde wordt de voortgang elke drie maanden geëvalueerd en wordt telkens bekeken of de patiënt stappen kan maken (verlof, doorstroom naar een woning op het terrein). Bij de Voorde zijn wel 10 tot 20% van de bedden bestemd als verblijfsplekken voor patiënten waar geen perspectief meer voor is. Aan het uiterste eind van het spectrum van voortgang en perspectief zit de longcare-afdeling van de Woenselse Poort. Bij de Woenselse Poort wordt plaatsing op de longcare als een nieuwe behandel poging gezien. Dit is ook de enige longcare-voorziening waar een concrete periode aan het verblijf wordt gehangen: tussen de twee en de vier jaar. De vraag werd dan ook wel eens gesteld door respondenten in hoeverre de Woenselse Poort nog wel tot de longcare-voorzieningen kan worden gerekend.

²⁷ Reitsma, J., Walberg, A., Jongebreur, W., & Schrama, A. (2013). *Evaluatie Beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets* (Nr. 2107). Significant.

²⁸ Zie tevens bovenstaande voetnoot.

“Ja, dus daarin verschillen we ook wel [van andere voorzieningen]. Maar dat heeft echt te maken met inderdaad we zijn geen verblijfsvoorziening maar we richten ons wel op behandeling. Ja, je kunt je afvragen als je daar meer dan vier jaar dan wat, wat is er dan nog mogelijk? Moet je dan niet veel meer gaan richten op inderdaad verblijf?” (Longcare De Woenselse Poort, behandeling #1).

Tabel 3.2: Overzichtstabel kenmerken longcare-voorzieningen.

	LFPZ Zeeland en Vught	Woenselse Poort	De Wierde (Van der Hoeven)	De Voorde (Van der Hoeven)	Merendael (Pompestichting)	LFZ Van Mesdag
Oprichting	2016	2009	2016	2008	2023	2016
Plaatsings procedure en beroepsmogelijk- heden	LFPZ-status toegekend door de LAP Beroep mogelijk tegen de plaatsing (dus niet de status) bij de RSJ	Interne of externe overplaatsing Enkel beroep mogelijk bij externe plaatsing	Interne of externe overplaatsing Enkel beroep mogelijk bij externe plaatsing	Interne of externe overplaatsing Enkel beroep mogelijk bij externe plaatsing	Interne of externe overplaatsing Enkel beroep mogelijk bij externe plaatsing	Interne overplaatsing
Aantal bedden	93 bedden (locatie Zeeland) 6 ZISZ/EVBG bedden (locatie Vught)	13 bedden op één afdeling	53 bedden op vier afdelingen en 45 flats	70 klinische bedden op 6 afdelingen, +- 40 transmurale bedden in 6 woonvoorzieningen, 1 'klinische afdeling' met GGZ-centraal.	30 bedden op drie afdelingen	20 bedden en één crisis bed
Beveiligingsniveau en rechtspositie	Niveau 4 (BVT)	Niveau 3 (WvGGZ)	Niveau 3 (WvGGZ)	Niveau 2 (WvGGZ) TMV	Niveau 2 (hoog) TMV (WvGGZ)	Niveau 2 TMV (WGBO)

Visie	Verblijf zo lang als nodig, maar niet langer dan noodzakelijk. Geen behandelddruk.	Diagnostiek en behandeling is het uitgangspunt. Verblijf tussen de 2 en 4 jaar.	Behandeling en resocialisatie zonder afgebakend tijdspad.	Behandeling en resocialisatie zonder afgebakend tijdspad. Verblijf is mogelijk.	Gericht op verblijf zo lang als nodig.	Verblijf zo lang als nodig
Instroom	Hoog risico en beveiligings noodzaak wat beveiligings niveau 4 vereist Alle behandel mogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in meer dan twee behandelsetting en, zonder dat dit heeft geleid tot risico vermindering	Complex internaliserend en externaliserend gedrag	Persoonlijkheids problematiek Therapeutische gemeenschap Perspectief op resocialisatie	Chronische psychotische problematiek met comorbide problematiek Therapeutische gemeenschap	Stabiel toestands beeld Delictanalyse, risicotaxatie en signalerings plan is afgerond	Volledige abstinentie van middelen Dagbesteding Geoefend met uitstroom milieu

Contra-indicaties	Geen	Middelenproblematiek op de voorgrond Zedenproblematiek Hoge PCL-R Verblijfsplek	Eerste behandel poging Verblijfsplek Te dynamisch in een groepssetting Middelenproblematiek op de voorgrond	Persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond Verslavingsproblematiek op de voorgrond Zedenproblematiek Verblijfsplek	Vrouwen Meer dan eenmaal per jaar impulsdoorbraken of ontregeling Chronische en/of acute suïcidaliteit	Middelengebruik
-------------------	------	--	--	---	--	-----------------

Instroomcriteria en plaatsingsprocedure

LFPZ

De instroomcriteria voor de LFPZ worden bepaald door het Beleidskader (zie Bijlage B.3 voor de gehele procedure van de LAP).²⁹ Er moet sprake zijn van een zeer hoog risico en beveiligingsnoodzaak wat beveiligingsniveau 4 vereist en daarbij moet de patiënt alle behandelmogelijkheden hebben ondergaan, bij voorkeur in meer dan twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot risicovermindering. Deze risicovermindering ziet niet enkel op de risico's wanneer de tbs-maatregel zou worden opgeheven. Er is al sprake van een hoog risico bij het uitbreiden van vrijheden. Onbegeleide vrijheden zouden al niet verantwoord zijn. In de praktijk wordt vaak ook een bepaalde "behandelmoeheid" bij de patiënt gezien. De LAP beoordeelt vervolgens op casusniveau of aan deze criteria worden voldaan. De status wordt toegekend als er op het moment geen behandelmogelijkheden meer worden gezien voor de patiënt en het risico onverminderd hoog blijft:

"Als ik het simplificeer is het een drietrapsraket. En dat is dan 1) ziekte, 2) risico en 3) mogelijkheden. Als er geen mogelijkheden meer zijn dan houdt het op. En pro Justitia-rapporteurs zijn meesters in het zoeken naar mogelijkheden, daar heb ik ook veel bewondering voor. Maar als

²⁹ Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg 2019.

niemand het meer verzinnen kan, dan houdt het op. Klinieken hebben ook al van alles geprobeerd, vaak in meerdere klinieken. De externe rapporteurs hebben uitvoerig onderzoek gedaan.” (LAP #2)

De LAP wijst een aanvraag af als naar hun oordeel (op basis van de adviezen van de pro Justitia-rapporteurs) toch nog mogelijkheden zijn voor nieuwe (medicamenteuze) behandelingen. Dit is soms wel ingewikkeld voor de kliniek die de aanvraag doet, omdat zij die aanvraag pas doet wanneer zij zelf geen mogelijkheden meer zien.

Longcare

Passend bij de diversiteit aan visie op wat longcare precies is, zijn de instroomcriteria voor de voorzieningen ook verschillend. Deze criteria hebben geen formeel karakter zoals het beleidskader van de LFPZ, en de verschillende voorzieningen zijn ook pas recent met elkaar in contact om een overzicht te maken van deze criteria. In dit rapport hebben we dit overzicht (zie Tabel 3.2) aangevuld met behulp van de opbrengsten uit de interviews. Omdat de instroomcriteria en de plaatsingsprocedures niet geformaliseerd zijn, is het soms voor verwijzende klinieken moeilijk om in te schatten of een casus passend is bij een longcare. Vanuit het perspectief van de longcare bestaat tevens ook het risico dat zij de meest “kansrijke” patiënten aannemen of dat er een vorm van willekeur ontstaat. Want hoewel de wachtlijsten bij de longcare nog niet zo lang zijn als bij de LFPZ, neemt ook hier, net als in de rest van de tbs, de capaciteitsdruk toe.

“Ik merk ook altijd als ik zelf moet uitleggen, wat zijn nou onze indicaties, dat hebben we eigenlijk helemaal niet zo scherp. Dus dat is voor de anderen ook niet altijd helder en dat is zelfs voor onze eigen kliniek ook niet altijd helder. En dat levert wel eens schuring op, niet alleen met onze kliniek maar ook met andere klinieken als je natuurlijk iemand afwijst. Iemand die denkt echt, dit is zo geschikt voor jullie en wij kijken van wij denken nee helemaal niet, jullie zitten al vast en wij kunnen niets anders bieden. Als jullie dit niet lukt dan zien wij niet wat wij als toegevoegde waarde hebben.”(Longcare, management #2)

Tegelijkertijd wordt de informelere procedure middels intakegesprekken en overplaatsingen wel als efficiënt ervaren omdat klinieken onderling eenvoudiger kunnen afstemmen of een patiënt in aanmerking komt voor een bepaalde longcare-voorziening en de plaatsing daardoor ook sneller gerealiseerd kan worden dan wanneer je een formele status nodig hebt zoals bij de LFPZ. Wanneer een patiënt van een externe kliniek kan worden geplaatst naar een longcare is een overplaatsingsverzoek nodig. Voor de voorzieningen met beveiligingsniveau 2 is tevens een transmurale verlofstatus via het AVT nodig. Inhoudelijk betekent dit niet dat de patiënt ook verlof kan praktiseren. Hier dient een aanvullende verlofaanvraag voor begeleid of onbegeleid voor te worden gedaan. De verschillen tussen de LFPZ en longcare met betrekking tot verlof zullen onder het kopje ‘Rechtspositie’ nader geduid worden.

De specifieke instroomcriteria verschillen dus per longcare, al wordt een longcare patiënt over het algemeen wel getypeerd als een kwetsbare patiënt met een hoge zorgbehoefte, die op een lager beveiligingsniveau (niveau 2 of 3) kan functioneren. Binnen deze algemene typering heeft elke longcare-voorziening dus eigen instroomcriteria die variëren in specificiteit. De Woenselse Poort heeft vrij algemene en brede instroomcriteria: complex internaliserend en externaliserend gedrag. Zij nemen zowel mannen als vrouwen op. Deze criteria zijn breed omdat de longcare bij hen zich tot vrij recent op dezelfde afdeling bevond als de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB). Anderzijds hebben zij een aantal specifieke contra-indicaties voor opname: middelenproblematiek die op de voorgrond staat, zedenproblematiek, een hoge PCL-R score³⁰ en wanneer een verblijfsplek geïndiceerd is. Bij de Wierde dient persoonlijkheidsproblematiek op de voorgrond te staan en dient op termijn perspectief te zijn op resocialisatie. Een patiënt dient in staat te zijn om onderdeel uit te maken van een therapeutische gemeenschap en mag dus niet te dynamisch zijn in een groep (= contra-indicatie). Dit is een belangrijk criterium waarop het intakebeleid van de Wierde kan variëren, omdat een beoordeling van dit criterium afhankelijk is van de huidige samenstelling van de groep. Andere contra-indicaties voor de Wierde zijn dat plaatsing geen eerste behandel poging mag zijn, wanneer middelenproblematiek op de voorgrond staat en wanneer een verblijfsplek geïndiceerd is. De instroomcriteria bij de Voorde zijn vergelijkbaar met die van de Wierde, waarbij de focus van de Voorde is gericht op chronische psychotische stoornissen met comorbide problematiek en patiënten dienen te kunnen functioneren binnen beveiligingsniveau 2. Middelenproblematiek mag niet op de voorgrond staan en in principe is de Voorde ook niet gericht op verblijf, maar dit criterium wordt minder strikt gehanteerd. Ongeveer 10 tot 20% van de bedden wordt bezet door patiënten die weinig perspectief op uitstroom hebben. Tot slot is ook hier zedenproblematiek een contra-indicatie.

Patiënten die op Merendaal of de LFZ worden geplaatst, dienen het meest stabiele gedrag te laten zien. Bij Merendaal (enkel mannen) mag niet vaker dan eenmaal per jaar sprake zijn geweest van impulsdoorbraken of ontregeling en mag ook geen sprake zijn van chronische en/of acute suïcidaliteit. Deze voorziening is gericht op verblijf. Ook de LFZ van de Van Mesdag is gericht op verblijf. Patiënten moeten hier dagbesteding kunnen uitvoeren en hebben geoefend met een uitstroommilieu, omdat ze zich in de transmurale voorziening (beveiligingsniveau 2) bevinden met patiënten die wel aan het resocialiseren zijn. Middelengebruik is de enige contra-indicatie voor verblijf, omdat op de LFZ volledige abstinentie van middelen wordt verlangd.

³⁰ De Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) is een checklist om de mate van psychopathie te meten. Zie Vertommen, H., Verheul, R., De Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). *Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathy Checklist*. Swets Test Publishers.

Rechtspositie (formeel, extern (verlof), intern)

LFPZ: plaatsing / formele rechtspositie

De concrete aanleiding voor dit onderzoek is het verschil in formele rechtspositie tussen de LFPZ en de longcare. De LFPZ is een aparte status, met een beleidskader en aanvraagprocedure die getoetst wordt door een onafhankelijke commissie, de LAP. Gekoppeld aan deze status bestaat de mogelijkheid om tegen plaatsing in beroep te gaan bij de RSJ, al wordt dit in de praktijk niet heel vaak gedaan. Dat deze frequentie niet zo hoog is, zou ook deels verklaard kunnen worden door de lage instroom in de LFPZ. In de meeste gevallen wordt het beroep ongegrond verklaard:

“En, we kunnen ook als beroepscommissie een beroep direct gegrond verklaren, als het heel erg duidelijk is dat er nog iets mogelijk zou moeten zijn. En dan bij een gegrondverklaring opdragen tot een nieuwe beslissing. Dat kan ook. Maar goed dat dat hebben we eigenlijk sinds nou 2016 geloof ik niet meer aan de orde. Omdat er veel meer wordt ingezet op: een longstay, of de LFPZ, is geen eindstation. We kijken verder, er worden ook mensen uitgeplaatst. En ook zorgconferenties worden gehouden waarin al veel meer dingen uitgezocht worden van tevoren. Dus dan eigenlijk is het voor de beroepscommissie veel meer hapklare brokken, en dit zijn de adviezen, en komt dat overeen. En dan is het voor de beroepscommissie, ja kan je eigenlijk niet anders dan een beroep ongegrond verklaren. Dus we hebben eigenlijk geen gegrondverklaringen meer. Al langere tijd niet.” (RSJ #1)

Echter, de wijze waarop deze beroepsmogelijkheid is vormgegeven, levert met de oplopende wachtlijst in de praktijk de nodige problemen op. Het probleem is dat tegen het afgeven van de LFPZ-status niet in beroep kan worden gegaan bij de RSJ. Beroep is enkel mogelijk tegen het plaatsingsbesluit en dat plaatsingsbesluit wordt pas afgegeven op het moment dat een tbs-gestelde daadwerkelijk naar de LFPZ wordt geplaatst. In de praktijk kan dit inmiddels jaren duren (waarbij de eerste op de wachtlijst al meer dan drie jaar wacht). Een dergelijk beleidskader leidt ertoe dat wachtenden in de kliniek in een impasse terecht komen waarbij ze de LFPZ-status niet kunnen aanvechten en er ook niet meer actief aan behandeling wordt gedaan. Indien sprake was van een verlofstatus wordt deze ook ingetrokken. Door wachtende patiënten kan dit ervaren worden alsof de kliniek hen actief achterstelt, maar deze situatie is een consequentie van de toegekende LFPZ-status.

“Als op het moment dus dat voornemen is van ja, jij bent nu voorbestemd voor de LFPZ maar je kan er nog niet over klagen, op het moment dat die stap gezet wordt, moet volgens de verlofregeling eigenlijk je verlof worden ingetrokken. En dat is beredeneerd vanuit ja, als iemand op een gegeven moment te horen krijgt dat ‘ie naar de longstay moet dan raakt iemand helemaal van slag en gaat proberen te ontsnappen en moeten we even kijken hoe die zich daar verhoudt, dus voorlopig even geen verlof en dan gaan we weer verder kijken. Dus je kan al niet klagen over die beslissing. Het heeft al wel gevolgen en waarvan je niet precies weet hoe.” (AVT #2)

Ondanks deze praktische problemen, wordt de formele procedure voor plaatsing in de LFPZ in de praktijk door alle professionals als positief ervaren. Gelet op de consequenties van een dergelijke status voor een patiënt vinden ze dat hier, regelmatig, onafhankelijke toetsing plaatsvindt. Wel wordt de procedure, met name de hertoetsing elke twee jaar, als arbeidsintensief ervaren zowel door de betrokken professionals als voor sommige patiënten die op hun plek zitten in de LFPZ. De samenloop van de hertoetsing van de LFPZ-status met de tbs-verlengingszitting is wel een goede verbetering. Vanwege de oplopende wachttijden voor plaatsing in de LFPZ, is de LAP recent gestart met het uitvoeren van de hertoetsing van de status tijdens de wachttijd in de kliniek, maar ook tegen het besluit van de verlenging van de LFPZ-status (in de wachttijd) kan een patiënt niet in beroep bij de RSJ.

LFPZ: externe rechtspositie (verlof)

Vanuit de LAP wordt opgemerkt dat het huidige beleidskader bepaalde criteria kent die op voorhand niet volledig zijn gedefinieerd en daardoor multi-interpretabel zijn. Deze onduidelijkheden hebben in de praktijk ook consequenties voor de patiënt. Een voorbeeld hiervan is het individueel beveiligingsniveau. In het beleidskader wordt onderscheid gemaakt tussen het beveiligingskader van de instelling en het individueel beveiligingsniveau. Het beveiligingskader van de instelling ziet op het benodigde beveiligingskader van *de kliniek*. In het geval van een aanvraag voor de LFPZ dient beveiligingsniveau 4 noodzakelijk te zijn. Dit beveiligingsniveau betreft het type instelling en de veiligheidsmaatregelen die in dit type instelling gelden, zoals toegangscontrole, afgesloten deuren en (hoge) muren of hekken. Bij een aanvraag voor de LFPZ dient tevens door de verwijzende kliniek over een individueel beveiligingsniveau te worden geadviseerd, op basis van de pro Justitia-rapportages. Dit individuele beveiligingsniveau is noodzakelijk om te bepalen of een patiënt op de LFPZ begeleid verlof kan genieten. In het beleidskader³¹ wordt door het LAP wel handreikingen gedaan over de factoren die bijdragen aan een advies over het individuele beveiligingsniveau:

- Een (korte) weergave van de behandelhistorie, c.q. progressie inclusief de verlofhistorie en/of onttrekkingshistorie en eventuele incidenten;
- De mogelijkheden tot risicomanagement (mate van samenwerking, begeleidbaarheid, acceptatie van de LFPZ-indicatie, terugval- en signaleringsplan, motivatie medicatiegebruik). Voorts ook de zorgbehoefte in relatie tot de veiligheid, impulsiviteit, het vluchtgevaar en de ingeschatte aard en omvang van het eventueel te verwachten delictgedrag.
- De aard en omvang van het delict en de visie op het delictscenario, c.q. dedelictanalyse.

³¹ Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg 2019.

- Een weergave van de actuele klinische- en de historische items binnen de risicotaxatie, inclusief onderzoek naar psychopathie.
- Eventuele benodigde onderscheid tussen intern- en extern beveiligingsniveau betreffende het risico op korte termijn.

Op basis van deze criteria kan het individuele beveiligingsniveau laag, midden of hoog zijn. Uit het beleidskader is echter niet af te leiden *wanneer* precies sprake is van een laag, midden of hoog beveiligingsniveau. In de praktijk wordt door verwijzende klinieken het individuele beveiligingsniveau ook nog wel eens verward met het beveiligingsniveau voor de instelling en automatisch op ‘hoog’ gezet, terwijl dit niet aan de orde is. De consequenties van deze inschatting zijn groot voor een patiënt: bij een midden of hoog individueel beveiligingsniveau komen tbs-gestelden niet in aanmerking voor begeleid verlop. Omdat de meeste klinieken niet heel vaak een LFPZ-aanvraag doen, is het ook niet verwijtbaar dat deze kennis niet breed bekend is. De LAP heeft de afgelopen jaren wel veel geïnvesteerd in uitleg geven over dit concept bij de behandelklinieken. De LAP worstelt ook met het feit dat aan dit concept door het ministerie geen concrete invulling is gegeven. Wanneer een patiënt eenmaal op de LFPZ is geplaatst, kan dit individuele beveiligingsniveau wel worden bijgesteld middels een brief aan de LAP.

LFPZ-patiënten met een laag individueel beveiligingsniveau kunnen, op basis van de Verlofregeling tbs, in aanmerking komen voor (maximaal) begeleid verlop. Daarnaast kan in het kader van de voorbereiding van het opheffen van de LFPZ-indicatie en een overplaatsing naar een vervolgsetting, als onderdeel van het uitstroomplan, gekeken worden of tijdens de LFPZ-plaatsing op beperkte schaal kan worden geoefend met vormen van onbegeleid verlop. Ook voor deze verlofvorm geldt dat alleen LFPZ-patiënten met een laag beveiligingsniveau hiervoor in aanmerking kunnen komen. Transmuraal verlop is met een LFPZ-status niet mogelijk. Dit wordt door de LFPZ wel als een gemis ervaren omdat het hierdoor niet mogelijk is om een patiënt ergens anders (op proef) te plaatsen terwijl de LFPZ verantwoordelijk blijft voor die patiënt. Indien geen zicht is op uitstroom is onbegeleid verlop dus niet mogelijk en wordt begeleid verlop gepraktiseerd ten behoeve van kwaliteit van leven. In het verleden behoorde onbegeleide vrijheden op de LFPZ nog wel tot de mogelijkheden en droeg dit ook bij aan kwaliteit van leven. Deze verandering in verlofmogelijkheden lijkt wel de behoefte onder patiënten om uit te stromen richting bijvoorbeeld de longcare verder te stimuleren, omdat daar wel onbegeleide vrijheden mogelijk zijn:

“Aanvankelijk was het ook nog mogelijk om bij verblijf in de LFPZ gebruik te maken van onbegeleide vrijheden. Er was zeker een patiëntengroep die er eigenlijk ook wel een beetje voor tekende zullen we maar zeggen om wel nog bijvoorbeeld gewoon nog eens zelf naar de bakker te kunnen gaan, dan was het weliswaar als werkplek in de omgeving, maar er wel vrede mee had om niet meer per se heel erg richting uitstroomplek te moeten werken, en mijn indruk is wel dat met het bijstellen van de verlofmogelijkheden vanuit de LFPZ weer een hele nieuwe politieke situatie is ontstaan die weer heel erg de longcareplekken in de hand heeft gewerkt en de uitstroom, waar we het nu over hebben. Dus nou ja, als we het dan

toch even hebben over wat zijn dan vanuit patiëntperspectief relevante ontwikkelingen in de LFPZ, dan is die verlofkwestie wel een hele belangrijke.” (DIZ #2)

Longcare: plaatsing / formele rechtspositie

Bij plaatsing in een longcare voorziening is een formele procedure zoals bij de LFPZ niet aan de orde. Dit wordt voornamelijk door de advocatuur en sommige verwijzende klinieken als een gemis ervaren, omdat het voor een zwakkere rechtspositie van de patiënt zorgt. Tegen de plaatsing kan enkel in beroep worden gegaan bij de RSJ indien het een externe overplaatsing betreft vanuit een andere kliniek. In de praktijk lijkt dit niet heel problematisch te zijn, omdat plaatsing op een longcare voor de meeste tbs-patiënten een afschaling van het beveiligingsniveau inhoudt (van niveau 4 naar niveau 2 of 3), waardoor voor de patiënt ook meer perspectief kan ontstaan. Een knelpunt dat gepaard gaat met deze informele procedure en longcare voorzieningen die elk hun eigen instroomcriteria hanteren, is dat zij zelf kunnen bepalen welke patiënten ze aannemen. Volgens verwijzende klinieken kan dit leiden tot “*cherry picking*” van de beste patiënten. Om deze reden werd door een enkele respondent geopperd of een “langverblijf-commissie” in te stellen om ook te adviseren over plaatsing op de longcare en een soort opnameverplichting van de ontvangende kliniek te bewerkstelligen. Op basis van de interviews hebben we wel een grof overzicht kunnen schetsen van hoe de plaatsingsprocedures op dit moment in het algemeen verlopen:

Kader 3.1 Plaatsing in longcare.

Stap 1. Aanvraag kliniek	
Stap 2a. Interne overplaatsing van behandelafdeling naar longcare-afdeling binnen dezelfde kliniek:	
	➤ Intake ➤ Beslissing over opname positief? ➤ (Transmuraal verlofaanvraag bij AVT indien sprake is van beveiligingsniveau 2) ➤ Plaatsing ➤ Patiënt kan niet tegen beslissing in beroep bij de RSJ
Stap 2b. Externe overplaatsing van behandelkliniek naar een kliniek met een longcare-afdeling:	
	➤ Overplaatsingsverzoek door overplaatsende kliniek bij DIZ positief? ➤ Intake

- Beslissing over opname positief?
- Transmuraal verlofaanvraag bij AVT
- Overplaatsing
- Patiënt kan **wel** tegen beslissing in beroep bij de RSJ

In tegenstelling tot de tweejaarlijkse hertoetsing van de LFPZ-status, is er geen formele externe toetsing van de longcare-plaatsing ondanks dat verblijf hier ook jaren kan duren. Intern zijn er wel regelmatig behandelplanevaluaties. De meeste respondenten uit de klinieken vinden de tweejaarlijkse tbs-verlengingszitting voldoende externe toetsing van de koers van de kliniek en met name wanneer de externe pro Justitia-rapporteurs een rapportage opmaken ten behoeve van de verlenging (zogenoemde vierjaarsrapportage, zie art. 6:6:12 lid 3 Sv). De advocatuur heeft soms wel meer behoefte aan externe toetsing van verblijf op de longcare om te voorkomen dat de kliniek eenzijdig naar de casus blijft kijken en daardoor wellicht geen aanvraag doet voor verdere verlofstappen, terwijl verlof voor veel patiënten op de longcare een belangrijke vorm van perspectief biedt:

“Nou ja beetje slager die eigen vlees loopt te keuren ook intern die toetsing hè. Ja, ik wil ze [de kliniek] niet te kort doen maar ik denk: ze kennen die mensen nou al zo lang dat je ook wel een beetje een wat vastgegroeid beeld krijgt over wat er vooral niet mogelijk is.” (Advocaat #4)

Longcare: externe rechtspositie met betrekking tot verlof

Indien een longcare-voorziening beveiligingsniveau 2 heeft dient een machtiging voor transmuraal verlof te worden afgegeven door het AVT om een patiënt daar te plaatsen. Voor de patiënt betekent dit niet automatisch dat ook begeleid en onbegeleid verlof gepraktiseerd kan worden. Dit dient apart te worden aangevraagd. Transmuraal verlof wordt verleend om de patiënt op een lager beveiligingsniveau te kunnen laten verblijven. In de praktijk is het vaak wel zo dat op beveiligingsniveau 2 patiënten over het algemeen in elk geval begeleid verlof hebben. De inschatting dat verlof gepraktiseerd kan gaan worden is ook een relevante factor in besluitvorming om een patiënt op de longcare te plaatsen (zie Hoofdstuk 4).

LFPZ en longcare: interne rechtspositie

Zoals is beschreven in hoofdstuk 1 geldt ten aanzien van de interne rechtspositie verschillende regelgeving voor de LFPZ dan voor de longcare. In de LFPZ is de BVT van toepassing terwijl in de longcare-voorzieningen op niveau 2 en niveau 3 de Wvvgg geldt. In de praktijk leidt dit tot andere mogelijkheden en werkwijze in de bejegening van patiënten. Onder de BVT heeft een patiënt geen vrijheden tenzij die verdiend zijn en kan het personeel zonder instemming van de patiënt beperkingen opleggen, zoals afdelingsarrest of kamerprogramma, controles uitvoeren en spullen in

beslag nemen. De patiënt kan hierover in beklag bij de beklagcommissie en dan eventueel in beroep. Onder de Wvggz hebben patiënten meer vrijheden, tenzij er contra-indicaties zijn om deze vrijheden in te trekken of te beperken, of wanneer sprake is van schending van de voorwaarden voor het transmurale verlot. Er dient dan ernstig nadeel te worden aangetoond om dat te kunnen verantwoorden. Een dergelijke maatregel dient ook uitgereikt te worden aan de individuele patiënt en er vindt veel meer overleg met de patiënt plaats om te verantwoorden waarom bepaalde acties worden ondernomen. In de praktijk wordt deze werkwijze enerzijds als positief ervaren omdat je in samenwerking met de patiënt blijft:

“Ja en het grootste verschil voor ons, maar misschien merken zij daar niet altijd even veel van, is dat alles veel meer in overleg gaat omdat wij vallen onder de Wet verplichte ggz. Dus wij mogen niet meer zomaar op een 4-uursprogramma zetten als iemand iets verkeerd heeft gedaan. We mogen niet meer zomaar iemand insluiten, tenzij er echt acuut risico is op delictgedrag en gevaar. Maar het gaat hier allemaal veel meer in overleg en samenwerking en vanuit daar is wel veel mogelijk.” (Longcare, behandeling #2)

Anderzijds kan het ook beperkend werken als er voor de veiligheid binnen en buiten de kliniek, maatregelen moeten worden genomen die individueel verantwoord moeten worden:

“Een ander groot verschil is, onder de BVT kon je gewoon je deuren dichtdraaien en ja dan moest je dat natuurlijk wel opschrijven maar nu moet je daar allerlei dossiervoering voor aanvoeren en moet je natuurlijk gewoon uitleggen waarom je die besluiten neemt. En zijn die besluiten ook veel meer komen te liggen bij de zorgverantwoordelijke, dus bij ons. Waarin vroeger je nog als staf kon zeggen zo gaan we het doen, we besluiten hier als staforgaan, zo’n multidisciplinair beraad, die kunnen nu alleen nog maar advies geven en komt het veel meer bij een persoon te liggen. En dat geeft veel administratie, maar het zet je ook wel aan het denken van wat voor nadeel ben ik nu aan het afwenden bijvoorbeeld.” (Longcare, behandeling #3)

Beklag heeft ook een andere vorm en andere reikwijdte onder de BVT (Hoofdstuk 14 BVT) dan onder de Wvggz (Hoofdstuk 10 Wvggz). De advocatuur vindt het niet logisch en onhandig dat tbs-gestelden met dwangverpleging die op de longcare verblijven niet onder de BVT vallen, aangezien ze wel nog steeds een tbs-titel hebben. Zij zijn er dan ook voorstander van dat deze patiënten ook onder de BVT vallen.

“Ik vind het echt zo onhandig, dat mensen in de longcare, niet vallen onder de BVT, maar hun heil moeten gaan zoeken in de Wvggz en aanverwante artikelen. Dat maakt ook dat op een moment dat hij een advocaat nodig heeft, en de meeste tbs-advocaten hebben niet die dubbelfunctie ook nog van Wvggz-advocaat, dat, dat die dan in één keer twee advocaten verplicht moet hebben. Dus ik vind dat ja heel erg onhandig, onpraktisch, ik vind het eigenlijk ook niet goed. Ik vind dat die rechtsbescherming achteruit is gegaan voor de tbs-gestelden die in de

longcare setting zitten. Ik vind eigenlijk voor iedereen die tbs-dwang heeft die moet, vind ik, onder hetzelfde wettelijke regime worden geplaatst en niet het dak moet het wettelijke regime bepalen, maar alleen zijn status, daar moet je naar kijken.” (Advocaat #2)

Beeld en naam

LFPZ “voor altijd”

Een opvallende bevinding is dat ondanks dat de term Langdurige Forensische Psychiatische Zorg in 2019 is ingevoerd, veel respondenten in hun taalgebruik nog steeds spreken van *longstay*. Het gebruik van deze term laat zien dat voor veel klinieken de LFPZ nog wel als laatste middel in een tbs-traject wordt beschouwd. Volgens de professionals in de klinieken is het beeld onder patiënten ook dat het een “doodvonnis” of een “doodkist zonder deksel” is en een “eindstation”, maar advocaten ervaren dit anders:

“Ja de meeste cliënten die ik heb verzoenen zich niet met het beeld, dat Zeeland een eindstation is. Er is altijd nog ergens hoop dat ze naar een andere plek toe mogen, met wat meer vrijheden en meer kwaliteit van leven. Dat is wel wat de meesten hopen en ik heb niemand in mijn praktijk in Zeeland ik zit hier wel fijn, ik heb het hier naar mijn zin, ik hoef niet meer zo nodig. Nee, die heb ik niet, iedereen wil er wel uit.” (Advocaat #2)

Als naar de uitstroomcijfers wordt gekeken (zie Hoofdstuk 2) wordt een groot deel van de uitstroom wel gevormd door overlijden van patiënten. Echter, stroomt een nog groter deel uit naar een behandelkliniek of de longcare. In de LFPZ spreken ze van “perspectiefwissel” in plaats van “uitzichtloosheid”. Maar zelfs onder patiënten die eerder uitgestroomd zijn uit de LFPZ en daar nu opnieuw geplaatst worden, heerst het beeld dat ze er niet meer weggkomen. Bij de LFPZ merken ze in de intakes dat een deel van de patiënten veel weerstand heeft tegen plaatsing, maar ook dat een deel zelf graag naar de LFPZ wil om zonder behandeldruk en met aandacht voor kwaliteit van leven in de tbs te verblijven. Na plaatsing merken ze dat de weerstand afneemt en dat enige vorm van weerstand zich enkel uit in beroepen tegen de plaatsing bij de RSJ en niet zozeer in het gedrag.

“Voordat ze binnenkomen is dat beeld waarschijnlijk “sober en zwart”, maar na plaatsing ervaren ze een hoop rust en vinden ze het fijn dat ze mogen zijn en vinden ze de omgeving fijn. Ze vinden het vooral fijn dat ze met rust worden gelaten, dat er niet aan ze getrokken wordt of op de rode knoppen wordt gedrukt.” (LFPZ #3)

Longcare: “longcare is geen bushalte voor de longstay”

Voor veel patiënten is het moeilijk om op basis van de naam het verschil tussen de longcare en de LFPZ goed te begrijpen. Dit komt ook omdat dus in de praktijk de term *longstay* nog veel wordt gebruikt.

“Dat wordt ook verschillend genoemd of allebei vaak genoemd of tegelijk. Zelfs door een rechter. Want ik heb een rechtszaak gehad dat die het hier longstay noemde en toen corrigeerde mijn advocaat hem dat het longcare was. Dus op vele plekken is er nog wat te halen denk ik qua naamsbekendheid en qua wat het dan inhoudt. En aan de andere kant is het heel lastig want het houdt heel veel in.” (Longcare, Patiënt #1)

In de naamgeving zit dan weinig onderscheid tussen de twee voorzieningen en wordt ook over de longcare gedacht dat dit een eindpunt in de behandeling is en dus heel erg lang gaat duren. Met name vanuit de advocatuur wordt dan ook gepleit om de naam van de *longcare* aan te passen om het onderscheid duidelijker te krijgen.

“En nu zit hij [de patiënt] op de longcare en wat bij hem gebeurde is wat bij iedereen gebeurt: “ik wil niet naar de longcare want dat duurt lang en ik vind het vreselijk. Dat is niets voor mij”. Dus dan moet ik als Brugman praten om te zeggen dat longcare lelijk klinkt maar niet lelijk hoeft te zijn. En nu zit hij er en ik heb hem sindsdien niet meer gehoord. Dus dat betekent dat het goed gaat.” (Advocaat #3)

Er zijn wisselende ervaringen binnen de klinieken over het beeld wat patiënten hebben over de longcare. De ervaring is wel dat wanneer in intakegesprekken met de longcare-voorziening goed wordt uitgelegd aan de patiënt waar deze precies naartoe gaat, ze de overplaatsing wel positiever bekijken omdat er voor veel patiënten sprake is van nieuw perspectief: vaak gaan ze naar een lager beveiligingsniveau dan waar ze vandaan komen, is daardoor meer perspectief op vooruitgang door middel van verlof en ligt de behandeldruk lager dan in de kliniek.

“Er zijn patiënten die daar echt helemaal niks van begrijpen en waarbij uitleg wel helpt. Je hebt ook een categorie patiënten die eerst niet begrijpen maar als ze worden geïnformeerd daar wel beter zicht op krijgen en je hebt ook patiënten die daar toch wel al zicht op hebben en het verschil wel goed weten. Maar dat zegt dan nog niks over of ze daar ook daadwerkelijk naartoe willen. Maar de kennis is denk ik bij de gemiddelde patiënt die hier verblijft al wel gauw het idee van ‘longcare, longstay’, ze zeggen vaak longstay, ‘daar moet je echt wegblijven dus als je behandelaar daar met je over gaat spreken, nou daar moet je niet in meegaan’. Dus ik denk dat het gemiddelde kennisniveau eigenlijk in de basis daar ophoudt, totdat de mensen waar het over gaat, waar je ook die indicatie gaat stellen, daar uitleg over krijgen, dan merk je ook soms wel, zeker als het over de longcare gaat, dat daar weer wat ruimte ontstaat in hun beeld erover. Ja, dus dat dat wat positiever wordt.” (Behandeldkliniek, behandeling #1)

De ervaringen van de longcare-voorzieningen zelf is dat als patiënten geplaatst zijn ze moeite hebben met het idee dat het verblijf langdurig kan zijn, maar geleidelijk de lagere behandeldruk, het langzamere tempo met langetermijnperspectief als heel prettig ervaren.

“Over het algemeen alleen maar opluchting vanuit de patiënten, waarbij ze de rigiditeit van andere klinieken wel als moeizaam hebben ervaren en de striktheid van alles. Wat ik heel erg merk dat patiënten heel erg teruggeven dat alle teams heel nauw betrokken zijn bij hen. Dat ze niet het gevoel hebben dat ze als cijfertje weggezet worden zoals in klinieken en dat er echt gekeken wordt wat past nou bij die patiënt om in te gaan zetten. Wat ik ook hoor als ze hier komen ‘longcare, hoelang gaat het duren dan?’. Dat is wel de andere kant hè.” (Longcare, behandeling #4)

Uitstroom en wachtlijstproblematiek

Ondanks dat het verlaten van een LFPZ of longcare voorziening in de meeste gevallen niet uitstroom uit het tbs-systeem betekent, hebben wij (zoals beschreven in Hoofdstuk 1) ervoor gekozen om alleen de term uitstroom te gebruiken, als er sprake is van het verlaten van de betreffende voorziening. De daadwerkelijke uitstroom van patiënten uit de LFPZ en de verschillende longcare-voorzieningen tussen 2017 en 2024 is weergegeven in Hoofdstuk 2. Het besluitvormingsproces rondom uitstroom staat centraal in Hoofdstuk 4. In de interviews ging het vooral om knelpunten in de uitstroom die worden ervaren.

LFPZ

In het gehele tbs-systeem is door capaciteitsdruk de door- en uitstroom een probleem. Binnen het forensisch langverblijf uit zich dat momenteel voornamelijk door de exponentieel gegroeide wachtlijst voor de LFPZ. De instroom overstijgt de uitstroom, omdat er een gebrek aan passende voorzieningen is, zoals een forensisch verpleeghuis en meerdere locaties voor de LFPZ op verschillende beveiligingsniveaus. Op deze knelpunten en mogelijke oplossingen wordt nader ingegaan in hoofdstuk 5. De wachtlijstproblematiek heeft zijn weerslag op het bredere systeem van langverblijf. De LAP is recent gestart met de hertoetsing van de LFPZ-status tijdens de wachttijd omdat de wachttijd inmiddels de twee jaar (de duur van een LFPZ-status) ver overstijgt. Daarbij wordt ook advies gegeven over mogelijke nieuwe behandelopgaven. Een probleem hierbij is dat het onduidelijk is voor de kliniek of het een advies of een bevel betreft wat opgevolgd dient te worden. In de LFPZ wordt nog kritischer bekeken wat geschikte uitstroomvoorzieningen zijn voor een bewoner, omdat deze anders weer onderaan de wachtlijst terecht komt wanneer de uitstroom toch niet blijkt te slagen. De LFPZ mist hierin ook de mogelijkheid om zelf transmuraal verloop aan te vragen en een bewoner onder verantwoordelijkheid van de Pompestichting uit te plaatsen. Echter, deze terugkeergarantie vereist ook dat een bed wordt vrijgehouden en daar zijn geen capaciteit of financiën voor. Anderzijds zitten de patiënten die op de wachtlijst staan in de kliniek (of op de longcare) waar de

behandeldruk eraf is en er weinig perspectief is. In sommige gevallen leidt dit juist tot hernieuwde behandelmotivatie en is er zelfs de mogelijkheid om de LFPZ-status weer op te heffen, voordat de patiënt daadwerkelijk in de LFPZ is geplaatst. In het andere uiterste kan het ertoe leiden dat een patiënt op de wachtlijst de dynamiek op een afdeling beïnvloedt omdat deze perspectiefloos is:

“En ik vind het ook nog wel lastig ook waar laat je mensen wachten, sommige mensen kunnen dat en lijken daar weinig last van te hebben maar een aantal vind ik ook gevaarlijker worden. We hebben ook meer incidenten, op onze buurafdeling bijvoorbeeld daar zit ook een wachtende man die eigenlijk gewoon perspectiefloos is en het niet eens is en dan weet je van jaren geleden wel dat hij ineens heel agressief kan worden maar dan gebeurt er iets heel kleins, of we schatten het verkeerd in, maar dan forse agressie en dan denk ik ook wat moet je dan doen hè. Het is een bijzondere groep in je kliniek ook dus je moet ook een bijzondere scherpte hebben.” (Behandelskliniek, behandeling #2)

Longcare

De zorg en behandeling in de meeste longcare-voorzieningen is gericht op perspectief op uitstroom en resocialisatie. Het varieert per longcare-voorziening hoe deze uitstroom vormgegeven kan worden. Indien sprake is van uitstroom naar een lager beveiligingsniveau, hebben De Voorde en de Woenselse Poort op hun GGZ-terrein mogelijkheden om patiënten transmuraal uit te laten stromen naar voorzieningen op het eigen terrein (inclusief ouderenpsychiatrie). De Wierde en de LFZ Van Mesdag hebben ook eigen transmurale afdelingen waar patiënten met steeds meer zelfstandigheid kunnen gaan wonen. In deze gevallen blijven de Woenselse Poort, de Van der Hoeven kliniek en de Van Mesdag kliniek formeel verantwoordelijk en kunnen patiënten terugkeren wanneer het niet goed gaat. Er bestaat ook nog de mogelijkheid van uitstroom uit de longcare en instroom in de LFPZ wanneer een hoger beveiligingsniveau noodzakelijk is door een hoog risicoprofiel en gebrek aan behandelperspectief.

Ervaringen en behoeften patiënten

Binnen de groep patiënten die voor dit onderzoek is gesproken, is een driedeling aan te brengen: 1) patiënten die op het moment van het onderzoek in de LFPZ verbleven (bewoners), 2) patiënten die op een longcare of LFZ-afdeling verbleven en 3) patiënten die in een behandelkliniek wachten op plaatsing op de LFPZ of longcare. De ervaringen en behoeften van patiënten zijn onder te verdelen in een aantal thema's:

- Verwachtingen voorafgaand aan plaatsing op de LFPZ of longcare
- Ervaringen (met betrekking tot zorg en behandeling) op de LFPZ of longcare
- Kwaliteit van leven
- Perspectief voor de toekomst

Deze thema's zullen voor elk van de patiëntgroepen worden besproken.

Bewoners op de LFPZ

De ervaringen en behoeften van de bewoners op de LFPZ reflecteren het beeld wat ook door professionals is geschetst. Een groot deel van de bewoners verzet zich tegen de plaatsing in de LFPZ en wil niets liever dan zo snel mogelijk uitstromen. Een ander deel staat iets positiever ten opzichte van de plaatsing, vanwege de behoefte aan rust en afwezigheid van behandeldruk. Deze tweedeling is ook terug te zien in de ervaringen van de patiënten op de LFPZ. Het merendeel van de bewoners is (gematigd) positief over de zorg, de bejegening en sfeer in de LFPZ. Deze sfeer wordt als ontspannen ervaren omdat er geen behandeldruk is en weinig van patiënten wordt verwacht. Deze bejegening wordt door een enkele patiënt juist als negatief bestempeld, omdat er in zijn optiek te weinig wordt ondernomen, en patiënten met “kinderspelletjes” vermaakt worden. De kwaliteit van leven wordt over het algemeen als goed ervaren. De omgeving is prettig, er zijn voldoende activiteiten en werk om te doen. Echter, in alle gesprekken kwamen de consequenties van personeelstekort op het dagelijks leven (o.a. het praktiseren van verlof, tijd ingesloten per dag) naar voren. Dit personeelstekort werd overigens ook ervaren op een deel van de longcare-voorzieningen.

Op een enkeling na, is bij alle bewoners met wie gesproken is behoefte om uit te stromen uit de LFPZ. Vooral een plaatsing op een longcare wordt als wenselijk gezien. De behoefte aan uitstroom is voor de meesten niet gericht op uitstroom uit de tbs, maar wordt vooral gevoed door een behoefte aan verandering van omgeving.

“We zijn stappen aan het maken. En dat doet mij goed. Ik ben 3.5 jaar hier en mijn rust heb ik gevonden en nou wil ik ook niet meer, ik ben eigenlijk nog best jong voor hier ook. En ik wil niet zeggen ik wil nog iets van mijn leven maken maar ik wil mijn leven nog weer een verandering gunnen. Daar droom ik ook van.” (LFPZ Patiënt #2)

Uitstroom richting longcare wordt dan als haalbaar gezien omdat ze niet verwachten dat er veel verschil is met de LFPZ, maar dat door het lagere beveiligingsniveau meer vrijheid hebben in de kliniek en meer verlofmogelijkheden hebben. Desalniettemin blijkt het veelal moeilijk om een passende vervolgvoorziening te vinden. Voor een aantal bewoners zou het in die zin ook al prettig zijn als er meerdere locaties van de LFPZ zijn zodat ze ook eens naar een andere plek kunnen.

Een laatste thema dat binnen de groep LFPZ-bewoners naar voren kwam is de ontwikkeling van de populatie die instroomt in de LFPZ. Het merendeel van de bewoners beschrijft dat de populatie verandert en dat steeds “zwaardere jongens” (qua problematiek) instromen waardoor de

sfeer onder de bewoners verandert en er steeds strengere regels komen. Deze ontwikkeling tast hun ervaren kwaliteit van leven aan. Deze ervaring lijkt overeen te komen met de ontwikkeling die het personeel ook beschrijft.

Longcare – “langetermijndenken”

Zoals al door de respondenten uit de klinieken werd benoemd, hebben weinig patiënten een heel duidelijk en accuraat beeld voorafgaand aan plaatsing op een longcare en verwarren het ook regelmatig met *longstay*. Dit geldt vooral voor de patiënten die instromen vanuit de behandelkliniek. Patiënten die vanuit de LFPZ naar de longcare doorstromen hebben hogere verwachtingen. Dit wordt hieronder apart besproken. De ervaringen op de verschillende longcare-afdelingen zijn overwegend positief. Ze vinden het prettig dat er perspectief is op vooruitgang en door de lage behandeldruk en persoonlijke bejegening komen patiënten veelal weer in beweging:

“Er wordt hier wat meer persoonlijk gekeken naar wat iemand nodig heeft en wat goed voor iemand is. Bij kliniek X moet iedereen ditzelfde straatje lopen. Dat is hier eigenlijk totaal niet. Hier is het echt per persoon wordt best goed gekeken naar wat goed voor iemand is en wat belangrijk voor iemand is.” (Longcare, Patiënt #1)

Door het lagere beveiligingsniveau is er meer mogelijk (o.a. verlof, multimedia gebruik etc.) en er is meer aandacht voor kwaliteit van leven, o.a. grootte van de kamers en het terrein. De rust en regelmaat die ze op de longcare ervaren wordt als erg prettig ervaren. De onderlinge dynamiek tussen de patiënten lijkt over het algemeen ook positief en de meeste patiënten spreken van een fijne sfeer op de afdeling.

De mate van perspectief op uitstroom is afhankelijk van de longcare-voorziening waar patiënten verblijven. In overeenstemming met de verschillende visies op perspectief, ervaren patiënten op de Wierde, de Voorde en de Woenselse Poort meer perspectief op uitstroom waarin ook concrete stappen worden genomen, zoals wonen op het terrein of werken buiten de kliniek. Bij voorzieningen gericht op verblijf (Merendael en de LFZ) wordt dit minder ervaren, maar is er ook minder behoefte aan.

Van LFPZ naar longcare: een paradoxaal beeld

Een specifieke groep patiënten die we hebben gesproken betreft patiënten die vanuit de LFPZ zijn ingestroomd in een longcare-voorziening. Hun ervaringen op de longcare wijken af van de patiënten die vanuit een behandelkliniek zijn ingestroomd op de longcare. In tegenstelling tot deze laatste groep patiënten, hebben patiënten die instromen vanuit de LFPZ hele hoge verwachtingen van de longcare. De toename van vrijheden binnen een lager beveiligingsniveau en de mogelijkheden voor verlof bieden perspectief. Echter, wanneer blijkt dat deze vrijheden niet

vanzelfsprekend zijn (bijv. vanwege aanvullende voorwaarden om op onbegeleid verlof te gaan) of langzamer worden toegekend, leidt dit tot teleurstelling. De meeste patiënten gaven ook aan dat hoewel ze door een lager beveiligingsniveau meer mogelijkheden hebben wat betreft telefonie en internetgebruik, de dagbesteding en het terrein als beperkender wordt ervaren dan de LFPZ, waardoor de ervaren kwaliteit van leven afneemt. Dit leidt bij een aantal patiënten ook tot twijfel of uitstroom uit de LFPZ de juiste keuze was:

“En als zij nu zouden vragen wil je terug dan ga ik maar toch stevig achter mijn oor krabbelen ondanks dat het daar [LFPZ] een puinhoop is geworden. Ik weet het niet. Ik lever met alle liefde de wif en de woufi en de wafi zo in voor de bewegingsvrijheid en voor mijn doen en laten.”
(Longcare, Patiënt #5)

‘Wachters’

Patiënten die wachten op plaatsing in de LFPZ of longcare hebben geen concreet beeld van wat hen te wachten staat als ze geplaatst worden. Ze ontvangen in de reguliere behandelkliniek weinig tot geen actieve behandeling meer en een eventuele verlofstatus wordt ingetrokken (indien sprake is van een LFPZ-status). Patiënten kunnen dit ervaren alsof de kliniek zich tegen hen keert, maar deze werkwijze is gekoppeld aan de LFPZ-status. Deze ervaringen kunnen leiden tot oplopende spanningen. De behandelaren beamen ook dat het ingewikkeld is om een wachtende op de afdeling te hebben omdat ze voor een andere dynamiek zorgen vanwege de uitzichtloosheid.

Knelpunten in het systeem van langverblijf

In de interviews is ook aandacht besteed aan knelpunten en problemen die de verschillende professionals ervaren in de praktijk van langverblijf. Deze zullen hieronder kort worden opgesomd en vloeien grotendeels voort uit het bovenstaande. Deze knelpunten zijn samen met mogelijke oplossingen onderdeel van de focusgroep met experts in Hoofdstuk 5 en zullen daar nader uitgewerkt worden.

1. Capaciteit en personeel – wachtlijstproblematiek (LFPZ)

- a. De wachtlijstproblematiek zorgt op het gebied van zorg en behandeling voor een impasse tijdens de wachttijd in behandelklinieken. In principe wordt er weinig tot geen behandeling meer geboden en een eventuele verlofstatus wordt ingetrokken. De dynamiek op een afdeling met wachters kan hierdoor ook worden aangetast omdat de uitzichtloosheid en het gebrek aan perspectief kan leiden tot probleemgedrag.

- b. Een knelpunt voortvloeiend uit de wachtlijst is dat de mogelijkheid tot beroep enkel tegen de *plaatsing* kan worden gedaan en niet tegen de *status*. Dit houdt in dat patiënten op de wachtlijst niet in beroep kunnen tegen de status bij de RSJ. Tegelijkertijd is de LAP recent gestart met hertoetsing van de status tijdens de wachttijd. Normaliter wordt deze hertoets gekoppeld aan een nieuw plaatsingsbesluit, maar voor een wachtende kan dit niet. Daardoor is nog steeds geen beroep mogelijk.

2. Instroom

- a. Verschil in plaatsingsprocedure voor de LFPZ en de longcare: de LFPZ is bereikbaar via een officiële en geformaliseerde procedure met externe toetsing. Bij toewijzing van de status dient de patiënt geplaatst te worden in de LFPZ. De longcare kent een dergelijke procedure niet. Voorzieningen hebben hun eigen instroomcriteria en geen opnameplicht. Hoewel een dergelijke informele procedure in de praktijk efficiënter werkt, kan hierbij ook sprake zijn van willekeur en de “krenten uit de pap” van patiënten halen.
- b. De wachtlijst verhoogt de instroomdrempel voor de LFPZ omdat eerst wordt geprobeerd om een patiënt op een longcare te krijgen. Op deze manier worden de longcare-voorzieningen strategisch ingezet om de LFPZ-aanvraag te ondersteunen. Als kan worden aangetoond dat de longcare echt niet passend is (door alle afwijzingen), wordt de LFPZ-aanvraag mogelijk kansrijker. Dit zou ook een verklaring kunnen bieden voor de verzwaring van de populatie op de wachtlijst van de LFPZ.

3. Uitstroom

- a. Gebrek aan passende vervolgvoorzieningen. Er is een gebrek aan passende verblijfvoorzieningen op alle beveiligingsniveaus, zoals een LFPZ op beveiligingsniveau 3 en uitstroommogelijkheden, zoals een forensisch verpleeghuis, voor de tbs-patiënt met complexe somatische problematiek.
- b. De uitstroom vanuit de LFPZ is nu zonder terugplaatsgarantie omdat transmuralisering niet mogelijk is. Om uit te stromen dient de LFPZ-status te worden opgeheven. Indien uitplaatsing dus niet goed werkt en de status mogelijk opnieuw moet worden aangevraagd staat de patiënt weer onderaan de wachtlijst.
- c. Kwaliteit van leven als criterium bij uitstroom LFPZ: binnen de LFPZ wordt veel aandacht besteed aan kwaliteit van leven. Dit is terug te zien aan het terrein, de activiteiten en mogelijkheden op het terrein. Wanneer bewoners uitstromen (bijvoorbeeld naar de longcare) krijgen ze veelal iets meer perspectief op resocialisatie maar leveren ze soms in op de kwaliteit van leven die ze in de LFPZ hadden.

4. Beleid

- a. De naam en definitie van longcare is momenteel te divers en roept verschillende associaties op.
- b. De rechtspositie van de longcare is momenteel weinig forensisch gericht (vanwege de Wvvggz) en formeel weinig sterk.
- c. LFPZ monopolie: momenteel wordt de LFPZ op twee locaties (Zeeland en Vught) aangeboden door één partij (de Pompestichting). Hoewel dit zorgt voor een uniforme visie op zorg en beleid binnen de LFPZ, ontbreekt het hen wel aan een gelijkwaardige partner om mee te sparren, capaciteit om uit te breiden en mogelijkheden om over te plaatsen. Dit laatste is wellicht niet heel wenselijk omdat wellicht de onmogelijkheid om een patiënt over te plaatsen de kracht van de LFPZ is.
- d. Er is een gebrek aan passende voorzieningen voor elke doelgroep (pathologie/somatische zorg), beveiligingsniveau, behandelvisie (verblijf, perspectief, weinig behandeldruk).

3.4. Korte antwoorden op deelvragen

Vraag 5. In hoeverre verschillen de zorg, behandeling en uitstroom van de LFPZ en de verschillende afdelingen van de longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?

De LFPZ wordt door een enkele partij aangeboden en heeft daardoor een eenduidige visie op zorg en behandeling. Er is geen sprake van behandeldruk, de bewoner kan zo lang blijven als nodig, maar niet langer dan noodzakelijk. Er is veel aandacht voor kwaliteit van leven. Er dient sprake te zijn van een hoog risico en beveiligingsnoodzaak wat beveiligingsniveau 4 vereist. Alle behandelmogelijkheden dienen te zijn uitgeput, bij voorkeur in meer dan twee behandelsettingen, zonder dat dit heeft geleid tot risicovermindering. De term longcare heeft een minder eenduidige definitie en dus hebben de verschillende longcare en LFZ-voorzieningen hun eigen visie op wat longcare of langdurige zorg is en welke instroomcriteria zij hanteren (zie Tabel 3.2 voor een overzicht van de visies en instroomcriteria per longcare).

Vraag 6. In hoeverre verschillen beleid en rechtspositie van de LFPZ en longcare van elkaar en hoe hebben die zich (sinds 2017) ontwikkeld?

De LFPZ heeft een formele plaatsingsprocedure met een externe toetsing door de LAP. Tegen de LFPZ-status kan geen beroep worden ingesteld,

dit kan enkel bij de plaatsing. Beroepen bij de RSJ worden zelden gegrond verklaard. Binnen de LFPZ geldt de BVT en kan enkel begeleid verlof worden gepraktiseerd. De longcare kent geen formele plaatsingsprocedure. Dit wordt onderling door de klinieken gedaan middels overplaatsingen. Hoewel een dergelijke informele procedure in de praktijk als heel efficiënt wordt ervaren, is er door het gebrek aan formele criteria en opnameplicht een risico op willekeur in het aannamebeleid. Daarnaast kan alleen tegen een externe overplaatsing beroep worden ingesteld. Wanneer de overplaatsing intern is (bijvoorbeeld van de behandelafdeling van de Van der Hoeven kliniek naar De Wierde), is dit niet mogelijk. Echter, omdat overplaatsing naar longcare veelal een lager beveiligingsniveau heeft, wordt in de praktijk weinig weerstand tegen daadwerkelijke plaatsing ervaren. De verschillende longcares hebben een beveiligingsniveau 2 of 3. Bij beveiligingsniveau 2 is naast een overplaatsingsverzoek ook een machtiging transmuraal verlof nodig van het AVT. Voor begeleid of onbegeleid verlof dienen aanvullende verlofaanvragen te worden gedaan. In tegenstelling tot de LFPZ geldt in de longcare de Wvvgz. Deze rechtspositie heeft consequenties voor het beleid dat kan worden gevoerd.

Vraag 7. In hoeverre verschillen behoeften van patiënten op de LFPZ en de longcare van elkaar ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie?

De verwachtingen en ervaringen van de patiënten op de LFPZ zijn tweeledig: een groot deel van de bewoners verzet zich tegen de plaatsing in de LFPZ en wilt niks liever dan zo snel mogelijk uitstromen. Een ander deel staat iets positiever ten opzichte van de plaatsing op de LFPZ, vanwege de behoefte aan rust en gebrek aan behandeldruk. Anderzijds is een groot deel redelijk tevreden over de zorg en sfeer op de LFPZ. Een enkeling is kritisch op de dagbesteding binnen de LFPZ. Op de longcare hebben weinig patiënten een heel duidelijk en accuraat beeld voorafgaand aan plaatsing op een longcare en verwarren het ook regelmatig met *longstay*. De ervaringen op de verschillende longcare-afdelingen zijn overwegend positief. Ze vinden het prettig dat er perspectief is op vooruitgang en door de lage behandeldruk en persoonlijke bejegening komen patiënten veelal weer in beweging. De behoeften van patiënten op de LFPZ en longcare zijn in wezen niet zo verschillend. Het merendeel wil perspectief houden op uitstroom zonder dat er te veel van hen gevraagd wordt. Een behoefte waarin wellicht beter kan worden voorzien op de longcare dan de LFPZ, maar waarbij de verwachtingen (bijvoorbeeld meer vrijheden) niet altijd worden waargemaakt (bijvoorbeeld wanneer verlof nog niet verantwoord is). Dit kan voor patiënten onvrede opleveren en heeft invloed op hun ervaren kwaliteit van leven.

Vraag 8. In hoeverre verschillen de LFPZ en de longcare(-afdelingen) van elkaar in het voorzien in die behoeften van patiënten?

De longcare-afdelingen kunnen meer perspectief bieden dan de LFPZ, maar dit verschilt ook per patiënt en per longcare-afdeling. Bij een verblijfsafdeling zoals Merendael of de LFZ is er geen druk op uitstroom, terwijl dit perspectief bij de andere longcare-afdelingen wel leidend is. Binnen de LFPZ is zicht op resocialisatie op de korte termijn niet aan de orde, maar wordt wel meegedacht in toekomstige mogelijkheden tot uitstroom en wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van leven binnen de LFPZ. De kwaliteit van leven op de longcare wordt verschillend ervaren afhankelijk van of de patiënt instroomt vanuit een behandelkliniek of de LFPZ.

Vraag 9. Wat zijn de behoeften van bij langverblijvers betrokken professionals ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie en in hoeverre wordt daarin voorzien?

In de interviews zijn verschillende knelpunten binnen het forensisch langverblijf benoemd. Deze knelpunten zijn terug te voeren op de capaciteitsdruk, instroom, uitstroom en beleid, waaronder capaciteitsgebrek en personeelstekort, een gebrek aan definitie van longcare, de groeiende wachtlijst voor de LFPZ en te weinig passende uitstroomvoorzieningen. De consequenties van deze knelpunten (bijv. lange wachttijden, minder verlofmomenten, minder activiteiten) wordt ook door de patiënten gevoeld en ervaren.



4. Besluitvorming – *verslag van een vignetstudie*

4.1 Achtergrond en doel

Dit deel van het onderzoek richt zich expliciet op de besluitvorming rondom plaatsing in voorzieningen voor langverblijf. In de praktijk worden door behandelklinieken in aangewezen gevallen keuzes gemaakt tussen aanmelding voor een longcare voorziening of voor de LFPZ, en worden door langverblijf-voorzieningen beslissingen gemaakt over uitstroom. Om inzicht te verkrijgen in factoren die in zulke gevallen van belang zijn bij het nemen van deze beslissingen, is een kwalitatieve vignetstudie uitgevoerd bij een deel van de respondenten uit de interviewstudie dat zich in de praktijk veel bezighoudt met deze beslissingen (behandelverantwoordelijken met functiebenamingen als hoofd behandeling, behandelcoördinator of regiebehandelaar). De belangrijkste meerwaarde van een vignetstudie is dat keuzes en beslissingen te vergelijken zijn tussen respondenten omdat ze allen dezelfde (fictieve) casus voorgelegd krijgen. Hierdoor zijn de mogelijke verschillen ten aanzien van factoren die een rol spelen bij beslissingen goed in kaart te brengen. Door een kwalitatieve studie kan bovendien inzicht worden verkregen in de redenen waarom bepaalde keuzes worden gemaakt. In het interview kan immers uitleg worden gevraagd over keuzes of beweegredenen. Zodoende is de kwalitatieve vignetstudie een passend instrument om discussie te stimuleren en de overtuigingen, percepties en gevoelens van een respondent ten aanzien van een bepaalde situatie te achterhalen.³² In het huidige deelonderzoek is dus het doel om inzichtelijk te maken welke factoren en/of kenmerken een rol spelen in de besluitvorming rond plaatsing en uitstroom in de LFPZ respectievelijk de longcare. Een dergelijke kwalitatieve benadering van

³² Zie bijvoorbeeld Maguire, N., Beyens, K., Boone, M., Laurinavicius, A., & Persson A. (2015). Using vignette methodology to research the process of breach comparatively. *European Journal of Probation*, 7(3), 241-259. <https://doi.org/10.1177/2066220315617271>

dit keuzeproces vormt een goede aanvulling op het dossieronderzoek in hoofdstuk 2 waarin op kwantitatieve wijze onderscheid werd gemaakt in demografische, diagnostische en justitiële kenmerken van patiënten op de longcare en de LFPZ. Daaruit bleek dat deze groepen op weinig kenmerken daadwerkelijk verschillend zijn. Met de vignetstudie wordt dus geprobeerd inzichtelijk te maken welke factoren of kenmerken dan wel een rol spelen bij de keuze voor plaatsing op, door- en uitstroom uit de LFPZ en de longcare.

Onderzoeksvragen in hoofdstuk 4

10. Welke factoren of kenmerken (uit deel A en B) spelen een rol in de keuze van de kliniek tussen respectievelijk de LFPZ of longcare en hoe ziet dat keuzeproces eruit?
11. Welke rol spelen verschillen in beleid en rechtspositie in dat keuzeproces, en hoe problematisch wordt dat gevonden?
12. Welke factoren of kenmerken (uit deel A en B) dragen bij aan uitstroom uit de LFPZ en de longcare?

Hieronder zal eerst de methode nader worden toegelicht. Vervolgens worden de bevindingen besproken. Dit hoofdstuk sluit af met een kort antwoord op de onderzoeksvragen die in deze deelstudie centraal stonden.

4.2 Methode

Onderzoeksgroep en procedure

De vignetten zijn voorgelegd aan een subgroep binnen de groep van respondenten die hebben deelgenomen aan de interviewstudie, namelijk de genoemde behandelverantwoordelijken die ook in werkelijkheid het eerste initiatief nemen voor een beslissing tot plaatsing in een langverblijfvoorziening of uitstroom daaruit. Voor informatie over de werving van deze grotere groep aan respondenten verwijzen we naar paragraaf 3.2 in hoofdstuk 3 van dit rapport. Bij de deelnemers aan de vignetstudie werd het vignet ingebouwd in het omvangrijkere interview. In 13 interviews hebben in totaal 22 respondenten deelgenomen aan de vignetstudie. In de meerderheid van de gevallen was sprake van een duo interview, waarbij de respondenten in bijzijn van de onderzoekers ook over de vignetten konden overleggen. Ook dit doet (voor een deel) recht aan de praktijk waarin dergelijke beslissingen in team-overleggen plaatsvinden. De overwegingen die hieruit naar voren kwamen zijn ook meegenomen in de analyses. De respondenten waren allen werkzaam als behandel- of plaatsingsverantwoordelijke, dan wel op een longcare-afdeling of in de LFPZ, dan wel in

een behandelkliniek, en als zodanig dus ook in de praktijk betrokken bij dergelijke besluitvorming. De verdeling van respondenten over deze klinieken zag er als volgt uit:

- LFPZ (n = 2)
- Vier longcare-afdelingen (n = 10)
- Vijf behandelklinieken (n = 10)

Afhankelijk van het soort voorziening waarin de respondenten werkzaam zijn, werd een vignet voorgelegd over plaatsing, in- of uitstroom vanuit de longcare of LFPZ. Dat wil zeggen: respondenten die werkzaam zijn in behandelklinieken en die dus enkel beslissen over het aanmelden van een patiënt voor een longcare-voorziening of de LFPZ, kregen enkel de vignetten over instroom voorgelegd. Respondenten die werkzaam zijn binnen een longcare-voorziening of de LFPZ kregen bij de vignetten de vraag of de patiënt paste binnen hun voorziening, ook omdat vooral bij de longcare de voorzieningen nadrukkelijk zelf beslissen of een aangemelde patiënt past en wordt opgenomen. Vervolgens werd vooral ingegaan op factoren die nodig waren in de casus om iemand uit te laten stromen. Tijdens het interview was het de bedoeling dat de respondenten hun gedachtenproces bij het vignet hardop uitspraken en benoemden wat ze relevant vonden en vervolgens uitlegden waarom dit relevant was. Er was ook voldoende ruimte om aan te geven welke informatie ze nog misten in het vignet. Aan de respondenten van de behandelklinieken waren de belangrijkste vragen: *voor nu ligt er tijdens de behandelplanbespreking de keuze tussen een aanvraag/plaatsing in een longcare- of LFPZ-voorziening op tafel, waar kies je voor in deze casus?* Wanneer de keuze uitkwam op een plaatsing in een longcare-voorziening werd ook doorgevraagd of de respondent hier een specifieke longcare-voorziening bij in gedachten had. Daarbij werd uitgevraagd wat de overwegingen voor deze keuze waren en welke informatie een rol heeft gespeeld in dit besluitvormingsproces.

Uit hoofdstuk 3 is duidelijk geworden dat een aantal longcare-voorzieningen zich concentreert op specifieke problematiek: binnen de Voorde dient psychotische problematiek bijvoorbeeld op de voorgrond te staan terwijl de Wierde gekenmerkt wordt door patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Bij de Woenselse Poort is zedenproblematiek dan weer een contra-indicatie voor opname. Om aan te sluiten bij de praktijk hebben we bij deze voorzieningen enkel het vignet voorgelegd dat passend is bij hun patiëntenpopulatie: bij de Voorde en de Woenselse Poort ging dit dus om de casus met schizofrenie, en bij de Wierde de casus met de antisociale persoonlijkheidsstoornis en parafilie. In de overige langverblijf-voorzieningen en in de behandelklinieken hebben we beide vignetten voorgelegd in de interviews.

Vignetten

Voor deze studie zijn in totaal vier vignetten, fictieve casusbeschrijvingen, ontworpen, die in paragraaf 4.2 bij de bespreking verder staan uitgewerkt zodat de bevindingen steeds makkelijk gerelateerd kunnen worden aan de inhoud van de casus. Deze casusbeschrijvingen zijn gebaseerd op de literatuur en expertise van de onderzoekers over de langverblijvende tbs-populatie enerzijds en op de voorlopige resultaten van de dossier- en interviewstudie anderzijds, waarbij met name de interviews met DIZ, de LAP, het AVT en enkele advocaten van waarde waren. De casusbeschrijvingen bleken in de praktijk realistisch. In verschillende gesprekken werd benoemd dat dit soort casuïstiek vaak voorkomt in de desbetreffende voorziening voor langverblijf en één respondent dacht zelfs te weten over welke specifieke patiënt de casus ging ondanks dat het een fictieve casus betrof. Zodoende werden twee casussen gemaakt die verschilden qua diagnostiek en indexdelict: 1) een casus waarbij de patiënt lijdt aan paranoïde schizofrenie en cannabisafhankelijkheid en de indexdelicten moord en bedreigingen waren; 2) een casus van een patiënt met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, een parafilie en een combinatie van verslavingen waarbij het indexdelict ontucht met minderjarigen betrof. Voor elke casusbeschrijving werd een variant gemaakt waarbij de patiënt in een behandelkliniek verbleef of al op de longcare of LFPZ verbleef. Op deze manier hadden we casusbeschrijvingen waarmee we zowel plaatsing als uitstroom konden uitvragen. Zodoende ontstonden vier vignetten:

Instroom in longcare of LFPZ vanuit behandelkliniek:

1. Stoornis: paranoïde schizofrenie en cannabisafhankelijkheid
Indexdelict: moord en bedreigingen
2. Stoornis: antisociale persoonlijkheidsstoornis, parafilie, combinatie van verslavingen
Indexdelict: zedenfeit, ontucht met minderjarigen

Uitstroom uit longcare of LFPZ:

3. Stoornis: paranoïde schizofrenie en cannabisafhankelijkheid
Indexdelict: moord en bedreigingen
4. Stoornis: antisociale persoonlijkheidsstoornis, parafilie, combinatie van verslavingen
Indexdelict: zedenfeit, ontucht met minderjarigen

Analyse

Het besluitvormingsproces is geanalyseerd door bij elke casus uit te vragen welke factoren in die casus voor de respondent het meest belangrijk waren, waarom juist deze factor belangrijk was en hoe dit van invloed was op de beslissing over instroom en/of uitstroom. Daarbij hebben we ook bepaalde factoren actief gemanipuleerd door informatie hierover gedurende het vignet toe te voegen of te veranderen. Een voorbeeld hiervan is leeftijd. In de casus is de patiënt telkens 55 jaar. We hebben vervolgens uitgevraagd of besluitvorming anders zou zijn indien de patiënt een stuk jonger (35 jaar) zou zijn. Voor deze manipulatie is gekozen omdat uit ons eerdere onderzoek bleek dat de LFPZ-populatie qua leeftijd verschilde van een groep langverblijvers (15+ jaar) in behandelklinieken.³³ Ook andere factoren die gemanipuleerd werden, waren gekozen op basis van literatuur of de genoemde eerder uitgevoerde delen van het onderzoek. Zo was een andere factor die meer gerelateerd was aan risico en risicomanagement, en dus het benodigde beveiligingsniveau, de latentietijd (de termijn waarop risicovol gedrag zich zou openbaren) en de aard of ernst van dit risicovolle gedrag (bijv. enkel dreigen of ook daadwerkelijk fysieke agressie gebruiken). Op deze manier kon inzicht worden verkregen in hoe doorslaggevend bepaalde informatie is in besluitvorming die niet op gestructureerde wijze plaatsvindt en dus ook moeilijk expliciet onder woorden is te brengen. Per vignet werd gecodeerd welke factoren als belangrijk werden benoemd en hoe deze factoren en rol speelden in beslissingen. Hieronder zijn de belangrijkste bevindingen weergegeven ingedeeld naar het type casus. Daarbinnen is nader onderscheid gemaakt in besluitvorming over instroom en uitstroom.

4.3 Bevindingen

Algemene bevindingen

Een eerste bevinding is dat respondenten een verscheidenheid aan factoren relevant vonden. Dat behandelverantwoordelijken op verschillende factoren de nadruk leggen, hoeft niet problematisch te zijn nu in de praktijk over het algemeen in (multidisciplinaire) team-overleggen besluiten worden genomen over specifieke casuïstiek. Een tweede algemene bevinding is dat zowel respondenten uit de longcare-voorzieningen als uit de LFPZ de beide casussen (indien van toepassing bij de longcare-voorziening) als passend binnen hun voorziening beoordeelden. Een derde algemene bevinding is dat factoren die werden benoemd als invloedrijk in de besluitvorming over het algemeen terug te voeren waren op kenmerken gerelateerd aan de zorgbehoefte, beveiligingsnoodzaak en behandelrelatie of behandelkenmerken. Demografische, diagnostische en justitiële kenmerken in de casus waren minder doorslaggevend. Deze bevinding toont direct de meerwaarde van een dergelijke vignetstudie aan ten

³³ Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., Gunnink, L., Herzberger, J., & Doekhie, J. V. O. R. (2022). *Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs* (Nr. 3121). Universiteit Leiden.

opzichte van het kwantitatieve dossieronderzoek dat zich grotendeels op het laatste type kenmerken richt. Zo kan de combinatie van deze methoden meer inzicht geven in de wijze waarop de longcare en LFPZ- populatie van elkaar kunnen verschillen.

Ook is van belang dat deze vignetstudie zich vooral richtte op de inhoudelijke redenen waarom een casus passend zou zijn voor de longcare of de LFPZ of voor uitplaatsing vanuit deze voorzieningen voor langverblijf. Hierbij is niet ingegaan op formele aspecten van de plaatsingsprocedure of (externe) factoren die daarop van invloed zijn. Nochtans is, ook in dit deel van het onderzoek, als bevinding wel naar voren gekomen dat de huidige wachtlijstproblematiek bij de LFPZ (indirect) een grote rol speelt bij de besluitvorming. Het maakt bijvoorbeeld dat er nog nadrukkelijker bekeken wordt of een - mogelijk sneller te realiseren - longcare-plaatsing aan de orde zou kunnen zijn, voordat een LFPZ-status wordt aangevraagd.

Hieronder worden de meer specifieke resultaten per type vignet besproken. Alleen waar dat relevant is wordt bij de bevindingen vermeld of deze vanuit een specifieke voorziening zijn verwoord (behandelkliniek, longcare of LFPZ).

4.3.1 Casus 1

Beschrijving casus 1: psychotische patiënt

De eerste basiscasus zag er als volgt uit:

Man, 55 jaar. Hij zit al 15 jaar in de tbs voor moord op een familielid en bedreigingen. Bij betrokkene is sprake van paranoïde schizofrenie en cannabisafhankelijkheid. Hij heeft geen ziekte-inzicht en neemt medicatie slechts onder toezicht. Er kunnen ondanks instelling op medicatie impulsdoorbraken plaatsvinden bij oplopende spanning, waarbij de betrokkene dreigend overkomt, soms cannabis gebruikt en agressief gedrag vertoont. De man is in zijn resocialisatiepogingen niet verder gekomen dan begeleid verlof. Pogingen de man uit te plaatsen richting de GGZ zijn mislukt, omdat instellingen hem niet accepteren. Ondanks medewerking aan behandelactiviteiten is betrokkene niet in staat tot verandering. Hij blijft een moeilijk in te schatten man.

In de gevallen dat gevraagd werd naar factoren die relevant zijn bij besluitvorming over uitstroom werd het volgende zinnetje toegevoegd (afhankelijk of we een respondent in de longcare of de LFPZ spraken):

De betrokkene verblijft inmiddels al een aantal jaar op de LFPZ/in de longcare.

Uiteraard geeft een dergelijk kort vignet slechts een zeer beperkt beeld van de daadwerkelijke praktijk, maar juist door nog een aantal factoren niet in te vullen, kunnen respondenten ongestuurd aangeven welke factoren bij een dergelijke casus relevant zijn. Ook is respondenten gevraagd

om op deze beperkte informatie hun beslissingen te baseren, maar daarbij vooral ook te benoemen welke informatie voor goede besluitvorming in hun optiek nog ontbreekt. Deze werkwijze was hetzelfde voor casus 2.

Casus 1: relevante factoren bij plaatsing

Een eerste bevinding bij deze casus is dat in eerste instantie door sommige respondenten plaatsing in de LFPZ en door andere respondenten plaatsing in een longcare-voorziening een passende voorziening werd geacht, waarbij er net iets vaker voor een longcare-voorziening werd gekozen. Daarbij werd soms ook benoemd dat eerst longcare zou kunnen worden geprobeerd, voordat een LFPZ-aanvraag wordt gedaan. Deze volgorde is beleidsmatig niet noodzakelijk maar lijkt in de praktijk wel regelmatig te worden overwogen (zie Hoofdstuk 3). De casus werd vooral passend geacht voor de LFPZ indien de respondent de indruk had dat er weinig perspectief voor deze patiënt kon worden geboden op een longcare-voorziening, omdat begeleid verloop door de risico's niet (meer) haalbaar was. Zoals bleek uit hoofdstuk 3 is voor sommige longcare-voorzieningen perspectief vereist, terwijl dit voor andere geen voorwaarde is.

Gelet op de diagnostiek in deze casus lag op voorhand van alle longcare-voorzieningen een plaatsing bij De Voorde het meest voor de hand. Respondenten van de Voorde beaamden dit ook. Factoren uit de casus die een rol spelen bij de keuze tussen longcare en de LFPZ waren (in rangorde van invloed): de aard van de impulsdoorbraken, de effectiviteit van de medicatie en de mate van gewelddadig gedrag in de delictsgeschiedenis (zie tabel 4.1). De factor die het vaakst werd genoemd, en dus ook als belangrijkste is aangemerkt, is de aard van de impulsdoorbraken en de bijbehorende hanteringsproblemen. Dit heeft consequenties voor het benodigde beveiligingsniveau: bij fysieke agressie is een hoger beveiligingsniveau geïndiceerd en zou deze casus passender zijn voor de LFPZ.

“Tenminste, het hangt er ook vanaf wat iemand intramuraal heeft laten zien hè. Als iemand daar bijvoorbeeld wel agressie heeft laten zien dan vind ik het ook weer een ander verhaal. Maar op het moment dat het blijft bij bedreigingen en niet fysieke agressie of steken hè, dan zit je natuurlijk ook wel weer dat je een lager beveiligingsniveau kan overwegen omdat de agressie die erbij komt kijken ook gehanteerd kan worden op een lager beveiligingsniveau.” (Behandelinie, behandeling #1)

De factor medicatiegebruik hangt hiermee samen. Wanneer een patiënt medicatietrouw is en de medicatie effectief is om de aan de psychose gerelateerde agressieve symptomen te verminderen, is er wel een hoge zorgintensiteit, maar een lager beveiligingsniveau noodzakelijk en is plaatsing op een longcare passend. Tenslotte vonden respondenten het relevant om te weten of er ook ander gewelddadig gedrag in de delictsgeschiedenis voorkwam (aanvullend op het indexdelict). Dergelijke informatie is belangrijk voor het inschatten van het risico binnen de

inrichting als ook het recidiverisico. Wanneer dit risico lager ligt en er dus een lager beveiligingsniveau voldoende is, ligt een longcare plaatsing volgens de respondenten meer voor de hand.

Er is ook actief uitgevraagd in hoeverre de leeftijd van de patiënt in deze casus een rol speelt bij de beslissing over plaatsing in de longcare of de LFPZ en of de beslissing anders zou zijn als de patiënt jonger zou zijn. De respondenten gaven aan dat dit in deze casus geen rol speelt omdat zij juist zien dat psychotisch kwetsbaren vaak op jongere leeftijd een delict plegen waarmee ze in de tbs komen en er dan op jonge leeftijd ook al wat langer zitten. Het gaat er dan vooral om hoe lang iemands hulpverleningstraject al is geweest onafhankelijk van de leeftijd.

Casus 1: uitstroom uit de LFPZ (eventueel naar longcare)

Indien deze casus al op de LFPZ verbleef, hebben we gevraagd wat nodig is om deze casus door- of uit te laten stromen. Volgens de respondenten ging het dan vooral om factoren die het niet langer noodzakelijk maken om op beveiligingsniveau 4 te verblijven. Meer specifiek betrof het de volgende factoren: impulsdoorbraken en cannabisgebruik onder controle, latentietijd en aanloop risicovol gedrag in beeld en afspraakbetrouwbaarheid. Vooral de laatste twee factoren verdienen een nadere toelichting. Met latentietijd wordt bedoeld hoelang het duurt voordat risicovol gedrag zich openbaart en met aanloop van het risicovolgedrag in beeld wordt bedoeld dat het inzichtelijk is wat er nodig is om risicovol gedrag (in dit geval agressief gedrag) te vertonen, ofwel wat daarvoor de signalen zijn. Als de latentietijd lang is en/of er goed zicht is op een toename van het risico en er tijd is om dat te signaleren en daarop in te grijpen, is een hoog beveiligingsniveau niet langer nodig en is uitstroom uit de LFPZ mogelijk.

“Er moet zicht zijn op aanloop van risico’s. Iemand staat niet meteen buiten als ze uitstromen uit de LFPZ. De LFPZ fungeert als “dikke winterjas” en buiten in de samenleving hebben ze niks. Daar zit nog een hele hoop tussen en de vraag is of wat de LFPZ biedt, ook in een vervolgvoorziening geboden kan worden.” (LFPZ #3)

Tot slot is enige vorm van afspraakbetrouwbaarheid en samenwerking noodzakelijk om door te stromen vanuit de LFPZ naar de longcare. Dit heeft te maken met het feit dat deze overgang doorgaans alleen met instemming plaatsvindt en dat de interne rechtspositie in longcare-voorzieningen (mede daardoor) minder inbreuk op vrijheden mogelijk maakt, waardoor betrouwbare samenwerking tussen patiënt en behandelaar een cruciaal onderdeel is om op dit beveiligingsniveau te kunnen verblijven.

Casus 1: uitstroom uit longcare

Wanneer deze casus al in de longcare verbleef, is gevraagd wat nodig was om deze casus door of uit te laten stromen. De meest gekozen uitstroomvoorziening was richting de GGZ zowel mogelijk binnen als buiten een tbs-kader, gelet op de chronische psychiatrische problematiek. In beide gevallen is het vooral van belang dat het toestandsbeeld van de patiënt stabiel is met behulp van medicatie. Daarbij zal een strak extern risicomanagement ook van belang blijven, wat dan wel mogelijk moet zijn binnen de geldende rechtspositie (beveiligingsniveau 2). In de praktijk wordt de aansluiting met de GGZ wel als moeilijk ervaren:

“Die aansluiting met de GGZ is natuurlijk een probleem, dat je voortdurend moet uitleggen hoe gevaarlijk iemand nog is als hij goede depot medicatie heeft en goed toezicht en goede begeleiding dat het dan vaak een stuk beter gaat, dat wordt niet altijd geslikt door de gemiddelde GGZ-partner. En dan helpt het wel om een voorziening als de Voorde, wij doen het hier wat minder, maar de Woenselse Poort ook wel, te hebben die dan die brug gaat slaan. Dat is wel, los van de hanteringsproblemen want dat is natuurlijk een tweede, van kan je dit nu wel goed doen in de reguliere GGZ met hanteringsproblemen maar los daarvan is die aansluiting vinden wel echt een grote hindernis in de uitstroom.” (Longcare, behandeling #1)

Tabel 4.1: Relevante factoren bij besluitvorming over casus 1.

Instroom in longcare/LFPZ	Uitstroom uit LFPZ (naar longcare)	Uitstroom uit longcare (naar GGZ)
1. Aard van de impulsdoorbraken 2. Effect van medicatie 3. Mate van gewelddadig gedrag in delictsgeschiedenis	1. Impulsdoorbraken en cannabisgebruik onder controle 2. Latentietijd en aanloop risicovol gedrag in beeld 3. Afspraakbetrouwbaarheid, samenwerking mogelijk	1. Stabieler toestandsbeeld met medicatie 2. Strak extern risicomanagement

4.3.2 Casus 2

Beschrijving casus 2: persoonlijkheidsgestoorde zedendelinquent

De tweede casus zag er als volgt uit:

Man, 55 jaar. Hij zit al 15 jaar in de tbs voor ontucht met twee minderjarige meisjes. Hij verblijft al acht jaar in zijn huidige kliniek. Betrokkene heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis, alcoholafhankelijkheid in remissie en een parafilie niet anders omschreven (NAO). Eerdere resocialisatiepogingen door middel van onbegeleid verlof zijn vastgelopen vanwege risicovol gedrag. Bij toegang tot het internet bezocht betrokkene websites met spelletjes en een chatfunctie. Bij uitbreiding van vrijheden is op dit moment sprake van een hoog risicoprofiel.

In de gevallen dat gevraagd werd naar factoren die relevant zijn bij besluitvorming over uitstroom werd het volgende zinnetje toegevoegd (afhankelijk of we een respondent in de longcare of de LFPZ spraken):

De betrokkene verblijft inmiddels al een aantal jaar op de LFPZ/in de longcare.

Casus 2: relevante factoren bij plaatsing

In deze casus werd overwegend gekoerst op een plaatsing op de LFPZ. Dit komt voornamelijk vanwege het risicovolle gedrag (dat wil zeggen het gedrag van de patiënt op het internet) en de (on)mogelijkheden om dit op lagere beveiligingsniveaus met bijbehorende interne rechtspositie te begrenzen. Daarbij is de aard van het risicovolle gedrag ook van belang: wat doet hij precies in die chatfunctie en werkt dit risicoverhogend? Daarbij is het ook van belang hoe dit risicovolle gedrag zich verhoudt tot het indexdelict en hoe snel het risico op dergelijk delictgedrag zich openbaart (wederom de latentietijd tot delictgedrag):

“Kan ik verwachten dat deze man ineens een kind gaat grijpen of dat hij vooral overspoeld wordt door de prikkels? Want dan kunnen we daarnaar gaan kijken. Kunnen we dan steeds meer onze afstand gaan verlengen hè? Want als het iemand is die direct een kind grijpt ja dan hebben we wel een probleem.” (Longcare, behandeling #2)

Een belangrijke factor die gerelateerd is aan dit risicovolle gedrag is de mate van transparantie en afspraakbetrouwbaarheid die een patiënt toont. Wanneer een patiënt zich niet open opstelt en het gedrag heimelijk vertoont, is plaatsing in een longcare-voorziening eigenlijk niet mogelijk. Om deze redenen komen respondenten vaker uit bij een LFPZ-plaatsing. Verschillende respondenten geven aan dat een dergelijke patiënt de fysieke beveiliging van niveau 4 niet nodig heeft maar de rechtspositionele beveiliging wel, omdat longcare voorzieningen een dergelijke casus zullen afwijzen vanwege hun multimediebeleid. Daarbij is het wel zo dat bijvoorbeeld internettoegang individueel kan worden ingeperkt, maar als dit niet voor medepatiënten geldt, kunnen die mogelijk alsnog heimelijk gedrag faciliteren. Voor een enkele longcare-voorziening is parafilie bovendien een contra-indicatie.

“Ja want hij hoeft niet per se naar de LFPZ op basis hiervan, maar op basis hiervan gaat hij waarschijnlijk wel naar de LFPZ omdat je niks anders hebt in het land. Omdat je op basis van dit gedrag kan je nergens anders monitoren dan een niveau 4 kliniek. Want in een niveau 3 kliniek zoals de Wierde daar mag je ook alweer internet en telefonie hebben en dat maakt het heel erg lastig bij deze doelgroep.” (Behandelkliniek, management #1)

Deze bevinding legt ook een belangrijk knelpunt binnen het landschap van forensisch langverblijf bloot: er zijn te weinig passende langdurige verblijfsvoorzieningen voor zedendelinquenten waar de nodige forensische scherpte is, maar waar de behandeldruk laag is. Dergelijke patiënten krijgen geen LFPZ-status, maar kunnen nergens anders terecht. Een gevolg hiervan kan zijn dat een patiënt steeds wordt overgeplaatst in het tbs-systeem tussen behandelklinieken en in elk nieuwe kliniek een nieuwe behandel poging wordt gedaan. In de volgende hoofdstukken zal op dit knelpunt, ook geconstateerd in hoofdstuk 3, nader worden ingegaan.

“Maar inderdaad aan de voorkant kan je alleen op basis van afspraken en samenwerking verblijven in zo’n instelling hè, dus dat maakt het ook lastig in combinatie met de betrouwbaarheid van deze meneer. En ik denk dat dit inderdaad het punt is en dan kom je dus toch als kliniek erop uit, of we gaan kijken of we iemand kunnen overplaatsen hè, kunnen we dan met behulp van een zorgconferentie dat we het ministerie betrekken toch nog iets anders, een alternatief bedenken. Maar anders kom je erop uit dat je toch een LFPZ-aanvraag indient, waarbij er dan of de LAP of de pro-Justitia rapporteur aangeeft van: maar goh wij vinden LFPZ helemaal nog niet passend. En dan zit je, ja wat ga je dan doen met zo’n patiënt want dan moet je ook weer. Nou ja, wij hebben ook een patiënt die is nu toch naar een nieuwe kliniek weer overgeplaatst om toch weer opnieuw te kijken naar wat is er mogelijk in een andere omgeving.” (Behandelkliniek, behandeling #2)

In deze casus is wederom uitgevraagd of leeftijd een rol speelt in de plaatsingsbeslissing. In tegenstelling tot casus 1, was hier een minder eenduidig antwoord over. Enerzijds werd aangehaald dat oudere patiënten met persoonlijkheidsproblematiek veelal wat minder dynamisch zijn en daardoor een minder groot risico lopen, maar anderzijds werd gesteld dat leeftijd in combinatie met deze problematiek niet zoveel uitmaakt. Voor een LFPZ-aanvraag wordt er wel meer naar leeftijd gekeken dan bij de longcare. Dat heeft te maken met de formele status die aan de LFPZ-plaatsing is gekoppeld en waar je minder eenvoudig van afkomt. Bij een jongere leeftijd wordt dan toch nog extra goed gekeken of er nog een nieuwe behandel poging mogelijk is. Voor jongere patiënten kan een plaatsing in een longcare-voorziening juist een optie zijn om even tot rust te komen zonder behandeldruk. Een dergelijke pauze kan ook weer leiden tot nieuw perspectief of hernieuwde motivatie voor behandeling.

Casus 2: uitstroom uit LFPZ (naar longcare)

Bij deze casus is daardoor ook duidelijker wanneer uitstroom uit de LFPZ mogelijk zou worden. Dat kan eigenlijk enkel wanneer de factoren die instroom in de LFPZ indiceren, verbeterd of verholpen zijn: er moet een samenwerking kunnen plaatsvinden waarbij de patiënt ook afspraakbetrouwbaarheid laat zien. Hiermee komt ook meer zicht op de aanloop naar risicovol gedrag. Het internetgedrag moet voldoende begrensd kunnen worden binnen een lager beveiligingsniveau. Een extra factor die bij uitstroom uit de LFPZ werd benoemd is het gebruik van libidoremmende middelen. Soms wordt dit noodzakelijk geacht voordat een patiënt op onbegeleid verlof mag. Een verlofstap die gezet kan worden binnen een longcare-voorziening maar niet binnen de LFPZ. Wat dat betreft is een longcare-voorziening binnen het tbs-kader ook de meest logische vervolgvoorziening voor deze casus.

Casus 2: uitstroom uit longcare naar LFPZ

Opmerkelijk bij deze casus is dat uitstroom uit de longcare veelal een plaatsing in de LFPZ betekende. Daarbij betrof het wederom factoren die gerelateerd zijn aan het begrenzen van het internetgedrag en onbetrouwbaarheid in de samenwerking en rond afspraken waardoor een lager beveiligingsniveau niet langer werkbaar is. Hierbij worden dus vergelijkbare factoren genoemd als bij een initiële keuze voor plaatsing op de LFPZ. Voor deze casus werd uitstroom richting de samenleving niet direct als mogelijkheid genoemd aangezien voor risicomangement met betrekking tot het internetgebruik een vorm van forensische zorg en scherpte noodzakelijk werd geacht. Daarnaast is het in de praktijk lastig om patiënten met zedenproblematiek uit te laten stromen naar bijvoorbeeld een instelling voor beschermd en begeleid wonen (RIBW) omdat zedenproblematiek (net als in een aantal longcare voorzieningen) vaak een contra-indicatie voor opname is. Er zijn momenteel dus te weinig verblijfsvoorzieningen voor patiënten met dergelijke problematiek.

Tabel 4.2: Relevante factoren bij besluitvorming over casus 2.

Instroom longcare/LFPZ	Uitstroom uit LFPZ naar longcare	Uitstroom uit longcare naar LFPZ
○ Aard van risicovolle internetgedrag en in hoeverre is dit (rechtspositioneel) te begrenzen ○ Latentietijd van risico, delictscenario ○ Afspraakbetrouwbaarheid	○ Samenwerking mogelijk ○ Afspraakbetrouwbaarheid ○ Internetgedrag moet begrensd kunnen worden ○ Latentietijd en aanloop risicovol gedrag ○ Eventueel libidoremmende middelen (indien zicht op onbegeleid verlof)	○ Risicovolle internetgedrag niet te begrenzen binnen niveau 2 of 3 ○ Afspraakbetrouwbaarheid

4.4. Korte antwoorden op deelvragen

Vraag 10. Welke factoren of kenmerken (uit deel A en B) spelen een rol in de keuze van de kliniek tussen respectievelijk de LFPZ of longcare en hoe ziet dat keuzeproces eruit?

Besluitvorming over plaatsing en uitstroom op casusniveau vindt in de praktijk in (multidisciplinaire) team-overleggen plaats. Wat dat betreft is de bevinding dat respondenten een verscheidenheid aan factoren relevant vonden, niet direct problematisch. Demografische, diagnostische en justitiële kenmerken in de casus bleken minder doorslaggevend in de besluitvorming. Kenmerken ten aanzien van zorgbehoefte, beveiligingsnoodzaak en behandelrelatie worden als meest invloedrijk beschouwd. Hoe deze factoren er concreet uitzien verschilt per (type) casus. Bij psychotische patiënten gaat het vooral om de effecten van medicatie op symptomen van agressief gedrag en

het algehele toestandsbeeld. Bij een persoonlijkheidsgestoorde zedendelinquent zijn factoren met betrekking tot samenwerking, afspraakbetrouwbaarheid en latentietijd van risicovol gedrag van belang.

Vraag 11. Welke rol spelen verschillen in beleid en rechtspositie in dat keuzeproces, en hoe problematisch wordt dat gevonden?

De rol die beleid en rechtspositie spelen in het keuzeproces is vooral terug te voeren op het verschil in beveiligingsniveau tussen de LFPZ en de longcare en de daarmee samenhangende externe en interne rechtspositie (BVT versus Wvvgz) en beleid in de longcare-voorziening, bijvoorbeeld ten aanzien van multimedia-mogelijkheden. Het verschil in wetgeving is relevant voor het keuzeproces omdat het bepaalt of een patiënt past op de longcare, bijvoorbeeld met het toekennen van vrijheden en (onbegeleid) verlof. Binnen het wettelijk kader van de Wvvgz is een bepaalde mate van samenwerking tussen patiënt en zorgverlener nodig en dient risicovol gedrag (waaronder internetgebruik) voldoende begrensd te kunnen worden. Omdat op lagere beveiligingsniveaus inperkingen enkel in individuele gevallen (in plaats van een gehele afdeling of kliniek) mogelijk zijn, is het met name in geval van (online) zedenproblematiek lastig om het gedrag op internet voldoende te beperken of monitoren, waardoor dergelijke casus afgewezen worden binnen de longcare (als zedenproblematiek al geen contra-indicatie is voor de longcare-voorziening). Dit toont ook aan dat voor deze groep langverblijvers passende verblijfsvoorzieningen ontbreken: ze hebben het beveiligingsniveau 4 fysiek niet direct nodig, maar rechtspositioneel wel, nu hun mediagedrag niet voldoende gemonitord kan worden op niveau 2 of 3. Dit wordt in de praktijk als problematisch en complex ervaren.

Vraag 12. Welke factoren of kenmerken (uit deel A en B) dragen bij aan uitstroom uit de LFPZ en de longcare?

Indien de patiënt uit de casussen geplaatst is op de LFPZ wordt vooral gekeken naar uitstroom via de longcare. Op basis van de vignetten is minder aanleiding voor andere vormen van uitstroom. Dit komt echter grotendeels overeen met de uitstroomcijfers uit hoofdstuk 2. Uitstroom uit de longcare verschilt naar diagnostiek en delict. Bij psychotische problematiek binnen de longcare wordt veelal ingezet op uitstroom richting de GGZ (beveiligingsniveau 1), terwijl bij zedenproblematiek de route richting de samenleving (bijvoorbeeld naar een RIBW) wordt bemoeilijkt, doordat zedendelinquenten hier niet worden opgenomen of omdat het beveiligingsniveau om bepaald gedrag te monitoren te laag is. In het slechtste geval kan uitstroom vanuit de longcare ook plaatsvinden naar de LFPZ, naar een hoger beveiligingsniveau dus. In beide gevallen zijn de factoren of kenmerken wel vergelijkbaar met de plaatsingsbeslissing en gericht op behandelkenmerken: de zorgbehoefte, beveiligingsnoodzaak en behandelrelatie. Daarbij gaat het dan om de aard en aanloop van risicovol

gedrag wat niet meer op een lager beveiligingsniveau te hanteren is en waarbij perspectief op resocialisatie dus niet op termijn aan de orde is.



5. Beleidsimplicaties - *verslag van een focusgroep*

5.1 Achtergrond en doel

Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 wordt in dit hoofdstuk de uitkomst van de focusgroep beschreven. Het eerste deel van de bijeenkomst was bedoeld om de (voorlopige) resultaten van de dossierstudie, de interviewstudie en de vignetstudie te interpreteren en verder uit te diepen, en het tweede deel om op basis daarvan tot aanbevelingen te komen voor het beleid. De delen worden in het vervolg onderscheiden als interpretatie en beleidsimplicatie. In het laatste deel worden eerst ervaren knelpunten besproken (waar vraag 13 op ziet), zoals die uit de interviews met professionals en patiënten naar voren zijn gekomen in hoofdstuk 3. Vervolgens worden mogelijke oplossingsrichtingen besproken (waar vraag 14 over gaat). Omdat uit de interviewstudie bleek dat betrokkenen, ook vanuit het perspectief van hun positie of rol, anders kijken naar mogelijke oplossingsrichtingen voor knelpunten, is getracht in de focusgroep te bezien voor welke aanbevelingen draagvlak onder meer of alle partijen is te vinden. Voor de focusgroep zijn deelnemers gevraagd uit de praktijk, die ook al hadden meegedaan aan de interviews. Zo was voor iedereen de context van het onderzoek en de wijze van uitvoering van de interviewstudie al bekend en kon 'gefocust' worden op interpretatie en beleidsimplicatie.

13. In hoeverre is het huidige systeem van plaatsing en behandeling op de LFPZ dan wel de longcare toereikend voor zowel professionals als patiënten?
14. Welke (mogelijke) veranderingen zijn op basis van de bevindingen (van deel A, B en C) nodig voor een doorontwikkeling van dat systeem?

5.2 Methode

Focusgroep

Een focusgroep is een kwalitatieve methode waarbij een groep wordt uitgenodigd om met elkaar te praten over vooraf bepaalde onderwerpen en waarbij de interactie tussen de groepsleden belangrijk is.³⁴ In dit geval kwamen die onderwerpen voort uit de eerdere delen van het onderzoek: de bevindingen van de dossierstudie, interviewstudie en vignetstudie. In het eerste deel ging het om interpretatie van (meer neutrale) bevindingen. In het tweede deel om tot eventuele beleidsimplicaties te komen, met name op basis van in interviews benoemde knelpunten en oplossingsrichtingen, die soms ook wel in de literatuur zijn benoemd, en die aan de deelnemers zijn voorgehouden. Bij de bespreking van de bevindingen wordt aangegeven welke knelpunten en oplossingsrichtingen zijn voorgehouden en wat daarop de reacties waren. Eén van de onderzoekers is als moderator opgetreden om de groepsinteractie te begeleiden, terwijl specifieke delen van het onderzoek door de hoofdonderzoeker van dat deel zijn besproken en geleid.

Deelnemers

Hierboven is al uitgelegd dat de samenstelling van de groep deelnemers gebaseerd was op het doel om een zo breed mogelijk draagvlak te creëren voor eventuele beleidsimplicaties en op de gedeelde voorkennis op basis van betrokkenheid in de praktijk en deelname aan de interviewstudie. Slechts één aanwezige was niet geïnterviewd, omdat de wel geïnterviewde vertegenwoordigers van die partij op het moment van de focusgroep niet aanwezig konden zijn. Deze persoon is om die reden van tevoren bijgepraat over de context en opzet van het onderzoek,

³⁴ Van der Laenen, F. (2016). Focusgroepen. In T. Decorte, & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 223–253). Acco.

meer specifiek de interviewstudie. Omdat betrokken partijen van perspectief verschillen en het gewenst was alle ‘geluiden’ vertegenwoordigd te hebben, ontstond een heterogene samenstelling van de focusgroep. Zo is getracht een verdiepend beeld te krijgen van de verschillende perspectieven, door partijen ook op elkaar te laten reageren, om uiteindelijk te bezien waar eventueel raakvlakken bestaan. Omdat de deelnemers aan de interviews anonimiteit is beloofd, is dat voor de focusgroep gehandhaafd.

De partijen die het nauwst betrokken zijn bij de praktijk van de langverblijf-voorzieningen zijn DJI/DIZ, de langverblijf-voorzieningen, de verwijzende behandelklinieken, de LAP en de advocatuur. Daarom zijn van deze partijen vertegenwoordigers uitgenodigd voor de focusgroep, waarbij in ieder geval elke langverblijf-voorziening was vertegenwoordigd, iemand van een behandelkliniek zonder eigen langverblijfvoorziening, iemand van de LAP, twee personen van DJI/DIZ en twee vanuit de advocatuur (waarvan er een uiteindelijk vanwege technische problemen niet kon deelnemen). Hoewel er geen patiënten aanwezig waren bij de focusgroep, is hun perspectief door relevante andere partijen (met name vanuit de advocatuur en de voorzieningen) voldoende vertegenwoordigd, ook al, omdat ook de door hun ervaren knelpunten zijn ingebracht. Het onderzoekersteam was ten slotte ook (bijna volledig) aanwezig.

Werkwijze

De focusgroep duurde twee uur – een uur interpretatie van voorlopige bevindingen en een uur implicaties voor beleid – en vond online plaats (om aanwezigheid te verhogen) op 14 november 2024.

Ten aanzien van de interpretatie zijn steeds de methoden en belangrijkste bevindingen uit de deelstudies voorgehouden, waarna de deelnemers daarop konden reflecteren. Ten aanzien van de implicatie is als werkwijze gehanteerd dat de uit de interviewstudie naar voren gekomen knelpunten thematisch zijn geordend en in vier blokjes zijn voorgehouden, te weten: 1. Capaciteit / wachtlijstproblematiek (LFPZ), 2. Instroom, 3. Uitstroom, 4. Beleid / verblijf. De verschillende knelpunten (vraag 13) per thema werden steeds stuk voor stuk onthuld, waarna – als er niet spontaan over oplossingsrichtingen werd gesproken – ook oplossingsrichtingen (vraag 14) uit de literatuur of geopperd in de interviews werden voorgehouden, om daar het draagvlak voor te peilen. De volgorde van de thema's is enigszins chronologisch vanuit het perspectief van een casus en diens 'patiëntreis'. Het eerste knelpunt naar aanleiding van de wachtlijst is echter vrij specifiek – want met name van toepassing op de LFPZ – en het laatste juist weer meer algemeen (resterende beleidskwesties). Het middenblok wordt gevormd door de thema's instroom en uitstroom.

De bevindingen hieronder vormen een thematisch verslag van de focusgroep. Om de herkomst van bepaalde opmerkingen goed te kunnen duiden, is ervoor gekozen om het verslag heel trouw aan de discussie in de focusgroep weer te geven. Het verslag is uitgewerkt op basis van een automatisch gegenereerd verslag vanuit het bewuste videobelprogramma – wat goed werkte wanneer ‘11BZ’ werd omgezet naar LFPZ en ‘longhair’ naar longcare – en aantekeningen van twee onderzoekers.

5.3 Bevindingen

5.3.1 Interpretatie

Kenmerken van langverblijvers: verschillen tussen de LFPZ en longcare-doelgroep

Benadrukt is dat er op de meeste kenmerken - demografische, diagnostische, justitiële en behandel- - geen verschil bestaat tussen de groepen in de LFPZ en longcare, en de groepen wat dat betreft dus sterk op elkaar lijken. Dat wekt geen verbazing bij de deelnemers. Iets opvallender vindt men de bevinding dat ten aanzien van het aantal incidenten tijdens de tbs-behandeling – meldingen bijzonder voorval en het aantal veroordelingen tijdens tbs – eveneens geen verschillen bestaan.

Vervolgens worden de significante verschillen tussen de groepen getoond. In de eerste plaats is er een verschil ten aanzien van typen indexdelict. In de longcare-voorzieningen verblijven significant meer brandstichters dan in de LFPZ. Het risicomanagement bij brandstichters is kennelijk goed op een lager beveiligingsniveau vorm te geven. Overigens zijn er onder de brandstichters relatief veel vrouwen, hetgeen van invloed zou kunnen zijn op het benodigde risicomanagement, terwijl echter de verhouding man/vrouw niet significant verschilt tussen de beide voorzieningen voor langverblijf. Het verschil ten aanzien van het aantal levensdelicten, - personen met een dergelijk delict lijken vaker te verblijven in de LFPZ dan in longcare-voorzieningen - geeft aan dat de ernst van het delict een rol speelt, nu de ernst van het indexdelict volgens de deelnemers ook een indicatie kan zijn voor de ernst van een verwacht toekomstig delict.

Ten slotte worden de overige variabelen waarop de groepen significant verschillen tezamen getoond, omdat die de factor ‘tijd’ als gemene deler hebben; waaronder leeftijd en verblijfsduur in de tbs. Op die factoren scoort de LFPZ-groep hoger. Vanuit de deelnemers wordt erop gewezen dat dit vergelijkbare verschillen zijn als in een vorig onderzoek naar het verschil tussen de 15+ jaar langverblijvers op de LFPZ en

daarbuiten.³⁵ Ook vindt men het gemiddeld aantal klinieken waarin is verbleven tijdens de tbs (5,9 voor personen de LFPZ versus 4,7 longcare) enorm hoog. Men wijst vervolgens op de lange gemiddelde behandelduur (afgerond 24, LFPZ, versus 15 jaar in de longcare), wat mede verklarend is voor het hoge aantal overplaatsingen. De vraag hoe de kleine groep uit de LFPZ Vught is meegenomen in de LFPZ-groep, nu die vaak wat heftigere problematiek vertonen, heeft als antwoord dat ze naar rato zijn meegenomen in die groep en dus niet heel sterk op de resultaten kunnen drukken. En omdat het er dus maar enkelen zijn in de steekproef kunnen ze ook niet methodologisch verantwoord vergeleken worden met de LFPZ-Zeeland groep. Vanuit de deelnemers wordt de vraag opgeworpen of over tien jaar een vergelijkbaar onderzoek niet een veel lagere gemiddelde leeftijd en tbs-duur zal tonen, juist omdat er tegenwoordig meer uitstroombmogelijkheden zijn vanuit de LFPZ dan tien jaar geleden.

Kenmerken van langverblijvers: ontwikkeling en uitstroom van de LFPZ en longcare-doelgroep

Vervolgens wordt de ontwikkeling gepresenteerd van de LFPZ en longcare populaties vanaf 2017 tot 2024. Daaruit blijkt dat het aantal personen met een LFPZ status iets is afgenomen ten opzichte van zeven jaar geleden, maar de wachtlijst is enorm aan het groeien, in de laatste drie jaar tot 38 personen. Vanuit de deelnemers kan gemeld worden dat de wachtlijst ten tijde van de focusgroep al was gestegen naar 40.³⁶ Het aantal mensen in longcare-voorzieningen is met meer dan honderd gestegen en recent bijna twee keer zo groot als de groep in de LFPZ, al is de wachtlijst voor de longcare nu drie keer zo kort. Ten aanzien van de wachtlijsten wordt vanuit de deelnemers gevraagd of LFPZ Vught daarin is meegenomen en dat is zo. Daar zijn ten tijde van de focusgroep zo'n zes à zeven wachtenden voor. Die moeten veel langer wachten omdat er daar ook maar zes plekken zijn. Maar aan de andere kant is de EVBG-status echt een momentopname gezien het toestandsbeeld en kan die ook tijdens het wachten op de ene of andere LFPZ-voorziening wisselen 'op geleide van het dossier'.

Ten aanzien van de wachtlijst voor de longcare, die juist is afgenomen, wordt aangegeven dat voorzieningen die kunnen sluiten bij een bepaald aantal (bijvoorbeeld bij 5 wachtenden), wat de LFPZ niet kan. Een andere invloed op de cijfers van de longcare wachtlijst is wellicht dat de criteria in het begin nog niet zo scherp waren. Tegenwoordig is men, bijvoorbeeld bij De Wierde, strenger dan voorheen (toen het nog De Pelmolten was) bij de selectie aan de voordeur, omdat er thans nog sprake moet zijn van enig perspectief op doorstroom. Als er geen kans is

³⁵ Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., Gunnink, L., Herzberger, J., & Doekhie, J. V. O. R. (2022). *Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs* (Nr. 3121). Universiteit Leiden.

³⁶ Ten tijde van het schrijven van het rapport blijkt uit een brief van de LAP aan de minister van Justitie en Veiligheid (d.d. 12 maart 2025) dat het gaat om 43 patiënten waarvan de eerste persoon op de wachtlijst 3,5 jaar wacht, waarbij wordt gewezen op de noodzaak van capaciteitsuitbreiding van de LFPZ.

op relatief snelle uitstroom dan komen ze niet op de wachtlijst. Dit kan ook het dalen van de wachtlijst longcare verklaren. Ook wordt ten aanzien van de wachtlijst voor de longcare gevraagd of die beïnvloed wordt door plannen voor het openen van een longcare-voorziening:

“Willen we ook iets richting beleidsmakers met deze cijfers. Ik vroeg me af, zou het nog de moeite waard zijn om in die lijst ten aanzien van de longcare toe te voegen wanneer nieuwe longcare voorzieningen in beeld kwamen, concreet als plan werden genoemd en wanneer ze ook daadwerkelijk werden geopend. Waarbij ik meteen zal erkennen dat ik dat zeg vanuit het idee dat het voor beleidsmakers misschien wel inzichtgevend is dat mensen ook vaak gewoon op een wachtlijst worden geplaatst op het moment dat er een daadwerkelijk perspectief ontstaat.”

Volgens de deelnemers is inderdaad het plan voor Merendael in 2021 al bekend en is men in 2022 begonnen met intekenen en is de voorziening in 2023 geopend. Dat zal hierop van invloed zijn. En dat heeft mogelijk ook weer invloed gehad op de wachtlijst voor de LFPZ, want wie werd afgewezen voor Merendael werd vervolgens vaak aangemeld voor de LFPZ:

“Dat zeg maar, die route wordt afgesneden en dat je dan dus maar die andere route kiest. Dat zie je eigenlijk wel bij alle dossiers die zijn aangemeld de laatste twee jaar, dat ze bijna bij elke longcare zijn aangeboden en na afwijzing dan uiteindelijk via een zorgconferentie op een LFPZ-lijn komen. Dus dat lijkt wel zo, als ik dit zie.”

Vervolgens worden de cijfers getoond voor de vormen van uitstroom uit de beide typen voorzieningen in de afgelopen zeven jaar. Door de deelnemers wordt opgemerkt dat de wachtlijst- en uitstroomcijfers ook met elkaar samenhangen:

“De wachtlijst loopt ook op omdat de uitstroom vanuit de LFPZ minder is in de afgelopen jaren dan vermeld is in dat LAP-rapport van een aantal jaar geleden. Toen is vermeld dat zo'n 50% van de LFPZ uitstroomde, maar ik weet niet of we dat nog droog kunnen houden. Ik denk dat vooral de patiënten die uit konden stromen uit zijn gestroomd. De uitbreiding van de longcare heeft daar zeker aan bijgedragen en Nijmegen is daar een voorbeeld van. Ja, er zijn denk ik toch ook heel veel patiënten bij wie LFPZ tot het einde van het leven bij wijze van spreken noodzakelijk is, die niet meer uit kunnen stromen, tenzij er misschien weer een andere voorziening komt. Maar dat dat ook voor een deel verklaart waarom die wachtlijst zo oploopt aan de ene kant en het aanbod aan de andere kant ook. Het laaghangend fruit, om het even oneerbiedig te zeggen is, denk ik, de afgelopen jaren echt wel uitgestroomd. Zorgconferenties 15-plus hebben daar ook aan bijgedragen, maar dan heb je echt wel de patiënten bij wie dat nog mogelijk was eruit gezeefd.”

Aansluitend wordt opgemerkt dat de recente cijfers van de LAP aantonen dat er op de wachtlijst ten opzichte van de populatie die nu in de LFPZ zit een verschuiving plaatsvindt van de hoofddiagnose psychose naar hoofddiagnose Cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Waar er in die cijfers 38 personen met de primaire diagnose schizofrenie in de LFPZ verblijven (grootste diagnostische groep), staan er nu maar 9 met die diagnose op de wachtlijst. Echter van de groep met een Cluster B persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose verblijven er 28 in de LFPZ (thans tweede grootste groep), maar staan er 23 op de wachtlijst (zie ook hoofdstuk 3). Op de vraag of daar in dit onderzoek nader onderzoek naar gedaan kan worden, is het antwoord: zeer beperkt. Wellicht wel ten aanzien van psychose of persoonlijkheidsstoornis (grote diagnostische kenmerken), maar – anders dan de LAP – kunnen in het kader van dit onderzoek niet de wachtlijstdossiers worden ingezien.

Behoeften van patiënten en betrokken professionals: verschillen tussen de voorzieningen

De bevindingen ten aanzien van de behoeften van de patiënten wekken bij de deelnemers geen verbazing. De verschillen tussen de voorzieningen voor langverblijf worden besproken aan de hand van de ‘monstertabel’ (Tabel 3.2) uit hoofdstuk 3. Ten aanzien van de term contra-indicaties merkt een deelnemer op:

“Zou het misschien goed zijn om nog eens - juist als je het hebt over duidelijk maken van de verschillen - na te denken over wat we nou eigenlijk bedoelen met de term contra-indicaties? In de zin van: sommige contra-indicaties lijken wat harder of wat scherper dan anderen, terwijl ze op deze lijst eigenlijk allemaal onder dezelfde noemer staan. Nou ja, ik denk dat dat meer aan de verschillende voorzieningen is om zelf even na te gaan. Wat staat er nou eigenlijk bij ons op die lijst van contra-indicaties en hoe kijken we daar nu naar? Kunnen we die onderverdelen in harde contra-indicaties en, misschien ja, ik weet ook niet wat een andere term zou zijn, maar misschien andere afweegpunten?”

Omdat deze tabel voor een groot deel ook samenhangt met knelpunten en beleidsimplicaties, worden de overige reacties in de sfeer van oplossing of verandering van beleid in paragraaf 5.3.2 hieronder besproken.

Besluitvorming

Als slot van het deel van de focusgroep over de interpretatie van bevindingen wordt de vignetstudie toegelicht. Er wordt hier wat langer stilgestaan bij de methode, omdat niet iedereen bekend is met wat een vignetstudie is en het grootste deel van de deelnemers - anders dan

bij de interviewstudie - daarbij geen respondent is geweest. De studie is vooral bij behandelverantwoordelijken van behandelklinieken afgenomen. De meer specifieke bevindingen zijn besproken aan de hand van de tabellen 4.1 en 4.2 (hoofdstuk 4). De reactie van de deelnemers op deze bevindingen wordt in het volgende citaat goed samengevat:

“Wij vonden het eigenlijk heel herkenbaar en heel logisch. Ook wat jullie vonden in die zin en ook geruststellend dat mensen dus goed kijken naar: waar zit dat? Waar zit nou dat risico en kun je dat door je risicomanagement, ja, afdoend afdekken? Dus in die zin heel herkenbaar en positief dus.”

In de discussie erna wordt benadrukt dat waar de kwantitatieve analyse (hoofdstuk 2) weinig verschil tussen de groepen van LFPZ en longcare laat zien (buiten de factor ‘tijd’), de kwalitatieve vignetstudie ruimte geeft aan subtiele zaken, die kwantitatief niet helemaal goed naar voren zijn te krijgen. Iedereen voelt aan dat er verschillen moeten zijn. Vanuit de onderzoekers wordt aangegeven dat om deze reden ook aan de dossierstudie nog een kwalitatieve analyse is toegevoegd om te kijken naar relevante specifiekere combinaties van kenmerken (zie hoofdstuk 2).

5.3.2 Beleidsimplicatie

Thema 1: Capaciteit – wachtlijstproblematiek (LFPZ)

Uiteraard is het huidige gebrek aan langverblijf-capaciteit en de bijbehorende wachtlijstproblematiek een algemeen probleem, wat bij het laatste thema nogmaals wordt besproken. Bij dit eerste thema staan twee specifiekere problemen centraal die voortkomen uit het bestaan van wachtlijsten, een zorginhoudelijk probleem en een rechtspositioneel probleem (vooral bij de LFPZ).

Het zorginhoudelijke probleem, is dat personen op een wachtlijst wachten in de voorziening van herkomst (vaak nog de behandelkliniek) en dat de gewone behandeling vaak stopt, vooral verlofmogelijkheden verminderen dan ineens. Het verschilt een beetje per kliniek of per behandelaar of patiënt hoe dat wordt aangepakt. Zo zit iemand met een LFPZ-status nog in een behandelkliniek, en moet daar dus een LFPZ-achtige behandeling aan worden gegeven. Dat roept de vraag op of men in behandelklinieken die expertise heeft en of patiënten die wachten

op LFPZ-plaatsing samen moeten worden geplaatst op een afdeling. Een respondent van de interviewstudie legde uit dat op die manier in de behandelklinieken er een heleboel 'LFPZ'jes zijn bijgekomen. Ook zijn er patiënten die wachten op een longcare-plaatsing. In de praktijk roept dit de vraag op wie verantwoordelijk voor de wachtlijstpatiënt is, bijvoorbeeld bij de herbeoordeling van de status, een behandelaar uit de kliniek waar de patiënt zit, of een behandelaar uit de LFPZ. Als oplossing is in de interviews wel geopperd om wachtersafdelingen te maken.

Het rechtspositionele probleem is dat LFPZ een status is die men krijgt voorafgaand aan plaatsing, terwijl de beroepsmogelijkheid is gekoppeld aan de daadwerkelijke plaatsing in de LFPZ. Er is geen rechtsmiddel tegen de status, terwijl die wel maakt dat de behandeling in de behandelkliniek ineens beperkt wordt. Nu de wachttijd in de praktijk langer wordt dan de termijn voor herbeoordeling, na twee jaar, heeft de LAP besloten de status te herbeoordelen. Maar normaliter volgt na een herbeoordeling een nieuw plaatsingsbesluit waartegen weer beroep mogelijk is, en dat is er niet bij een herbeoordeling van de status. Deze ont koppeling van status en plaatsing is in die zin dus problematisch. Als oplossing is vanuit de advocatuur aangedragen dat de LFPZ pas als status kan aanvangen bij plaatsing, of dat beroep mogelijk wordt tegen de status. In theorie kan het nu namelijk voorkomen dat iemand na jaren op de LFPZ geplaatst wordt, dan beroep instelt en gelijk krijgt. Heeft die dan een aantal jaar voor niets op de wachtlijst gestaan?

De deelnemers vinden unaniem dat er beroep mogelijk moet zijn tegen de statusverlening van de LFPZ. Niemand begrijpt echt goed waarom dit niet geregeld kan worden. Toch blijkt het in de praktijk problematisch. Er wordt geopperd dat het misschien verband houdt met het door elkaar heenlopen van plaatsingsbeschikkingen, als tijdens het wachten personen ook nog worden overgeplaatst. Wellicht is het een wettelijk probleem omdat er wel direct beroep mogelijk is tegen plaatsing, maar statusverlening niet in art. 69 BVT staat. De mogelijkheid tot beroep staat open als de plaatsingsbeschikking er is, bij voorgenomen plaatsing, als er een plek (in zicht) is. Het probleem komt nu pas aan het licht doordat personen langer dan twee jaar moeten wachten, terwijl bij de vorige golf van capaciteitstekort (met een piek midden jaren 2000) er nog geen herbeoordelingstermijn van de LFPZ-status was. Die was van 2009 tot 2019 drie jaar en thans twee jaar. En de wachtlijst is nu zo lang dat behoorlijk wat wachters de twee jaar gaan halen. De LAP geeft aan er ook nog niet bij stilgestaan te hebben dat de herbeoordeling wel de consequentie kan hebben voor het verlengen of vervallen van de status, maar dat tegen die beslissing geen beroep mogelijk is. Deelnemers vinden wel dat er voor dit snel opgekomen probleem een oplossing moet en kan komen.

Ten aanzien van het zorginhoudelijke probleem en de vraag of het zinnig is om wachters samen te plaatsen, wordt vanuit de Pompestichting de ervaring gedeeld van de pre-longcare in aanloop naar de opening van Merendaal:

“Mensen die dus voor de longcare waren aangenomen, werden alvast bij elkaar gezet. Wij hebben daar echt wel hele gunstige effecten van gezien. Wat je ziet is namelijk dat het weghalen van de behandeldruk dan alvast begint en dat mensen in een ander tempo komen. En nou ja, dat het echt een andere manier van verblijven is. En ook hebben we gezien dat er veel mensen die aangenomen waren, maar niet terecht konden op de pre-longcare, zijn ontregeld op reguliere afdelingen omdat de druk gewoon te hoog was. Dus ik ben wel echt een groot voorstander, op basis van wat we hebben gezien, van samenplaatsen op, nou ja, een pre-afdeling met eenzelfde soort klimaat.”

In het veld blijken verschillende klinieken al na te denken over het hiervoor herbestemmen van afdelingen in verband met het hoge aantal wachtenden. Daarbij dienen zich wel enkele vraagstukken aan. Wat voor soort afdeling wordt dat dan? Hoe blijft het nog steeds onderdeel van de behandelkliniek. Hoe regel je het klimaat in? Niet alle longcares hebben dezelfde zorgvisie als Merendael. Bijvoorbeeld in De Wierde wordt meer perspectief op uitstroom gevraagd:

“Dat klopt. We zijn wat kritischer geworden, omdat we toch echt veel mensen hebben die uiteindelijk naar de LFPZ moeten. Dus we proberen bij de ingang toch kritischer te zijn. Ja, om ook de doorstroom op de afdeling te houden.”

In De Wierde zelf wordt nu ook gedacht aan wat men moet met wachtenden voor de LFPZ. Vanuit de behandelkliniek van de Van der Hoeven wordt gekeken of een wachter in De Wierde terecht kan op een lager beveiligingsniveau. Voorlopig worden ze om pragmatische redenen nog wel gespreid. Juist omdat in De Wierde nog wel op uitstroom wordt gekoerst, doen te veel wachters (zonder perspectief op meer vrijheid) op de afdeling iets met de sfeer. Wachtersafdelingen kunnen wellicht ook in andere longcares of in externe voorzieningen gecreëerd worden. Vanuit de LFPZ wordt op dat idee gereageerd:

“Daarmee gaan we natuurlijk wel het risico lopen dat LFPZ-wachtenden langdurig goed functioneren binnen een lager beveiligingsniveau en wij vervolgens na plaatsing de vraag krijgen: Goh maar, hoezo kunnen ze niet naar een lager beveiligingsniveau dan? Want we hebben daar geen incidenten gezien. Ik voorzie zomaar de vraagtekens van de LAP.”

Maar dat zou dan ook weer een deel van de oplossing zijn, want dan kunnen de patiënten die het op een lager beveiligingsniveau goed doen wellicht van de LFPZ-wachtlust af. Een wachtersafdeling op niveau 3 voor kalme patiënten wordt geopperd, die dan kunnen bewijzen niet de LFPZ in te hoeven. Met die groep kun je misschien zelfs op onbegeleid verlof, terwijl ze voorlopig toch geen uitzicht hebben op uitstroom.

Vanuit DIZ wordt aangegeven dat de Werkgroep door- en uitstroom een ronde langs de klinieken heeft gemaakt om te vragen hoeveel potentiële langverblijvers er zijn en wat voor voorzieningen die nodig hebben:

“Maar het zijn er echt meer dan 200 in totaal. De term ‘LFPZ op alle niveaus’ komt eigenlijk overal terug. Maar hoe dat dan ingericht moet worden, hoe dat eruit moet zien? Maar het sluit denk ik wel aan bij die behoefte.”

Het sluit aan bij Merendael als een soort LFPZ op niveau 2. Dat er behoefte aan is, werd bij het openen van de inschrijving daarvoor ook gemerkt.

Thema 2: Instroom

Het verschil in plaatsingsprocedure tussen LFPZ en longcare is al een paar keer aan de orde gekomen en is in de interviews veel genoemd als knelpunt met betrekking tot de instroom. Net als het gevoel van behandelklinieken zonder eigen longcare dat ze patiënten moeilijk op longcares van anderen kwijt kunnen. Vanuit de longcare wordt dan aangegeven dat de betreffende behandelkliniek niet het juiste beeld heeft van de doelgroep en visie van deze longcare-voorziening.

Ook is opgehaald dat het gevoel bestaat dat door de wachtlijst er een soort hogere drempel is om in de LFPZ te komen. Longcare-voorzieningen hebben soms de indruk gebeld te worden om afgevinkt te worden om richting de LFPZ-procedure een goed verhaal te hebben van ‘iemand past op geen enkele longcare’. Het verschil in rechtpositie ten aanzien van de plaatsingsprocedures is natuurlijk ook wel een belangrijk punt vanuit de advocatuur. Met name vanuit behandelklinieken hebben we de suggestie gekregen van een langverblijfcommissie (in plaats van de LAP) en een overkoepelend beleidskader, waarin LFPZ en longcare samen worden genomen. Dan meld je iemand centraal aan en hoef je niet zelf te gaan leuren, want niemand wil de moeilijke patiënten hebben, of - zo is het gevoel - men geeft voorrang aan patiënten uit de eigen kliniek. Vanuit een longcare-voorziening komt hierop als reactie:

“Ja, het is niet alleen soms zo dat wij worden benaderd om afgevinkt te worden voordat de LFPZ-aanvraag kan. Het is ook vaak dat wij vinden dat er een LFPZ-indicatie is, maar omdat de wachtlijst zo lang is, dat mensen dan denken, nou, dan gaan we het eerst op de longcare proberen en dan worden wij een soort bepaler al. En, dat voelt soms ook vervelend hè? Dus dat: als je een LFPZ-aanvraag doet, dan ben je tien jaar verder met de hele procedure en de wachtlijsten, dus dan maar longcare. Dus dan wordt er op inhoud geschoven naar een longcare-patiënt, terwijl die eigenlijk voor de LFPZ is. Dat komt ook voor, dus het werkt beide kanten op.”

Dit wordt vanuit behandelklinieken of de LAP niet herkend. Een andere deelnemer herkent hierin een eerdere discussie over wat voor aanbod er kan worden geboden aan iemand die heel veel is overgeplaatst:

“Over de toegang tot LFPZ, die drempel is inderdaad vrij hoog en heel formeel, terwijl die naar de longcare in ieder geval toegankelijker is middels niet zo een formele procedure, maar natuurlijk wel de contra indicaties die het wel moeilijker hebben gemaakt de afgelopen jaren. Maar de vraag is die beantwoord zou moeten worden: hoe erg verschillen de groepen nu van elkaar. Moet de longcare worden betrokken in het beleidskader? Je kunt het ook andersom benaderen. Als het gaat over grotendeels dezelfde populatie, is dan zo’n procedure wel nodig en zijn er niet andere manieren om mensen toe te wijzen aan een longcare- of LFPZ-achtige plek. Hoe die er dan ook uitziet? Ik heb het antwoord daar nog niet op, maar wel een discussie waard, denk ik.”

Er zijn ook klinieken die een eigen langverblijfvoorziening hebben, zoals de Van Mesdag, terwijl ook de longcare van de Woenselse Poort vooral voor eigen patiënten is. Aan het hebben van een eigen langverblijf-voorziening per instelling zitten echter ook nadelen:

“Als je het hebt over onze eigen LFZ. Nou ja, daar wordt wel problematisch aan gevonden dat er geen officiële procedure is. Dat je wel eens hoort in rechtbanken bij de tbs-verlenging: hoe kan dat nou dat iemand daar langdurig verblijft zonder dat er een officiële procedure van tevoren is gevolgd, zoals bij de LFPZ?”

Opgemerkt wordt ten slotte nog, om het nog wat ingewikkelder te maken, dat er nog heel wat afdelingen zijn van klinieken in het land die zichzelf helemaal niet dergelijke titels hebben opgeplakt, maar in feite een vergelijkbare werkwijze hanteren. Er zijn veel afdelingen waar het behandeltempo wat lager ligt en waar rust wordt gecreëerd en die hebben allerlei verschillende titels; luwte of perspectief, zonder die connotatie met ‘longterm’.

Thema 3: Uitstroom

Het volgende thema dat te herkennen is in de genoemde knelpunten is uitstroom. Dat geldt zowel voor de longcare als de LFPZ. Er zijn mensen die best zouden kunnen uitstromen, als ze niet dat ene specifieke risicomanagement-aspect hadden. Soms is dat aspect een fysieke beperking. Daarom is het forensisch verpleeghuis vaak genoemd als een zeer gewenste toevoeging aan het forensische landschap. Er is voorheen ook wel nagedacht over het voorwaardelijk opheffen van de LFPZ-status, maar dat is in tijden van een wachtlijst natuurlijk heel risicovol. Want als het

dan niet goed gaat, moet iemand jaren achteraan aansluiten in de rij. Er kan met deze druk op de capaciteit ook geen bed op de LFPZ worden vrijgehouden.

Deelnemers laten weten dat het dossier voorwaardelijke opheffing van de LFPZ-status op dit moment 'een slapend dossier' is, niet afgesloten, maar zeker nog niet in de fase van besluitvorming. Dan gaat het inderdaad om die terugkeergarantie, het financieren van een lege plek. Er waren vergaande gesprekken met een zorgaanbieder over het forensisch verpleeghuis voor ongeveer vijftig behoeftigen, maar die heeft zich teruggetrokken. Dus er wordt nu concreet gepraat met andere partijen, omdat de noodzaak echt hoog is. En er zal ook concreet in gesprek gegaan worden met zorgaanbieders over LFPZ op alle niveaus. De vraag is wie daar in wil stappen en op welke voorwaarden.

'Als we dat met elkaar voor elkaar kunnen krijgen, dan zou de boel moeten kunnen gaan stromen is onze hoop en verwachting. We hebben geen capaciteitsprobleem, maar een uitstroomprobleem.'

Men zou ook wel een instrument willen hebben waarin je de behoefte aan bepaalde voorzieningen voor doelgroepen zou kunnen blijven monitoren, zodat die behoefte ook blijvend zichtbaar is zowel voor Den Haag als in het veld. Zodat men weet wat er nodig is om doorstroom mogelijk te maken. Het gevoel heerst dat mensen echt geen recht wordt gedaan door ze op een wachtlijst te plaatsen.

Ook is in de interviews de vraag opgeworpen of kwaliteit van leven een criterium mag zijn bij uitstroom van de LFPZ, nu bij longcare voorzieningen over het algemeen minder mogelijkheden zijn qua terrein en dagbesteding. Dat wrekt zich dan vooral voor mensen die ook nog geen verlof krijgen. De mogelijkheden voor verlof zijn op de longcare breder, maar niet voor ieder individu op basis van diens benodigde risicomanagement een gegeven. Als iemand op een lager beveiligingsniveau terecht zou kunnen, moeten we die dan omwille van de kwaliteit van leven op de LFPZ laten zitten? Een reactie van een longcare-voorziening:

"Nou ik weet natuurlijk van sommige patiënten die uit de LFPZ komen, terug de behandeling in met grootse verwachtingen en ook met een verwachting dat het heel snel dan zal gaan, want ik ben van de LFPZ af en dat duurt lang. Dat lossen we bij de start op door te zeggen 'dit is LONG care' dus dat duurt ook lang en gaat ook met kleine stapjes. Ik denk dat we daar ook steeds beter in geworden zijn, omdat we dit goed bespreken met patiënten. Verder vind ik ook nog een kwaliteit van leven ding dat je binnen niveau 3 en 2 gebruik kunt maken van multimedia. Bij ons is er eens iemand geheel geresocialiseerd, maar dan via de digitale wereld. Dus die nam helemaal deel aan de wereld, omdat er zoveel digitaal gebeurt."

Thema 4: Beleid / verblijf

Nog voordat de knelpunten van dit vierde thema benoemd zijn, merkt een deelnemer op:

“Ik heb wel eens de gedachte gehad, moeten we niet die hele LFPZ-status helemaal opheffen, dus dat er geen onderscheid meer is, je zit gewoon op een plek. En, je hebt niet een bepaalde aparte status. Wat zou dat doen, dan zou het sneller gaan misschien, maar toets je dan nog voldoende. Kijk een patiënt gaat ook om de twee jaar naar de rechter, dat is ook een toetsingsmoment, of tbs nog nodig is los van plaatsen. Nou ja, goed, volgens mij kunnen we daar ook eens naar kijken.”

Deze opmerking krijgt veel bijval. Er wordt ook aangegeven dat dit ook al wel door de RSJ is geopperd, maar dan wel vooral in een tijd dat dat de populatiecijfers naar beneden gingen.³⁷ Hier wordt aan het eind nog op teruggekomen.

In dit thema zijn wat laatste knelpunten ten aanzien van beleid en verblijf verzameld. Zo wordt ten aanzien van de LFPZ de huidige verlofregeling als ingewikkeld en te strikt ervaren en zo zijn veel mensen niet zo blij met de naam longcare. Omdat door alle verschillende visies niet duidelijk is wat het betekent. Dat patiënten het verschil met LFPZ niet goed begrijpen, maar ze begrijpen wel ‘LONG’ en advocaten vinden dat weer een lastig punt, zoals ook bevestigd wordt in de focusgroep:

“Mijn cliënten schrikken daarvan, van het woord longcare en die zien er al tegen op. Oh, dan ga ik weer een heel langdurig traject in, worden ze moedeloos van. Het is een rot-term, Maar dat hebben we ook in zorgconferenties al vastgesteld. Ik hoorde zo straks nog. Ja, moeten we ook niet een procedure gaan inrichten voor longcare? Daar hebben we weer een stigma bij. Ik weet niet of we daarmee onze tbs-gestelden nou zo'n groot plezier doen. Nou ja, de longstay status is een stigma, vinden ze lastig te dragen, alhoewel niet allemaal. Maar dat omdenken bevalt mij zeer. Ja, kunnen we er niet gewoon vanaf, van de longstay-status?”

Tegengeworpen wordt dat sommige advocaten juist blij zijn met de LFPZ-status vanwege de versterkte rechtspositie, van beroepsmogelijkheden en tussentoets. De advocatuur ervaart de LAP als minder kritisch dan tien jaar geleden. Die indruk wordt niet gedeeld

³⁷ RSJ, *Advies Longstay*, d.d. 1 februari 2008; een van de gepresenteerde denkrichtingen was de longstay van een externe een interne differentiatie maken.

vanuit de LFPZ, daar denkt men dat de doelgroep gewoon aan het veranderen is. Men heeft in de advocatuur ook ergernis over de toenemende gemiddelde behandelduur. De mening is dat er te weinig wordt meegedacht om mensen uit de tbs te krijgen.

“En mijn laatste punt, wat echt overwogen moet worden. De RSJ heeft in 2015 ook gezegd:³⁸ Open een tweede LFPZ-kliniek, zodat er geen eenzijdige behandelvisie ontstaat. De Pompestichting doet prima werk en die heeft een visie, maar ik zou graag ook een andere kliniek zien, bijvoorbeeld een Van der Hoeven, om maar eens iets te noemen, met een hele andere insteek, die ook LFPZ’ers opvangt. Dat zou mooi zijn. Tot slot, dit hoort erbij dat het ministerie gewoon garant staat voor financiering aan die directies. Jullie openen, wij zorgen ervoor dat jullie gewoon dit kunnen doen, want dat helpt natuurlijk ook.”

De huidige LFPZ van de Pompestichting is niet tegen een extra LFPZ-voorziening. Dat zou ook iets kunnen bieden. Bijvoorbeeld uitwisseling mogelijk maken na incidenten. Dat kan voordelen hebben, maar ook nadelen, want er zit ook iets goeds aan: ‘hier moeten we het gewoon mee doen.’ Daarnaast wordt een tussenvoorziening tussen Vught en Zeeland gemist en ook tussen Zeeland en de reguliere zorg in de regionale keten. De vraag wordt opgeworpen of een tweede LFPZ niet een Rijksvoorziening zou moeten zijn, zoals het opvangen van lastige gevallen volgens de literatuur altijd een taak voor het Rijk is geweest.³⁹ Het probleem daarbij is dat men niet weet wat de behoefte is op langere termijn. Dat houdt initiatief tegen. En heel praktisch gezien is de markt sneller in staat om voorzieningen te openen dan het Rijk. Het wordt wel een overheidstaak gevonden om financiële garanties te geven; de overheid moet investeren. Maar de tendens is nu toch echt: LFPZ op alle niveaus. Men wil een keur aan mogelijkheden, zowel verblijfsplekken op verschillende beveiligingsniveaus als perspectiefplekken op verschillende niveaus. En dan misschien ook wel weer voor verschillende diagnostische doelgroepen. Een hele kleurenwaaier aan voorzieningen waar je vervolgens dan ook niet meer met hele generieke namen over hoeft te spreken. Maar de vraag is hoe de toeleiding naar dergelijke voorzieningen beleidsmatig moet worden vormgegeven. Dat lijkt volgens iedereen een ingewikkelde opgave. Er zou mogelijk wel gedifferentieerd kunnen worden met de versteviging van de rechtspositie, die van oudsher vooral samenhangt met een gebrek aan perspectief.⁴⁰

³⁸ RSJ, *Advies Knelpunten en risico's in de longstay*, 26 november 2015.

³⁹ Van der Wolf, M. J. F. Longstay heeft lang genoeg geduurd. in: W.F. van Hattum, C. Brouwer, M. J. Smilde & K. J. J. Waldeck (Reds.), *Levenslang: Bijdragen aan en naar aanleiding van het Symposium Levenslang, 6 april 2018 te Groningen* (pp. 109-122). Uitgeverij Paris.

⁴⁰ Zie tevens bovenstaande voetnoot.

Vanuit de behandelklinieken wordt aangegeven dat men wel begrijpt dat er toetsen moeten zijn, maar dat men niet zit te wachten op meer procedures. En richting de advocatuur:

“Want dat het langer duurt, dat is niet voor niets hè? Het gaat met kleinere, rustigere stappen. En als dat dan in de naamgeving niet voor mag komen, wat zou dan een goed alternatief kunnen zijn?”

Iemand anders reageert:

‘En, en als je gewoon zegt. We hebben verblijfsplekken en we hebben behandelplekken binnen de tbs. Punt.’

Er wordt aangegeven dat dat wel eens is geopperd in een proefschrift.⁴¹ Men vindt wel dat daarover doorgedacht moet worden. Een knip tussen behandeling en (langdurig) verblijf in combinatie met passend risicomanagement en kwaliteit van leven. Er wordt geopperd dat daarmee ook de naam longcare zou kunnen vervallen, want dat is dan of een behandelplek (zoals sommige longcares nu), of een verblijfsplek (zoals andere longcares nu). ‘Ja, maar dat laatste is natuurlijk geen longcare’, is het typerende antwoord vanuit een voorziening behorend tot de eerste soort.

Ook wordt geopperd dat dit mogelijk ook iets betekent voor de officiële status van de LFPZ, wordt vanuit de LFPZ daar nog tegenin gebracht:

“Wat nog niet gezegd is: eerlijk, het creëren van echt rust en pas op de plaats in de behandeling, wordt ook mede gecreëerd door juist het opleggen van die status. Kijk als een patiënt te horen krijgt. Ik heb een status en de komende twee jaar ben ik hier, dat creëert ook dat je niet die druk gaat opvoeren. Vergis je niet wat juist die formele status ook doet in het af laten nemen van die druk? Ik denk echt dat dat ook iets doet. Niet dat als ik morgen met mijn behandelaar praat, dat ik er dan over een half jaar uit kan. Dat kan hier ook. Alleen zo'n patiënt voelt dat veel minder. En, dat wordt juist gecreëerd door het beleidskader wat we nu hebben. Los van alle haken en ogen die eraan vasthangen, laat dat helder wezen.”

5.4 Korte antwoorden op de deelvragen

Vraag 13. In hoeverre is het huidige systeem van plaatsing en behandeling op de LFPZ dan wel de longcare toereikend voor zowel professionals als

⁴¹ Van der Wolf, M.J.F. (2012). *TBS - veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenteën van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* [Dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam]. Wolf Legal Publishers.

patiënten?

De volgende knelpunten, zoals in de onderstaande vier thema's besproken en herkend in de focusgroep, geven aan waar het huidige systeem nog niet als toereikend wordt ervaren:

- **Knelpunten capaciteit / wachtlijstproblematiek:**

Er is een tekort aan langverblijf-capaciteit: er is behoefte aan zowel behandel(luwe)/perspectief afdelingen als verblijfsafdelingen op alle beveiligingsniveaus (waaronder ook een extra voorziening op niveau 4).

De bij dit tekort behorende wachtlijstproblematiek leidt zowel tot een zorginhoudelijk knelpunt (wat te doen in de behandelkliniek met wachtenden op een plek in een langverblijfvoorziening), als ook tot een rechtspositioneel knelpunt (door de ontkoppeling van de LFPZ-status en -plaatsing is er gedurende de lange wachttijd geen beroepsmogelijkheid tegen de status).

- **Knelpunten instroom:**

Het verschil in plaatsingsprocedure tussen LFPZ en longcare-voorzieningen (formeel, gecentraliseerd en met rechtsbescherming omgeven versus – verschillend – beleid per voorziening), maakt bereikbaarheid van de longcare-voorziening onzeker en afhankelijk van de ontvangende voorziening, hetgeen bij behandelklinieken een gevoel van willekeur kan oproepen.

Door de wachtlijstproblematiek ontstaan mogelijk oneigenlijke verhoudingen tussen LFPZ en longcare, zoals een verhoging van de LFPZ-drempel of het bellen en afvinken van longcare-voorzieningen om de LFPZ-plaatsing van een patiënt te onderbouwen.

- **Knelpunten uitstroom:**

Er is een algemeen gebrek aan passende vervolgvoorzieningen (op lagere beveiligingsniveaus), waaronder met name ook een forensisch verpleeghuis voor oudere patiënten.

Door de wachtlijstproblematiek worden proefuitplaatsingen moeilijker vanwege het gebrek aan een terugplaatsgarantie.

Doordat de LFPZ een hoge kwaliteit van leven kent (qua terrein en activiteiten) ten opzichte van de longcare (waar wel perspectief op verlof en internetgebruik bestaat), kan dit een belemmering vormen voor instemming met uitstroom uit de LFPZ richting longcare.

- **Knelpunten algemeen beleid / verblijf:**

Er is geen eenduidige definitie van longcare (mogelijk) gezien de verschillen tussen de huidige voorzieningen; ook vanwege het aspect 'long' wordt de naam niet door iedereen gewaardeerd.

Met name in longcare-voorzieningen met weinig perspectief (op uitstroom naar een lager beveiligingsniveau of de samenleving), worden een sterkere formele rechtspositie en hogere kwaliteit van leven gemist.

Ten aanzien van de LFPZ wordt de huidige verlofregeling als ingewikkeld en te strikt ervaren, wordt het monopolie van de Pompestichting als beperking ervaren en worden er nog differentiaties gemist (o.a. tussen Vught en Zeeland), zeker bij een veranderende doelgroep.

Vraag 14. Welke (mogelijke) veranderingen zijn op basis van de bevindingen (van deel A, B en C) nodig voor een doorontwikkeling van dat systeem?

Beleidsimplicaties

Voor de onderstaande voorgehouden suggesties voor oplossingsrichtingen, lijkt op basis van de focusgroep draagvlak bij de verschillende partijen te bestaan. Ze worden niet aan de hand van de vier thema's (en bijbehorende knelpunten) besproken, maar van overkoepelend naar meer specifiek:

- Het beleid niet langer koppelen aan het onderscheid LFPZ/longcare. Overeenkomst is de lage behandeldruk, maar soms is dat juist om perspectief op doorstroom te creëren, soms juist om zich niet op perspectief te richten. Zo is een onderscheid op basis van behandeling/perspectief versus verblijf passender bij de praktijk en duidelijker. Er is in ieder geval een flink aantal redenen om de naam longcare niet meer te gebruiken.
- Zowel afdelingen voor behandeling/perspectief als verblijf zouden op alle beveiligingsniveaus in verschillende voorzieningen voorradig moeten zijn, mogelijk ook nog voor bepaalde patiëntgroepen (op basis van diagnostiek). De noodzaak voor een forensisch verpleeghuis wordt door iedereen onderschreven. Met het creëren van deze 'kleurenwaaier' zou logischerwijs ook in de benodigde capaciteit voor verblijfsplekken (moeten) worden voorzien. Het creëren van deze plekken gaat waarschijnlijk het snelst via de markt, maar is afhankelijk van financiële garanties vanuit de overheid.
- Vooral voor de verblijfsvoorzieningen is – vanwege het gebrek aan perspectief en de instroommogelijkheid vanuit alle klinieken – een overkoepelend en gecentraliseerd beleidskader nodig, inclusief plaatsings- en herbeoordelingsprocedure (mogelijk zelfs zonder formele status), beroepsmogelijkheid (formele rechtspositie) en eisen aan de kwaliteit van leven (inclusief verlofmogelijkheden, multimediebeleid,

binnen-/buitenruimte en activiteiten). De doelgroepdifferentiatie van de behandel/perspectiefvoorzieningen zou in overleg (onderling en met DIZ) duidelijker vormgegeven en gecommuniceerd moeten worden.

- Zolang de wachtlijstproblematiek (op deze manier) niet is opgelost, moet een beroepsmogelijkheid tegen de LFPZ-status worden gecreëerd en moet overwogen worden om LFPZ/longcare-wachtenden zo veel mogelijk samen te plaatsen omwille van de zorginhoud. Als er geen wachtlijstproblematiek meer is, zou de proefuitplaatsing op een lager beveiligingsniveau (met terugkeergarantie) de uitstroom kunnen bevorderen.

6. Conclusies, discussie en aanbevelingen

6.1 Conclusies

Aan het eind van de afzonderlijke hoofdstukken zijn steeds korte antwoorden op de deelvragen, die het uitgangspunt waren van dat onderdeel van het onderzoek, weergegeven. Hieronder worden de antwoorden ten aanzien van de hoofdvragen van het onderzoek, onder de noemer conclusies, geformuleerd.

A

Kenmerken van langverblijvers in de LFPZ en longcare

Wat zijn kenmerken van de huidige langverblijvers en uitstromers van de LFPZ in vergelijking met die van de longcare en welke ontwikkelingen hebben zich in die doelgroepen voorgedaan sinds 2017?

De langverblijfgroep is een groep met een veelkleurig scala aan diagnostische kenmerken en een hoge comorbiditeit. De LFPZ en longcare-groep vertonen over het algemeen grote overeenkomsten. Qua delicttype blijken (poging tot) levensdelicten vaker voor te komen bij de LFPZ-groep en brandstichting vaker bij de longcare-groep. Overige verschillen hebben vooral te maken met de factor tijd: leeftijd, tbs-duur, aantal klinieken en fysieke beperkingen zijn hoger in de LFPZ-groep dan in de longcare-groep.

Uit analyse van ‘de kwestie’, die maakt dat iemand een langverblijver is, bleek bovendien dat een aantal patiëntprofielen onevenredig verdeeld is over de twee groepen. Vrouwen in de langverblijfgroep lijken sterk op elkaar, maar de vrouwen in de LFPZ vertonen hevigere agressie binnen de instelling dan die in de longcare. De psychotische patiënt met een comorbide persoonlijkheidsstoornis, beperkt effect van medicatie, achterdocht en agressie komt vaker voor in de LFPZ dan in de longcare. De pedofiele zedendelinquent komt vaker in de longcare voor en de niet-pedofiele zedendelinquent met ernstige persoonlijkheidsproblematiek in de LFPZ. De persoonlijkheidsgestoorde geweldsdelinquent met verslavingsproblematiek komt bij mildere problematiek meer in de longcare voor en bij hevigere problematiek – begrijpelijk gezien het beveiligingsniveau – meer in de LFPZ.

Op basis van de registratiedata van DJI toont de ontwikkeling vanaf 2017 een kleine afname van de LFPZ-groep en een flinke toename van de longcare-groep (bij uitbreiding van dat aanbod). In totaal neemt de populatie langverblijvers toe. Op de beperkte kenmerken die we op basis van

deze data konden vergelijken, blijft de langverblijfgroep als geheel vrij gelijkvormig. De wachtlijst voor de LFPZ neemt sterk toe vanaf 2023 (waarbij de LAP ook een verschuiving van de doelgroep waarnam richting opvallend meer Cluster B persoonlijkheidsstoornissen), terwijl de wachtlijst van de longcare-groep vanaf 2023 juist afnam (waarbij in ieder geval de opening van Merendael, als ook het feit dat betreffende voorzieningen die wachtlijst kunnen sluiten, een rol zal hebben gespeeld).

Het type uitstroom uit de LFPZ is in deze periode het vaakst overlijden (iets meer dan een derde van de uitstromers), terwijl ook iets meer dan een derde uitstroomt naar een behandelkliniek en iets meer dan een kwart naar een longcare-voorziening. Het type uitstroom vanuit de longcare in deze periode is primair terugkeer naar een behandelkliniek, gevolgd door overlijden en vormen van proefverlof/(voorwaardelijke) beëindiging. In een aantal gevallen werd uitgestroomd richting de LFPZ. Zedendelinquenten komen relatief vaak voor onder de uitstromers uit de LFPZ (mogelijk richting longcare), terwijl zedendelinquenten minder vaak voorkomen onder de uitstromers van de longcare-groep. Ook psychotische patiënten zijn oververtegenwoordigd in de uitstroomgroep uit de LFPZ maar niet in de uitstroomgroep uit de longcare. Patiënten die levensdelicten pleegden lijken minder vaak uit te stromen uit de LFPZ. De percentageverschillen suggereren dat bepaalde delicttypes en stoornissen invloed kunnen hebben op uitstroompatronen uit de LFPZ en uit de longcare.

B

Behoeften van patiënten en betrokken professionals in de LFPZ en longcare

Welke (verschillende) behoeften hebben patiënten op de LFPZ en longcare, alsook bij hun tbs-traject betrokken professionals, ten aanzien van zorg, beleid en rechtspositie?

De belangrijkste overeenkomst tussen de LFPZ en alle longcare-afdelingen is de lage of afwezige behandeldruk. Bij de LFPZ en enkele longcare-voorzieningen is perspectief op doorstroom ook niet nodig, bij andere longcare-voorzieningen wel. Voorts verschillen de longcare-afdelingen vooral van de LFPZ vanwege de lagere beveiligingsniveaus (met gevolgen voor de interne rechtspositie ten aanzien van rechten en vrijheden), de niet geformaliseerde en gecentraliseerde plaatsingsprocedure en beperkte formele rechtspositie (beroepsmogelijkheid en herbeoordeling/toetsing). De longcare-afdelingen onderling verschillen onder meer van elkaar op basis van visie (perspectief versus verblijf), beveiligingsniveau (3 of 2) met bijbehorende verlofstatus, diagnostische doelgroep, criteria en contra-indicaties, en mogelijkheid van instroom vanuit andere instellingen. Voor behandelklinieken zijn, net als voor patiënten, deze verschillen ingewikkeld en soms onbekend. Meer duidelijkheid hierover is gewenst. Vanuit de

advocatuur is vooral doorstroom en een sterkere formele rechtspositie gewenst. In de interviews zijn verschillende knelpunten binnen het forensisch langverblijf benoemd, die worden besproken onder D. De consequenties van deze knelpunten (bijv. lange wachttijden, minder verlofmomenten, minder activiteiten) wordt ook door de patiënten gevoeld en ervaren.

De verwachtingen en ervaringen van de patiënten op de LFPZ en longcare zijn tweeledig: een deel van de patiënten verzet zich tegen de plaatsing in de LFPZ en wil niks liever dan zo snel mogelijk uitstromen. Een ander deel staat iets positiever ten opzichte van de plaatsing op de LFPZ, vanwege de behoefte aan rust en gebrek aan behandeldruk. Op de longcare hebben weinig patiënten een heel duidelijk en accuraat beeld voorafgaand aan plaatsing op een longcare en verwarren het ook regelmatig met *longstay* (zoals de LFPZ voorheen werd genoemd). De ervaringen op de verschillende longcare-afdelingen zijn overwegend positief. Ze vinden het prettig dat er perspectief is op vooruitgang en door de lage behandeldruk en persoonlijke bejegening komen patiënten veelal weer in beweging. De behoeften van patiënten op de LFPZ en longcare zijn in wezen niet zo verschillend. Het merendeel wil perspectief houden op uitstroom zonder dat er te veel van hen gevraagd wordt. Een behoefte waarin wellicht beter kan worden voorzien op de longcare dan de LFPZ, maar waarbij de verwachtingen (bijvoorbeeld meer vrijheden) niet altijd worden waargemaakt (bijvoorbeeld wanneer verlof nog niet verantwoord is). Dit kan voor patiënten onvrede opleveren en heeft invloed op hun ervaren kwaliteit van leven.

C

Inzichtelijk maken van relevante factoren in de **besluitvorming** over LFPZ en longcare

Welke factoren/kenmerken spelen op de verschillende beslismomenten bij de bijbehorende actoren een (doorslaggevende) rol in de besluitvorming rond plaatsing en uitstroom ten aanzien van de LFPZ en longcare?

Besluitvorming over plaatsing en uitstroom op casusniveau vindt in de praktijk doorgaans in (multidisciplinaire) team-overleggen plaats. Wat dat betreft is de bevinding dat respondenten een verscheidenheid aan factoren relevant vonden, niet per se problematisch, omdat men in de praktijk al die factoren met elkaar bespreekt en afweegt. Demografische, diagnostische en justitiële kenmerken in de casus bleken minder doorslaggevend. Kenmerken ten aanzien van beveiligingsnoodzaak, zorgbehoefte, en behandelrelatie (behandelkenmerken) worden als meest invloedrijk

beschouwd en raken allemaal aan het risicomanagement dat nu eenmaal afhankelijk is van de mogelijkheden op een bepaald beveiligingsniveau. Hoe deze factoren er concreet uitzien verschilt per (type) casus. Bij psychotische patiënten gaat het vooral om de effecten van medicatie op symptomen van agressief gedrag en het algehele toestandsbeeld. Bij een persoonlijkheidsgestoorde zedendelinquent zijn factoren met betrekking tot samenwerking, afspraakbetrouwbaarheid, signalen van risicovol gedrag en de termijn waarop dat zich openbaart (latentietijd) van belang. In het keuzeproces is dus, als onderdeel van beleid/rechtspositie, vooral het verschil in beveiligingsniveau tussen de LFPZ en de longcare en de daarmee samenhangende externe en interne rechtspositie (BVT versus Wvvgz) van belang. Soms kan het ook gaan om intern beleid in de longcare-voorziening, bijvoorbeeld ten aanzien van multimedia-mogelijkheden. Het verschil in wetgeving is relevant voor het keuzeproces omdat het bepaalt of een patiënt past op de longcare, bijvoorbeeld met het toekennen van vrijheden en (onbegeleid) verlof. Binnen het wettelijk kader van de Wvvgz is een bepaalde mate van samenwerking tussen patiënt en zorgverlener nodig en dient risicovol gedrag (waaronder internetgebruik) voldoende begrensd te kunnen worden. Omdat op lagere beveiligingsniveaus algehele inperkingen niet mogelijk of gemakkelijk zijn, enkel in individuele gevallen, is het met name in geval van (online) zedenproblematiek lastig om het gedrag op internet voldoende te beperken of monitoren, waardoor dergelijke casus afgewezen worden binnen de longcare (als zedenproblematiek niet al een contra-indicatie is voor de longcare-voorziening). Dit toont ook aan dat voor deze groep langverblijvers passende verblijfsvoorzieningen ontbreken: ze hebben het beveiligingsniveau 4 fysiek niet direct nodig, maar rechtspositioneel wel, nu hun mediagedrag niet voldoende gemonitord kan worden op niveau 2 of 3. Dit wordt in de praktijk als problematisch en complex ervaren. Logischerwijs zijn 'risicomanagement-factoren' het meest relevant bij de keuze voor een lager beveiligingsniveau. Indien de casus geplaatst is op de LFPZ wordt vooral gekeken naar uitstroom via de longcare. Uitstroom uit de longcare verschilt per diagnostiek en delict. Bij psychotische problematiek binnen de longcare wordt veelal ingezet op uitstroom richting de GGZ (beveiligingsniveau 1), terwijl bij zedenproblematiek de route richting de samenleving (bijvoorbeeld naar een RIBW) wordt bemoeilijkt doordat zedendelinquenten hier niet worden opgenomen of omdat het beveiligingsniveau om bepaald gedrag te monitoren te laag is. In het slechtste geval kan uitstroom vanuit de longcare ook naar de LFPZ zijn, een beveiligingsniveau hoger in plaats van lager. In beide gevallen zijn de factoren of kenmerken wel vergelijkbaar met de plaatsingsbeslissing en gericht op risicomanagement en behandelkenmerken.

D

Mogelijke **beleidsimplicaties** van de bevindingen

In hoeverre nopen de uitkomsten van dit onderzoek tot verandering van het bestaande (verschillende) beleid ten aanzien van de LFPZ en longcare?

De volgende knelpunten geven aan waar het beleid nog als ontoereikend wordt ervaren.

➤ Knelpunten **capaciteit / wachtlijstproblematiek**:

Er is een tekort aan langverblijf-capaciteit: er is behoefte aan zowel behandel(luwe)/perspectief afdelingen als verblijfsafdelingen op alle beveiligingsniveaus (waaronder ook een extra voorziening op niveau 4). De wachtlijstproblematiek die voortvloeit uit dit tekort leidt zowel tot een zorginhoudelijk knelpunt (wat te doen in de behandelkliniek met wachtenden op een plek in een langverblijfvoorziening), als ook tot een rechtspositioneel knelpunt (door de ontkoppeling van de LFPZ-status en -plaatsing is er gedurende de lange wachttijd geen beroepsmogelijkheid tegen deze status).

➤ Knelpunten **instroom**:

Doordat de plaatsingsprocedure bij een longcare-voorziening minder formeel is dan bij de LFPZ, leidt dat bij behandelklinieken tot onzekerheid of ze een patiënt kunnen laten doorstromen naar een longcare-voorziening. Die afhankelijkheid van de ontvangende voorziening, met minder transparante plaatsingscriteria, kan een gevoel van willekeur oproepen. Door de wachtlijstproblematiek kan een hogere drempel richting instroom in de LFPZ ontstaan en mogelijk ook oneigenlijke verhoudingen tussen LFPZ en longcare. Het kan namelijk leiden tot het benaderen en afvinken van de longcare-voorzieningen om daarmee vervolgens een LFPZ-plaatsing te onderbouwen.

➤ Knelpunten **uitstroom**:

Er is een algemeen gebrek aan passende vervolgvoorzieningen (op lagere beveiligingsniveaus), waaronder met name ook een forensisch verpleeghuis voor oudere patiënten. Door de wachtlijstproblematiek worden proefuitplaatsingen moeilijker vanwege het gebrek aan een terugplaatsgarantie in de LFPZ. Doordat de LFPZ een hogere kwaliteit van leven kent (qua terrein en activiteiten) ten opzichte van de longcare (waar wel perspectief op verlof en internetgebruik bestaat), kan dit een belemmering vormen voor instemming met uitstroom uit de LFPZ.

➤ Knelpunten **algemeen beleid / verblijf**:

Er is geen eenduidige definitie van longcare (mogelijk) gezien de verschillen tussen de huidige voorzieningen; ook vanwege het aspect 'long' wordt de naam niet door iedereen gewaardeerd. Met name in longcare-voorzieningen met weinig perspectief (op uitstroom naar een lager beveiligingsniveau of de samenleving), worden een sterkere formele rechtspositie en mogelijkheden (buitenruimte/activiteiten) tot een hogere kwaliteit van leven gemist. Ten aanzien van de LFPZ wordt de huidige verlofregeling als ingewikkeld en te strikt ervaren, wordt het monopolie van de Pompestichting als beperking ervaren en worden er nog differentiaties gemist (o.a. tussen Vught en Zeeland) passend bij een veranderende doelgroep.

Voor de onderstaande voorgehouden suggesties voor oplossingsrichtingen, lijkt op basis van de focusgroep draagvlak bij de verschillende partijen te bestaan. Ze worden besproken van overkoepelend naar meer specifiek:

- Het beleid niet langer koppelen aan het onderscheid tussen LFPZ en longcare. De overeenkomst is de lage behandeldruk, maar soms is dat juist om perspectief te creëren, soms juist om zich niet op perspectief te richten. Zo is een onderscheid op basis van behandeling/perspectief versus verblijf passender bij de praktijk en duidelijker. Er is in ieder geval een flink aantal redenen en draagvlak om de naam longcare niet meer te gebruiken.
- Zowel afdelingen voor behandeling/perspectief als verblijf zouden op alle beveiligingsniveaus in verschillende voorzieningen voorradig moeten zijn, mogelijk ook nog voor bepaalde patiëntgroepen (op basis van diagnostiek, en zeker leeftijd/somatische problematiek). Met het creëren van deze 'kleurenwaaier' aan voorzieningen zou logischerwijs ook in de benodigde capaciteit voor verblijfsplekken worden voorzien. Het creëren van deze plekken gaat waarschijnlijk het snelst via de markt, maar is afhankelijk van financiële garanties vanuit de overheid.
- Alleen voor de verblijfsvoorzieningen is – vanwege het gebrek aan perspectief en de instroommogelijkheid vanuit alle klinieken – een overkoepelend en gecentraliseerd beleidskader nodig, inclusief plaatsings- en herbeoordelingsprocedure, beroepsmogelijkheid (formele rechtspositie) en eisen aan de kwaliteit van leven (inclusief verlofmogelijkheden, multimedialabeleid, binnen-/buitenruimte en activiteiten). De doelgroepdifferentiatie van de handel/perspectiefvoorzieningen zou in overleg (onderling en met DJI/DIZ) duidelijker vormgegeven en gecommuniceerd moeten worden.
- Zolang de wachtlijstproblematiek niet is opgelost, moet de beroepsmogelijkheid tegen de LFPZ-status worden gecreëerd en moet overwogen worden om LFPZ/longcare-wachtenden zo veel mogelijk samen te plaatsen omwille van de zorginhoud. Als er geen wachtlijstproblematiek meer is, zou de proefuitplaatsing op een lager beveiligingsniveau (met terugkeergarantie) de uitstroom kunnen bevorderen.

6.2 Discussie

Alleen waar discussie nog nodig is om tot aanbevelingen te komen, zal die hier worden uitgewerkt. Dat geldt met name voor een discussie rondom naamgeving van voorzieningen die in de focusgroep niet helemaal tot een eenduidig gedragen oplossingsrichting leidde, en waarbij argumenten uit de literatuur nog inzicht zouden kunnen verschaffen. Omdat verder in het verslag van de focusgroep (hoofdstuk 5) de meeste bevindingen uit de andere deelstudies al samen zijn gekomen, hoeven we dat op deze plek niet te herhalen.

Normaliter worden in een discussie uiteraard ook de beperkingen van onderzoek verwerkt, maar die zijn al besproken in de inleiding. In de aanbevelingen ten aanzien van onderzoek, in de volgende paragraaf, worden die beperkingen omgezet in argumenten voor vervolgonderzoek. Daarin komt ook naar voren dat de combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden in dit onderzoek maakt dat er meer inzicht ontstaat in de verschillen tussen groepen van langverblijf dan enkel op basis van kwantitatieve methoden (met beperkte aantallen en beschikbare gegevens).

Naamgeving van de voorzieningen

Uit het onderzoek komt een aantal redenen naar voren om de naam longcare niet meer te gebruiken. Ten eerste is er geen eenduidige visie op wat de term inhoudt, gericht op verblijf of juist perspectief, en is het ook onmogelijk om daarin een bepaalde partij doorslaggevend gelijk te geven. De eerste gebruikers van die term hebben de definitie gaandeweg aangepast richting meer perspectief, terwijl de latere gebruikers van die term niet geheel onterecht claimen dat het aspect van langdurigheid in de naam meer bij een voorziening gericht op verblijf past.

Andere bezwaren die in het onderzoek geuit zijn tegen de term, met name vanuit patiënten en advocatuur, zijn de connotatie met longstay, en daardoor het ingewikkelde onderscheid met de LFPZ. Eigenlijk bestaat er vooral ook weerstand tegen het aspect 'long' in de naam, wat niet zou aansluiten bij de ontstane praktijk dat men ook kort kan verblijven op een dergelijke afdeling alvorens – juist door de effecten van de behandelluwte – uit te stromen.

Vanuit de literatuur zijn twee argumenten te geven tegen het gebruik van de term longcare. Ten eerste is, juist ook vanwege het hierboven laatstgenoemde argument, de naam van de longstay veranderd in LFPZ.⁴² Uiteraard is de term longcare vooral opgekomen in relatie tot, en afgeleid van, de term longstay,⁴³ maar is na de naamswijziging van die laatste voorziening in LFPZ de naam van de longcare niet mee veranderd. Daarnaast

⁴² Vergelijk Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg 2019.

⁴³ Vergelijk Schrama, A. (2014). Van Longstay naar Longcare. *Tijdschrift Praktijkwijzer Strafrecht*, 3(11), pp. 23-30.

was aanvankelijk de term longcare vooral ook gekoppeld aan een bepaalde vorm van financiering, die thans niet meer als zodanig in de beleidsstukken staat. Zo stond in de Handleiding Inkoop Forensische Zorg uit 2012 nog dat longcare een type zorg is dat louter in de GGZ kan worden ingekocht, bedoeld als doorstroomvoorziening voor longstayers die in een traject zitten richting de GGZ; tbs-longstay wordt daar onderscheiden van GGZ longcare, al ontbraken ook toen al definities.⁴⁴

Uiteraard zit ook in de naam LFPZ nog wel een aspect van langdurigheid. In de focusgroep is ook aangegeven dat dit kan helpen in de communicatie richting sommige patiënten. Ook in longcare-voorzieningen gericht op perspectief gaan vanwege het behandelluwe milieu de zaken in stapjes. Soms is het ook gewoon reëel dat een verblijf lang duurt, en soms is dat zelfs voor de patiënt geruststellend. Maar aan de andere kant is dat niet altijd zo, lijkt het ook te suggereren dat men er pas na een lang verblijf in de tbs voor in aanmerking komt (terwijl ook dat in de praktijk niet per definitie zo is, noch wenselijk is) en kan men zich afvragen in hoeverre voor de communicatie dat men ergens lang mag of kan verblijven dat aspect in de naam van de voorziening nodig is.

In de focusgroep is vanuit de deelnemers geopperd om hele andere namen te gaan gebruiken. Daaruit komt ook naar voren dat het meest relevante onderscheid in de praktijk het verschil tussen behandeling/perspectief en verblijf is. Ook rechtspositioneel is dat onderscheid relevant, nu de versterking van de rechtspositie van de LFPZ met name op het gebrek aan perspectief, rakend aan de duur van de tbs, is gebaseerd. Vanwege de onbepaalde duur van de tbs bestaat er een inspanningsverplichting om de sanctie eindig te laten zijn; dit kan door behandeling/perspectief of bij afwezigheid daarvan door een versterking van de kwaliteit van leven en van de rechtspositie om het gebrek aan perspectief niet langer dan nodig te laten duren. In zijn proefschrift uit 2012 kwam Van der Wolf ook al tot afschaffing van de naam longstay ten faveure van 'verblijfsvoorzieningen'. Als bijkomend voordeel beschrijft hij de toegankelijkheid van deze voorzieningen voor korter in de tbs verblijvende patiënten die juist even geen perspectief nodig hebben, het gegeven dat het verblijf dan ook kort zou kunnen duren wanneer er wel weer (behoefte aan) perspectief ontstaat, en flexibiliteit bij plaatsing en overplaatsing.⁴⁵ Deze visie sluit enigszins aan bij de denkrichting van de RSJ in een rapport uit 2008, om omwille van de flexibiliteit de longstay als externe differentiatie af te schaffen.⁴⁶

⁴⁴ Schrama a.w. en Handboek Inkoop Forensische Zorg. Overigens is mede doordat de evaluatie van het beleidskader uit 2009 aangaf dat differentiatie op zorgniveau niet functioneel is, deze differentiatie nooit echt gebruikt. Vergelijk LFPZ beleidskader 2019, p. 9.

⁴⁵ Van der Wolf, M.J.F. (2012). *TBS - veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenteën van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* [Dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam]. Wolf Legal Publishers.

⁴⁶ RSJ, *Advies Longstay*, d.d. 1 februari 2008; een van de gepresenteerde denkrichtingen was de longstay van een externe een interne differentiatie maken.

6.3 Aanbevelingen

Hieronder volgen, op basis van al het voorgaande, de aanbevelingen ten aanzien van het beleid rond tbs-langverblijf, van meer overkoepelend naar meer specifiek, en vervolgens aanbevelingen ten aanzien van onderzoek en monitoring. Voor zover de aanbevelingen nog een korte uitleg behoeven, is die steeds onder de aanbeveling weergegeven.

Aanbevelingen ten aanzien van beleid

1. *Overweeg het beleid rond langverblijf niet langer te koppelen aan het onderscheid LFPZ versus longcare, maar aan het onderscheid behandeling/perspectief versus verblijf. In ieder geval zou de naam longcare heroverwogen moeten worden.*

In de discussie in paragraaf 6.2 zijn de redenen aangegeven om de naam longcare niet meer te gebruiken, alsook de redenen om een indeling op basis van verblijfsvoorzieningen versus behandel/perspectiefvoorzieningen te prefereren. Thans bestaan er onder de naam longcare voorzieningen die perspectief op door-/uitstroom verlangen (binnen een bepaalde periode) en voorzieningen die op verblijf (zo lang als nodig) gericht zijn. Ze lijken slechts op elkaar vanwege de lage behandeldruk, waarmee ze zich tezamen onderscheiden van behandelvoorzieningen (zoals de meeste afdelingen op FPC's, FPK's of FPA's) die juist door de forensische behandelinspanning perspectief op risicoreductie en toenemende vrijheden met zich meebrengen. De versterkte rechtspositie van de LFPZ hangt samen met het gebrek aan perspectief. Een onderscheid op basis van voorzieningen voor behandeling/perspectief versus verblijf (op alle beveiligingsniveaus) sluit dus beter aan bij de praktijk, lijkt flexibeler en heeft evidentere consequenties voor de rechtspositie.

In de onderstaande aanbevelingen wordt uitgegaan van deze nieuwe terminologie, maar ook indien de huidige naamgeving wordt aangehouden, zijn de onderstaande aanbevelingen van toepassing.

2. *Creëer een kleurenwaaier aan voorzieningen voor de (lang)verblijf-doelgroep. Zowel afdelingen voor behandeling, perspectief en verblijf zouden op alle beveiligingsniveaus aanwezig moeten zijn.*

Dit zou kunnen worden omschreven als de hoofdaanbeveling van het onderzoek. De titel van het rapport verwijst er ook naar (zie de uitleg in het voorwoord) en deze aanbeveling wordt grafisch weergegeven in de figuur onderaan dit hoofdstuk. Het sluit aan bij de behoeften (zoals geïnventariseerd in hoofdstuk 3) en de bevinding van de in de inleiding genoemde Werkgroep door- en uitstroom, zoals die in de focusgroep is

verwoord als: LFPZ op elk niveau (van beveiliging). Er komen ook nog wel een aantal meer specifieke (sub)aanbevelingen naar voren uit dit onderzoek om het beoogde landschap voor (lang)verblijf verder vorm te geven:

- *Prioriteer de opening van een forensisch verpleeghuis*

Met name op basis van de gevonden kenmerken van de LFPZ-populatie ten aanzien van leeftijd en bijbehorende fysieke problemen, wordt de noodzaak van een forensisch verpleeghuis ondersteund. In de focusgroep is aangegeven dat daartoe al concrete inspanningen worden verricht, hetgeen wordt onderstreept door een recente voortgangsbrief over de forensische zorg van het ministerie.⁴⁷ Nu fysieke problemen de overgang naar een lager beveiligingsniveau verhinderen, zonder dat vanwege het risicomanagement voor deze groep een dergelijk hoog beveiligingsniveau nodig is, kan dit verpleeghuis waarschijnlijk verantwoord op beveiligingsniveau 2 terechtkomen. Dit zal een flinke doorstroom uit de LFPZ tot gevolg hebben, die het capaciteitstekort en de wachtlijst meteen kunnen reduceren.

- *Open verblijfsvoorzieningen van verschillende aanbieders op elk beveiligingsniveau (eventueel ook naar diagnostische doelgroep gedifferentieerd)*

Uit dit onderzoek komt met name ten aanzien van beveiligingsniveau 4 de noodzaak voor een tussenvoorziening tussen LFPZ Vught en LFPZ Zeeland. Daarnaast lijken de voordelen van verschillende aanbieders van een verblijfsvoorziening op niveau 4 de nadelen te overstijgen. De doorbreking van de monopoliepositie van de Pompestichting heeft een rechtspositioneel effect,⁴⁸ maar maakt ook verschillende visies en overplaatsing mogelijk. Nu de doelgroep verandert, is het te overwegen om tussen deze voorzieningen te differentiëren, bijvoorbeeld naar diagnose, zoals dat nu ook al binnen voorzieningen gebeurt.

- *Creëer meer vervolgvoorzieningen op alle beveiligingsniveaus*

Het capaciteitsprobleem, zowel in de tbs als in de LFPZ, is vooral een uitstroomprobleem, zo werd geconstateerd in de focusgroep. De (sub)aanbeveling hierboven gaat al uit van doorstroom richting verblijfsplekken op lagere beveiligingsniveaus. Nadrukkelijk horen hier ook voorzieningen bij op beveiligingsniveau 1 en 0. Op niveau 1 wordt al gedacht of gewerkt aan een proef met een GGZ-instelling meer gericht op verblijf. Op niveau 0 is vooral ook te denken aan forensische RIBW's, waar bijvoorbeeld meer zedendelinquenten dan thans naar kunnen uitstromen. Uiteraard zijn we bekend met de maatschappelijke belemmeringen op dit vlak, maar dat is geen reden om dit niet aan te bevelen. Behandel- en

⁴⁷ Minister voor Rechtsbescherming, Voortgangsbrief Forensische Zorg, 26 januari 2024, 5122411.

⁴⁸ Vergelijk RSJ, *Advies Knelpunten en risico's in de longstay*, 26 november 2015.

perspectiefvoorzieningen of -afdelingen zijn er al meer op de verschillende beveiligingsniveaus, maar ook die zouden uitbreiding behoeven, gezien de druk op het tbs-systeem, en als vervolgvoorziening kunnen dienen voor patiënten voor wie er weer perspectief gloort na (lang)verblijf.

- *Bied geïnteresseerde aanbieders financiële garanties*

Traditiegetrouw hebben de Rijksklinieken altijd de taak gehad om de meest complexe tbs-patiënten op te vangen als die in particuliere instellingen niet verder vooruitkwamen. Niet voor niets werd de eerste longstay-afdeling opgericht in Veldzicht.⁴⁹ De stelselwijziging van het beleid van forensische zorg – geheel en al betaald vanuit de begroting van het Ministerie van Justitie en Veiligheid – lijkt tot gevolg te hebben dat, via financiering van dergelijke zorg, particuliere partijen gemakkelijker ook verblijfszorg kunnen leveren. Hierbij zijn, zoals in de focusgroep aangegeven, wel financiële garanties nodig vanuit het ministerie. Politieke, praktische en financiële hobbels moeten hierbij overwonnen worden omdat de groeiende groep tbs-gestelden die deze zorg nodig heeft voor een langere periode een reëel empirisch gegeven is. Het is ook een gegeven dat de vraag naar (vormen van) forensische zorg fluctuaties kent. Omdat de onzekerheid van terugwinning van investeringen vanuit de markt op lange termijn het creëren van thans nodige voorzieningen niet in de weg mag staan, dient het Rijk geïnteresseerde aanbieders deze financiële garanties te geven.

- 3. *Schrijf een nieuw beleidskader voor verblijfsvoorzieningen*

Ook als de suggesties voor veranderde naamgeving niet worden overgenomen, geldt dat het geschetste nieuwe landschap een nieuw beleidskader behoeft en rechtvaardigt. Het onderzoek biedt voldoende redenen om het beleidskader breder te trekken dan verblijfsafdelingen op niveau 4. Wij geven meteen toe dat deze aanbeveling gemakkelijker is gezegd dan gedaan. Het zal nog veel overleg en gepuzzel vergen om tot een nieuw beleidskader te komen (voor een veranderd landschap), waarin in de behoeften zoals opgehaald in dit onderzoek wordt voorzien. Wij zijn als onderzoekers ook graag bereid in dat proces een rol te spelen. Hieronder volgen als (sub)aanbevelingen een aantal uitgangspunten vanuit dit onderzoek, die richting kunnen geven aan dat proces.

- *Verblijfsvoorzieningen vragen om een versterkte rechtspositie*

⁴⁹ Zie bijvoorbeeld Van der Wolf, M. J. F. Longstay heeft lang genoeg geduurd. in: W.F. van Hattum, C. Brouwer, M. J. Smilde & K. J. J. Waldeck (Reds.), *Levenslang: Bijdragen aan en naar aanleiding van het Symposium Levenslang, 6 april 2018 te Groningen* (pp. 109-122). Uitgeverij Paris.

Ten aanzien van de belangrijke vraag in hoeverre de rechtspositie voor verblijfsvoorzieningen op lagere niveaus ook versterkt dient te worden, zoals op de LFPZ, het volgende. Die versterkte rechtspositie ten aanzien van plaatsing, beroepsmogelijkheid en herbeoordeling hangt, zo is af te leiden uit de recente beleidskaders,⁵⁰ samen met het gedwongen gebrek aan perspectief, dat daarmee ook raakt aan de duur en voortduring van de tbs-maatregel. Veelal is plaatsing van deze doelgroep op lagere beveiligingsniveaus op basis van instemming. Wellicht is het wenselijk om (via de Wet Forensische Zorg) de mogelijkheid te bieden om de RSJ ook over (gedwongen) plaatsing te laten oordelen op lagere beveiligingsniveaus. Daarbij kan het logisch zijn om bij toenemende vrijheden binnen en buiten de inrichting (interne rechtspositie) bij een lager beveiligingsniveau een minder sterke rechtspositie te creëren (bijvoorbeeld een langere herbeoordelingstermijn). Dergelijke aspecten zijn relevant voor de rechtspositie en zullen daarin moeten worden meegenomen. Mogelijk moet ook het eventuele opheffen van de speciale status van de LFPZ in de doordenking worden meegenomen, al is dit wellicht minder aangewezen in tijden van krapte.

- *Overweeg een gecentraliseerde plaatsingsprocedure (en/of meer centrale invloed op plaatsing en criteria)*

De vraag is uiteraard of ook de gecentraliseerde plaatsingsprocedure voor verblijfsvoorzieningen op alle beveiligingsniveaus moet gelden, zoals die nu geldt voor de LFPZ. Een belangrijk argument hiervoor is om de toegankelijkheid van patiënten uit alle klinieken te verzekeren. Een ander argument hiervoor is de mogelijkheid om ook (eventueel meer onder dwang) de plaatsing op lagere beveiligingsniveaus mogelijk te maken, wat ook van waarde kan zijn om de doorstroom te bevorderen. Het eerste argument is een reden om ook de perspectiefvoorzieningen hierin te betrekken, het tweede argument juist niet. Ook als deze (sub)aanbeveling niet wordt overgenomen is er wel reden om vanuit DJI/DIZ samen met de voorzieningen nadrukkelijker naar doelgroepdifferentiatie en plaatsingscriteria (inclusief contra-indicaties) te kijken en die duidelijker richting het behandelveld te communiceren.

- *Stel eisen aan aspecten van kwaliteit van leven en interne rechtspositie op de lagere beveiligingsniveaus*

Uit het onderzoek blijkt dat op lagere beveiligingsniveaus soms minder kwaliteit van leven wordt ervaren dan op de LFPZ, vanwege minder binnen-/buitenruimte en mogelijkheden tot activiteiten. Kwaliteit van leven is, net als de verstevigde rechtspositie, altijd een compensatie geweest voor het gebrek aan perspectief; zo waren/zijn de kamers groter dan in een reguliere FPC. Dat moet dus ook gelden voor verblijfsplekken op lagere beveiligingsniveaus. Daarnaast is het dus ook een aandachtspunt om (instemming voor) doorstroom naar lagere beveiligingsniveaus te faciliteren. De interne rechtspositie op lagere beveiligingsniveaus moet ook in het beleid worden betrokken, juist ook om het benodigde risicomanagement op onderdelen vorm te kunnen geven. Niet alleen is wetgeving veranderbaar, ook de wijze waarop individuele beperkingen kunnen worden

⁵⁰ Beleidskader Longstay Forensische Zorg 2009. Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrie 2019.

gehandhaafd zijn hierbij relevant (bijvoorbeeld ten aanzien van multimedia). Dit is met name een belangrijk punt voor de doorstroom van zedendelinquenten.

- *Maak het verlofbeleid ten aanzien van de LFPZ minder ingewikkeld en minder stringent*

Uit het onderzoek komt naar voren dat het huidige verlofbeleid voor de LFPZ als nodeloos ingewikkeld en stringent wordt beschouwd. Maatwerk in de balans tussen beveiliging en kwaliteit van leven moet ook hier het uitgangspunt zijn.

4. *Creëer (zolang) een beroepsmogelijkheid tegen de LFPZ-status en overweeg het samen plaatsen van LFPZ/verblijf-wachtenden*

Zolang de bovenstaande aanbevelingen nog niet zijn overgenomen en zolang de wachtlijstproblematiek voortduurt, heeft deze meest concrete aanbeveling prioriteit. De aanbeveling is gericht op een nieuw probleem dat door de combinatie van hernieuwde capaciteitsdruk in de tbs/LFPZ en een recent verstevigde rechtspositie, door de frequentere herbeoordeling van de LFPZ, is ontstaan. Het wachten op een plaats duurt thans voor sommigen langer dan de herbeoordelingstermijn van de LFPZ-status (van twee jaar). Omdat de beroepsmogelijkheid is gekoppeld aan de plaatsing en niet aan het verkrijgen van de status, is er effectief geen beroepsmogelijkheid tegen de status mogelijk. Ook niet tegen de herbeoordeling van de status, omdat daarna normaliter een nieuw plaatsingsbesluit wordt afgegeven waartegen beroep mogelijk is, maar dat kan bij wachtters dus niet. Het is onduidelijk of de belemmering om de beroepsmogelijkheid te koppelen aan de status in plaats van de plaatsing vooral praktisch/organisatorisch of ook wettelijk is. De concrete wijze om de oplossing vorm te geven is daarvan afhankelijk. Het samen plaatsen van wachtenden of 'wachters' heeft als voordeel dat een vergelijkbaar (behandelluw en op kwaliteit van leven gericht) zorginhoudelijk dan wel vergelijkbaar afdelingsmilieu kan worden vormgegeven, passend bij de verblijfsstatus. Behandelaren kunnen zich daar dan in specialiseren en gemakkelijker vanuit de behandelkliniek de verantwoordelijkheid dragen van iemand met een LFPZ- of verblijfsstatus.

Thans hindert de druk op het systeem ook flexibele omgang met terugplaatsingen (en bijbehorende financiële garanties van het vrijhouden van een bed) om uitstroom te bevorderen. Wanneer die druk afneemt, is er met de voorwaardelijke beëindiging van de LFPZ-status (proefuitplaatsing met terugkeergarantie) al een andere oplossing voor het probleem van uitstroom voorhanden.

Aanbevelingen ten aanzien van (vervolg)onderzoek en monitoring

1. *Herhaal met enige regelmaat vergelijkbaar onderzoek naar de populatie van langverblijvers in de tbs, nu deze populatie groeit en ook qua kenmerken lijkt te veranderen.*

In vergelijkbaar vervolgonderzoek kunnen beperkingen van het huidige onderzoek (die hierna worden besproken) mogelijk ook worden overkomen. Bij een groeiende populatie wordt het wellicht ook mogelijk om op basis van grotere aantallen eveneens in kwantitatieve zin (subtiele) relevante combinaties van kenmerken te vinden die het lange verblijf in het tbs-systeem verklaren. Idealiter zijn hierbij ook scores op risicotaxatie-instrumenten beschikbaar, deze staan nu niet (volledig) in CDD+ documenten. Inclusie van grotere aantallen patiënten (in plaats van een steekproef) vraagt om meer tijd en dus budget voor onderzoek en/of betere en toegankelijke registratiedata (zie aanbeveling 4). Beleid ten aanzien van het bevorderen van doorstroom en creëren van vervolgvoorzieningen (op basis van voorzienbare vraag) kan hiervan profiteren.

2. *Zorg voor vergelijkingsmateriaal door ook onderzoek te doen naar de totale tbs-populatie inclusief/of sneller uitstromende groepen.*

Een beperking van zowel dit onderzoek als ook ons vorige onderzoek naar langverblijvers, is het beschrijvende niveau van de kenmerken van de groep als geheel. Hieruit is niet af te leiden in hoeverre deze kenmerken ook via toetsing daadwerkelijk verschillen van sneller uitstromende groepen, zoals eerder wel mogelijk was op basis van kliniekdata.⁵¹ Mocht dat (o.a. qua toestemming) te ingewikkeld blijken, dan is aan te bevelen om opnieuw onderzoek naar de totale tbs-populatie te doen, zodat kenmerken uit onderzoek naar langverblijvers daarmee kunnen worden vergeleken. Dergelijk onderzoek is in het verleden regelmatig gedaan naar ofwel de totale populatie,⁵² ofwel meest recent een representatieve steekproef.⁵³ Dit laatste onderzoek dateert echter van 2011, zodat niet meer goed gesproken kan worden van een actuele stand van zaken.

3. *Vul het kwantitatieve onderzoek aan met kwalitatieve methoden naar de verklaringen voor geslaagde uitstroom*

Het huidige onderzoek leert dat de toepassing van kwalitatieve analyses helpt bij het inzichtelijk maken van subtiele verschillen tussen groepen (zie de kwalitatieve analyse in hoofdstuk 2 en de kwalitatieve vignetstudie in hoofdstuk 4). Daarbij blijkt ook dat combinaties van kenmerken van persoon en voorziening of systeem verklarend zijn voor de kwestie van stagnatie of voor besluitvorming over plaatsing en uitstroom. Dergelijke

⁵¹ Zie bijvoorbeeld Lammers, S., Vrinten, M., & Nijman, H. (2014). *(Te) lang in de tbs? Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn* (Nr. 2323). Radboud Universiteit Nijmegen, WODC.

⁵² Van Emmerik, J. L. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000*. Dienst Justitiële Inrichtingen.

⁵³ Van Nieuwenhuizen, Ch., Bogaerts, S., De Ruijter, E. A. W., Bongers, I. L., Coppens, M., & Meijers, R. A. A. C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse* (Nr. 1897). GGzE.

systeemkenmerken laten zich waarschijnlijk ook gemakkelijker vangen in kwalitatief onderzoek. In dit onderzoek is kwantitatief onderzoek gedaan naar de groep uitstromers. Daarmee is nog niet bekend in hoeverre de uitstroom ook geslaagd is. Hier herhalen we dan ook de aanbeveling van ons vorige onderzoek, dat juist vanwege de complexiteit van de doelgroep kwalitatieve methoden mogelijke verklaringen dichter kunnen benaderen: 'In de stijl van 'desistance' onderzoek, zoals dat plaatsvindt na gevangenisstraf om te verklaren welke factoren maken dat iemand niet recidiveert, zouden betrokkenen zelf daar ook naar gevraagd kunnen worden. De ideeën over de werkzaamheid van zorgconferenties zoals geuit in de huidige interviewstudie, kunnen dan ook worden voorgelegd. Uiteraard geldt zeker na afloop van de tbs de beperking dat het moeilijk zal zijn gegevens te verkrijgen, maar daar zijn wellicht wel oplossingen voor te vinden (zoals dat bij ex-gedetineerden ook lukt).'⁵⁴

4. *Faciliteer in het algemeen een betere verbinding tussen empirische wetenschap en beleid door betere en toegankelijke registratiesystemen. Benut en ondersteun ten aanzien van langverblijvers daarvoor bijvoorbeeld een monitoringsfunctie van de gegevens van de LAP.*

Waar wij enkele jaren geleden veel gemakkelijker en ruimer toegang kregen tot de data in CDD+, was dat voor dit onderzoek door toegenomen ethische-, gegevensbeschermings- en toestemmingsvereisten een stuk ingewikkelder. Terugvallen op data die geregistreerd worden en via DJI zijn te verkrijgen, blijkt bovendien tijdrovend voor de medewerkers en blijft beperkt tot slechts enkele grove kenmerken van de populatie. In een vorig onderzoek naar zorgconferenties hebben we geadviseerd een monitoringsformulier te creëren door DIZ. In samenwerking met ons als onderzoekers is zo'n formulier nu een aantal jaar na dato daadwerkelijk door DIZ vormgegeven. Het doel is om beleidsbeslissingen beter te kunnen baseren op empirische gegevens. Ten aanzien van langverblijvers heeft met name de LAP een schat aan gegevens, mogelijk kan op vergelijkbare wijze laagdrempelig tot een goed monitoringsformulier van relevante gegevens voor onderzoek worden gekomen. Thans speelt de LAP vooral een rol bij LFPZ-aanvragen, maar op basis van de aanbevelingen ten aanzien van het beleid zou die wellicht een bredere rol kunnen krijgen. Meer in het algemeen zou het wellicht ook tot aanbeveling strekken om de centraal geregistreerde gegevens beter bruikbaar en

⁵⁴ Zie aanbeveling ten aanzien van onderzoek 2 in Van der Wolf, M. J. F., Reef, J., Gunnink, L., Herzberger, J., & Doekhie, J. V. O. R. (2022). Binnen. Beeld. Buiten. Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs (Nr. 3121). Universiteit Leiden, onder verwijzing naar: Doekhie, J. V. O. R. (2019). *Dimensions of desistance: a qualitative longitudinal analysis of different dimensions of the desistance process among long-term prisoners in the Netherlands* [Doctoral dissertation, Leiden University]. Leiden University.

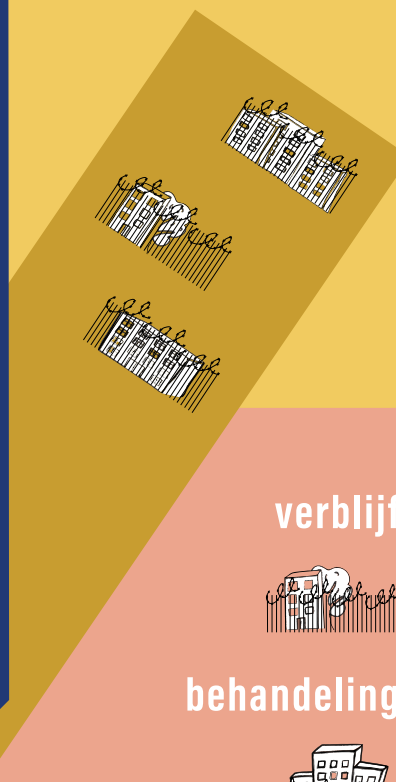
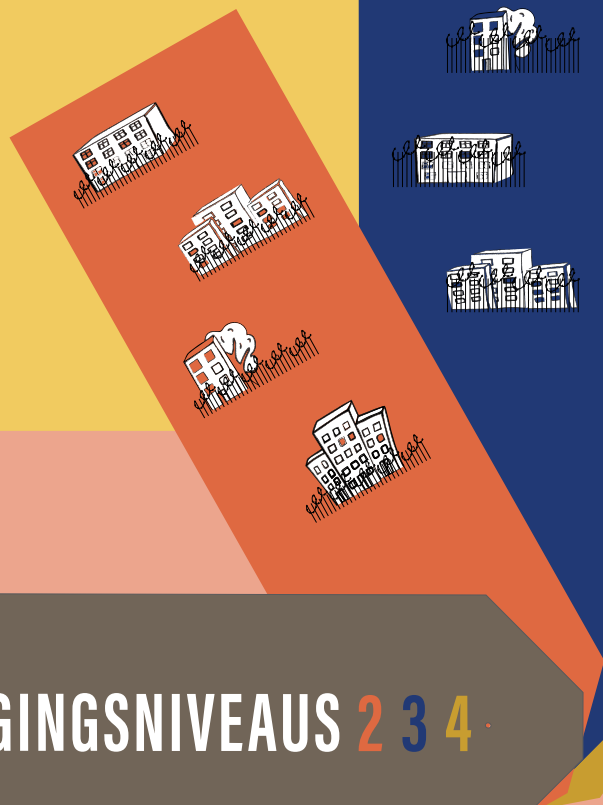
toegankelijker te maken voor onderzoek. Nu dit met mensenwerk vanuit de klinieken nooit van de grond is gekomen, is het wellicht te overwegen (wanneer de ethische/juridische kaders daarvoor duidelijker zijn) in de toekomst een rol hierbij voor AI te onderzoeken.

Afsluiting

De kenmerken van de verschillende voorzieningen voor langverblijf verklaren de subtiële verschillen die er bestaan tussen langverblijvers daarbinnen. Nu die grotendeels gebaseerd zijn op de behandelrelatie en risicomanagement zijn het ook dynamische kenmerken. Dit vraagt om (meer) flexibiliteit in de overgang tussen verschillende voorzieningen dan het systeem thans biedt en – bij gebrek aan perspectief – ook om meer mogelijkheden voor onafhankelijke toetsing of de verblijfsplaats nog steeds passend is. De groei van de vraag naar verschillende voorzieningen voor patiënten die lang in de tbs verblijven (zowel perspectief- als verblijfsvoorzieningen, als een verpleeghuis) vraagt om uitbreiding op alle beveiligingsniveaus en eventueel ook gericht op verschillende diagnostische doelgroepen. Dit onderzoek onderbouwt de noodzaak voor dit veelkleurig vergezicht van het landschap van voorzieningen voor (lang)verblijf (zoals geschetst in de figuur hieronder).

EEN VEELKLEURIG VERGEZICHT

BEVEILIGINGSNIVEAUS 2 3 4



verblijf



perspectief

behandeling



verpleeghuis

BIJLAGEN

Fictieve casusbeschrijvingen (NB. Deze komen door het rapport heen in de gedrukte versie).

Casus 1	Longcare wachtlijst
Wie is de bewoner?	Man, 43 jaar. 6 jaar in tbs vanwege drie pogingen tot zware mishandeling van ambtenaren in functie en diefstal. Er is sprake van een schizo-affectieve stoornis van het bipolaire type en stoornissen in alcohol- en cocaïnegebruik.
Hoe is de tbs verlopen?	Betrokkene verblijft in een reguliere behandelkliniek en is aangemeld voor de longcarevoorziening van de Voorde. Er waren in het begin van de maatregel vermoedens van betrokkenheid bij drugshandel binnen de kliniek en hij heeft zo nu en dan nog positieve urinecontroles.
Wat is de kwestie?	Meneer ervaart snel groepsdruk en is erg faalangstig. Hij heeft hierdoor last van de behandeldruk in de kliniek. Hij is gebaat bij een prikkelarme, gestructureerde plek. Om naar een longcarevoorziening te mogen is het echter vereist dat hij zijn verslavingsproblematiek aanpakt. Dit blijft een terugkerend thema in zijn behandeling.
Wat is het perspectief?	De Voorde heeft plek voor hem zodra zijn middelengebruik niet langer op de voorgrond staat. Betrokkene is gestart met een afkicktraject, omdat hij graag naar de longcare wil. Vanuit daar hoopt hij toe te werken naar begeleid wonen zodat hij zijn twee kinderen vaker kan zien.
Wat zegt de bewoner?	<i>“Buiten kan iedereen toch gewoon een pikketanis nemen als ie daar zin in heb, waarom mag ik dat dan niet?”</i>

Casus 2	Longcare De Voorde
Wie is de bewoner?	Man, 49 jaar. 14 jaar in de tbs voor poging tot zware mishandeling, bedreiging met enig misdrijf tegen het leven gericht en opzettelijke brandstichting. De delicten vonden plaats in het psychiatrisch ziekenhuis waar hij gedwongen verbleef. Zijn primaire diagnose is schizofrenie en hij pleegde de delicten vanuit psychotische belevingen. Hij heeft daarnaast een matige stoornis in cannabisgebruik en is licht verstandelijk beperkt.
Hoe is de tbs verlopen?	Gedurende de maatregel is hij niet nogmaals veroordeeld, maar is er wel driemaal een melding gedaan van een bijzonder voorval. Hij heeft tweemaal chocolade gestolen uit de supermarkt tijdens onbegeleid verlof en een keer brandgesticht op zijn kamer. Vóór zijn overplaatsing naar de Voorde heeft hij op vier behandelafdelingen gezeten, waar op de laatste afdeling werd geconstateerd dat hij meer baat zou hebben bij een lagere behandeldruk. Vanuit hier zou het zorg- en beveiligingsniveau geleidelijk kunnen worden afgebouwd.
Wat is de kwestie?	De lagere behandeldruk en toegenomen structuur hebben betrokkene zichtbaar goed gedaan. Na een gewenningsperiode met tijdelijke toename van instabiliteit en achterdocht, lijkt er sprake van progressie op psychiatrisch vlak. Betrokkene toont in toenemende mate inzicht in zijn belevingswereld, bespreekt zijn achterdochtige gedachten bijtijds en stelt vaker hulpvragen. Recentelijk is een afbouw van zijn anti-psychotische medicatie gestart, welke langzaam en onder goede monitoring van het behandelingsteam plaatsvindt. Het monitoren zal naar verwachting nog langere tijd innemen.
Wat is het perspectief?	Er zal na het afbouwen van de hoge dosis medicatie, wat hij zelf heel graag wil (ook vanwege de neveneffecten), getoetst worden in hoeverre en op welke termijn hij klaar is voor de reguliere psychiatrie.

Wat zegt de bewoner?	<i>“Ik ben dertig kilo aangekomen door die pillen. En ik ben niet ‘psychotisch’.”</i>
-----------------------------	---

Casus 3	Longcare De Woenselse Poort
Wie is de bewoner?	Vrouw, 32 jaar. Ze kreeg 3 jaar geleden - na een lange geschiedenis van gedwongen opnames - tbs met dwangverpleging opgelegd voor opzettelijke brandstichting waarbij zij anderen in levensgevaar bracht. Dit vond plaats in de GZ-instelling waar ze woonde. Er is sprake van een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis, eetstoornis en zwakbegaafdheid. Ook heeft ze hartklachten.
Hoe is de tbs verlopen?	Na twee jaar op een behandelafdeling te hebben gezeten is besloten haar naar de Woenselse Poort over te plaatsen. Haar behandelbaarheid was nihil en ze ging constant in verzet. Dit uitte zich in fysieke agressie richting haar begeleiders en medepatiënten. De gedachte achter de overplaatsing was dat het haar goed zou doen als de focus even minder op behandeling zou liggen en meer op het vergroten van stabiliteit.
Wat is de kwestie?	Sinds de overplaatsing zijn er geen verbeteringen op te merken in de zeer geringe copingsvaardigheden van betrokkene, in het (ontbrekende) probleembesef- en inzicht en neemt ze nog altijd geen verantwoordelijkheid voor het gepleegde indexdelict. Ze is vijandig en impulsief jegens de begeleiders en weigert met regelmaat medicatie in te nemen. Om die reden is dwangmedicatie ingesteld. Als manipulatiemiddel staakt ze geregeld haar somatische medicatie.
Wat is het perspectief?	Ze blijft een hoge mate van begeleiding en toezicht nodig hebben om de risico's op grensoverschrijdend gedrag te beperken. Een aanvraag voor begeleid verlof is door de interne verlofcommissie niet in behandeling genomen. Ze lijkt zich niet bewust te zijn dat haar gedrag het resocialisatietraject bemoeilijkt en zou graag binnenkort naar een lager beveiligingsniveau gaan met meer vrijheden.
Wat zegt de bewoner?	<i>“Ik had geen verwachtingen van de longcare. Ik vind het hier heel rustig. Ik zou wel graag meer willen knutselen dan ik nu mag, dus daar word ik soms boos van. Ik houd zo van diamond painting.”</i>

Casus 4	LFPZ wachtlijst
Wie is de bewoner?	Man, 38 jaar. Zijn tbs-maatregel is elf jaar geleden gestart. Hij is veroordeeld voor doodslag. Het slachtoffer was zijn beste vriend. Hij heeft een autismespectrumstoornis en persoonlijkheidsproblematiek.
Hoe is de tbs verlopen?	Door een vertrouwensbreuk is hij overgeplaatst naar een andere behandelkliniek. Ook hier verliep de behandeling stroef. Wegens een ernstig incident waarbij hij kokend water over een therapeut gooide werd een LFPZ-status aangevraagd. Hij staat inmiddels drie jaar op de wachtlijst voor LFPZ Zeeland.
Wat is de kwestie?	Betrokkene raakt vanuit zijn pathologie zeer snel overprikkeld en is niet in staat deze overprikkeling te verdragen of te verminderen. Hij uit zich vervolgens met fysieke agressie. Zo is hij ook tot het levensdelict gekomen.
Wat is het perspectief?	Meneer heeft een sterke wens om uit te stromen, maar het blijft moeilijk voor hem om netjes binnen de lijntjes te lopen. Het besef dient er te zijn dat betrokkene nooit een modelburger zal worden, maar dat het bieden van perspectief waar mogelijk voor betrokkene wel heel belangrijk is om zijn onrust te reguleren.
Wat zegt de bewoner?	<i>“Ik mag hier niks. Niet werken, niks. Ik mag ook geen PlayStation meer op mijn kamer. Alles staat stil zodra je op die wachtlijst komt. En dan duurt wachten lang hoor.”</i>

Casus 5	Van longcare naar LFPZ
Wie is de bewoner?	Vrouw, 66 jaar. Momenteel 16 jaar in de tbs voor tweemaal poging doodslag en mishandeling van medecliënten in een zorginstelling. Ze is gediagnosticeerd met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis en zwakbegaafdheid.
Hoe is de tbs verlopen?	Mevrouw verbleef eerst 9 jaar in behandelklinieken, waar zonder succes geprobeerd werd een behandelrelatie op te bouwen. Door vele incidenten, waaronder enkele brandstichtingen, bleek deze relatie te verstoord en werd ze naar een longcarevoorziening overgeplaatst. Hier volgde 5 jaar vol nieuwe pogingen om toe te werken naar stabiliteit. De jaren kenmerkten zich opnieuw door brandstichtingen, vernielingen en mishandelingen van personeel. Op een zorgconferentie is besloten een LFPZ-status aan te vragen. Ze verblijft inmiddels twee jaar in LFPZ Zeeland.
Wat is de kwestie?	Betrokkene functioneert op sociaal-emotioneel niveau als een peuter. Structuur, begrenzing en duidelijkheid zijn de pijlers die ze in haar bestaan nodig heeft. Als deze er niet zijn, staat haar functioneren enkel in het teken van impulsiviteit, grenzeloosheid, egocentrisme en agressie. Haar gedrag leidt tot onrust op de afdelingen waar ze verblijft. Het beveiligingsniveau van de LFPZ is nodig om de geweldsrisico's op een aanvaardbaar niveau te houden. Er moeten verschillende beperkende maatregelen getroffen worden om te voorkomen dat ze zichzelf of anderen wat aandoet.
Wat is het perspectief?	Binnen het beveiligingsniveau van de longcare was er te weinig toezicht en waren er te beperkte beveiligingsmogelijkheden, waardoor ze veel gesepareerd moest worden om de veiligheid te waarborgen. Deze beperkingen zorgden voor spanningen bij haar, waardoor het recidiverisico juist groter werd. Een weg terug naar de longcare wordt zodoende niet als wenselijk gezien. De LFPZ lijkt haar eindstation.
Wat zegt de bewoner?	<i>"Ik wilde ook naar de LFPZ. Ze zeiden dat ik daar meer vrijuit kan bewegen en dat klopt op zich wel. Ik wil vooral gewoon met rust worden gelaten."</i>

Casus 6	LFPZ Vught
Wie is de bewoner?	Man, 54 jaar. 21 jaar in tbs voor doodslag en zware mishandeling van (voor hem onbekende) kassamedewerkers. Hij heeft een persoonlijkheidsstoornis met antisociale, borderline en narcistische kenmerken, verslavingsproblematiek en een licht verstandelijke beperking.
Hoe is de tbs verlopen?	Dit is zijn 2 ^e tbs-maatregel. Tijdens deze maatregel is hij nogmaals veroordeeld voor een ernstig geweldsincident, waardoor hij een Extreem vlucht en beheersgevaarlijk-status (EVBG) heeft gekregen. Hij verblijft sinds vijf jaar in LFPZ Vught. Ondanks het zwaarste beveiligingsniveau blijven er in Vught incidenten plaatsvinden, zo heeft hij recentelijk een staflid gebeten.
Wat is de kwestie?	In de jarenlange behandelingen zijn ze nauwelijks aan resocialisatiepogingen toegekomen wegens vele incidenten. Bij oplopende spanningen reageert hij met agressie. Aangezien het niet altijd duidelijk is waar de spanningen bij hem door ontstaan blijven de risicofactoren lastig in te schatten en te beïnvloeden. Daarnaast heeft hij de neiging de verantwoordelijkheid van zijn eigen gedrag bij het personeel neer te leggen.
Wat is het perspectief?	Voorlopig wordt een andere voorziening dan LFPZ Vught niet mogelijk geacht. Indien er minder geweldsincidenten plaatsvinden zal worden gekeken naar doorstroom naar LFPZ Zeeland. Hier kan hij werken aan het uitbreiden van zijn verantwoordelijkheden en copings vaardigheden.
Wat zegt de bewoner?	<i>“Ze hebben gewoon de pik op mij. Ze denken dat ik dom ben, maar ze zijn zelf achterlijk. Ze durven me geen verlof te geven omdat ze weten dat ik dan binnen een jaar buiten sta door goed gedrag.”</i>

Casus 7	Langdurig in LFPZ Zeeland
Wie is de bewoner?	Man, 76 jaar. 37 jaar in tbs voor ontucht met zijn minderjarige buurjongetjes. Vóór de huidige maatregel werd hij al eens veroordeeld voor ontucht. Hij heeft een pedofiele stoornis met een voorkeur voor jongens tot 12 jaar en een persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke, dwangmatige en narcistische trekken.
Hoe is de tbs verlopen?	Na een lange behandelgeschiedenis werd besloten dat de voortzetting van op verandering gerichte behandeling niet langer zinvol was en er moest worden overgegaan tot op stabiliteit en op kwaliteit van leven gerichte zorg binnen het tbs-kader. Inmiddels zit betrokkene 19 jaar in de LFPZ, eerst in Veldzicht en sinds de opening in Zeeland.
Wat is de kwestie?	Betrokkene is een man op leeftijd die zijn tbs-maatregel zonder veel grote incidenten heeft doorlopen. Zijn problematiek bleek echter onbehandelbaar. Hij is na 37 jaar in de tbs volledig gehospitaliseerd. Fysiek gaat hij achteruit. Hij heeft COPD en loopt met een rollator. Meneer heeft dagelijks lichamelijke verzorging nodig.
Wat is het perspectief?	Een hoog beveiligde omgeving zoals de LFPZ is wellicht niet meer noodzakelijk. Toch blijft zijn dagelijks functioneren volledig afhankelijk van intensieve begeleiding en extern aangebrachte structuur, waar hij dwangmatig mee omgaat. Een (toekomstig) forensisch verzorgingstehuis zou een uitkomst zijn. Hij geeft zelf aan het fijn te vinden in de LFPZ en niet meer weg te willen.
Wat zegt de bewoner?	<i>“Ik kan hier wat wandelen over het terrein en ken de jongens goed. Ik hoef niet nog ergens anders heen. Laat mij hier maar gewoon rustig doodgaan.”</i>

Casus 8	Van LFPZ naar longcare Merendaal
Wie is de bewoner?	Man, 61 jaar. 17 jaar geleden is zijn tbs-maatregel gestart, welke is opgelegd vanwege een zedendelict. Betrokkene heeft een voorbijrijdend meisje van haar fiets getrokken en verkracht in het bos. Hij is gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis met narcistische trekken. Daarnaast is er sprake van een pedofiele stoornis van het exclusieve type (voorkeur voor meisjes tussen 12-16 jaar oud).
Hoe is de tbs verlopen?	Betrokkene is in het verleden tot een voorwaardelijke beëindiging van zijn maatregel gekomen. Niet lang hierna probeerde hij een 12-jarig meisje onder bedreiging van een mes te verkrachten. Meneer gaf bij terugplaatsing aan geen behandeling meer te willen en is in de LFPZ geplaatst, waar hij vijf jaar verbleef. Sinds een jaar verblijft hij in longcare Merendaal.
Wat is de kwestie?	Meneer heeft geen behoefte meer aan resocialisatie, maar beveiligingsniveau 4 was niet langer noodzakelijk. Door zijn focus op directe behoeftebevrediging blijft extern toezicht nodig, al zegt hij zelf zijn wilde haren kwijt te zijn. Hij mag een telefoon en laat de verplichte controles toe. Tot op heden is er geen problematisch internetgedrag geconstateerd.
Wat is het perspectief?	Hij had verwacht in Merendaal meer vrijheden te krijgen en meer activiteiten te kunnen ondernemen, maar dit valt hem tegen. Hij begrijpt dat de LFPZ niet langer de juiste plek was, maar ziet zijn toekomst hier somber in.
Wat zegt de bewoner?	<i>“Ik dacht dat de longcare meer kwaliteit van leven zou geven, maar als ik dit had geweten... Als zij nu zouden vragen wil je terug, dan ga ik toch maar stevig achter mijn oor krabbelen. Ik weet het niet, Zeeland is ook veranderd. Maar ik lever met alle liefde de wifi in voor de bewegingsvrijheid op het terrein en voor mijn doen en laten.”</i>

Casus 9	Longcare De Wierde
Wie is de bewoner?	Man, 58 jaar. Kreeg naast een gevangenisstraf van 6 jaar ook tbs met dwangverpleging opgelegd voor het meermaals plegen van ontuchtige handelingen met een voor hem onbekende minderjarige en met zijn 8-jarige nichtje. Hij verblijft inmiddels 12 jaar in de tbs. Hij is gediagnosticeerd met een pedofiele stoornis van het niet-exclusieve type, een persoonlijkheidsstoornis met vermijdende en afhankelijke trekken en PTSS.
Hoe is de tbs verlopen?	Meneer is wegens een te hoge behandeldruk en onrustige afdelingsdynamiek in de behandelkliniek overgeplaatst naar de longcare. Hij verblijft al enkele jaren in de Wierde. Er hebben zich tijdens de maatregel twee incidenten voorgedaan, waarbij hij eenmaal niet terugkeerde van onbegeleid verlof en eenmaal zijn zoekgeschiedenis had verwijderd. Hij bleek naar tienerporno te hebben gezocht.
Wat is de kwestie?	In de Wierde is meneer opgebloeid van een teruggetrokken patiënt naar een aanwezige, behulpzame man. Hij heeft ingestemd met intensieve traumabehandeling wegens langdurig seksueel misbruik in zijn jeugd, welke effectief lijkt. Hij geeft meer inzicht in zijn eigen gedachten en laat zich goed controleren op de gemaakte afspraken. Hij geeft aan meer vrijheden wel spannend te vinden en dit stapsgewijs te willen doen.
Wat is het perspectief?	Na zijn ongeoorloofde afwezigheid is zijn onbegeleid verlof tijdelijk ingetrokken. Inmiddels zijn de verloven weer gestart en verlopen ze goed. Betrokkene is aangemeld voor de interne kliniekflat. Er zal vervolgens worden gekeken of doorstroom naar een plek in de Sluis, een transmurale studio naast de kliniek, tot de mogelijkheden behoort. Het gaat hier echter om langetermijndoelen.
Wat zegt de bewoner?	<i>“Ik weet dat ik in ieder geval mijn hele leven begeleiding nodig heb. Alleen we moeten gewoon kijken in welke vorm, wat is veilig en wat is goed voor mij en voor een ander. Mijn doel is niet per se dat ik 100% buiten wil staan. Mijn doel is wel dat ik fijn kan leven, veilig kan leven en gewoon een beetje nog kan genieten.”</i>

A. Overzicht variabelen en scoringsmanier dossierstudie

	Variabele	Antwoordcategorie/ wijze van scoren	Score
1	Demografische kenmerken		
	0.1 Ongewenst vreemdeling	<i>0 – n.v.t. 1 – wel van toepassing, stop met scoren!</i>	
	1.1 Proefpersoon nummer		
	1.2 Geslacht	<i>1 – Man 2 – Vrouw 3 – Anders</i>	
	1.3 Geboortjaar	<i>(jaartal)</i>	
	1.4 Jaartal instroom (huidige) tbs*	<i>(jaartal) 888 - Missing</i>	
	1.5 Geboorteland	<i>(beschrijven in woorden) 888 - Missing</i>	
	1.6 Nationaliteit	<i>(beschrijven in woorden) 888 – Missing</i>	
	1.7 Opleidingsniveau	<i>0 – Geen opleiding 1 – Basisschool/ lagere school afgerond 2- Speciaal onderwijs afgerond 3 –Middelbare school afgerond 4- Voortgezet speciaal onderwijs afgerond 5 – MBO afgerond 6 – HBO afgerond 7 – WO afgerond 888 - Missing</i>	
	1.8 Aantal broers en zussen*	<i>(in getal) 888 - Missing</i>	
2	Indexdelict(en) kenmerken		
	2.1 Indexdelict(en)*	<i>(beschrijven in woorden)</i>	

	2.1.1 Vermogensdelict(en)*	0 – geen vermogenscomponent aanwezig/n.v.t.	
		1 – wel vermogenscomponent aanwezig	
	2.1.2 Gewelddelict(en)*	0 – geen geweld aanwezig/n.v.t.	
		1 – materiële schade	
		2 – bedreiging met geweld	
		3 – lichamelijk letsel, niet dodelijk	
		4 – dodelijke afloop	
	2.1.3 Zedendelict(en)*	0 – geen seksuele component aanwezig/n.v.t.	
		1 – seksuele component, slachtoffer(s) onder 16 jaar	
		2 – seksuele component, slachtoffer(s) ouder 16 jaar	
		3 – seksuele component, slachtoffer(s) zowel onder als boven de 16 jaar	
	2.1.4 Brandstichting(en)*	0 – geen brandstichting/n.v.t.	
		1 – brandstichting	
	2.2 Jaartal plegen zwaarste indexdelict (hoogte strafdreiging)*	(jaartal) 888 - Missing	
	2.3 Opgelegde straf indexdelict(en)	1 – alleen tbs	
		2 – tbs met gevangenisstraf	
	2.4 Opgelegde gevangenisstraf (geen voorwaardelijke gevangenisstraf)*	0 – n.v.t. (in maanden of jaren, jaren afronden naar boven indien gecombineerd met maanden)	
	2.5 Relatie tot slachtoffer(s) indexdelict(en)*	(beschrijven in woorden)	
	2.6 Relatie tot slachtoffer(s) indexdelict(en)	1 – onbekende(n)	
		2 – bekende(n)	
		3 – onbekende(n) en bekende(n)	
		888 - Missing	
	2.7 Maatschappelijke gevoeligheid van indexdelict(en)	Het betreft zedenmisdrijven, recidive tijdens TBS of historische gevoeligheid	

		<i>waarbij er sprake is geweest van meer dan gebruikelijke media-aandacht in de periode na het indexdelict en tijdens de behandeling van de rechtszaak. Ook indien tbs-gestelde zelf de media opzoekt, of pas aandacht heeft gekregen in de media tijdens de maatregel, kan worden gesproken over maatschappelijke gevoeligheid. Deze overwegingen staan in Box 5a.</i>	
		0 – geen maatschappelijk gevoelig delict	
		1 – wel een maatschappelijk gevoelig delict	
		2 – onduidelijk of er sprake is van een maatschappelijk gevoelig delict	
		888 - missing	
3	Diagnoses t.t.v. plegen indexdelict(en) en kenmerken gedragskundig onderzoek		
	3.1 Vastgestelde stoornis(sen) t.t.v. plegen indexdelict(en)*	<i>(uitgebreid beschrijven in woorden). Indien mogelijk hier ook de primaire diagnose aangeven.</i>	
	3.1.1 Neurocognitieve stoornis (incl. niet-aangeboren hersenletsel (NAH))	0 – geen neurocognitieve stoornis	
		1 – wel een neurocognitieve stoornis	
	3.1.2 Psychotische stoornis (incl. schizofrenie)	0 – geen psychotische stoornis	
		1 – episodisch psychotisch / randpsychotisch	
		2 – chronisch psychotisch	
	3.1.3 Stemmingsstoornis (o.a. depressie, dysthymie, bipolaire stoornis)	0 – geen stemmingsstoornis	
		1 – wel een stemmingsstoornis	

	3.1.4 Posttraumatische stressstoornis en dissociatieve stoornissen	0 – geen PTSS of dissociatieve stoornis	
		1 – PTSS	
		2 – dissociatieve stoornis	
		3 – PTSS en dissociatieve stoornis	
	3.1.5 Somatisch symptoomstoornis en verwante stoornissen	0 – geen somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen	
		1 – wel een somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen	
	3.1.6 Verslavingsstoornis	0 – geen verslaving	
		1 – alcoholverslaving	
		2 – softdrugs verslaving	
		3 – harddrugs verslaving	
		4 – overige verslaving	
		5 – combinatie van verslavingen	
		6 – alcoholverslaving in remissie	
		7 – drugsverslaving in remissie	
		8 – zowel alcohol als drugs in remissie	
	3.1.7 Parafiele stoornis	0 – geen parafiele stoornis	
		1 – hands-off parafiele stoornis	
		2 – hands-on parafiele stoornis	
		3 – zowel hands-off als hands-on parafiele stoornis	
	3.1.7.1 Pedofilie	0 – n.v.t. 1 – geen pedofilie 2 – wel pedofilie	
	3.1.7.2 Toelichting parafiele stoornis	0 – n.v.t. (Beschrijf in woorden de specificaties van de parafiele stoornis: voorkeur voor geslacht, leeftijd etc. Evt. informatie over vorm van parafilie (niet zijnde pedofilie, zie 3.1.8.1): voyeurisme, exhibitionisme,	

		<i>frotteurisme, seksueel sadisme, seksueel masochisme, fetisjisme, transvestie etc.)</i>	
	<i>3.1.8 Gedragsstoornis (disruptive, impulsive control, and conduct disorder)</i>	0 – geen gedragsstoornis	
		1 – wel een gedragsstoornis	
	<i>3.1.9 Suïcidepoging</i>	0 – geen suïcidepoging	
		1 – eenmalige suïcidepoging	
		2 – meerdere suïcidepogingen	
	<i>3.1.10 (Trekken van) Persoonlijkheidsstoornis</i>	0 – geen persoonlijkheidsstoornis	
		1 – persoonlijkheidsstoornis cluster A	
		2 – persoonlijkheidsstoornis cluster B	
		3 – persoonlijkheidsstoornis cluster C	
		4 – persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO)	
	<i>3.1.11 Autismespectrumstoornis</i>	0 – geen autismespectrumstoornis	
		1 – wel een autismespectrumstoornis	
	<i>3.1.12 ADHD (aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis)</i>	0 – geen ADHD	
		1 – wel ADHD	
	<i>3.1.13 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCD)</i>	0 – geen OCD	
		1 – wel OCD	
	<i>3.1.14 Zelfbeschadigend gedrag</i>	0 – geen sprake van zelfbeschadigend gedrag	
		1 – wel sprake van zelfbeschadigend gedrag	
	<i>3.1.15 Verstandelijke beperking</i>	0 – geen verstandelijke beperking	
		1 – zwakbegaafd (of IQ tussen 70 - 85)	
		2 – licht verstandelijk beperkt (of IQ tussen 50 en 70)	

		<i>3 – matig verstandelijk beperkt (of IQ tussen 35 en 49)</i>	
		<i>4 – ernstig verstandelijk beperkt (of IQ tussen 20 en 34)</i>	
	<i>3.1.16 Overige stoornissen</i>	<i>0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)</i>	
	3.2 Simulatie en delict-amnesie*	<i>0 – geen sprake van simulatie en delict-amnesie</i>	
		<i>1 – sprake van simulatie</i>	
		<i>2 – sprake van delict-amnesie</i>	
		<i>3 – sprake van beide</i>	
	3.3 Mate van toerekeningsvatbaarheid	<i>1 – volledig toerekeningsvatbaar</i>	
		<i>2 – enigszins verminderd toerekeningsvatbaar</i>	
		<i>3 – verminderd toerekeningsvatbaar</i>	
		<i>4 – sterk verminderd toerekeningsvatbaar</i>	
		<i>5 – volledig ontoerekeningsvatbaar</i>	
	3.4 Mate van medewerking gedragskundig onderzoek	<i>0 – niet meewerkend</i>	
		<i>1 – enigszins meewerkend</i>	
		<i>2 – volledig meewerkend</i>	
4	Eerder gepleegde delict(en) (dus voor het indexdelict/de indexdelicten)		
	4.1 Jaartal 1 ^e politiecontact*	<i>(jaartal)</i>	
	4.2 Jaartal 1 ^e veroordeling	<i>(jaartal)</i>	
	4.3 Aantal jaren tussen 1 ^e veroordeling en begin huidige tbs*	<i>(aantal)</i>	
	4.4 Eerdere strafrechtelijke maatregel gehad*	<i>0 – n.v.t. (beschrijven in woorden welke maatregel+ jaartal)</i>	
	4.5 Eerdere (voorwaardelijke) gevangenisstraf(fen)*	<i>0 – n.v.t. (beschrijven in woorden duur en jaartal opgelegde straf)</i>	

	4.6 Eerder gepleegde delict(en) (het betreft delicten waarvoor vervolging en/of veroordeling heeft plaatsgevonden)*	0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)	
	4.6.1 Vermogensdelict(en)*	0 – geen vermogenscomponent aanwezig/n.v.t.	
		1 – wel vermogenscomponent aanwezig	
	4.6.2 Aantal vermogensdelict(en)	(getal)	
	4.6.3 Gewelddelict(en)*	0 – geen geweld aanwezig/n.v.t.	
		1 – materiële schade	
		2 – bedreiging met geweld	
		3 – lichamelijk letsel, niet dodelijk	
		4 – dodelijke afloop	
	4.6.4 Aantal gewelddelict(en)	(getal)	
	4.6.5 Zedendelict(en)*		
		0 – geen seksuele component aanwezig/n.v.t.	
		1 – seksuele component, slachtoffer(s) onder 16 jaar	
		2 – seksuele component, slachtoffer(s) ouder dan 16 jaar	
		3 – seksuele component, slachtoffer(s) zowel onder als boven de 16 jaar	
	4.6.6 Aantal zedendelict(en)	(in getal)	
	4.6.7 Brandstichting(en)*	0 – geen brandstichting	
		1 – brandstichting	
	4.6.8 Aantal brandstichting(en)	(in getal)	
	4.7 Totaal aantal eerdere veroordeling(en) (geen septs)	(in getal)	
5	Psychiatrische voorgeschiedenis		

	5.1 Jaartal 1e opname in een instelling* (bijv. behandelcentrum/GGZ/ Jeugdinstituten, etc.)	0 – n.v.t. (jaartal)	
	5.2 Hulpverleningsgeschiedenis*	0 – in het verleden is er geen sprake geweest van contact met een hulpverlenende instantie	
		1 – in het verleden is er alleen sprake geweest van vrijwillige (ambulante en/of intramurale) hulpverleningscontacten.	
		2 – in het verleden is er sprake geweest van ofwel gedwongen ambulante ofwel gedwongen intramurale hulpverleningscontacten (maar niet beide). Daarnaast is er sprake geweest van vrijwillige hulpverleningscontacten .	
		3 – in het verleden is er sprake geweest van zowel gedwongen ambulante als gedwongen intramurale hulpverleningscontacten . Daarnaast is er sprake geweest van vrijwillige hulpverleningscontacten .	
		4 – In het verleden is er alleen sprake geweest van gedwongen ambulante en/of intramurale hulpverleningscontacten .	
	5.3 Arbeidsverleden (incl. bijbaan excl. vrijwilligerswerk)	0 – geen arbeidsverleden/nooit gewerkt	
		1 – instabiel legaal arbeidsverleden (veel van werk gewisseld, vaak ontslagen, etc.)	
		2 – stabiel legaal arbeidsverleden (heeft een baan gehad en gehouden, weinig van baan gewisseld, etc.)	
		3 – illegale arbeid/ zwart werken	

	5.4 Slachtoffer van geweld in jeugd (onder 18 jaar) <i>(geen seksueel geweld)</i>	0 – geen slachtoffer van geweld in jeugd	
		1 – eenmalige mishandeling	
		2 – herhaalde mishandeling	
	5.5 Slachtoffer van seksueel geweld/misbruik in jeugd (onder 18 jaar)	0 – geen slachtoffer van seksueel geweld/misbruik in jeugd	
		1 – slachtoffer van eenmalig seksueel geweld/misbruik in jeugd	
		2 – slachtoffer van herhaald seksueel geweld/misbruik in jeugd	
	5.5.1 Seksueel geweld/misbruik binnen of buiten het huishouden*	0 – n.v.t.	
		1 – seksueel geweld/misbruik binnen het huishouden	
		2 – seksueel geweld/misbruik buiten het huishouden	
		3 – seksueel geweld/misbruik zowel binnen als buiten het huishouden	
	5.6 Slachtoffer van verwaarlozing in jeugd (onder 18 jaar)*	0 – geen slachtoffer van verwaarlozing in jeugd	
		1 – slachtoffer van eenmalige/kortdurende (dagen) verwaarlozing in jeugd	
		2 – slachtoffer van herhaalde/langdurende verwaarlozing in jeugd	
	5.7 Disfunctioneel huishouden (mentale ziekte in gezin, scheiding, gezinslid heeft gevangen gezeten/zit gevangen, middelenmisbruik in het gezin, agressie tegen (stief)moeder/vader)*	0 – geen kenmerken van een disfunctioneel huishouden	
		1 – 1 of 2 kenmerken van een disfunctioneel huishouden	

	<i>2 – 3 of meer kenmerken van een disfunctioneel huishouden</i>	
6	Behandeltraject kenmerken	
	6.1 Aantal plaatsingen inclusief huidige afdeling* <i>(in getal)</i>	
	6.2 Verloop klinieken <i>(jaartal(len)+ naam kliniek(en))</i>	
	6.3 Verlofniveau t.t.v. het onderzoek* 0 – geen verlof	
	1 – verlof ingetrokken	
	2 – begeleid verlof	
	3 – onbegeleid verlof	
	4 – transmuraal verlof	
	5 – proefverlof	
	6 – voorwaardelijke beëindiging	
	6.3.1.1 Aantal keren <u>machtiging</u> begeleid verlof <i>(getal)</i>	
	6.3.1.2 Aantal keren <u>intrekking</u> begeleid verlof <i>(getal)</i>	
	6.3.1.3 Redenen voor intrekkingen begeleid verlof <i>(beschrijven in woorden)</i> 0 – n.v.t.	
	6.3.2.1 Aantal keren <u>machtiging</u> onbegeleid verlof <i>(getal)</i>	
	6.3.2.2 Aantal keren <u>intrekking</u> onbegeleid verlof <i>(getal)</i>	
	6.3.2.3 Redenen voor intrekkingen onbegeleid verlof <i>(beschrijven in woorden)</i> 0 – n.v.t.	
	6.3.3.1 Aantal keren <u>machtiging</u> transmuraal verlof <i>(getal)</i>	

	6.3.3.2 Aantal keren <u>intrekking</u> transmuraal verlof	(getal)
	6.3.3.3 Redenen voor intrekkingen transmuraal verlof	(beschrijven in woorden) 0 – n.v.t.
	6.3.4.1 Aantal keren <u>machtiging</u> proefverlof	(getal)
	6.3.4.2 Aantal keren <u>intrekking</u> proefverlof	(getal)
	6.3.4.3 Reden voor intrekkingen proef verlof	(beschrijven in woorden) 0 – n.v.t.
	6.3.5.1 Aantal keren <u>machtiging</u> voorwaardelijke beëindiging	(getal)
	6.3.5.2 Aantal keren intrekking voorwaardelijke beëindiging	(getal)
	6.3.5.3 Redenen voor intrekkingen voorwaardelijke beëindiging	(beschrijven in woorden) 0 – n.v.t.
	6.4 Verlengingen tbs*	(jaartallen beslissing rechtbank of hof+ soort verlenging, met 1 of 2 jaar)
	6.4.1 Aantal keren verlengd in totaal	(getal)
	6.5 Hoger beroep tegen verlengingen tbs	0 – n.v.t. (jaartallen beslissing hof)
	6.6 LFPZ-status	0 – geen LFPZ-status gehad

		1 – eerder een LFPZ-status gehad, maar nu niet meer	
		2 – momenteel een LFPZ-status	
	6.6.1 Initiële aanleiding LFPZ-status*	0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)	
	6.6.2 Aanleiding overplaatsing van LFPZ naar longcare*	0 – n.v.t.	
		1 – advies zorgconferentie	
		2 – tussentoets LAP	
		3 – advies pro Justitia rapporteur(s)	
		4 – beroepscommissie RSJ	
	6.7 LFPZ-status tijdspanne	0 – n.v.t. (jaartal begin en eventueel eind)	
	6.8 Hoger beroep LFPZ-status	0 – n.v.t. (jaartal)	
	6.9 Aanvraag afgewezen LFPZ status (meest recente aanvraag)	0 – n.v.t.	
		1 – door patiënt/advocaat aangevraagd	
		2 – door kliniek aangevraagd	
		3 – door zowel de patiënt/advocaat als door de kliniek aangevraagd	
	6.9.1 Afwijzende orgaan	0 – N.v.t	
		1 – LAP	
		2 – pro Justitia rapporteur(s)	
		3 – beroepscommissie RSJ	
	6.10 Longcare	0 – niet eerder in de longcare opgenomen	
		1 – eerder in de longcare opgenomen, maar nu niet meer	
		2 – momenteel in de longcare	
	6.10.1 Initiële aanleiding plaatsing in longcare*	0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)	
	6.10.2 Aanleiding overplaatsing van longcare naar LFPZ*	0 – n.v.t.	
		1 – advies zorgconferentie	

		2 – tussentoets LAP	
		3 – advies pro Justitia rapporteur(s)	
		4 – beroepscommissie RSJ	
	6.11 Longcare tijdspanne	0 – n.v.t. (jaartal begin en eventueel eind)	
	6.12 Huidige longcare afdeling*	0 – de patiënt zit momenteel in de LFPZ	
		1 – Pompestichting longcare afdeling	
		2 – De Woenselse Poort longcare afdeling	
		3 – De Wierde (Van der Hoeven Kliniek)	
		4 – De Voorde (Van der Hoeven Kliniek)	
		5- andere afdeling (schrijf op welke)	
7	Incidenten en delicten/veroordelingen <u>tijdens tbs-maatregel</u>		
	7.1 Veroordeling voor delict(en) tijdens tbs*	0 – n.v.t. (jaartal(len) en korte beschrijving in woorden inclusief afdeling)	
	7.2 Aantal veroordelingen tijdens tbs (uit cel hierboven)	(in getal)	
	7.2.1 Vermogensdelict(en)*	0 – geen vermogenscomponent aanwezig/n.v.t.	
		1 – wel vermogenscomponent aanwezig	
	7.2.2 Gewelddelict(en)*	0 – geen geweld aanwezig/n.v.t.	
		1 – materiële schade	
		2 – bedreiging met geweld	
		3 – lichamelijk letsel, niet dodelijk	
		4 – dodelijke afloop	
	7.2.2.1 Slachtoffer(s)*	0 – n.v.t.	
		1 – medepatiënt	
		2 – personeel	
		3 – medepatiënt en personeel	
		4 – burger	

		<i>5 –burger en personeel</i>	
		<i>6 – burger en medepatiënt</i>	
		<i>7 –zowel medepatiënt als personeel als burger</i>	
	<i>7.2.3 Zedendelict(en)*</i>	<i>0 – geen seksuele component aanwezig/n.v.t.</i>	
		<i>1 – seksuele component, slachtoffer(s) onder 16 jaar</i>	
		<i>2 – seksuele component, slachtoffer(s) ouder 16 jaar</i>	
		<i>3 – seksuele component, slachtoffer(s) zowel onder als boven de 16 jaar</i>	
	<i>7.2.3.1 Slachtoffer(s)*</i>	<i>0 – n.v.t.</i>	
		<i>1 – medepatiënt</i>	
		<i>2 – personeel</i>	
		<i>3 – medepatiënt en personeel</i>	
		<i>4 – burger</i>	
		<i>5 –burger en personeel</i>	
		<i>6 – burger en medepatiënt</i>	
		<i>7 –zowel medepatiënt als personeel als burger</i>	
	<i>7.2.4 Brandstichting(en)*</i>	<i>0 – geen brandstichting/n.v.t.</i>	
		<i>1 – brandstichting</i>	
	<i>7.3 Waar vond het delict plaats*</i>	<i>0 – n.v.t.</i>	
		<i>1 – in kliniek zelf</i>	
		<i>2 – tijdens (on)begeleid verlof/transmuraal verlof</i>	
		<i>3 – tijdens ongeoorloofde afwezigheid/onttrekking</i>	
		<i>4 – tijdens proefverlof/voorwaardelijke beëindiging</i>	
	<i>7.4 Op welke afdeling zat patiënt t.t.v. het plegen van delict(en)*</i>	<i>0 – n.v.t.</i>	
		<i>1 – reguliere tbs-afdeling</i>	
		<i>2 – LFPZ</i>	
		<i>3 – Longcare</i>	

		<i>4 – Longcare en reguliere tbs-afdeling</i>	
		<i>5 – Longcare en LFPZ</i>	
		<i>6 – LFPZ en reguliere tbs-afdeling</i>	
		<i>7 – Op alle hierboven genoemde afdelingen</i>	
	7.5 Meldingen bijzonder voorval*	0 – n.v.t. (jaartal(len) en korte beschrijving in woorden inclusief afdeling)	
	7.6 Aantal meldingen bijzonder voorval (uit cel hierboven)	(in getal)	
	7.7 Op welke afdeling zat patiënt t.t.v. bijzonder voorval(len)*	0 – n.v.t.	
		<i>1 – reguliere tbs-afdeling</i>	
		<i>2 – LFPZ</i>	
		<i>3 – Longcare</i>	
		<i>4 – Longcare en reguliere tbs-afdeling</i>	
		<i>5 – Longcare en LFPZ</i>	
		<i>6 – LFPZ en reguliere tbs-afdeling</i>	
		<i>7 – Op alle hierboven genoemde afdelingen</i>	
	7.8 Lichtere incidenten	(geen veroordelingen of meldingen door de kliniek, <u>alleen als het in box 3.3 staat</u>)	
	7.8.1 Agressief gedrag (fysiek en verbaal)	0 – niet voorgekomen	
		<i>1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)</i>	
		<i>2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)</i>	
	7.8.2 Diefstal	0 – niet voorgekomen	
		<i>1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)</i>	
		<i>2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)</i>	
	7.8.3 Drugsgebruik (positieve urinecontroles)/alcoholgebruik	0 – niet voorgekomen	
		<i>1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)</i>	

		2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)	
	7.8.4 Staking medicatie/medicatieweigering	0 – niet voorgekomen	
		1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)	
		2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)	
	7.8.5 Overtreden huis- en afdelingsregels/afspraken*	0 – niet voorgekomen	
		1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)	
		2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)	
	7.8.6 Vernieling	0 – niet voorgekomen	
		1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)	
		2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)	
	7.8.7 Seksueel grensoverschrijdend gedrag	0 – niet voorgekomen	
		1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)	
		2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)	
	7.8.8 Poging tot ontvluchting/ongoorloofde afwezigheid	0 – niet voorgekomen	
		1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)	
		2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)	
	7.8.9 Overige incidenten*	0 – niet voorgekomen	
		1 – enkele keren voorgekomen (1 t/m 3 keer)	
		2 – vaak voorgekomen (4 keer of meer)	
	7.9 Lichte incidenten buiten box 3.3	<i>Beschrijven in woorden</i>	
	7.10 Op welke afdeling zat patiënt t.t.v. lichte incident(en)	0 – n.v.t.	
		1 – voornamelijk in reguliere tbs	
		2 – voornamelijk in LFPZ	
		3 – voornamelijk in longcare	

		<i>4 – Ongeveer gelijk aantal in zowel de LFPZ als de longcare</i>	
		<i>5 – Ongeveer gelijk aantal in zowel de reguliere tbs als de langverblijfvoorziening(en)</i>	
8	Vastgestelde stoornis en gezondheidsproblemen t.t.v. het onderzoek		
	8.1 Vastgestelde stoornis(sen) t.t.v. het onderzoek*	<i>(uitgebreid beschrijven in woorden). Indien mogelijk hier ook de primaire diagnose aangeven.</i>	
	<i>8.1.1 Neurocognitieve stoornis (incl. niet-aangeboren hersenletsel (NAH))</i>	<i>0 – geen neurocognitieve stoornis</i>	
		<i>1 – wel een neurocognitieve stoornis</i>	
	<i>8.1.2 Psychotische stoornis (incl. schizofrenie)</i>	<i>0 – geen psychotische stoornis</i>	
		<i>1 – episodisch psychotisch / randpsychotisch</i>	
		<i>2 – chronisch psychotisch</i>	
	<i>8.1.3 Stemmingsstoornis (o.a. depressie, dysthymie, bipolaire stoornis)</i>	<i>0 – geen stemmingsstoornis</i>	
		<i>1 – wel een stemmingsstoornis</i>	
	<i>8.1.4 Posttraumatische stressstoornis en dissociatieve stoornissen</i>	<i>0 – geen PTSS of dissociatieve stoornis</i>	
		<i>1 – PTSS</i>	
		<i>2 – dissociatieve stoornis</i>	
		<i>3 – PTSS en dissociatieve stoornis</i>	
	<i>8.1.5 Somatisch symptoomstoornis en verwante stoornissen</i>	<i>0 – geen somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen</i>	
		<i>1 – wel een somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen</i>	

	8.1.6 Verslavingsstoornis	0 – geen verslaving	
		1 – alcoholverslaving	
		2 – softdrugs verslaving	
		3 – harddrugs verslaving	
		4 – overige verslaving	
		5 – combinatie van verslavingen	
		6 – alcoholverslaving in remissie	
		7 – drugsverslaving in remissie	
		8 – zowel alcohol als drugs in remissie	
		9 – drugs in remissie met een softdrugsverslaving	
		10 – zowel alcohol als drugs in remissie met een softdrugs verslaving	
	8.1.7 Parafiele stoornis	0 – geen parafiele stoornis	
		1 – hands-off parafiele stoornis	
		2 – hands-on parafiele stoornis	
		3 – zowel hands-off als hands-on parafiele stoornis	
	8.1.7.1 Pedofilie	0 – n.v.t. 1 – geen pedofilie 2 – wel pedofilie	
	8.1.7.2 Toelichting parafiele stoornis	0 – n.v.t. (Beschrijf in woorden de specificaties van de parafiele stoornis: voorkeur voor geslacht, leeftijd etc. Evt. informatie over vorm van parafilie (niet zijnde pedofilie, zie 3.1.8.1): voyeurisme, exhibitionisme, frotteurisme, seksueel sadisme, seksueel masochisme, fetisjisme, transvestie etc.)	
	8.1.8 Gedragsstoornis (disruptive, impulsive control, and conduct disorder)	0 – geen gedragsstoornis	
		1 – wel een gedragsstoornis	
	8.1.9 Suïcidepoging	0 – geen suïcidepoging	
		1 – eenmalige suïcidepoging	
		2 – meerdere suïcidepogingen	

	8.1.10 (Trekken van) Persoonlijkheidsstoornis	0 – geen persoonlijkheidsstoornis	
		1 – persoonlijkheidsstoornis cluster A	
		2 – persoonlijkheidsstoornis cluster B	
		3 – persoonlijkheidsstoornis cluster C	
		4 – persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO)	
	8.1.11 Autismespectrumstoornis	0 – geen autismespectrumstoornis	
		1 – wel een autismespectrumstoornis	
	8.1.12 ADHD (aandachtsdeficiëntie- /hyperactiviteitsstoornis)	0 – geen ADHD	
		1 – wel ADHD	
	8.1.13 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCD)	0 – geen OCD	
		1 – wel OCD	
	8.1.14 Zelfbeschadigend gedrag	0 – geen sprake van zelfbeschadigend gedrag	
		1 – wel sprake van zelfbeschadigend gedrag	
	8.1.15 Verstandelijke beperking	0 – geen verstandelijke beperking	
		1 – zwakbegaafd (of IQ tussen 70-85)	
		2 – licht verstandelijk beperkt (of IQ tussen 50 en 70)	
		3 – matig verstandelijk beperkt (of IQ tussen 35 en 49)	
		4 – ernstig verstandelijk beperkt (of IQ tussen 20 en 34)	
	8.1.16 Overige stoornissen	0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)	
	8.2 Somatische/lichamelijke klachten*	0 – geen klachten	
		1 – wel klachten	

	8.2.1 Luchtwegproblematiek (bijv. COPD)	0 – geen luchtwegproblematiek	
		1 – wel luchtwegproblematiek	
	8.2.2 Artrose	0 – geen artrose	
		1 – wel artrose	
	8.2.3 Diabetes	0 – geen diabetes	
		1 – wel diabetes	
	8.2.4 Obesitas	0 – geen obesitas	
		1 – wel obesitas	
	8.2.5 Hart en vaatziekten	0 – geen hart en vaatziekten	
		1 – wel hart en vaatziekten	
	8.2.6 Kanker	0 – geen kanker	
		1 – wel kanker	
	8.2.6.1 Soort kanker	0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)	
	8.2.7 Fysieke beperkingen	0 – geen fysieke beperkingen	
		1 – wel fysieke beperkingen	
	8.2.8 Overige somatische/lichamelijke klachten	0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)	
	8.3 Heeft lichamelijke verpleging (nodig)	0 – geen lichamelijke verpleging (nodig)	
		1 – wel lichamelijke verpleging (nodig)	
9	Psychofarmaca t.t.v. het onderzoek		
	9.1 Psychofarmaca t.t.v. het onderzoek*	0 – nee, patiënt slikt geen medicatie	
		1 – ja, patiënt slikt wel (eens)medicatie	
	9.1.1 Antidepressiva*	0 – slikt geen antidepressiva	
		1 – slikt wel (eens) antidepressiva	
	9.1.2 Libidoremmende middelen (LRM)*	0 – slikt geen LRM	
		1 – slikt wel (eens) LRM	
	9.1.3 Antipsychotica*	0 – slikt geen antipsychotica	
		1 – slikt wel (eens) antipsychotica	
	9.1.4 Stemningsstabilisatoren*	0 – slikt geen stemningsstabilisatoren	
		1 – slikt wel (eens) stemningsstabilisatoren	

	9.1.5 Angstverminderende medicatie*	0 – slikt geen kalmerende middelen	
		1 – slikt wel (eens) kalmerende middelen	
	9.1.6 Slaapmedicatie*	0 – slikt geen slaapmedicatie	
		1 – slikt wel (eens) slaapmedicatie	
	9.1.7 Psychostimulantia (ADHD)*	0 – slikt geen psychostimulantia	
		1 – slikt wel (eens) psychostimulantia	
	9.1.8 Andere psychofarmaca*	0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)	
	9.2 Innamebereidheid psychofarmaca	0 – n.v.t.	
		1 – dwangmedicatie	
		2 – niet-trouwe inname medicatie	
		3 – trouwe inname medicatie	
	9.3 Wijze inname*	0 – n.v.t.	
		1 – orale medicatie	
		2 – depot/injecties	
		3 – zowel orale medicatie als depot/injecties	
10	Risico(management)		
	10.1 Kernachtige typering van de betrokken ter beschikking gestelde*	(beschrijven in woorden, wat is de kwestie bij deze patiënt?)	
	10.2 Recente opvallende ontwikkelingen*	(beschrijven in woorden)	
	10.3 Zorgbehoefte	(beschrijving in woorden)	
	10.4 Behandelmotivatie*	0 – geen behandelmotivatie	
		1 – gemotiveerd voor behandeling	
		2 – zeer gemotiveerd voor behandeling	
	10.5 Recidiverisico t.t.v. het onderzoek binnen huidige maatregel*	0 – laag recidiverisico	
		1 – matig recidiverisico	
		2 – hoog recidiverisico	
		888 – missing	
	10.6 Recidiverisico t.t.v. het onderzoek bij verlof*	0 – laag recidiverisico	

		<i>1 – matig recidiverisico</i>	
		<i>2 – hoog recidiverisico</i>	
		<i>888 – missing</i>	
	10.7 Recidiverisico t.t.v. het onderzoek als de maatregel wordt (<u>niet</u> <u>voorwaardelijk</u>) beëindigd*	<i>0 – laag recidiverisico</i>	
		<i>1 – matig recidiverisico</i>	
		<i>2 – hoog recidiverisico</i>	
		<i>888 – missing</i>	
	10.8 Risicofactoren benoemd in het laatste verlengingsadvies	<i>(beschrijven in woorden, zo uitgebreid mogelijk)</i>	
	10.9 Netwerk/familiecontact	<i>0 – n.v.t</i>	
		<i>1 –niet steunend</i>	
		<i>2 – enigszins steunend</i>	
		<i>3 – steunend</i>	
		<i>888 – wordt niets over gezegd</i>	
	10.9.1 Netwerk/familiecontact (beschrijving)	<i>0 – n.v.t. (beschrijving in woorden: bijv. bezoek van moeder, brief van partner)</i>	
	10.10 Beoogde uitstroomtraject t.t.v. het onderzoek*	<i>(beschrijven in woorden)</i>	
11	Kenmerken eventuele zorgconferentie		
	11.0 Zorgconferentie	<i>0 – geen zorgconferentie gehad</i>	
		<i>1 – wel zorgconferentie gehad</i>	
	11.1 Aantal gehouden zorgconferenties	<i>(in getal)</i>	
	11.2 Jaartallen zorgconferentie(s)	<i>0 – n.v.t. (jaartal(len))</i>	
	11.3 Aanleiding zorgconferentie*	<i>0 – n.v.t. (beschrijven in woorden)</i>	
	11.4 Vervolgafspraken *	<i>0 – n.v.t.</i>	

	(beschrijven in woorden)	
	11.5 Mate van opvolging afspraken* 0 – n.v.t.	
	1 - afspraak niet opgevolgd	
	2 – afspraak deels opgevolgd	
	3 – afspraak volledig opgevolgd	
12	Overig (facultatief)	
	12.1 Overige bijzonderheden of opvallende zaken voortkomend uit het dossier (beschrijven in woorden)	

B. Bijlagen behorend bij interviewstudie

B.1 Topiclijsten

Professionals in klinieken (longcare of LFPZ)

1. Ervaring en achtergrond van respondent
2. Ontstaan en ontwikkeling van de afdeling (wanneer, waarom, toekomstplannen)
3. Behandelvisie van betreffende longcare-afdeling/LFPZ (o.a. zorgintensiteit, perspectief, duur van verblijf)
 - a. Ontwikkeling over de jaren
4. Kenmerken van patiënten (ter check met beeld uit dossierstudie; demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken, aandeel patiënten die zowel op longcare als LFPZ hebben verbleven)
 - a. Beeld onder patiënten over longcare/LFPZ
 - b. Ontwikkeling over de jaren
5. Plaatsingsprocedure (criteria, procedure)
 - a. Problemen of knelpunten
6. Verblijf in longcare/LFPZ
 - a. Rechtspositie (materieel en formeel: interne rechtspositie (Wvggz, BVT))
 - b. Zorgbehoeften/zorgintensiteit
 - c. Beveiligingsbehoeften
7. Besluit tot door- of uitstroom bij LFPZ of longcare (vignet)
 - a. Verschillen tussen uitstromers en niet-uitstromers
 - b. Welke informatie/factoren van belang (voor doorstroom van longcare naar LFPZ of andersom; reguliere afdeling, overig (voorwaardelijke beëindiging etc.))
 - c. Knelpunten
8. Noodzaak tot veranderingen in het huidige beleid voor 'langverblijvers'
 - a. Problemen (evt. voorbeelden uit interviews met andere professionals) en suggesties voor oplossingen
9. Onderwerpen die de respondent nog wil bespreken

Professionals in behandelklinieken

1. Ervaring en achtergrond van respondent
2. Frequentie doorstroom naar longcare (eigen kliniek, elders?) of LFPZ
3. Beeld over verschillende longcare-afdeling/LFPZ (o.a. problematiek, zorgintensiteit, perspectief, duur van verblijf)
 - a. Voorkeur voor kliniek?
4. Kenmerken van patiënten (ter check met beeld uit dossierstudie; demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken, aandeel patiënten die zowel op longcare als LFPZ hebben verbleven)
 - a. Beeld onder patiënten over longcare/LFPZ
 - b. Ontwikkeling over de jaren
5. Plaatsingsprocedure (criteria, procedure)
 - a. Problemen of knelpunten
6. Besluit tot plaatsing bij LFPZ of longcare (vignet)
 - a. Welke informatie/factoren van belang (voor instroom in longcare of naar LFPZ of andersom; reguliere afdeling, overig (voorwaardelijke beëindiging etc.)
 - b. Instroom in specifieke longcare-afdeling?
 - c. Knelpunten
7. Noodzaak tot veranderingen in het huidige beleid voor 'langverblijvers'
 - a. Problemen (evt. voorbeelden uit interviews met andere professionals) en suggesties voor oplossingen
8. Onderwerpen die de respondent nog wil bespreken

AVT, LAP, RSJ, PJ-rapporteurs

1. Ervaring en achtergrond van respondent
2. Frequentie aanvragen LFPZ (LAP)
3. Frequentie verlof ten behoeve van longcare (AVT)
4. Frequentie beroepen LFPZ (RSJ):
 - a. Wat is dan vaak de kwestie?
 - b. Gronden om beroep tegen LFPZ-status te honoreren

5. Frequentie rapporteren in casus voor longcare of LFPZ (PJ-rapporteurs)
6. Werkwijze
 - a. Problemen of knelpunten in procedures
7. Aanknopingspunten in een casus voor instroom longcare/LFPZ en doorstroom/uitstroom vanuit longcare/LFPZ
8. Beeld over longcare en LFPZ (problematiek, zorgintensiteit, perspectief, duur van verblijf)
9. Kenmerken van onderzochten (ter check met beeld uit dossierstudie; demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken, aandeel patiënten die zowel op longcare als LFPZ hebben verbleven)
 - a. Beeld onder patiënten over longcare/LFPZ
10. Noodzaak tot veranderingen in het huidige beleid voor 'langverblijvers'
 - a. Problemen (evt. voorbeelden uit interviews met andere professionals) en suggesties voor oplossingen
11. Onderwerpen die de respondent nog wil bespreken

Advocatuur en DIZ

1. Verschillen tussen (trajecten van) patiënten/cliënten LFPZ en longcare/ verschillende longcare-voorzieningen
 - a. Kenmerken (bijv. demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken)
2. Verschillen in zorg tussen LFPZ en longcare/ verschillende longcare-voorzieningen
 - a. Verschil in door- en uitstroom
 - i. Redenen hiervoor?
 - b. Verschil in beveiligingsniveau, zorgintensiteit en behandelvisie (ook op duur van verblijf)
3. Verschillen in beleid (plaatsingsprocedure, verlofmogelijkheden) tussen LFPZ en longcare/verschillende longcare-voorzieningen
 - a. Verschillen in toegang longcare vanuit eigen instelling versus andere instelling
 - b. Ontwikkelingen over de jaren
4. Verschillen in rechtspositie (materieel en formeel: beroepsmogelijkheden, interne rechtspositie) tussen LFPZ en longcare/ verschillende longcare-voorzieningen
 - a. Ontwikkelingen over de jaren
5. Behoeften en verwachtingen van patiënten/cliënten ten aanzien van longcare en LFPZ
 - a. Beeld over longcare/LFPZ onder patiënten/cliënten in de reguliere tbs, voorkeuren

6. Ten behoeve van ontwerp van vignetten: factoren die van belang zijn voor de keuze tussen longcare en LFPZ.
 - a. Rol van beleid, capaciteit en rechtspositie.
7. Veranderingen in het huidige beleid voor 'langverblijvers' noodzakelijk?
 - a. Problemen en suggesties voor oplossingen
 - b. Rechtvaardiging verschillen
8. Onderwerpen die de respondent nog wil bespreken

Patiënten

1. Verblijf in tbs: beschrijving en duur
2. Verblijf in longcare/LFPZ: beschrijving en duur
3. Plaatsing: verloop, inspraak, voorkeur, relevante factoren
4. Eerdere verblijven op longcare/LFPZ
 - a. In geval van ervaring met beide, steeds vragen naar verschil
5. Beeld van longcare/LFPZ (en type patiënten) vooraf
6. Beeld van longcare/LFPZ (en type patiënten) nu
7. Zorgbehoefte binnen LFPZ/longcare voorziening
 - a. Verwachtingen
 - b. Ervaringen
8. Rechtspositie (plaatsing, vrijheden)
 - a. Beroepsmogelijkheden
 - b. Verlofmogelijkheden
9. Verwachtingen over door- of uitstroom
10. Beeld van het andere kader voor langverblijf
11. Veranderingen in het huidige beleid voor 'langverblijvers' noodzakelijk?
 - a. Problemen en suggesties voor oplossingen
 - b. Rechtvaardiging verschillen (bij ervaring zowel in LFPZ als in longcare)
12. Onderwerpen die de respondent nog wil bespreken

B.2 Toestemmingsformulier interviews

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek van de Universiteit Leiden in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum middels een interview. Door het (digitaal) ondertekenen van dit formulier gaat u akkoord met het volgende:

- U bent geïnformeerd over het doel en de inhoud van het huidige onderzoek. Eventuele vragen over het onderzoek heeft u kunnen stellen en zijn naar tevredenheid beantwoord.
- Er zijn geen fysieke, juridische of economische risico's verbonden aan uw deelname aan deze studie. Uw deelname aan deze studie is vrijwillig, u heeft het recht niet te antwoorden op gestelde vragen en u kunt op elk gewenst moment, zonder opgave van reden, uw deelname beëindigen. U ontvangt geen vergoeding voor uw deelname.
- U geeft toestemming dat het interview door middel van een audiorecorder wordt opgenomen ten behoeve van ad-verbum transcriptie door de onderzoekers. U kunt op elk gewenst moment, zonder opgave van reden, uw toestemming voor opname intrekken. De audio-opname, formulieren en andere documenten die in het kader van deze studie worden gemaakt of verzameld, worden opgeslagen op een beveiligde locatie bij Universiteit Leiden en op de beveiligde (versleutelde) computer van de onderzoeker. Het concept-verslag van het gesprek waaraan u heeft deelgenomen, wordt aan u voorgelegd ter toetsing van de juistheid van weergave. De audio-opname wordt na transcriptie verwijderd.
- Uw privacy is en blijft maximaal beschermd. Er wordt op geen enkele wijze vertrouwelijke informatie of persoonsgegevens van of over u naar buiten gebracht, waardoor iemand u, al dan niet door herleiden, zou kunnen herkennen. In de transcripten en het eindrapport krijgt u een pseudoniem toegewezen die niet herleidbaar is naar uw identiteit.
- De onderzoeksgegevens die tijdens deze studie worden verzameld worden enkel ten behoeve van het onderzoeksproject en de daaruit voortvloeiende publicaties gebruikt. Volgens de richtlijnen van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum en worden de onderzoeksgegevens 20 jaar bewaard, waarna deze worden verwijderd.
- Onderdelen van het interview kunnen mogelijk als quotes worden opgenomen in het eindrapport. Quotes zullen niet herleidbaar zijn naar u als individu.

Met uw ondertekening van dit document geeft u aan dat u minstens 18 jaar oud bent; dat u goed bent geïnformeerd over het onderzoek, de manier waarop de onderzoeksgegevens worden verzameld, gebruikt en behandeld en welke eventuele risico's u zou kunnen lopen door te participeren in dit onderzoek.

Indien u vragen had, geeft u bij ondertekening aan dat u deze vragen heeft kunnen stellen en dat deze vragen helder en duidelijk zijn beantwoord. U geeft aan dat u vrijwillig akkoord gaat met uw deelname aan dit onderzoek.

Naam:

Datum:

Handtekening:

B.3 Procedure aanvraag tot toekenning LFPZ-status door de LAP

1. Aanvraag FPC	<i>Als een FPC concludeert dat er geen behandelmogelijkheden meer zijn en een tbs-gestelde niet veilig in een voorziening met een lager beveiligingsniveau kan verblijven, dient een FPC een aanvraag in voor plaatsing LFPZ-voorziening bij de Divisie Individuele Zaken (DIZ) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).</i>
2. Multidisciplinair onderzoek	<i>De aanvraag is voorzien van een recente multidisciplinaire (psychiater en psycholoog) pro Justitia rapportage. De rapportage is voorzien van advies over het individuele beveiligingsniveau in het kader van verlof in de termen hoog, midden of laag.</i>
3. Reactie FPC op multidisciplinair onderzoek	<i>Het FPC wordt in de gelegenheid gesteld om te reageren op deze rapportage.</i>
4. Zienswijze advocaat	<i>De advocaat van de tbs-gestelde wordt in de gelegenheid gesteld zijn zienswijze minimaal drie werkdagen voorafgaan aan de vergadering in te dienen bij de LAP.</i>
5. Gesprek met de tbs-gestelde	<i>De LAP beoordeelt de aanvraag op basis van een uitvoerig dossieronderzoek. Tevens bezoekt de LAP de tbs-gestelde in het FPC waar hij verblijft. Tijdens het gesprek wordt de tbs-gestelde in de gelegenheid gesteld om aan te geven hoe hij/zij tegen de aanvraag aankijkt.</i>
6. Advies van de LAP	<i>De LAP beoordeelt de aanvraag en weegt hierbij zowel de belangen van de tbs-gestelde als de belangen van de maatschappij mee. Voorts wordt beoordeeld of alle minder ingrijpende opties zijn benut. Het beleidskader is leidend bij deze beoordeling.</i>
7. Beslissing minister	<i>De LAP brengt onafhankelijk advies uit aan DIZ van DJI. De LAP kan op twee manieren adviseren:</i>

- a. Wanneer de LAP concludeert dat de noodzaak voor langdurige beveiliging niet kan worden vastgesteld en er nog behandelingsmogelijkheden zijn, geeft zij een passend en gemotiveerd advies aan de minister van Veiligheid en Justitie.*
- b. Wanneer de LAP concludeert dat er gedegen grond is voor een LFPZ-status, zal zij positief over het afgeven van die status adviseren aan de minister van Veiligheid en Justitie. De LAP adviseert daarbij ook over het individueel beveiligingsniveau⁵⁵ in het kader van verlof (in termen van hoog, midden of laag).*

De directeur van DIZ beslist namens de minister van Veiligheid en Justitie over de aanvraag. Het FPC, de tbs-gestelde en zijn advocaat ontvangen een afschrift van de beslissing en het onderliggende advies.

⁵⁵ Definitie individueel beveiligingsniveau op basis van informatie van de LAP.

C. Afkortingen

AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming
AVT	Adviescollege Verloftoetsing tbs
BVT	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
CDD+	Centraal Digitaal Depot
DIZ	Divisie Individuele Zaken
EVBG	Extreem Vlucht- en Beheersgevaarlijk
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
LAP	Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg
LC	Longcare
LFPZ	Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg
LFZ	Langdurige Forensische Zorg
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
PI	Penitentiaire Inrichting
RIBW	Regionale Instelling voor begeleid/beschermd wonen
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Tbs	Terbeschikkingstelling
TMV	Transmurale voorziening / transmuraal verlof
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum
Wvggz	Wet verplichte ggz
ZISZ	Zeer Intensieve en Specialistische Zorg

D. Begeleidingscommissie

Voorzitter

prof. dr. Joke Harte
Hoogleraar Evaluatie Juridische Gedragsinterventies
Vrije Universiteit Amsterdam

Leden

dr. Yvonne Bouman
Senior Onderzoeker
Transfore Forensische GGZ

mr. dr. Lydia Dalhuisen
Universitair Docent Forensische Psychiatrie & Psychologie
Universiteit Utrecht

dr. Annelies Jorna
Senior Adviseur Kennis
Dienst Justitiële Inrichtingen

dr. Pien van de Ven
Projectbegeleider Extern Wetenschappelijke Beleidsonderzoek
Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum