



BINNEN BEELD BUITEN BEELD

Een evaluatie van zorgconferenties
bij langverblijvers (15+) in de tbs

BINNEN. BEELD. BUITEN.

Een evaluatie van zorgconferenties bij
langverblijvers (15+) in de tbs

M.J.F. van der Wolf | J. Reef | L. Gunnink | J. Hertzberger | J.V.O.R. Doekhie

Instituut voor Strafrecht en Criminologie, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leiden

Binnen. Beeld. Buiten.

Een evaluatie van zorgconferenties bij langverblijvers (15+) in de tbs

Engelse titel:

In. Focus. Out.

An evaluation of 'care conferences' for long-term residents (15+ years) in forensic mental health care

Ontwerp omslag en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

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

© 2022 WODC. Auteursrechten voorbehouden

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Voor zover het maken van reprografische veeleenvoudingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the authors.

ISBN 978-90-8161-545-7

Inhoud

Samenvatting	7	3 Waardering van betrokkenen – verslag van een interviewstudie	65	6 Conclusies, discussie en aanbevelingen	135
Summary	17	3.1 Achtergrond en doel	67	6.1 Conclusies	136
1 Inleiding	27	3.2 Methode	67	Casus 6 Opvolging, maar via andere route	139
1.1 Aanleiding Project 15-plus en evaluatieonderzoek	29	3.3 Bevindingen	70	6.2 Discussie	140
1.2 Hoofdvragen en methoden van het onderzoek	31	3.4 Korte antwoorden op deelvragen	92	Casus 7 Opvolging, snel eruit	146
1.3 Afbakening en beperkingen	34	Casus 3 Opvolging, langzaam	96	6.3 Aanbevelingen	147
1.4 Uitgewerkte onderzoeksvragen	36	4 Buitenlandse inzichten – verslag van een vergelijkend onderzoek	97	Casus 8 Geen verandering, maar toch verandering	152
Casus 1 Opvolging leek goed te gaan, maar andere kant op	38	4.1 Achtergrond en doel	99	Bijlagen	153
2 Kenmerken van langverblijvers – verslag van een dossierstudie	39	4.2 Methode	99	Bijlage A Herkomst variabelen en scoringsmanier dossierstudie	155
2.1 Achtergrond en doel	41	4.3 Bevindingen	102	Bijlage B Overzicht variabelen en scoringsmanier dossierstudie	157
2.2 Methode	42	4.4 Korte antwoorden op de deelvragen	112	Bijlage C Algemene topiclijst interviews	163
2.3 Bevindingen	45	Casus 4 Opvolging, langzaam vanuit LFPZ	113	Literatuur	165
2.4 Korte antwoorden op deelvragen	59	5 Beleidsimplicaties en vroegsignalering – verslag van expertmeetings	115	Afkortingen	171
Casus 2 Opvolging leek goed te gaan, maar uiteindelijk slechtste scenario	63	5.1 Achtergrond en doel	117	Begeleidingscommissie	175
		5.2 Methode	117		
		5.3 Bevindingen	119		
		5.4 Korte antwoorden op deelvragen	132		
		Casus 5 Opvolging, snel	133		

X weet het ook niet meer

ik was iemand die ervoor gezorgd heeft
dat ik hier terecht ben gekomen

ik wil niet de indruk wekken
dat het altijd aan de ander ligt

ik was verslaafd
ik ben er vijftien jaar vanaf

ik ben geen leider
ik ben iemand die de schuld krijgt

ik heb de naam gekregen
dat ik een groep ontwricht
dat ik het team ontwricht

ik vind het moeilijk om kwetsbaar te zijn
ik ben bang dat ik overlopen word

ik weet niet meer hoe ik met mensen om moet gaan

ik vind dat het strafbaar gesteld moet worden
wanneer iemand niet zegt hoe hij mij ervaart
en daarmee de beeldvorming over mij beïnvloedt

het lijkt erop dat je helemaal perfect moet zijn
om geholpen te kunnen worden

ik sta altijd tien-nul achter
ik heb altijd gedacht dat ik die tien-nul
zou kunnen inhalen

ik ben blij dat iemand ziet
dat er bij mij groei is ontstaan

als ik alles zelf zou kunnen aanleren
zou ik hier niet zitten

Tsead Bruinja

Uit: *springtij*
gedichten over
het leven met tbs
(Querido, 2020)

Voorwoord

Gedurende een tbs-behandeling kunnen allerlei onvoorziene omstandigheden optreden die maken dat het een traject van lange duur wordt. Geheel in lijn met het onderwerp, is dat ons in zekere zin ook tijdens dit onderzoek overkomen – uiteraard zonder de beide situaties van vertraging qua duur of ingrijpendheid met elkaar te vergelijken. Zoals een zorgconferentie in zo'n tbs-behandeling de impasse kan doorbreken, doordat betrokkenen van verschillende partijen en disciplines met elkaar om tafel gaan zitten en elkaars perspectief tot zich nemen, zo heeft het overleg met de begeleidingscommissie voor ons ook die functie gehad. Voor het begrip, en het ervaren 'gemeenschappelijk doe-eigenaarschap', zijn we de leden van de commissie zeer dankbaar, als ook voor hun waardevolle commentaar.

Waar de onvoorziene omstandigheden vooral in de eindfase van rapportage optraden, kijken we met veel genoegen terug op de fases van voorbereiding en dataverzameling, die juist

bijzonder vlot zijn verlopen. Dat kwam vooral doordat iedereen ons in die fases zeer ter wille is geweest. Zo mochten we om sfeer te proeven als onderzoekers aansluiten bij twee digitale zorgconferenties, waarvoor we de Divisie Individuele Zaken, de andere aanwezigen en met name de betrokken ter beschikking gestelden, hartelijk willen bedanken. Net als door een rondleiding op de LFPZ-locatie in Zeeland, Noord-Brabant, waarvoor we de behandelaars daar veel dank verschuldigd zijn, hebben we een goed beeld gekregen van zowel de problematiek als de oplossingsrichting in kwestie, en hebben de langdurig ter beschikking gestelden voor ons als onderzoekers een gezicht gekregen. Laat dat nu net ook benoemd worden als mogelijk werkzaam element van de zorgconferenties in dit onderzoek. Wij hebben het als heel waardevol ervaren.

Ten aanzien van de vlotte dataverzameling in het dossieronderzoek zijn we naast de Dienst Justitiële Inrichtingen voor de tijdige toegang

tot het CDD+ systeem, vooral ook erkentelijk voor de bijdrage van een drietal stagiairs dat ons bij het scoren van de dossiers heeft geholpen, in volgorde van oplopende omvang van de bijdrage: Kjell Bonhof, Romy de Oude en Eleni Georgaki. Ten aanzien van de interviewstudie, de internationaal vergelijkende studie waarvoor we ook interviews hebben gehouden, als ook de expertmeetings, danken we al onze respondenten voor hun royale en deskundige medewerking. We danken Miranda Boone voor haar rol als adviseur van dit onderzoek. Tot slot danken we – uit ons eigen midden – Joni Reef voor de grafische vormgeving en infographic in het rapport.

**Michiel van der Wolf,
namens het hele onderzoeksteam**

Maart 2022

Samenvatting

Menig tbs-gestelde krijgt in het behandeltraject te maken met gebrek aan voortgang of behandelimpasses. Voor een bepaalde groep leidt dit tot een lang verblijf in de tbs. Bijna tien jaar geleden kwam een groep langverblijvers (meer dan 15 jaar) nadrukkelijker in beeld van het beleid, vooral ook omdat een aanzienlijk deel daarvan niet in de Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ) verbleef. Er werd een Project 15-plus gestart, dat inhoudelijk werd ingevuld door een in de praktijk opgekomen overleginstrument, dat op enig moment zorgconferentie is gaan heten. Een zorgconferentie is een vergadering waarin de tbs-gestelde zelf aanschuift. Een grote multidisciplinaire groep betrokkenen denkt, vaak 'out-of-the-box', mee over de vraag of er een volgende stap mogelijk is in de tbs-behandeling. Er wordt in het forensische werkveld al jaren met waardering over de zorgconferenties gesproken, maar het instrument is tot op heden niet wetenschappelijk onderzocht.

Dit onderzoek heeft dan ook als doel de gehouden zorgconferenties in het kader van het Project 15-plus, als veelbelovende oplossing voor het ervaren probleem van langverblijvers in de tbs, te evalueren. Zowel inhoudelijk gezien, als qua methodiek, bestaat het onderzoek uit vier delen. Ten eerste onderzochten we door middel van dossieronderzoek de kenmerken van huidige langverblijvers. We vergeleken

die met kenmerken van een groep langverblijvers uit 2013 en onderzochten in hoeverre de kenmerken van deze 15+ groep veranderd zijn. We vergeleken bovendien intern de groep die op de LFPZ verblijft met de groep die op behandelafdelingen verblijft. Ook onderzochten we welke kenmerken – van zowel persoon als zorgconferentie – gerelateerd zijn aan de uitkomst van de zorgconferentie bijeenkomst. Ten tweede onderzochten we door middel van interviews hoe conferenties gewaardeerd en geëvalueerd worden door de betrokken partijen en hoe omgegaan wordt met de uitkomsten van de zorgconferenties. Ten derde vergeleken we door middel van literatuur en internationale interviews of er in het buitenland iets vergelijkbaars bestaat als een zorgconferentie en wat bekend is over het functioneren daarvan en welke inzichten daaruit zijn te halen. Als laatste onderzochten we wat mogelijke beleidsimplicaties van onze bevindingen zijn via een focusgroep en expertmeeting. We analyseerden (op verzoek) in hoeverre de uitkomsten van dit onderzoek gebruikt kunnen worden voor vroegsignalering van patiënten in vroegtijdige behandelimpasses die van een zorgconferentie zouden kunnen profiteren. Binnen dit laatste onderzoeksonderdeel bekeken we ook hoe de werkzaamheid van de zorgconferenties nog verbeterd zou kunnen worden en tot welke

aanbevelingen de eerdere onderdelen van het onderzoek aanleiding geven.

De vier hoofdvragen (A tot en met D) van dit evaluatieonderzoek zijn als volgt geformuleerd:

A. Kenmerken van de doelgroep en – de uitkomsten van – zorgconferenties

Wat zijn kenmerken van huidige langverblijvers in vergelijking met die uit 2013 en welke kenmerken van zowel persoon als zorgconferentie zijn gerelateerd aan de uitkomst van de bijeenkomst?

B. Waardering van de uitvoering – en de uitkomsten – van zorgconferenties

Hoe worden de bijeenkomsten door de betrokken partijen gewaardeerd en geëvalueerd en hoe wordt omgegaan met de uitkomsten van de zorgconferenties?

C. Vergelijking met relevante buitenlandse inzichten en praktijken

Bestaat er in het buitenland iets vergelijkbaars als een zorgconferentie en wat is bekend over het functioneren daarvan?

D. Mogelijke beleidsimplicaties van de bevindingen voor vroegsignalering

In hoeverre kunnen de uitkomsten van dit onderzoek gebruikt worden voor vroegsignalering van (deelpopulaties van) patiënten in vroegtijdige

behandelimpasses die (al dan niet) van een zorgconferentie (of andere beleidsinterventie) zouden kunnen profiteren?

Voor het beantwoorden van de hoofdvragen werden subvragen geformuleerd om alle relevante aspecten van de hoofdvragen uit te lichten.

A

Voor de beantwoording van onderdeel A analyseerden we 100 dossiers van langverblijvende 15+ tbs gestelden.

We richtten ons op de volgende vijf subvragen:

❓ **Wat zijn de belangrijkste demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de tbs-gestelden bij wie een 15+ zorgconferentie is gehouden?**

Als we kijken naar de kenmerken van de langverblijvers kunnen we vaststellen dat de langdurig tbs-gestelden in deze onderzoekspopulatie (15+ met zorgconferentie) een heterogene groep vormen. Gemiddeld genomen zijn ze veelal mannen met Nederlandse nationaliteit van rond de 55 jaar, die rond hun 20e levensjaar voor het eerst veroordeeld werden, en zijn

opgeleid tot een lagere schoolniveau. Ze lijden veelal aan verslavingsstoornissen (in remissie) (70%), persoonlijkheidsstoornissen (70%), psychotische problematiek (41%) en meer dan een kwart van de langdurig tbs-gestelden heeft een verstandelijke beperking. In 42% van de gevallen was een zedendelict (mede) aanleiding voor de tbs-maatregel. Meer dan de helft van de tbs-gestelden heeft 4 tot 6 klinieken gezien in de rondgang door het systeem. Ongeveer een derde heeft begeleid verlof.

❓ **Op welke van de bovenstaande kenmerken verschilt de LFPZ-groep van de overige 15+ groep?**

We kunnen concluderen dat de verschillen tussen patiënten in de LFPZ en niet-LFPZ niet groot zijn. De groep 15-plussers in de LFPZ is ouder dan de groep die niet in de LFPZ zit, ze zitten langer in tbs en ook hun leeftijd ten tijde van de eerste veroordeling is wat hoger. Op geen enkel ander kenmerk verschillen de groepen significant van elkaar, zodat de groepen opvallend veel gelijkenis vertonen.

❓ **Hoe verhouden deze kenmerken zich tot de kenmerken van de groepen die door Lammers e.a. (2014) zijn vastgesteld?**

In vergelijking met de groep uit 2013 lijken er geen grote veranderingen in de populaties

te zijn. Als we de groepen (LFPZ en niet-LFPZ) vergelijken met kenmerken die deze groepen in 2013 vertoonden, lijkt er weinig veranderd te zijn (als het bijvoorbeeld gaat om leeftijden, percentages zedendelicten, tbs-duur en incidenten). Verschillen in diagnostiek lijken grotendeels verklaard te kunnen worden door methodologische verschillen met het onderzoek van Lammers e.a.

❓ **Wat zijn de kenmerken van zorgconferenties, wat zijn de in de zorgconferenties geconstateerde knelpunten in de voortgang van de tbs-behandeling en zijn die te relateren aan bepaalde typen patiënten?**

Als we naar het karakter van de zorgconferentie kijken, zien we in het algemeen dat de patiënt, diens advocaat, het ministerie, vertegenwoordigers van de eigen en van een andere kliniek doorgaans aanwezig zijn, aangevuld met andere relevante betrokkenen. Over het algemeen vormt een breed scala aan knelpunten aanleiding voor een zorgconferentie. De meest voorkomende vraagstelling voor een conferentie is het knelpunt van ontbreken van een werkende behandeling. Deze zien we significant vaker bij langverblijvers in de LFPZ. Bij de niet-LFPZ groep zien we significant vaker 'terugval, incidenten, problemen met grensoverschrijdend

gedrag en ontregeling' als uitgangspunt voor de zorgconferentie.

❓ **Welke typen adviezen zijn uit de zorgconferenties voortgekomen, in hoeverre zijn die opgevolgd?**

Als we kijken naar de uitkomsten van zorgconferenties zien we dat die vaker in een concreet advies uitmonden dan in een advies voor onderzoek. Inhoudelijk komt een advies voor een nieuwe behandeling het vaakst voor, gevolgd door een advies voor doorstroom naar een vervolgvoorziening. Ook is het advies *geen* doorstroom, bijvoorbeeld omdat iemand goed op z'n plek zit, in een kwart van de gevallen de uitkomst van de zorgconferentie. De gerapporteerde opvolging van de adviezen is hoog. Er kan echter niet vastgesteld worden in hoeverre daarmee ook echt een vervolgstap gerealiseerd wordt (onder meer omdat veel adviezen slechts het onderzoeken van mogelijke vervolgstappen betreffen en niet een concrete vervolgstap zelf).

❓ **Hoe verhouden de bovenstaande kenmerken en subgroepen zich tot de uitkomsten van zorgconferenties?**

Er is niet een bepaalde groep met bepaalde uitkomsten. We zien dat voor patiënten met een verstandelijke beperking iets vaker dan voor patiënten die geen verstandelijke beperking

hebben, diagnoses heroverwogen worden. Bij patiënten met psychotische stoornissen blijkt vaker dan bij patiënten die niet aan deze stoornissen lijden de uitkomst 'geen verandering' te zijn, bij persoonlijkheidsgestoorden komt die uitkomst juist minder vaak voor. Er zijn opvallend genoeg nauwelijks overtuigende verbanden tussen bepaalde knelpunten (als aanleiding) en bepaalde adviezen (als uitkomst). Het gegeven dat er dus nauwelijks een relatie is tussen een bepaalde problematiek en bepaalde uitkomst, suggereert dat elke patiënt een uniek en op maat gemaakt advies nodig heeft voor voortgang.

B

Voor de beantwoording van onderdeel B voerden we een interviewstudie uit teneinde de waardering van betrokkenen in kaart te brengen. We verzamelden gegevens uit 55 semigestructureerde interviews met personen die betrokken zijn (geweest) bij zorgconferenties met langverblijvende tbs-gestelden. We interviewden hierbij 9 verschillende typen betrokken personen: organisatoren vanuit van het Ministerie en Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) / Divisie Individuele Zaken (DIZ), PJ-rapporteurs, reclasseringsambtenaren, rechters, officie-

ren van Justitie, advocaten, behandelaars vanuit de klinieken en patiënten.

We richtten ons hierbij op de volgende vijf subvragen:

❓ **Wat is de achtergrond van de 15+ zorgconferenties, hoe zijn ze opgezet en georganiseerd, en wat zijn de doelen?**

De achtergrond van het Project 15-plus is gelegen in het opmerken van en in kaart brengen van langverblijvers in de tbs met als hoofddoel het komen tot passendere en verantwoorde vervolgtrajecten, wat ook een doel kan zijn van een individuele zorgconferentie. Op dit moment gelden ministerie (ook voorzitter tijdens de conferentie), kliniek en advocaat als mogelijke initiators/aanvragers van een conferentie. Een zorgconferentie duurt in de regel twee uur, waarbij in het eerste uur de patiënt erbij is. Overige aanwezigen zijn betrokken bij het traject of kunnen bij de behandeling een rol gaan spelen of zijn deskundig ten aanzien van de specifieke problematiek. De middelen die onderdeel vormen van de zorgconferenties – het gemeenschappelijk doeleigenaarschap en het 'out-of-the-box'-denken – zijn gaandeweg ook doel op zich geworden. Vooral vanuit de advocatuur wordt de zorgconferentie ook gezien als een mogelijke toets op de koers van

de kliniek, juist omdat er zo weinig rechtspositi-
onele mogelijkheden zijn daartoe.

❓ In hoeverre worden volgens de betrokken partijen de doelen bereikt, en wat zijn daarbij de werkzame elementen van de zorgconferentie?

We kunnen concluderen dat respondenten unaniem menen dat, ook in financiële zin, de baten van zorgconferenties ruimschoots opwegen tegen de kosten. Gekeken naar doelen is het in kaart brengen van de doelgroep bereikt, zowel door de conferenties als dit onderzoek heeft men een beeld van de actuele kenmerken en knelpunten. Omdat gaandeweg bleek dat een ‘passend vervolgtraject’ ook in de huidige plaats van verblijf kan zijn, is ook dat doel gemakkelijk bereikt, al is van een stap naar een vervolgvoorziening dan geen sprake. DIZ heeft door het project een goed overzicht van de mogelijkheden en onmogelijkheden in het veld gekregen. Zo kan het ministerie enigszins sturen op de ontwikkeling van vervolgvoorzieningen waar een tekort aan bestaat. De indruk bestaat dat er in het algemeen wel (regelmatig) tot vervolgtrajecten gekomen wordt. Als positief casus-overstijgend effect is wel het zogenaamde ‘*perspective taking*’ gevonden. Dat wil zeggen dat, door alle betrokkenen tijdens

het overleg in één ruimte te plaatsen, personen in de gelegenheid gebracht worden om vanuit elkaars perspectief naar de casus te kijken (transformatief leren). Hierdoor ontstaat er meer kennis van elkaars inspanningen en meer begrip voor de ervaren dilemma’s in verschillende posities. Ministerie, behandelaars en patiënt krijgen door dit project over en weer letterlijk een gezicht. Dat de patiënt ook een gezicht krijgt, wordt ook vanuit DIZ als zeer waardevol ervaren in de besluitvorming ten aanzien van een patiënt, die anders slechts op papier wordt gedaan. Dat de betrokken partijen op deze manier ook letterlijk bij elkaar over de vloer komen, helpt enorm voor de onderlinge relaties en voor het inzicht in wat anderen aan zorg(-deskundigheid) te bieden hebben. Op casusniveau werkt dat door in het doel van gemeenschappelijkheid. Alle partijen, waaronder de patiënt, voelen zich tijdens een zorgconferentie gehoord. Ook het andere procesdoel van het ‘out-of-the-box’-denken wordt door velen als werkzaam element beschouwd. Ook maatwerk, het informele en ‘fluide’ karakter – gebaseerd op consensus – worden in dit verband genoemd, net als de ‘doorzettingsmacht’ van het ministerie.

❓ Hoe waarden de betrokken partijen de zorgconferenties, wat is de eventuele meerwaarde van zorgconferenties ten opzichte van andere instrumenten?

Er is veel waardering voor het instrument van de zorgconferenties en ze worden gezien als een toevoeging aan het bestaande instrumentarium voor het toetsen van behandelduur- en voortgang en het doorbreken van impasses. Door het succes is de vraag naar zorgconferenties zo groot, dat niet binnen de gewenste termijn in het aanbod kan worden voorzien. Door de capaciteitsproblemen neemt de werkzaamheid mogelijk af.

Een nadeel van zorgconferenties ten opzichte van bestaande instrumenten is namelijk de tijdsinvestering voor alle deelnemers. Maar het is juist de setting van een zorgconferentie die afspraken meer status geeft. De zorgconferenties zouden volgens sommigen meer als *ultimum remedium* beschouwd moeten worden, voor het geval subsidiaire instrumenten geen oplossing bieden.

❓ Welke verbeterpunten zijn er volgens de betrokken partijen?

Verbeterpunten hangen primair samen met het capaciteitstekort om zorgconferenties te organiseren. Tegenover capaciteitsuitbreiding

(van het betreffende personeel) staat iedereen positief. Omdat de meeste betrokkenen graag het instrument willen behouden, is dat voor velen ook een argument om het te borgen in regelgeving. Anders is het instrument wellicht te kwetsbaar in een toekomstige Justitiële bezuinigingsronde. Zeker vanuit de advocatuur wordt erop aangedrongen om in die regeling dan ook een (stevigere) rechtspositie voor de patiënt op te nemen, omdat dat bij een dergelijk belangrijk instrument voor behandelvoortgang zou passen. Met name vanuit klinieken wordt aangegeven dat daarmee wellicht het heilzame gemeenschappelijke karakter van de zorgconferenties op de tocht komt te staan.

❓ Welke bredere toepassingsmogelijkheden van zorgconferenties zien betrokken partijen?

Bredere toepassingsmogelijkheden liggen primair in een bredere indicatiestelling, de mogelijkheid om voor een bredere doelgroep (dan 15-plussers) zorgconferenties aan te kunnen vragen, hetgeen in de praktijk ook al gebeurt. Dit is dan dus meer op basis van maatwerk, bijvoorbeeld in het geval er echt sprake is van een impasse. Daarnaast wordt, zeker ook door advocaten, bepleit om ook categorische indicaties te behouden. Als mogelijke

categorische indicatoren voor een zorgconferentie worden genoemd een bepaald aantal overplaatsingen, overschrijding van bepaalde termijn zoals afgesproken in het Manifest van Lunteren, gebrek aan overeenstemming tussen kliniek en pro Justitia rapporteurs, et cetera. Voor een categorische lijn op basis van behandeluur wordt geopperd om aan te sluiten bij de vierjaarsrapportage pro Justitia, bijvoorbeeld vanaf 8-plus jaar. Ook worden bredere toepassingen onder andersoortige doelgroepen – andere dan tbs-gestelden met een lange verblijfsduur genoemd. Bijvoorbeeld bij patiënten met een gemaximeerde tbs of bij ongewenste vreemdelingen in de tbs. Potentiële uitbreiding moet nauwkeurig afgezet worden tegen de gaande capaciteitstekorten.

C

Voor de beantwoording van onderdeel C deden we vergelijkend onderzoek en verzamelden we buitenlandse inzichten. We voerden internationale expert interviews uit naast literatuuronderzoek.

We richtten ons in dit onderdeel op de volgende twee subvragen:

❓ Bestaan er in Canada, Engeland en Duitsland vergelijkbare praktijken als zorgconferenties?

In Duitsland, Canada en Engeland is in vergelijkbare contexten – van vrijheidsbeneming van onbepaalde duur zowel binnen het penitentiaire circuit als binnen het (forensische) zorgcircuit – gezocht naar praktijken die te vergelijken zijn met zorgconferenties. Dat zulke praktijken in Duitsland niet gevonden zijn, is wellicht mede te verklaren doordat er in het formele beslissingskader over de duur van de vrijheidsbeneming voldoende en afdwingbare toetsen zijn op het lange verblijf; zowel op de proportionaliteit van de duur als de voortgang van de behandeling. In de Canadese en Engelse context zijn wel enigszins vergelijkbare praktijken te vinden. Het betreft met name de *'pre-hearings'* vanuit het Canadese (forensische) zorgcircuit of de *'case conferences'* uit het Engelse penitentiaire circuit. Ze worden (veelal geïnitieerd en) voorgezet door de multidisciplinaire instanties die formeel beslissen over de duur van de vrijheidsbeneming.

❓ **Zo ja, hoe functioneren deze en wat kunnen we daarvan opsteken voor de Nederlandse situatie?**

Primair de volgende bevindingen uit het vergelijkend internationaal onderzoek zijn relevant voor de Nederlandse context en zijn meegewogen in de uiteindelijke aanbevelingen:

- de koppeling van de zorgconferentie
 - bijvoorbeeld qua timing – aan officiële beslissingen, bijvoorbeeld over verlenging of (voortzetting van) LFPZ-plaatsing,
- het borgen van de zorgconferenties in regelgeving of beleid en tot op welk niveau te formaliseren,
- ook de rechter als initiatiefnemer van een zorgconferentie te beschouwen,
- naast maatwerk ook nog een generieke toets op langverblijvers te behouden,
- rechtsprekende instanties meer zeggenschap over de tenuitvoerlegging van de tbs te geven en naarmate de vrijheidsbenemende maatregel langer duurt die steeds steviger te toetsen,
- de rol van budget en politieke invloed als rem op de rechtspositie (van de langverblijver),
- een (regionale) overlegstructuur tussen de bij de tenuitvoerlegging betrokken instanties te bevorderen.

D

Voor de beantwoording van onderdeel D verzamelden we kennis over beleidsimplicaties en vroegsignalering. We organiseerden een focusgroep en een expertmeeting om te discussiëren over de bevindingen van ons onderzoek en om tot aanbevelingen (met draagvlak) te komen.

We richtten ons in dit onderdeel op de volgende twee subvragen:

❓ **Blijkt uit de interpretatie van de uitkomsten van de onderdelen (A, B, C) in een expertmeeting dat het mogelijk zou zijn een inhoudelijk 'Tbs-volgsysteem' te ontwerpen, waarbij juridische, diagnostische, behandelinhoudelijke en recidiverisico parameters worden gemonitord?**

Vanwege de beperkingen van de dossierstudie, bieden de bevindingen uit de dossierstudie weinig houvast voor aanbevelingen over een volgsysteem. Ten eerste kon er niet vergeleken worden met groepen die (vlotter) uit de tbs uitstromen. Ten tweede kon geen gebruik gemaakt worden van risicotaxatiegegevens, waarvan de herhaalde meting als de meest geschikte wetenschappelijke basis van een

volgsysteem wordt gezien. Echter, er worden – mede op basis van historische mislukte pogingen – kanttekeningen geplaatst bij het creëren van een volgsysteem in het algemeen en voor het doel van vroegsignalering in het bijzonder. Er zijn veel praktische, methodologische, juridische (privacy-) en ethische bezwaren, waarbij onder de laatste noemer vooral ook aan het gevaar van misbruik van dergelijke gegevens voor financiële afrekening van klinieken gedacht wordt.

❓ **Blijkt uit de interpretatie van de uitkomsten van de onderdelen (A, B, C) in een expertmeeting dat er mogelijk specifieke groepen Tbs-gestelden (deelpopulaties) zijn te onderscheiden waarvoor apart (volg- en interventiebeleid) geformuleerd kan worden, zoals zorgconferenties in een zeer vroeg stadium?**

Ten aanzien van vroegsignalering geldt dezelfde disclaimer over de beperkingen van het onderzoek. Voor het doel van vroegsignalering welke trajecten er (gaan) vastlopen, zou een volgsysteem een veel te stevig middel zijn. Wellicht biedt een betere registratie van enkele relevante gegevens ten aanzien van behandelvoortgang door DIZ zelf, denk bijvoorbeeld aan een bepaald aantal overplaatsingen, wel moge-

lijkheden voor signalering van mogelijk nut of noodzaak ten aanzien van een zorgconferentie.

Dit onderzoek heeft geresulteerd in een viertal aanbevelingen op zowel beleids- en onderzoeksgebied. De aanbevelingen ten aanzien van beleid zijn: ten eerste, de uitbreiding van de (personeels)capaciteit bij DIZ voor zorgconferenties, alsmede het takenpakket – met onder meer indicatiestelling, voorbereiding, verslaglegging (en monitoring) en borging van de opvolging; ten tweede, het handhaven van de combinatie van maatwerk op aanvraag en categorische criteria (onafhankelijk van aanvraag) voor indicatiestelling van zorgconferenties (waarbij de categorische criteria moeten worden beschouwd als ‘ja, tenzij’ indicaties); ten derde, het borgen van de zorgconferenties in wet- of regelgeving na een heroriëntatie van alle mogelijke instrumenten om de wijze van tenuitvoerlegging te bevragen en gebrekkige voortgang te problematiseren; ten vierde, het ook op andere manieren dan via zorgconferenties organiseren van de casus-overstijgende effecten

De aanbevelingen ten aanzien van (vervolg) onderzoek en monitoring zijn: ten eerste, het aanvullen van het huidige onderzoek om de

beperkingen ervan te overkomen, vooral met een follow-up of er op casusniveau echt vervolgstappen zijn gezet, en eventueel vergelijkingsgroepen van kortverblijvers (al dan niet op basis van risicotaxatiegegevens); ten tweede, het aanvullen van dit onderzoek met onderzoek op basis van kwalitatieve methoden naar verklaringen voor geslaagde uitstroom; ten derde, het afraden van het creëren van een volgsysteem voor vroegsignalering in deze context; ten slotte, het ondersteunen van een mogelijke monitoringsfunctie van DIZ door middel van een standaardformulier voor de verslaglegging van zorgconferenties.

Summary

English title:

In. Focus. Out.

An evaluation of 'care conferences' for long-term residents (15+ years) in forensic mental health care

The treatment trajectory of many patients in high security forensic mental health settings in the Netherlands – having received a TBS-entrustment-order – encounters delays or impasses. For quite a number of patients this results in long-term residency. Almost ten years ago, the focus was directed to a group of patients that remained in the system for more than 15 years (242 then, now almost a hundred more). It was remarkable that most of these patients (about 150) did not officially have the Long-term Forensic Psychiatric Care (LFPZ) status, which means that they stay in separate wards in which they no longer receive extensive treatment aimed at reintegration in society. To keep this group in focus the Ministry of Justice and Safety started the Project 15-plus in 2017, which in practice meant that these patients would be discussed in so called ‘care conferences’. Care conferences originated in practice as a meeting structure (and later received that name), in which an individual patient is discussed as a case conference with relevant stakeholders. In the care conference of the project, a large multidisciplinary group of people is involved in developing a plan for the next step in the treatment, often through thinking out-of-the-box. In the field of forensic mental health care the care conferences are already known and held in high regard, even though to date

the instrument had not yet been scientifically studied or evaluated.

The aim of this study is therefore to evaluate the care conferences held as part of the Project 15-plus, and considered a promising solution to the perceived problem of long-term residents in the TBS-system. Both in terms of content and methodology, the study consists of four parts. First, we examined the characteristics of current long-term residents by means of file research. We compared their characteristics with characteristics of a comparable group from 2013 and examined to what extent the characteristics of this 15+ group have changed. In addition, an in-group comparison was made between the 15-plus patients with and without the official LFPZ-status. We also investigated which characteristics – of both the person and the care conference – are related to the outcome of the care conference meeting. Secondly, we researched through interviews how conferences are valued and evaluated by the parties involved and how the outcomes of the care conferences are handled. Thirdly, we did comparative research with Canada, England and Germany by means of literature and online interviews with foreign experts, to look for similar practices in comparable contexts, to possibly profit from relevant foreign insights. Finally, we investigated possible policy implications of the findings, as requested especially for the aim of early identification of

cases that might profit from case conferences to tackle early treatment impasses. Within this last part of the research, through a focus group and expert meeting, we also looked at how the effectiveness of the care conferences could be further improved. In those meetings we also assessed to what recommendations the results of the earlier parts of the study could lead.

The four main questions (A to D) of this evaluation study are formulated as follows:

A. Characteristics of the target group and – the outcomes of – the care conferences
What are characteristics of current long-term residents compared to those from 2013 and which characteristics of both person and care conference are related to the outcome of the meeting?

B. Evaluation of the implementation – and the outcomes – of care conferences
How are the meetings valued and evaluated by the parties involved and how are the outcomes of the care conferences handled?

C. Comparison with relevant foreign insights and practices
Is there something comparable to a care conference abroad and what is known about its functioning?

D. Potential policy implications of the findings for **early identification**

To what extent can the results of this study be used for early identification of (sub-populations of) patients in early treatment impasses who could (or may not) benefit from a care conference (or other policy intervention)?

To answer the main questions, sub-questions were formulated in order to include all relevant aspects of the main questions in the results of this study.

A

To answer part A, we analyzed 100 files of long-term (15+) residents in the TBS-system. We focused on the following five sub-questions:

❓ **What are the most important demographic, diagnostic, judicial and treatment characteristics of the TBS patients who received a 15+ care conference?**

If we look at the characteristics of the long-term residents, we can conclude that the TBS patients in this research population (15+ with

care conference) form a heterogeneous group. On average, they are mostly men with Dutch nationality of around 55 years of age, who were convicted for the first time around the age of 20, and were educated to a lower school level. They often suffer from (often comorbid) addiction disorders (in remission) (70%), personality disorders (70%), psychotic problems (41%) and more than a quarter of the long-term TBS patients have an intellectual disability. In 42% of the cases, a sexual offense was (partly) the reason for the TBS order. More than half of the TBS patients have been in 4 to 6 clinics while touring the system. About a third are on supervised leave.

❓ **In which of the above characteristics does the LFPZ group differ from the other 15+ group?**

We can conclude that the differences between 15+ patients in the LFPZ and non-LFPZ are small. The group of 15+ patients in the LFPZ is older than the group that is not in the LFPZ, they have been in detention for longer and their age at the time of the first conviction is also somewhat higher. The groups do not differ significantly from each other on any other characteristic, so that the groups are strikingly similar.

❓ **How do these characteristics relate to the characteristics of the groups established by Lammers et al. (2014)?**

Compared to the group in 2013, there seem to be no major changes in the populations. If we compare the groups (LFPZ and non-LFPZ) with characteristics that these groups exhibited in 2013, little seems to have changed (for example, in terms of ages, percentages of sexual offences, TBS duration and incidents). It is likely that differences found in diagnostic categories are best explained by methodological differences with the study of Lammers et al.

❓ **What are the characteristics of care conferences, what are the bottlenecks identified in the care conferences in the progress of treatment and can these be related to certain types of patients?**

If we look at the character of the care conference, we generally see that the patient, the lawyer, the ministry, and a representative of the own and another clinic are present, complemented with relevant parties in the case at stake. In general, a wide range of bottlenecks gives rise to a care conference (apart from the 15+ years as direct reason). The most common bottleneck identified for a conference is the lack

of an effective treatment. We see this significantly more often in long-term residents in the LFPZ. In the non-LFPZ group we see 'Relapse, incidents, transgressive and disruptive behavior' significantly more often as an identified bottleneck.

❓ What types of advice have emerged from the care conferences, and to what extent have they been adhered?

If we look at the outcomes of care conferences, we see that they more often result in concrete advice than in advice for an investigation. Substantively, advice for a new type of treatment is most often the result of a conference, followed by advice for a transfer to a follow-up facility. The advice not to transfer, for example because someone is in the right place, is in a quarter of the cases the outcome of the care conference. The reported adherence, in terms of carrying out the advice, is high. However, it cannot be established to what extent this also means that a true next step is being realized (among other reasons because investigating a possible next step with a negative outcome still counts as adherence to the advice).

❓ How do the above characteristics and subgroups relate to the outcomes of care conferences?

In conclusion, and looking at how the characteristics of the group relate to the outcomes, there is not a particular group with certain outcomes. We see that patients with intellectual disability are more likely to have the advice of reconsidering diagnostics. Patients with psychotic disorders are more likely to have the advice 'no change', while patients with personality disorders are less likely to have this outcome. Remarkably enough there are no clear associations between the type of bottleneck and the type of advice. This fact suggests that each patient needs unique and tailor-made advice for progress.

B

To answer part B, we conducted an interview study in order to map the appreciation of those involved. We collected data from 55 semistructured interviews with people who are (or have been) involved in care conferences with long-term TBS patients. We interviewed 9 different types of parties involved: organizers from the

Ministry and DJI/DIZ, forensic evaluators, probation officers, judges, lawyers, public prosecutors, practitioners from the clinics and patients.

We focused on the following five sub-questions:

❓ What is the background of the 15+ care conferences, how are they set up and organized, and what are the goals?

The background of the Project 15-plus lies in noticing, focusing on and mapping out long-term residents in the TBS-system with the main aim of arriving at more appropriate and responsible follow-up processes, which can also be the aim of individual care conferences. Currently, representatives of the Ministry (also as chairs of the meeting), the clinic and the lawyer are considered as possible initiators or applicants for a conference. A care conference usually lasts two hours, with the patient being present in the first hour. Other attendees are parties involved in the process, or parties that have played a role in the treatment, or are experts with regard to the specific problem at hand. The means that form part of the care conferences – the common goal ownership and out-of-the-box thinking – have gradually become (procedural) goals themselves. Especially from the side of lawyers,

the care conference is also seen as a possible test of the course of the clinic, precisely because the legal position of the patients offers very few options in that regard.

❓ To what extent, according to the parties involved, are the goals being achieved, and what are the effective elements of the care conference?

We can conclude that respondents unanimously believe that, also in a financial sense, the benefits of care conferences far outweigh the costs. Looking at goals, mapping of the target group has been achieved. Both the conferences and the study at hand have provided a picture of the current characteristics and bottlenecks. As along the way also the outcome of remaining in the current facility is counted as ‘appropriate follow-up’, also this goal is easily achieved, although this does not mean that a next step in the trajectory is being taken. The project has given the Ministry a good overview of the possibilities and impossibilities in the field. In this way, the ministry can somewhat steer the development of follow-up facilities of which there is a shortage. Respondents are under the impression that in general follow-up processes are often found through care conferencing.

The so-called ‘perspective taking’ has been found as a positive case-transcending effect. This means that by placing all those involved in one room during the conference, people are given the opportunity to look at the case from each other’s perspective (transformative learning). This creates more knowledge of each other’s efforts and a greater understanding of the dilemmas experienced in different positions. The Ministry, the field and the patient are literally given ‘a face’ vis-à-vis each other as a result of this project. The ‘face’ of the patient is considered as valuable by the Ministry in decision-making processes with regard to the patient at hand, which is otherwise only done on paper. The fact that the parties involved factually come together in this way helps enormously for mutual relationships and for insight into what others have to offer in terms of care (expertise). At the case level, this is reflected in the goal of communality. All parties, including the patient, feel heard during a care conference and seem to share a common goal. The other procedural goal of thinking out-of-the-box is also regarded by many as an effective element. The tailored approach, the informal and ‘fluid’ character of the meetings – based on consent – are also mentioned in this regard, as well as

the ‘overriding authority’ of the Ministry which is sometimes able to break through formal barriers.

❓ How do the parties involved value the care conferences, what is the possible added value of care conferences compared to other instruments?

The instrument of the care conferences is much appreciated and they are an addition to the existing set of instruments for assessing treatment duration – and progress and resolving impasses. Due to its success, the demand for care conferences is so great that the supply cannot be met within the desired time frame. Due to these capacity problems, the effectiveness may decrease.

A disadvantage of care conferences compared to existing instruments is the time investment for all participants. But it is precisely the setting of a care conference that renders advices or agreements more status in comparison to other structures of deliberation. The fact that the conference can extensively address the contents of the treatment is an advantage over formal instruments regarding the duration of the TBS-order, like the periodic judicial review. According to some, the care conferences should

be regarded more as a last resort, in case subsidiary instruments do not offer a solution.

❓ Which points for improvement are there according to the parties involved?

Points for improvement are primarily related to the lack of capacity to organize care conferences. Everyone is positive about expanding the capacity (of Ministry personnel) to this end. Because most of those involved would like to safeguard the instrument, for many this is also an argument for embedding it in law or policy, which is at the moment not the case. Otherwise, the instrument may be too vulnerable in a future budget cuts. Certainly the legal profession is pressing for a (stronger) legal position for the patient in such a regulation, because that would be appropriate with regard to such an important instrument for treatment progress. Some clinic representatives however fear that such juridification may jeopardize the beneficial communal character of the care conferences.

❓ What broader application possibilities of care conferences do the parties see?

Broader application possibilities lie primarily in being able to request care conferences for a broader target group (than 15+ patients), as has

already become a common practice. Such case identification would therefore be based more on the basis of customization, for example in the event of a real impasse (long) before the term of 15 years is reached. In addition however, especially lawyers propagate to keep some kind of categorical indication. Possible categorical indicators for a care conference are a certain number of transfers, exceeding a term before reaching a leave status (as agreed by parties in the field), lack of agreement between the clinic and independent evaluators, et cetera. For a categorical line based on the treatment duration especially lawyers suggest to link up with the every four-year requirement of independent evaluation, for example from 8 years onward. Broader applications among target groups other than TBS patients with a long length of stay are also mentioned. For example, in patients with a maximize TBS-order (of four years imposed for a non-violent offence) or in illegal aliens within the TBS system. Potential expansion must be accurately weighed against the ongoing capacity shortages.

C

To answer part C, we conducted comparative research and collected foreign insights. We conducted interviews with experts from the respective countries in addition to a literature search. In this section, we focused on the following two sub-questions:

❓ Are there comparable practices to care conferences in Canada, England and Germany?

In Canada, England and Germany, we first looked for similar contexts as the TBS-order. As the TBS-system, both for diminished and non-responsible offenders, is somewhat in between the penitentiary and (forensic) mental health circuit, we defined such a context as: a framework of deprivation of liberty of indeterminate duration in the penitentiary or (forensic) mental health circuit. As in these contexts the contents of the execution of the legal framework impacts the eventual length of stay, comparable informal instruments could exist. The fact that we did not find such practices in Germany may be explained by the fact that the formal decision making process related to the duration of the deprivation of liberty is

focused more on proportionality and provides more possibilities for testing the contents of the execution of such frameworks. In the Canadian and English context however, somewhat comparable practices can be found. In the Canadian (forensic) mental health care circuit 'pre-hearings' (before the review board), and in the English penitentiary circuit 'case conferences' (before the parole board), were considered somewhat comparable practices. However, different from the Dutch conferences, these are generally initiated and also chaired by the multi-disciplinary bodies that formally decide on the duration of the detention.

❓ If so, how do they function and what can we learn from them for the Dutch situation?

Primarily the following findings from the comparative international research are relevant for the Dutch context and are taken into account for the recommendations:

- linking the care conference – for example in terms of timing – to official decisions, for example about prolongation of the TBS-order or (continuation of) LFPZ placement,

- formalizing the care conferences in law or policy (and to what extent),
- also considering the prolongation court as the initiator of a care conference,
- in addition to customization, also maintaining categorical tests on long-term residency,
- giving judicial authorities more authority over the execution of the TBS-order and, the longer the custodial measure lasts, to test it more rigorously,
- taking into account the role of budget and political influence as a brake on the legal position (of the long-term resident),
- promote a (regional) consultation structure between the parties (and facilities) involved.

D

To answer part D, we gathered knowledge about policy implications and early identification of cases by means of a focus group and expert meeting. The aims of these were also to discuss the findings of the study to come to recommendations which can be supported by the parties involved.

In this section, we focused on the following two sub-questions:

❓ Does the interpretation of the results of the components (A, B, C) in an expert meeting show that it would be possible to design a substantive 'TBS monitoring system', in which legal, diagnostic, treatment and risk parameters are included?

Mainly due to the limitations of the file study, the results from this study insufficiently support the possibility of designing a monitoring system for all TBS-patients. First of all, due to the impossibility of performing comparative analyses with data from groups leaving the TBS more swiftly. Secondly, because of the inability to use risk assessment data, the continued monitoring of which is viewed by the experts to be the most solid scientific fundament for a monitoring system. However, also based on a history of failed attempts, reservations should be made when creating a monitoring system in general and for the purpose of early identification in particular. There are many practical, methodological, legal (privacy) and ethical objections, including the danger of misuse of such data for financial consequences of clinics.

❓ Does the interpretation of the results of the components (A, B, C) in an expert meeting show that it would be possible to identify specific (sub)groups of TBS-patients, for which (early) intervention policies could be created, like care conferences?

In relation to this question a similar disclaimer, with regard to the limitations of the study, should be issued as in the former question. To the end of early identification, a monitoring system of all TBS-patients is considered a disproportionate means. Possibly, a better registration of relevant information of case conferences held, and the trajectories of the patients at hand, by the Ministry itself could help for early identification in the future. For example indicators, such as a certain number of transfers, could be used for identifying utility and necessity of a care conference.

This research has resulted in four recommendations both for policy and (follow-up) research and monitoring. Recommendations for policy are: firstly, increasing the (personnel) capacity at the Ministry for care conferences, as well as the range of tasks to include case selection, preparation, reporting (and monitoring) and guaran-

teeing the follow-up; secondly, maintaining a combination of customization on request and categorical criteria independent of the request for the case selection of care conferences (in which the categorical criteria should then be regarded as 'yes, unless' indications); thirdly, safeguarding/embedding the care conferences in law or policy after a reorientation of all possible instruments to question the method of execution of the TBS-order and to problematize the lack of progress; and finally, organizing the case-transcending effects in other ways than via care conferences.

Recommendations for future research and monitoring are: firstly, supplementing the current study in order to overcome its limitations, especially with a follow-up, and possibly comparison groups of short-term residents (either or not based on risk assessment data); secondly, supplementing such a quantitative study with qualitative research into explanations for successful case conferences and treatment progress; thirdly, not implementing a monitoring system for all TBS-patients to the end of early identification in this context; and finally, supporting a possible monitoring function in this context of the involved Ministry personnel with

a standard form for the reporting of care conferences, in which relevant data is included.

EEN
Inleiding

1.1 Aanleiding Project 15-plus en evaluatieonderzoek

Binnen beeld, buiten beeld

'We wilden 'een foto maken' van de groep mensen die langer dan vijftien jaar in de tbs verblijft', zo begint een van de initiatiefnemers van het Project 15-plus vanuit het Ministerie wanneer hem gevraagd wordt naar de aanleiding ervan.¹ Uiteraard zou een echt groepsportret op allerlei bezwaren stuiten, niet alleen vanwege de grootte van die groep. Juist de constatering van de omvang van die groep in 2013, namelijk 97 patiënten (Lammers, Nijman & Vrinten, 2014)² en een daaropvolgende toezegging van de Minister om deze groep op casusniveau te gaan onderzoeken,³ was de directe

- 1 Tijdens de focusgroep in het kader van dit onderzoek.
- 2 Zoals gerapporteerd in dat onderzoek (peildatum 16 september 2013), LFPZ'ers niet meegerekend.
- 3 Deze toezegging is impliciet te vinden in de kabinetsreactie op het onderzoek van Lammers, Vrinten & Nijman (2014): 'De onderzoeksbevindingen zijn voorgelegd tijdens een *expertmeeting* met deelnemers van o.a. de reclassering, de zittende magistratuur en het forensische veld. Naar aanleiding van deze *meeting* doen de onderzoekers het voorstel om de langverblijvenden op casusniveau te laten evalueren door een externe adviesraad, die adviseert over passende en verantwoorde vervolgtrajecten.' *Kamerstukken II 2014/15, 29452/33628*, nr. 9, p. 5.

aanleiding voor het project. Wie er op de foto moeten staan is bepaald op 1 juli 2017, toen er volgens de initiatiefnemers 369 15-plussers bleken te zijn in de tbs (Oosterom, Bezemer & Knoester, 2019). Om helemaal helder te krijgen hoe de omvang van deze groep zich heeft ontwikkeld vanaf de peildatum van het onderzoek uit 2014 (16 september 2013), via de peildatum van het Project 15-plus tot op heden (peildatum 16 november 2021), heeft het ministerie ten behoeve van dit onderzoek nieuwe cijfers aangeleverd (zie Tabel 1.1). Het onderzoek is verricht in opdracht van het WODC, op verzoek van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)/ Divisie Individuele Zaken (DIZ) van het Ministerie van Justitie & Veiligheid.

In 2013 waren er 242 personen met een intramurale en transmurale behandelduur van 15-plus jaar in de tbs, waarvan 91 met een status voor Langdurig Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ),⁴ in 2017 waren er 284 15-plussers, waarvan 89 met een LFPZ-status, en in 2021 zijn er 332 15-plussers, waarvan 83 met een

- 4 Hoewel officieel pas sinds het nieuwe beleidskader uit 2019 wordt gesproken van LFPZ en daarvoor nog van 'longstay', en officieel het grootste deel van de onderzoeksperiode dus nog sprake was van 'longstay', zullen we toch omwille van de actualiteit steeds de afkorting LFPZ gebruiken.

LFPZ-status. Opvallend is dus dat de groep in 2013 in feite groter was dan zoals gerapporteerd in het toenmalige onderzoek, maar in 2017 flink kleiner dan de 369 eerder gerapporteerd in 2017.⁵ Duidelijk is wel dat de groep aan het toenemen is, zeker ook ten opzichte van het totaal aantal tbs-gestelden (14,2% in 2013, 21,5% in 2017 en 22,1 % in 2021). In hoofdstuk 6 zal deze ontwikkeling nader worden geduid. De vraag in hoeverre de veranderde omvang van de groep ook samenhangt met veranderingen in de samenstelling van de groep is uiteraard van belang, ook ten behoeve van de aanpak van het probleem, en maakt (ook op verzoek van de opdrachtgever) onderdeel uit van dit evaluatieonderzoek.

Uiteraard is met 'een foto maken' vooral bedoeld 'een beeld krijgen' van de groep voor wie het te lastig blijkt om binnen 15 jaar tbs weer 'buiten' te staan. Maar door het type instrument wat centraal staat in het project, het organiseren van zorgconferenties rond iedere individuele tbs-gestelde die tot de groep

- 5 Dat kan ook verklaard worden door het thans gebruiken van een gelijke en geschoonde maat voor 15-plus jaar intramurale behandeling, waarin een passantertermijn en tijd doorgebracht in voorwaardelijke beëindiging niet zijn meegerekend. En in gevallen waarin een tbs met voorwaarden is omgezet in dwangverpleging pas gerekend is vanaf de omzetting.

Tabel 1.1 Ontwikkeling van het aantal 15-plussers in de tbs-populatie 2013-2017-2021

Duur in tbs	2013		2017		2021	
	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>
Langer dan 15 jaar in tbs	242	14.2%	284	21.5%	332	22.1%
<i>LFPZ</i>	91	37.6%	89	31.3%	83	25%
<i>Niet-LFPZ</i>	151	62.4%	195	68.7%	249	75%
Overig	1464	85.8%	1039	78.5%	1167	77.9%
<i>LFPZ</i>	56	3.8%	14	1.3%	15	1.3%
<i>Niet-LFPZ</i>	1408	96.2%	1025	98.7%	1152	98.7%
Totaal	1706	100%	1323	100%	1499	100%
<i>LFPZ</i>	147	8.6%	103	7.8%	98	6.5%
<i>Niet-LFPZ</i>	1559	91.4%	1220	92.2%	1401	93.5%

behoort, heeft dat ‘beeld’ een dubbele betekenis. Hierdoor komen namelijk deze mensen ook allemaal, stuk voor stuk, goed ‘in beeld’ bij de vertegenwoordigers van de Staat waaraan ze ter beschikking gesteld zijn. En dat terwijl in de literatuur over langverblijvers in de tbs traditioneel wordt gewaarschuwd dat deze groep wel eens ‘buiten beeld’ zou kunnen raken (Dallinga & Van Marle, 2002) en vanuit populistische hoek gepleit wordt om deze groep weer te herbergen in een Frans Middeleeuwse ‘Oubliette’, een donkere kerker waar gevangenen letterlijk in de vergetelheid raakten (GeenStijl, 2020).

Hoofddoel van het project: Binnen. Beeld. Buiten.

Hoewel verdere achtergronden en doelen van het Project 15-plus onderdeel zijn van dit evaluatieonderzoek (zie vooral hoofdstuk 3), blijkt uit de geringe literatuur hierover dat uiteraard waar dat mogelijk is het bevorderen van de transitie van binnen naar buiten wordt beoogd. In een eerste publicatie over zorgconferenties is als oorspronkelijk hoofddoel van het project genoemd: het komen tot passende en verantwoorde vervolgttrajecten (Oosterom, Bezemer & Knoester, 2019).⁶ Ook de uitsluiting van lang-

verblijvers die zich al in een traject ‘naar buiten’ bevinden, te herkennen aan hun verlop status (transmuraal- of proefverlop), en de uitsluiting van ongewenste vreemdelingen die geen perspectief hebben op een traject naar buiten in de Nederlandse samenleving, geeft aan dat het verkrijgen van een beeld van de 15-plus groep geen doel op zich is, maar vooral een middel om de weg van binnen naar buiten te bevorderen. In die zin is het in beeld krijgen van het individu ook beoogd een verbindende schakel te zijn tussen binnen en buiten en is sprake van een – omwille van de alliteratie ietwat gestilleerde – volgordelijkheid: binnen, beeld, buiten. Iets soortgelijks geldt voor dit evaluatieonderzoek. De zorgconferenties zijn nu binnen het tbs-veld een bekend en ingeburgerd fenomeen. Echter, over wat zorgconferenties precies zijn – vooral ook waar ze voor bedoeld zijn – bestaat nog wel discussie, blijkt uit dit onderzoek. Verduidelijking daarvan is dan ook onderdeel van dit onderzoek, maar voor een goed begrip van de lezer is een globale beschrijving van wat een zorgconferentie inhoudt op dit punt wel van belang. Het betreft een casusoverleg, waarbij rondom de tbs-gestelde en diens advocaat, het ministerie, FPC en andere bij de behandeling van dit individu betrokken partijen vertegenwoordigd zijn, evenals mogelijk toekomstig betrokken partijen en externe deskundigen (zie ook Oosterom, Bezemer & Knoester, 2019).

Dit evaluatieonderzoek brengt verschillende aspecten van de zorgconferenties in beeld en ontsluit deze voor publiek buiten het tbs-veld. De aspecten van de zorgconferenties waar het evaluatieonderzoek zich op moest richten, waren in de onderzoeksopdracht duidelijk gekoppeld aan de hoofdvragen.

1.2 Hoofdvragen en methoden van het onderzoek

Hoofdvragen

De hoofdvragen voor dit evaluatieonderzoek zijn als volgt geformuleerd:

A. Kenmerken van de doelgroep en – de uitkomsten van – de zorgconferenties
Wat zijn kenmerken van huidige langverblijvers in vergelijking met die uit 2013 en welke kenmerken van zowel persoon als zorgconferentie zijn gerelateerd aan de uitkomst van de bijeenkomst?

B. Waardering van de uitvoering – en de uitkomsten – van zorgconferenties
Hoe worden de bijeenkomsten door de betrokken partijen gewaardeerd en geëvalueerd en hoe wordt omgegaan met de uitkomsten van de zorgconferenties?

⁶ De overeenkomende terminologie toont aan dat in de praktijk de zorgconferenties de uitwerking zijn van de in noot 3 genoemde adviesraad.

C. Vergelijking met relevante **buitenlandse inzichten** en praktijken

Bestaat er in het buitenland iets vergelijkbaars als een zorgconferentie en wat is bekend over het functioneren daarvan?

D. Mogelijke beleidsimplicaties van de bevindingen voor **vroegsignalering**

In hoeverre kunnen de uitkomsten van dit onderzoek gebruikt worden voor vroegsignalering van (deelpopulaties van) patiënten in vroegtijdige behandelimpasses die (al dan niet) van een zorgconferentie (of andere beleidsinterventie) zouden kunnen profiteren?

Mix van methoden en verslaglegging

De hoofdvragen sorteren eigenlijk vrij duidelijk voor op bepaalde methoden, die als verschillende onderdelen van het onderzoek beschouwd kunnen worden. Voor de kenmerken van de doelgroep en zorgconferenties is een kwantitatieve dossierstudie aangewezen (A). De waardering van de betrokken partijen wordt door middel van interviews kwalitatief onderzocht (B). Voor buitenlandse inzichten is (rechts) vergelijking nodig, zowel op basis van literatuurstudie als interviews met buitenlandse deskundigen. Dat laatste juist omdat het zo'n specifiek instrument betreft in de tenuitvoerlegging van een sanctie, zodat er – net als in Nederland – niet veel literatuur over is te verwachten (C). Voor

de laatste vraag wordt specifiek om de methode van de expertmeeting gevraagd, wat ook als voordeel heeft dat voor de beoordeling van de bruikbaarheid van de onderzoeksbevindingen de opvattingen van de onderzoekers aangevuld en geobjectiveerd worden door de visie van overige experts in het onderzoeksveld van de forensische zorg (D). Zeker uit de laatste drie onderdelen van het onderzoek komt duidelijk als doel naar voren de mogelijkheden voor verbetering van de praktijk te onderzoeken.

Van de verder uitgewerkte methoden en resultaten van de vier onderdelen van dit evaluatieonderzoek wordt respectievelijk in de vier volgende hoofdstukken verslag gedaan. De discussies ten aanzien van de resultaten worden bewust verzameld in het laatste hoofdstuk, naar aanleiding van de antwoorden op de vragen en voorafgaand aan de aanbevelingen. Die keuze is mede gemaakt doordat er voor een aantal aspecten van het onderzoek geldt dat sprake is van een *mixed methods research design*, ten behoeve van de betrouwbaarheid, validiteit en robuustheid van het onderzoek. De kenmerken van de doelgroep, mogelijke deelpopulaties en de uitkomsten van de zorgconferenties, worden zowel op kwantitatieve wijze (dossierstudie) als kwalitatieve wijze (interviews) onderzocht. Zo wordt ook een beeld verkregen van de visie van geïnterviewden op kenmerken, deelpopulaties of uitkomsten, wat gecontrasteerd kan worden

met de kwantitatieve gegevens. Bovendien zijn de expertmeetings voor onderdeel D ook gebruikt als focusgroepen ten aanzien van de resultaten van de dossierstudie en interviewstudie, ten behoeve van de overkoepelende analyse. In de hoofdstukken wordt steeds verslag gedaan van alle resultaten die via de genoemde methode verkregen zijn, ook als ze qua onderwerp beter passen in een ander hoofdstuk. Zo worden bijvoorbeeld ideeën van geïnterviewden over kenmerken besproken in het hoofdstuk over waardering.

Met name de methodologische kaders, zoals die gegeven waren in de onderzoeksopdracht, hebben voor enkele beperkingen gezorgd, die in de uitwerking van hoofdvragen in onderzoeksvragen en beantwoording daarvan doorwerken. Het betreft dan vooral de beperking van persoonsgegevens tot de beoogde doelgroep en de beperking van de informatie over de doelgroep tot het digitale bewaarsysteem van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Hieronder zullen alvorens de uitgewerkte onderzoeksvragen te bespreken dan ook eerst die beperkingen aandacht krijgen. Bovendien is de afbakening van het onderzoek ook gaandeweg relevanter geworden, juist omdat in de praktijk de uitkomsten van dit externe evaluatieonderzoek (begrijpelijkerwijs) niet zijn afgewacht voor voortzetting van het instrument van de zorgconferenties en aanpassing op basis van interne evaluaties.

Kenmerken van langverbljvers

A

dossierstudie
100 dossiers

Waardering van betrokkenen

B

interviewstudie
55 interviews met betrokkenen

Buitenlandse inzichten

C

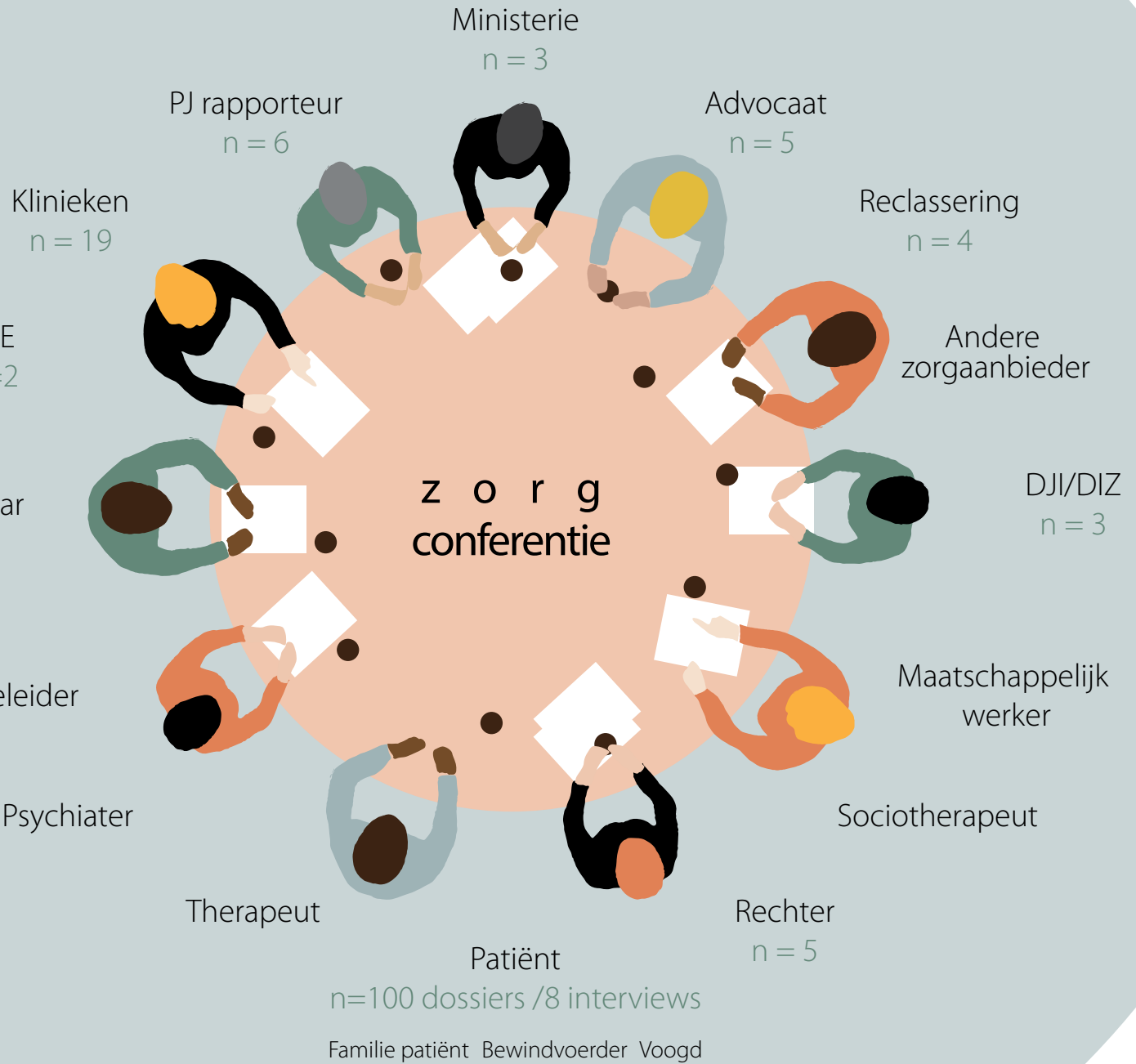
vergelijkend onderzoek
8 internationale expert interviews

literatuuronderzoek

Beleidsimplicaties | vroegsignalering

D

2 expertmeetings
praktijk & onderzoeks experts
forensische zorg



Datamanagement, ethiek en toestemming

Aangezien het voor elk nieuw te starten onderzoek aan de Universiteit Leiden verplicht is om een Data Management Plan (DMP) op te stellen, is deze bij aanvang van het onderzoek geschreven en via de Ethische Commissie van de Universiteit Leiden goedgekeurd. Tevens heeft de Privacy Officer van het WODC akkoord gegeven om het onderzoek te mogen starten. In het DMP staat gedetailleerd beschreven hoe de privacy van respondenten wordt gewaarborgd, hoe zorgvuldig met dossierinformatie wordt omgegaan, en hoe de verzamelde data wordt opgeslagen, dit alles volgens de richtlijnen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De beschrijving van de methodensecties in de verschillende hoofdstukken met betrekking tot het dossieronderzoek, de interviewstudie, en de buitenlandse inzichten is gebaseerd op het DMP. Voor het werken in CDD+ is – alleen voor de onderzoekers die meewerkten aan de dossierstudie – toestemming verkregen van DJI. Interviews zijn afgenomen met *informed consent* van de geïnterviewden (zie hoofdstuk 3). Voor het interviewen van rechters heeft de Raad voor de Rechtspraak schriftelijk toestemming gegeven en voor het interviewen van officieren van justitie de respectievelijke hoofdofficieren.

1.3 Afbakening en beperkingen

Afbakening van doelgroep(en)

De doelgroep waar het onderzoek zich (in eerste instantie) op richt, zijn degenen bij wie volgens de onderzoeksopdracht van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2019 een zorgconferentie heeft plaatsgevonden in het kader van het Project 15-plus. In totaal hebben volgens de onderzoeksopdracht in die periode 218 zorgconferenties plaatsgevonden, waarvan 106 voor reguliere en 75 voor LFPZ patiënten en 37 dubbele (tweede of derde zorgconferenties voor een zelfde patiënt). Het betreft 49 zorgconferenties uit 2017, 95 uit 2018 en 74 uit 2019. Echter, uit de lijst die vanuit DJI/DIZ (Dienst Justitiële Inrichtingen, Divisie Individuele Zaken) is aangeleverd, bleek dat een aantal personen ook al een zorgconferentie in 2016 gehad heeft en ook een paar begin 2020. In de interviewstudie zouden in theorie ervaringen uit al deze zorgconferenties een rol kunnen spelen (alook ervaringen uit zorgconferenties van na deze periode, zie volgende alinea). Voor de dossierstudie zou dus geput moeten kunnen worden uit dossiers van 181 unieke personen. Echter, de genoemde lijst die vanuit DJI/DIZ (Dienst Justitiële Inrichtingen, Divisie Individuele Zaken) is toegestuurd bevatte veel meer personen, zodat die is opgeschoond (zie het stroomdiagram, Figuur 2.1, in hoofdstuk 2), maar zo bleven er

ook veel minder personen dan 181 over, namelijk 155. Op basis hiervan is voor de dossierstudie een representatieve steekproef van 100 personen getrokken voor het dossieronderzoek, maar die representativiteit is dus niet gebaseerd op de gehele doelgroep. Bovendien is het opvallend dat 181 nog niet de helft is van de 369 15-plussers die het uitgangspunt vormden van het Project 15-plus, al bleek in de hertelling ten behoeve van dit onderzoek de totale doelgroep wellicht wat kleiner (284, zie Tabel 1.1). Voor een deel kan het verschil tussen het aantal 15-plussers en het aantal zorgconferenties in het kader van het project verklaard worden door de officieel gehanteerde exclusiecriteria, maar uit de interviews is gebleken dat er ook andere overwegingen aan ten grondslag kunnen liggen en dat het project 15-plus op 31 december 2019 gewoon ook nog niet was afgerond, met name voor de LFPZ-patiënten.

Een deel van de verklaring voor de veel ruimere lijst met personen die is ontvangen – naast de niet verklaarde aanwezigheid daarop van personen die geen zorgconferentie gehad hebben – is dat lopende het Project 15-plus de zorgconferenties als instrument ook al zijn ingezet voor tbs-gestelden die nog geen 15 jaar in de tbs verbleven. Uiteindelijk is dat na een interne evaluatie van het ministerie met de inhoudelijk directeurs van TBS-Nederland ook geformaliseerd in een brief aan betrokken par-

tijen (d.d. 21 februari 2020). Toen is besloten dat zorgconferenties aangeboden zouden blijven worden door DJI/DIZ zowel voor de doelgroep 15+, die uiteraard steeds wordt aangevuld met nieuwe gevallen die de grenswaarde overstijgen, maar ook vanwege de uitkomsten van de evaluatie 'prestatie-indicatoren doelmatigheid' voor de doelgroep 8+ en op aanvraag en indicatie ook voor andere patiënten. De indicaties die hierbij geformuleerd zijn, zijn recenter nogmaals aangepast op basis van voortschrijdend inzicht. Dit heeft op twee manieren consequenties voor het onderhavige evaluatieonderzoek. Ten eerste, is het – nu de interviews allemaal in 2021 hebben plaatsgevonden – voor geïnterviewden niet altijd goed mogelijk gebleken in de beantwoording van de vragen goed te scheiden tussen zorgconferenties tijdens en na het Project 15-plus. Ten tweede, is het juist voor de evaluatie van de waardering van de zorgconferenties, waarbij ook kritiek en verbeterpunten een rol spelen, voor de toekomst betreffende aanbevelingen niet zo nuttig om een praktijk te evalueren die zich sindsdien al enkele malen aangepast en mogelijk verbeterd heeft. Om op die ontwikkeling te kunnen reflecteren is ervoor gekozen om juist in de interviewstudie de ontwikkelingen sinds 31 december 2019 mee te nemen en dus ook tot onderdeel van de discussie te maken. Hierdoor loopt de afbakening van de zorgconferenties waar het onderzoek

betrekking op heeft dus wat uiteen tussen met name de onderdelen van de dossierstudie en interviewstudie.

Beperkingen voor vergelijking

Deel van de verklaring voor het gegeven dat niet alle 15-plussers een zorgconferentie hebben gehad, zijn als gezegd de officieel gehanteerde exclusiecriteria. Die maken ook dat een compleet beeld van de groep 'langverblijvers', zoals de 15-plussers in de opdracht voor dit onderzoek in navolging van Lammers e.a. (2014) worden genoemd, op basis van het onderhavige onderzoek niet kan worden verkregen. In hoofdstuk 6 zullen overigens kanttekeningen geplaatst worden bij deze hoge grenswaarde voor de term 'langverblijvers'. Uitgesloten van het project 15-plus zijn, zoals ook hierboven gememoreerd, de ongewenst vreemdelingen in de tbs, die (grotendeels) vanwege het feit dat resocialisatie in Nederland wettelijk niet mogelijk is en overgang naar een land van herkomst vaak ingewikkeld, lang in de tbs moeten verblijven. Maar dat geldt ook voor degenen die ondanks hun lange verblijf wel zo ver gevorderd waren dat ze in de proef- of transmuraal verloffase zaten, of van wie de dwangverpleging voorwaardelijk beëindigd was. Daarbij moet uiteraard worden aangetekend dat die groep zeker niet per definitie uit de tbs stroomt of niet daar weer

in terugstroomt. Het beperkte succes van de behandeling kan immers ook laat in het traject aan het licht komen, naarmate er meer vrijheden worden gegeven. Deze groepen waren ook in het onderzoek van Lammers e.a. (2014) uitgezonderd van de 'langverblijvers', waarbij de toenmalige longstay-populatie als vergelijkingsgroep is gebruikt. Zoals eerder al gememoreerd zijn juist in het project 15-plus ook LFPZ-patiënten die langer dan 15 jaar in de tbs verbleven meegenomen. Omdat voor het onderhavige evaluatieonderzoek van het project geen gegevens zijn verkregen van de gehele LFPZ-groep, doch enkel diegenen onder hen die een zorgconferentie hebben gehad vanwege een langere verblijfsduur dan 15 jaar, is de vergelijking met de groep van Lammers e.a. (2014) enigszins gemankeerd. Bovendien zijn er enkele zorgconferenties gehouden bij personen die niet aan de inhoudelijke criteria voldeden (bijvoorbeeld omdat al sprake was van proefverlof), zoals blijkt uit hoofdstuk 2. Ook gegevens over andere vergelijkingsgroepen die in dat onderzoek gebruikt zijn, zoals de snelle uitstromers en (voorlopig) korter verblijvenden, zijn voor dit onderzoek niet 'ter beschikking gesteld.' Het gebrek aan vergelijkingsmogelijkheden met niet-langverblijvers betekent uiteraard ook iets voor de beantwoording van de laatste hoofdvraag (zie hoofdstuk 5).

Een tweede reden waarom de vergelijking met het onderzoek van Lammers e.a. (2014) beperkt wordt, hangt samen met de gegevens die ons ter beschikking zijn gesteld voor het dossieronderzoek uit de digitale bewaarplaats van het ministerie van Justitie en Veiligheid, genaamd Centraal Digitaal Depot (CDD+). Het onderzoek van Lammers e.a. (2014) was grotendeels gebaseerd op scores op (factoren van) een risicotaxatie-instrument. Dergelijke scores zijn niet stelselmatig te vinden in de stukken die bewaard worden op CDD+, zoals verder wordt uitgelegd in hoofdstuk 2. Daarvoor zouden ook de archieven van de Forensisch Psychiatrische Centra geraadpleegd moeten worden, maar daar is mede vanwege mogelijke strijdigheid met de huidige privacywetgeving van afgezien. In de vergelijking van de dossierstudie met de resultaten van Lammers e.a. (2014) zal rekening gehouden worden met de gebrekkige vergelijkbaarheid van de groepen alsook van de kenmerken waarop vergeleken wordt, om het overblijvende vergelijkingsmateriaal (vooral ten aanzien van tijdsduurvariabelen en psychodiagnostiek) goed te interpreteren. De meerwaarde van het onderhavige onderzoek ten opzichte van dat uit 2014 is vooral gelegen in de mogelijkheid om kenmerken van de betrokken 15-plussers, of deelpopulaties daarvan, te relateren aan de uitkomsten van de zorgconferenties.

1.4 Uitgewerkte onderzoeksvragen

Mede op basis van de bovenstaande beperkingen voor de afbakening en vergelijkbaarheid zijn de onderstaande onderzoeksvragen als volgt uitgewerkt:

Onderzoeksvragen:

A Kenmerken van langverblijvers – dossierstudie

- 1 Wat zijn de belangrijkste demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de tbs-gestelden bij wie een 15+ zorgconferentie is gehouden?
- 2 Op welke van de bovenstaande kenmerken verschilt de LFPZ-groep van de overige 15+ groep?
- 3 Hoe verhouden deze kenmerken zich tot de kenmerken van de groepen die door Lammers e.a. (2014) zijn vastgesteld?
- 4 Wat zijn de kenmerken van zorgconferenties, wat zijn de in de zorgconferenties geconstateerde knelpunten in de voortgang van de tbs-behandeling en zijn die te relateren aan bepaalde typen patiënten?
- 5 Welke typen adviezen zijn uit de zorgconferenties voortgekomen, in hoeverre zijn die opgevolgd?
- 6 Hoe verhouden de bovenstaande kenmerken en subgroepen zich tot de uitkomsten van zorgconferenties?

B Waardering van betrokkenen – interviewstudie

- 7 Wat is de achtergrond van de 15+ zorgconferenties, hoe zijn ze opgezet en georganiseerd, en wat zijn de doelen?
- 8 In hoeverre worden volgens de betrokken partijen de doelen bereikt, en wat zijn daarbij de werkzame elementen van de zorgconferentie?
- 9 Hoe waarderen de betrokken partijen de zorgconferenties, wat is de eventuele meerwaarde van zorgconferenties ten opzichte van andere instrumenten?
- 10 Welke verbeterpunten zijn er volgens de betrokken partijen?
- 11 Welke bredere toepassingsmogelijkheden van zorgconferenties zien betrokken partijen?

C Buitenlandse inzichten – vergelijkend onderzoek

- 12 Bestaan er in Canada, Engeland en Duitsland vergelijkbare praktijken als zorgconferenties?
- 13 Zo ja, hoe functioneren deze en wat kunnen we daarvan opsteken voor de Nederlandse situatie?

D Beleidsimplicaties en vroegsignalering – expertmeetings

- 14 Blijkt uit de interpretatie van de uitkomsten van de onderdelen (A, B, C) in een expertmeeting dat het mogelijk zou zijn een inhoudelijk 'Tbs-volgsysteem' te ontwerpen, waarbij juridische, diagnostische,

behandelinhoudelijke en recidiverisico parameters worden gemonitord?

15 Blijkt uit de interpretatie van de uitkomsten van de onderdelen (A, B, C) in een expertmeeting dat er mogelijk specifieke groepen Tbs-gestelden (deelpopulaties) zijn te onderscheiden waarvoor apart (volgen interventie)beleid geformuleerd kan worden, zoals zorgconferenties in een zeer vroeg stadium?

CASUS 1

Opvolging leek goed te gaan, maar andere kant op

Wie:

Man, 59 jaar. 15 jaar in tbs voor het verkrachten en vermoorden van minderjarigen. Hij heeft altijd in behandelklinieken verbleven en heeft een hardnekkige persoonlijkheidsstoornis NAO, is alcoholverslaafd en heeft een parafilie NAO.

Knelpunt:

Betrokkene heeft altijd in behandelklinieken verbleven, maar heeft nog nooit verlof gepraktiseerd. Eerdere aanvragen voor LFPZ zijn afgekeurd, wegens de motivatie van de patiënt voor behandeling. Ondanks zijn motivatie, is hij niet in staat tot verandering. Hij blijft voor de kliniek een man die moeilijk in te schatten is. Bij uitbreiding van vrijheden is er sprake van een hoog risicoprofiel.

Doel zorgconferentie:

- Kan een LFPZ aanvraag afgewend worden?
- Kan begeleid verlof opgestart worden?

Vanuit een eerder verzoek tot observatieplaatsing zijn de volgende vragen geopperd:

Zijn er aanwijzingen voor het wijzigen van de diagnose?

Welke adviezen zijn er met betrekking tot het risicomangement en welke insteek voor behandeling adviseert het Pieter Baan Centrum?

Uitkomst zorgconferentie:

Begeleid verlof wordt aangevraagd. Ook zal er verdiepingsdiagnostiek plaatsvinden in het PBC naar de parafiele stoornis van betrokkene, om zo mogelijke vervolgtrajecten te bepalen. Met die verdiepingsdiagnostiek werd onderzocht of er wel of geen parafilie aanwezig is, en welke mogelijke risicofactoren daarbij behoren.

Verloop na de zorgconferentie:

Het leek goed te gaan, hij stelde zich begeleidbaar op, nam LRM wegens zijn parafilie en er was begeleid verlof aangevraagd. Tijdens de observatieperiode in het PBC vertoonde hij echter delictgrooming gedrag. Hij gaf terug in het FPC aan gevoelens voor een medeobservandus gekregen te hebben, terwijl hij in het PBC aangaf haar als een dochter te zien. Dit raakt de dynamiek van de indexdelicten. Ondanks de intensieve behandeling is er geen verlaging van de risico's op delictgedrag opgetreden. Er werd daarom geen andere optie gezien, dan het doen van een aanvraag LFPZ. Ten tijde van het huidige onderzoek loopt de LFPZ aanvraag nog.

TWEE

Kenmerken van langverblijvers
– verslag van een dossierstudie

2.1 Achtergrond en doel

Uit de onderzoeksvragen blijkt dat het doel van het dossieronderzoek grofweg tweeledig is. Ten eerste beoogt dit dossieronderzoek een beeld te geven van relevante kenmerken van de langverblijvende tbs-gestelden die deelgenomen hebben aan een 15+ zorgconferentie in de periode 2017-2019.⁷ Op basis van deze kenmerken kunnen subgroepen herkend en vergeleken worden. Bijvoorbeeld subgroepen die in de praktijk op basis van beleid in de tbs al gemaakt zijn, zoals 15-plussers met en zonder LFPZ-status. Die vergelijking is van belang omdat de LFPZ-status een indicatie is, maar ook consequenties heeft, voor behandel- en resocialisatiemogelijkheden. Tevens kunnen de kenmerken (van subgroepen), zoals die uit dit onderzoek naar voren komen, vergeleken worden met de kenmerken van de groepen die Lammers e.a. (2014) vonden in een in 2013 geselecteerde populatie. Ondanks alle beperkingen zou dit een beeld kunnen geven van de kwalitatieve ontwikkeling van de 15-plus groep (naast de kwantitatieve).

⁷ In 4 cases is dit net buiten 2017-2019. Van 2 cases heeft de conferentie eind 2016 plaatsgevonden en bij 2 cases begin 2020.

Ten tweede beoogt het dossieronderzoek het 'rendement' van het organiseren van 15+ zorgconferenties te onderzoeken. In eerste instantie worden de kenmerken van de zorgconferenties in beeld gebracht. Dit betreft niet alleen formele kenmerken – over aanwezigheid en de uitvoering van de zorgconferentie – maar ook inhoudelijke kenmerken, zoals de aanleiding voor de zorgconferentie en het advies. Ook in het kader van het Project 15-plus, uiteraard formeel de aanleiding, wordt doorgaans per individuele zorgconferentie namelijk een aanleiding geformuleerd in de vorm van een knelpunt voor vooruitgang (ook wel 'hoofdvraag'). Zo zijn er niet alleen doelen voor het Project 15-plus, maar heeft iedere zorgconferentie op zich eigen doelen. Om te onderzoeken in hoeverre individuele doelen/uitkomsten van zorgconferenties aansluiten bij de doelen van het project, werden alle gegeven adviezen op basis van inhoud systematisch gecategoriseerd en werd ook de mate van opvolging van de adviezen geanalyseerd. Om vervolgens een beeld te kunnen krijgen over de waarde (of werkzaamheid) van zorgconferenties voor verschillende typen patiënten, zijn de adviezen gerelateerd aan de kenmerken van deze langverblijvende patiënten.

Onderzoeksvragen in hoofdstuk 2:

- 1 Wat zijn de belangrijkste demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de tbs-gestelden bij wie een 15+ zorgconferentie is gehouden?
- 2 Op welke van de bovenstaande kenmerken verschilt de LFPZ-groep van de overige 15+ groep?
- 3 Hoe verhouden de kenmerken van deze onderzoeksgroep zich tot de kenmerken van de groepen die door Lammers e.a. (2014) zijn vastgesteld?
- 4 Wat zijn de kenmerken van zorgconferenties, wat zijn de in de zorgconferenties geconstateerde knelpunten in de voortgang van de tbs-behandeling en zijn die te relateren aan bepaalde typen patiënten?
- 5 Welke typen adviezen zijn uit de zorgconferenties voortgekomen en in hoeverre zijn die opgevolgd?
- 6 Hoe verhouden de bovenstaande kenmerken en subgroepen zich tot de uitkomsten van zorgconferenties?

2.2 Methode

Onderzoeksgroep

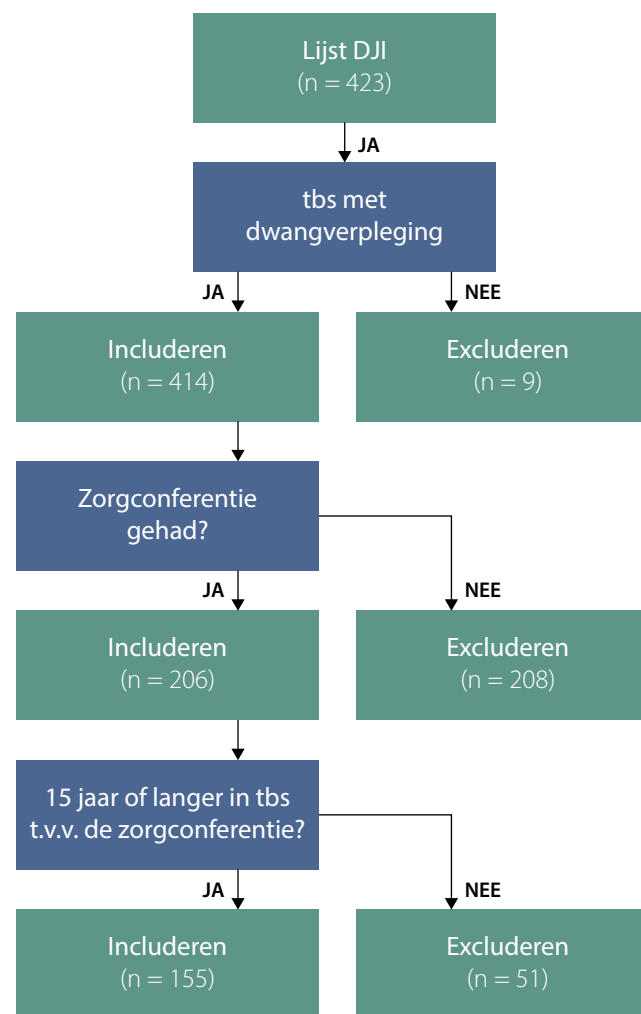
Over de onderzoeksgroep is al het nodige geschreven in paragraaf 1.2. Daaruit volgt dat voor de dossierstudie de doelgroep langverblijvende tbs-gestelden in Nederlandse instellingen betreft, ten aanzien van wie in het kader van het Project 15-plus een zorgconferentie heeft plaatsgevonden in de periode 2017-2019 of net daarbuiten. Het betreft zowel tbs-gestelden met als zonder LFPZ-status. Volgens DJI/DIZ zou het moeten gaan om 181 unieke personen, maar de toegezonden lijst bevatte 423 personen. Hieruit zijn dossiers geëxcludeerd die niet tot de formele doelgroep van het Project 15-plus behoren. Zo bleek de lijst niet alleen personen te bevatten die niet voldeden aan de criteria, ook misten op die lijst personen die wel op basis van het Project 15-plus een zorgconferentie hadden gehad (zie voor uitleg paragraaf 1.2). Geëxcludeerd zijn personen die 1) geen tbs met dwangverpleging hadden (n = 9), 2) ten aanzien van wie geen zorgconferentie was gehouden (n = 208), en 3) minder dan 15 jaar in tbs zaten ten tijde van de zorgconferentie (n = 51). Bewust is niet uitgegaan van 15 jaar op de peildatum uit 2017, omdat aangenomen moet worden dat personen die tussen dat moment en het moment van de zorgconferentie de grens-

waarde overschreden, in aanmerking voor de zorgconferentie kwamen op basis van het feit dat ze 15+ jaar in de tbs verbleven. Zo bleven 155 dossiers over (zie Figuur 2.1). Van de 155 geïncludeerde dossiers, is een willekeurige steekproef van 100 dossiers getrokken om mee te nemen in het dossieronderzoek. Om te bepalen of de 100 dossiers uit de steekproef representatief waren voor de in totaal 155 dossiers, zijn scores op relevante variabelen als geslacht, leeftijd, tbs-duur, indexdelict, vastgestelde stoornis t.t.v. zorgconferentie, aantal eerdere klinieken en LFPZ-status van de 155 dossiers naast de 100 steekproef-dossiers gepresenteerd aan de begeleidingscommissie in een tussenrapportage. Uit de vergelijking op basis van beschrijvende resultaten is in de tussenrapportage geconcludeerd dat de 100 gekozen respondenten representatief zijn voor de gehele groep van 155 respondenten. De variabelen zijn gescoord zoals de gelijknamige variabelen in het scoringsformulier (zie Bijlage B).

Instrument: procedure scoringsformulier

Vanuit DJI is, zoals al gememoreerd in paragraaf 1.2, toegang verkregen tot de digitale bewaarplaats van het ministerie, CDD+ (Centraal Digitaal Depot). Daarin zijn voor tbs-gestelden relevante stukken opgenomen ten aanzien van

Figuur 2.1 Flowchart in-en exclusiecriteria dossieronderzoek



de strafrechtspleging en (beleids-) beslissingen in de tenuitvoerlegging van de sanctie. Voor het dossieronderzoek bleken de meest bruikbare stukken de meest recente verlengingsadviezen en de verlengingsadviezen voorafgaand aan de zorgconferentie. Verder is gebruik gemaakt van het verslag van de zorgconferentie, de meldingen bijzonder voorval, de vonnissen of arresten waarin de tbs is opgelegd, de pro Justitia rapporten ten behoeve van de strafzaak, de machtigingen verlot en intrekkingen verlot, de verlengingsbeslissingen van de rechtbank en eventueel het Hof, de adviezen van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) ten aanzien van de LFPZ en de voortgangsrapportages in het kader daarvan.

De dossiers zijn geanalyseerd met behulp van een scoringsformulier dat werd ontworpen om de meest relevante informatie uit de dossiers om te zetten in cijfers. Bestaande scoringsvariabelen uit eerder dossieronderzoek van Lammers (Lammers e.a., 2014) en de Forensische Profielijst Justitiële Jeugdigen (FPJ-lijst; samengesteld door de Dienst Justitiële Inrichtingen: Brand en Van Heerde, 2010) vormen de basis voor deze lijst. De eerste bron vanwege de vergelijkbaarheid, de tweede vanwege de gestructureerde scoringsmethode. Vervolgens is gecontroleerd aan de hand van andere studies naar langverblijvers in de forensische psychiatrie of er nog relevante variabelen misten, die ook uit de dos-

siers konden worden gehaald (Eckert et al., 2017; Spreen et al., 2014; Senn et al., 2020). In Bijlage A is terug te vinden welke variabelen aan welke bron ontleend is.

Ten behoeve van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Van der Ark, Leeuwen & Jorgensen, 2018) zijn na het opstellen van het scoringsformulier vijf willekeurige dossiers gescoord door vier van de onderzoekers. Na evaluatie (het vergelijken en doorspreken van scoringswijzen en gegeven scores bij alle variabelen) bleek de mate van overeenstemming tussen beoordelaars hoog. Ook tijdens de dataverzameling vond er continue betrouwbaarheidsanalyse plaats tijdens intervisiemomenten met alle dossier-onderzoekers en onderzoekcoördinatoren om scoringswijzen te blijven evalueren.

Operationalisatie

Bijlage A biedt naast een overzicht van de herkomst van ieder kenmerk ook een overzicht van de scoringswijze van elke variabele. Van de demografische, diagnostische, justitiële en behandelvariabelen opgenomen in het scoringsformulier, is een deel nominaal, een deel categoriaal en een deel beschrijvend gescoord (zie Bijlage B).

Het scoringsformulier voor dit onderzoek kent variabelen die als volgt zijn onder te verdelen:

Demografische kenmerken:

- 1 Demografische kenmerken

Diagnostische kenmerken:

- 2 Psychiatrische voorgeschiedenis
- 3 Vastgestelde stoornis t.t.v. indexdelict + kenmerken pro justitia rapportage
- 4 Vastgestelde stoornis t.t.v. de zorgconferentie
- 5 Medicatie t.t.v. de zorgconferentie

Justitiële kenmerken:

- 6 Justitiële voorgeschiedenis
- 7 Indexdelict kenmerken

Behandelkenmerken:

- 8 Behandeltraject kenmerken
- 9 Incidenten en delicten/veroordelingen tijdens tbs-maatregel
- 10 Risico(management)

Kenmerken zorgconferentie:

- 11 Zorgconferenties kenmerken

Overige kenmerken:

- 12 Overige kenmerken

Categorie-indeling van adviezen na zorgconferenties bij langverblijvende tbs-gestelden:

Categorie 1: doorstroom

- 1 Doorstroom vervolgvoorziening vanuit behandelkliniek
- 2 Doorstroom vervolgvoorziening vanuit LFPZ
- 3 Doorstroom nieuwe behandelkliniek vanuit behandelkliniek
- 4 Doorstroom nieuwe behandelkliniek vanuit LFPZ
- 5 Doorstroom binnen dezelfde instelling

Categorie 2: geen doorstroom

- 6 LFPZ vanuit behandelkliniek
- 7 Geen verandering (zowel behandelkliniek als LFPZ)
- 8 Verbetering kwaliteit van leven binnen huidige instelling, LFPZ of longcare

Categorie 3: nieuwe behandeling

- 9 Andere behandeling (medicatie)
- 10 Andere behandeling (niet-medicatie)
- 11 Verlofstappen

Categorie 4: nieuw juridisch kader

- 12 Voorwaardelijke beëindiging (VO)
- 13 Rechterlijke machtiging (RM) (BOPZ)

Categorie 5: overige adviezen

- 14 Andere diagnostiek
- 15 Overig advies
- 16 Nieuwe zorgconferentie inplannen

Naast kenmerken van de zorgconferenties zelf, zoals bijvoorbeeld de aanwezige partijen en het aantal zorgconferenties per patiënt, zijn ook de aanleidingen voor en hoofdvragen van zorgconferenties onderzocht alsook de gerapporteerde knelpunten. Hoewel sommige langverblijvers aan meerdere zorgconferenties deelgenomen hebben, richtten we ons in dit onderzoek bewust op de eerste zorgconferentie, opdat van alle geïnccludeerde langverblijvers eenzelfde aantal zorgconferenties onderzocht wordt. Ook de adviezen die in de verslagen van de zorgconferentieverlagen zijn beschreven, zijn in dit onderzoek systematisch gecodeerd. Ten eerste zijn de adviezen onderverdeeld per type advies: betreft het een advies om concreet al iets te doen of in gang te zetten, of betreft het een advies om te (laten) onderzoeken of iets tot de mogelijkheden behoort. Ten tweede zijn de adviezen inhoudelijk gecategoriseerd (mede op basis van de interviewinformatie ten aanzien van mogelijke uitkomsten van zorgconferenties, zie ook hoofdstuk 3). Dit leverde in totaal 16 inhoudelijke uitkomsten op die bijna allemaal als concreet advies en als advies voor onderzoek gescoord konden worden. Ze zijn voor het overzicht hieronder verdeeld in 5 hoofdcategorieën: doorstroom, geen doorstroom, nieuwe behandeling, nieuw juridisch kader en overig. Deze categorie-indeling valt bij sommige inhoudelijke adviezen te betwisten, zoals de indeling van

de gang van behandelkliniek naar LFPZ als geen doorstroom. Voor sommigen is de LFPZ immers een radertje in het mechaniek van doorstroom, maar in veel gevallen is het toch juist zand in dat mechaniek. Onder 'overig' kan bijvoorbeeld worden verstaan: contact opnemen over een aangifte, of: de mogelijkheid onderzoeken voor het bouwen van een nieuwe voorziening. We hebben ons weloverwogen gericht op het primaire advies, die in het algemeen aansluit bij de fundamentele vraagstelling en aanleiding voor de zorgconferentie. Wij voorzien in de resultaten een overzicht van de subsidiaire adviezen.

Als laatste rapporteren we ook over de opvolging van de gegeven adviezen. Deze opvolging hebben we na lezen van rapportages in zorgconferentieverlagen als volgt gecategoriseerd; adviezen (zoals beschreven in zorgconferentie verslagen van de eerste zorgconferentie) konden *geheel*, *gedeeltelijk* of *niet* opgevolgd zijn. In de resultaten rapporteren we over variabelen die relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. Om accuraat inzicht te geven in alle operationalisaties is in de bijlage een volledige lijst van geanalyseerde variabelen met bijbehorende meetwijzen opgenomen (zie Bijlage B).

Analyse

In dit onderzoek zijn verschillende methoden gebruikt om de onderzoeksgegevens te analyseren. Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 1 naar de kenmerken van de groep zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 2 zijn, voor zover het de vergelijking tussen subgroepen betreft, Chi-kwadraat toetsen (bij categorische variabelen), Fisher Exact toetsen (bij categorische variabelen en wanneer cellen <1 of wanneer meer dan 20% van de verwachte frequenties kleiner is dan 5) en T-toetsen (bij continue variabelen) uitgevoerd. Voor vraag 3 zijn de uitkomsten uit bovenstaande analyses – vanwege de verschillende scoringswijze van variabelen – beschrijvend vergeleken met de uitkomsten zoals die gerapporteerd zijn in het rapport van Lammers e.a. (2014), nadat de groepen zo veel als mogelijk vergelijkbaar zijn gemaakt. Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 4 zijn de zorgconferentieverlagen geanalyseerd en beschrijvende analyses uitgevoerd. De associaties van typen/subgroepen (zie onderzoeksvraag 2) en knelpunten voor elk subtype patiënt zijn met Cramers-V toetsen geanalyseerd. Voor onderzoeksvraag 5 zijn beschrijvende analyses uitgevoerd. Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 6 werd met Chi-kwadraat toetsen gekeken naar

de relatie tussen typen langverblijvers (zoals voortgekomen uit onderzoeksvraag 2) en de gescoorde adviezen en uitkomsten van de zorgconferenties. Verschillen in uitkomsten van zorgconferenties tussen langverblijvende patiënten op behandelafdelingen en patiënten in de LFPZ, zijn d.m.v. dummy variabelen van gescoorde adviezen/uitkomsten (zie 5 categorieën in operationalisatie) geanalyseerd. Alle analyses zijn uitgevoerd met het statistische programma IBM SPSS.

2.3 Bevindingen

Kenmerken van de onderzoeksgroep

In deze paragraaf rapporteren wij allereerst beschrijvende resultaten van de belangrijkste demografische, diagnostische, justitiële en behandelkenmerken van de langverblijvende tbs-gestelden in dit onderzoek, zoals die ook te vinden zijn in Tabel 2.1. Van de 100 geïncludeerde patiënten, was 89% man. De gemiddelde huidige leeftijd was 55 jaar (38-76 jaar). Bij instroom waren de patiënten gemiddeld 31 jaar oud (18-54 jaar). De gemiddelde leeftijd bij de eerste veroordeling was 21 jaar (10-47 jaar). De meeste patiënten hadden de Nederlandse nationaliteit (94). Zes patiënten hadden een andere nationaliteit; 4 de Marokkaanse, 1 de

Vietnamese, en 1 de Turkse nationaliteit. Om de variabele 'nationaliteit' nog iets meer verdieping te kunnen geven rapporteren we hier in de tekst (niet in de tabel) aanvullend over de geboortelanden zoals die vermeld staan in de dossiers van geïncludeerde tbs-gestelden. Gekeken naar geboortelanden (van tbs-gestelden) viel op dat 69 mensen in Nederland geboren zijn, 10 mensen in Suriname, 8 op Curaçao, 4 in Marokko, en nog 9 mensen in 7 verschillende landen (België (1), Duitsland (1), Indonesië (1), Kaapverdië (2), Somalië (2), Turkije (1) en Vietnam (1)). Gekeken naar het opleidingsniveau vonden we dat 26 patiënten geen onderwijs of speciaal onderwijs volgden, 52 patiënten rondden de basisschool of lagere school af en 20 de basisschool en middelbare school. Twee patiënten voltooiden het MBO. Ten aanzien van diagnostische kenmerken, tonen de resultaten dat ten tijde van de zorgconferentie 70% van de patiënten een verslavingsstoornis (in remissie)⁸ heeft als diagnose, 70% een persoonlijkheidsstoornis, 41% een psychotische stoornis en 23% een parafiele stoornis. Minder prevalent zijn autismespectrumstoornissen (17%), neurocognitieve stoornissen

8 dit zal in de meeste gevallen 'langdurige remissie' zijn, die zich voordoet indien gedurende meer dan 12 maanden (behalve craving) geen symptomen meer aanwezig geweest zijn

Tabel 2.1 Kenmerken 15+ tbs-gestelden

Variabele	Huidige studie (2021)		Variabele	Huidige studie (2021)	
	Totaal	Aantal/Gemiddelde		Totaal	Aantal/Gemiddelde
Demografische kenmerken					
Geslacht					
<i>Man</i>	89		<i>Man</i>	89	
<i>Vrouw</i>	11		<i>Vrouw</i>	11	
Gemiddelde leeftijd (huidig)	55 (38-76)		Gemiddelde leeftijd (huidig)	55 (38-76)	
Gemiddelde leeftijd bij instroom	31 (18-54)		Gemiddelde leeftijd bij instroom	31 (18-54)	
Gemiddelde leeftijd 1 ^e veroordeling	21 (10-47)		Gemiddelde leeftijd 1 ^e veroordeling	21 (10-47)	
Nationaliteit					
Nederlandse	94		Nederlandse	94	
Niet-Nederlandse	6		Niet-Nederlandse	6	
<i>Marokkaanse</i>	4		<i>Marokkaanse</i>	4	
<i>Nederlandse/Vietnamese</i>	1		<i>Nederlandse/Vietnamese</i>	1	
<i>Turkse</i>	1		<i>Turkse</i>	1	
Opleiding					
<i>Geen opleiding/speciaal onderwijs</i>	26		<i>Geen opleiding/speciaal onderwijs</i>	26	
<i>Basisschool/ lagere school afgerond</i>	52		<i>Basisschool/ lagere school afgerond</i>	52	
<i>Basisschool en middelbare school afgerond</i>	20		<i>Basisschool en middelbare school afgerond</i>	20	
<i>MBO</i>	2		<i>MBO</i>	2	
Diagnostische kenmerken					
Diagnose t.t.v. de zorgconferentie					
<i>Psychotische stoornis</i>	41		<i>Psychotische stoornis</i>	41	
<i>Verslavingsstoornis</i>	70		<i>Verslavingsstoornis</i>	70	
<i>Parafiele stoornis</i>	23		<i>Parafiele stoornis</i>	23	
<i>Persoonlijkheidsstoornis</i>	70		<i>Persoonlijkheidsstoornis</i>	70	
<i>Autismespectrumstoornis</i>	17		<i>Autismespectrumstoornis</i>	17	
<i>ADHD</i>	5		<i>ADHD</i>	5	
<i>Verstandelijke beperking</i>	27		<i>Verstandelijke beperking</i>	27	
<i>Neurocognitieve stoornis</i>	6		<i>Neurocognitieve stoornis</i>	6	
<i>Suïcidaal gedrag</i>	3		<i>Suïcidaal gedrag</i>	3	
<i>PTSS en dissociatieve stoornissen</i>	4		<i>PTSS en dissociatieve stoornissen</i>	4	
Justitiële kenmerken					
Indexdelict type					
<i>Vermogen</i>	29		<i>Vermogen</i>	29	
<i>Geweld</i>	78		<i>Geweld</i>	78	
<i>Zeden</i>	42		<i>Zeden</i>	42	
<i>Brandstichting</i>	6		<i>Brandstichting</i>	6	
Opgelegde straf/maatregel					
<i>tbs</i>	18		<i>tbs</i>	18	
<i>tbs + gevangenisstraf</i>	82		<i>tbs + gevangenisstraf</i>	82	
Aantal jaren tussen 1 ^e veroordeling en oplegging tbs					
<i>Gemiddelde</i>	10,4 jaar		<i>Gemiddelde</i>	10,4 jaar	
<i>Minder dan 1 jaar</i>	9		<i>Minder dan 1 jaar</i>	9	
<i>1 – 5 jaar</i>	21		<i>1 – 5 jaar</i>	21	
<i>6 – 10 jaar</i>	27		<i>6 – 10 jaar</i>	27	
<i>11-15 jaar</i>	20		<i>11-15 jaar</i>	20	
<i>16 jaar of meer</i>	23		<i>16 jaar of meer</i>	23	
Totaal aantal eerdere veroordelingen					
<i>Gemiddelde</i>	6,9		<i>Gemiddelde</i>	6,9	
<i>Mate van toerekenbaarheid</i>			<i>Mate van toerekenbaarheid</i>		
<i>Volledig ontoerekenbaar</i>	13		<i>Volledig ontoerekenbaar</i>	13	
<i>Sterk verminderd</i>	20		<i>Sterk verminderd</i>	20	
<i>Verminderd</i>	59		<i>Verminderd</i>	59	
<i>Enigszins verminderd</i>	5		<i>Enigszins verminderd</i>	5	
<i>Volledig toerekenbaar</i>	2		<i>Volledig toerekenbaar</i>	2	
Mate van medewerking gedragskundig onderzoek					
<i>Niet</i>	5		<i>Niet</i>	5	
<i>Enigszins</i>	15		<i>Enigszins</i>	15	
<i>Volledig</i>	78		<i>Volledig</i>	78	
Behandelkenmerken (t.t.v. de zorgconferentie)					
LFPZ-status					
<i>Niet eerder</i>	44		<i>Niet eerder</i>	44	
<i>Eerder wel, nu niet</i>	16		<i>Eerder wel, nu niet</i>	16	
<i>Nu wel</i>	40		<i>Nu wel</i>	40	

	Huidige studie (2021)
	Totaal
Aantal jaar in tbs	
<i>Gemiddelde</i>	21,1 jaar
<i>15-20 jaar</i>	55
<i>21-25 jaar</i>	24
<i>26-30 jaar</i>	14
<i>31 jaar of meer</i>	7
Aantal klinieken gehad tot aan de zorgconferentie	
<i>Gemiddelde</i>	4,8
<i>1-3</i>	29
<i>4-6</i>	52
<i>7 of meer</i>	19
Aantal incidenten in tbs	
<i>Gemiddelde</i>	2,4
<i>1-3</i>	53
<i>4-6</i>	17
<i>7 of meer</i>	7
Aantal veroordelingen tijdens tbs	
<i>0</i>	80
<i>1</i>	17
<i>2</i>	1
<i>4</i>	2
Verlofniveau	
<i>Geen verlof</i>	56
<i>Begeleid verlof</i>	32
<i>Onbegeleid verlof</i>	6
<i>Transmuraal verlof</i>	5
<i>Proefverlof</i>	1
Probleeminzicht	
<i>Niet</i>	64
<i>Enigszins</i>	28
<i>Wel</i>	8
Behandelmotivatie	
<i>Geen</i>	41
<i>Enigszins</i>	36
<i>Wel</i>	21

(6%), ADHD (5%) en PTSS en dissociatieve stoornissen (4%). Een verstandelijke beperking werd bij 27% van de patiënten gediagnosticeerd. Als justitiële kenmerken brachten we vooral ook kenmerken van het indexdelict (het delict dat centraal staat in de veroordeling) en de bijbehorende veroordeling in kaart. Gekeken naar het indexdelict vonden we in de dossiers dat 78% van de patiënten een geweldsdelict als indexdelict had, 29% van de patiënten een vermogensdelict, 42% een zedendelict en 6% brandstichting. Van de honderd patiënten kreeg 18% alleen tbs opgelegd, en 82% tbs met gevangenisstraf. Gemiddeld hadden de langverblijvers bijna 7 eerdere veroordelingen. Gekeken naar het aantal jaren tussen de 1e veroordeling en de oplegging van de tbs bleek het grootste deel 6 tot 10 jaar na 1e veroordeling tbs opgelegd gekregen te hebben. De resultaten tonen dat 13% van de patiënten volledig ontoerekenbaar beoordeeld werd, 20% sterk verminderd toerekenbaar, 59% verminderd, 5% enigszins verminderd en 2% volledig toerekenbaar. Drieëntwintig patiënten kregen 16 jaar na een eerste veroordeling pas tbs opgelegd, 21 na 1-5 jaar, 20 na 11-15 jaar en slechts 9 na minder dan 1 jaar na een eerste veroordeling. Gekeken naar de medewerking in gedragskundig onderzoek tonen de resultaten dat 78% volledig meewerkt. Slechts 15% werkt enigszins mee, en 5% helemaal niet.

Ten aanzien van de kenmerken van de behandeling is ten aanzien van de LFPZ-status ten tijde van de zorgconferentie gevonden dat 44 patiënten niet eerder een LFPZ-status hadden, 16 eerder wel, maar nu niet meer, en 40 patiënten op het moment van de zorgconferentie een LFPZ-status hebben. Meer dan de helft van de patiënten uit de sample zat 15-20 jaar in de tbs, 24 patiënten verbleven er 21-25 jaar, 14 zaten er 26-30 jaar en 7 patiënten verbleven al 31 jaar of langer in de tbs. Overigens was het verblijf van 13% ten tijde van de peildatum ten behoeve van het Project 15-plus in 2017 nog niet langer dan 15 jaar, maar ten tijde van de zorgconferentie dus wel, wat ook aangeeft dat personen die later de grenswaarde overschreden ook betrokken zijn in het project. De meeste patiënten zaten in 4-6 verschillende klinieken, 29 patiënten zaten in 1-3 klinieken en 19 patiënten zaten in 7 of meer klinieken. Als we kijken naar het aantal incidenten in de tbs (volgens de Meldingen Bijzonder Voorval), blijkt 53% 1-3 incidenten te hebben veroorzaakt, 17% 4-6 en 7% 7 of meer incidenten. Tachtig patiënten zijn tijdens de maatregel niet veroordeeld, 17 patiënten werden eenmaal veroordeeld, een persoon is tweemaal veroordeeld en twee patiënten vier keer. Het grootste deel van de patiënten had wat betreft het verlofniveau ten tijde van de zorgconferentie, geen verlof (56%), 32% had begeleid verlof, 6% onbegeleid, 5% transmuraal

(buiten de kliniek), en 1% proefverlof. Die laatste twee categorieën zijn opmerkelijk, omdat die toch uitgezonderd zouden zijn van het Project 15-plus. Echter, er kunnen dan wel aanleidingen zijn om toch een zorgconferentie te houden. Zo kan het zijn dat er wel een machtiging TMV of proefverlof is, maar dat er geen vervolgvoorziening gevonden kan worden om die in uit te voeren, of iemand kan het TMV niet uitoefenen omdat voorwaarden worden geschonden. Het grootste deel van de patiënten heeft geen probleeminzicht (64%). Achtentwintig procent heeft enigszins probleeminzicht en 8% heeft wel probleeminzicht. Ook de behandelmotivatie is niet aanwezig bij 41% van de patiënten, 36% heeft enigszins motivatie en 21% heeft wel motivatie (zie Tabel 2.1).

Verschillen tussen subgroepen

Naast de beschrijvende kenmerken van de hele groep, zijn ook verschillen tussen subgroepen binnen de onderzoeksgroep van 15-plussers onderzocht. De indeling is die op basis van officiële status, LFPZ of niet-LFPZ en dus verblijvend op een behandelafdeling. In beschrijvende zin zijn de verschillen op basis van LFPZ-status opgenomen, maar de verschillen zijn ook getoetst op significantie (zie Tabel 2.2). Over het algemeen waren er nauwelijks verschillen te zien tussen LFPZ-patiënten en niet-LFPZ patiënten. Zowel wat betreft delict type, als

Tabel 2.2 Vergelijkende analyses en beschrijvende kenmerken van LFPZ-patiënten en niet-LFPZ patiënten

	LFPZ (n=40)		Niet-LFPZ (n= 60)		df	Vergelijking	
	Aantal/Gemiddelde	Sd/%	Aantal/Gemiddelde	Sd/		t	X2 value fisher exact
Demografische kenmerken							
Geslacht							
Man	35	88%	54	90%	1		.153
Vrouw	5	13%	6	10%			
Leeftijd	57,53	9,12	53,48	9,13	98	-2,17*	
Leeftijd bij instroom	31,70	9,54	30,67	8,60	98	-.563	
Leeftijd 1 ^e veroordeling	22,33	7,62	19,55	5,07	98	-2,18*	
Aantal eerdere klinieken	4,53	2,13	5,18	2,23	98	-1,45	
Nationaliteit							
Nederlandse	36	90%	58	97%			
Niet-Nederlandse	4	10%	2	3%			
Marokkaanse	3	8%	1	2%			
Nederlandse/Vietnam.	1	3%	-	-			
Turkse	-	-	1	2%			
Opleiding							
Geen opleiding/speciaal onderwijs	12	30%	14	23%			
Basisschool/ lagere school afgerond	20	50%	32	53%			
Basis- en middelbare school afgerond	7	18%	13	22%			
MBO	1	3%	1	2%			
Diagnostische kenmerken							
Diagnose t.t.v. de zorgconferentie							
Psychotische stoornis	20	50%	21	35%	1		2.232
Verslavingsstoornis	24	60%	46	77%	1		3.175
Parafiele stoornis	10	25%	13	22%	1		.151
Persoonlijkheidsstoornis	24	60%	46	77%	1		3.175
Autismespectrumstoornis	9	23%	8	13%	1		1.429
ADHD	0	0%	5	8%	1		3.509
Verstandelijke beperking	14	35%	13	22%	1		2.165
Neurocognitieve stoornis	1	3%	5	8.3%	1		1.448
Suïcidaal gedrag	1	3%	2	3.3%	1		.057
PTSS en dissociatieve stoornissen	2	5%	2	3.3%	1		.174

	LFPZ (n=40)		Niet-LFPZ (n= 60)		df	Vergelijking	
	Aantal/Gemiddelde	Sd/%	Aantal/Gemiddelde	Sd/		t	X2 value fisher exact
Justitiële kenmerken							
Delicttype							
<i>Geweldsdelict</i>	33	83%	45	75%	1		.787
<i>Zedendelict</i>	15	38%	27	45%	1		.554
<i>Vermogensdelict</i>	11	28%	18	30%	1		.073
<i>Brandstichting</i>	1	3%	5	8%	1		1.45
Opgelegde straf/maatregel							
<i>tbs</i>	10	25%	8	13%			
<i>tbs + gevangenisstraf</i>	30	75%	52	87%			
<i>Aantal jaren tussen 1^e veroordeling en begin tbs</i>	9,38	8,58	11,12	8,19	98	1,02	
<i>Minder dan 1 jaar</i>	6	15%	3	5%			
<i>1 – 5 jaar</i>	9	23%	12	20%			
<i>6 – 10 jaar</i>	8	20%	19	32%			
<i>11-15 jaar</i>	8	20%	12	20%			
<i>16 jaar of meer</i>	9	23%	14	23%			
Mate van toerekenbaarheid							
<i>Volledig ontoerekenbaar</i>	7	18%	6	10%			
<i>Sterk verminderd</i>	11	28%	9	15%			
<i>Verminderd</i>	21	53%	38	63%			
<i>Enigszins verminderd</i>	-	-	5	8%			
<i>Volledig toerekenbaar</i>	1	3%	1	2%			
Mate medewerking gedragskundig oz							
<i>Niet</i>	-	-	5	8%			
<i>Enigszins</i>	8	20%	7	12%			
<i>Volledig</i>	30	75%	48	80%			
Behandelkenmerken							
Leeftijd bij eerste opname behandelcentrum/GGZ/ Jeugdinstelling etc.	18,41	7,56	17,13	7,19	80		-,781

	LFPZ (n=40)		Niet-LFPZ (n= 60)		df	Vergelijking	
	Aantal/Gemiddelde	Sd/%	Aantal/Gemiddelde	Sd/		t	X2 value fisher exact
Aantal jaren in tbs t.t.v. de zorgconferentie	22,33	7,62	19,92	4,80	98	-3,09**	
15-20 jaar	16	40%	39	65%			
21-25 jaar	12	30%	12	20%			
26-30 jaar	7	18%	7	12%			
31 jaar of meer	5	13%	2	3%			
Aantal klinieken gehad tot aan de zorgconferentie							
Gemiddelde							
1-3	11	28%	18	30%			
4-6	19	48%	33	55%			
7 of meer	10	25%	9	15%			
Aantal incidenten t.t.v. de zorgconferentie	2,25	2,70	2,47	2,35	98	.426	
1-3	18	45%	35	58%			
4-6	5	13%	12	20%			
7 of meer	4	10%	3	5%			
Aantal veroordelingen t.t.v. de zorgconferentie	7,35		6,52		98	.446	
0	32	80%	48	80%			
1	8	20%	9	15%			
2	-	-	1	1.7%			
4	-	-	2	3.3%			
Verlofniveau t.t.v. de zorgconferentie							
Geen verlof	23	58%	32	53%			
Begeleid verlof	17	43%	15	25%			
Onbegeleid verlof	-	-	6	10%			
Transmuraal verlof	-	-	5	8%			
Proefverlof	-	-	1	2%			
Probleeminzicht/besef t.t.v. de zorgconferentie							
Niet	28	70%	36	60%			
Enigszins	7	18%	21	35%			
Wel	5	13%	3	5%			
Behandelmotivatie t.t.v. de zorgconferentie							
Geen	21	53%	20	33%			
Enigszins	11	28%	25	42%			
Wel	8	20%	13	22%			

* Significant verschillend: $p < .05$ ** sterk significant verschillend: $p < .01$

stoornissen (ten tijde van de zorgconferentie) is geen enkel significant verschil gevonden. De significante verschillen die gevonden zijn hangen samen met (leef)tijd. Het verschil in gemiddelde leeftijd van LFPZ-patiënten ($M = 57,53$; $SD = 9,12$) en niet-LFPZ patiënten ($M = 53,48$; $SD = 9,13$) was significant: $t(98) = -2,17, p < .05$. Ook het verschil in leeftijd bij 1e veroordeling van LFPZ-patiënten ($M = 22,33$; $SD = 7,62$) en niet-LFPZ patiënten ($M = 19,55$; $SD = 5,07$) was significant: $t(98) = -2,18, p < .05$. Als laatste was het verschil in duur van tbs (in jaren) van LFPZ-patiënten ($M = 22,33$; $SD = 7,62$) en niet-LFPZ patiënten ($M = 19,92$; $SD = 4,795$) significant: $t(98) = -3,09, p < .01$. LFPZ-patiënten zijn gemiddeld ouder; dit is dan ook te verklaren door hun langere verblijfsduur. Ook zijn de mensen in deze groep op oudere leeftijd voor het eerst veroordeeld, en zitten al langer in de tbs kliniek.

Vergelijking met groepen uit Lammers e.a. (2014)

Om deze onderzoeksresultaten te kunnen vergelijken met de resultaten uit het onderzoek door Lammers e.a. (2014), zijn uit onze onderzoeksgroep de vrouwen geëxcludeerd, en LFPZ en niet-LFPZ uit elkaar gehaald. De beperkingen zoals beschreven in paragraaf 1.2 maken dat de

vergelijkbaarheid van de groepen (peildatum 2013 versus – grotendeels – peildatum 2017) dan nog steeds beperkt is. Zo zijn de groepen nog steeds niet gelijk omdat in de LFPZ-groep van Lammers e.a. (2014) mogelijk ook 15-minners vertegenwoordigd zijn. Daarnaast zijn de groepen vergeleken op variabelen die (enigszins) overeenkomen, maar niet altijd op dezelfde wijze geoperationaliseerd (of gemeten) zijn. In het onderzoek van Lammers e.a. (2014) is ook een belangrijk deel van de resultaten gebaseerd op persoonlijke gesprekken met behandelaars van geïnccludeerde patiënten, waarmee wij vanzelfsprekend geen vergelijkingen hebben kunnen realiseren. In het huidige onderzoek hebben wij wel soortgelijke data uit verlengingsadviezen verkregen. Ook is het van belang te benadrukken dat de verschillen hier enkel op beschrijvend niveau weergegeven worden omdat wij voor dit onderzoek niet de beschikking hebben gehad over de 'ruwe' data uit het onderzoek van Lammers e.a. (2014) en dat de vergelijkingen in deze onderzoeksvraag dus gemaakt zijn op basis van gepubliceerde aantallen en percentages uit 2013/2014. Dit alles maakt dat, ongeacht de grote waarde van het vergelijken van kenmerken van unieke groepen langverblijvende tbs-gestelden over tijd, onderstaande resultaten met grote behoedzaamheid geïnterpreteerd moeten worden.

De beschrijvende verschillen zijn weergegeven in Tabel 2.3. Inhoudelijk valt op dat de variabelen huidige leeftijd, gemiddelde leeftijd bij instroom, en gemiddelde leeftijd bij 1e veroordeling, niet veel veranderd zijn. Zowel bij 15-plussers niet-LFPZ als in de LFPZ-groep, zijn de leeftijden gemiddeld zo goed als gelijk gebleven in bijna 10 jaar. De gemiddelde huidige leeftijden liggen nog steeds rond de 50 jaar, leeftijden bij instroom rond de 30 jaar, leeftijd bij veroordeling rond de 20 jaar. In de LFPZ-groep zijn de leeftijden telkens een paar jaar hoger dan in de langverblijvers groep (zie Tabel 2.3). Ook het percentage zedendelinquenten lijkt in beide groepen geen grote verandering te hebben ondergaan, al is het aandeel zedendelinquenten op dit moment in de LFPZ-populatie wellicht een fractie lager dan voorheen. Het aantal jaren tussen eerste veroordeling en tbs blijft in elke groep tussen 8,5 en 11,5 jaar. Bij de langverblijvers die in het huidige onderzoek in de tbs-klinieken zitten is deze het hoogst: 11,5 jaar. Bij de langverblijvers in 2013 was hij het laagst: 8,5 jaar. De LFPZ-populaties van het huidige onderzoek en die uit 2013 zitten hier beide tussenin met respectievelijk 9,4 en 10,5 jaar. Een schijnbare verandering is te zien in een eerdere LFPZ-status die langverblijvende tbs-patiënten kunnen hebben. In 2013 had ongeveer de helft (54%) van de niet-LFPZ patiënten niet eerder een LFPZ-status gehad,

Tabel 2.3 Kenmerken van groepen in vergelijking met Lammers e.a. (2014)

Variabele	Huidige studie (2021)				Lammers (2014)			
	15+ niet-LFPZ		15+ LFPZ		15+ niet-LFPZ		LFPZ (mogelijk ook 15-)	
	Aantal/ Gemidd.	%	Aantal/ Gemidd.	%	Aantal/ Gemidd.	%	Aantal/ Gemidd.	%
	N=54		N=35		N=97		N=129	
Gemiddelde leeftijd (huidig)	54		58		50		-	
Gemiddelde leeftijd bij instroom	31		32		30		35	
Gemiddelde leeftijd 1e veroordeling	20		22		21		23	
Indexdelict type								
<i>Zeden</i>	27	50%	15	38%		51%		44%
Aantal jaren tussen 1 ^e veroordeling en oplegging tbs	11,5 jaar		9,4 jaar		8.5 jaar		10.5 jaar	
LFPZ/longstay status								
<i>Niet eerder</i>	38	70%				54%		
<i>Eerder wel, nu niet</i>	16	30%				46%		
<i>Nu wel</i>	<i>n.v.t.</i>		40	100%	<i>n.v.t.</i>			100%
Aantal jaar in tbs	20 jaar		23 jaar		20 jaar		18 jaar	
Aantal klinieken gehad tot aan de zorgconferentie								
<i>1-3</i>	29	29%	11	27.5%				
<i>4-6</i>	52	52%	19	47.5%		18%		
<i>7 of meer</i>	19	19%	10	25%		10%		
						meer dan 5 klinieken		
Aantal incidenten in Tbs								
<i>1-3</i>	53	53%	18	45%		49%		
						1 of meer incidenten		
Verlofniveau t.t.v. de zorgconferentie								
<i>Begeleid verlof</i>	32	32%	17	43%		18%		
Diagnose t.t.v. de zorgconferentie								
<i>Psychotische stoornis</i>	20	37%	17	49%		15%		45%
<i>Persoonlijkheidsstoornis (niet (L)VB)</i>	31	75%	13	62%		66%		42%
<i>Verstandelijke beperking (VB)</i>	13	24%	14	40%		20%		25%

en ongeveer de helft wel. In de huidige groep heeft 70% van de niet-LFPZ patiënten niet eerder een LFPZ-status gehad, en maar 30% wel eerder. De gemiddelde tbs-duur is in de langverblijvende groep nog steeds 20 jaar. De huidige meting onder de LFPZ-patiënten laat zien dat deze patiënten gemiddeld al 23 jaar in de tbs zitten, waar ze tijdens de vorige meting nog gemiddeld 18 jaar zaten. Die uitkomst kan samenhangen met het feit dat er nog 15-minners vertegenwoordigd zijn in de LFPZ-groep van Lammers e.a. (2014). Alhoewel de gegevens van de beide onderzoeken lastig te vergelijken zijn als het gaat om het aantal klinieken waarin de patiënten gezeten hebben, doen de resultaten vermoeden dat 15-plussers (niet-LFPZ) naar steeds meer klinieken overgeplaatst zijn. Het gemiddelde percentage incidenten van rond de 50% lijkt sinds 2013 niet veel veranderd. Opvallend is dat, gekeken naar verlofniveau, het percentage patiënten dat begeleid verlof geniet, flink hoger is dan in 2013. Waar het percentage onder de langverblijvende tbs-patiënten in 2013 18% was, is dat voor langverblijvers en LFPZ-patiënten in het huidige onderzoek respectievelijk 32% en 43%. Als laatste – alhoewel ook hier voorzichtigheid geboden is met vergelijken omdat in beide onderzoeken andere rapportages gebruikt zijn – is het percentage patiënten dat ten tijde van de zorgconferentie de diagnoses psychotische stoornissen,

persoonlijkheidsstoornissen, en verstandelijke beperking hadden, in 2021 gestegen ten opzichte van 2013. Langverblijvers lijken vooral vaker psychotische stoornissen te hebben, maar ook persoonlijkheidsstoornissen en een verstandelijke beperking. In de LFPZ-groep lijkt vooral het aantal patiënten met persoonlijkheidsstoornissen gestegen te zijn, in mindere mate ook met psychotische stoornissen en een verstandelijke beperking. In het verslag van de expertmeeting in hoofdstuk 5, worden enkele verschillen ook al verklaard vanuit de methodologische verschillen tussen de beide onderzoeken.

Kenmerken van zorgconferenties

Om een goed beeld te bieden van de kenmerken van zorgconferenties in de 15+ groep in het algemeen, wordt hier allereerst feitelijke informatie gerapporteerd over aantallen zorgconferenties en aanwezige partijen bij deze conferenties (zie Tabel 2.4). Hierbij wordt weer uitgegaan van de representatieve steekproef van 100 patiënten. Voor de meeste van hen (78%) werd 1 zorgconferentie georganiseerd, bij 15% van de patiënten waren dit er 2 en bij 7% van de patiënten zelfs 3 zorgconferenties. Bij de zorgconferenties waarover de data verzameld zijn, was altijd iemand van het ministerie aanwezig en iemand van de behandelende kliniek. In 87% van de gevallen was de patiënt zelf ook aanwezig (soms liet het toestandbeeld van de

patiënt niet toe dat hij aanwezig kon zijn) en bij 90% ook de advocaat van de patiënt (soms was er bijvoorbeeld net een wisseling van advocaat gaande). Vaak (in 85% van de zorgconferenties) was er ook een vertegenwoordiger van een andere kliniek aanwezig. Bij meer dan de helft van de zorgconferenties (53%) was ook de sociaaltherapeut van de huidige kliniek aanwezig. De reclassering was er in 60% van de zorgconferenties bij. In 36% van de zorgconferenties was er een pro Justitia rapporteur, en een enkele keer waren er maatschappelijk werkers bij of mensen van het CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise) dat helpt bij het zoeken naar nieuw perspectief in vastgelopen zorgtrajecten. In 18% van de gevallen was er nog een ander iemand aanwezig, zoals bijvoorbeeld een familielid, een mentor, iemand van het Leger des Heils, iemand uit de GGZ, een officier van justitie of tolk.

In dit onderzoek werden de aanleidingen voor zorgconferenties, de probleemvraag en de knelpunten in de huidige behandeling geanalyseerd door rapportage daarover in verslagen van zorgconferenties systematisch te scoren. Uit Tabel 2.5 blijkt dat het niet voorhanden hebben van een werkende behandeling of medicatie het meest frequent de aanleiding vormt om een zorgconferentie te laten plaatsvinden (26,3% van de onderzochte zorgconferenties). Waar het niet gaat om behandelinhoud, maar resociali-

Tabel 2.4 Aantal gehouden zorgconferenties en aanwezige partijen

Kenmerken zorgconferenties	<i>Percentage</i>
Aantal gehouden zorgconferenties per patiënt	
1	78%
2	15%
3	7%
Aanwezige partijen per zorgconferentie	
<i>Ministerie vertegenwoordigers</i>	100%
<i>Vertegenwoordiging behandeling huidige kliniek</i>	99%
<i>Advocaat</i>	90%
<i>Patiënt</i>	87%
<i>Vertegenwoordigers andere klinieken</i>	85%
<i>Reclassering</i>	60%
<i>Sociotherapeuten huidige kliniek</i>	53%
<i>Pro Justitia rapporteurs</i>	36%
<i>Overige aanwezigen</i>	18%
<i>Maatschappelijk werker</i>	8%
<i>CCE</i>	3%

Tabel 2.5 Gerapporteerde knelpunten als aanleiding voor zorgconferenties in volgorde van grootte

Gerapporteerde knelpunten als aanleiding voor een zorgconferentie	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>
Geen werkende behandeling/medicatie	26	26,3%
Terugval/incidenten/grensoverschrijdend gedrag/ontregeling	18	18,2%
Geen overeenstemming over behandeling/voorwaarden	15	15,2%
Geen verdere verlofmogelijkheden	12	12,1%
Geen vervolgvoorziening	10	10,1%
Gebrek aan inzicht in omstandigheden/welzijn/voortgang patiënt	8	8,1%
Discussie/onduidelijkheid over diagnostiek	6	6,1%
Medische beperkende omstandigheden/suïcide	4	4,0%

satie of doorstroom, is gebrek aan voortgangsmogelijkheden ook een belangrijke aanleiding voor een zorgconferentie. Gebrek aan verdere verlofmogelijkheden (12,1%) en het gebrek aan een vervolgvoorziening (10,1%) zijn daar respectievelijke voorbeelden van. Ook terugval van patiënten of het voorkomen van incidenten dan wel grensoverschrijdend gedrag vormt een veelvoorkomende aanleiding voor een zorgconferentie (18,2%). Ook regelmatig is het gebrek aan overeenstemming over behandeling of voorwaarden een aanleiding (15,2%). Het gebrek aan inzicht in het welzijn, de omstandigheden of de voortgang van de patiënt vormt in 8% van de zorgconferenties de aanleiding. Daaraan gerelateerd is onduidelijkheid over diagnostiek in 6% van de zorgconferenties de aanleiding. In een restcategorie van 4% zijn er medisch beperkende omstandigheden of suïcidale gedragingen, die de voortgang belemmeren.

Soms (bij 17 patiënten) was er een duidelijke subsidiaire vraagstelling. In de meeste van deze gevallen (9 van de 17) was naast het primaire knelpunt (vaak 'geen overeenstemming over behandeling') dan ook nog sprake van 'terugval/incidenten/grensoverschrijdend gedrag/ontregeling'. In 5 van de 17 gevallen was er naast de primaire vraagstelling (in de meeste gevallen 'geen werkende behandeling') ook nog sprake van 'geen overeenstemming over behandeling/

voorwaarden'. In de overige 3 van de 17 gevallen werd additioneel het knelpunt opgebracht dat er 'geen werkende behandeling/medicatie' was.

Vervolgens zijn verschillen in primaire aanleidingen voor zorgconferenties tussen de subgroepen onderzocht. Ten aanzien van de LFPZ en niet-LFPZ groep laten de resultaten uit Tabel 2.6 zien dat er verschil zit in twee knelpunten: geen werkende behandeling of medicatie en terugval of grensoverschrijdend gedrag. De resultaten tonen dat het eerste knelpunt significant vaker voorkomt bij de LFPZ-groep. Als het gaat om terugval, incidenten en grensoverschrijdend gedrag blijkt dat dit vaker voor de niet-LFPZ groep een aanleiding voor een zorgconferentie vormt (zie Tabel 2.6).

Typen adviezen (uitkomsten) van zorgconferenties en mate van opvolging

Uitkomsten van zorgconferenties zijn vaak niet enkelvoudig. Over het algemeen worden er verschillende adviezen geformuleerd waarbij het eerste advies in het algemeen gericht is op het primair geformuleerde knelpunt of de aanleiding. Soms is bijvoorbeeld evident dat een volgend advies (bijvoorbeeld om iets te onderzoeken) vooral op verzoek van de tbs-gestelde is toegevoegd. Ook komt het voor dat subsidi-

aire adviezen worden gegeven: 'als *dit* niet lukt, dan kunnen we *dat* proberen'. Als we kijken naar de subsidiaire adviezen kunnen we daar het volgende over zeggen. In 78% van de gevallen zijn er 2 adviezen waarbij de vaakst voorkomende adviezen 'advies doorstroom vervolgvoorziening', 'advies verlofstappen' en 'overig advies' zijn. De variabele 'overig advies' is in dit onderzoek opgenomen voor adviezen die zo specifiek zijn, dat ze niet in de 29 andere categorieën onder te brengen zijn (bijvoorbeeld contact opnemen over een aangifte of de mogelijkheid onderzoeken voor het bouwen van een nieuwe voorziening). In 54% van de zorgconferenties worden er 3 adviezen gegeven, hierin is het vaakst voorkomende advies (de 'modus') ook 'overig'. Ook bij 4 adviezen (40%) is het vaakst voorkomende advies 'overig'. Voor de hiernavolgende vergelijkingen is gekozen voor analyses met primaire adviezen, omdat ook de mate van opvolging in de gelezen rapporten vaak gericht is op deze adviezen. Door het rapporteren over enkel de primaire adviezen is een reëler beeld te schetsen van de samenhang tussen advies en opvolging.

Als we de afspraken bekijken in termen van geen verandering, advies voor onderzoek of concreet advies, dan laten de resultaten zien dat in 21% van de zorgconferenties geen verandering als primair advies gegeven wordt. In 24% van de zorgconferenties wordt advies

Tabel 2.6 Verschillen in aanleidingen voor zorgconferenties tussen de niet-LFPZ en LFPZ-groep

Gerapporteerde knelpunten/aanleiding zorgconferentie	Aantallen		Associatie
	Tbs 15+ (n = 59)	LFPZ 15+ (n = 40)	X ²
Geen werkende behandeling/medicatie	11	15	.214*
Terugval/incidenten/grensoverschrijdend gedrag/ontregeling	15	3	.223*
Geen overeenstemming over behandeling/voorwaarden	10	5	.057
Geen verdere verlofmogelijkheden	7	5	.013
Geen vervolgvoorziening	6	4	.000
Gebrek aan inzicht in omstandigheden/welzijn/voortgang patiënt	3	5	.135
Discussie/onduidelijkheid over diagnostiek	4	2	.034
Medische beperkende omstandigheden/suicide	3	1	.062

* Significant verschillend: $p < .05$; dit betekent dat op de betreffende variabele de groep LFPZ en niet-LFPZ significant verschilt van elkaar. De richting van het verband kan worden afgelezen aan de concrete aantallen in de kolommen van de betreffende groepen.

Tabel 2.7 Afspraken tijdens zorgconferentie en gerapporteerde opvolging

Afspraken	Aantallen
Categorie 1 Doorstroom	30
<i>Advies voor onderzoek</i>	11
<i>Concreet advies</i>	19
Categorie 2 Geen doorstroom	23
<i>Advies voor onderzoek</i>	1
<i>Concreet advies</i>	22
Categorie 3 Nieuwe behandeling	38
<i>Advies voor onderzoek</i>	8
<i>Concreet advies</i>	30
Categorie 4 Nieuw juridisch kader	2
<i>Advies voor onderzoek</i>	1
<i>Concreet advies</i>	1
Categorie 5 Overige adviezen	4
<i>Advies voor onderzoek</i>	1
<i>Concreet advies</i>	4
Totaal	100

voor onderzoek gegeven. In 52% is er concreet advies.

Uit Tabel 2.7 blijkt dat van de categorieën afspraken, de categorie 'nieuwe behandeling' het frequentst bleek voor te komen (bij 38 van de 100 zorgconferenties). Ook de afspraak 'doorstroom' kwam relatief vaak voor: in 30 zorgconferenties. De overige typen afspraken kwamen minder vaak voor (zie Tabel 2.7).

Om inzicht te bieden in de mate waarin de adviezen van deze 100 zorgconferenties daadwerkelijk opgevolgd werden, zijn latere verlengingsadviezen geanalyseerd. We hebben getracht een beeld te vormen van de mate van opvolging van afspraken, maar dit bleek een complexe opdracht. Uit de verslagen van de zorgconferenties kunnen we opmaken dat na ongeveer 59 van de 100 zorgconferenties het volledig gelukt was om alle afspraken na te komen. In 30 zorgconferenties lijkt er slechts gedeeltelijke opvolging van afspraken te zijn geweest. Sommige afspraken konden wel uitgevoerd worden, en sommige niet. In 8 zorgconferenties kon geen enkele opvolging gegeven worden aan de gemaakte afspraken. Om een beeld te schetsen van de volledig niet opgevolgde adviezen zijn in het rapport 8 cases door de tekst gevlochten (zie inhoudsopgave). In één casus werd 'de MRI niet uitgevoerd, en bleef medicatiebeleid ongewijzigd'. In een

andere casus werd 'de verlofmachtiging door de kliniek nog niet als verantwoord gezien'. In weer een andere casus verliep de behandeling in de longcare stroef, waardoor er een duidelijk vervolgplan uitbleef. Een verlofaanvraag werd afgekeurd door het ministerie, omdat zij een second opinion wensten, en in een ander geval was opvolging nog niet van de grond gekomen omdat de betrokkene niet wilde meewerken. Ook kwam het voor dat de raadsman nog eerst een mening wilde vormen over de vorm van opvolging. In één geval was er in het geheel geen samenwerking meer met de betrokkene en in een ander geval was de betrokkene overleden.

Op basis van een aantal beperkingen moeten de bovenstaande resultaten die een behoorlijk 'rendement' suggereren, wat genuanceerd worden. Zeker ten opzichte van het doel van passende en verantwoorde vervolgstappen. Ten eerste, inhoudelijk is uiteraard van belang dat bij volledige opvolging bijna de hele categorie 'geen verandering' meetelt, alsook de afspraken rond kwaliteit van leven in de LFPZ. Daarbij is van een 'vervolgstap' dus niet echt sprake. Aan de andere kant, een geval van niet opvolgen van een advies 'geen verandering' komt ook voor omdat er sindsdien wel een vervolgstap is genomen. De categorie 'nieuwe behandeling' is ook eerder een opening voor een vervolgstap (in de zin van doorstroom), dan een vervolgstap

op zich. Het is maar de vraag in hoeverre die vervolgstap na de nieuwe behandeling genomen kan worden. Ook de adviezen voor onderzoek worden als volledig opgevolgd beschouwd als dat onderzoek gedaan is, maar dit leidt niet altijd tot een concrete vervolgstap. Ten tweede, methodologisch is van belang dat ook niet voor iedereen eenzelfde follow-up periode na de zorgconferentie gold. Niet uit alle stukken, bijvoorbeeld verlengingsadviezen, van na de zorgconferentie was bovendien goed af te leiden hoe er met de adviezen was omgegaan (er zijn ook wat 'missing data' en bij gedeeltelijke opvolging kan het ook zijn dat juist het hoofdadvis niet is opgevolgd). Dat moest (toevallig) concreet benoemd worden of afgeleid worden uit andere ontwikkelingen om gescoord te kunnen worden. Die ontwikkelingen kunnen echter ook een andere (directe) aanleiding hebben dan de zorgconferentie, omdat er daarna alweer van alles gebeurd kan zijn. In hoeverre zorgconferenties dan ook leiden tot concrete vervolgstappen is moeilijk uit deze cijfers af te leiden.

Wat wel in een aantal illustraties is weergegeven, is hoe de situatie zich kan ontwikkelen na een zorgconferentie. We hebben dat – zoals hierboven ook werd aangegeven – gedaan door in willekeurige volgorde 8 cases door het rapport te vlechten (zie inhoudsopgave). Tegelijk laten deze illustratieve cases ook zien hoe in de zorg-

conferentieverlagen en praktijk doel en advies eruit kunnen zien. Een paar casussen tonen hoe opvolging kan verlopen, juist snel (Casus 5) en ook snel helemaal uit de tbs (Casus 7) of langzamer (Casus 3). Vanuit de LFPZ is een langzame opvolging wellicht ook te verwachten (Casus 4). Opvolging kan soms ook plaatsvinden via een andere route dan in de zorgconferentie geadviseerd (Casus 6). Soms ook kan juist door de opvolging blijken dat het een andere kant op moet (Casus 1), of kan de persoon zich zo ontwikkelen dat uiteindelijk het slechtste scenario het hoogst haalbare is (Casus 2). En tot slot het hierboven al genoemde geval, waarin ondanks een advies 'geen verandering' de situatie zich toch zo kan ontwikkelen dat verandering mogelijk wordt (Casus 8).

Relatie tussen uitkomsten en subgroepen

Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 6 werden ten eerste verschillen in uitkomsten van zorgconferenties tussen de subgroepen LFPZ en niet-LFPZ (Tbs 15+) onderzocht. De resultaten tonen dat er geen significante verschillen tussen deze groepen zijn als het gaat om verschillen in uitkomsten (zie tabel 2.8). We zien enkel dat LFPZ-groep vaker 'geen verandering' als uitkomst heeft.

Naast de subgroepen LFPZ en niet-LFPZ werd nog nader onderzocht of er verbanden te herkennen waren tussen diagnoses van deelnemers aan zorgconferenties en de uitkomsten daarvan. In tabel 2.9 worden associaties weergegeven tussen diagnoses en adviezen. Hierin is te zien dat persoonlijkheidsstoornissen een negatieve associatie laten zien met 'geen verandering', ofwel, patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben minder snel dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis, het advies 'geen verandering'. De diagnose psychotische stoornis correleert positief met 'geen verandering', en verstandelijke beperking correleert met 'andere diagnostiek'.

Knelpunt en advies

In de zorgconferentieverlagen hebben we gekeken hoe de knelpunten van patiënten zich uiteindelijk verhouden tot de adviezen (zie Tabel 2.10). Er blijkt nauwelijks samenhang tussen knelpunten en adviezen. Eenzelfde knelpunt blijkt, volstrekt afhankelijk van de individuele patiënt en zijn/haar unieke omstandigheden, te vragen om steeds een specifiek advies. Er zijn slechts drie associaties gevonden in de analyses. Twee daarvan tonen vanzelfsprekende verbanden aan tussen aanleidingen en uitkomsten; als er 'geen verlofmogelijkheid' is, leidt dit nooit tot 'vervolg en doorstroom'. En ook, als er 'geen overeenstemming' is over behandeling

of voorwaarden, heeft de conferentie nooit als uitkomst 'geen verandering'. Opvallend is dat bij de patiënten waarbij twijfels speelden over werkende behandeling of medicatie, relatief vaak tot 'geen verandering' besloten werd. Andere resultaten van dit onderzoek doen vermoeden dat deze groep moeilijk te behandelen patiënten met psychotische klachten betreft, of zedendelinquenten die geen LRM wensen te gebruiken.

2.4 Korte antwoorden op deelvragen

1 Kenmerken langverblijvers

De langdurig tbs-gestelden in deze onderzoekspopulatie (15+ met zorgconferentie) vormen een heterogene groep. Gemiddeld genomen zijn ze veelal mannen met Nederlandse nationaliteit van rond de 55 jaar, die rond hun 20e levensjaar voor het eerst veroordeeld werden, en zijn opgeleid tot een lagere schoolniveau. Ze lijden veelal aan verslavingsstoornissen (in remissie) (70%), persoonlijkheidsstoornissen (70%), psychotische problematiek (41%) en meer dan een kwart van de langdurig tbs-gestelden heeft een verstandelijke beperking. In 42% van de gevallen was een zedendelict (mede) aanleiding voor de tbs-maatregel. Meer dan de helft van de tbs-gestelden heeft

Tabel 2.8 Verschillen in uitkomsten tussen verschillende patiënten

Afspraken	Aantallen		Associatie
	Tbs 15+	LFPZ 15+	X2
Geen verandering	8	13	.231*
Vervolg en doorstroom	21	10	-.106
LFPZ/kwalitatiever leven	3	0	-.144
Nieuwe behandeling	24	14	-.050
Andere diagnostiek	0	2	.175
Nieuw juridisch kader	2	0	-.117
Overig/nieuwe zorgco	2	1	-.024

* Significant verschil tussen groepen: $p > .05$; dit betekent dat op de betreffende variabele de groep LFPZ en niet-LFPZ significant verschilt van elkaar. De richting van het verband kan worden afgelezen aan de concrete aantallen in de kolommen van de betreffende groepen.

Tabel 2.9 Associaties tussen gestelde diagnoses van deelnemers aan zorgconferenties en gegeven adviezen

Diagnose tvv zorgconferentie	n	Advies na Zorgconferentie						
		Geen verandering	Vervolg en doorstroom	LFPZ/kwalitatiever leven	Nieuwe behandeling	Andere diagnostiek	Nieuw juridisch kader	Overig/nieuwe zorgco
Verstandelijke beperking	27	4	7	0	11	2 .235*	1	2
Parafilie	23	6	7	1	7	1	0	1
Persoonlijkheids-stoornis	70	10 -.252*	25	3	27	2	1	2
Verslavings-Stoornis (in remissie)	70	12	21	1	30	1	2	3
Psychotische stoornis	41	13 .219*	9	0	17	0	1	1

* Significante correlatie tussen diagnose en advies: $p > .05$. Persoonlijkheidsstoornis correleert negatief met 'geen verandering' (patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben minder snel dan patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis, het advies 'geen verandering'), Psychotische stoornis correleert met 'geen verandering', verstandelijke beperking correleert met 'andere diagnostiek'.

Tabel 2.10 Associaties tussen knelpunten/aanleidingen voor zorgconferenties en gegeven adviezen na zorgconferenties

		Na Zorgconferentie								
		Advies								
		Geen verandering	Vervolg en doorstroom	LFPZ/ Kwalitatiever leven	Nieuwe behandeling	Andere diagnostiek	Nieuw juridisch kader	Overig/ nieuwe zorgco		
Voor Zorgconferentie	Knelpunt	Geen werkende behandeling/medicatie	10 .254*	8	0	7	0	0	1	26
		Terugval/incidenten/grensoverschrijdend gedrag/ontregeling	2	7	2	6	0	1	0	18
		Geen overeenstemming over behandeling/voorwaarden	0 -.217*	7	1	6	1	0	0	15
		Geen verdere verlofmogelijkheden	3	0 -.248*	0	7	1	1	0	12
		Geen vervolgvoorziening	4	1	0	5	0	0	0	10
		Gebrek aan inzicht in omstandigheden/welzijn/voortgang patiënt	0	4	0	3	0	0	1	8
		Discussie/onduidelijkheid over diagnostiek	1	2	0	3	0	0	0	6
		Medische beperkende omstandigheden/suicide	0	2	0	1	0	0	1	4
			20	31	3	38	2	2	3	100

* Significante correlatie tussen knelpunt en advies: $p > .05$.

4 tot 6 klinieken gezien in de rondgang door het systeem. Ongeveer een derde heeft begeleid verlof.

2 LFPZ en niet-LFPZ

De groep 15-plussers in de LFPZ is ouder dan de groep die niet in de LFPZ zit, ze zitten langer in tbs en ook hun leeftijd ten tijde van de eerste veroordeling is wat hoger. Op geen enkel ander kenmerk verschillen de groepen significant van elkaar, zodat de groepen opvallend veel gelijkernis vertonen.

3 Vergelijking met 2013

Als we de groepen (LFPZ en niet-LFPZ) vergelijken met kenmerken die deze groepen in 2013 vertoonden, lijkt er weinig veranderd te zijn (als het bijvoorbeeld gaat om leeftijden, percentages zedendelicten, tbs-duur en incidenten). Verschillen ten aanzien van diagnostiek lijken door verschillen in methodologie verklaard te kunnen worden. De niet-LFPZ groep verschilt vooral qua behandelinhoudelijke kenmerken met die uit 2013. Zo lijkt de huidige groep meer klinieken te hebben gezien, vaker verlof te hebben en een grotere groep niet eerder een LFPZ-status te hebben gehad.

4 Aanleidingen van zorgconferenties

Als we naar het karakter van de zorgconferentie kijken zien we in het algemeen dat de patiënt,

diens advocaat, het ministerie, en vertegenwoordigers van de eigen en van een andere kliniek doorgaans aanwezig zijn, aangevuld met andere relevante betrokkenen. De meest voorkomende aanleiding (in de zin van vraagstelling, het 15+ project was de directe aanleiding) voor een conferentie is het knelpunt van het ontbreken van een werkende behandeling. Deze zien we significant vaker bij langverblijvers in de LFPZ. Over het algemeen is er geen knelpunt dat er echt uit springt, maar vormt een breed scala aan knelpunten aanleiding voor een zorgconferentie, waaronder geen overeenstemming, geen verlofmogelijkheden, geen vervolgoorziening, geen duidelijke diagnostiek, et cetera. Bij de niet-LFPZ groep zien we significant vaker 'terugval, incidenten, problemen met grensoverschrijdend gedrag en ontregeling' als uitgangspunt voor de zorgconferentie.

5 Uitkomsten van zorgconferenties

Als we kijken naar de uitkomsten van zorgconferenties zien we dat die vaker in een concreet advies uitmonden dan in een advies voor onderzoek. Inhoudelijk komt een advies voor een nieuwe behandeling het vaakst voor, gevolgd door een advies voor doorstroom naar een vervolgoorziening. Ook is het advies *geen* doorstroom, bijvoorbeeld omdat iemand goed op z'n plek zit, in een kwart van de gevallen de uitkomst van de zorgconferentie. De gerap-

porteerde opvolging van de adviezen is hoog. Er kan echter niet vastgesteld worden in hoeverre daarmee ook echt een vervolgstap gerealiseerd wordt (onder meer omdat veel adviezen slechts het onderzoeken van mogelijke vervolgstappen betreffen en niet een concrete vervolgstap zelf).

6 Groepskenmerken en uitkomsten zorgconferenties

Gekeken naar hoe de kenmerken van de groep zich verhouden tot de uitkomsten is er wederom nauwelijks een overtuigende indeling te maken. Er is niet een bepaalde groep met bepaalde uitkomsten. We zien dat voor patiënten met een verstandelijke beperking iets vaker dan voor patiënten die geen verstandelijke beperking hebben, diagnoses heroverwogen worden. Bij patiënten met psychotische stoornissen blijkt vaker dan bij patiënten die niet aan deze stoornissen lijden de uitkomst 'geen verandering' te zijn, bij persoonlijkheidsgestoorden komt die uitkomst juist minder vaak voor. Er zijn opvallend genoeg nauwelijks overtuigende verbanden tussen bepaalde knelpunten (als aanleiding) en bepaalde adviezen (als uitkomst). Het gegeven dat er dus nauwelijks een relatie is tussen een bepaalde problematiek en bepaalde uitkomst, suggereert dat elke patiënt een uniek en op maat gemaakt advies nodig heeft voor voortgang.

CASUS 2

Opvolging leek goed te gaan, maar uiteindelijk slechtste scenario

Wie:

Man, 61 jaar. 21 jaar in tbs voor een verkrachting en verschillende vermogensdelicten. Hij heeft eerder een LFPZ status gehad, maar verbleef ten tijde van de zorgconferentie in een behandelkliniek. Hij heeft tijdens zijn tbs-maatregel in de gevangenis gezeten, wegens het plegen van een verkrachting tijdens proefverlof. Heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis en een combinatie van verslavingen.

Knelpunt:

Eerdere resocialisatiepogingen zijn vastgelopen wegens recidive en middelengebruik. Ook gebruikt betrokkene snel alcohol bij toenemende eenzaamheid, wat resulteert in oplopende gevaarlijkheid. Hij heeft een kwetsbaar netwerk. Plaatsing in een resocialisatiecentrum bleek niet goed voor hem te zijn: hij kreeg een terugval in middelengebruik en startte een handel in Ritalin. Het risico van betrokkene neemt toe, zodra zijn vrijheden toenemen of wanneer hij verder afstaat van de kliniek.

Doel zorgconferentie:

- Het eindperspectief zal een RIBW zijn op het terrein van een GGZ-instelling. Een VO is te vroeg, er zal eerst een traject van transmuraal verlof gevolgd moeten worden. Op termijn de reclassering erbij betrekken middels FPT. Aan welke voorwaarden zou dit moeten voldoen?

- Hoe wordt het risicoprofiel ingeschat en welk risicomanagement is daarbij noodzakelijk?
- Adviezen aangaande behandeling/bejegening? Indien geen mogelijkheden voor resocialisatie gezien worden, moet longcare dan overwogen worden?

Uitkomst zorgconferentie:

- Het traject zal via een FPA vervolgd worden, waarbij gekeken kan worden of hij kan gaan werken.
- Er bestaat een derde optie, de longcare, maar dan verandert het hele toekomstperspectief. Hij zou dan geplaatst kunnen worden in een inpandige flat, met veel toezicht.

Verloop na de zorgconferentie:

Kort na de zorgconferentie ging het goed met de patiënt. Hij verbleef in een FPA met transmuraal verlof. Hij voelde zich er op zijn plek, oogde ontspannen en dit had een positief effect op de samenwerking met het behandelteam. Enige tijd later bleek hij zeer beperkte openheid te geven, zich niet te houden aan alle afspraken en bleek er toch een gebrek aan samenwerking te zijn. Hij is daarom na 1,5 jaar opgenomen in een longcare voorziening, in het kader van een nieuwe behandelopgving. Daar gaat het goed met betrokkene: hij stelt zich behandelbaar op en werkt in grote mate goed mee. In de longcare kliniek krijgt hij een machtiging begeleid verlof.

DRIE

Waardering van betrokkenen
— verslag van een interviewstudie

3.1 Achtergrond en doel

Om het Project 15-plus grondig te evalueren, was het onderdeel van de opdracht om naar de waardering van betrokken partijen te vragen. Deze waardering heeft zowel betrekking op – achtergronden, doelen en organisatie van – het Project als zodanig, als op het instrument daarvan: de zorgconferenties. In hoofdstuk 1 is uitgelegd dat de ontwikkelingen ten aanzien van de zorgconferenties zoals die sinds het Project 15-plus zijn voortgegaan, ook betrokken worden in dit onderdeel van het evaluatieonderzoek. Ook is daar aangegeven dat ten aanzien van een aantal onderdelen van hoofdstuk 2, zoals subgroepen en knelpunten, de kwalitatieve inzichten uit dit onderdeel worden geplaatst naast de kwantitatieve inzichten uit dat hoofdstuk. Deze aspecten spelen een rol in de vraag naar de werkzaamheid van de zorgconferenties. Andere evaluatieve aspecten van de onderzoeksvragen worden opgehangen aan woorden als waardering, meerwaarde, verbeterpunten en bredere toepassingsmogelijkheden. Na uitwerking van de methode zal overigens als eerste een beschrijving plaatsvinden van achtergrond, doelen en organisatie. Omdat steeds perspectieven van alle betrokken partijen aan bod komen, vindt ook in de beantwoording van meer beschrijvende vragen toch iets van evaluatie plaats, namelijk of alle partijen een zelfde

visie hebben op belangrijke aspecten, zoals bijvoorbeeld de doelen van het project. Een verslag van de focusgroep naar aanleiding van de resultaten uit de interviewstudie is onderdeel van hoofdstuk 5, waarna in hoofdstuk 6 ook de discussie ten aanzien van de interviewstudie in relatie tot de andere onderdelen van het onderzoek wordt weergegeven.

3.2 Methode

Om de onderzoeksvragen over de uitvoering van zorgconferenties en de waardering daarvan te beantwoorden, is een kwalitatieve onderzoeksmethode ingezet om zo het perspectief van de betrokkenen in kaart te brengen door het uitvoeren van interviews (Evers, 2015). In totaal zijn in 39 interviews 55 personen geïnterviewd die op enigerlei wijze betrokken zijn bij zorgconferenties, zoals advocaten, behandelars, reclasseringswerkers, rechters, en tbs-gestelden zelf. Hierna volgt een beschrijving van de procedure, de geïnterviewde respondenten, de onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens de interviews, en de analyse.

Procedure en onderzoeksgroep

De meeste personen die zijn benaderd voor een interview zijn gevonden via contactpersonen verstrekt vanuit overkoepelende instanties

Onderzoeksvragen in hoofdstuk 3:

- 1 Wat is de achtergrond van de 15+ zorgconferenties, hoe zijn ze opgezet en georganiseerd, en wat zijn de doelen?
- 2 In hoeverre worden volgens de betrokken partijen de doelen bereikt, en wat zijn daarbij de werkzame elementen van de zorgconferentie?
- 3 Hoe waarderen de betrokken partijen de zorgconferenties, wat is de eventuele meerwaarde van zorgconferenties ten opzichte van andere instrumenten?
- 4 Welke verbeterpunten zijn er volgens de betrokken partijen?
- 5 Welke bredere toepassingsmogelijkheden van zorgconferenties zien betrokken partijen?

of vanuit het netwerk van de onderzoekers. Mede door deze manier van ‘warm doorverbinden’ is de contactlegging en het inplannen van interviews soepel verlopen via mail, telefoon en beeldbellen, en de ervaring was dat benaderde personen zeer bereid zijn om mee te werken. Via de vereniging van TBS-advocaten zijn advocaten gevonden om aan het onderzoek mee te werken. Op dezelfde manier heeft de Raad voor de Rechtspraak, na het verlenen van toestemming, een verzoek uitgezet onder rechters/raadsheren uit de kenniskring TBS en zorgmachting, en de namen en contactgegevens van degenen die graag mee wilden werken, zijn aan de onderzoekscoördinator (Gunnink) doorgegeven. Via een contactpersoon bij het OM zijn mailadressen verkregen van tbs-officieren. Deze zijn benaderd met de vraag om mee te werken en toestemming daartoe van de betreffende hoofdofficier te verkrijgen. Van al deze partijen is bewust om specialisten gevraagd, omdat zorgconferenties een zeer specifiek onderdeel binnen de tenuitvoerlegging van de tbs zijn. Dat is mede van belang omdat OM en ZM doorgaans niet bij zorgconferenties aanwezig zijn, maar er langs andere weg wel mee te maken hebben – bijvoorbeeld tijdens tbs-verlengingszittingen. Ook pro Justitia rapporteurs, die bij zorgconferenties betrokken zijn geweest, zijn via een contactpersoon vanuit het eigen netwerk gevonden en gevraagd om mee te werken.

DJI heeft zowel contactgegevens van personen bij het CCE verstrekt alsmede een lijst met de contactpersonen van elf klinieken door heel Nederland (Forensisch Psychiatrische Centra, FPC's, en Forensisch Psychiatrische Klinieken, FPK's) die in de praktijk verantwoordelijk zijn voor het inplannen van zorgconferenties. Al deze contactpersonen zijn benaderd en zeven klinieken hebben gehoor gegeven aan het verzoek om geschikte respondenten aan te dragen. Alle FPC's zijn in het onderzoek betrokken. Omdat FPK's, vanwege het geringere aantal tbs-gestelden in de kliniek, doorgaans minder zorgconferenties hebben gehad, is te verklaren waarom ze minder betrokkenheid bij het onderzoek ervoeren. Tegengesteld, zijn met medewerkers van de LFPZ locatie van de Pompesichting in Zeeland meer interviews gehouden vanwege het grote aantal zorgconferenties dat daar gehouden is. In totaal zijn 19 personen uit zeven TBS klinieken geïnterviewd, waarvan zes uit de LFPZ. Om geschikte respondenten binnen de Reclassering Nederland te vinden, zijn via een contactpersoon bij het landelijk kantoor vier medewerkers bereid gevonden die mee wilden werken aan het interview. Ten slotte zijn er ook tbs-gestelden zelf gesproken. Geïnterviewde advocaten – die route was om redenen van onafhankelijkheid al in de opdracht geformuleerd – zijn op zoek gegaan naar geschikte tbs-gestelden binnen hun eigen

kring die in het kader van het Project 15-plus een zorgconferentie hebben gehad. Vanuit drie verschillende advocaten zijn dertien patiënten aangedragen die allen hebben aangegeven mee te willen werken. Vijf daarvan zijn afgevallen, omdat geen contact met de kliniek is gekregen of omdat ze nog geen 15 jaar in de tbs zaten ten tijde van hun zorgconferentie, of vanwege de representativiteit dan wel diversiteit van de geïnterviewden op basis van subgroep en uitkomst van de zorgconferentie. Bij de kliniek is nog gecontroleerd op eventuele contra-indicaties, maar indien dit niet het geval was, is het interview met de patiënt ingepland. Uiteindelijk zijn acht tbs-gestelden geïnterviewd, waarvan vier verblijven in de LFPZ. Tabel 3.1 geeft een overzicht van het aantal geïnterviewde personen per organisatie. In totaal zijn 55 personen geïnterviewd in 39 interviews. Duo-interviews hebben alleen plaatsgevonden in geval van personen binnen een zelfde organisatie.

Op één uitzondering na hebben alle interviews digitaal plaatsgevonden. De geïnterviewde respondenten hebben van tevoren een *informed consent* formulier ontvangen en getekend teruggestuurd of (indien niet getekend teruggestuurd voor aanvang van het digitale interview) mondeling toestemming gegeven aan het begin van het interview en na afloop het formu-

lier ondertekend teruggestuurd. Respondenten zijn geïnformeerd over het doel van het onderzoek en op welke manier er zorgvuldig en vertrouwelijk binnen het onderzoek wordt omgegaan met de verzamelde informatie. Tevens is van iedereen toestemming verkregen om het interview op te nemen om nadien zo accuraat mogelijk te kunnen transcriberen, dit ter verhoging van de betrouwbaarheid van de data (Beyens & Tournel, 2010). Er zijn geen derden bij de interviews aanwezig geweest; voor de tbs-gestelden is de privacy gewaarborgd door een aparte ruimte op de afdeling te reserveren waar zij via digitale verbinding aan het interview konden deelnemen om over hun ervaringen te vertellen. Over het algemeen duurden de interviews gemiddeld 1,5 uur, met uitzondering van de interviews met de patiënten; die varieerden van 30 tot 60 minuten.

Alle interviews zijn aan de hand van de audio-opname getranscribeerd. Omdat dit een voorwaarde was van de Raad voor de Rechtspraak hebben alleen rechters daarbij de mogelijkheid gekregen om het transcript in te zien en eventueel aan te passen, ook wel *member-checking of respondent validation* genoemd (Evers, 2015). Een aantal heeft dit ook gedaan, dit zijn voornamelijk wijzigingen in zinsopbouw en/of herleidbaarheid van gegevens geweest. Overigens is aan alle respondenten aan het eind van het interview meegedeeld dat ze te allen tijde

contact mogen opnemen indien ze nog iets zouden willen toevoegen aan hun interview of ergens op terug wilden komen. Eén respondent heeft van die mogelijkheid gebruik gemaakt om een paar weken later een aanvulling op het interview te doen.

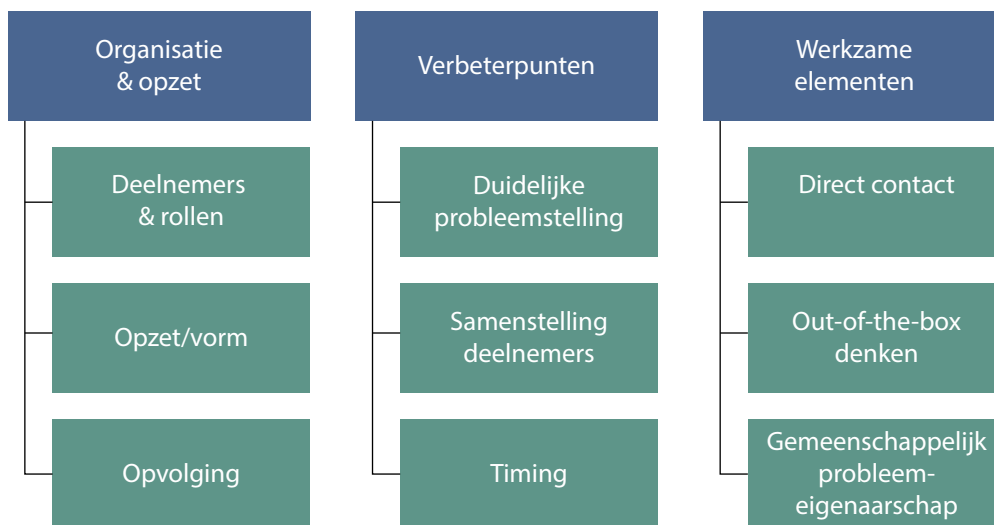
Interviews

De interviews zijn semigestructureerd afgenomen en hebben zich gericht op de ervaringen met en beleving van zorgconferenties door de verschillende respondenten. Vanuit hun perspectief is gevraagd naar de achtergrond en doelen, opzet en organisatie, werkzame elementen, verbeterpunten, meerwaarde ten opzichte van andere instrumenten en mogelijk bredere toepassingsmogelijkheden van zorgconferenties. De algemene topiclijst (zie Bijlage D) was steeds het uitgangspunt, maar afhankelijk van de gesprekspartner konden bepaalde onderwerpen meer, minder of geen focus krijgen. Zo zijn rechters nooit aanwezig bij zorgconferenties, maar hebben ze daar in verlengingszittingen wel mee te maken. Ook is gevraagd naar verschillen tussen bepaalde subgroepen langverblijvers als contrast met de uitkomsten van de dossierstudie. Logischerwijs is over de achtergrond van het Project vooral gesproken met vertegenwoordigers van het ministerie omdat zij bij de opzet van het Project betrokken waren, terwijl andere betrokkenen

Tabel 3.1 Overzicht organisaties en aantal geïnterviewde personen per organisatie

Instelling/organisatie	Aantal geïnterviewden	Opmerkingen
DJI/DIZ	3	
Advocaten	5	
Rechters	5	
OM (OvJ)	3	
PJ-rapporteurs	6	
CCE	2	
Reclassering	4	
Klinieken	19	7 verschillende klinieken, LFPZ (n=6)
Tbs-gestelden	8	LFPZ (n=4)
Totaal	55	

Figuur 3.1 Voorbeeld analyse van de inhoud van interview transcripten



is gevraagd naar hun idee of beeld van de achtergrond van het Project. Voorbeelden van vragen die zijn gesteld, zijn “wat zijn in uw ogen de werkzame elementen van zorgconferenties?” en “wanneer vindt u een zorgconferentie geslaagd?” In de interviews met de tbs-gestelden is gevraagd naar hun beleving van de inhoud, de vorm, het verloop, en de gevolgen naar aanleiding van hun eigen zorgconferentie. Zo is bijvoorbeeld gevraagd: “Hoe goed werd er volgens uw gevoel naar uw verhaal geluisterd?” en “Wat heeft de zorgconferentie u opgeleverd?”.

Analyse

De transcripten van de interviews zijn op globaal niveau ingedeeld op de verschillende onderwerpen zoals die opgenomen zijn in de topiclijsten, zoals ‘achtergrond en doelen’, ‘meerwaarde ten opzichte van ander instrumentarium, en ‘werkzame elementen’. Bij elk onderwerp zijn op basis van de interviews verschillende sub onderwerpen geïdentificeerd waarna de desbetreffende fragmenten inhoudelijk zijn bestudeerd en vergeleken. Een voorbeeld hiervan is te zien in Figuur 3.1.

3.3 Bevindingen

Hieronder worden de bevindingen weergegeven aan de hand van de hoofdonderwerpen uit de topiclijst, die corresponderen met de deelvragen voor de interviewstudie. Eerst worden zoals gezegd nog wat inzichten gegeven vanuit de interviews op wat knelpunten zijn in de behandeling en kenmerken van langverblijvers. Omdat het om veel interviews gaat, wordt in de verslaglegging daarvan gestreefd naar een overzicht van grote lijnen en of interessante (afwijkende) perspectieven en wordt bewust niet steeds een weergave gegeven van bevindingen per betrokken partij bijvoorbeeld. Op die manier blijven de leesbaarheid en omvang – binnen het geheel van deelonderzoeken – gewaarborgd. Zeer toepasselijke stukjes uit de interviews worden ter illustratie in blokken tussen de tekst gezet; bewust wordt daarbij niet verwezen naar individuen, maar enkel naar de betrokken partij waaruit iemand afkomstig is. Ook daarbij is de selectie gemaakt op basis van de inhoud en is er niet naar gestreefd om van elk interview een stukje in de tekst te zetten. Evidente discussiepunten zijn als gezegd in de focusgroep verder besproken en om overlap te voorkomen, wordt die discussie hier achterwege gelaten en verwezen naar hoofdstuk 5, waarin het verslag van de focusgroep wordt beschreven.

Knelpunten en kenmerken langverblijvers

Om de bevindingen uit het dossieronderzoek kwalitatief aan te vullen en te duiden, is ook in de interviews gevraagd naar kenmerken van langverblijvers en knelpunten. Waar uit het dossieronderzoek niet meteen duidelijke exclusieve kenmerken van langverblijvers blijken, zijn er ook respondenten die aangeven dat het moeilijk is om op basis van bijvoorbeeld diagnostische- of delictkenmerken te onderscheiden tussen vlotte en trage behandeltrajecten. Anderen noemen overigens wel bepaalde groepen, zoals zedendelinquenten. Bij doorvragen blijkt dat het daarbij toch vaak niet (alleen) gaat om het feit dat een persoon met dergelijke problematiek per se moeilijker te behandelen is, maar ook de kenmerken van de behandeling (de dynamiek tussen patiënt en kliniek) en vooral het systeem spelen bij het gebrek aan voortgang een rol.

Bij mij was het het systeem. Want er waren van mij heel veel vergaderingen geweest om mij met verlof te laten gaan, maar het team van de kliniek die wou dat niet. Ik heb het team altijd tegen me gehad, omdat hun elke keer terugvielen op een delict wat er 20 jaar daarvoor was gebeurd. Ze bleven maar volhouden dat het weer zou gaan gebeuren. En toen hebben ze bij de

zorgconferentie gezegd 'meneer ..., je hebt toch recht op een kans'. En die heb ik met beide handen aangepakt. (Patiënt)

Daarbij is dat systeem ook nog eens ingebed in een samenleving, die ontvankelijk moet zijn voor opvang van deze mensen, maar zowel wil dat het veilig gaat als kosteneffectief is.

Nou ja, het is in deze maatschappij, en dan word ik een beetje filosofisch misschien, maar het is bijna niet meer geaccepteerd dat je problemen hebt die lang duren. Terwijl dat in de somatiek heel normaal is. Dat je bijvoorbeeld diabetes hebt of dat je chronische reuma hebt of weet ik veel wat. Maar in de geest is dat bijna niet meer geaccepteerd. Dus dat betekent dat erkennen dat iemand langdurig veel begeleiding nodig hebt... Ja, dat wordt gezien als slecht. Als een soort falen van de behandelaar. Terwijl ik denk van nou, ik zou wel eens willen zien welke epilepticus zijn behandelaar verwijt dat hij zijn epilepsie niet voorbij laat gaan. Ja, zo werkt dat gewoon niet. En dat vind ik wel een principieel punt. Dat we in de GGZ in Nederland een soort verwachting hebben van de veranderbaarheid van de mens, de aanpasbaarheid van de mens, die niet

realistisch is. En daarom wordt langdurig ook gezien als slecht, terwijl een langdurige relatie zien wij niet per se als slecht. Een langdurige relatie zien wij misschien als positief. Waarom mag een langdurige behandelaar dan niet positief zijn? (LFPZ)

Een duidelijk voorbeeld van een systeemkenmerk dat vertraging veroorzaakt is het gebrek aan vervolgvorzieningen, vooral (lang)verblijfsplekken, voor bepaalde typen patiënten. Vanuit het CCE wordt ondervonden dat het niet alleen gaat om het bestaan van bepaalde plekken, maar ook over de bereikbaarheid ervan voor forensische patiënten gezien de financieringsstromen.

Ja nou CCE wordt gesubsidieerd vanuit VWS. Je wil niet weten hoe vaak ik hoor 'iemand hoort hier eigenlijk, iemand heeft eigenlijk niet perse een forensisch kader nodig'. Maar om het regulier op te laten pakken... Er zit gewoon een andere eindverantwoordelijkheid en dus is die schutting tussen Justitie en VWS heel hoog. Het is een hele hoge drempel en daar zou echt winst in te halen zijn als daar goed over nagedacht wordt of iets voor besloten wordt om daar dingen in te kunnen laten proberen. [...] Dat zou de doorstroom

vergemakkelijken, hè, als die metershoge schutting, als die wat omlaag zou kunnen, hè? Dat er verbinding komt tussen VWS en Justitie voor deze doelgroepen. (CCE)

Waar dat vanuit het dossieronderzoek moeilijk bleek om een vinger achter te krijgen, worden in de interviews wel specifieke groepen benoemd die hierdoor nu vaak in voortgang geremd worden. Relatief vaak worden verstandelijk beperkten genoemd, maar bij de zedendelinquenten dan juist weer eerder die met een hogere intelligentie. Ook voor oudere tbs-gestelden is het volgens respondenten lastig om een geschikte vervolgplek (in een verpleeghuis-setting bijvoorbeeld) te vinden, zoals het ook bij sommige vrouwen kan spelen. Tot slot worden ook patiënten met verslavingsproblematiek genoemd, met name ook vanwege (maatschappelijke of politieke) eisen om volledig abstinente te resocialiseren.

De mensen die niet in staat zijn tot abstinentie. Die gewoon van tijd tot tijd blijven gebruiken zonder dat dat direct tot grote risico's hoeft te leiden. Die zijn ook heel ingewikkeld om echt goed op pad te krijgen in een traject. Daarvan hebben wij inderdaad recentelijk gezegd, als we

dit weten kunnen we dan wat partijen bij elkaar gaan zetten om te zorgen dat daar ook iets voor georganiseerd wordt. (Kliniek)

Opvallend is dat juist door zorgconferenties respondenten dit soort kenmerken ook zeggen te kunnen identificeren (zie daarover hieronder meer), maar het zijn meteen ook de voorbeelden waarbij individuele zorgconferenties vaak niets oplossen. Overleg op casus overstijgend niveau is hierbij van belang.

Achtergrond en doelen, organisatie en opzet

Achtergrond en doelen

Uit de inleiding is gebleken dat de ontwikkelingen die de achtergrond vormen voor het Project 15-plus af te leiden zijn uit de literatuur. Ook het beoogde doel van het Project is af te leiden uit die stukken. Uit de interviews kan aanvullend een wat bredere context worden afgeleid en blijken ook de percepties van de betrokken partijen hierover.

Achtergrond van het Project 15-plus is gelegen in het opmerken van en onderzoek doen naar een grote groep langverblijvers buiten de LFPZ. Hoofddoel was het komen tot passende en verantwoorde vervolgtrajecten. Ook het in beeld krijgen van deze groep is in de interviews

als doel van het project benoemd. Vanuit het ministerie worden eigenlijk zowel 'bottom up' invloeden als 'top down' invloeden genoemd. Bij DIZ (Divisie Individuele Zaken), als onderdeel van DJI, zag men vooral door overplaatsings- en (voorheen) ruilingsafspraken dat er veel behandeltrajecten stagneerden, maar dat daarbij dus maar weinig naar de inhoud werd gekeken.

In 2012 zag ik eens een casus voorbijkomen van een jonge man die voor de derde keer in een jaar overgeplaatst dreigde te worden, en toen zei ik van 'nou we moeten gewoon met een paar partijen bij elkaar gaan zitten'. Toen was dat gewoon nog een casus overleg. Dus met twee klinieken en een psychiatrisch adviseur zijn we toen bij elkaar gaan zitten. Dat was dus heel klein. Toen zijn we gaan praten over wat is nou de beste volgende stap en hoe komen wij verder met deze man. Dat kwam later nog een aantal keren voor en toen dachten we van 'nou we moeten dat misschien wat verder gaan uitbreiden'. (DJI)

Op een gegeven moment werd de term zorgconferentie ingevoerd. Ik kan niet meer terughalen wie dat heeft bedacht en waarom we dat zijn gaan doen. Op een gegeven moment heette het gewoon een zorgconferentie. (DJI)

In feite was het instrument van de zorgconferenties dus al in de praktijk gegroeid voordat het Project 15-plus werd geïnitieerd. Voor de grens van 15 jaar daarvoor verwijst men over het algemeen naar het onderzoek van Lammers e.a. (2014). De meer overkoepelende en ook politieke aandacht voor die langverblijvers, en als gevolg daarvan het onderzoek daarnaar, hing samen met de nadruk die er kwam op het verkorten van de behandelduur. De gemiddelde behandelduur was in de jaren daarvoor namelijk alsmat opgelopen als gevolg van toegenomen veiligheidsmaatregelen in de tenuitvoerlegging, bijvoorbeeld rond verlot. Hierdoor werd de tbs ook minder populair, niet alleen bij verdachten die (vaak op advies van hun advocaat) weigerden mee te werken aan gedragskundig onderzoek maar ook bij rechters, en daalde de populatie. Verschillende betrokken partijen noemen dat in reactie daarop het tbs-veld – met alle betrokken partijen – al vanuit een gedeeld belang ook op overkoepelend niveau meer gezamenlijk ging optrekken, onder andere in de Werkconferenties Tbs & Recht, beter bekend onder hun locatie als Lunteren-conferenties. Het paste hierbij om ook op casusniveau die gezamenlijkheid in te zetten, en een instrument dat in de praktijk gegroeid was om gestagneerde behandeltrajecten vlot te trekken paste ook mooi bij de insteek van verkorting van de behandelduur.

Nou ja, het past natuurlijk wel heel mooi in wat er eigenlijk in 2013 is gestart met die conferenties van Lunteren. Waarin het ging over die oplopende behandelduur en daar zal dat eerste WODC-onderzoek zeker ook mee te maken hebben gehad. Dat past wel mooi in dat verhaal van hoe kunnen we die behandelduur terugdringen. Dus dat was eigenlijk ook een argument om hiermee aan de slag te gaan. (DJI)

Bij sommige betrokkenen bestaat het beeld dat er vooral een financiële achtergrond is achter het Project, immers langer behandelen kost meer geld. In de focusgroep is hierover doorgeproken (zie hoofdstuk 5).

Ten aanzien van de doelen blijkt het van belang de doelen van individuele zorgconferenties te onderscheiden van die van het Project, al kan het hoofddoel van het Project om te komen tot een passende en verantwoorde vervolgzorg (in meervoud) ook het doel van een individuele zorgconferentie zijn. Daarbij is overigens gaandeweg ook wel duidelijk geworden dat als de huidige plek het meest passend is, dat ook een goede uitkomst is van de toets of alles geprobeerd is. In het begin was men, zeker vanuit de LFPZ, bij sommige patiënten wel eens verbaasd over de in de zorgconferentie uitgedragen drang tot voortgang bij het ministerie en andere partijen.

En daarbij komt, voor zover ik weet, de enorm kritische houding van de RSJ op de eigenlijke ontoelaatbaarheid van een soort fuik. Als je eenmaal in de LFPZ komt, dan kom je er nooit meer uit. Dan is het vaak levenslang. Daar hameren de advocatuur dan op en de RSJ was dan buitengewoon kritisch op longstay als systeem. En daarom wilde het ministerie voor mijn gevoel een uitweg hebben om uit te leggen waarom dat zo was zoals het was. (LFPZ)

De middelen die onderdeel vormen van de zorgconferenties – het gemeenschappelijk doeleigenaarschap en het 'out-of-the-box'-denken – zijn gaandeweg ook wel doel op zich geworden, als een soort procesdoelen naast het uitkomstdoel. Nu er ook al eerder dan na 15 jaar zorgconferenties op maat worden gehouden, is het doorbreken van (geconstateerde) impasses ook een belangrijker doel geworden. Immers niet iedereen die 15 jaar in de tbs verblijft, zit in een impasse. Het gemeenschappelijk doeleigenaarschap wordt met name vanuit de klinieken niet altijd herkend, juist omdat men daar toch het meest de verantwoordelijkheid voelt voor het traject. Ook is met name de kliniek soms kritisch op het 'out-of-the-box'-denken, omdat het wilde (onrealistische) suggesties – er wordt ook wel gesproken van een 'hosannastemming' – kunnen leiden tot verkeerde verwachtingen.

Vooraf vanuit de advocatuur wordt de zorgconferentie ook gezien als een mogelijke toets op de koers van de kliniek, juist omdat er zo weinig rechtspositionele mogelijkheden zijn daartoe. Zo vullen de zorgconferenties dus ook een leemte die gevoeld wordt ten aanzien van de voorheen bestaande mogelijkheden om (effectief) een impasse in de behandeling te doorbreken.

Organisatie

De aanvraag voor een zorgconferentie komt meestal vanuit de kliniek binnen bij DJI. Indien dit het geval is, wordt eerst intern bij DIZ een soort pre-advies geformuleerd in een indicatie overleg. Hierin wordt bekeken welke stappen eventueel genomen kunnen worden om de impasse te doorbreken voordat over wordt gegaan tot het beleggen van een tijdsintensieve zorgconferentie waar ze soms "met z'n twintigen bij elkaar gaan zitten" (DJI). De aanvraag voor een zorgconferentie kan overigens ook vanuit de patiënt en diens advocaat worden gedaan of door het ministerie zelf geïnitieerd worden. Het komt ook voor dat de aanleiding is dat de tbs-verlengingsrechter het heeft overwogen.

Als tot een zorgconferentie is besloten gaat het ministerie vervolgens aan de slag met het samenstellen van de deelnemers, waarbij de meeste geïnterviewden vanuit verschillende organisaties aangeven dat je op een vrij infor-

mele en laagdrempelige manier kan aanvragen of een bepaald persoon ook kan worden uitgenodigd.

In het begin niet. In het begin nodigde het ministerie de deelnemers uit en nu zie je dat het ministerie daar steeds meer het overleg over zoekt met ons en dat is prettig. (LFPZ)

Ik heb het idee dat er wel soepel mee omgegaan wordt als je wilt dat bepaalde mensen erbij zitten. Een bewindvoerder heb ik een keer erbij gevraagd. Ja, dat gaat wel. Ze staan er gewoon voor open en daarmee reiken ze de mogelijkheid aan. Ja, maar je moet het uiteindelijk wel zelf inbrengen. (Advocaat)

Als we hem aanvragen dan kunnen we mee bepalen wie er uitgenodigd worden. Trouwens ook als je als deelnemer uitgenodigd wordt extern en je denkt van nou ik denk dat het verstandig is om Jantje en Pietje van die en die instelling te vragen, dan kan dat altijd. Dus er is wel ruimte om mee te denken over wie er uitgenodigd worden. (Kliniek)

Overigens is het niet voor iedereen duidelijk dat je zelf personen kan aandragen, sommige

advocaten blijken daar in de interviews bijvoorbeeld geen weet van te hebben. Uit de interviews blijkt dat de aanwezigheid van een aantal deelnemers vast staat, zoals de patiënt, de advocaat, de kliniek, een andere zorgaanbieder (een beoogde vervolgvoorziening, of iemand met een casus specifieke deskundigheid), en uiteraard het ministerie als voorzitter (DIZ). Uit de dossierstudie blijkt ook dat niet altijd deze vaste partijen er zijn (zie Tabel 2.4). Per zorgconferentie wordt bekeken wie als afgevaardigde van de kliniek deelneemt, dit is naast de hoofdbehandelaar meestal een sociotherapeut, de persoonlijk begeleider, of een maatschappelijk werker; vaak personen die de patiënt het beste kennen.

Wat ik wel belangrijk vind is dat sociotherapeuten aanwezig zijn. Dat hebben we steeds vaker gezien. Dat zijn mensen die dagelijks met de patiënten omgaan. In de interactie, tussen de sociotherapeut, persoonlijk begeleider, en de patiënt, zie je dan wat er dan eigenlijk gebeurt en hoe dat dan gaat. (DJI)

De verdere samenstelling van de deelnemers aan de zorgconferentie lijkt meer fluide en afhankelijk van de casus. Genoemd in de interviews worden verschillende andere partijen, zoals de reclassering, vertegenwoordigers

van het Adviescollege Verloftoetsing (AVT), seksuologen, psychiaters, CCE, het OM. Pro Justitia rapporteurs die als laatste over de patiënt gerapporteerd worden, worden ook vaak uitgenodigd. Klinieken vinden dit overigens niet standaard nodig, wellicht eerder als er verschil van visie bestaat. Vanuit de kant van de patiënt kan soms ook een familielid aanwezig zijn, een bewindvoerder of wettelijk vertegenwoordiger. Uitnodiging van de juiste partijen vraagt volgens de meeste respondenten een goede voorbereiding en inzicht in de specifieke vraag of aanleiding (knelpunt) van de zorgconferentie. Op de vraag of er wel eens deelnemers overbodig bij een zorgconferentie aanwezig zijn, wordt – uiteraard naast incidentele missers bij externe deskundigen bijvoorbeeld – door de meeste respondenten, inclusief de reclassering zelf, de aanwezigheid van de reclassering in veel gevallen minder relevant geacht. Dit is vooral in gevallen waarin resocialisatie (zicht op transmuuraal verlof), en dus een rol voor de reclassering, nog niet aan de orde is. Dit wordt inmiddels al veel meer casus-afhankelijk bekeken aangezien de reclassering er in een eerder stadium vaak standaard aanwezig was, en nu alleen op uitnodiging komt.

Ik denk dat het goed is om daar echt per casus naar te kijken. Moet iemand van verlof of van de reclassering erbij zijn? Als we nog

helemaal niet zover zijn, dan hoeft iemand van de reclassering er helemaal nog niet bij te zitten. Dan heeft de bewoner alleen maar meer verwachtingen. (LFPZ)

Ja, zeker bij die longstay inderdaad. Daar heb ik echt een paar keer bijgezet dat ik denk ja. Dat hadden ze van tevoren ook kunnen bedenken om te horen dat de reclassering echt wel heel ver weg is of misschien wel nooit in beeld komt. Ja, nee in die zin zijn wij dan denk ik nog het meeste een buitenbeentje, zeg maar van de hele club. (Reclassering)

De grootte van de groep deelnemers varieert en is casusafhankelijk. Vanuit elke hoek kunnen er bepaalde personen worden aangedragen en er is geen hard minimum of maximum aantal aan verbonden. Al lijkt wel oog te zijn voor het bewaken van het aantal deelnemers in een zorgconferentie:

We moeten ervoor waken dat de groep niet te groot wordt, maar dat we toch beperkt blijven. Eigenlijk maximaal tien, dat is het wel zo'n beetje. Ja goed, soms zitten we er ook iets boven, maar dat is wel beetje het maximum. (DJI)

Al wordt de grootte van de groep in de interviews genoemd als aspect dat als spannend kan worden ervaren door de patiënt. De aanwezigheid van de patiënt is een belangrijk onderdeel in de opzet, dat door iedereen gewaardeerd, en soms zelfs benoemd wordt als een soort minimum vereiste:

Nou dat vind ik soms ook heel zinnig, dat ze een beeld van hem krijgen, zien, horen, dat hij reële dingen zegt. Ja, nou ja dat vind ik waardevol. (Advocaat)

Ja, ik moet zeggen dat ik het wel een mooie vorm vind. [...] iemand krijgt ook veel meer kleur voor de aanwezigen dan alleen maar van papier. (Kliniek)

Ze [patiënten] hebben zelf ook ideeën over waarom het niet goed loopt en of je daar als kliniek wel of niet mee eens bent is het wel van belang om daar het gesprek over te kunnen voeren. (LFPZ)

Opzet

Al doende is men vrij snel tot de huidige opzet of vorm gekomen van twee uur, waarbij het eerste uur de patiënt er bij is of kan zijn.

Ja en dan in begin nog zonder patiënt advocaat, en dan later wel met patiënt en advocaat. Toen hebben wij ook die vorm bedacht om het in twee delen doen: eerste deel met de eld at en dan het tweede deel zonder eld at, maar wel met advocaat. Dat is langzaam gegroeid en tegen de tijd toen we in 2017 met 15+ zorgconferenties begonnen, hadden we dat zo al een paar jaar uitgevoerd, maar niet in grote aantallen nog. We zagen eld at het groeide, omdat klinieken daar zoals gezegd weet van kregen en zeiden van 'dat vinden wij wel een mooie manier'. (DJI)

Overigens blijft het maatwerk, omdat een patiënt er soms niet (zo lang) bij kan of moet zijn ("vrij beperkte spanningsboog"), of soms juist het tweede uur er wel bij mag zijn (zie verderop). De opzet tijdens de zorgconferentie volgt over het algemeen een vast patroon. Het eerste uur staat voornamelijk in het teken van de kliniek die start met een samenvatting van het lopende traject, het duidelijk maken van de probleemstelling en de patiënt die tijd krijgt om zijn of haar verhaal te doen, zeker ook omdat de patiënt er het tweede uur niet bij is.

Wat ik hoop te doen is wel regie nemen als het gaat over de introductie. Ik ken de casus, ik snap waarom die zorgconferentie

er is. Daar zit natuurlijk altijd een voortraject aan en daar zit een verhaal aan vast vanuit ons perspectief. (Kliniek)

Als het gaat om een van mijn eigen patiënten dan is mijn rol om de casus te introduceren en de vraagstelling denk ik je helder op tafel te krijgen. [...] In principe is wel de structuur van de zorgconferentie dat eerst de opening is dan het voorstelrondje en dan gaat het over de patiënt en welke vraag beantwoord zou moeten worden. (LFPZ)

Respondenten uit de klinieken benoemen over het algemeen dat ze niet het gevoel hebben dat ze zich moeten 'verdedigen', maar dat ze juist bezig zijn met het goed uiteenzetten van de stappen die tot nu toe zijn genomen en gericht om hulp te vragen, op de punten dat ze er samen niet uit komen. De inbreng van de andere aanwezige partijen wordt dan ook enorm gewaardeerd, ook in relatie tot de aanwezige patiënt:

Ik vind het juist leuk, want zelf ken ik de patiënt meestal heel goed. Ik vind het juist leuk dat andere partijen dan op een net iets andere manier vragen stellen, waardoor je net weer iets andere antwoorden gaat krijgen van de bewoner. Of dat je juist

inderdaad door de vragen die gesteld worden precies de problematiek van de bewoner tentoon stelt die wij dagelijks zien. Dat is heel erg leuk. Zij hebben heel vaak gewoon echt goede vragen en hun inbreng is zeker van meerwaarde. (LFPZ)

De gegroeide opzet van de zorgconferentie waarbij het eerste uur de patiënt aanwezig is en het tweede uur niet, wordt door vrijwel iedereen begrepen en ondersteund. De motivering hiervoor is, naast het feit dat een uur vol vragen voor een patiënt vaak al te veel zal zijn, vooral om de vrije loop van de discussie tussen de experts te faciliteren en bevorderen:

Maar ik vind het ook fijn dat er een tijdje de discussie is zonder de patiënt. Dus het is echt wel allebei. Omdat je soms vrijer moet kunnen discussiëren over iemand, want die gaat overal op reageren en soms moet je gewoon even met elkaar kunnen nadenken over hersenspinsels. En niet alle patiënten zijn bij machte om dat te kunnen volgen. Het gaat over hun levens, zijn overal emotioneel bij betrokken, reageren overal op, willen iets meteen. (Kliniek)

Alleen sommige advocaten hebben er af en toe een dubbel gevoel bij dat hun cliënt er alleen het eerste uur bij is, omdat zij de belan-

gen van de cliënt behartigen en zij zelf er het tweede uur wel bij zijn. In bepaalde gevallen is het een advocaat ook gelukt om zijn cliënt er het hele tweede uur bij te mogen houden, bijvoorbeeld omdat die intelligent genoeg is om alles te volgen en onder de afspraak dat die alleen toehoort. Patiënten lijken er in de ogen van anderen minder problemen mee te hebben dat ze er het tweede uur niet bij zijn, maar dat komt ook door hoe het gepresenteerd wordt: zo is het gewoon. Door patiënten zelf worden verschillende geluiden benoemd met betrekking tot de duur van de zorgconferentie en hun aanwezigheid daarbij. De één geeft aan er graag het tweede uur ook bij te willen zijn, en de andere toont zelf het inzicht dat dat niet voor iedereen haalbaar is:

Dat ik wat meer tijd zou willen hebben om erbij te zitten. De terugkoppeling krijg ik van mijn advocaat. Dat de terugkoppeling ook wordt gedaan in de zorgconferentie. (Patiënt)

Sommige mensen kunnen het ook niet aan om er de hele tijd bij te zijn. Dus hoe het nou gaat vind ik prima. En achteraf hoor je wel terug hoe het is gegaan. (Patiënt)

Ja, ik vond het wel vervelend. Was er graag helemaal bij geweest, maar ja je hebt er niks over te zeggen. [...] Ze verlangen van mij dat ik open en transparant ben naar iedereen, en dat verwacht ik dan eigenlijk ook van een ander terug. (Patiënt)

Het tweede uur is dan meer de 'out-of-the-box'-sessie. Dan is er ruimte om zonder de patiënt met elkaar te sparren over allerlei mogelijkheden. Alle geïnterviewde personen geven aan dat er doorgaans naar iedereen even goed geluisterd wordt, mede door de rol van de voorzitter die dit in goede banen leidt, en dat elke inbreng en elk perspectief onderzocht wordt. Uit de interviews komt wel een spanningsveld naar voren tussen de rol van de advocaten in een zorgconferentie aan de ene kant en de medewerkers van de kliniek aan de andere kant:

Ja die zeggen van, 'daar moet je naartoe', en totaal niet weten wat eigenlijk passend is voor die man. [...] En dan ja, daar heb ik soms wel moeite mee en dan eigenlijk kijken ze dan niet naar kwaliteit van leven, maar alleen naar wat hun cliënt zegt of wil of wat zij zelf willen. Of dat ze over voorwaardelijke beëindiging beginnen of zo [...] en daarmee veroorzaakt dat heel veel onrust voor de cliënt en wij moeten het weer oplossen, hè? (LFPZ)

Geïnterviewde advocaten benoemen deze ingewikkelde rol zelf ook in het kader van de belangenbehartiging van hun cliënt:

En dan vind ik dat wel lastig wat mijn inbreng dan moet zijn daarin, want niet elke cliënt is heel reëel in wat hij wil en als advocaat moet ik zijn belangen behartigen, maar de vraag is wat is zijn belang? Is zijn wens zijn belang? Of is het zijn belang om zo snel mogelijk uit de tbs te komen? Daar worstel ik wel wat mee. (Advocaat)

Aan het eind van een zorgconferentie wordt getracht een antwoord te geven op de aanvankelijke vraagstelling, of een conclusie te trekken, of een advies te formuleren. Dat dit soms achterwege blijft wordt bij de verbeterpunten besproken, net als de onderdelen van verslaglegging en opvolging. Soms komt het ook gewoon voor dat er inhoudelijk geen goede conclusie kan worden getrokken, of dat de conclusie is dat iemand dan maar moet blijven waar die zit. Soms is die uitkomst bevredigend, als die plek ook als passend wordt ervaren, soms niet.

Je komt misschien tot de conclusie dat je eigenlijk niet tot een goede conclusie kan komen, want het is zo'n dilemma dat je denkt, ja, we weten niet meer wie dat kan, ook al zit je met die man daar een dag voor.

Dat gewoon iedereen denkt ja ik zou niet weten wat er eigenlijk verder moet dan opnieuw nog proberen op een andere plek of op dezelfde plek. Dan voelt het niet echt alsof je die uren dossieronderzoek en dan die vergadering en overleg zoveel heeft geholpen. (Kliniek)

Bereiken doelen en werkzame elementen

Bereiken doelen

Als gevraagd wordt of het hoofddoel van het komen tot passende en verantwoorde vervolgtrajecten gehaald worden, heeft – wellicht op één patiënt na – de indruk dat dit inderdaad met de zorgconferenties wordt bereikt. Enkelens noemen daarbij de nuance dat een passend vervolgtraject ook het voortzetten van het verblijf op de huidige plaats kan zijn. In ieder geval meent iedereen dat, ook in financiële zin, de baten ruimschoots opwegen tegen de kosten. Over het doel van het Project om een goed beeld te krijgen van de groep, is men vanuit DIZ positief, al is nog niet iedereen ‘gezien’ en is er nauwelijks centrale registratie. De dossierstudie uit dit onderzoek draagt hier ook aan bij. Men krijgt ook een goed overzicht van de mogelijkheden en onmogelijkheden in het veld, qua vervolgvoorzieningen bijvoorbeeld voor bepaalde typen patiënten (zoals eerder gememoreerd).

Zo kan het ministerie enigszins sturen op de ontwikkeling van plaatsen waar een tekort aan bestaat. Dit heeft ook wel geleid tot doorbraken in overleggen tussen het ministerie en het forensische veld om tekorten aan te pakken, bijvoorbeeld om meer langdurig verblijfsplekken te creëren. Plekken waar de nadruk niet meer ligt op behandeling, maar op wonen en kwaliteit van leven, met de benodigde zorgintensiteit zodat de risico’s te waarborgen zijn. Het is opvallend dat bij de effecten van zorgconferenties respondenten vaak ‘casus-overstijgende’ effecten worden aangehaald. Als andere casus-overstijgende effecten worden wel de ‘vermenselijking’ genoemd, als tegenhanger van ontmenselijking, door het persoonlijk te moeten treden van de burger door het ministerie, en kennis en begrip voor elkaars mogelijkheden (binnen het veld) en perspectieven als ‘smeerolie’ van het systeem. In de focusgroep is over deze casus-overstijgende effecten doorgesproken (zie hoofdstuk 5).

Smeerolie ja, want als je me vraagt wat brengt de zorgconferentie, dan is het vooral dat. Het is vooral over en weer bekendheid over en weer goodwill over en weer verantwoordelijkheid durven nemen. Eens de ander iets gunnen, iets toespelen, eens een risico durven nemen. Dat is allemaal van toepassing op een hele hoop

aan de tbs-sector gerelateerde gebieden. Absoluut. Deze bijvangst is misschien wel de belangrijkste opbrengst van de zorgconferenties. (Kliniek)

Op casusniveau werkt dit door in het doel van gemeenschappelijkheid. Door het ‘confereren’ kan men zich vaak beter verplaatsen in elkaars perspectief en standpunt en daar meer begrip voor opbrengen. De tijd en aandacht die daarbij hoort, heeft volgens sommigen op zichzelf al een heilzaam effect. Alle partijen, waaronder de patiënt, voelen zich tijdens een zorgconferentie gehoord. Ook het andere procesdoel van het ‘out-of-the-box’-denken wordt door velen als werkzaam element beschouwd, al zitten daar ook wel eens slechte ervaringen tussen. Dit hangt soms samen met de passende deskundigheid van aanwezigen.

Werkzame elementen

Onder de werkzame elementen van zorgconferenties die genoemd worden, komen vanuit verschillende kanten voornamelijk het directe contact tussen de partijen en hiermee samenhangend het ‘out-of-the-box’-denken duidelijk naar voren. Dat directe contact wordt als positief ervaren door ‘verbinding’ die wordt gecreëerd om met alle verschillende partijen aan tafel te zitten en met elkaar te bekijken wat je kan bereiken. Zo wordt door meerdere respondenten uit de klinieken verteld over de samenwerking die mogelijk verbetert:

Je neemt de tijd om te praten met elkaar, hè? Dat scheelt en je kan uitleggen waarom je dingen doet of hebt gedaan of onderbouwen waarom je iets probeert of niet. (Kliniek)

Dat verbindt elkaar weer. Dat je elkaar weer recht in de ogen hebt gekeken. Heb je ook soms kans dat je met elkaar verbindt aan iets. En het oprecht gewoon gaat proberen, omdat je met mensen werkt. [...] Mijn ervaring is wel dat je elkaar meer gaat begrijpen en meer gaat vinden. [...] Als je elkaar in de ogen kijkt en met elkaar de discussie aangaat, dan kan het nog wel eens genuanceerder liggen en kan het dus ook zo dat je daarna meer met elkaar en iets gaat verbinden. (Kliniek)

Het directe contact en het verbinden lijkt bij te dragen aan versteviging van de onderlinge relaties en het onderlinge begrip, maar daarnaast is het ook gewoonweg prettig om kennis te nemen van wat andere te bieden hebben (zoals de LFPZ of een bepaalde vervolgoorziening). Zeker doordat de zorgconferenties ten tijde van het Project 15-plus (voor de digitale corona-periode begon) fysiek plaatsvonden in de kliniek waar de betrokken patiënt verblijft, kregen externe deskundigen, bijvoorbeeld verbonden aan andere klinieken, ook inzicht in wat voor

plek het is en wat men doet/kan in bijvoorbeeld een LFPZ of juist een behandelkliniek. Ook bij het directe contact worden aspecten genoemd die onder de noemer 'vermenselijking' gevat kunnen worden, bijvoorbeeld het ministerie dat in de zorgconferenties een gezicht krijgt voor bepaalde partijen. En dat geldt ook andersom voor het ministerie ten aanzien van de patiënt.

Het is wel goed om er even met je voeten in de klei te gaan staan om te kijken hoe dat nou in de praktijk werkt, hè? Want het is wat anders, als je daar [van]achter een bureau over moet oordelen, dan dat je met de persoon waar het om gaat bent, en dat hij ook weet wie jij bent. (Advocaat)

Dat ze toch wel luisteren naar jouw plan naar jouw idee, wat [het] was mijn idee ook, maar ook van advocaten en andere mensen. Dat ze ja, toch wel belangrijk is dat ze luisteren [...]. (Patiënt)

Overigens kan de impact (en dus meerwaarde) van het directe contact in de digitale zorgconferenties – in coronatijd – minder groot zijn, zo geven verschillende respondenten aan.

Ik snap dat het niet anders kan, maar wij moeten toch de cliënt wat meer zien. Het gaat uiteindelijk om die cliënt. Je moet

daar wel iets bij gaan voelen of ruiken of zien, wil je daar ook iets over kunnen zeggen. (Reclassering)

Bij sommigen bestaat de indruk dat het succes (van dit directe contact) vooral ook samenhangt met bepaalde 'poppetjes', bijvoorbeeld van DIZ, of juist bepaalde deskundigen uit het veld met veel ervaring of specifieke expertise. Anderen menen echter dat meer mensen dergelijke rollen zouden moeten kunnen vervullen. Er moet een balans gezocht worden tussen het uitbreiden van de poule van mensen waaruit geput kan worden – ook door ervaring bij de zorgconferenties op te doen – maar er ook voor te waken dat de 'beste' mensen voor een casus aan tafel zitten. Onder deze noemer van maatwerk, valt volgens sommigen juist ook het informele en 'fluïde' karakter – gebaseerd op consensus en niet op regelgeving. Bij de verbeterpunten blijkt dat niet iedereen dat zo ziet. Als andere werkzame elementen van de zorgconferenties worden de procesdoelen van het 'out-of-the-box'-denken en gemeenschappelijk doeleigenaarschap genoemd.

Ik vind dat out of the box denken een heel mooi fenomeen. Dan zie je dus ook dat als je de juiste instellingen gewoon aan tafel hebt dat er gewoon mogelijkheden zijn die anders niet gezien worden (Reclassering)

Een aspect dat vaker genoemd is in de interviews is de 'doorzettingmacht' van het ministerie dat de zorgconferenties voorziet.

Dat kan soms (als financierder) zaken, zoals een bepaalde overplaatsing buiten de gebruikelijke kaders, 'forceren', waar een kliniek de mogelijkheden niet toe heeft. Overigens hoeven vervolgstappen niet eens formele veranderingen te zijn, maar kleine dingen bijvoorbeeld in de bejegening die belangrijk kunnen zijn:

Misschien moet je eens gaan proberen niet elke keer te zeggen wat hij verkeerd doet, maar vooral veel meer gaan zeggen wat hij goed doet en veel meer complimenten geven. Die man was heel gevoelig, die heeft zijn leven nooit positieve feedback gekregen. En dat was een hele belangrijke conclusie vond ik uit de zorgconferentie en dat zijn ze ook gaan toepassen. Ze zijn hem positiever gaan benaderen [...]. (Advocaat)

Overigens wordt de werkzaamheid van de zorgconferenties vaak juist ook afgemeten aan de geringe werkzaamheid van andere instrumenten in dit verband. Dat zou tot slot nog als een casus-overstijgend effect genoemd kunnen worden, dat er zicht is ontstaan op het tekort van het bestaande instrumentarium om stagnerende trajecten vlot te trekken of impasses te doorbreken.

Waardering en meerwaarde t.o.v. andere instrumenten

Meerwaarde t.o.v. ander instrumentarium

Vanuit alle betrokken partijen is er veel waardering voor het instrument van de zorgconferenties. Ze zijn een toevoeging aan het bestaande instrumentarium voor het toetsen van behandelduur – en voortgang en doorbreken van impasses. Sterker nog, nu ze ook al voordat een patiënt 15 jaar in de tbs heeft gezeten op aanvraag georganiseerd kunnen worden, is het project enigszins slachtoffer geworden van het eigen succes. Er is zo'n grote vraag naar, dat niet binnen de gewenste termijn in het aanbod kan worden voorzien. Daarmee hangen dan ook wel wat negatieve geluiden samen, want door de capaciteitsproblemen en zonder goede timing neemt de werkzaamheid mogelijk af. Incidenteel komt het overigens wel voor dat een zorgconferentie niet aan de verwachting voldoet van een betrokken partij, met name enkele advocaten geven daar voorbeelden van. Ook wil deze hoge mate van waardering niet zeggen dat er helemaal geen verbeterpunten zijn (zie paragraaf 3.2.6). Eén van die punten is ook het borgen van dit alom gewaardeerde instrument voor de toekomst.

Ja, op dat moment ligt er een probleem op tafel dat opgelost moet worden. Er is een impasse en wij zitten vast, wat kun je eraan doen. Als iedereen zich daarvoor inzet om daar over na te denken, om daar open in mee te praten, ook de kliniek zelf. En dat werkt. Dat vind ik geweldig en het leidt tot iets. Het zet dingen in beweging. Daarom ben ik een ontzettend fan van de zorgconferentie. [...] Je moet soms creatief zijn en wat lef hebben. Je moet risico's durven te nemen en voorwaarts denken. [...] Kijken, kunnen wij hier beweging in krijgen. (Advocaat)

Niet toevallig staat hierboven een lovend citaat van een advocaat. Er wordt van verschillende kanten benoemd dat het succes van de zorgconferenties eigenlijk het tekort van het (voorheen) bestaande instrumentarium aantoonde. Veel van de werkzame elementen zijn juist de zaken die het onderscheiden van het overige instrumentarium. In het blok hieronder worden overige instrumenten genoemd die – met name door patiënten en hun advocaten – aangegrepen zouden kunnen worden om de lange duur van de tbs, of het gebrek aan voortgang ter discussie te stellen, zoals genoemd door de respondenten. Vervolgens zullen de verschillen tussen zorgconferenties en die instrumenten worden langsgedaan, om aan te geven wat de

eventuele meerwaarde van de zorgconferentie is. Waar het gaat om meerwaarde ten opzichte van ander instrumentarium, is het van belang ook enig begrip te hebben van de kenmerken, beperkingen en mogelijkheden daarvan. Nu de zorgconferenties zelf al verschillende doelen hebben of worden toegedicht, hebben de onderstaande ‘instrumenten’ ook niet allemaal gelijksoortige doelen. Een kenmerk dat ze gemeen hebben is dat het een blik ‘van buiten’ betreft op de koers van de kliniek, via de band van de duur van de maatregel (externe rechtspositie: bevoegdheid rechter) of de inhoud van de tenuitvoerlegging (interne rechtspositie: bevoegdheid ministerie en kliniek), waarbij het proberen te stimuleren van behandelvoortgang of het doorbreken van een impasse aan de orde kan komen. In kader 3.1 wordt een overzicht gegeven van het overige instrumentarium, die vervolgens in vergelijking met de zorgconferentie worden langsgelopen.

Toetsen van de duur van de tbs: verlengingszittingen, pro Justitia rapportage

Hoewel zorgconferenties bij de 15+ groep zijn ingegeven door de lange duur van de tbs, kunnen er geen bindende conclusies worden getrokken of adviezen worden gegeven ten aanzien daarvan. Ze hebben eerder betrekking op de wijze van tenuitvoerlegging van de tbs, om voortgang of versnelling in het behandel-

traject te bewerkstelligen via de passende en verantwoorde vervolgstap. Maar dat is juist heel belangrijk, want de instrumenten die wel over de duur van de tbs gaan, bieden doorgaans pas kansen op versnelling van de voortgang als er sinds de vorige toets al enige voortgang is geboekt. Zo’n toets wordt gedaan door de rechter in zogenoemde verlengingszittingen. Die zijn dus in de formele setting van de rechtspraak, vaak aan strakke tijdslimieten gebonden, terwijl er in de zin van deelnemers aan het proces niet voor anderen dan rechters, officier, advocaat, patiënt, vertegenwoordiger van de kliniek en/of reclassering en eventueel een andere deskundige plaats is en de partijen mogelijk meer tegenover dan naast elkaar staan. Zorgconferenties zijn dus informeler (‘vrijer’), langduriger en gemeenschappelijker dan verlengingszittingen, ook wordt er in de woorden van een rechter ‘meer mét elkaar gesproken in plaats van óver de tbs-gestelde’. Zoals in de zorgconferenties geen bindende conclusies kunnen worden getrokken over de duur, kan de rechter enkel over de duur maar niet over de wijze van tenuitvoerlegging een beslissing nemen.

In de rechtstreekse zin hebben wij niet zoveel mogelijkheden. Wij kunnen namelijk niet zeggen dat we ons inhoudelijk met de behandeling gaan bemoeien, en dat we

Kader 3.1 Overzicht van overig instrumentarium

Toetsen van de duur van de tbs:

- Verlengingszittingen (uiterlijk elke twee jaar)
- Onafhankelijke pro Justitia rapportage (elke vier jaar of op verzoek rechter)
- Contra-expertise (op verzoek verdediging)

Toetsen/veranderen van de wijze van tenuitvoerlegging: algemeen

- Bemiddeling
- Intern collegiaal overleg
- Extern collegiaal overleg
- Driegesprek patiënt, kliniek, advocaat
- Observatieplaatsing in andere kliniek of PBC
- Verzoek om overplaatsing, rechtsmiddel

Toetsen/veranderen van de wijze van tenuitvoerlegging: LFPZ-status

- LAP-toetsing (uiterlijk elke twee jaar)
- Bijbehorende rechtsmiddelen

bij wijze van spreken aanwijzingen gaan geven in welke richting het behandeltraject zou moeten gaan. Wij moeten daar ook voorzichtig mee om gaan. Onze mogelijkheden gaan meestal in de richting van een overweging ten overvloede. Dat bijvoorbeeld de diagnostiek ondersteund wordt of dat we er vanuit gaan dat iets voortvarend wordt voortgezet of aangepakt. Meestal in die richting, maar we hebben niet de mogelijkheid om rechtstreeks aan mensen richting te geven, die te maken heeft met de inhoud van de behandeling. (Rechter)

Zo'n overweging ten overvloede kan ook zijn dat er een zorgconferentie zou moeten plaatsvinden, maar hoewel dat als een zwaarwegend advies wordt beschouwd zijn de partijen daaraan niet gebonden. Andere mogelijkheden die een rechter heeft: hij kan met één jaar in plaats van twee jaar verlengen om 'de vinger aan de pols te houden'. Op papier kan de rechter tegen het advies van de kliniek in de dwangverpleging voorwaardelijk beëindigen, maar in de praktijk zal dat slechts bij hoge uitzondering gebeuren als dat inhoudelijk verantwoord wordt geacht – doorgaans niet om een impasse te doorbreken –, hetzelfde geldt voor een doorplaatsing naar de GGZ. Ook kan de rechter nader onderzoek gelasten, in de

praktijk kan dat in uitzonderlijke gevallen een observatieplaatsing in het PBC inhouden. Dat is in theorie zelfs mogelijk als er al een onafhankelijke rapportage ligt. De wet, waarin de verlengingsprocedure verankerd is, eist namelijk dat er elke vier jaar een onafhankelijke gedragskundige rapportage plaatsvindt. Dat is een toets op het inhoudelijk oordeel van de kliniek over de gevaarlijkheid als grond voor de verlengingsbeslissing. Maar ook de koers van de kliniek om de gevaarlijkheid terug te dringen wordt daarin meegenomen. Soms vindt een kliniek een ander oordeel gebaseerd op een paar gesprekken, ten aanzien van de diagnostiek of de koers, minder waardevol dan het eigen oordeel op basis van het lange verblijf van de tbs-gestelde in de kliniek.

Er is zeker niet altijd consensus. Vaak is het antwoord van de kliniek dat ze zich niet kunnen vinden in het oordeel en de dingen van een Pro Justitia rapporteur. En de meerwaarde van de zorgconferentie is nou dat je al die partijen, al die functionarissen, bij elkaar zet en tracht met elkaar in een tijdsbestek van twee uur te komen tot een soort consensus op basis waarvan adviezen worden gegeven aan de huidige kliniek van ga die en die richting uit. (Pro Justitia rapporteur)

Als die oordelen in een verlengingszitting tegenover elkaar worden gezet, dissensus is een reden voor rechters om deskundigen op zitting te vragen, komen de standpunten minder snel tot elkaar, ook weer vanwege het gebrek aan gemeenschappelijkheid. Dat is nog sterker het geval wanneer de patiënt of advocaat zelf een deskundige vraagt voor een contra-expertise op het kliniekadvies of de onafhankelijke rapportage. Dit komt echter niet heel vaak voor, omdat er een financieel risico is voor de advocaat/patiënt en omdat de meeste rapporteurs laten weten deze rol liever niet te willen vervullen.

De deskundige krijgt van mij de stukken en hij gaat zijn gang. Ik stuur daar niet op, ook niet tussentijds of wat dan ook. Het is wat het is. Als het ware als een soort officier van justitie die die vragen uitzet en dat is het. Ik zorg ervoor dat die betaald wordt en dat is het dan. En dan zien we het rapport. Ik heb van zo'n deskundige ook rapporten teruggekregen die niet goed waren voor de klant. Dan is hij [de tbs-gestelde] zijn geld kwijt, ook dat is het. Ik zou graag een aantal gedragsdeskundigen willen inschakelen, maar die willen niet. Dat vind ik wel jammer. (Advocaat)

Als een van de partijen het niet eens is met de verlengingsbeslissing kan er in beroep worden gegaan bij de Penitentiaire Kamer van het Hof Arnhem-Leeuwarden, locatie Arnhem. Daarin zijn ook gedragskundige Raden aanwezig, die de gedragskundige inbreng van de kliniek of eventuele onafhankelijk deskundigen ook inhoudelijk kunnen toetsen, maar verder gebonden zijn aan dezelfde beperkingen als de rechters.

Toetsen van de wijze van tenuitvoerlegging van de tbs: algemeen

Als gezegd zijn zorgconferenties eerder een instrument gericht op het ter discussie stellen van de wijze van tenuitvoerlegging van de tbs. De instrumenten die daarvoor zijn, zijn minder bindend dan beslissingen door de verlengingsrechter. Er zijn wel rechterlijke instanties die gaan over de tenuitvoerlegging, de beklag- en beroepscommissie, maar die gaan enkel over inperking van rechten en vrijheden en niet over de wijze van behandeling omdat die niet als recht is geformuleerd in de wetgeving, maar als zorgplicht voor de instelling. Zaken gerelateerd aan de wijze van behandeling zijn dus niet beklagwaardig, terwijl ook de verlengingsrechter daar slechts zijdelings iets over kan overwegen. Het enige rechtsmiddel uit de interne rechtspositieregeling voor de tbs (Begin-selenwet verpleging ter beschikking gestelden,

Bvt) dat overblijft voor dergelijke kwesties is de bemiddeling door de maandcommissaris van de Commissie van Toezicht, maar dat wordt door de patiënten niet als een sterk rechtsmiddel ervaren, want voor consequenties is overeenstemming met de kliniek nodig. Andere overlegstructuren, zoals intern overleg met collega's die niet bij de behandeling in casu zijn betrokken, of extern overleg met collega's van een andere instelling, zijn afhankelijk van het initiatief van de kliniek. De mogelijkheid van een driegesprek tussen patiënt, kliniek en advocaat, is wel iets dat door de advocaat kan worden geïnitieerd, al is daarvoor wel instemming van de kliniek gevraagd (en van het ministerie als financier). Zowel advocaten als klinieken beschouwen dat als een goed instrument in geval van (dreigende) impasse of gewoon om de communicatie goed te houden.

De drie-gesprekken hè. Dat is echt wel een mooi middel om te kijken of je uit een impasse kunt komen. Er is soms echt een conflict tussen de cliënt en de behandelcoördinator of het sociotherapeutisch team, dat een bepaald traject totaal niet ziet zitten, of inperking van verloven of niet uitbreiding van verloven, nou dan is het zinvol om het driegesprek te gaan voeren. Ik heb er denk ik tien of zo gevoerd; ik denk dat tenminste

de helft van de drie-gesprekken effectief zijn geweest, dat er echt iets is gebeurd, echt iets is veranderd en er echt heel reële aandacht is besteed aan de hulpvraag. En ja, daar was ik heel content over. Dus je krijgt wel echt even heel gericht duidelijke aandacht en ook vooral omdat je zelf natuurlijk het vervolg volgt, is men daar ook wel heel serieus en consciëntieus mee bezig. Ja, dat heb ik wel ervaren. (Advocaat)

Ja en ik merk dat ik misschien nog wel wat makkelijker ben om advocaten er eens naast te zetten. Ik had bijvoorbeeld... Was best een heel ingewikkeld traject, waarvan ik vond dat de advocaat heel goed moest weten waarmee we bezig waren, want er was een autistische man en die snapte het allemaal wel, maar die kon het allemaal niet zo goed verwoorden. Dus dan roep ik er relatief snel een advocaat er even bij van goh, hier zijn we mee bezig en dan mag je het mee oneens zijn, maar dan weet je in ieder geval het complete verhaal. [...] Maar het is ook niet per se weer een stagnerend verhaal, maar gewoon van joh weten waarmee we bezig zijn, want je krijgt maar de helft van de informatie van de patiënt vanwege zijn onvermogen. (Kliniek)

Toch zijn er wel verschillen tussen het driegesprek, dat in de herinnering van respondenten iets voor de zorgconferenties is ingevoerd, en de zorgconferentie. Eigenlijk is de zorgconferentie een combinatie van de verschillende overlegstructuren, met externen, met de advocaat, met het ministerie, met als voordeel dat men op elkaar kan reageren en dus snel kan schakelen. Het driegesprek is uiteraard wel sneller te organiseren en is nog informeler. Advocaten laten wel weten dat vanuit financieel opzicht een drie-gesprek minder rendabel is. De vergoeding voor advocaten van het ministerie voor een drie-gesprek (250 euro, zonder reiskosten) is veel kleiner dan voor een zorgconferentie (600 euro). Maar het belangrijkste verschil dat door de respondenten wordt aangegeven is dat in de 'inzet' en de status of 'het gewicht':

Ja, wat ik net ook zei. Ik heb het idee dat de inzet in een driegesprek veel kleiner is dan bij een zorgconferentie. Bij een driegesprek is het misschien ook van nou 'oké, ga je dan mee doen aan de dagopening? En als je dat dan doet, dan vinden wij dat voldoende en dan mag je weer op verlof'. Even als voorbeeld. En dan gaat het erover van nou oké, zo erg is dat niet een dagopening, maar mag ik bijvoorbeeld een half uurtje later komen,

dan kan ik wat langer slapen hè? Dat is een beetje niveau van die driegesprekken en ik chargeer het een beetje hoor. Maar bij een zorgconferenties gaat het echt over: moet hij de ggz in, of moet hij naar de longstay, of moet hij overgeplaatst worden, of moet hij in het Pieter Baan Centrum opnieuw geobserveerd worden? Ja, dat zijn toch echt iets grotere vraagstukken en vaak ook op een moment dat ook de kliniek wel denkt van 'ja, we moeten wat' en dat ligt niet alleen aan of iemand bij een dagopening aanwezig is of niet. (Advocaat)

Het is ook al anders door wie er bij zitten. Zit altijd én de patiënt én de advocaat bij. Nou nodigen wij advocaten tegenwoordig vaker uit, maar inderdaad het gewicht van de van mensen van het ministerie er bij, externe deskundige, andere klinieken die meedenken, uitstroominstanties. Dus ja het heeft wel meer gewicht dan een intern overleg wat wij plannen. Maar misschien wel ook een aantal hotemetoten zitten erbij, dus het gewicht is wel ietsje zwaarder. (Kliniek)

Juist de setting van een zorgconferentie geeft de afspraken meer status, hoewel dat ook slechts een advies betreft. Wel is het een advies

dat tot stand is gekomen in overleg en over het algemeen met instemming van alle deelnemers. Dat is anders dan wanneer bijvoorbeeld iemand voor een second opinion ter observatie geplaatst wordt in een andere kliniek of in het Pieter Baan Centrum, dat opnieuw diagnostisch naar iemand kijkt.

Over classificeren kan je namelijk altijd debat hebben. Als je het hebt in beschrijvende zin, dan is er eigenlijk altijd wel consensus over, dit is er grofweg aan de hand en dit zijn de risicofactoren. Je krijgt bijna nooit hele nieuwe inzichten op behandeling bijvoorbeeld. Wat gewoon lastig blijft is dat het Pieter Baan Centrum wel iets kan adviseren, maar adviseren is soms ook in zekere vrijheid wat makkelijker. Terwijl je als kliniek de eindverantwoordelijkheid draagt voor een patiënt. De maatschappij vindt wat van ons als het met iemand misgaat. Dat soort spanningsveld heb je natuurlijk ook. Dus je hebt het Pieter Baan Centrum als advies, wat wij zeker nauwkeurig lezen en waar we echt proberen ons voordeel mee te doen. Maar bottom line is natuurlijk wel zo dat wij zelf ook moeten nadenken in welke mate wij daar voor 100% achter kunnen staan. Ook in de uitvoering met name. (Kliniek)

Een andere optie is de behandeling helemaal overdragen aan externen, namelijk door overplaatsing van een patiënt. Een patiënt of advocaat zou daar ook om kunnen verzoeken. Tegen een overplaatsing (of weigering over te plaatsen) kan de patiënt ook in beroep, waardoor dan ook de beroepscommissie van de RSJ zich over de zaak moet buigen.

Nee, we hebben het eigenlijk nog niet meegemaakt dat er iemand geweigerd heeft tegen overplaatsing. Wat er vaak eerst gebeurt als er om een overplaatsing gevraagd wordt, is dat we dat eerst intern gaan bespreken. En als er iets uit die casuïstiek komt, dan wordt er nog eerst nog een driegesprek met de directie, advocaten en de behandelaar gepland. En als dat ook blijkt zeg maar dat dan de beste keuze is om meneer over te plaatsen, ja dan is dat vaak omdat de patiënt er dan ook zelf achter staat. Is vaak het verzoek van de patiënt, niet van de kliniek. (Kliniek)

Nadeel van een overplaatsing is ook dat de patiënt vaak weer van voren af aan begint. Het moge duidelijk zijn dat de zorgconferentie in verhouding tot alle genoemde instrumenten enkele voordelen heeft. Sommige responden-

ten hebben de indruk dat hierdoor wellicht te snel naar een zorgconferentie wordt gegrepen in plaats van de genoemde subsidiaire mogelijkheden om een impasse te doorbreken eerst te benutten. In nieuw gecommuniceerde kaders is daarom ook opgenomen dat in geval van impasses bijvoorbeeld een drie-gesprek en extern overleg eerst geprobeerd moeten zijn. De zorgconferenties zouden dus volgens sommigen meer als ultimum remedium beschouwd moeten worden, voor het geval subsidiaire instrumenten geen soelaas bieden. Een nadeel van zorgconferenties ten opzichte daarvan is namelijk de ingrijpendheid, in de zin van tijdsinvestering voor alle deelnemers. Vanuit de advocatuur wordt geopperd om een algehele herziening van het genoemde instrumentarium, vooral qua afstemming op elkaar, te doen. Juist ook omdat de instrumenten in de tijd zijn opgestapeld, niet altijd op elkaar zijn afgestemd. Ook rechters geven aan het vervelend te vinden op zitting te horen dat er kort daarna een zorgconferentie gepland staat.

Ik zou... nou goed die acht plus heb je nu hè? Maar we hebben ook vier jaren en daar gaat het om verlengingsadviezen, we hebben dan acht plus, We hebben vijftien plus, we hebben LAP twee jaar. Volgens

mij moeten ze het allemaal een keer bij elkaar gaan stoppen. En doe het dan in de vorm van die zorg conferentie. Die zet je dan misschien wat groter op. Je zou zelfs kunnen denken aan het combineren met een verlengingszitting, dat je dat je dit soort zaken incorporeert in de opmaat naar een zitting. (Advocaat)

Bovendien zijn de instrumenten nu op allerlei verschillende niveaus geregeld (of niet geregeld). Zo staan sommige instrumenten in de wet, sommigen in een lagere regeling, en is de zorgconferentie eigenlijk nergens vastgelegd, anders dan in mail/briefverkeer van het ministerie. Volgens sommigen moet in de herziening van het instrumentarium vooral ook gekeken worden naar instrumenten die zich richten op de LFPZ-status.

Toetsen van de wijze van tenuitvoerlegging van de tbs: LFPZ-status

De LFPZ-status is rechtspositioneel gewoon een onderdeel van de wijze van tenuitvoerlegging van de tbs. Het wordt gezien als een (externe) overplaatsing, waardoor er ook beroep bij de RSJ tegen mogelijk is. Maar de procedure voor LFPZ-plaatsing is vanwege de veronderstelde ingrijpendheid uitgebreider en neergelegd in

het LFPZ beleidskader. De kliniek moet de plaatsing aanvragen. Vervolgens geeft de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP), mede op basis van een pro Justitia rapportage, een advies aan het ministerie ten aanzien van de plaatsing. Elke twee jaar wordt er, als in de tussentijd niet verzocht is om heroverweging, een nieuw advies door het LAP en bijbehorend plaatsingsbesluit door het ministerie genomen, waar de patiënt ook weer tegen in beroep kan. Die termijn is in 2019 aangepast om zo beter aan te sluiten bij de frequentie van de tbs-verlengingszittingen. Advocaten zijn niet tevreden over het feit dat ze geen rol hebben in de hele procedure. Dat is onderdeel van de reden dat ze via het aanvragen van een zorgconferentie toch voorafgaand aan de beslissing nog invloed proberen uit te oefenen.

Ik zag een patroon. Dat is dat wij steeds meer werden ingezet als nog een soort drempel als er een LAP-traject liep richting mogelijk LFPZ. Waarvan ik zei dat is oneigenlijk gebruik en daarmee gaan we ook iets gek doen richting een orgaan dat al bestaat, namelijk het LAP. (DJI)

Door sommige respondenten wordt de vraag opgeworpen of deze aparte procedure nog wel past bij de ontwikkelingen in de verblijfszorg. Zeker nu de LFPZ zich, mede in de zorgconferenties, manifesteert als een doorstroomlocatie, terwijl er ook veel longcare-plekken zijn, die ook langdurige verblijfszorg inhouden, zonder dat daar zo'n stevige procedure voor bestaat.

Ja, maar ik denk dat LAP in die zin nog vrij gebaseerd is op het feit dat je een behandelkliniek hebt en een LFPZ. Terwijl er nu ook veel longcare-afdelingen zijn. Als ik het dan wat explicieter mag maken, ik kan me er alles bij voorstellen dat je het LAP opheft en zegt 'jullie worden deel van het inhoudelijke clubje dat zorgconferenties voorbereid en uitvoert'. (Kliniek)

Hierover is doorgesproken in de focusgroep (zie hoofdstuk 5).

Verbeterpunten

Verbeterpunten kunnen op alle hierboven besproken onderwerpen betrekking hebben.

Verbeterpunten ten aanzien van de organisatie, opzet en werkzaamheid: voorbereiding, timing

Verbeterpunten om de werkzaamheid van de zorgconferentie te vergroten, hangen vooral samen met de voorbereiding en de planning. In de voorbereiding kan mogelijk beter nagedacht worden over wie, en hoeveel personen, deelnemen aan de zorgconferentie. Zo kan vooral het teveel aan deelnemers of de samenstelling van de groep de werkzaamheid in de weg zitten. De expertise aan tafel zal mede bepalend zijn voor de uitkomst van een zorgconferentie.

Ja, je zou misschien nog eens kritisch kunnen kijken naar wie nodig je nou allemaal uit en moet iedereen er eigenlijk wel bij zijn. (Reclassering)

Dat je dan ook heel goed moet opletten wie je aan tafel uitnodigt. Dat je zelf dan denkt die en die, maar je zit natuurlijk wel vanuit je eigen visie te denken. Dus in hoeverre bepaalt dat niet ook wie er naar de zorgconferentie komt? Dus soms denkt het ministerie daar ook actief in mee en zegt van goh is het niet mooi als je die en die uitnodigt. Maar soms ook niet. En soms denkt de patiënt daar actief in mee maar soms ook niet en de advocaat doet het

zelfde. Ik vind dat wel een kwetsbaarheid in het traject, want het hangt samen met wie je aan tafel uitnodigt. (Kliniek)

Het laatste citaat laat zien dat input van de betrokken partijen wenselijk is, maar dat er wel een goede coördinatie moet zijn. Daarbij geven meerdere respondenten vanuit verschillende hoeken aan dat de probleemstelling en verwachtingsmanagement belangrijk zijn bij het voorbereiden op een zorgconferentie. Welk probleem staat centraal? Waar ligt de nadruk? Waarom zitten we hier? Wat is het doel van dit overleg?

Ik denk dat als er gerichte vragen zijn dan is het fijn als die op van te voren bekend zijn, want dan kun je daar nog gericht op voorbereiden. [...] Dan kun je daar gewoon even specifiek naar kijken. En soms is het toch een beetje weggezakt, hè? Er kan soms ook echt wel meer als een jaar tussen zitten, dus dan weet ik het gewoon echt niet uit mijn hoofd. (Pro Justitia rapporteur)

De helderheid van de vraagstelling is ook van belang voor het aanwezig hebben van bij de casus passende specifieke deskundigheid. Na een verzoek om als externe partij bij te dragen aan een zorgconferentie, moeten klinieken op basis van die vraagstelling kritisch zijn wie van

hun behandelaren zou moeten worden afgevaardigd of zich afvragen of überhaupt iemand daarvan zou moeten worden afgevaardigd. Een respondent, die vanuit diens kliniek vaak wordt afgevaardigd naar zorgconferenties van anderen, legt een verband tussen de inspanningen van de kliniek en de mogelijkheid om tot een scherpe vraagstelling te komen.

Wat ik zie gebeuren en ik probeer dat echt te bestrijden of in ieder geval iedere keer dat ik het zie gebeuren kritisch in kaart te krijgen, er ontstaat bij klinieken echt luiheid. Handelingsverlegenheid ook wel, maar ook luiheid. Dus op het moment dat je met iemand in een traject zit waarvan je niet zo goed weet hoe je verder moet en er staat ergens een zorgconferentie gepland, dan gebeurt er niet zoveel. Terwijl ik denk wacht eens even. Als je zelf gewoon doet wat je kunt als kliniek, dan levert die zorgconferentie ook pas echt wat op. Laatst hadden wij een goed voorbeeld daarvan waar een behandelaar van een andere kliniek gewoon heel goed in een A4'tje uiteenzette, 'dit heb ik allemaal al geprobeerd en nu heb ik jullie hulp nodig om te kijken of ik nog iets over het hoofd zie'. Top, dat is hoe je het wilt. Maar wat ik steeds vaker de laatste tijd heb zien gebeuren, is dat er

dan in zo'n zorgconferentie gewoon wordt gezegd we zijn een beetje vastgelopen en toen hebben we een zorgconferentie aangevraagd. Als ik dan vraag wat hebben jullie dan in tussentijd nog zelf gedaan? Oh nee, we wisten niet dat wij dan nog zelf iets konden doen. Dat is natuurlijk wel de omgekeerde wereld. (Kliniek)

De lange wachttijd voor het plannen van een zorgconferentie op basis van het gebrek aan (personeels)capaciteit – 'slachtoffer van het eigen succes' – wordt ook benoemd als problematisch, juist omdat de timing van de zorgconferentie van belang wordt geacht, ook los van het capaciteitstekort.

[...] soms ben je alweer een beetje het moment voorbij waarop het dan heel nuttig zou zijn. Dat vind ik soms wel eens lastig, want die timing is gewoon wel echt belangrijk. (Kliniek)

Dus even in mijn ideaalplaatje, je kunt binnen nou drie ik hoop op termijn zelfs twee maanden echt een zorgconferentie garanderen op moment van aanvraag. Dan vind ik dat het ook aan de aanvragende partij is om dat goed te plannen in de tijd. (DJI)

Het systeem nu is dus ook veel te kwetsbaar. Ik vind de wachttijd van zorgconferenties niet uit te leggen lang. Niet naar de patiënt, niet voor ethiek, voor ons zelf niet, naar de rechtbank ook niet. (Kliniek)

De inflexibiliteit door het capaciteitstekort en de ‘wie het eerst komt, het eerst maalt’ planning, lijken thans een goede timing en maatwerk regelmatig in de weg te zitten. Ook kan uit eerdere zorgconferenties komen dat iemand over vier jaar wellicht aan een vervolgstap, bijvoorbeeld uit de LFPZ, zou kunnen denken. Dat soort afspraken vragen naast een goede planning ook een goede registratie.

Verbeterpunten ten aanzien van de organisatie, opzet en werkzaamheid: verslaglegging, opvolging

De verslaglegging is thans de verantwoordelijkheid van de kliniek waar de patiënt in casu verblijft. Na de zorgconferentie ontvangt iedereen een uitgewerkt gespreksverslag dat genoteerd is door de kliniek en waar door deelnemers nog op gereageerd kan worden voordat het een definitieve status krijgt en wordt toegevoegd aan het dossier. Volgens bijna alle respondenten is die verslaglegging doorgaans een goede weergave van wat er besproken is, het weerspiegelt “de essentie van de discussie”.

Soms zijn kennelijk toch niet alle reacties voor toevoeging aan het dossier verwerkt en wordt bijvoorbeeld de inhoud van de verslaglegging op de verlengingszitting betwist:

Soms zie je ook op zitting dat, zodra het verslag van de zorgconferentie komt, de advocaat zegt: ja maar dit staat er niet in, dat staat er niet in, dat heb ik anders gezegd en dat heb ik anders gezegd. Ja, dan is er al gedoe over wat er precies is gezegd. En dan kan de advocaat helemaal gelijk hebben, dat wil ik best aannemen, maar dan zitten we al met een probleem. Als de advocaat het dan van tevoren zegt, dan zou je de behandel coördinator op de zitting kunnen vragen om te kijken wat er nou werkelijk gezegd is. Alleen dan ga je een beetje de verslaglegging van de zorgconferentie overdoen. (Rechter)

Doordat steeds een andere kliniek het verslag maakt, kan de eenvormigheid een punt zijn. Ook kost het een hoop tijd van het primaire proces, omdat een goede verslaglegging nog niet zo gemakkelijk is. Daarom is in de focusgroep besproken in hoeverre de verslaglegging ook door het ministerie zou kunnen worden gedaan (zie hoofdstuk 5).

Welke partij verantwoordelijk is voor de opvolging is thans al minder duidelijk. Hoewel

bekend is dat de kliniek regiehouder is en in die zin verantwoordelijk blijft voor de behandeling van de patiënt, geven respondenten uit de klinieken aan dat er geen ‘uniforme afspraken’ zijn wat er na een zorgconferentie gebeurt. Het is dus meer afhankelijk van de uitkomst van de individuele zorgconferentie. Belangrijk hierbij is in welke mate consensus bereikt wordt over wat nu de beste mogelijkheid is. Hoewel gestreefd wordt naar consensus, zou het kunnen voorkomen dat er partijen zijn die hun ingebrachte perspectief uiteindelijk niet gereflecteerd zien in de conclusie. Soms kan dat het gevolg zijn van te weinig durf om dat uit te spreken, soms is het evident een kwestie van ‘you agree to disagree’. Toch geeft alleen al het verschil in terminologie die respondenten gebruiken tussen ‘afspraken’ en adviezen aan dat er andere verwachtingen over (kunnen) bestaan. Met name klinieken hechten eraan dat de adviezen eventueel, bijvoorbeeld vanwege een veranderde situatie of een ander of voortschrijdend inzicht terzijde geschoven kunnen worden, al lijkt dit niet vaak het geval en is het meer een principekwestie. Aan de andere kant wordt het door sommige behandelaars toch ook wel verstaan als een soort opdracht. Uiteindelijk adviezen hoeven overigens niet overgenomen te worden door de kliniek:

Het is wel goed om te weten dat zorgconferenties niet zo zijn georganiseerd dat een FPC of zorgaanbieder de adviezen móéten overnemen. Dus als er geen consensus is, blijft de verantwoordelijkheid bij de behandelaar van de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft. Het is een advies. Een behandelaar kan zeggen 'goh, ik heb geluisterd, maar ik ben het er niet mee eens'. Dat kan, want uiteindelijk blijft de verantwoordelijkheid voor de behandeling en alles wat daarmee samenhangt, die blijft bij de zorgaanbieder. (DJI)

Aan de ene kant laat dit wat ruimte voor de kliniek om aan de slag te gaan met de adviezen die voortvloeien uit een zorgconferentie. Aan de andere kant hebben andere partijen ook behoefte aan (informatie over) opvolging van de adviezen. Ook daar bestaan geen algemene afspraken over. Als dus niet specifiek in de zorgconferentie iets wordt afgesproken over opvolging, in het meest concrete geval een nieuwe datum voor een volgende zorgconferentie, is het onduidelijk hoe de opvolging van de adviezen plaatsvindt en hoe daar later een verantwoording of terugkoppeling over plaatsvindt. Advocaten hebben soms het gevoel dat ze er flink achteraan moeten (bellen).

Ja wat opgevolgd wordt, is laat maar zeggen dat je met de conclusies voor zorgconferenties, daar moet je iets mee. Ik bedoel of je dat nou leuk vindt of niet. Of ook al denk je van nou ja, dit is echt volslagen onzin. Je moet er iets mee omdat je het moet verantwoorden in het verlengingsadvies of je moet er iets mee omdat je het moet verantwoorden in een verlofaanvraag. Dus je moet in elk geval de conclusies van de zorgconferenties, net zo goed als de conclusies van de pro-Justitia rapporteurs, daar moet je iets mee. Of je moet uitleggen dat het niet haalbaar is of je moet uitleggen dat het achteraf gezien misschien toch niet zo'n goed idee was of je gaat zoeken van we gaan inderdaad dit spoor volgen, maar je kunt niet gewoon doen alsof het er niet is. (Kliniek)

Maar in een aantal gevallen zeggen we bijvoorbeeld dat er een volgende zorgconferentie komt, of we willen graag horen wat de volgende stap is. Dan probeer ik dat te bewaken. Kijk we vinden natuurlijk dat de kliniek verantwoordelijk is voor het vervolg. En de afspraken die je maakt, zijn een advies. Je wilt graag zien dat de kliniek dat dan oppakt. Soms zie je, als wij dat niet in beeld hebben, dat de advocaat aan de bel trekt. Van nou ja, toen en toen hadden

we dat en dat afgesproken, hoe staat het daarmee? Dus ik vind het wel belangrijk dat we het blijven volgen. We zijn namelijk ergens aan begonnen, dan moet je ook afmaken tot het moment dat je denkt 'dit is wat het is', of we houden ons bezig tot aan een uitplaatsing. In een aantal gevallen hebben we ook meerdere zorgconferenties gehad om iets tot een bepaald eindpunt te komen. (DJI)

Ook over opvolging is doorgesproken in de focusgroep (zie hoofdstuk 5). De vraag is in hoeverre DIZ deze taken over zou kunnen nemen wanneer er meer capaciteit is voor de organisatie en administratie van de zorgconferenties. Bij de genoemde verbeterpunten moet bedacht worden dat de organisatie van de zorgconferenties ondertussen is doorontwikkeld. Met name ten aanzien van het aantal deelnemers (vooral niet teveel) en de specifieke deskundigheid van deelnemers, passend bij de casus, is inmiddels al veel geleerd. De vraag is opgeworpen in hoeverre een poule van deskundigen een goed idee zou zijn, of dat juist behandelaars uit het tbs-veld zo breed mogelijk moeten worden uitgenodigd. Ook ten aanzien van nadruk op een goede voorbereiding door initiatiefnemers van het ministerie, vooral inclusief een duidelijke vraagstelling, zijn al slagen gemaakt.

Andere genoemde verbeterpunten hangen ook samen met het capaciteitstekort om zorgconferenties te organiseren op het moment van onderhavig onderzoek. Tegenover capaciteitsuitbreiding van personeel dat zich met zorgconferenties bezig houdt staat iedereen positief. De genoemde verbeterpunten ten aanzien van de verslaglegging en opvolging, wat nu in handen is van de klinieken, is hier ook aan te koppelen. In een citaat hierboven is ook al gespeculeerd over een groter 'inhoudelijk clubje dat de zorgconferenties voorbereidt en uitvoert'.

Verbeterpunten ten aanzien van de meerwaarde ten opzichte van andere instrumenten: regeling

De onduidelijkheid die er bestaat over de status van adviezen en daaraan gekoppeld de opvolging, hangt volgens sommige respondenten ook samen met het feit dat de zorgconferenties nergens 'geregeld' zijn. Op een paar brieven/ mails, met name ten aanzien van de indicatiestelling en aanvraagmogelijkheden na, staat er niets over op papier. Ten aanzien van de status van de adviezen speelt vooral van de kant van de advocatuur ook mee in hoeverre het niet nakomen van adviezen op de een of andere manier nog kan worden geadresseerd of afgedwongen. Hetzelfde geldt voor een negatief antwoord op een aanvraag voor een

zorgconferentie. Het argument is dat juist omdat het zo'n belangrijk instrument geworden is, een rechtsmiddel (zoals beroep) mogelijk zou moeten zijn. Ook daarvoor is het van belang dat het op de een of andere manier gekoppeld is aan een wettelijk recht.

De grap is dat ik zou zeggen idealiter niet, want je zou eigenlijk willen dat het tbs-systeem zo goed werkt dat je dit niet nodig hebt. Iets realistischer zou ik zeggen, het heeft zeker ik wou zeggen meerwaarde maar ik denk eigenlijk dat het bijna noodzakelijk is om eens met elkaar te gaan afspreken wat het eigenlijk is. Want het is inmiddels een term die zo alle kanten uit wordt gebruikt en dat creëert echt problemen. Dus ik zei in een eerder overleg, we zouden een soort copyright op die term moeten gaan uitwerken. Daar ben ik wel voor, dat je gewoon met elkaar afspreekt wat is het? En wanneer doe je het? (Kliniek)

Maar van de kant van klinieken wordt er echter ook wel aangegeven dat het vastleggen, inclusief juridisering, niet echt past bij het fluïde en gemeenschappelijke karakter van de zorgconferenties, dat bovendien op bereidheid van de deelnemende partijen drijft en onder dwang minder zin heeft. Maar omdat het vastleggen van het instrument in regelgeving ook voor

borging van het instrument kan zorgen, zijn toch de meeste respondenten daar wel voorstander van. Want er is niemand die het instrument kwijt zou willen raken, en zonder borging is het instrument wellicht te kwetsbaar in een toekomstige Justitiële bezuinigingsronde. Wanneer toch nagedacht wordt over vastleggen, is het goed om de eerder geopperde heroriëntatie van de verhouding tot het overige instrumentarium meteen mee te nemen.

Dit is ook weer zo'n gevalletje, het succes van de zorgconferentie is ook een beetje zijn ondergang. Er is een tijd geweest waarin klinieken elkaar wat makkelijker over en weer benaderden voor even meekijken of noem het wat formeler second opinion. Er is een tijd geweest dat er wat sneller werd ingestoken op een advocaat gewoon in de kliniek uitnodigen en samen kijken hoe je verder moet. Dat zijn werkvormen die wat mij betreft vaak tot dezelfde uitkomst kunnen leiden als een zorgconferentie. (Kliniek)

Ook over het vastleggen in regelgeving en de heroriëntatie van het hele pakket aan instrumenten is in de focusgroep doorgesproken (zie hoofdstuk 5).

Bredere toepassingsmogelijkheden

Indicatiestelling: categorisch versus maatwerk

Als gezegd is lopende het Project 15-plus al besloten om ook voor de 8+ doelgroep (of zelfs voor een patiënt met een kortere verblijfsduur), zorgconferenties aan te vragen. Die 8+ doelgroep moet dan tevens voldoen aan enkele andere criteria (waaronder het eerst geprobeerd hebben van subsidiaire instrumenten). Dit is dan dus meer op basis van maatwerk, bijvoorbeeld in het geval er echt sprake is van een impasse. Dit is namelijk niet bij iedere 8-plusser of 15-plusser het geval. Sommigen bepleiten enkel maatwerk, bijvoorbeeld wanneer er een impasse is, los van een bepaalde verblijfsduur. Sommige respondenten, met name vanuit de klinieken, vragen zich ook af wat de waarde is van een dergelijke categorische indicatie. Vooral vanuit de advocatuur, maar ook wel ondersteund door enkele rechters, klinkt de roep om en/en, nu de categorische indicatie een ander doel dient (in beeld blijven en kijken of er iets beter kan of alles geprobeerd is). Het nadeel aan maatwerk is namelijk dat er geen garantie is op een zorgconferentie, er kan dan meer discussie zijn tussen de partijen of het echt nodig is. Op dit moment gelden ministerie, kliniek en advocaat als mogelijke aanvragers, terwijl dat ook

de partijen zijn die met een aanvraag van een andere partij moeten instemmen.

Er is nog steeds wel een zoektocht gaande wat eigenlijk gebruik is en ik denk dat je daarin ook nog wel kunt kijken hoeveel rek je daarin wilt hebben. Dan zit je een beetje op het punt van 'kan het kwaad om eens in de zoveel tijd nog eens met elkaar vast te stellen dat je inderdaad geen andere mogelijkheden hebt dan je hebt'. Dat zou ik niet afdoen als oneigenlijk gebruik. Waar ik op doel bij oneigenlijk gebruik is als wij ons gaan bemoeien op een moment in het traject dat er eigenlijk al een ander orgaan zich met de zaak moet bemoeien. Dan is natuurlijk LAP daarin een veelvoorkomend voorbeeld. Maar dat kan ook iets anders zijn. Er zijn ook wel eens aanvragen waarvan ik denk, eigenlijk wil je ons op de stoel van een rechtbank zetten. (DJJ)

Sommige rechters hebben aangegeven ook de mogelijkheid tot indicatiestelling van een zorgconferentie te verlangen. Ook is geopperd aan exclusief de Penitentiaire Kamer van het Hof Arnhem-Leeuwarden mogelijkheden te geven om iets over de wijze van tenuitvoerlegging te beslissen vanwege de aanwezigheid van de Raden (gedragsdeskundigen als meebe-slissers), al zou dat een aanzuigende werking

op het aantal appels kunnen hebben. Een enkele rechter zou het goed vinden als rechters ter observatie eens bij zorgconferenties aanwezig zijn.

Nou ik zou me kunnen voorstellen dat je als rechter kunt uitspreken dat er een zorgconferentie moet plaatsvinden. Maar dat vind ik ook lastig, omdat ik niet weet of er gevallen zijn van, dat zal voor 15+ niet gelden want die zullen allemaal een zorgconferentie krijgen denk ik, of dat hoop ik in elk geval, maar ik kan me voorstellen voor de groep die daar niet onder valt, dat je als rechter kunt zeggen 'dit lijkt mij een goede, nu kunnen we het als suggestie opwerpen'. Ja dat zou een uitbreiding van ons instrumentarium zijn. Maar, en dat werd net ook al gezegd, dan loop je ook weer het risico dat je daarmee de vrijblijvendheid eigenlijk doorkruist. (Rechter)

Thans kunnen ze slechts een zorgconferentie overwegen in hun verlengingsuitspraak, al wordt daar – hoewel dat dus niet bindend is – wel serieus mee omgegaan door het ministerie. Een ander nadeel van maatwerk is dat soms voor de vorm subsidiaire opties worden afgelopen – zoals een extern overleg dat als voorwaarde is gesteld – om maar tot een zorgconferentie te kunnen komen.

Categorische criteria hoeven overigens niet per se een tijdsduur in te houden. Als mogelijke indicatoren voor een zorgconferentie worden ook genoemd: een aantal overplaatsingen, overschrijding van bepaalde termijn zoals afgesproken in het Manifest van Lunteren (bijvoorbeeld tot aan eerste verlof), gebrek aan overeenstemming tussen kliniek en pro Justitia rapporteurs, et cetera. Voor een categorische lijn op basis van tijdsduur wordt vanuit de advocatuur geopperd om aan te sluiten bij de vierjaarsrapportage pro Justitia. Over de kwestie van indicatiestelling, categorisch of maatwerk, is in de focusgroep doorgesproken (zie hoofdstuk 5).

Andere doelgroepen

Naast uitbreiding van de indicatiestelling worden onder het mom van bredere toepassing ook andere doelgroepen dan tbs-gestelden met een lange verblijfsduur of impasse genoemd. Zo loopt er al een soort pilot om bij patiënten met een gemaximeerde tbs – die volgens de wet niet meer dan vier jaar kan duren omdat die niet is opgelegd naar aanleiding van een (seksueel) geweldsmisdrijf – te bezien of op die manier de onvermijdelijke transitie naar (zorg in) de samenleving te begeleiden is. Ook is sporadisch al wel eens een zorgconferentie gehouden bij een ongewenste vreemdeling in de tbs, normaliter uitgezonderd, omdat er op die manier toch mogelijk was iets te regelen

in het belang van de patiënt. Een Officier van Justitie die daarover gehoord had, kon zich dat wel breder voorstellen:

Zeker als mensen gedurende hun tbs behandeling vreemdeling zijn of geworden of het boven hun hoofd hangt, heb je meerdere partijen nodig om toch zo'n behandeling nog effectief te laten zijn. [...] Ja, dan heb je zeker nog een ambtenaar van de dienst terugkeer en vertrek nodig van het ministerie. Je hebt iemand nodig die verstand heeft van GGZ instellingen of tbs achtige instellingen in het land van herkomst. Ja de IND denk ik. Ik zit even te denken... Ja, dat sowieso. Ja vertegenwoordiger ook van vreemdelingenzaken, want je gaat je natuurlijk daarin wel op een glad ijs terrein begeven, omdat je... Ja... Ook de ongewenste verklaring natuurlijk gaat bespreken van ja, hoe standvastig is die? Blijft die zo? En wat kan je er dan in de praktijk mee? (Officier van Justitie)

Desgevraagd noemen respondenten ook situaties van tbs met voorwaarden waarbij omzetting dreigt of in geval van een combinatievonnis van gevangenisstraf en tbs in situaties in detentie waar vervroegde overplaatsing naar een kliniek mogelijk aangewezen is.

Bij al deze bredere toepassingsmogelijkheden wordt door sommigen wel gewezen op prioriteiten stellen, zeker ook vanwege de tijdsinvestering (niet zozeer van DIZ als wel van mensen uit het veld). De vraag is opgeworpen in hoeverre uitbreiding dan niet ook uitholling zou kunnen betekenen. Ook over bredere toepassingsmogelijkheden is in de focusgroep doorgesproken (zie hoofdstuk 5).

3.4 Korte antwoorden op deelvragen

7 Achtergrond, opzet, organisatie en doelen

Achtergrond van het Project 15-plus is gelegen in het opmerken van en onderzoek doen naar een grote groep langverblijvers buiten de LFPZ. Hoofddoel was het komen tot passende en verantwoorde vervolgotrajecten. Ook het in beeld krijgen van deze groep is als doel van het project benoemd. Bij sommige betrokken partijen bestaat het beeld dat er een financiële achtergrond is achter het Project. Omdat evaluatie op casusniveau gevraagd was, is het instrument van conferenties rond een individueel geval, dat al even in gebruik is door DIZ ten aanzien van de tbs, de inhoud van het project uit gaan maken. Al doende is men vrij

snel tot de huidige opzet of vorm gekomen van twee uur, waarbij het eerste uur de patiënt er bij is of kan zijn.

De doelen van individuele zorgconferenties moeten onderscheiden worden van die van het Project, al kan het hoofddoel van het komen tot een passende en verantwoorde vervolgvoorziening ook het doel van een zorgconferentie zijn. Daarbij is overigens gaandeweg ook wel duidelijk geworden dat als de huidige plek het meest passend is, dat ook een goede uitkomst is van de toets of alles geprobeerd is. De middelen die onderdeel vormen van de zorgconferenties – het gemeenschappelijk doe-eigenaarschap en het ‘out-of-the-box’-denken – zijn gaandeweg ook wel doel op zich geworden, als een soort procesdoelen naast het uitkomstdoel. Nu er ook al eerder dan na 15 jaar op maat zorgconferenties worden gehouden, is doorbreken van (geconstateerde) impasses ook een belangrijker doel geworden. Immers niet iedereen die 15 jaar in de tbs verblijft, zit in een impasse. Vooral vanuit de advocatuur wordt de zorgconferentie ook gezien als een mogelijke toets op de koers van de kliniek, juist omdat er zo weinig rechtspositionele mogelijkheden zijn daartoe.

8 Bereiken doelen en werkzame elementen

Over het doel van het Project om een goed beeld te krijgen van de groep, is men vanuit

DIZ positief, al is nog niet iedereen ‘gezien’ en is er nauwelijks centrale registratie. Opvallend is dat partijen vooral casus-overstijgende effecten noemen van de zorgconferenties. Zo krijgt men een goed overzicht van de mogelijkheden en onmogelijkheden in het veld, qua vervolgvoorzieningen bijvoorbeeld. Zo is wel de ‘vermenselijking’ genoemd als contrast voor de ontmenselijking die optreedt bij het onpersoonlijk tegemoet treden van de burger door de Staat. Dat de betrokken partijen op deze manier ook letterlijk bij elkaar over de vloer komen, helpt enorm voor de onderlinge relaties en voor het inzicht in wat anderen aan zorg(deskundigheid) te bieden hebben (‘smeerolie’). Zeker vanuit de LFPZ heeft is helderder geworden wat men te bieden heeft en dat het niet als eindstation maar als doorstroomlocatie beschouwd moet worden.

Op casusniveau werkt dat door in het doel van gemeenschappelijkheid. Door het ‘confereren’ kan men zich vaak beter verplaatsen in elkaars perspectief en standpunt en daar meer begrip voor opbrengen. De tijd en aandacht die daarbij hoort, heeft volgens sommigen op zichzelf al een heilzaam effect. Alle partijen, waaronder de patiënt, voelen zich tijdens een zorgconferentie gehoord. Ook het andere procesdoel van het ‘out-of-the-box’-denken wordt door velen als werkzaam element beschouwd, al zitten daar ook wel eens slechte ervaringen

tussen. Maatwerk, het informele en ‘fluide’ karakter – gebaseerd op consensus – worden in dit verband ook genoemd. Ook de doorzettingsmacht van het ministerie wordt genoemd. De indruk bestaat dat er op geaggregeerd niveau ook echt wel tot vervolgotrajecten gekomen wordt. In ieder geval meent iedereen dat, ook in financiële zin, de baten ruimschoots opwegen tegen de kosten.

9 Waardering en meerwaarde t.o.v. andere instrumenten

Vanuit alle betrokken partijen is er veel waardering voor het instrument van de zorgconferenties. Ze zijn een toevoeging aan het bestaande instrumentarium voor het toetsen van behandelduur – en voortgang en doorbreken van impasses. Sterker nog, nu ze ook al voordat een patiënt 15 jaar in de tbs heeft gezeten op aanvraag georganiseerd kunnen worden, is het Project enigszins slachtoffer geworden van het eigen succes. Er is zo’n grote vraag naar, dat niet binnen de gewenste termijn in het aanbod kan worden voorzien. Daarmee hangen dan ook wel wat negatieve geluiden samen, want door de capaciteitsproblemen en zonder goede timing neemt de werkzaamheid mogelijk af. Incidenteel kan een zorgconferentie uiteraard ook niet aan de verwachting voldoen. Er zijn dan ook verschillende verbeterpunten (zie onder 10).

Er is ook wel benoemd dat het succes van de zorgconferenties eigenlijk het tekort van het (voorheen) bestaande instrumentarium aantoonde. Veel van de werkzame elementen zijn juist de zaken die het onderscheiden van het overige instrumentarium. Het is informeler, langduriger en gemeenschappelijker dan verlengingszittingen bijvoorbeeld. Bij inbreng van externe deskundigheid mist ook vaak het overleg en de gemeenschappelijkheid, waardoor men minder snel de visie van een ander aanneemt. Andere overlegstructuren, zoals het drie-gesprek met de advocaat, werken beter als de inzet minder groot is. Juist de setting van een zorgconferentie geeft de afspraken meer status. Al deze voordelen maken dat er wellicht te snel naar een zorgconferentie wordt gegrepen in plaats van subsidiaire mogelijkheden om een impasse te doorbreken. Een nadeel van zorgconferenties ten opzichte daarvan is namelijk de ingrijpendheid, in de zin van tijdsinvestering voor alle deelnemers. De zorgconferenties zouden volgens sommigen meer als ultimum remedium beschouwd moeten worden, voor het geval subsidiaire instrumenten geen soelaas bieden. Vanuit de advocatuur wordt een algehele heroriëntatie op het instrumentarium geopperd.

10 Verbeterpunten

Bij de genoemde verbeterpunten in de interviews moet uiteraard bedacht worden dat de organisatie van de zorgconferenties ondertussen is doorontwikkeld. Met name ten aanzien van het aantal deelnemers (vooral niet teveel) en de specifieke deskundigheid van deelnemers, passend bij de casus, is inmiddels al veel geleerd. Ook ten aanzien van nadruk op een goede voorbereiding door initiatiefnemers van het Ministerie, vooral inclusief een duidelijke vraagstelling, zijn al slagen gemaakt. Andere genoemde verbeterpunten – zoals timing – hangen ook samen met het capaciteitstekort om zorgconferenties te organiseren op het moment van onderhavig onderzoek. Tegenover capaciteitsuitbreiding staat iedereen positief. Taken als verslaglegging en opvolging van adviezen zouden dan (wellicht) ook tot de taak van het ministerie kunnen gaan behoren. Omdat de zorgconferenties nergens geregeld zijn, bestaat er soms wat onduidelijkheid. Ten eerste over de status van de ‘afspraken’ (soms verstaan als opdracht) of adviezen, alleen al het verschil in terminologie die respondenten gebruiken geeft aan dat er andere verwachtingen over bestaan. Ten tweede, en daarmee samenhangend, is vaak onduidelijk – namelijk wanneer dit niet in de zorgconferentie zelf wordt besproken – hoe de opvolging van de adviezen plaatsvindt en hoe daar later

een verantwoording of terugkoppeling over plaatsvindt.

Op een paar brieven/mails na, met name ten aanzien van de indicatiestelling en aanvraagmogelijkheden, staat er niets over de zorgconferenties op papier. Omdat de meeste betrokkenen graag het instrument willen behouden, is dat voor velen ook een argument om het te borgen in regelgeving. Zeker vanuit de advocatuur wordt erop aangedrongen om in die regeling dan ook een (stevigere) rechtspositie voor de patiënt op te nemen, omdat dat bij een dergelijk belangrijk instrument voor doorstroom zou passen. Met name vanuit klinieken wordt aangegeven dat daarmee wellicht het heilzame gemeenschappelijke karakter van de zorgconferenties op basis van bereidwilligheid op de tocht komt te staan.

11 Bredere toepassingsmogelijkheden

Als gezegd is lopende het Project 15-plus al besloten om ook voor de 8+ doelgroep (of zelfs voor een patiënt met een kortere verblijfsduur), zorgconferenties aan te vragen. Die 8+ doelgroep moet dan tevens voldoen aan enkele andere criteria (waaronder het eerst geprobeerd hebben van subsidiaire instrumenten). Sommigen bepleiten voor de indicatiestelling enkel maatwerk, bijvoorbeeld wanneer er een impasse is, los van een bepaalde verblijfsduur. Sommige respondenten, met name vanuit de

klinieken, vragen zich af wat de waarde is van een categorische indicatie (15+ jaar). Vooral vanuit de advocatuur klinkt de roep om en/ en, nu de categorische indicatie een ander doel dient (in beeld blijven en kijken of er iets beter kan of alles geprobeerd is). Het nadeel aan maatwerk is namelijk dat er geen garantie is op een zorgconferentie, er kan dan meer discussie zijn tussen de partijen of het echt nodig is. Sommige rechters hebben aangegeven ook de mogelijkheid tot indicatiestelling van een zorgconferentie te verlangen. En er zijn ook andere categorische indicatoren mogelijk, zoals een aantal overplaatsingen, overschrijding van bepaalde termijn zonder verlofstatus, gebrek aan overeenstemming tussen kliniek en pro Justitia rapporteurs, et cetera. Voor een categorische lijn op basis van tijdsduur wordt vanuit de advocatuur geopperd om aan te sluiten bij de vierjaarsrapportage pro Justitia.

Naast uitbreiding van de indicatiestelling worden onder het mom van bredere toepassing ook andere doelgroepen dan tbs-gestelden met een lange verblijfsduur of impasse genoemd. Zo loopt er al een soort pilot om bij patiënten met een gemaximeerde tbs te bezien of op die manier de onvermijdelijke transitie naar (zorg in) de samenleving te begeleiden is. Ook worden gevallen van ongewenst vreemdelingen in de tbs, situaties van tbs met voorwaarden waarbij omzetting dreigt, of in geval van een combi-

natievonnis van gevangenisstraf en tbs voorafgaand aan overplaatsing genoemd. Bij al deze bredere toepassingsmogelijkheden wordt door sommigen wel gewezen op prioriteiten stellen, zeker ook vanwege de tijdsinvestering. De vraag is opgeworpen in hoeverre uitbreiding dan niet ook uitholling zou kunnen betekenen.

CASUS 3

Opvolging, langzaam

Wie:

Vrouw, 38 jaar. 18 jaar in tbs voor een poging tot doodslag. Ze heeft altijd in behandelklinieken verbleven. Heeft persoonlijkheidsstoornissen, ADHD en cannabisafhankelijkheid.

Knelpunt:

Betrokkene heeft 2 keer eerder een voorwaardelijke beëindiging gehad, waarbij de tbs met dwang is hervat wegens begeleidingsproblemen en drugsgebruik. Als haar emoties haar te veel worden gaat dat ten koste van de contacten met haar behandelaren, maar ze is dan niet direct gevaarlijk. Ze heeft grote stappen gezet in haar behandeling en therapie. Er is bij betrokkene sprake van veel onrust. Dit leidt niet tot gevaar, maar wel tot begeleidingsproblemen. Door die begeleidingsproblemen loopt ze steeds vast in haar traject. Ze heeft 3 zorgconferenties gehad.

Doel zorgconferentie:

Betrokkene heeft 3 zorgconferenties gehad in 1,5 jaar.

- 1) Betrokkene raakt meer beschadigd in tbs omgeving. Tbs-maatregel moet er zo snel mogelijk af, hoe moet dit vormgegeven worden?
- 2) Het langetermijnperspectief bespreken, zoals opgezet in de eerste zorgconferentie.
- 3) Terugkijken naar de gemaakte afspraken uit de eerste twee zorgconferenties. Opmaken stand van zaken en vervolg bespreken.

Uitkomst zorgconferentie:

1. Betrokkene moet zo snel mogelijk naar een interne flat van de kliniek. Dan kan ook EMDR ingezet worden; 1 jaar verlenging adviseren en toewerken naar RM; Transmuraal verlov aanvragen; Een half jaar later een 2^e zorgconferentie organiseren om de voortgang te bespreken

2. Het plan van de eerste zorgconferentie blijft staan, maar om daar te komen kost het een lange adem; Streven is nog steeds een interne kliniekflat en van daaruit te kijken naar mogelijkheden voor het beëindigen van de tbs dwang; Over een half jaar weer een zorgconferentie organiseren om de voortgang te bespreken
3. Overplaatsing naar interne flat van de kliniek is gerealiseerd. Als al aan een BOPZ-traject gedacht wordt, zal dit geleidelijk moeten gaan. Belangrijk is dat de structuur verder uitgebouwd en verstevigd zal moeten worden.

Verloop na de zorgconferentie:

- 1) Transmuraal verlov is aangevraagd, maar ze is nog niet verhuisd naar de interne kliniek flat. Dit komt mede door een moeizame samenwerking met betrokkene op het gebied van het maken van structuren, wat onderdeel is van haar problematiek. OvJ is het niet eens met een RM, wegens de beperkte acceptatie van begeleiding door betrokkene en het gebrek aan openheid.
- 2) De bedachte structuur loopt goed. Onbegeleide verloven met overnachting verlopen ook goed. Er is goed contact met het huidige team en haar toekomstige transmurale team. Betrokkene is overgeplaatst naar een interne kliniekflat.
- 3) Betrokkene is overgeplaatst naar een woning van de kliniek in de stad. Ondanks de vooruitgang in het traject heeft betrokkene ook enkele terugvallen gehad in middelengebruik, wat tot korte terugplaatsingen heeft geleid. Een verhuizing naar een eigen (sociale) huurwoning wordt beoogd, maar is ten tijde van het huidige onderzoek nog niet gerealiseerd. Er wordt toegewerkt naar proefverlov.

VIER

Buitenlandse inzichten
– verslag van een
vergelijkend onderzoek

4.1 Achtergrond en doel

Om uiteindelijk de vraag te kunnen beantwoorden of we iets van vergelijkbare praktijken in een buitenland kunnen opsteken (vraag 13), moeten drie preliminaire vragen beantwoord worden. Ten eerste, in welke landen moet er gekeken worden? Dat vormt in elk extern rechtsvergelijkend onderzoek de belangrijkste verantwoordingskwestie in de methodesectie. De al in de onderzoeksvraag zichtbare keuze van de landen, zal in de volgende paragraaf worden verantwoord. Ten tweede, wat zijn in die landen vergelijkbare contexten? Hierbij moet vooropgesteld worden dat er in geen enkel ander land een juridisch kader is dat precies overeenkomt met dat van de tbs (Van der Wolf, 2012). Daarom moet er gezocht worden naar vergelijkbare kaders, waarin het probleem waarop zorgconferenties een antwoord proberen te zijn ook zou kunnen voorkomen: het stokken van de voortgang in een (behandel)traject dat bepalend is voor de beëindiging van vrijheidsbeneming. Het moet dus gaan om vrijheidsbenemende kaders van onbepaalde duur, waarbij interventies aan de orde zijn om uiteindelijk tot een (snellere) beëindiging van het juridisch kader te kunnen komen. Ten derde, wat zijn vergelijkbare praktijken als zorgconferenties (vraag 12)? Hoofdkenmerken van de in hoofdstuk 1 genoemde definitie van zorgconferenties zijn

dat het gaat om de bespreking van een individueel geval in een juridisch vrijheidsbenemend kader, met als doel de situatie of voortgang van de betrokkene te onderzoeken, bespoedigen of anderszins verbeteren, waarbij verschillende bij de tenuitvoerlegging betrokken partijen aanwezig zijn, niet zijnde een formele beslissing ten aanzien van de duur van dat kader.

4.2 Methode

Keuze van de landen

In de onderzoeksopdracht was Canada al geselecteerd, op de grond dat er 'mental health tribunals' zijn in het kader van de (forensische) GGZ aldaar. Dergelijke beslissingsorganen ten aanzien van verlenging van vrijheidsbenemende juridische kaders zijn gebruikelijk in veel Anglo-Amerikaanse rechtsgebieden, zowel in het justitiële/penitentiaire circuit als in het GGZ circuit. Kenmerkend aan dergelijke organen is dat ze multidisciplinair zijn, zodat naast rechters ook bijvoorbeeld gedragskundigen of burgers daarin zitting hebben.

Om dezelfde reden zou ook Engeland een interessante vergelijking kunnen opleveren. Voor beide landen geldt echter dat in de forensische GGZ aldaar belangrijke groepen die in Nederland in de tbs zitten, zoals persoonlijkheidsgestoorden en/of zedendelinquenten,

Onderzoeksvragen in hoofdstuk 4:

- 12 Bestaan er in Canada, Engeland en Duitsland vergelijkbare praktijken als zorgconferenties?
- 13 Zo ja, hoe functioneren deze en wat kunnen we daarvan opsteken voor de Nederlandse situatie?

veel minder vertegenwoordigd zijn. Dat hangt samen met de unieke middenpositie van de tbs tussen de universele circuits van straf en zorg in. Daarom zal in beide landen ook gekeken moeten worden naar meer 'penitentiaire' kaders. Zo bestaat er in Canada de 'Longterm Offender Designation' en de 'Dangerous Offender Designation' en in Engeland de 'Dangerous and Severe Personality Disordered unit'; kaders van onbepaalde duur waarin ook beslissingen genomen zullen moeten worden over hoe verder te gaan met (ook zonder behandeling vaak op risicoreductie gerichte) trajecten zonder vooruitgang.

Duitsland vormt ook om verschillende redenen interessant vergelijkingsmateriaal. In de vergelijkende literatuur over langdurige forensische psychiatrische zorg zijn naast Nederland, vooral Engeland en Duitsland goed vertegenwoordigd (zie Völlm & Braun, 2019). Daarnaast bevindt zich in de Duitse forensische klinieken de meest vergelijkbare populatie ten opzichte van de Nederlandse tbs, vanwege de vergelijkbare erkenning van verminderde toerekeningsvatbaarheid als toegangscriterium. Ook is er vanuit Duitsland wel gekeken naar het Nederlandse LFPZ-beleid en zijn er specifieke afdelingen voor langverblijvers (Schiffer & Schalast, 2019). Bovendien bestaat er ook nog het 'penitentiaire' kader van de *Sicherungsverwahrung*, waar onder meer veel

zedendelinquenten in verblijven (Kinzig, 1997; Mevis e.a. 2020).

Het zijn drie landen die heel regelmatig in vergelijkingen ten aanzien van tbs-wetgeving en -beleid worden opgevoerd, maar dat is ook niet zonder reden (zie Blauw e.a. 2001/2002, De Kogel & Nagtegaal, 2006; Van der Wolf 2012, 2016 en 2021). Het zijn landen waaraan Nederland zich spiegelt, zeker ook als het gaat om investeringen die gedaan worden in onderzoek en behandeling van deze typen delinquenten. In de literatuurstudie, die ten behoeve van dit onderdeel van het onderzoek is verricht is ook geen aanleiding gevonden om de selectie te wijzigen.

Aanvullingen op literatuur

De verwachting dat vanwege de specificiteit van het onderwerp zorgconferenties niet veel gerichte literatuur gevonden zou worden, is uitgekomen. Ook in Nederland is daar maar één publicatie over te vinden (Oosterom, Bezemer & Knoester, 2019). Daarom is de methode van literatuurstudie aangevuld met online interviews met experts uit de in de vergelijking betrokken landen. Ook is online op 22 juni 2021 een op Engeland gericht symposium bijgewoond van de organisatie Crime in Mind, getiteld 'Mental Health issues and Parole Boards'. Hieronder zijn de geïnterviewde experts benoemd met hun functie en expertise, wat tegelijk als verantwoor-

ding dient voor deze selectie van geïnterviewden. Bewust zijn zowel juristen als gedragskundigen, in de praktijk of vanuit de wetenschap betrokken bij beslissingen ten aanzien van langverblijvers in penitentiaire- en behandelrichtingen, geselecteerd, waarbij het ook van belang was dat hierdoor op beide circuits van justitie en GGZ goed zicht kwam.

Voor de procedure en analyse van de interviews wordt verwezen naar paragraaf 3.2. Het *informed consent* formulier was enkel anders op het punt van toestemming voor het benoemen van de persoonsgegevens in het rapport, zoals hierboven beschreven. De topiclijst van de interviews met buitenlandse experts was veel korter en als volgt:

Afbakening

De onderzoeksvragen zijn er niet op gericht om verklaringen te vinden voor het eventuele bestaan van langverblijvers in het buitenland of de omvang van dat probleem te schetsen. Voor de vraag of er met zorgconferenties te vergelijkbare praktijken te vinden zijn in het buitenland is het echter wel relevant dat deze praktijken in een enigszins vergelijkbare context als de Nederlandse tbs plaatsvinden. Die contexten zijn daarmee op zichzelf dus geen vergelijkingsmateriaal in dit onderzoek, oftewel er worden daaruit geen lessen getrokken voor het

eventueel (anders) inrichten van de kaders van het tbs-systeem. Mede daarom wordt er bij de beschrijving van die contexten niet verwezen naar allerlei wettelijke bepalingen.

Uit de interviews blijkt dat binnen die vergelijkbare contexten ook langverblijvers kunnen voorkomen. Uit de interviews blijkt ook wel dat die er zijn binnen de hierna uitgewerkte kaders. De onderzoeksvragen zijn er evenmin op gericht om allerlei verschillende oplossingen voor dat probleem, die wellicht in het buitenland verzonnen of geprobeerd zijn, in kaart te brengen. De opdrachtgever is vooral geïnteresseerd in hoeverre er uit vergelijkbare praktijken lessen zijn te trekken om het functioneren van zorgconferenties eventueel te kunnen verbeteren. Hoe vergelijkbare praktijken functioneren en of daaruit lessen zijn te trekken voor de Nederlandse situatie, hangt echter weer af van het verschil in context. Daarom zullen de korte antwoorden op de deelvragen aan het eind van dit hoofdstuk vooral reflecties zijn op de waarnemingen in het buitenland binnen die context, zelfs in vragende vorm. In de discussie van hoofdstuk 6, worden deze waarnemingen in combinatie met de bevindingen uit de andere onderdelen van dit onderzoek betrokken bij het komen tot aanbevelingen voor de Nederlandse praktijk.

Geïnterviewde experts:

Canada

- Michelle S. Lawrence, is Associate Professor en Associate Dean aan de University of Victoria's Faculty of Law. Ze is jurist en criminoloog, geeft onderwijs en doet onderzoek op het grensvlak van strafrecht, sanctierecht en deskundigenbewijs. Ze is ook plaatsvervangend voorzitter van de British Columbia Review Board die oordeelt over verlenging van machtigingen in de (forensische) GGZ aldaar.
- Rakesh Lamba, is psychiater en directeur van Surrey Fraser Valley Forensic Services Clinic. Daarnaast is hij verbonden aan de Faculty of Medicine van de University of British Columbia als Clinical Assistant Professor in het programma forensische psychiatrie. Hij heeft in het verleden ook in het penitentiaire circuit gewerkt en is vanuit die hoedanigheid ook bekend met Parole Board hearings.
- John Conroy, is een advocaat uit Abbotsford, British Columbia, gespecialiseerd in 'prison law' (detentierecht). Hij heeft een lange staat van dienst en dito reputatie in het bijstaan van gevangenen en is vanuit die hoedanigheid goed bekend met de besluitvormingsprocessen in het penitentiaire circuit.

Duitsland

- Birgit Völlm, is hoogleraar forensische psychiatrie aan de Universiteit van Rostock en daarnaast Behandelinhoudelijk directeur van het bijbehorende forensisch psychiatrische ziekenhuis. Daarvoor werkte ze als hoogleraar forensische psychiatrie aan de University of Nottingham in Engeland, waar ze ook behandelend psychiater was in Rampton Hospital. Vooral daar heeft ze veel onderzoek gedaan naar langverblijvers in de forensische psychiatrie.
- Johannes Kaspar, is hoogleraar Strafrecht, strafprocesrecht, criminologie en sanctierecht aan de Universiteit van Augsburg. Hij heeft overzicht over het Duitse sanctiestelsel en met name de gevangenisstraf en beveiligingsmaatregelen.

Engeland

- Lynne Daly, heeft als psychiater zitting in de (nationale) Parole Board, dus heeft vooral zicht op besluitvorming in het penitentiaire circuit.
- Shauna Macleay, is Deputy Medical Records Manager van Broadmoor hospital, het oudste hoogbeveiligde forensisch psychiatrische ziekenhuis van Engeland. Vanuit die functie heeft ze gedetailleerde kennis van alle beleid en regelgeving onder de Mental Health Act en het functioneren daarvan in de praktijk.
- Daniel Pearce-Higgins, was rechter en tot voor kort twintig jaar voorzitter van een Mental Health Review Tribunal, waar hij thans nog als lid zo nu en dan zitting in heeft. Hij behandelt voornamelijk zaken van machtigingen door de strafrechter.

Voorvraag:

Welke juridische vrijheidsbenemende kaders zijn er van onbepaalde duur, waarbij er voor plegers van ernstige strafbare feiten interventies aan de orde zijn om uiteindelijk tot een (snellere) beëindiging van het juridisch kader te kunnen komen?

Voor elk van die kaders:

Bestaan van vergelijkbare praktijken:

- voor gevallen van langverblijvers met gebrek aan voortgang
- bespreking van individueel geval
- verschillende betrokken partijen
- doel
- buiten formele beslissingskader

Als die er niet zijn: verklaring vanuit de andere context?

- context beslissingen externe en interne rechtspositie
- mogelijkheden tot problematiseren behandelvoortgang in formeel kader

Als die er wel zijn: functioneren en eventuele lessen?

- aanwezige partijen
- vorm en duur van bespreking
- werkzame elementen
- status van praktijk en uitkomst
- invloed betrokkene zelf / rechtsbescherming

4.3 Bevindingen

De zoektocht naar vergelijkbare contexten: penitentiaire- en zorgcircuit

Om te gelden als vergelijkbare context zijn in de voorvraag de volgende karakteristieken van de tbs opgenomen: juridisch vrijheidsbenemend kader, van onbepaalde duur, voor plegers van ernstige strafbare feiten, waarbinnen interventies aan de orde zijn om tot beëindiging van het kader te komen.

De uitdagingen die Salize en Dressing (2019) beschrijven voor de internationale vergelijking van systemen voor de behandeling van daders met een psychische stoornis zijn relevant en vormen ook beperkingen voor dit vergelijkende onderzoek. Ze benoemen het gegeven dat de kaders van straf en zorg vaak diep geworteld zijn in de historie en identiteit van een land. Mede daarom is de verdeling in aanpak van delinquenten die als gevaarlijk en psychisch gestoord worden beschouwd tussen justitie en GGZ overal verschillend. Bovendien zijn juist deze kaders voortdurend aan verandering onderhevig, veelal op politieke gronden. Bulten en Verkes (2019) opperen de maatschappelijke behoefte aan het verminderen van risico's ten aanzien van deze groep ook als eerste mogelijke verklaring voor het gegeven dat forensische behandeltrajecten steeds langer duren. Veranderende, meer complexe, patiëntkenmerken en

de verhouding tussen 'bedden' in de reguliere en forensische psychiatrische zorg – de bekende Penrose doctrine, die overigens wetenschappelijk moeilijk is te onderbouwen (Mundt, 2019) – worden genoemd als andere mogelijke verklaringen. Ze beschrijven een dynamiek tussen die sectoren waarin ook het penitentiaire circuit, bijvoorbeeld de behandel- en risicomanagement mogelijkheden daarbinnen, wordt meegenomen. Die dynamiek is een additionele reden om in beide circuits naar vergelijkbare kaders te kijken, waarbij het overigens voor het doel van dit hoofdstuk niet nodig en beoogd is om alle juridische aspecten van die kaders uitputtend in beeld te brengen.

In alle drie de onderzochte landen bestaan kaders die voldoen aan de karakteristieken van de voorvraag, in de beide circuits van gevangeniswezen en zorg (ten uitvoer te leggen). Wanneer de Nederlandse tbs in een middenpositie wordt geplaatst en dus niet tot een van beide circuits wordt gerekend, dan kennen wij geen kaders van onbepaalde duur binnen het penitentiaire circuit – anders dan de levenslange gevangenisstraf, die door het nieuwe toetsingsmechanisme na 25 jaar meer aan deze definitie is gaan voldoen. In de continentaal Europese rechtssystemen is het dogmatische onderscheid tussen straf en maatregel van belang voor de rechtvaardiging van sancties van onbepaalde duur. Dat wordt verklaard doordat maatregelen,

waaronder ook de tbs valt, een prospectieve grondslag hebben, bijvoorbeeld het verminderen van de gevaarlijkheid, terwijl de duur van de straf van oudsher is geënt op de retrospectieve mate van verwijtbaarheid en daardoor dus bepaald is (Van der Wolf, 2016). In de Anglo-Amerikaanse rechtssystemen wordt dit onderscheid als te dogmatisch beschouwd en bestaan er kaders van onbepaalde duur binnen de straf, waarbij gevaarlijkheid uiteraard een belangrijke rol kan spelen (Padfield, 2016). Voor deze vergelijking maakt het niet uit welke dogmatische naam de kaders hebben als ze maar aan de genoemde karakteristieken voldoen. Daarbij maakt het dus ook niet uit in hoeverre de kaders gekoppeld zijn aan het hebben van een psychische stoornis, of een bepaalde mate van verminderde toerekenbaarheid, zoals in de tbs. Als beschreven hangt dit namelijk mede af van wat er (in juridische zin) onder die begrippen wordt verstaan. Belangrijker voor deze vergelijking is dat personen die in Nederland in de tbs zitten, in het buitenland in de praktijk zowel in het penitentiare- als het zorgcircuit te vinden zijn. Omdat het Duitse sanctiesysteem dogmatisch het meest op het Nederlandse lijkt, wordt het hieronder als eerste besproken. Het Engelse en Canadese lijken meer op elkaar en worden daarna achtereenvolgens behandeld.

Vergelijkbare contexten in Duitsland

Binnen het penitentiare circuit bestaat er in Duitsland naast de levenslange gevangenisstraf, die al na 15 jaar wordt getoetst en waarbij risico uiteraard een belangrijke afweging is, dus ook een maatregel die van oudsher (ingevoerd in de jaren dertig van de vorige eeuw) in het gevangeniswezen ten uitvoer wordt gelegd: de *Sicherungsverwahrung* (Meier, 2016). Juist omdat voor deze maatregel geen psychische stoornis wordt vereist, anders dan een 'Hang' naar het plegen van ernstige strafbare feiten (mede blijkend uit een patroon), is – wederom van oudsher – behandeling geen onderdeel van de tenuitvoerlegging, die dan ook plaatsvond in reguliere gevangenisafdelingen. Sinds hervormingen in 2013, op basis van de eis dat het verschil tussen straf en maatregel ook in de tenuitvoerlegging zichtbaar moet zijn, vindt de tenuitvoerlegging plaats op aparte afdelingen van gevangenisstraf of in separate gebouwen. Er is thans meer personeel aanwezig en er zijn meer (therapeutische) interventies mogelijk, al is dit bij lange na niet op het niveau van (forensisch) psychiatrische ziekenhuizen. Dat blijkt ook wel uit de mogelijkheid om na plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis overgeplaatst te worden naar de *Sicherungsverwahrung*, bijvoorbeeld op basis van onbehandelbaarheid – zodat

dit ook enigszins functioneert als sobere langverblijversvoorziening.⁹

In de (forensisch) psychiatrische ziekenhuizen binnen het (forensische) zorgcircuit worden andere strafrechtelijke maatregelen ten uitvoer gelegd. Voor vergelijking met de tbs is de meest relevante maatregel de plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis voor zowel verminderd als ontoerekenbare psychisch gestoorde daders. Een verschil met de Nederlandse tbs is dat in geval van verminderde toerekenbaarheid de executievolgorde van een combinatiestraf anders is. Waar in Nederland eerst de gevangenisstraf tot aan het moment van voorwaardelijke invrijheidsstelling moet worden uitgezeten, alvorens men wordt overgeplaatst naar een tbs-kliniek voor een behandeling, wordt er in Duitsland eerst behandeld binnen de maatregel van plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis en enkel wanneer die van korte duur blijkt te zijn wordt de gevangenisstraf eventueel achteraf

9 Sinds de wettelijke herzieningen is dit de enige overgebleven vorm van *Nachträgliche Sicherungsverwahrung* die bij berechting nog niet voorzienbaar is. Na gevangenisstraf vond het EHRM dit in strijd met art. 5 EVRM. Ook is het sindsdien mogelijk om voor bestaande gevallen van preventieve detentie dit te laten omzetten in een soort civiele behandelmaatregel (Therapieerung und Unterbringung) op basis van het EHRM-criterium van 'unsound mind', maar daar wordt weinig gebruik van gemaakt.

nog ten uitvoer gelegd. Er is nog een tweede specifieke maatregel voor daders met verslavingsproblematiek in verslavingsklinieken (die ook onderdeel kunnen zijn van de psychiatrische ziekenhuizen). Maar omdat die maximaal twee jaar kan duren, vergelijkbaar met de Nederlandse ISD-maatregel, wordt dat kader van bepaalde duur hier buiten beschouwing gelaten.

Vergelijkbare contexten in Engeland

In Engeland is er een reeks aan strafmodaliteiten van onbepaalde duur die ten uitvoer gelegd worden in het penitentiaire circuit. Zo zijn er op dit moment verschillende routes richting een *'life sentence'*, waaronder een verplichte levenslange straf voor moord, een automatische levenslange straf voor bepaalde zeer ernstige strafbare feiten of bij een herhaald ernstig strafbaar feit, en een discretionaire levenslange straf voor ernstige strafbare feiten. Doordat de regels ten aanzien van het sanctiestelsel de laatste decennia zo vaak gewijzigd zijn, is uitgerekend dat er op dit moment gedetineerden zijn die op zo'n elf verschillende titels een soort levenslange straf uitzitten (Padfield, 2016). Zo zijn er nog veel gedetineerden op basis van de inmiddels afgeschafte *'Imprisonment for Public Protection order'* (IPP) in het circuit. Overigens geldt er voor de *'life sentence'* een systeem waarbij de rechter in een individueel geval een

'tariff' uitspreekt, waarin de minimumduur van de 'levenslange' straf wordt vastgelegd. Na deze vastgestelde periode wordt gekeken of de betrokkenen wellicht voor invrijheidstelling in aanmerking komt, maar dat is op basis van strenge criteria allerminst zeker. Zo is de *'life sentence'* echt een sanctie van onbepaalde duur. Een sanctie van semi-onbepaalde duur is de *'extended sentence'*, waarbij na een vastgestelde periode de detentie overgaat in toezicht. Na twee derde van de vastgestelde detentietijd is eventueel al invrijheidsstelling mogelijk. De vele bestaande toezichtkaders worden hier buiten beschouwing gelaten omdat ze niet primair vrijheidsbenemend zijn maar vrijheidsbeperkend. De strafrechter heeft ook de mogelijkheid om vrijheidsbenemende kaders van onbepaalde duur binnen het (forensische) zorgcircuit op te leggen onder de *Mental Health Act*, waaronder de *'hospital order'*, de *'hospital and limitation direction'* ook wel een *'hybrid order'* genoemd – in feite een gevangenisstraf, vallend onder die regels, die ten uitvoer wordt gelegd in een psychiatrisch ziekenhuis –, en de *'restriction order'*, waarvoor geldt dat niet het ziekenhuis (zoals bij een gewone *'hospital order'*) maar alleen de minister (van Justitie) of de *Mental Health Review Tribunal* het kader kan beëindigen. Anders dan in Duitsland is er geen verminderde mate van toerekenbaarheid vereist voor dergelijke beslissingen, zodat de systematiek van een reguliere

'hospital order' meer lijkt op ons nog relatief nieuwe art. 2.3 Wet forensische zorg, waarbij de strafrechter een zorgmachtiging afgeeft in de zin van de civiele wetgeving ten aanzien van gedwongen zorg. Twintig jaar geleden zijn zogenaamde 'Dangerous and Severe Personality Disordered units' gestart, geïnspireerd op het Nederlandse tbs-systeem als het gaat om de behandeling van persoonlijkheidsgestoorden (Van der Wolf, 2012). Die zijn nog steeds in zowel het penitentiaire circuit als in de forensische GGZ voorhanden, al heeft er een koerswijziging richting *'offender personality disorder services'* plaatsgevonden.

Vergelijkbare contexten in Canada

In Canada is de *'life sentence'* ook verplicht voor moord, met een minimum detentieperiode van 25 jaar voordat men voor invrijheidstelling in aanmerking komt (tenzij in het geval van meerdere moorden levenslange straffen consecutief – *'back to back'* – worden opgelegd, hetgeen in Nederland niet kan). Ook kan bij enkele ernstige strafbare feiten een discretionaire *'life sentence'* opgelegd worden. Detentie in het penitentiaire circuit kan ook voor onbepaalde tijd blijven voortduren wanneer de sanctie-opleggende rechter iemand een *'dangerous offender designation'* toekent. Bij het alternatief van een *'longterm offender designation'* gaat het om een verplichte toezichtperiode na een voor bepaalde duur

opgelegde straf, zodat dit kader hier buiten beschouwing blijft.

De strafrechter kan alleen een plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis, dus in het (forensische) zorgcircuit realiseren als sprake is van ontoerekenbaarheid (NCRMD – *not criminally responsible on account of a mental disorder*). Recent is het daarbij mogelijk gemaakt om een aantekening van *'high risk accused'* af te geven, zodat – vergelijkbaar met de Engelse *'restriction order'* – hogere drempels gelden voor verlop en ontslag. Er is nog een ander vrijheidsbenemend kader in Anglo-Amerikaanse rechtsstelsels (waaronder Engeland en Canada) waar vanuit het strafrecht over beslist wordt en dat binnen het zorgcircuit ten uitvoer wordt gelegd: dat is het kader van *'unfitness to plead/stand trial'*. Vanwege het adversaire karakter van het strafproces is de procesbekwaamheid van de verdachte daar belangrijker en meeromvattend dan in Nederland (Van der Wolf e.a., 2010). Beslissingen hierover spelen voorafgaand aan of tijdens de berechting een rol, zodat er nog geen sprake is van een bewezenverklaring, laat staan een sanctie. Omdat de behandeling van de psychische stoornis daarbij gericht is op het herstellen van de procesbekwaamheid zodat de vervolging verder kan gaan en niet op het reduceren van recidiverisico, is een gebrek aan voortgang een andere kwestie, en wordt het kader van

de procesonbekwaamheid hier verder buiten beschouwing gelaten.

De zoektocht naar vergelijkbare praktijken: problematiseren behandelvoortgang

Uit hoofdstuk 3 bleek dat de zorgconferenties in Nederland zijn opgekomen binnen de context van en in aanvulling op de bestaande mogelijkheden van beoordeling van de voortgang van tbs-trajecten. Van belang is daarbij dat de formele procedure van de toetsing van het vrijheidsbenemende kader – de externe rechtspositie – via verlengingszittingen gedaan wordt door rechtbanken, op advies. Daarbij is de beoordeling formeel beperkt tot het gevaarscriterium, al spelen er in de praktijk ook wel andere – humanitaire – overwegingen een rol bij de beslissing (Van Spaendonck, 2021). Dat zit 'm dan overigens vooral in de keuze tussen één of twee jaar verlengen, waarbij bijvoorbeeld een ervaren gebrek aan behandelinspanningen van de kliniek een reden kan zijn om al na een jaar de 'vinger aan de pols' te houden. Verder blijven aanmerkingen over de voortgang of op de koers van de kliniek beperkt tot eventuele 'overwegingen ten overvloede', waarover in het Manifest van Lunteren (2013) is afgesproken dat klinieken in hun advies ten behoeve van de volgende zitting reflecteren op hoe daar gevolg aan is gegeven. Alleen ten aanzien van de LFPZ-status is wel eens geoordeeld dat die zo

van invloed is op de duur van de maatregel dat de verlengingsrechter zich daarover zou mogen uitspreken. Echter, door de versteviging van de rechtsbescherming in het LFPZ-beleidskader en de ontwikkeling van de LFPZ richting een doorstroomlocatie in plaats van een eindstation, is dat geen standaardpraktijk geworden (Van der Wolf, 2019). Overigens vindt thans, in plaats van voorheen elke zes jaar, elke vier jaar een soort onafhankelijke contra-expertise op de koers van de kliniek plaats door pro Justitia rapporteurs, waar de rechter een afwijkend oordeel ten aanzien van het kliniekadvies op zou kunnen baseren. Sporadisch vindt er contra-expertise buiten dat kader plaats. Anders wellicht dan de penitentiaire kamer, die oordeelt in hoger beroep en waarin gedragskundige Raden zitting hebben, kan de rechter moeilijk zelfstandig de gedragskundige koers van de kliniek beoordelen.

Ook de rechtsmiddelen die gegeven zijn voor toetsing van de interne rechtspositie, het beklag- en beroepsrecht, bieden geen soelaas voor een toets op de koers van de kliniek omdat de wijze van behandeling (waaronder ook bijna alle beslissingen over verlop) is uitgesloten van die toetsing, terwijl zeker ook in de beroepscommissie van de RSJ voldoende gedragskundige kennis aanwezig is. Een aanbeveling vanuit het derde evaluatieonderzoek van de BVT om 'onnodige behandelvertraging' beklagwaardig

Kader 4.1 Een overzicht van geïncludeerde contexten en relevante verschillen

	Circuit	Review door	Invloed tenuitvoerlegging
Nederland			
<i>Tbs</i>	Midden	Strafrechter	-
Duitsland			
<i>Sicherungsverwahrung</i>	Penitentiair	Tul rechter	+
<i>Plaatsing in PZ</i>	Zorg	Tul rechter	++
Engeland			
<i>Life sentences</i>	Penitentiair	Parole Board	++
<i>Hospital orders</i>	Zorg	Tribunal	++
Canada			
<i>Life sentences</i>	Penitentiair	Parole Board	+
<i>Dangerous offender designation</i>	Penitentiair	Parole Board	+
<i>Plaatsing in PZ</i>	Zorg	Review Board	+++

'-' = geen invloed, '+' = enigszins invloed, '++' = behoorlijke invloed, '+++ = veel invloed

te maken (Van der Wolf e.a., 2016), is niet overgenomen. De rechtsbescherming ten opzichte van de behandeling, die bepalend is voor de duur van de maatregel, wordt – zeker vanuit de advocatuur – als te gering beschouwd. Naast de driegesprekken worden de zorgconferenties ook gebruikt, bleek uit hoofdstuk 3, om dit ervaren tekort wat op te vullen. Daarom wordt in het vergelijkend onderzoek vooral ook op zoek gegaan naar de mogelijkheden voor de formele beslissers (met name ten aanzien van de externe rechtspositie – *Review*) om invloed uit te oefenen op de tenuitvoerlegging en daarmee de behandeloortgang. Als daar meer mogelijkheden toe zijn dan in Nederland is dat onderdeel van de verklaring waarom (de noodzaak voor) een praktijk vergelijkbaar met zorgconferentie niet gevonden wordt. In Kader 4.1 is een overzicht gegeven van de verschillende contexten met relevante verschillen op dit punt.

Vergelijkbare praktijken in Duitsland?

Hoewel langverblijvers in alle onderzochte landen voorkomen binnen zowel het penitentiare- als (forensische) zorgcircuit, is de hierboven beschreven rechtspositionele situatie geheel anders. In Duitsland zijn de beslissingen over verlenging van de preventieve detentie of

plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis weliswaar overgelaten aan een rechterlijke instantie, maar dan wel een die gespecialiseerd is in tenuitvoerleggingsbeslissingen (Tul rechter) en decentraal (in het Duitse federale systeem). Deze rechters hebben dan ook meer bevoegdheden, bijvoorbeeld ook het oordelen over verlop, dat dus minder als onderdeel van de behandeling of tenuitvoerlegging, maar als een kwestie van de externe rechtspositie wordt beschouwd. Meer zeggenschap over de wijze van tenuitvoerlegging hebben ze officieel niet, maar ze kunnen ook adviezen geven en daarbij beslissen dat de volgende rechterlijke toets al na een aantal maanden plaatsvindt om te bezien of bepaalde adviezen zijn opgevolgd. Ook kan men vaker putten uit tegenonderzoek. Zo beschikt de rechter bij de plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis elke drie jaar over een contra-expertise en na zes jaar zelfs elke twee jaar. Contra-expertise tussendoor zou ook nog kunnen, maar daar is dan dus minder behoefte aan. Zo hebben rechters ook houvast om de koers van de kliniek te beoordelen en kunnen ze wel degelijk een grotere rol spelen in de voortgang van trajecten. Bovendien wordt het hele Duitse sanctiestelsel sterk beïnvloed door het fundamentele beginsel van *'Verhältnismäßigkeit'*, oftewel 'proportio-

naliteit' (Mevis, Struijk en Van der Wolf, 2020). Bij de twee onderzochte maatregelen is er sowieso elk jaar een rechterlijke toets. Bovendien is het gegeven dat bij langer verblijf de proportionaliteitstoets belangrijker wordt – wat ook wel in Nederlandse tbs-jurisprudentie aangenomen is (Van Spaendonck, 2021) – wettelijk ondersteund, doordat na een bepaalde periode het gevaarscriterium voor verlenging hoger wordt. Bij de plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis is dat na zes jaar en na tien jaar, en in de preventieve detentie (*Sicherungsverwahrung*) is dat na tien jaar. Na die tien jaar, gaat de frequentie van de toets op de preventieve detentie ook omhoog naar elke negen maanden. Ook kunnen preventief gedetineerden bij de rechter klagen over het feit dat er te weinig inspanningen worden gepleegd om het recidivegevaar te reduceren. Als de rechter het daarmee eens is, moet de maatregel beëindigd worden, hetgeen sporadisch is voorgekomen. Ook daarmee heeft de rechter veel meer houvast om druk te zetten op de tenuitvoerlegging. De advisering over de gevaarlijkheid ten aanzien van de verlenging kan op verzoek van de rechter ook door een extern gedragskundige gedaan worden. En er behoort in de strafdetentie voorafgaand aan de preventieve detentie eigenlijk al inspanning plaats te vinden om de preventieve detentie te

voorkomen.¹⁰ Waar in de preventieve detentie de grens voor het indexdelict hoger ligt dan voor de Nederlandse tbs (een herhaling van zo'n delict is ook al vereist) moet ten aanzien van de plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis wel gesteld worden dat het hier ook veroordeelden voor minder ernstige feiten dan de tbs kan betreffen. Ook de eerder besproken omgekeerde executievolgorde (eerst behandeling, dan straf), inclusief mogelijkheid om af te zien van het tenuitvoerleggen van de straf, is te verklaren vanuit het beginsel van proportionaliteit. Ook de interne rechtspositie is anders geregeld. Enkele langverblijf-afdelingen bestaan ook binnen het (forensische) zorgcircuit, maar zijn niet gekoppeld aan een officiële status. Klagen, bijvoorbeeld over overplaatsingen of de behandeling, kan direct bij het ministerie. Dat is ook een decentraal orgaan, waardoor de lijntjes voor overleg – volgens Völlm – persoonlijker en korter zijn. Uiteraard is de kwaliteit van de voorzieningen en de kwaliteit van het contact tussen

10 Zoals in Nederland ook wel is voorgesteld om bij een combinatievonnissen de tenuitvoerlegging van de tbs optioneel te maken, zoals bij de gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel (GVM) (Mevis, Struijk en Van der Wolf, 2018). En vergelijk ook preklinische interventies.

instellingen en ministeries niet in alle deelstaten van een even goed niveau, maar zeker voor dat contact is de benaderbaarheid als randvoorwaarde door de decentraliteit wel geholpen. Kortom, langverblijf van vergelijkbare groepen als in Nederland komt uiteraard wel voor, zeker ook in de preventieve detentie,¹¹ maar wordt vanuit het wettelijke systeem al veel meer geproblematiseerd binnen het formele beslissingskader, met name ten aanzien van de externe rechtspositie. Het controleren van de koers van de kliniek is, anders dan bij de Nederlandse tbs-verlengingsrechter, ook meer doel van de beoordeling, terwijl daarvoor – zeker bij de plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis – door de frequentere contra-expertise ook meer informatie voorhanden is. Bovendien is er ook via klachtrecht meer mogelijkheid om de (wijze van) behandeling aan te vechten. Behandelaren vinden het ook volstrekt normaal dat ze zo vaak verantwoording moeten afleggen. Advocaten spelen, wellicht daardoor, een veel kleinere rol ten aanzien van de tenuitvoerlegging dan in de Nederlandse tbs. Ze zijn ook niet aanwezig bij

11 "People released from preventive detention in 2014 (just 18!) had an average duration of preventive detention of 16,6 years. The number for 2015 (35 released persons) is 15,6 years". (Dessecker/Leuschner, BM-Online Band 14, Sicherungsverwahrung und vorgelagerte Freiheitsstrafe, S. 42).

interne behandelplanbesprekingen, die uiteraard ook regelmatig plaatsvinden. Hoogstens wanneer daarin gesproken wordt over voortgang bij hoog risico patiënten, zit er een niet bij de behandeling betrokken behandelaar bij. Praktijken die – aan de hand van de genoemde criteria – echt vergelijkbaar zijn met zorgconferenties zijn er dus niet, maar dat is verklaarbaar vanuit de grotere mogelijkheden om binnen het formele beslissingskader de behandelvoortgang al meer te problematiseren.

Vergelijkbare praktijken in Canada

In Canada worden de formele beslissingen over verlenging van het vrijheidsbenemende kader van onbepaalde duur (de externe rechtspositie), anders dan in Nederland en Duitsland, niet genomen door rechterlijke instanties, maar door 'Parole boards' in het penitentiaire circuit, of 'Review boards' in het (forensische) zorgcircuit. Deze hebben als overeenkomst dat daarin vaak ook gedragskundige expertise vertegenwoordigd is. In verband daarmee hebben de boards vaak ook iets meer zeggenschap over de wijze van tenuitvoerlegging en dus ook mogelijkheden om daar invloed op uit te oefenen. De officiële 'hearings', die ook plaats vinden in de inrichting zelf, zijn op zichzelf al een stuk informeler dan een tbs-verlengingszitting, en kunnen bijvoorbeeld ook langer duren, en daardoor ook wel meer een overleg sfeer hebben.

Evenals Duitsland is Canada een federatie. Het penitentiaire circuit is georganiseerd op federaal niveau, zo ook de Parole Board die beslist over de externe rechtspositie van vrijheidsbenemende sancties van onbepaalde duur. Bij 'lifers' hangt de mogelijkheid van invrijheidstelling af van de 'tariff'. Voor 'dangerous offenders' is dat na zeven jaar en daarna tweejaarlijks. Maar de betrokkene kan ook van de toetsing afzien ('waive the right'). Het gaat bij deze 'designation' om een kleine groep, vooral zedendelinquenten, maar voor hen is het heel moeilijk om uit het systeem te komen. Weinigen hebben een (actieve) advocaat, ook omdat er geen 'legal aid' is voor een poging om in vrijheid gesteld te worden. Dat is wel zo, in de omgekeerde situatie, als een voorwaardelijke invrijheidstelling dreigt te worden omgezet in detentie. Beleid rond 'legal aid' is dan weer op provinciaal niveau georganiseerd en verschilt per provincie. Er zijn speciale stichtingen die geld voor rechtsbijstand voor deze gedetineerden proberen te verzamelen. Als de advocaat bij de hoorzitting is, fungeert die als een soort 'assistant' van de gedetineerde. Er wordt vooral naar rapportages van de gevangenis gekeken. De Parole Board kan voorwaardelijk in vrijheid stellen (full parole) op basis van risicotaxatie, maar bijvoorbeeld ook als de bejegening 'cruel and unusual' is op basis van het Canadian Charter of Rights and Freedoms, eventueel na verwijzing naar een rechtbank.

Ook *'day-parole'* en verlof (*unescorted temporary absence*) behoren tot de competentie van de *Parole Board*. Andere routes naar invrijheidsstelling zijn die van *habeas corpus* of via 'judicial review' bij een federale rechtbank. De *Parole Board* heeft in het verleden wel bepaald dat in de sanctie maatwerk moet worden geleverd, om iemand uit het systeem te krijgen. Bij *'dangerous offenders'* is maatwerk wel lastiger, doordat niet alleen de gevangenis zelf, maar ook nationale instanties zich bemoeien met zaken als overplaatsing. Door programma's te volgen moet men aantonen dat het risico is verminderd, die programma's zijn dezelfde als voor andere gedetineerden. De geïnterviewden geven aan dat in de laatste decennia onder politieke druk de *Parole Board* van karakter is veranderd, van progressief naar meer conservatief. Advocaten worden daardoor meer op afstand gehouden van de tenuitvoerlegging. Een aantal decennia geleden fungeerden *'case management meetings'*, waarin het *'correctional plan'* wordt besproken, nog wel eens als een soort *'case conferences'*, waarbij samen met de advocaat naar oplossingen werd gezocht. Thans zijn advocaten niet welkom, of willen ze er zelf niet bij zijn om tijdens de officiële *'hearing'* niet in conflict te komen met eerdere afspraken. De risicotaxatie wordt gedaan door de reclaseringsmedewerker van de gevangenis. Voor een contra-expertise is geld nodig via *'legal aid'*

en de beperkingen daarvan zijn beschreven. Er zijn dus vele hindernissen om echt richting de uitgang te komen.

De *Review Boards* in het (forensische) zorgcircuit zijn decentrale organen van de provincie of het territorium. Uit onderzoek blijkt er veel verschil te zijn tussen de verschillende provincies, met name ook ten aanzien van rechtsbijstand (Crocker e.a., 2015). De periodieke toetsing is gewoonlijk ongeveer jaarlijks, maar er is veel variatie in de frequentie. Ook kunnen *Review Boards* de duur van de verlenging verkorten tot drie of zes maanden, bijvoorbeeld als de behandeling niet vlot. Advisering vindt plaats door de behandelend psychiater, vooral op basis van een risicotaxatie, zowel op papier als mondeling. Als de gedragskundige leden van de *Review Board* de advisering niet afdoende vinden, kunnen ze om meer voorlichting vragen. Ook kan contra-expertise verzocht worden onder bepaalde omstandigheden, zeker bij oplegging van de plaatsing, een beslissing die door strafrechters zelfs naar de *Review Board* kan worden verwezen. Omdat de procedure bij *Review Board*, anders dan in het adversaire strafproces, een inquisitoir karakter heeft, brengen de partijen dus niet hun eigen deskundigen mee. De *Review Board* heeft ook de bevoegdheid om te beslissen over verlof. Ook andere aspecten van de tenuitvoerlegging, zoals de behandeling,

behoren weliswaar niet echt tot de bevoegdheid van de *Board*, maar kunnen wel marginaal geadresseerd worden door suggestieve opmerkingen. En in de beslissing kan bijvoorbeeld door het stellen van voorwaarden aan de verlenging echt invloed uitgeoefend worden op het kliniekbeleid. Patiënten zelf kunnen om een second opinion vragen, intern door een niet bij de behandeling betrokken gedragskundige of extern, ten behoeve van een *'Review Board Hearing'*. Er kan in beroep gegaan worden tegen de beslissing van bij een rechter, maar beperkingen in de kosten van *'legal aid'* hinderen dat regelmatig. Dat komt doordat er vooraf een budget bepaald wordt dat op een gegeven moment op kan zijn. Ook kunnen klachten effect hebben op de behandeling.

Als er geen overeenstemming is tussen patiënt en kliniek kan de *Review Board* zelf het initiatief nemen tot een *'pre-hearing'*, om lange discussies op de eigenlijke hoorzitting te voorkomen of – als men er dan al helemaal uitkomt – om de eigenlijke hoorzitting in het geheel te voorkomen. Deze *'pre-hearings'* voldoen aan de criteria die voor de vergelijking met een zorgconferentie zijn opgesteld, juist omdat ze voorafgaand aan (dus buiten) het formele beslissingskader plaatsvinden en juist in situaties van probleemoplossing worden ingezet. Verschil is dus dat ze wel nadrukkelijk gekoppeld zijn aan de formele beslissing en ook door de formele

besliser over de externe rechtspositie (dat zou in de Nederlandse tbs-situatie de rechter zijn) worden geïnitieerd. Voorts is er in de formele beslissing ook al meer mogelijkheid om iets over de wijze van tenuitvoerlegging te zeggen.

Vergelijkbare praktijken in Engeland

In Engeland wordt in het (forensisch) zorgcircuit beslist over verlenging van de genoemde 'orders' door een *First Tier Tribunal (Mental Health)*, waarin naast een rechter ook een psychiater en een leek zitting hebben. Alleen in het geval van een 'hybrid order', als de gevangenisstraf in het zorgcircuit wordt ten uitvoer gelegd, beslist de *Parole Board*. Bij de reguliere 'hospital order' kan de vrijheidsbeneming op elk moment door het ziekenhuis worden beëindigd, maar uiteraard ook door het *Tribunal*. Voor de 'restriction order' moet dat dan wel met instemming van de minister (net als verlof en overplaatsing), dan wel door het *Tribunal*. De criteria zijn stoornis, gevaar en doelmatigheid. Beoordeling door het *Tribunal* is jaarlijks mogelijk op verzoek en automatisch na elke drie jaar. Er wordt veel tijd genomen voor een 'hearing' in het psychiatrisch ziekenhuis, er zijn er twee per dag. Een second opinion is mogelijk als er geen overeenstemming is (over de diagnose bijvoorbeeld), maar daarvoor moet dan wel 'legal aid' worden verkregen, dus gegronde redenen voor zijn. Een advocaat is doorgaans aanwezig (mogelijk zelfs

bij gewone behandelplanbesprekingen in de kliniek), en als de betrokkene geen advocaat (bij zich) heeft wordt gecontroleerd of dat weloverwogen is. De 'panel members' van het *Tribunal* worden niet qua deskundigheid bij de zaak gezocht. Het *Tribunal* kan beslissen over verlof, maar kan ten aanzien van de behandeling slechts aanbevelingen doen. Het kan de koers bevestigen ('encouragement'), of met name het psychiatrisch lid kan de kliniek flink bevragen en suggesties doen, maar er is geen beslissingsbevoegdheid op dat punt anders dan te trachten te overtuigen. Wel kan een zitting aangehouden worden om een soort vinger aan de pols te houden, bijvoorbeeld om een overgang naar een lager beveiligingsniveau mogelijk te maken. De *Parole Board* in het penitentiaire circuit is meer dan in Canada gericht op de voortgang van veroordeelden in kaders van onbepaalde duur, hetgeen ook in jurisprudentie is onderstreept. Bij 'lifers' vindt een eerste review plaats bij 'tariff' en daarna elke 12 tot 24 maanden. De exacte periode wordt bepaald op basis van welke programma's volgens het opgestelde plan gevolgd moeten worden, door de *Public Protection Casework Section* (PPCS) van het ministerie, die ook aanbevelingen mag doen aan de gevangenis over de programma's. Niet in alle gevangnissen worden alle programma's aangeboden, dus dat is soms ook een reden voor overplaatsing. Voor zedenprogramma's

zijn thans wachtlijsten van een paar jaar. Het systeem is zo dat idealiter het beveiligingsniveau steeds verder wordt afgebouwd en tegelijkertijd de vrijheden verder worden opgebouwd. Men moet van een Categorie A gevangenis, met de hoogste beveiligingsgraad helemaal naar een Categorie D gevangenis en kan daarna onder toezicht terug de samenleving in, eventueel via 'supported housing' en via MAPPA-meetings (*Multi-Agency Public Protection Arrangements*). Het is wel omschreven als een spel van 'Snakes and Ladders', een soort ganzenbord, waarbij ze ook nog aan het eind gekomen, door een klein foutje mogelijk weer helemaal van vooraf aan moeten beginnen (Padfield, 2016). Vooral voor zedendelinquenten en brandstichters blijken moeilijk vervolgvorzieningen te vinden. Of ze stappen vooruit kunnen maken wordt bepaald in 'Categorisation reviews', geleid door de gouverneur van de gevangenis. Bij 'Cat A reviews' zijn vanwege het belang van de eerste stap ook wel advocaten aanwezig. Tevens zouden er jaarlijks 'Sentence planning meetings' moeten zijn, maar dit wordt niet altijd gedaan, juist niet als mensen geen voortgang boeken. Daarbij is over het algemeen alleen gevangenisstaf aanwezig (*prison offender manager, programmes department psychologist, prisoners key worker*). De *Parole Board* kan zich enigszins met de tenuitvoerlegging bemoeien, bijvoorbeeld door een aanbeveling te doen over de

benodigde categorie. Ze kan geen programma's aanbevelen, maar wel subtiel opmerken welke risicofactoren nog niet zijn geadresseerd door programma's. De meest relevante mogelijkheid die ze hebben in dit verband is het organiseren van een 'case conference'. Dit wordt betaald uit het budget van de *Parole Board* zelf, en daartoe heeft ze ook aanwijzingen opgesteld.

"A Case Conference is used to promptly progress cases, 'unstick' problems and avoid deferrals. It is not expected that the majority of cases will require this approach. Case Conferences can be used for complex cases or cases where an issue has arisen which may be solved by getting parties together." (PBM 45-19 Compass)

Een niet uitputtend lijstje van situaties waarin in het verleden een *Case Conference* voor georganiseerd is, toont dat het naast inhoudelijke impasses vooral ook gaat om allerlei situaties om de eigenlijke 'hearing' procedureel voor te bereiden, om die effectief te maken en aanhouding te voorkomen, of juist de hele hoorzitting te voorkomen of op stukken af te doen. De aanwijzing dat het ongeveer een half uur moet duren lijkt ook eerder op procedurele kwesties te zien. Inhoudelijk zou het vooral gaan om IPP'ers of om zaken van gevangenen die overgeplaatst worden naar de forensische GGZ, omdat voor

het overschrijden van dit soort grenzen de *Case Conferences* uitermate geschikt geacht worden. Ook kan het gebruikt worden om voor overgang naar de samenleving een MAPP-meeting voor te bereiden. In de aanwijzingen staat voorts dat de *Case Conference* valt onder de procedurele vereisten van de *Parole Board Rules* als vergelijkbaar met een 'direction hearing'. Daarin staat ook dat vier partijen het initiatief tot de *Case Conference* kunnen nemen. Ten eerste de voorzitter van de *Parole Board* zelf, als de zaak niet opschiet als zou moeten, die uiteindelijk ook beslist. Ten tweede de *case manager* van de gedetineerde, als er 'difficulties' zijn. Ten derde de advocaat van de gedetineerde en ten slotte de PPCS, of andere deskundigen via die afdeling, namens het ministerie. Partijen moeten eerst elkaars medewerking verkrijgen en redenen geven voor het verzoek. Het zou kunnen dat naast de voorzitter ook de andere 'panel members' van de *Parole Board* worden uitgenodigd of de betrokkene zelf, bijvoorbeeld als diens vertegenwoordiger er niet bij kan zijn. De betrokkene zelf is er dus niet normaliter niet bij. Er kan niet officieel deskundigenbewijs worden ingebracht omdat het geen echte hoorzitting is. Wel kunnen er aanwijzingen gegeven worden aan de uitvoerders om zaken te organiseren of verbeteren.

Kortom, deze 'case conferences' zijn, op basis van de daarvoor geformuleerde criteria, het meest

vergelijkbaar met de zorgconferenties in de tbs in Nederland. Net als voor de Canadese *Review Boards* geldt dat ook deze bijeenkomsten niet helemaal buiten het formele beslissingskader staan, maar daaraan als voorbereidende conferentie gekoppeld zijn. Hierdoor is het ook logisch(er) dat naast de drie partijen die in Nederland een zorgconferentie kunnen initiëren ook de formele beslisser over de duur van de vrijheidsbeneming de conferentie kan initiëren. Ze verschillen hierdoor wel wat van karakter ten opzichte van de zorgconferenties en het doel kan ook meer procedureel van aard zijn. Doordat de formele beslisser mogelijk initiator en voorzitter is, kan die beslissing ook uiteindelijk zo nodig zonder instemming van de andere aanwezigen worden genomen. Het aantal aanwezigen lijkt ook iets beperkter te zijn, zeker ten aanzien van onafhankelijk deskundigen alsook van de betrokkene zelf. Daarmee lijken juist twee veelgenoemde pluspunten (namelijk de consensus en de groep van betrokkenen) van de Nederlandse zorgconferenties (zie hoofdstuk 3) te ontbreken. De praktijk van de 'case conferences' is duidelijk gekoppeld aan de formele regelgeving. In Engeland lijkt er in vergelijking met Canada, zeker bij de *Parole Board*, wel meer budget voorhanden om dergelijke praktijken mogelijk te maken. Relevant is ook dat er iets meer grip is van de onafhankelijke organen op de tenuitvoerlegging, en dat ze bijvoorbeeld

zelf over verlof beslissen. Een interessante vergelijking voor de kwestie of een generieke tijdsduur een indicatie moet blijven voor een zorgconferentie, of juist meer maatwerk moet plaatsvinden op inhoudelijke gronden, is ook te vinden in de Engelse praktijk dat *Mental Health Review Tribunals* zowel op verzoek van betrokkene als automatisch na drie jaar worden gehouden.

4.4 Korte antwoorden op de deelvragen

12 Vergelijkbare contexten en praktijken

In Duitsland, Canada en Engeland is in vergelijkbare contexten – van vrijheidsbeneming van onbepaalde duur zowel binnen het penitentiaire circuit als binnen het (forensische) zorgcircuit – gezocht naar praktijken die te vergelijken zijn met zorgconferenties. Dat zulke praktijken in Duitsland niet gevonden zijn, is wellicht mede te verklaren doordat er in het formele beslissingskader over de duur van de vrijheidsbeneming voldoende en afdwingbare toetsen zijn op het lange verblijf; zowel op de proportionaliteit van de duur als de voortgang van de behandeling. In de Canadese en Engelse context zijn

wel enigszins vergelijkbare praktijken te vinden. Het betreft met name de *'pre-hearings'* vanuit het Canadese (forensische) zorgcircuit of de *'case conferences'* uit het Engelse penitentiaire circuit. Ze worden (veelal geïnitieerd en) voorgezeten door de multidisciplinaire instanties die formeel beslissen over de duur van de vrijheidsbeneming.

13 Relevante bevindingen voor Nederlandse zorgconferenties

Aanhakend bij een aantal discussies genoemd in de interviewstudie, kunnen enkele bevindingen uit het vergelijkend onderzoek meegenomen worden in de discussie omtrent:

- de koppeling van de zorgconferentie
 - bijvoorbeeld qua timing – aan officiële beslissingen, bijvoorbeeld over verlenging of (voortzetting van) LFPZ-plaatsing,
- het borgen van de zorgconferenties in regelgeving of beleid en tot op welk niveau te formaliseren,
- ook de rechter als initiatiefnemer van een zorgconferentie te beschouwen,
- naast maatwerk ook nog een generieke toets op langverblijvers te behouden,
- rechtsprekende instanties meer zeggenschap over de tenuitvoerlegging van de tbs te geven en naarmate de vrijheidsbenemende

maatregel langer duurt die steeds steviger te toetsen,

- de rol van budget en politieke invloed als rem op de rechtspositie (van de langverblijver),
- een (regionale) overlegstructuur tussen de bij de tenuitvoerlegging betrokken instanties te bevorderen.

CASUS 4

Opvolging, langzaam vanuit LFPZ

Wie:

Man, 57 jaar. 25 jaar in tbs voor een moord en diefstallen. Hij heeft eerder een LFPZ-status gehad, die beëindigd. Ten tijde van de zorgconferentie had betrokkene een tweede LFPZ-status. Hij heeft een waanstoornis, een persoonlijkheidsstoornis, alcoholafhankelijkheid en is zwakbegaafd.

Knelpunt:

Bij betrokkene kunnen er impulsdoorbraken plaatsvinden bij oplopende spanning, waarbij de kans op geweldadige recidive hoog is. Door incidenten tijdens verlof is het lastig om stappen te maken in verlof. Er is echter wel onbegeleid verlof nodig om geplaatst te kunnen worden op een zorgboerderij, iets wat betrokkene graag wil.

Doel zorgconferentie:

- Is toewerken naar longcare mogelijk?

Uitkomst zorgconferentie:

- Het einddoel is overplaatsing naar een zorgboerderij
- Stappenplan in opbouw verloven
- Over 2 jaar, vlak voor de nieuwe LAP-zitting, een nieuwe zorgconferentie organiseren om het verloop te monitoren

- Tegen die tijd bekijken of TMV (juridisch) mogelijk is vanuit de LFPZ. Daarmee is er een terugkeergarantie naar de LFPZ vanuit de zorgboerderij
- Neuropsychologisch onderzoek afnemen ten behoeve van de diagnostiek: is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis of organische schade?

Verloop na de zorgconferentie:

Enige tijd na de zorgconferentie worden begeleide verloven gemachtigd en met succes gepraktiseerd. Betrokkene bloeit zichtbaar op en blijft in de periode erna stabiel functioneren, ondanks onduidelijkheden over het uitplaatsingstraject. Vanwege het stabiele functioneren wordt de begeleiding afgeschaald naar enkel begeleid verlof. Na iets meer dan 2 jaar na de zorgconferentie is betrokkene op een intake geweest bij een zorgboerderij, welke goed is verlopen: betrokkene is door de zorgboerderij geaccepteerd. Bijna een jaar later, tijdens het huidige onderzoek, is betrokkene nog niet overgeplaatst, al zal dit spoedig gebeuren. Er is geen tweede zorgconferentie georganiseerd, omdat het traject vooruitgang vertoonde.

VIJF

Beleidsimplicaties en vroegsignalering – verslag van expertmeetings

5.1 Achtergrond en doel

Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 wordt in dit hoofdstuk de uitkomst van de expertmeetings beschreven. Er zijn er daarvan twee gehouden. Eén had het karakter van een focusgroep om de resultaten van de interviewstudie verder uit te diepen en tot aanbevelingen te komen, en wordt in het vervolg ook focusgroep genoemd. Omdat met name op de laatste twee onderzoeksvragen voor de interviewstudie – naar verbeterpunten en bredere toepassingsmogelijkheden – verschillende antwoorden zijn gekomen vanuit verschillende (partij)perspectieven, is getracht in de focusgroep te bezien voor welke aanbevelingen draagvlak onder meer of alle partijen is te vinden.

Waar voor de focusgroep deelnemers zijn gevraagd uit de praktijk die ook al hadden meegedaan aan de interviews, zijn voor de expertmeeting wetenschappelijk deskundigen uitgenodigd ten aanzien van de interpretatie van de resultaten van (met name) onze dossierstudie. Op deze manier is beoogd om onderzoeksvraag 14 en 15 beantwoord te krijgen.

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 (Vander Laenen, 2016). In dit geval kwamen die onderwerpen voort uit de interviewstudie. Het betreft onderwerpen die samenhangen met de onderzoeksvragen van die studie en waarop verschillend is geantwoord. Eén van de onderzoekers is als moderator opgetreden om de groepsinteractie te begeleiden (Vander Laenen, 2016).

Omdat de antwoorden hierop verschilden vanuit de verschillende perspectieven van bij zorgconferenties betrokken partijen, is gekozen voor een heterogene samenstelling van de focusgroep. Op die manier wordt 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 buiten de patiënt de grootste belangen hebben bij de zorgconferentie, blijkend ook uit de mate van aanwezigheid bij zorgconferenties (zie Tabel 2.4 uit

Onderzoeksvragen in hoofdstuk 5:

- 14 Blijkt uit de interpretatie van de uitkomsten van de onderdelen (A, B, C) in een expertmeeting dat het mogelijk zou zijn een inhoudelijk 'Tbs-volgsysteem' te ontwerpen, waarbij juridische, diagnostische, behandelinhoudelijke en recidive-risico parameters worden gemonitord?
- 15 Blijkt uit de interpretatie van de uitkomsten van de onderdelen (A, B, C) in een expertmeeting dat er mogelijk specifieke groepen Tbs-gestelden (deelpopulaties) zijn te onderscheiden waarvoor apart (volg- en interventie)beleid geformuleerd kan worden, zoals zorgconferenties in een zeer vroeg stadium?

Aanwezige experts in alfabetische volgorde:

- Peter Braun, is voormalig clustermanager patiëntenzorg LFPZ van de Pompestichting, locatie Zeeland. Hij heeft een lange ervaring binnen het forensische veld als psycholoog en hoofd behandeling, met specifieke aandacht voor de populatie van langverblijvers. Hij heeft meegewerkt aan verschillende internationale onderzoeksprojecten ten aanzien van langverblijvers in de forensische zorg en vormt met Birgit Völlm (zie hoofdstuk 4) de redactie van het boek Long-Term Forensic Psychiatric Care: Clinical, Ethical and Legal Challenges.
- Sylvia Lammers, is psycholoog en docent praktijkresearch aan de Radboud Universiteit. Zij werkte als universitair docent bij verschillende universiteiten en daarnaast in de ambulante forensische psychiatrie en de tbs, voornamelijk als onderzoeker. Zij heeft gepubliceerd op het gebied van vrouwenstudies, verslaving, psychopathie, risicotaxatie, en middelengebruik en criminaliteit. Ze was hoofdonderzoeker van de studie naar de 15+ langverblijvers die mede aan de basis stond van het Project 15-plus. Naast haar werk als docent en onderzoeker doet ze advies- en trainingswerk op het gebied van recidiverisico van verslaafde delinquenten.
- Marleen Nagtegaal, is psycholoog en senior onderzoeker tbs-beleid bij het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het ministerie van Justitie en Veiligheid. In die hoedanigheid is ze betrokken geweest bij pogingen om 'volgsystemen' op te zetten en heeft ze onderzoeken gedaan naar relevante thema's als behandelduur, omzetting/hervatting van voorwaardelijke tbs-modaliteiten, weigeraarsproblematiek en langdurig toezicht.
- Michiel de Vries-Robbé, is psycholoog en senior onderzoeker aan de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg van het Amsterdam Universitair Medisch Centrum. Ook is hij als senior onderzoeker verbonden aan het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie en als Associate Professor aan de afdeling Psychiatry and Behavioural Neurosciences van de McMaster University, in Hamilton, Canada. Zijn onderzoek richt zich hoofdzakelijk op risicotaxatie en implementatie daarvan in de forensische praktijk. Hij is in het bijzonder betrokken bij de ontwikkeling van instrumenten voor screening van risico's en voor beschermende factoren voor volwassenen, adolescenten en kinderen (Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF), SAPROF-Youth Version (SAPROF-YV), SAPROF-Child Version (SAPROF-CV), Female Additional Manual (FAM), Risk Screener-Violence (RS-V) en de Risk Screener-Youth (RS-Y).

hoofdstuk 2), zijn het ministerie, de klinieken en de advocatuur. Representanten van deze laatste twee partijen namen in de beantwoording van de interviewvragen ten aanzien van verbeterpunten en bredere toepassingsmogelijkheden ook de uitersten voor hun rekening. Daarom zijn deze partijen uitgenodigd voor de focusgroep. Voor wat betreft de klinieken zijn twee vertegenwoordigers van de LFPZ en twee van de behandelklinieken bij de focusgroep geweest, naast iemand van het ministerie en iemand vanuit de advocatuur (omdat vanuit beide geleerden de tweede genodigde kort van tevoren afzegde). De focusgroep duurde twee uur.

Expertmeeting

Voor de expertmeeting zijn onderzoekers uitgenodigd met ervaring vanuit of ten aanzien van het tbs-veld (zie kader hieronder). Als expertise was vooral de interpretatie van kwantitatieve onderzoeksresultaten gevraagd en/of specifieke kennis van de populatie langverblijvers, evenals kennis van pogingen in het verleden om tot 'volgsystemen' te komen in de forensische zorg. Voorts waren twee vertegenwoordigers van het onderdeel van het ministerie die de onderzoeksvragen geformuleerd heeft aanwezig om de achtergrond hiervan verder uit te leggen. Tevens was er, naast enkele leden van het onderzoeksteam, iemand van de begeleidingscommissie als observeerder aanwezig.

Omdat in de onderzoeksvragen specifiek de mogelijkheden van het opzetten van een volgsysteem of het doen van vroegsignalering op basis van de uitkomsten van dit evaluatieonderzoek worden benadrukt, waarvoor met name de kwantitatieve uitkomsten van de dossierstudie zich eventueel lenen, is als eerste onderwerp ingebracht hoe die uitkomsten geïnterpreteerd dienen te worden. Daarna is de koppeling met de onderzoeksvragen gemaakt. Ook de expertmeeting duurde twee uur.

De bevindingen hieronder vormen een thematisch verslag van de Focusgroep en Expertmeeting.

5.3 Bevindingen

Focusgroep

Achtergrond en doelen

In hoofdstuk drie is het doel van het Project 15-plus onderscheiden van de doelen van individuele zorgconferenties. Ten aanzien van het doel van het Project bleek er verschil van idee over de achtergrond van de 'aanpak' van langverblijvers, die kan worden samengevat als humanitair versus financieel. Vanuit het ministerie wordt in de focusgroep aangegeven dat op de afdeling DIZ, die gaat over de indivi-

duële plaatsing en juiste patiënt op juiste plek, men vooral een humanitair perspectief heeft. Maar men begrijpt dat, mede doordat vanuit de politiek ten aanzien van de forensische zorg regelmatig op kostenbeheersing wordt aangedrongen, dit beeld ook ten aanzien van het Project 15-plus kan zijn ontstaan. Bij het terugdringen van de behandelduur liggen deze achtergronden ook in elkaars verlengde en vormen geen tegenstelling; een kortere behandeling is zowel vanuit humaan als financieel perspectief positief. Ook sluit men niet uit dat de politieke opdracht voor het Project, met de bijbehorende investering die dat vraagt, mogelijk toch ook een financiële achtergrond heeft. Vanuit DIZ wordt namelijk ook wel eens het kostenaspect gebruikt richting ForZo om 'iets te forceren' na een zorgconferentie. Zo wordt in de focusgroep benadrukt dat de kosten-baten analyse positief uitpakt.

'Een zorgconferentie kost geld, maar per saldo, als iemand kan doorstromen naar een lager beveiligingsniveau of de tbs kan worden beëindigd, dan is het de investering zeker waard.'

Ook bij de vraag naar uitbreiding van de capaciteit van DIZ voor de zorgconferenties speelt geld uiteraard een rol, evenals de uitkomsten van dit evaluatieonderzoek. Maar het financiële

Ingebrachte onderwerpen

Focusgroep:

- Achtergrond en doelen
- Werkzame elementen
- Verbeterpunten
- Meerwaarde t.o.v. andere instrumenten
- Bredere toepassing; indicatiestelling

Ingebrachte onderwerpen

Expertmeeting:

- Interpretatie bevindingen dossierstudie
- Mogelijkheden volgsysteem
- Mogelijkheden vroegsignalering
- Adviezen voor toekomstig onderzoek

aspect is ook verbonden met een aantal verbeterpunten ten aanzien van de efficiënte inzet van zorgconferenties, zoals indicatiestelling en voorbereiding. Dat op dit moment de wachttijden voor een zorgconferentie te hoog zijn, maakt de zorgconferenties ook minder efficiënt. De, met name personele, capaciteit voor zorgconferenties is al wat uitgebreid en zou wellicht nog verder uitgebreid moeten worden. Want uiteindelijk komt het voor DIZ altijd neer op wat, met inachtneming van de veiligheid in de samenleving, het beste is voor de patiënt.

Ten aanzien van de doelen van individuele zorgconferenties is in de interviews ook een onderscheid gemaakt tussen uitkomstdoelen en procesdoelen. Het uitkomstdoel is dan te komen tot een passende en verantwoorde vervolgvoorziening en de procesdoelen zijn gemeenschappelijk doeleigenaarschap en 'out of the box'-denken. Zeker in het begin van het Project 15-plus hadden klinieken de indruk dat vanuit het ministerie het uitkomstdoel van uitstroom te zeer voorop stond. Soms werden oplossingsrichtingen bedacht, die niet haalbaar of reëel bleken te zijn. Zeker ook op de LFPZ had men er aanvankelijk wel vraagtekens bij, want niet elke langverblijver, ook niet 15+, zit in een impasse. Sommigen zitten juist goed op hun plek. Thans lijkt dat besef bij de meeste betrokkenen wel aanwezig.

Uit de interviews bleek ook dat het 'out-of-the-box'-denken verkeerde verwachtingen kan wekken bij patiënten. Als er opties besproken worden die niet te realiseren zijn, in aanwezigheid van de patiënt en/of diens advocaat, kan er ook valse hoop ontstaan, wat ook kan leiden tot destabilisatie van het toestandsbeeld. Verwachtingsmanagement is dan van belang. Vanuit de klinieken wordt in de focusgroep aangegeven dat dit lastig is omdat een advocaat soms te zeer met 'out-of-the-box'-opties aan de haal gaat en dat ook weer gebruikt in het pleidooi bij tbs-verlengingszittingen. De reactie vanuit de advocatuur daarop is dat het lastig is om de verwachtingen van de tbs-gestelde te temperen, omdat die elke strohalm aangrijpt om perspectief te houden. De tbs-gestelde put hoop uit de uitkomsten van een zorgconferentie. Wat dat betreft is het problematisch dat niet helemaal duidelijk is wat de status is van de adviezen en er geen rechtspositie is ten opzichte daarvan. De status van de adviezen – waarop ook onder het volgende kopje van verbeteren van de werkzaamheid wordt teruggekomen – is ook relevant ten aanzien van het gemeenschappelijk doeleigenaarschap. Behandelaren ervaren het soms als prettig dat andere partijen zich mede verantwoordelijk maken voor de voortgang van een behandeltraject, en soms kan het ministerie of een 'out-of-the-box'-idee ook echt wat forceren, maar soms ervaart men toch vooral dat

zij eigenaar zijn van het probleem. Ook wordt het 'out-of-the-box'-denken soms als een aanval op de koers van de kliniek beschouwd, terwijl het gaat om een intercollegiale toetsing. Dit gevoel aangevallen te worden speelde wellicht ook meer in het begin, toen nog niet iedereen bekend was met het fenomeen zorgconferentie. Er wordt ook wel geopperd dat een doel van de zorgconferenties een toets op de koers van de kliniek kan zijn. Advocaten onderschrijven dat uiteraard, maar ook niet alle behandelaren vinden dat verkeerd, omdat het gerust kan voorkomen dat bepaalde mogelijkheden niet gezien worden of geprobeerd zijn.

Werkzame elementen

Werkzaamheid kan uiteraard slechts beoordeeld worden in combinatie met een doel. Net als voor het Project 15-plus een casus-overstijgend doel geformuleerd kan worden, geldt dat ook voor de werkzame elementen. Maar eerst worden de werkzame elementen op casusniveau besproken.

De procesdoelen van gemeenschappelijkheid en 'out-of-the-box'-denken worden in de interviewstudie ook wel genoemd als werkzame elementen ten aanzien van het uitkomstdoel (met de kanttekeningen zoals die hierboven gemaakt zijn). Het 'out-of-the-box'-denken is dan een middel om na te gaan of er geen mogelijkheden voor vervolgstappen over het hoofd gezien

worden. Een aspect dat vaker genoemd is in de interviews is de 'doorzettingsmacht' van het ministerie dat bij de zorgconferenties voorzigt. Dat kan soms zaken, zoals een bepaalde overplaatsing buiten de gebruikelijke kaders, 'forceren', waar een kliniek de mogelijkheden niet toe heeft. Er wordt in de focusgroep wel opgemerkt vanuit klinieken dat die doorzettingsmacht nog wel vaker gebruikt zou mogen worden. Vanuit het ministerie wordt echter aangegeven dat het een soort ultimatum remedium is, alleen als het echt kan en nodig is. Er wordt weinig gebruik van gemaakt, omdat de koninklijke route die van overleg is. Behandelaren noemen echter ook wel voorbeelden van ingewikkelde casuïstiek, waarbij financieringskwesties een overplaatsing belemmerden, en dat het ministerie dan toch ergens financiering vandaan kan halen. Andere betrokkenen zouden het uiteraard fijn vinden als dit vaker kon: een stevige beslissing om bijvoorbeeld een doorplaatsing mogelijk te maken. Enkele werkzame elementen op casusniveau die genoemd zijn in de interviews, die vanuit ander perspectief worden betwist, worden besproken bij de verbeterpunten. Dat geldt met name voor de kwestie van afhankelijkheid van bepaalde 'poppetjes' (personen) en die van het 'fluïde' karakter van de zorgconferenties doordat ze nergens staan geregeld.

Er worden vooral ook veel casus-overstijgende effecten van de zorgconferenties genoemd. Een eerste daarvan zou onder de noemer 'vermenselijking' gevat kunnen worden, als tegenhanger van ontmenselijking. Met name dat het ministerie in de zorgconferenties een gezicht krijgt en ook een vriendelijk en geïnteresseerd gezicht, wordt van waarde geacht. Andersom is ook van waarde dat mensen van het ministerie met name de patiënt en de behandelaren in levende lijve zien, en de dynamiek daartussen, zo wordt in de focusgroep genoemd:

'Wat we zien is dat het vanuit de positie van alleen maar achter een computer beslissingen moeten nemen en af en toe een telefoontje plegen, dat dat heel anders is dan op bezoek gaan in de kliniek. Als je op bezoek bent in een kliniek kan je de dynamiek van de kliniek volgen, maar ook de patiënt zien en hem een hand geven. Iets wat ik altijd heel bewust deed aan het begin van een zorgconferentie. Op die manier, misschien wel heel symbolisch, de eerste verbinding leggen omdat je dan het ministerie in persoon bent. Los van de mogelijkheden in een zorgconferentie en of de patiënt blij is met de uitkomst ervan of niet, je ziet voor je ogen de persoon en de situatie die op papier beschreven staat. Je ziet het voor je ogen gebeuren

in het eerste uur. Zo gaat een dossier veel meer leven. Collega's die we wel eens meenemen naar een zorgconferentie die zeggen ook: 'Ik kijk nu anders naar een verlofaanvraag, of naar noem maar op'. Het tweede dat we gezien hebben is dat we de behandeling in de klinieken zelf en het werk dat de sociotherapeuten, die regelmatig aanschoven, doen, ook steeds meer gaan waarderen. Je krijgt steeds meer waardering voor die mensen, die dagelijks met deze moeilijke doelgroep moeten werken.'

Daarnaast wordt als casus-overstijgend effect genoemd de versteviging van onderlinge relaties en onderling begrip, maar daarnaast ook gewoon kennis van wat anderen te bieden hebben (zoals de LFPZ of een bepaalde vervolgvoorziening). Zeker doordat de zorgconferenties ten tijde van het Project 15-plus (voor de digitale corona-periode begon) fysiek plaatsvonden in de kliniek waar de betrokken patiënt verblijft, kregen externe deskundigen, bijvoorbeeld verbonden aan andere klinieken, ook inzicht in wat voor plek het is en wat men doet/kan in bijvoorbeeld een LFPZ of juist een behandelkliniek. (Dat effect is met digitale zorgconferenties uiteraard minder groot.) Er wordt in de focusgroep echter wel aangegeven dat zulk soort effecten

ook buiten zorgconferenties om georganiseerd zouden kunnen worden.

‘Het zou van mij wel een verplicht nummertje mogen worden, om elk jaar met je team in een andere kliniek te kijken. Gewoon om te weten hoe het er daar uit ziet. Patiënten komen vaak uit een andere kliniek en je weet zelf vaak eigenlijk niet hoe die kliniek eruit ziet. Dat is eigenlijk heel raar, dan kan je niet goed vergelijken. Er is veel verschil in de klinieken. Niet alleen hoe de kliniek eruit ziet, maar ook het gevoel in een kliniek en of je je ergens thuis voelt. Dat heeft veel te maken met de onderlinge relaties en het onderlinge begrip.’

Een laatste casus-overstijgend effect is dat er zicht is ontstaan op de typen patiënten waarvoor vervolgvoorzieningen schaars zijn of niet bestaan, en dus welke tekorten moeten worden aangepakt. Aan het begin werd dat wel eens deprimerend gevonden op het ministerie om dat maar steeds weer te constateren. Maar het heeft ook geleid tot doorbraken in overleggen tussen ministerie en forensische veld, bijvoorbeeld om meer langdurig verblijfsplekken te creëren. Plekken waar de nadruk niet meer ligt op behandeling, maar op wonen en kwaliteit van leven, met de benodigde zorgintensiteit

zodat de risico's te waarborgen zijn. Uiteraard speelt de ontvankelijkheid van de samenleving, de directe omgeving of een burgemeester, soms een belemmerende rol. Dat komt helaas langzamer op gang dan iedereen wil, maar die zoektocht – en het initiatief van bepaalde zorgaanbieders – is wel echt door de zorgconferenties aangezwengeld.

Verbeterpunten

Verbeterpunten om de werkzaamheid van de zorgconferentie te vergroten, hangen vooral samen met de voorbereiding. Zo kan vooral het teveel aan deelnemers de werkzaamheid in de weg zitten. In de focusgroep wordt door het ministerie aangegeven dat ze in ieder geval zelf geleerd hebben niet meer vier à vijf personen af te vaardigen, maar selectiever te zijn. Ook het niet aanwezig hebben van bij de casus passende specifieke deskundigheid kan de werkzaamheid belemmeren. Daarbij is het dus erg belangrijk dat van tevoren de vraagstelling vanuit de kliniek helder is. Na een verzoek om als externe partij bij te dragen aan een zorgconferentie, moeten klinieken op basis van die vraagstelling kritisch zijn wie van hun behandelaren zou moeten worden afgevaardigd of zich afvragen of überhaupt iemand daarvan zou moeten worden afgevaardigd. Het ministerie geeft in de focusgroep aan hier de werkwijze ook al op aangepast te hebben, door te zorgen

dat die vraagstelling er op tijd is en daar zelf de juiste personen bij te zoeken. Verschillende partijen hebben ook de reclassering genoemd als partij, die soms overbodig – vaak te vroeg ten aanzien van de fase van het traject – aanwezig is bij een zorgconferentie. Ook vanuit de reclassering zelf is dit onderkend. Het ministerie geeft in de focusgroep aan niet langer de beslissing om iemand af te vaardigen bij de reclassering te moeten leggen, maar zelf de meerwaarde in te schatten. Overigens wordt daar wel bij aangekend dat het zelfs met een goede screening vooraf niet altijd helemaal duidelijk kan zijn van tevoren welke kant het opgaat in een zorgconferentie, zodat men van tevoren niet altijd weet welke expertise men uiteindelijk nodig had gehad.

De gegroeide opzet van de zorgconferentie waarbij het eerste uur de patiënt aanwezig is en het tweede uur niet, levert van de kant van enkele klinieken het verbeterpunt op om meer maatwerk te leveren. In sommige gevallen worden patiënten echt overvraagd met een uur aanwezigheid en een vragenvuur van alle kanten. In de focusgroep geeft het ministerie aan dat dat uur voor bepaalde patiënten lang is, soms ook te lang.

Ook een verbeterde timing is veel genoemd als punt om de werkzaamheid te vergroten. De inflexibiliteit door het gebrek aan (personeels)capaciteit en de ‘wie het eerst komt,

het eerst maalt' planning op basis van de aanvraag, zitten thans een goede timing en maatwerk regelmatig in de weg. Andere verbeterpunten die vaak genoemd zijn hangen samen met de trits verslaglegging, status van adviezen en opvolging. Voor de verslaglegging zijn nu de klinieken verantwoordelijk. Dat kost niet alleen heel veel tijd, wat nu al voor klinieken een van de belangrijkste nadelen van zorgconferenties is, maar zorgt ook voor niveauverschillen in kwaliteit en mate van detail. Voor een niet-behandelinhoudelijk notulist is het ook moeilijk om dat goed te doen. Ook de werkwijze van het goedkeuren van de verslagen door de betrokken partijen neemt veel tijd in beslag, en stokt door het gebrek aan capaciteit juist ook vaak bij het ministerie. In de focusgroep vinden alle partijen het logischer om de taak van secretaris te koppelen aan die van de partij van de voorzitter van het ministerie en daarvoor dus in capaciteitsuitbreiding van DIZ rekening mee te houden. Over de status van de uitkomsten blijkt uit de interviews wat verwarring te bestaan. Het lijken een soort 'afspraken' tussen alle partijen waar men elkaar dan ook aan kan houden, maar zeker vanuit kliniek en ministerie wordt het in de focusgroep als een advies aan de kliniek gezien. Het past bij de verantwoordelijkheid van klinieken, maar dat het 'slechts' een advies betreft kan ook uitkomst bieden wanneer in een zorgconferentie een dynamiek ontstaat tegen het idee

van de kliniek in. Niet iedere vertegenwoordiger van de kliniek kan daar voldoende tegengas in geven. In zo'n geval kan de kliniek het advies dan naast zich neerleggen. Uiteraard zou het zo moeten zijn dat er geen adviezen worden geformuleerd waar niet iedereen, zeker de kliniek, het (achteraf) niet mee eens is, maar toch kan dat voorkomen. In een dergelijk, overigens uitzonderlijk, geval is van opvolging dan geen sprake, zo blijkt uit de volgende beschrijving die in de focusgroep naar voren kwam:

“Als dan het advies is dat we daar en daar naartoe werken, dan denk ik toch dat je als kliniek altijd nog zelf verantwoordelijk bent of je het ook daadwerkelijk gaandeweg verantwoord vindt. Ook al liggen er nog zoveel ‘afspraken’ van een zorgconferentie, als wij dan op een punt komen waarvan we denken ‘het zal allemaal wel, maar we vinden dat het echt niet verantwoord is’, dan gaan we het ook echt niet doen. Want als er iets mis gaat, word je er als kliniek wel verantwoordelijk voor gehouden. Dan kan je wel zeggen: ‘Ja, maar we hebben een zorgconferentie gehad en we moesten dit’, maar zo werkt het natuurlijk niet. Net als een advies van de rechtbank, die kunnen ook zeggen: ‘Wij vinden dat jullie als kliniek daar en daar naartoe moeten werken’,

maar dan toch zijn wij het uiteindelijk zelf die daar de verantwoordelijkheid voor moeten dragen.”

Overigens geeft een ander behandelaar in de focusgroep aan dat het weliswaar een advies is, maar dat het ook wel een beetje gevoeld wordt als een soort opdracht zo van 'probeer het voor elkaar te boksen'. Hij geeft als voorbeeld aan wel eens meegemaakt te hebben dat er iets was voorgesteld waar hij zich niet in kon vinden, op professionele basis. Toen is hij toch gaan zoeken naar hoe een situatie wel opgelost kon worden. Hij vindt het een professionele insteek om te kijken naar wat dan wel kan, in plaats van te zeggen 'dat doe ik niet'.

Soms wordt ook geadviseerd dat de kliniek het eerst intern nog moet bespreken voordat er stappen gezet zouden kunnen worden. Soms wordt er een advies voor onderzoek gegeven (zie hoofdstuk 2). Soms worden wel echt concrete afspraken gemaakt, ook over opvolging – zoals het plannen van een volgende zorgconferentie –, maar meestal niet. Het gebrek aan borging van de opvolging van de adviezen is vaak als verbeterpunt genoemd in de interviews. Het ministerie geeft in de focusgroep aan dat het de mankracht mist om dat goed te doen, maar ziet dat wel als een taak voor zich-

zelf, overigens in combinatie met de kliniek en de advocaat.

De status van het advies en de kwestie van opvolging hangen, zeker voor de advocatuur, ook samen met het gebrek aan rechtspositie ten opzichte van de organisatie en uitkomst van zorgconferenties.

‘Je hebt geen podium om nog een keer te evalueren of het nou een afspraak of een advies was, hoe men ermee om moet gaan en hoe het nou wordt opgevolgd. Wat volgt er nu als we hier over van mening blijven verschillen en dat de patiënt vindt dat er niks met de uitkomsten van de zorgconferentie is gedaan. Dat vinden wij als advocaten wel een manco. Er is geen rechtsgang in, het is geen rechtsmiddel.’

In de focusgroep wordt vanuit de advocatuur geopperd dat het driegesprek tussen patiënt, kliniek en advocaat gebruikt kan worden om de opvolging te bespreken en dat die mogelijk zelfs structureel één keer in het half jaar zouden moeten plaatsvinden. Dat het ministerie soms moeilijk doet over de (geringe) advocatenkosten daarvan, vindt men vanuit de advocatuur onbegrijpelijk vanuit de baten van samenwerking.

Meerwaarde t.o.v. andere instrumenten

In de interviews is wel aangegeven dat de populariteit van het nieuwe instrument van de zorgconferenties ook het tekort aan toont van het bestaande instrumentarium om stagnerende trajecten vlot te trekken of impasses te doorbreken (voor een overzicht van dat instrumentarium, zie hoofdstuk 3, kader 3.1). De populariteit van de zorgconferentie leidt ook wel tot te hooggespannen verwachtingen bij bepaalde bij de tenuitvoerlegging van de tbs betrokken partijen. In de focusgroep geeft het ministerie aan dat een zorgconferentie niet alle impasses oplost.

“We zien dat ook wel eens bij rechtbanken: moeilijke vraag, moeilijke zaak, dus dan maar een zorgconferentie. Dit overleg heeft mij ook wel dingen gebracht, dat wij dat [het inzetten van een zorgconferentie] veel genuanceerder zouden moeten bekijken.”

In de focusgroep is besproken dat juist de aanwezigheid van het ministerie een meerwaarde is vanwege de doorzettingsmacht, het kunnen fungeren als breekijzer, doordat men vanuit de landelijke positie kan zien dat een bepaalde plek geschikt kan zijn omdat daar het overzicht is. Het ministerie geeft aan scherper te willen kijken wanneer een zorgconferentie wel of niet

wordt ingezet, omdat het wel echt een meerwaarde moet hebben. Welke andere middelen uit het instrumentarium eerst moeten worden geprobeerd voordat een zorgconferentie aan de orde is, is onderdeel van de indicatiestelling bij maatwerk. In de interviews is vooral ook de rol van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) genoemd ten aanzien van de LFPZ-groep, en door een enkeling de suggestie gedaan de LAP op te heffen en/of te integreren bij een soort bureau van moeilijke en lange trajecten en onder andere zorgconferenties die rol te laten overnemen. In de focusgroep wordt in ieder geval gesuggereerd leden van de LAP te betrekken bij zorgconferenties of zorgconferenties te laten formuleren op welke manier de LAP-toetsing vormgegeven moet worden. De bespreking toont aan dat een heroriëntatie op het gehele instrumentarium en de positie van de zorgconferenties daarin aangewezen is, waarbij vanuit de interviews ook zeker de onderwerpen van borging in beleid of regelgeving en een eventuele bijbehorende rechtspositie voor de patiënt moeten worden betrokken. De standpunten vanuit de betrokken partijen daarover zijn vanuit de interviews vrij helder. Ook is deze heroriëntatie niet los te zien van de indicatiestelling voor zorgconferenties, die hieronder wordt besproken.

Bredere toepassing: indicatiestelling

De indicatiestelling voor zorgconferenties past onder het kopje van bredere toepassingsmogelijkheden, omdat al gedurende het Project 15-plus ook zorgconferenties op basis van maatwerk gehouden zijn (in eerste instantie vooral bij langverblijvers van 8+ jaar). In de focusgroep is dan ook besproken wat voor- en nadelen zijn van een categorische indicatiestelling (15+) versus een maatwerk indicatiestelling (bij bepaalde impasses onafhankelijk van de behandelduur, maar bijvoorbeeld wel afhankelijk van wat er aan ander instrumentarium al geprobeerd is en consensus tussen partijen). Onderkend wordt in de focusgroep dat aan beide opties voors en tegens zitten. In de interviews is ook al aangegeven dat niet voor iedereen die langer dan 15 jaar in de tbs verblijft geldt dat die niet goed op zijn/haar plek zit of dat het traject niet helder is. In de focusgroep wordt de bevinding uit de interviews bevestigd dat bij bepaalde gevallen van 15-plussers voldoende helder is wat de oplossingsrichtingen zijn en dat een zorgconferentie daar weinig aan toevoegt en ook het 'out-of-the-box'-karakter verliest. Aan maatwerk kleeft het nadeel dat de selectie of indicatiestelling daardoor onduidelijker wordt en dat dan bijvoorbeeld alleen de patiënten met de actiefste advocaat een zorgconferentie krijgen. Vanuit de advocatuur wordt in de focusgroep het model

'en/en' toegejuicht. De categorische toets zou dan bijvoorbeeld gekoppeld kunnen worden aan de onafhankelijke multidisciplinaire vierjaarsrapportage. De eerste vierjaarsrapportage zou bijvoorbeeld aanleiding kunnen geven voor een zorgconferentie, bij verschil van inzicht met de kliniek. Maar na acht jaar zou er in ieder geval een beslissing moeten komen of een zorgconferentie gehouden moet worden. Als bij die toets dan geen meerderheid is, zou je vanuit het perspectief van de betrokkene een mogelijkheid moeten hebben, al dan niet via een gang naar een rechterlijke instantie, om een onafhankelijk oordeel te krijgen over de noodzakelijkheid van een zorgconferentie. Iets van een automatische toets moet er wel in blijven. Daarbovenop zouden er maatwerkopties moeten zijn, waarbij inderdaad ook een rechter of een (actieve) advocaat een zorgconferentie moet kunnen indiceren. Door behandelaars wordt geopperd dat er weliswaar vaste momenten kunnen zijn waarop getoetst wordt – in overleg tussen ministerie, kliniek en advocaat – of een zorgconferentie nodig of nuttig is, bijvoorbeeld iedere twee jaar. De categorische toets moet dan gebeuren, maar de zorgconferentie hoeft niet plaats te vinden. Dat bespaart in ieder geval de patiënten voor wie het niet nodig is een hoop stress. Ook wordt geopperd om ook subsidiaire opties ten opzichte van een zorgconferentie uitkomst te kunnen laten zijn van zo'n toets, zoals

een intercollegiale, multidisciplinaire, interinstitutionele toetsing van hoe het met een patiënt gaat. Het hoeft niet altijd zo zwaar aangezet te zijn. Daar zou ook uit kunnen voortvloeien waar nog beter/breder naar gekeken moet worden, of dat een zorgconferentie toch aangewezen is. Vanuit het ministerie wordt aangegeven dat die ontwikkeling gaande is, dat subsidiaire opties niet per se eerst moeten worden doorlopen – zoals een driegesprek of een interne of externe consultatie – wanneer goed onderbouwd kan worden waarom een zorgconferentie nodig is. Er zijn al klinieken die regelmatig met elkaar om de tafel gaan in een casuoverleg, zodat er van buitenaf wordt meegekeken met de casus. Wel vindt het ministerie het van belang dat de advocaat hier op een of andere manier bij betrokken wordt, al dan niet vooraf of achteraf in een driegesprek, zo wordt hierover in de focusgroep verteld:

“Of we zorgconferenties ook categorisch blijven indiceren, heeft ook te maken met hoeveel mensen je hiervoor kan inzetten. Aan de ene kant geeft het duidelijkheid als je het categorisch inzet, aan de andere kant moeten we daar dan hele duidelijke afspraken over maken met iedereen. Dit rapport willen we ook gebruiken om

te kijken hoe we hiermee verder willen en hoeveel middelen we ervoor willen inzetten.”

Bredere toepassing: andere doelgroepen

Onder het kopje van bredere toepassingsmogelijkheden is tot slot in de focusgroep nog gesproken over andere doelgroepen, die in de interviews genoemd zijn. Vanuit het ministerie wordt aangegeven dat er al een pilot loopt ten aanzien van de gemaximeerde tbs, om die groep goed in beeld te krijgen. Dat zijn er zo'n 50 op dit moment. Ook wordt er een pilot gedaan met eventuele trajectindicaties. Ook daarbij wordt gekeken op welk moment een zorgconferentie eventueel een meerwaarde zou kunnen hebben. Maar daarvan is ook wel gezegd dat het inzet van mensen kost. Dat zou ook voor de andere groepen kunnen gelden. Dan moet eerst in kaart worden gebracht hoeveel het er zouden kunnen zijn, en vervolgens hoeveel mankracht het kost om dat te organiseren. Maar in de gevallen waarin het ministerie zorgconferenties buiten de reguliere doelgroep heeft ingezet, heeft het zeker meerwaarde gehad. Men geeft aan dat het een heel breed spectrum kan worden, maar dan moet men wel de middelen hebben om het te kunnen doen.

Expertmeeting

Interpretatie bevindingen dossierstudie

In de expertmeeting zijn de (toen voorlopige) bevindingen van de dossierstudie gepresenteerd, waarbij aan de experts de vraag gesteld is wat hen opvalt. Het eerste dat opvalt is de omvang van de huidige 15-plus groep in vergelijking met de groep uit 2013. Men vraagt zich af hoe dat komt. Voor de groep uit 2013 werden voor driekwart van de groep wel uitstroombogelijkheden verwacht, maar het lijkt er op dat degenen die in de groep van toen zaten er nog steeds inzitten en er nog enkele zijn bijgekomen. Nu de gemiddelde behandelduur in deze tijd is afgenomen, lijkt er een soort tweedeling te ontstaan in de tbs-populatie: de groep die profiteert van alle inspanningen om de behandelduur te verkorten en een groep die daar niet van profiteert.

Overigens blijkt uit het opnieuw opvragen van de cijfers (zie Tabel 1.1) dat de groep 15-plussers in 2013 eigenlijk groter was dan waar in het onderzoek van Lammers e.a. (2014) vanuit is gegaan. De groep niet-LFPZ was niet 97, maar 151. Dan nog is die groep gegroeid naar 195 in 2017, maar die groei is niet zo groot als waar tijdens de expertmeeting vanuit werd gegaan.

Overigens blijft die groep wel doorgroeien naar 249 in 2021. Een verdere beschouwing daarover volgt in hoofdstuk 6.

Over de groep 15-plus niet-LFPZ wordt opgemerkt dat het aantal oud-LFPZ'ers daarin afneemt, van bijna 50% naar 30% nu. Bij sommige zorgconferenties is ook opgevallen dat bij bepaalde langverblijvers nooit over de LFPZ is nagedacht, mogelijk ook op basis van verkeerde diagnostiek (onderdiagnostiek van autismespectrumstoornissen wordt geopperd). Dit wordt als een afgang voor het hele systeem beschouwd, nu door de doorstroom vanuit de LFPZ aangetoond wordt dat een specifieke aanpak voor die groep juist werkt. Kennelijk is er een andere manier van behandeling of begeleiding nodig. Als dit niet onderkend wordt, en de verkeerde aanpak gevolgd blijft worden, dan groeit die groep natuurlijk. Qua inhoudelijke kenmerken worden de bevindingen niet heel opvallend gevonden. De verhoudingen lijken veel op die van de gehele tbs-populatie. De grote groep verslavingsstoornissen wordt waarschijnlijk verklaard doordat classificaties die 'in remissie' zijn daarin zijn meegenomen. In de verschillen tussen niet-LFPZ en LFPZ valt de experts vooral de leeftijd op, die hoger is voor de LFPZ groep. LFPZ plaatsing heeft iets te maken met de verwachting van perspectief, en mogelijk heeft de jonge leeftijd

daar invloed op. Naarmate iemand jonger is, is men wellicht meer hoopvol of minder geneigd iemand 'op te geven'. Overigens zijn er ook wel jongeren in de LFPZ. Die doen het daar relatief goed, ze komen erg tot rust. In de tbs behandeling is toch sprake van veel druk als het gaat om behandelmotivatie en -voortgang en het vertonen van goed gedrag en dat valt dan weg in de LFPZ. Wellicht zou leeftijd dus minder een rol moeten spelen bij het al dan niet aanmelden voor de LFPZ. De meer positieve kijk op de LFPZ, niet als het eindstation maar als de doorstroomlocatie die het in de praktijk vaak blijkt te zijn (er is dan na de LFPZ een vervolgsituatie), zoals ook benoemd in de interviews, zou hier een rol bij kunnen spelen.

In vergelijking met de 15-plus populatie uit 2013 valt Lammers op dat er in de huidige groep meer vrouwen zitten. Die zijn weliswaar geëxcludeerd in haar onderzoek, maar dat kwam omdat er maar 1 vrouw in de niet-LFPZ 15-plus groep zat, dus dan is er wel sprake van groei. Een aantal verschillen zijn waarschijnlijk te verklaren door methodologische verschillen. De lagere gemiddelde behandelduur van de LFPZ-groep uit 2013 bijvoorbeeld door het feit dat daarin ook 15-minners uit de LFPZ-groep in meegenomen zijn. Ook ten aanzien van de psychopathologie wordt vooral gewezen op methodologische verschillen. In het huidige onderzoek zijn vastgestelde stoornissen op

basis van dossieronderzoek gescoord, in het onderzoek van Lammers e.a. (2014) zijn de behandelaren daarop bevestigd. Opvallende verschillen zijn de groei van het aantal (chronisch) psychotische personen en verstandelijk beperkten die zich laat zien in de data. Van verstandelijke beperking is bekend dat het wellicht minder goed wordt opgemerkt, en ook wordt geopperd dat behandelaren het mogelijk diskwalificerend zouden vinden om het te benoemen terwijl het een objectieve vaststelling kan zijn. Bij (chronisch) psychotici zou het kunnen zijn dat doordat men goed is ingesteld op medicatie de problematiek niet meer voorliggend is en behandelaren het daardoor niet (als hoofddiagnose) benoemen, terwijl psychotische symptomen uit het verleden wel in het dossier blijven staan. Op papier is ook sneller sprake van comorbiditeit, dan in het spraakgebruik waarbij vooral de hoofddiagnose als relevant wordt beschouwd. Men geeft aan dat er wel vaker een groot verschil bestaat tussen dossierstudie en vragen wat de behandelaar zegt over de patiënten. Het meetmoment kan hier ook een rol bij spelen, zeker als hierin alle diagnoses ook uit het verleden worden meegeteld. Echter in het huidige onderzoek is vooral gekeken naar de actuele diagnostiek ten tijde van de zorgconferentie, dus dat is niet de verklaring. Ten aanzien van de uitkomsten van zorgconferenties wordt opgemerkt dat de uitkomst

'advies voor onderzoek' ten opzichte van 'concreet advies' niet per se negatief hoeft te zijn, dan wordt er in ieder geval nog wel iets mogelijk geacht. Ook de inhoudelijke uitkomst 'geen verandering' hoeft niet per se negatief te zijn. Dan betekent het namelijk: iemand zit op de juiste plek. Het wordt wel opvallend gevonden dat ook in de niet-LFPZ groep 'geen verandering' toch vrij vaak voorkomt. Er wordt vanuit het ministerie aangegeven dat het doel van het Project 15-plus ook was om 'een foto te maken van de groep'. In dat kader is het ook een prima uitkomst om vast te stellen dat iemand goed op zijn plek zit.

Mogelijkheden volgsysteem en vroegsignalering

Nu de expertmeeting heeft plaatsgevonden in aanwezigheid van vertegenwoordigers van het ministerie, die ook betrokken zijn geweest bij het formuleren van de onderzoeksopdracht is hen gevraagd om de achtergrond van de onderzoeksvraag naar het ontwikkelen van een volgsysteem toe te lichten. Het blijkt dat de vragen naar het volgsysteem en de mogelijkheden van vroegsignalering zodanig samenhangen dat ze hier tegelijk worden besproken. Er wordt uitgelegd dat men er gaandeweg de uitvoering van het Project 15-plus achter is gekomen dat als er eerder was geëvalueerd dat je bij bepaalde personen al veel eerder in

het traject een goede interventie had kunnen plegen om voortgang te boeken, en de indruk bestaat dat dit samenhangt met bepaalde deelpopulaties zodat men wellicht op basis van vroegsignalering al de beslissing zou kunnen nemen dat een zorgconferentie of andere interventie aangewezen is. De indruk uit de zorgconferenties is ook dat het effect van het bij elkaar zetten van behandelaren voor voortgang groot is, en dat het dus goed zou zijn om dat eerder in het traject te doen als de voortgang stagneert. Het volgsysteem zou dan gebruikt kunnen worden om personen op basis van hun specifieke kenmerken beter te plaatsen, namelijk op de plek waar ze volgens de data thuishoren. Er zijn ook groepen, zoals de ontoerekenbaren, waarbij vanwege het gebrek aan een schuldverwijt (het delict wordt geheel verklaard door de stoornis), het meer dan bij de verminderd toerekenbaren een maatschappelijk doel is om ze snel te laten uitstromen. Je zou die gerichter kunnen volgen en bij de eerste tekenen van verminderde voortgang om de tafel kunnen gaan. De formulering van de onderzoeksvragen koppelt de vraag naar de mogelijkheid van een volgsysteem en vroegsignalering aan de interpretatie van uitkomsten van het huidige onderzoek. De experts beamen de visie van de onderzoekers dat juist de beperkingen van het huidige onderzoek ervoor zorgen dat op basis daarvan weinig gezegd kan worden. Het feit dat

er niet vergeleken kan worden met groepen die vlotter uitstromen, maakt dat niet kan worden bepaald in hoeverre de kenmerken van de langverblijversgroep ook echt onderscheidend zijn. (Een interpretatie van een uitkomst van het huidige onderzoek, namelijk dat de verdeling van de kenmerken van de langverblijversgroep enigszins lijkt op die binnen de gehele populatie, schept overigens voor dergelijk onderzoek in de toekomst geen hoge verwachtingen.) Ook dat er in het huidige onderzoek geen beschikking was over risicotaxatiegegevens is wat dat betreft een tekortkoming. Juist omdat de forensische behandeling gericht is op het bewerken van de risicofactoren wordt het volgen van de ontwikkeling daarvan – inclusief beschermende factoren – het meest indicatief geacht voor behandelvoortgang. Het op deze wijze volgen van trajecten van grote groepen en de ontwikkeling van een individu kunnen afzetten tegen een referentiegroep (waar iemand op basis van inhoudelijke kenmerken toe behoort), waaruit dan blijkt dat iemand zich op een andere, minder vlotte, manier ontwikkelt, zou volgens de experts vanuit wetenschappelijk oogpunt de manier zijn om zo'n volgsysteem op te zetten.

Haalbaarheid en wenselijkheid van een volgsysteem

Ofschoon de bevindingen uit het huidige onderzoek daar niets in kunnen betekenen,

is desondanks door gediscussieerd over de vraag of het opzetten van een dergelijk systeem haalbaar en wenselijk is. Er zijn in het verleden al een aantal pogingen daartoe gedaan en het is niet voor niets dat het eigenlijk nooit echt van de grond is gekomen. De lessen die daaruit te trekken zijn volgens de experts zijn de volgende: ten eerste de **bereidheid tot het delen van gegevens**. Heel lang is het zo geweest dat de tbs-klinieken eilandjes waren, zowel qua behandelinhoud als onderzoeksmethodes van de kliniek. In de vorige eeuw heeft er daarom lange tijd een selectie-instituut gefunctioneerd (Het Dr. F.S. Meijers Instituut), waar alle tbs-gestelden bij aanvang van de maatregel binnenkwamen. Daar was ook de Afdeling Monitoring en Research gevestigd, die zorgde ook voor betrouwbare invoer van gegevens in het ontwikkelde Monitor Informatiesysteem TBS (MITS) van DJI. Sinds het opheffen van het instituut in 2000 zijn DJI en de klinieken verantwoordelijk voor invoer en beheer van de gegevens, maar vele onderzoekers zijn er tegenaan gelopen dat de gegevens vanaf dat moment niet meer betrouwbaar zijn en bruikbaar voor onderzoek.

Het strandt op de **afweging inzet en tijd versus nut en meerwaarde** van goede registratie. Het primaire werk moet uiteraard doorgang vinden en de administratieve (regel) druk is sindsdien alleen maar toegenomen.

En het is echt enorm tijdrovend om dergelijke systemen op te zetten. Het vergt ook veel overleg en samenwerking hoe precies de data in te vullen. Ook pogingen tot het koppelen van gegevens van verschillende klinieken of instanties zijn mede daarop gestrand, omdat een gemakkelijke (niet-tijdrovende) koppeling niet mogelijk is vanwege de incompatibiliteit van datasystemen. Een eerste poging daartoe was de Landelijke Databank Risicotaxatie-tbs (LDR-tbs), een initiatief van alle FPC's, in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Op landelijk niveau zijn zo veel mogelijk risicotaxaties van tbs-gestelden uit de FPC's verzameld. Later is weer geprobeerd dit te koppelen aan de al langer bestaande Recidive-monitor van het WODC, waarin op gestandaardiseerde wijze recidivegegevens van – onder meer – tbs-gestelden worden verzameld en geanalyseerd. Ook dat is gestrand, mede door de ingewikkeldheid het moeten kunnen registreren van relevante en uniforme informatie. Als je bijvoorbeeld psychopathologie registreert, terwijl diagnostiek vaak wisselt, welke diagnose voer je dan in? Wat je er dan nog aan hebt, voor onderzoek of beleidsimplicaties, is dan ook de vraag. Dit wordt door een expert uitgedrukt als 'Garbage in, garbage out', oftewel de **kwaliteit van de uitvoer is afhankelijk van de kwaliteit van de invoer**.

Een volgende poging die is genoemd is de Externe monitor tbs (EMT), geïnitieerd vanuit het WODC, waarvan de meerwaarde was in de verzameling van niet alleen de gegevens van de intramurale behandeling, maar juist die van het voortraject (van het NIFP) tot en met het natraject (van de reclassering). Daarnaast waren in de samenwerking ook het AVT, DJI, WODC en EFP betrokken. Het doel was onderzoek, bijvoorbeeld naar effectiviteit van behandelingen en behandelduur, zaken die op dat moment ook in de belangstelling stonden. Hoewel er wel het een en ander mogelijk bleek, liep men wel tegen de ook in de expertmeeting genoemde hindernissen aan (zie Nagtegaal e.a., 2016). Een daarvan was het **ontbreken van koppelvariabelen** tussen de databases.

Juist voor het doen van onderzoek is anonimiteit vereist en dus zijn persoonsgegevens als koppelvariabelen uit den boze. Sindsdien is de **privacy-wetgeving** ook nog eens aangescherpt, met de invoering van de AVG in 2018. Er is een Werkgroep privacy (wetenschappelijk) onderzoek in de forensische zorg, die de implicaties van die wet voor het onderzoek in dit veld in kaart heeft gebracht en ook tracht invloed uit te oefenen op de wetgever om meer mogelijkheden te bieden. De onderzoekers leggen uit dat het huidige onderzoek hier ook door beperkt wordt. Met de privacy is het terrein betreden van de **juridische en**

ethische vraagstukken. Een ander relevant punt hierbij is het doel van het volgsysteem of het verzamelen van gegevens. Is er een onderzoeksdoel of een beleidsdoel, zoals een bekostigingsdoel? Zo is onderzoek naar categorisering van de tbs-populatie in het verleden – zoals midden jaren negentig van de vorige eeuw, toen de capaciteitsdruk hoog was – in de sleutel van kostenbesparing geplaatst. Men wilde toen per categorie een maximum behandelduur tot aan uitstroom afspreken (qua bekostiging). De uitkomst was toen dat de stand van de wetenschap (en de beschikbare gegevens) categorisering van de populatie niet mogelijk maakte, dus ook niet om een verband te leggen tussen patiëntgroepen en behandelduur (zie Griffioen e.a., 1998). In feite is dat nog steeds de stand van zaken, zeker gezien de complexiteit van de forensische zorg. De opheffing van het selectie-instituut in die tijd hing wel samen met het beleid van a-selectie plaatsing, waardoor specialisatie ten aanzien van bepaalde patiëntgroepen een tijd lang minder aan de orde was, om klinieken te kunnen vergelijken en vervolgens eventueel afrekenen op prestaties. Het aanleggen van een volgsysteem voor het ene doel wil immers niet zeggen dat het later toch ook gebruikt kan worden voor een ander doel. Dat de klinieken **financieel afhankelijk zijn van het ministerie**, wat sinds de stelselwijziging van betaling van de

forensische zorg alleen maar is toegenomen, maakt de gegevensverzameling daarmee extra precair. De interne verdeling binnen DJI tussen beleid en DIZ is wat dat betreft ook kwetsbaar. Uiteraard is het al een ingewikkelde taak om de toegang tot zo'n systeem zorgvuldig af te kaderen. En wie zegt dat die niet uiteindelijk ge- of misbruikt gaat worden om klinieken te kunnen vergelijken en af te rekenen op prestaties? Het is een bekende discussie ten aanzien van Routine Outcome Monitoring (ROM) in de zorg, waar vervolgens benchmarks op gebaseerd worden voor bekostiging. Het 'Rommen' wordt ook in de forensische zorg meer toegepast, mede onder invloed van het ministerie. Bepaalde gegevens ten aanzien van prestatie-indicatoren (zoals het halen van een bepaald percentage risicotaxaties in een afgebakende tijdsperiode) moeten worden bijgehouden op straffe van een boete. Er wordt opgemerkt dat door de concurrentie tussen instellingen als aanbidders van forensische zorg, die de inkoopstrategie van het ministerie in de hand werkt, er nu al meer terughoudendheid bestaat ten aanzien van het delen van informatie. Dat gegevens die ten behoeve van DIZ verzameld worden bij de afdeling inkoop terecht zouden komen is vanuit dit oogpunt van financiële consequenties kwalijker dan andersom, onderzoek is immers een onschuldig doel. Op dit moment vindt er een evaluatie van de prestatie-indicatoren plaats, dat

te maken heeft met sturingsmechanismen van de afdeling inkoop van DJI jegens instellingen. Er wordt gesproken over het op meer inhoudelijk niveau gaan vergelijken van klinieken, via een trajectkaart volgsysteem of zo. Mogelijk heeft DIZ in de toekomst iets aan die gegevens voor de eigen wensen.

Voor vroegsignalering is een volgsysteem ook niet nodig

De experts zijn het erover eens dat een volgsysteem ook een te stevig middel is voor het doel van vroegsignalering van stokkende behandelvoortgang dat DIZ probeert te bereiken. Sterker nog, DIZ zelf heeft toegang tot relevante gegevens voor dit doel van vroegsignalering. Zo gaan ze immers zelf ook over overplaatsingen en zijn ook op de hoogte van alle verlengingen. Op basis daarvan kunnen ze het gesprek met klinieken aangaan of een zorgconferentie voorstellen. Ze geven zelf al aan dat bijvoorbeeld het aantal overplaatsingen een goede indicatie kan zijn voor gebrek aan behandelvoortgang:

“Maar je kan ook kijken naar in hoeveel klinieken iemand heeft gezeten. Als je veel klinieken hebt gezien is de kans dat het goed gaat een stuk minder. Als je aan je achtste kliniek bezig bent, weet je wel al dat het is vastgelopen. Misschien moet je

zeggen: bij drie klinieken is het tijd voor een zorgconferentie. Bij ons is het belangrijk dat we eerder signaleren wanneer iemand vastloopt. Helpen om mensen op de goede plek te laten komen. Kunnen we niet eerder zien dat ze gaan vastlopen?”

Daar komt bij dat ze ook de zorgconferenties doen. Op basis daarvan zouden ze ook veel kunnen registreren, maar het probleem is nu juist de beperkte capaciteit van DIZ. De wens en behoefte is er dus zeker maar dus wel lastig om het in de praktijk uit te gaan voeren. Ze willen daarbij graag meer met de klinieken optrekken, maar lopen er tegenaan dat het juridisch ingewikkeld is om veel informatie gedeeld te krijgen. Ze zouden bijvoorbeeld wel meer diagnostische- of risicotaxatiegegevens in beeld willen hebben om meer inzicht te krijgen in groepen die vastlopen. Enkele experts benadrukken dat wellicht beschermende factoren, waaronder de relatie met behandelaren, informatiever zijn dan risicofactoren en vaak bepalender voor een overplaatsing bijvoorbeeld. In een instrument als de Dundrum uit Ierland worden daarom bijvoorbeeld ook behandelvoortgang-factoren meegenomen (zie O'Dwyer e.a., 2011). Gegevens zelf moeten invoeren vanuit dossiers kost veel tijd voor onderzoekers. Mooier zou zijn een database, waarin gemakkelijk gegevens kunnen worden ingevoerd en gedeeld. Die kan

niet alleen gebruikt worden voor vroegsignalering, maar mogelijk ook voor onderzoek.

‘Een systeem bouwen is lastig. Een systeem, waarin je herhaalde gegevens over de tijd goed kan documenteren en ook belangrijke momenten in behandeling kan signaleren. En dan moet je het ook nog kunnen vergelijken met anderen. Dan heb je een database nodig waarin je gegevens kan combineren en vergelijken. Systemen in een kliniek kunnen dit niet. In Nederland heeft geen kliniek dat. En als je het per kliniek zou hebben, wil je het ook nog landelijk. Dat vergt dat iedereen hetzelfde systeem gebruikt. Dat is een ingewikkelde praktische kant. En dan zit je ook nog met de AVG, wat mag je wel en niet delen. De gegevens zijn er, dus het is mogelijk, maar je moet wel graag willen om het te bewerkstelligen. Je zou het op kliniekniveau al moeten willen. Trajecten vergelijken, dat kan je zonder dat je gegevens naar buiten hoeft te delen al doen. Dus je eigen patiënten gaan vergelijken. Dat vergt tijd en geld en de visie dat je er wat aan hebt.’

Adviezen voor toekomstig onderzoek

De systematiek die voor een volgsysteem al is geopperd, op basis van gegevens over risico-

factoren en beschermende factoren, wordt ook geopperd voor onderzoek.

“Als je wil kijken hoe kun je de langverblijvers eerder signaleren? Dan ontcom je er niet aan om de langverblijvers te gaan vergelijken met niet-langverblijvers. Die vergelijking is nodig om te zien wat de verschillen zijn. Er zijn in de klinieken risicotaxaties scores van alle tbs'ers. Dit zal eerst dan in kaart gebracht moeten worden en inderdaad de vergelijking moet gemaakt kunnen worden. Hoe loopt het traject anders en kan je dat dan ergens aan relateren? Zit dat in bepaalde kenmerken?”

Bij dergelijk vergelijkend onderzoek wordt door verschillende experts geopperd om naar subgroepen te kijken. Bijvoorbeeld vrouwen worden genoemd, de combinatie van verstandelijk beperking met ontoerekenbaarheid of een zedendelict. Seksueel delinquenten worden überhaupt beschouwd als een groep die apart onderzocht moet worden. Ook wordt voorgesteld om nog eens te onderzoeken in hoeverre er dubbelingen zitten in de onderzoeksgroepen van het huidige onderzoek en dat van Lammers e.a. (2014) om de ontwikkeling van de groepen nog nauwkeuriger te kunnen duiden. De expert suggereert overigens meteen dat dat waar-

schijnlijk niet kan in verband met de AVG. Een andere expert suggereert meteen daarop dat het goed zou zijn om dat probleem te omzeilen door meer interessante gegevens in documenten te vermelden:

‘Is het een idee om bij verlengingsadviezen of verslagen van zorgconferenties gewoon gegevens toe te voegen, die we graag willen gebruiken voor onderzoek? Op die manier zouden die gegevens wel in CDD+ staan, en dus buiten de AVG om te gebruiken. Patiënten zouden erbij gebaat zijn, maar we kunnen het niet omdat het niet mag. Doodzonde.’

Ander, meer kwalitatief onderzoek wordt ook geopperd, bijvoorbeeld naar waarom wordt overgeplaatst en waarom het is misgelopen in een bepaalde kliniek? Waarom worden sommige personen zo vaak overgeplaatst? Hier wordt ook de rol van verslaving geopperd. Daarbij is wellicht de behandeling niet zozeer het probleem als wel het beleid dat gedogen doorgaans een ‘no go’ is in de forensische zorg. Dat beleid kan de doorstroom en uitstroom tegenhouden. Een ander onderzoeksvorstel bevindt zich meer in de sfeer van ‘desistance’ onderzoek:

“Misschien kan je het ook andersom benaderen. Kijken naar mensen die na lange tijd de tbs hebben verlaten en kijken wat het verschil is met mensen die het tbs-systeem niet hebben verlaten. Wat heeft het gemaakt dat mensen na 15 jaar alsnog de tbs uitgaan? Het verschil in dynamiek met andere langverblijvers, of kortverblijvers, kan je alleen zien als je gaat kijken naar wie het wel is gelukt. Dat is uiteraard wel extra ingewikkeld, want kan je die vanwege de AVG nog wel benaderen voor onderzoek?”

5.4 Korte antwoorden op deelvragen

14 Tbs-volgsysteem op basis van kenmerken

Vanwege de beperkingen van de dossierstudie, bieden de bevindingen uit de dossierstudie weinig houvast voor aanbevelingen over een volgsysteem. Ten eerste kon er niet vergeleken worden met groepen die (vlotter) uit de tbs uitstromen. Ten tweede kon geen gebruik gemaakt worden van risicotaxatiegegevens,

waarvan de herhaalde meting als de meest geschikte wetenschappelijke basis van een volgsysteem wordt gezien. Echter, er worden – mede op basis van historische mislukte pogingen – kanttekeningen geplaatst bij het creëren van een volgsysteem in het algemeen en voor het doel van vroegsignalering in het bijzonder. Er zijn veel praktische, methodologische, juridische (privacy-) en ethische bezwaren, waarbij onder de laatste noemer vooral ook aan het gevaar van misbruik van dergelijke gegevens voor financiële afrekening van klinieken gedacht wordt.

15 Vroegsignalering op basis van deelpopulaties

Ten aanzien van vroegsignalering geldt dezelfde disclaimer over de beperkingen van het onderzoek. Voor het doel van vroegsignalering welke trajecten er (gaan) vastlopen, zou een volgsysteem een veel te stevig middel zijn. Wellicht biedt een betere registratie van enkele relevante gegevens ten aanzien van behandelvoortgang door DIZ zelf, denk bijvoorbeeld aan een bepaald aantal overplaatsingen, wel mogelijkheden voor signalering van mogelijk nut of noodzaak ten aanzien van een zorgconferentie.

CASUS 5

Opvolging, snel

Wie:

Man, 34 jaar. Zit 15 jaar in tbs voor brandstichtingen en diefstallen. Hij heeft nooit een LFPZ-status gehad, maar heeft nooit meer dan begeleid verlov gehad. Hij heeft een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een antisociale persoonlijkheidsstoornis en ernstige psychopathie.

Knelpunt:

Bij betrokkene is een behandelplafond bereikt. Zijn traject is niet meer gericht op verandering, maar op stabilisatie, het reduceren van spanningen en het bieden van een adequaat dagprogramma. Uitplaatsing middels een regulier traject binnen tbs is lastig, gezien de aard van de pathologie en de ernst van de gedragsproblemen.

Doel zorgconferentie:

Betrokkene heeft 3 zorgconferenties gehad in 2 jaar.

- 1 Welke mogelijkheden zijn om betrokkene vanaf de ZISZ uit te laten stromen naar een setting waar hij lange tijd, zo niet zijn hele leven, kan verblijven?
- 2 Binnen het tbs-kader is dit tot op heden niet gelukt, geeft een (voorwaardelijke) beëindiging mogelijkheden?
- 3 Vinden van een geschikte vervolgvoorziening waar betrokkene lang kan verblijven
- 4 Keuze maken voor het vervolgtraject, 3 opties: RIBW, zorgstichting en FPC

Uitkomst zorgconferentie:

- 1 Meerdere opties die onderzocht moeten worden, dat zal de komende tijd gebeuren ook met het oog op de financiering; Nieuwe zorgconferentie organiseren om de opties te bespreken. Nu worden de volgende opties gezien: 1. Zorgstichting, 2. FPA, 3. Andere zorgstichting gericht op o.a. begeleiden onbegrepen en risicovol gedrag; Over enige tijd een tweede zorgconferentie organiseren om de vooruitgang te bespreken
- 2 Plan A: plaatsing in FPC; Plan B: RIBW; Plan C: werk- en dagbestedingslocatie; Plan D: stichting voor zorg voor mensen met een handicap; Na de verlengingszitting een nieuwe zorgconferentie organiseren om de voortgang te bespreken
- 3 Oprichten werkgroep voor verdere bespreking van het traject: CCE, ouders, FPC, huidige kliniek; Aanmelden Pro-traject; Plaatsing op wachtlijst zorgstichting; Er zijn stappen gezet voor doorstroom naar een FPC

Verloop na zorgconferentie:

Na de eerste 2 zorgconferenties is er weinig verandering in gedrag geweest van betrokkene. Ook zijn er nog een aantal incidenten geweest. Na de derde zorgconferentie is er een kleine positieve gedragsverandering opgetreden vanwege het lopende traject van doorstroom. Betrokkene zette zich goed in, maar had wel zichtbaar meer last van oplopende spanningen vanwege het traject. Na de derde zorgconferentie is transmuraal verlov goedgekeurd en is betrokkene overgeplaatst naar een GGZ-instelling. 2 jaar na de zorgconferentie is de tbs-maatregel beëindigd en is er een zorgmachtiging verleend.

ZES

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 de doelgroep en – de uitkomsten van – de zorgconferenties

Wat zijn kenmerken van huidige langverblijvers in vergelijking met die uit 2013 en welke kenmerken van zowel persoon als zorgconferentie zijn gerelateerd aan de uitkomst van de bijeenkomst?

Uit de dossierstudie blijkt dat de groep patiënten die al langer dan 15 jaar tbs-gesteld zijn (en een zorgconferentie hebben gehad in het kader daarvan) primair bestaat uit een groep mannen van middelbare leeftijd die heterogeen is als het gaat om delicttype en psychopathologie. Ze lijden veelal aan verslavingsstoornissen (in remissie) (70%), persoonlijkheidsstoornissen (70%), psychotische problematiek (41%) en meer dan een kwart van de langdurig tbs-gestelden heeft een verstandelijke beperking. De overlap-

pende percentages geven ook aan dat het vaak gaat om complexe multiproblematiek. In 42% van de gevallen was een zedendelict (mede) aanleiding voor de tbs-maatregel. Slechts 40% van deze groep langverblijvers heeft een LFPZ status. De deelpopulaties patiënten in de LFPZ en in de behandelklinieken in deze studie lijken veel op elkaar. Alleen is de groep 15-plussers in de LFPZ ouder dan de groep die niet in de LFPZ zit. Zij zitten langer in de tbs en ook hun leeftijd ten tijde van de eerste veroordeling is wat hoger.

De vergelijking met de groepen zoals die in 2013 waren samengesteld, is vanwege de informatie die tot onze beschikking was enigszins beperkt. Verschillen ten aanzien van diagnostiek lijken dan ook door verschillen in methodologie verklaard te kunnen worden. Voor het overige lijkt er niet heel veel veranderd te zijn (als het bijvoorbeeld gaat om leeftijden, percentages zedendelicten, tbs-duur en incidenten). Alleen de niet-LFPZ groep verschilt vooral qua behandelinhoudelijke kenmerken met die uit 2013. Zo lijkt de huidige groep meer klinieken te hebben gezien, vaker verlof te hebben en een grotere groep niet eerder een LFPZ-status te hebben gehad.

Wat betreft de aanleiding voor een zorgconferentie, is er over het algemeen geen knelpunt dat er echt uit springt, maar vormt een breed scala aan knelpunten aanleiding voor een zorg-

conferentie, waaronder geen overeenstemming, geen verlofmogelijkheden, geen vervolgvoorziening, geen duidelijke diagnostiek, et cetera. De meest voorkomende aanleiding voor een conferentie is het gebrek aan een werkende behandeling/medicatie. Deze zien we significant vaker bij langverblijvers in de LFPZ, terwijl we bij de niet-LFPZ groep significant vaker de aanleiding ‘terugval, incidenten, problemen met grensoverschrijdend gedrag en ontregeling’ aantreffen.

Als we kijken naar de uitkomsten van zorgconferenties zien we dat die vaker in een concreet advies uitmonden dan in een advies voor verder onderzoek naar mogelijkheden. Inhoudelijk komt een advies voor een nieuwe behandeling het vaakst voor, gevolgd door een advies voor doorstroom naar een vervolgvoorziening. Ook is het advies *geen* doorstroom, bijvoorbeeld omdat iemand goed op z'n plek zit, in een kwart van de gevallen de uitkomst van de zorgconferentie. In het algemeen is de opvolging van de adviezen hoog. Er kan echter vaak niet goed vastgesteld worden in hoeverre ook echt een vervolgstap gerealiseerd wordt. Wanneer in het rapport opgeschreven is dat er actie ondernomen is, moeten we er vanuit gaan dat er opvolging heeft plaatsgevonden. Gekeken naar hoe de kenmerken van de groep zich verhouden tot de uitkomsten is er wederom nauwelijks een overtuigende indeling te maken. Er is niet

een bepaalde groep met bepaalde bijbehorende uitkomsten. We zien wel dat voor patiënten met een verstandelijke beperking iets vaker dan voor patiënten die geen verstandelijke beperking hebben, diagnoses heroverwogen worden. Bij patiënten met psychotische stoornissen blijkt vaker dan bij patiënten die niet aan deze stoornissen lijden de uitkomst 'geen verandering' te zijn. Er zijn opvallend genoeg nauwelijks overtuigende verbanden tussen bepaalde knelpunten (als aanleiding) en bepaalde adviezen (als uitkomst). Het gegeven dat er dus nauwelijks een relatie is tussen een bepaalde problematiek (zowel qua diagnostiek als knelpunt in de behandeling) en een bepaalde uitkomst, suggereert dat er bij elke patiënt aanleiding kan zijn voor een zorgconferentie en een uniek en op maat gemaakt advies voor voortgang nuttig kan zijn.

B

Waardering van de uitvoering – en de uitkomsten – van zorgconferenties

Hoe worden de bijeenkomsten door de betrokken partijen gewaardeerd en geëvalueerd en hoe wordt omgegaan met de uitkomsten van de zorgconferenties?

Vanuit alle betrokken partijen is er veel waardering voor het instrument van de zorgconferenties. Ze zijn een toevoeging aan het bestaande instrumentarium voor het toetsen van behandelduur – en voortgang en doorbreken van impasses. Sterker nog, nu ze ook al voordat een patiënt 15 jaar in de tbs heeft gezeten op aanvraag georganiseerd kunnen worden, is het project enigszins slachtoffer geworden van het eigen succes. Er is zo'n grote vraag naar, dat niet binnen de gewenste termijn in het aanbod kan worden voorzien. Daarmee hangen dan ook wel wat negatieve geluiden samen, want door de capaciteitsproblemen en zonder goede timing neemt de werkzaamheid mogelijk af. Incidenteel kan een zorgconferentie uiteraard ook niet aan de verwachting voldoen.

Verbeterpunten ten aanzien van voorbereiding, vooral inclusief een duidelijke vraagstelling en het uitnodigen van een goed aantal specifiek deskundige andere deelnemers, zijn vanwege de doorontwikkeling al enigszins achterhaald. Verbetering van de timing hangt voor een deel samen met het capaciteitstekort. Alle partijen staan positief tegenover capaciteitsuitbreiding. Andere verbeterpunten betreffen de verslaglegging, borging in een duidelijke regelgeving ook ten aanzien van opvolging van de uitvoering van adviezen en een eventuele bijbehorende rechtspositie (wat vooral de advocatuur graag zou zien).

In een dergelijke regeling zou ook de indicatiestelling geadresseerd moeten worden met daarin aandacht voor zowel maatwerk als categorische indicaties. Uit de focusgroep blijkt er voor een dergelijke combinatie wel draagvlak te zijn, waarbij zeker ten aanzien van de categorische indicatie een aanpak van 'ja, tenzij' wordt voorgesteld. Ook uitbreiding van zorgconferenties naar andere doelgroepen behoort tot de mogelijkheden, maar met al deze bredere toepassingsmogelijkheden ontkomt men niet aan prioritering, zeker ook vanwege de tijdsinvestering (niet zozeer van DIZ als wel van mensen uit het veld). Uitbreiding moet niet ook uitholling tot gevolg hebben.

Uit de dossierstudie is ook al gebleken dat de opvolging van adviezen over het algemeen hoog is, ook al kan vaak niet goed worden vastgesteld of dit ook echt tot een concrete vervolgstap leidt. Bij de meeste respondenten van de interviewstudie bestaat de indruk dat over het algemeen ook wel tot passende en verantwoorde vervolgstappen wordt gekomen, als hoofddoel van het Project 15-plus. In ieder geval geeft men unaniem aan dat de baten (ook in financiële zin) opwegen tegen de kosten. Ook is gebleken dat onder 'passende vervolgstap' ook de uitkomst dat iemand op de huidige plaats goed op z'n plek zit goed kan worden verstaan.

De werkzaamheid van de zorgconferenties wordt onder meer toegeschreven aan de procesdoelen van gemeenschappelijk doeleigenaarschap en het 'out-of-the-box'-denken. Door het 'confereren' kan men zich vaak beter verplaatsen in elkaars perspectief en standpunt en daar meer begrip voor opbrengen ('Perspective taking'). Ook de tijd en aandacht die daarbij hoort, wordt genoemd. Alle partijen, waaronder de patiënt, voelen zich tijdens een zorgconferentie gehoord. Het leveren van maatwerk, het informele en 'fluïde' karakter – gebaseerd op consensus en bereidwilligheid – worden in dit verband ook genoemd. Waar uit de dossierstudie blijkt dat maatwerk echt nodig is, lijken zorgconferenties precies dat te kunnen bieden. De aanwezigheid van het ministerie, die (als financierder) soms haar doorzettingsmacht kan gebruiken, bijvoorbeeld om een bepaalde vervolgplek te organiseren, kan soms barrières doorbreken die het veld zelf niet kan wegnemen.

Niet alleen de individuele patiënt komt door een zorgconferentie goed in beeld, ook de groep als geheel en de context van de behandeling, als een soort casus-overstijgend effect. Daaronder valt ook het inzicht in tekorten in het forensische landschap, vervolgvoorzieningen voor bepaalde typen patiënten bijvoorbeeld. Een ander casus-overstijgend effect is wel de 'vermenselijking' genoemd als contrast voor

de ontmenselijking die optreedt als de Staat burgers onpersoonlijk tegemoet treedt. Ministerie, veld en patiënt krijgen door dit project over en weer letterlijk een gezicht. Dat de patiënt ook een gezicht krijgt, wordt ook vanuit DIZ als zeer waardevol ervaren in de besluitvorming ten aanzien van zo'n patiënt, die anders slechts op papier wordt gedaan. Dat de betrokken partijen op deze manier ook letterlijk bij elkaar over de vloer komen, helpt enorm voor de onderlinge relaties en voor het inzicht in wat anderen aan zorg(deskundigheid) te bieden hebben (bijvoorbeeld in de LFPZ).



Vergelijking met relevante **buitenlandse inzichten** en praktijken

Bestaat er in het buitenland iets vergelijkbaars als een zorgconferentie en wat is bekend over het functioneren daarvan?

In Duitsland, Canada en Engeland is in vergelijkbare contexten – van vrijheidsbeneming van onbepaalde duur zowel binnen het penitentiaire circuit als binnen het (forensische) zorgcircuit – gezocht naar praktijken die te vergelijken zijn met zorgconferenties. Dat zulke praktijken in Duitsland niet gevonden zijn, is wellicht mede te verklaren doordat er in het

formele beslissingskader over de duur van de vrijheidsbeneming in beide circuits voldoende en afdwingbare toetsen zijn op het lange verblijf; zowel de proportionaliteit van de duur als de voortgang van de behandeling. In de Canadese en Engelse context zijn wel enigszins vergelijkbare praktijken te vinden. Het betreft met name de 'pre-hearings' vanuit het Canadese (forensische) zorgcircuit of de 'case conferences' uit het Engelse penitentiaire circuit. Ze worden (veelal geïnitieerd en) voorgezeten door de multidisciplinaire rechtsprekende instanties die, vanuit een onafhankelijke positie ten opzichte van de uitvoerende macht, formeel beslissen over de duur van de vrijheidsbeneming. Aanhakend bij een aantal discussies genoemd in de interviewstudie, kunnen enkele bevindingen uit het vergelijkend onderzoek (voor verdere achtergronden hierbij, zie hoofdstuk 4) meegenomen worden in de discussie omtrent:

- de koppeling van de zorgconferentie – bijvoorbeeld qua timing – aan officiële beslissingen, bijvoorbeeld over verlenging of (voortzetting van) LFPZ-plaatsing,
- het borgen van de zorgconferenties in regelgeving of beleid en tot op welk niveau te formaliseren,
- ook de rechter als initiatiefnemer van een zorgconferentie te beschouwen,
- naast maatwerk ook nog een generieke toets op langverblijvers te behouden,

CASUS 6

Opvolging, maar via andere route

Wie:

Man, 49 jaar. Hij zit 23 jaar in de tbs wegens een verkrachting en poging tot doodslag. Hij heeft altijd in een behandelkliniek verbleven en heeft een antisociale persoonlijkheidsstoornis en een combinatie van verslavingsstoornissen.

Knelpunt:

Wegens het ontbreken van een steunend netwerk is er een groot risico op vereenzaming. Bij gebrek aan perspectief wordt betrokkene passief en neemt de zucht naar softdrugs toe. Hij zegt hier zelf over dat eenmalig gebruik hem niet direct in de problemen brengt, maar wel het frequente gebruik.

Doel zorgconferentie:

Bespreken wat de huidige situatie is van betrokkene en wat de mogelijkheden zijn voor behandeling en resocialisatie.

Uitkomst zorgconferentie:

- Samen met betrokkene moet besproken worden of hij zich wil gaan richten op resocialisatie in bepaalde steden
- Verloven worden opgestart, met daarbij werkzaamheden bij een sociale voorziening

- Mogelijkheden voor het hebben van een 'maatje' via het COSA project moeten worden onderzocht
- Betrokkene komt op de wachtlijst voor de resocialisatie afdeling van de kliniek om van daaruit zijn onbegeleide verloven uit te bouwen
- Bij het aanvragen van onbegeleid verlof kan ook een aanmelding voor een RIBW in gang gezet worden
- Betrokkene heeft baat bij een langdurige voorwaardelijke beëindiging van de tbs

Verloop na zorgconferentie:

Kort na de zorgconferentie onttrekt betrokkene zich aan verlof. In de daarop volgende periode werkt hij mee aan een terugval- en onttrekkingsanalyse. Gezien zijn verslavingsgevoeligheid, gebrekkige emotieregulatie, ontoereikende en inadequate coping en gebrekkig controle op het eigen gedrag, wordt geconcludeerd dat gedacht moet worden aan een long care-achtige voorziening. Een voorziening met verlofmogelijkheden om de kwaliteit van leven te waarborgen. In gesprekken blijkt dat een RIBW te veel vrijheid biedt en betrokkene behoefte heeft aan een meer gestructureerde omgeving. Daarom is besloten hem niet over te plaatsen naar een RIBW maar naar een longcare-resocialisatieafdeling.

- rechtsprekende instanties meer zeggenschap over de tenuitvoerlegging van de tbs te geven en naarmate de vrijheidsbenemende maatregel langer duurt die steeds steviger te toetsen,
- de rol van budget en politieke invloed als rem op de rechtspositie (van de langverblijver),
- een (regionale) overlegstructuur tussen de bij de tenuitvoerlegging betrokken instanties te bevorderen.

D

Mogelijke **beleidsimplicaties** van de bevindingen voor **vroegsignalering**

In hoeverre kunnen de uitkomsten van dit onderzoek gebruikt worden voor vroegsignalering van (deelpopulaties van) patiënten in vroegtijdige behandelimpasses die (al dan niet) van een zorgconferentie (of andere beleidsinterventie) zouden kunnen profiteren?

Vanwege de beperkingen van de dossierstudie, bieden de bevindingen uit de dossierstudie weinig houvast voor aanbevelingen over vroegsignalering. Ten eerste kon er niet vergeleken worden met groepen die (vlotter) uit de tbs uitstromen. Ten tweede kon geen gebruik gemaakt worden van risicotaxatiegegevens,

waarvan de herhaalde meting in de expertmeeting als een geschikte indicatie van voortgang in de behandeling, gericht op het bewerken van risicofactoren, wordt gezien. Voor het doel van vroegsignalering van welke trajecten er (gaan) vastlopen, zou een volgsysteem een veel te stevig middel zijn. Er worden – mede op basis van historische mislukte pogingen – kanttekeningen geplaatst bij het creëren van een volgsysteem in het algemeen en voor het doel van vroegsignalering in het bijzonder. Er zijn veel praktische, methodologische, juridische (privacy-) en ethische bezwaren, waarbij onder de laatste noemer vooral ook aan het gevaar van misbruik van dergelijke gegevens voor financiële afrekening van klinieken gedacht wordt. Wellicht biedt een betere registratie van enkele relevante gegevens ten aanzien van behandelvoortgang door DIZ zelf, denk bijvoorbeeld aan een bepaald aantal overplaatsingen, wel mogelijkheden voor signalering van mogelijk nut of noodzaak ten aanzien van een zorgconferentie.

6.2 Discussie

Hieronder worden enkele onderwerpen en bevindingen, zoals die in het rapport aan de orde zijn gekomen bediscussieerd. Ze worden in grote lijnen behandeld in de volgorde waarin

ze in het rapport besproken zijn, al is het hier juist de bedoeling om bevindingen vanuit de verschillende onderdelen van het onderzoek, met elkaar te confronteren en te integreren. Met name in hoofdstuk 5 heeft met betrekking tot de uitkomsten van de interviewstudie (in de focusgroep) en de dossierstudie (in de expertmeeting) al discussie plaatsgevonden, zodat om overlap te voorkomen naar die discussie hier enkel verwezen wordt.

De ontwikkeling van het probleem van langverblijvers: de waarde van oplossingen

Er zijn altijd langverblijvers geweest in de tbs. Zo wordt er vaker op gewezen dat er in het verleden lange tijd een begraafplaats in gebruik was op het terrein van Veldzicht. Lang verblijf, als mogelijk gevolg van een maatregel van onbepaalde duur, is sinds de invoering van de terbeschikkingstelling in 1928 regelmatig geproblematiseerd. Vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw vooral ook vanuit het oogpunt van proportionaliteit ten opzichte van de maximale of gebruikelijke gevangenisstraf voor een bepaald delict. Op basis van deze kritiek is in 1988 onder andere de op vier jaar gemaximeerde tbs voor 'niet-gewelddelicten' ingevoerd. Vervolgens is lang verblijf pas echt een probleem geworden toen er in de jaren daarna capaciteitsnood ontstond door toegenomen instroom bij afnemende uitstroom, en dan vooral een

probleem vanuit financieel oogpunt. De goedkopere longstay-afdeling was in die zin in feite een systeemoplossing voor het probleem van langverblijvers vanuit het oogpunt van *efficiency*, eind jaren negentig van de vorige eeuw. Onbehandelbaren zouden zo geen dure behandelbedden bezet houden, en zouden in ruil voor het inleveren van perspectief een hogere kwaliteit van leven mogen genieten. Daarmee werd het inhoudelijke probleem van gebrek aan behandelvoortgang en uitstroom uiteraard niet opgelost (zie voor meer achtergronden bij deze ontwikkeling Van der Wolf, 2019). De vraag is ook in hoeverre sprake is van een inhoudelijk probleem, nu een mooi citaat van een behandelaar in de LFPZ in hoofdstuk 3 onderstreept dat chronische forensische patiënten er gewoon bij horen (de erkenning dat het maximale bereikt is bij bepaalde patiënten) en enkel het maakbaarheidsdenken in de samenleving dit problematiseert.

Alle inspanningen gericht op meer door- en uitstroom, zoals het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling en vooral het stimuleren van doorplaatsing naar de GGZ werden bemoeilijkt door een ingewikkelder en daardoor 'zwaarder' geworden populatie op basis van multiproblematiek, gekoppeld aan een voor de opvang van uitstromers steeds minder ontvankelijke samenleving. De LFPZ-populatie groeide vervolgens mee met de algehele tbs-populatie

met een piek van boven de 200 patiënten in 2010. Vanaf dat moment is juist ook vanwege de toegenomen gemiddelde behandelduur (in twintig jaar van ongeveer 6 naar ongeveer 11 jaar), en een geconstateerde toename van het aantal verdachten dat waarschijnlijk daarom (al dan niet op advies van de advocatuur) weigerde mee te werken aan gedragskundig onderzoek (Nagtegaal, 2018), de tbs als sanctie minder populair geworden bij rechters, minder vaak opgelegd en vaker beëindigd. Zo daalde de tbs-populatie en de LFPZ-populatie daalde mee tot onder de 100 in 2018. Het leek aannemelijk dat de uitstroom veroorzaakt werd door de in 2009 versterkte rechtspositie van LFPZ'ers, en de bijbehorende ontwikkeling van de LFPZ als een doorstroomvoorziening, maar onderzoek toonde aan dat de terugloop van de LFPZ-populatie voor het grootste deel verklaard werd doordat er minder aanmeldingen waren vanuit de klinieken (Van Kordelaar & Kluiters, 2013). De afgenomen capaciteitsdruk maakte dat ook langverblijvende patiënten geen kostbaar bed bezet hielden omdat de open plaats anders niet opgevuld zou worden. Hiermee waren de omstandigheden geschapen waarin patiënten ook langer op behandelafdelingen gingen verblijven. Toen die groep werd opgemerkt ontstond de aanleiding voor het onderzoek van Lammers e.a. (2014), wat weer de aanleiding

vormde voor (een deel van) het huidige onderzoek, zoals beschreven in hoofdstuk 1.

Uit de bij DJI opgevraagde cijfers over 15-plusers in de tbs op drie relevante momenten in de context van het onderzoek, de peildatum voor het onderzoek van Lammers e.a. eind 2013, de peildatum voor de start van het Project 15-plus in 2017 en een recente datum in 2021 blijkt uiteraard niet de hele trend. De peildatum in 2017 ligt eigenlijk net voor het laagste punt van de tbs-populatie. Die vertoont vanaf 2019 weer een stijgende trend, op basis van wat wel het Michael P. effect genoemd wordt (zie Van der Wolf, Reef & Wams, 2020) en ook de LFPZ-populatie is recent weer aan het stijgen en er is alweer een wachtlijst voor LFPZ-plaatsing (Schraavesande, 2021a en b). Op basis van het gegeven dat de LFPZ-populatie de golfbeweging van de algehele tbs-populatie volgt, is het aannemelijk dat de groeiende capaciteitsdruk tot gevolg zal hebben dat een groter deel van de langverblijvers weer op LFPZ-plaatsen terecht komt, maar dan zal de capaciteit daarvan wel uitgebreid moeten worden. Ook is het aannemelijk dat het percentage 15-minners op de LFPZ, dat vanaf 2013 tot nu flink gedaald is, weer zal toenemen. De les uit de vorige golf in de tbs-populatie is dat de gemiddelde behandelduur toenam, mede doordat er steeds meer veiligheidsmaatregelen zijn toegevoegd (Nagtegaal e.a., 2011). Het is niet onaannemelijk dat de stijgende trend

van het aantal langverblijvers zich door blijft zetten. Al zal misschien percentueel – het kruipt nu richting een kwart van de tbs-populatie – de groei aanvankelijk wat geremd lijken te worden door de verhoogde instroom in de tbs. Toen de longstay (thans LFPZ) werd ingevoerd, in de vorige periode van capaciteitsdruk, werd ingeschat dat het uiteindelijk meer dan 30% van de tbs-populatie zou gaan uitmaken (De Kogel e.a., 2004). Eventuele oplossingen voor dit probleem, instrumenten die de door- en uitstroom voor deze groep bevorderen (zoals de zorgconferenties?), lijken daardoor aan waarde en noodzakelijkheid alleen maar te winnen.

De willekeurige grenswaarde van 15 jaar voor langverblijf: 8 jaar sluit aan bij ontwikkelingen en wetgeving

Er is, ook in het onderzoek van Lammers e.a. (2014) dat de aanleiding vormde voor het Project 15-plus, eigenlijk geen duidelijke onderbouwing te vinden voor de keuze van de grenswaarde van 15 jaar. Een aantal kanttekeningen ten aanzien van deze grenswaarde is ook op z'n plaats, zeker wanneer die synoniem wordt met 'langverblijf' door de aanduiding in rapporten als die van Lammers e.a. (2014) en het onderhavige. Het zou immers kunnen suggereren dat iemand pas lang in de tbs verblijft als hij of zij dat langer dan 15 jaar doet. Dat zou een enorme verschuiving zijn ten

opzichte van het moment eind jaren negentig, toen de term 'longstay' werd bedacht. Voor die formele status werd eerst een grenswaarde van 8+ voorgesteld (Commissie Schwarz, 1998) en later als entreevoorwaarde 6+, en tenminste twee behandelingspogingen, ingevoerd vanaf 1999 door de beroepscommissie van de RSJ. Vanaf 2005, toen de capaciteitsnood in de tbs hoog was, werd om doorstroming te bevorderen in het longstay-beleidskader een tijds criterium als entreevoorwaarde losgelaten en kon al na kortere tijd gesteld worden dat iemand 'longstay-er' was of zou zijn. Uiteraard is de definitie van wat lang is afhankelijk van de context op het gegeven moment. Thans is de gemiddelde behandelduur rond de 8 jaar, zodat men wellicht minder dan voorheen geneigd is om over 8+ers te zeggen dat het langverblijvers zijn. Echter, in een recent advies heeft de RSJ wel degelijk 8+ als grenswaarde voor 'langdurig' verblijf in de tbs gehanteerd (2020), en op goede gronden – mede aansluitend bij de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2018 ten aanzien van de bekostiging. Hoe eerder die grens in het spraakgebruik wordt gelegd, hoe eerder het ook geproblematiseerd kan worden, zoals de RSJ doet. Inmiddels is, zoals in hoofdstuk 1 aangegeven, het ook mogelijk om zorgconferenties te houden bij de 8+ groep op basis van maatwerk. Die grens van 8 jaar sluit ook natuurlijker aan

bij andere grenzen die gehanteerd worden ter controle op de duur van de vrijheidsbeneming. Zo is de vereiste onafhankelijke contra-expertise ten behoeve van de verlengingsrechter, op advies van de Taskforce behandelduur, niet langer na zes jaar, maar na vier jaar. De tweede onafhankelijke rapportage zou dan nadrukkelijker in het licht kunnen komen te staan van het passeren van de grens naar (te) lang verblijf. Voor die berekening wordt uiteraard de aanvang van de tbs-termijn als startpunt gehanteerd, anders dan de cijfers gepresenteerd in hoofdstuk 1. Zeker nu vanwege de capaciteitsdruk de passantentijd – waarin men in het Huis van Bewaring moet wachten op een plek in de tbs, terwijl de termijn daarvan al loopt – is dat juist ter controle op de duur van de vrijheidsbeneming ook van belang.

Ontwikkeling en kenmerken van langverblijvers: de vraag naar vroegsignalering

In hoofdstuk 5 is uitgelegd dat verschillen in onze onderzoeksgroep ten opzichte van de groep langverblijvers uit het onderzoek van Lammers e.a. (2014), met name voor wat betreft de diagnostiek, vooral te verklaren lijken door methodologische verschillen (operationalisaties). Wat dat betreft zijn de bevindingen ten aanzien van behandelkenmerken van de niet-LFPZ groep onder de langverblijvers duidelijker.

Van de recentere groep heeft een groter deel niet eerder een LFPZ-status gehad, een groter deel wel verlov en is een groter deel in meer dan vijf klinieken behandeld. Deze verschillen lijken vooral te worden verklaard door wat er in de eerste paragraaf van deze discussie is besproken over het effect van voldoende capaciteit in het tbs-veld: het zijn kenmerken die aangeven dat er langer door wordt behandeld voordat iemand voor LFPZ (of uitstroom) in aanmerking komt. Leeftijd lijkt thans – bewust of onbewust – een (te) belangrijke rol te spelen bij de vraag of er nog mogelijkheden voor iemand bestaan op behandelafdelingen, zeker nu verder op basis van generieke kenmerken nauwelijks verschillen tussen de LFPZ en niet-LFPZ groep zijn aan te wijzen. Dat het knelpunt dat het uitgangspunt is voor een zorgconferentie bij personen in de LFPZ vaker ‘geen behandeling voorhanden’ is, terwijl er bij niet-LFPZ-patiënten vaker gedragsproblemen aan ten grondslag liggen, kan ook verklaard worden door de druk die er is ten aanzien van voortgang op behandelafdelingen, die op de LFPZ juist wegvalt. Hoewel we geen vergelijking konden maken met patiënten die korter in de tbs verblijven is ook niet goed aan te geven in hoeverre de kenmerken van langverblijvers nu op zo’n manier verschillen van de rest van de populatie die korter verblijft. Een vergelijking met de literatuur ten aanzien van de gehele populatie kan uiter-

aard wel, al is de laatste studie waarin de tbs-populatie als geheel is onderzocht ook alweer uit 2011 (Van Nieuwenhuizen e.a., 2011), zodat het best kan zijn dat ook in de gehele populatie thans alweer ontwikkelingen hebben plaatsgevonden. Als het gaat om delictkenmerken dan valt wellicht op dat het percentage zedendelinquenten iets hoger ligt (zo’n 10%) dan in de algehele populatie toen, terwijl het percentage van brandstichters iets lager ligt. Voor de eerste bevinding kan ook gewezen worden op literatuur waaruit blijkt dat het recidiverisico van zedendelinquenten vaak wordt overschat (zie bijvoorbeeld Nationaal Rapporteur, 2017), voor de tweede bevinding kan gewezen worden op literatuur dat lijkt dat op groepsniveau de behandeling van brandstichters in de tbs vlotter gaat dan gemiddeld (zie bijvoorbeeld Brand e.a., 1998 via Dalhuisen, 2016). Ten aanzien van diagnostische kenmerken lijkt eigenlijk alleen het percentage psychotische stoornissen iets hoger (zo’n 10%) dan in de algehele populatie, maar voor het overige bestaat wel een zelfde divers beeld (zo is het percentage verslavingsproblematiek precies gelijk). Als het gaat om het inschatten van behandelbaarheid op basis van diagnostische- of delictkenmerken of risicofactoren is de wetenschap nog niet ver gevorderd (zie ook al Van der Wolf, 2006). Eigenlijk kan (on) behandelbaarheid vooral blijken gedurende de behandeling op basis van de praktijk in

de kliniek (al dan niet ondersteund door herhaalde metingen van een instrument, zie ook Schuringa, 2020). De kenmerken waar vaak naar gekeken wordt zijn wellicht ook te generiek. Onderliggende mechanismen zijn mogelijk belangrijker, maar die zijn in onderzoek ook weer veel moeilijker te operationaliseren en herkennen.

In de interviewstudie benoemen sommige respondenten dit ook, dat het niet gekoppeld kan worden aan specifieke delict- of diagnostische kenmerken. Anderen menen wel oververtegenwoordiging van bepaalde groepen te zien onder de langverblijvers. Ook al wordt in de dossierstudie niet een duidelijk verband gevonden tussen bepaalde kenmerken en uitkomsten van een zorgconferentie, wat in de interviews wel herkend wordt is dat er met name voor bepaalde groepen te weinig vervolgvoorzieningen zijn. Op basis hiervan zouden deze groepen wellicht ook langer moeten verblijven in de tbs dan behandelinhoudelijk nodig zou zijn. Wellicht wordt het percentage psychotici onder de langverblijvers ook wel vooral bepaald door de in de interviews benoemde moeilijke doorstroom van de forensische naar de reguliere GGZ, waar dergelijke patiënten uiteindelijk toch vaak van afhankelijk blijven. Vroegsignalering lijkt dan ook eerder afhankelijk van dit soort casus-overstijgende kennis over de context van het systeem (‘dit is iemand die moeilijk door te

plaatsen zal zijn') of van gebleken kenmerken van stokkende behandelvoortgang, waarvan er ook enkele genoemd zijn in de interviewstudie (aantal overplaatsingen, lange tijd geen verlof, et cetera). Dat de groep langverblijvers zo divers is, betekent dat er maatwerk geleverd moet worden om voortgang in het traject te krijgen. Dat blijkt ook wel nu er niet heel evident bepaalde uitkomsten van zorgconferenties gekoppeld kunnen worden aan bepaalde kenmerken van patiënten. Nu de zorgconferenties juist bij uitstek een instrument zijn waarin maatwerk geleverd wordt en kan worden, en dit ook als werkzaam element wordt genoemd in de interviews, is wellicht de belangrijkste bevinding van het onderzoek dat oplossing en probleem (op dat punt) goed op elkaar aansluiten.

Verklaringen voor de werkzaamheid van zorgconferenties

Ook de in de interviews genoemde werkzame elementen zijn wel te relateren aan kennis en literatuur, ook uit andere sectoren. 'Conferencing' in het algemeen is een methode die in allerlei werkgebieden wordt gebruikt. Als we ons beperken tot het strafrecht, resoneert als eerste het herstelrechtelijke 'conferencing' zoals dat als alternatieve vorm van geschillenbeslechting op veel plaatsen in de wereld plaatsvindt. Onderzoek laat zien dat het 'werkt', maar recent

richt de literatuur zich ook op hoe (of waarom) het werkt. Weten hoe iets werkt helpt om goede uitkomsten te kunnen bewerkstelligen, om de beperkingen ervan te kennen, en om op basis hiervan een soort 'best practice' richtlijnen te kunnen formuleren. Theorieën die daarbij onderzocht zijn, die ook wel op zorgconferenties van toepassing zouden kunnen zijn, zijn bijvoorbeeld de 'empowerment theory' die enigszins vergelijkbaar met 'procedural justice' theorieën uitlegt hoe het proces – in dit geval vooral de 'agency' die wordt gegeven aan de patiënt, maar ook aan andere deelnemers, met als gevolg 'accountability' – leidt tot positieve uitkomsten (O'Mahony & Doak 2017). Ook wordt in die literatuur het concept 'readiness' gebruikt (Suzuki, 2020), enigszins gerelateerd aan responsiviteit uit de forensisch psychiatrische literatuur. Een stap dichterbij de praktijk van zorgconferenties is de in Anglo-Amerikaanse rechtsgebieden wel gebruikte methode van 'hot tubbing' op het moment dat deskundigen het in hun pro Justitia rapportages niet met elkaar eens zijn. Ze worden dan als het ware in een warm bad bij elkaar gezet om tot een consensus te komen (King e.a., 2022). Meer in het algemeen is het 'out-of-the-box' denken doelmatig bij problemen die zich niet makkelijk laten oplossen in bestaande praktijkdenkkaders. Doordat bij een zorgconferentie

verschillende partijen bij elkaar aan tafel gaan zitten die elkaar in de dagelijkse praktijk maar weinig echt spreken en zien, blijkt dat juist door die verschillende perspectieven 'out-of-the-box'-denken ontstaat. Inzicht vanuit de onderwijskunde over de manier waarop mensen leren kan het mechanisme van dit denken illustreren. Er zijn twee manieren van leren, *informatief leren* en *transformatief leren* (Kegan, 2009; Mezirow, 1978). Bij informatief leren gaat het om het vergroten van kennis, vaardigheden en inzichten binnen een al bestaand referentiekader. Tijdens dit proces treedt er geen fundamentele verandering op, er wordt alleen kennis toegevoegd. Transformatief leren is een vorm van leren waarbij 'starre (problematische) referentiekaders' (sets van vaste veronderstellingen en verwachtingen) verruimd worden door een thema eens te bekijken door de bril van een ander, of vanuit een andere hoek ('perspective taking'). Mensen die dit doen, bezien de dingen inclusiever, onderscheidender, opener en reflectiever en zijn sneller bereid om iets in hun vaststaande veronderstellingen aan te passen. Men wordt 'ruimdenkender'. Deze 'bredere' referentiekaders die ontstaan door transformatief leren zijn beter, omdat deze eerdere opvattingen en meningen zullen genereren die dichterbij de werkelijkheid liggen (immers, meer verschillende bestaande

perspectieven worden geïncorporeerd in één kader).

Het ligt wellicht voor de hand het genoemde werkzame element van de ‘vermenselijking’ in de verhouding tussen Staat en burger te relateren aan de inzichten naar aanleiding van de ‘toeslagenaffaire’. Het is in ieder geval zo dat deze inzichten ook zijn doorgedrongen tot het strafrechtelijk sanctierecht. Zo stelde de Rechtbank Noord-Holland (9 december 2021, ECLI:NL:RBNHO:2021:11343) in een beslissing op bezwaar tegen omzetting van een taakstraf dat er een beslissing was genomen met een hoog ‘computer-says-no’ gehalte zonder rekening te houden met ‘het totale beeld van de dader’: “Mede gelet op de recente ervaringen van het Kindertoeslagschandaal zou van een overheidsinstantie anders mogen worden verwacht.” De aandacht die uitgaat naar tbs-patiënten in de zorgconferenties steekt daar heel positief bij af en sluit goed aan bij de huidige tendens in de samenleving en het beleid om de rechtspositie van burgers ten opzichte van de Staat niet verder uit te hollen maar weer te verstevigen, mede door burgers weer een menselijk gezicht van de overheid te tonen.

Discussie over de rechtspositie

Een discussie die ook in de focusgroep niet helemaal tot consensus leidde is de vraag in

hoeverre, als de zorgconferenties ergens in regelgeving benoemd zouden worden, er ook een rechtspositie aan gekoppeld zou moeten worden. Dit voorstel komt vanuit de advocatuur. De roep van advocaten om meer mogelijkheden te krijgen om de wijze van behandeling in de tbs te kunnen voorleggen aan een rechtsprekende instantie is al vaker gedocumenteerd, ook in de Derde evaluatie van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Van der Wolf e.a., 2016). De argumentatie is dat de wijze, en voortgang, van de behandeling zo direct verbonden zijn aan de (beslissing over de) duur van de tbs-maatregel, dat het in het licht daarvan nodig is een onafhankelijke rechterlijke instantie hierover te laten oordelen. Zeker de LFPZ-status sorteert lange tijd voor op langere duur. Dat was bijvoorbeeld ook de reden dat het Hof Arnhem in 2007 bepaalde dat de longstay-status de rechter dwingt om de behandeling van de tbs-gestelde alsmede het perspectief op behandeling inhoudelijk te toetsen (Hof Arnhem 5 maart 2007, TBS 2006\263, *Sancties* 2007, 27), hoewel de verlengingsrechter zich daar eigenlijk niet over uit mag laten. Dit is overigens niet meer herhaald nadat de rechtspositie ten opzichte van de LFPZ-plaatsing verbeterd werd in het Longstaybeleidskader uit 2009. In hoofdstuk 4 is benoemd dat het gebrek aan rechterlijke invloed op de tenuitvoerlegging van

de sanctie, in de overige onderzochte landen groter is.

Ook de beklag- en beroepsrechter is, zoals in hoofdstuk 3 benoemd, niet bevoegd zich over de wijze van behandeling uit te laten. In de derde evaluatie van de Bvt is voorgesteld om ‘onnodige behandelvertraging’ – bijvoorbeeld op basis van laksheid van een kliniek bij het aanvragen van verlof – beklagwaardig te maken. Analoog aan de uitzonderingsmogelijkheid van beklag tegen intrekking van een (week)langdurend verlof. Ook dat is een soort hardheidsclausule, die aangeeft dat het argument tegen meer beklagwaardigheid ook een grens heeft in de proportionaliteit van een beslissing. Dat argument betreft het niet nodeloos juridiseren van de behandeling, ook omdat de voortgang om die reden in het geding kan raken (bijvoorbeeld bij een veelklager). Wanneer zorgconferenties ergens geregeld zouden zijn, zou – op die voet doordenkend – wellicht ook het afwijzen van een aanvraag voor een zorgconferentie door het ministerie (bijvoorbeeld voorafgaand aan een LFPZ-plaatsing of een ander belangrijk moment) beklagwaardig moeten kunnen worden. Vanuit de systematiek van de zorgconferentie is hier nog wel iets tegenin te brengen, namelijk dat juist de bereidwilligheid van alle betrokken partijen als een voorwaarde wordt benoemd voor de werkzaamheid van de

CASUS 7

Opvolging, snel eruit

Wie:

Man, 48 jaar. 19 jaar in tbs wegens doodslag. Hij heeft altijd in een behandelkliniek verbleven, maar heeft nooit meer dan onbegeleide verloven gehad. Hij heeft een persoonlijkheidsstoornis NAO.

Knelpunt:

Opvallend is dat niet alle deskundigen op één lijn zitten en verschillende conclusies trekken. Over de diagnostiek is men het eens, evenals over het feit dat het behandelplafond is bereikt. Over het huidige recidivegevaar verschillen de meningen echter. De kliniek ziet het risico als hoog en wil een longstay aanvraag doen. De meest recente PJ-rapporteur ziet het risico echter als laag en adviseert tbs met één jaar te verlengen en toe te werken naar een voorwaardelijke beëindiging.

Doel zorgconferentie:

Welke resocialisatiemogelijkheden zijn er voor betrokkene?

Uitkomst zorgconferentie:

- Het Pieter Baan Centrum wordt als externe partij ingeschakeld om advies uit te brengen over de mogelijkheden van resocialisatie en het huidige recidivegevaar
- Er zal moeten worden ingestoken op een resocialisatiepoging, waarbij het risicomanagement leidend is. Verlof is in dit traject een belangrijk onderdeel
- Uiteindelijke doorstroom naar een ambulante behandelvorm
- De huidige kliniek zal zich richten op het vormgeven van een verantwoord risicomanagement. Hiervoor is allereerst het aangaan van een werkrelatie van belang en dient er een incident-/delictanalyse te worden gemaakt om het huidige recidivegevaar in te kunnen schatten

Verloop na zorgconferentie:

Na de zorgconferentie lijkt betrokkene zich goed aan te passen in zijn gedrag en blinkt hij uit in zijn goede werkhouding. Hij stelt zich betrouwbaar op en laat zien toe te zijn aan een overplaatsing naar een resocialisatieafdeling. Betrokkene laat op meerdere fronten een positieve ontwikkeling zien. Een jaar na de zorgconferentie werd transmuraal verlof verleend, nog een jaar later woonde betrokkene in een beschermde woonvorm onder begeleiding van de reclassering, weer een jaar later is de tbs-maatregel beëindigd.

zorgconferentie. Voor een dergelijke beroepsmogelijkheid zou overigens wel wijziging van (art. 69 van) de Bvt benodigd zijn.

6.3 Aanbevelingen

Aanbevelingen ten aanzien van beleid

1 Vergroot de (personeels)capaciteit bij DIZ voor zorgconferenties, alsmede het takenpakket met onder meer indicatiestelling, voorbereiding, verslaglegging (en monitoring) en borging van de opvolging

De algehele waardering voor het instrument van de zorgconferenties, zoals blijkt uit dit onderzoek, zou moeten leiden tot het omarmen van de status die de zorgconferenties in korte tijd verworven hebben als ‘best practice’ ten aanzien van langverblijf en impasses in de behandeling. Een aantal ontwikkelingen onderstrepen dit nog eens. Ten eerste is het, mede gezien de groeiende populatie, aannemelijk dat de stijgende trend in het aantal langverblijvers doorzet. Ten tweede doet het huidige capaciteitstekort om zorgconferenties te organiseren afbreuk aan de werkzaamheid ervan, met name doordat goede timing van een zorgconferentie niet meer mogelijk is. Ten derde sluit de beschreven ‘vermenselijking’ die de

zorgconferenties meebrengen aan bij de trend om de burger – in dit geval de ter beschikking gestelde – een menselijk gezicht van de Staat te tonen. Uiteindelijk zal de investering zich terugbetalen op basis van de door alle partijen onderschreven kosten-batenanalyse op basis van de verwachte versnelling van doorstroom. De uitbreiding van de capaciteit zou ook mogelijk moeten maken dat het takenpakket wordt uitgebreid. Een aantal verbeterpunten dat naar voren komt uit dit onderzoek, hangt samen met het feit dat het idealiter taken voor DIZ zijn, maar die vanwege een gebrek aan capaciteit niet goed kunnen worden opgepakt. Met name betreft dat de voorbereiding, verslaglegging en borging van en controle op de opvolging. Als DIZ hier de capaciteit voor krijgt gaat er minder tijd verloren bij klinieken, die kan worden geïnvesteerd in het primaire werk en de inhoudelijke bijdrage aan zorgconferenties. Nu ook de uitbreidende indicatiestelling al meer maatwerk vergt, is hier ook meer tijd voor nodig. Een voordeel van een grotere capaciteit betekent dat niet iedereen dezelfde vaardigheden hoeft te hebben. Een aantal personen, dat daar de vaardigheden voor heeft, kan met het voorzitterschap van zorgconferenties belast worden en zo het gezicht van het ministerie vormen richting veld en patiënten. Een deel van de capaciteit zou ingezet moeten worden om een

groep van inhoudelijk deskundigen uit het veld die zich in zorgconferenties ‘bewezen hebben’ ten aanzien van ingewikkelde casuïstiek en behandelimpasses (deels) aan DIZ te binden. Juist omdat het takenpakket ook inhoudelijker wordt (zie aanbeveling 2) is het goed om ook mensen met één been in het veld te betrekken. De poule voor deelnemers aan zorgconferenties kan daaromheen wel groter zijn, ook om anderen ervaring op te laten doen. Een betere registratie biedt mogelijk ook kansen voor monitoring.

2 Handhaaf voor de indicatiestelling voor zorgconferenties een combinatie van maatwerk op aanvraag en categorische criteria onafhankelijk van aanvraag. De categorische criteria moeten beschouwd worden als ‘ja, tenzij’ indicaties.

Uit het onderzoek blijkt dat de doelen van het Project 15-plus, een categorische lijn, anders zijn dan de doelen voor individuele zorgconferenties. Een belangrijk doel van een categorische lijn is het borgen dat iedereen binnen beeld blijft en niet afhankelijk is van de inspanningen van een kliniek of advocaat of de oplettendheid van DIZ. In de focusgroep blijkt er draagvlak te zijn voor een ‘ja, tenzij’ constructie. De grens van 15-plus is (te) willekeurig en (te) laat in het traject. Het lijkt logischer om de

categorische grens te koppelen aan acht jaar, in aansluiting op het RSJ-advies, de thans gemiddelde behandelduur en de koppeling aan de vierjaarstermijn voor onafhankelijke rapportage. Daarmee kan de timing van de categorische zorgconferentie tussen rapportage en tbs-verlenging komen te liggen, zodat eventuele verschillen van inzicht of overige discussies gevoerd zijn voordat besloten wordt over de (duur van de) verlenging van de maatregel. Naar voorbeeld van de Duitse situatie, waarin naarmate de maatregel langer duurt, de (proportionaliteits)toets frequenter en inhoudelijker wordt, zou vervolgens elke vier jaar een zorgconferentie kunnen plaatsvinden, eventueel zelfs na twaalf jaar elke twee jaar (al dan niet gekoppeld aan onafhankelijke rapportage). Dat dit tot onnodige conferenties zou leiden, wordt voorkomen door het 'tenzij'. Als er geen aanleiding voor is, bijvoorbeeld omdat het traject vordert of iemand goed op z'n plek zit, hoeft er geen zorgconferentie plaats te vinden. Het ministerie zou hier uiteindelijk over moeten beslissen, na een procedure waarin de patiënt, kliniek en advocaat een rol dienen te hebben. Andere 'ja-tenzij indicaties' zijn denkbaar, zoals bij aanvraag van een LFPZ-status of bij overweging van de verlengingsrechter of Penitentiaire Kamer, juist omdat het doel een soort 'ambtshalve' controle op de tenuitvoerlegging betreft.

Maatwerk-indicaties zijn in de huidige praktijk van de zorgconferenties al ontstaan. Die kunnen qua indicatiestelling verder uitgewerkt worden door DIZ en experts. Het woord maatwerk suggereert overigens dat niet al te veel voorwaarden moeten gelden, bijvoorbeeld ten aanzien van de eis van het doorlopen van subsidiair instrumentarium. Voorkomen moet worden dat deze voor de vorm worden gebruikt om in aanmerking te komen voor een zorgconferentie.

Het palet aan (subsidiare) interventies vanuit DIZ en bijbehorende deskundigen in zaken van beperkte behandelvoortgang kan dan ook uitgebreid worden met te ontwikkelen modaliteiten. Te denken valt aan trajectconsultaties of vooroverleg in kleiner comité, waarin maatwerk geleverd kan worden en niet standaard een zorgconferentie nodig hoeft te zijn. Toepassing op andere doelgroepen moet mogelijk zijn op basis van maatwerk, maar wel gekoppeld zijn aan de expertise van ingewikkelde casuïstiek of gebrekkige voortgang. Overwogen zou moeten worden om het ongewenst vreemdeling zijn als exclusiecriteria te laten vallen, juist omdat in dit soort gevallen de doorzettingsmacht van het ministerie van belang zou kunnen zijn. Aan het eind van gemaximeerde tbs is sprake van een ander probleem, waarbij juist niet het forensische behandelveld

maar het maatschappelijke veld betrokken zou moeten worden.

3 Borg de zorgconferenties in wet- of regelgeving na een heroriëntatie van alle mogelijke instrumenten om de wijze van tenuitvoerlegging te bevragen en gebrekkige voortgang te problematiseren

Een eerste argument voor deze borging is het gegeven dat geen enkele betrokken partij het risico wil lopen dat het instrument van zorgconferenties door een benodigde justitiële bezuinigingsronde of wisseling van politieke visie zomaar verdwijnt omdat het op papier niet bestaat. Met name de Canadese uitholling van de rechtsbijstand bij beslissingen over duur van sancties in het penitentiaire circuit is in dit verband een doembeeld. Gevraagd zal zijn om onderwerpen als indicatiestelling, status van adviezen en wijze van opvolging te regelen. Uiteraard moet in dit beleid voldoende flexibiliteit ingebouwd worden om de heilzaamheid van het huidige 'fluide' karakter van zorgconferenties en de mogelijkheden tot maatwerk te waarborgen.

Het moment van borging in regelgeving zou ook kunnen worden aangegrepen om het gehele instrumentarium dat na invoering van de Beginselenwet verpleging ter beschikking

gestelden (Bvt) eind jaren negentig is ontwikkeld, inclusief LFPZ-procedures en drie-gesprekken bijvoorbeeld, in samenhang te bezien en op elkaar af te stemmen. De inhoud van aanbeveling 2 is hierbij ook van belang. Gezien het daarin beschreven doel van de (categorische) 'ja-tenzij' indicaties, en de relevantie voor de duur van de vrijheidsbeneming, is een beroep tegen (bepaalde) 'tenzij-beslissingen' tegen de wens van de patiënt in te overwegen. Gezien dat doel wordt de werkzaamheid van een zorgconferentie zonder consensus over de noodzaak minder aangetast dan bij maatwerk-indicaties (waarin een gebrek aan bereidwilligheid van één van de partijen sneller de werkzaamheid van het doorbreken van een impasse ondermijnt en een beroepsmogelijkheid dus minder passend is). Omdat het een beslissing van de minister is, zou de beroepscommissie van de RSJ dit moeten beoordelen (en dan zou wijziging van art. 69 Bvt gevraagd zijn).

Voor het overige kan gedacht worden aan het niveau van een beleidskader. Sterker, wellicht zou een integratie of vervanging van het huidige beleidskader LFPZ daar geschikt voor zijn (Beleidskader langverblijf en impasses, of zoiets). Dit zou aansluiten bij de ontwikkeling van de LFPZ als doorstroomlocatie en de positie van longcare afdelingen, waarvoor niet zulke formele procedures bestaan. Dit sluit ook aan bij

de veelbesproken ontwikkeling van LFPZ naar een verblijfs- of motivatie-afdeling die ook al vroeger in het traject als tussenstation gebruikt kan worden in plaats van eindstation. Daarbij past bewustwording van het feit dat leeftijd geen rol hoeft te spelen bij die plaatsing. Zeker wanneer een beoogde LFPZ-plaatsing een 'ja, tenzij' indicatie wordt voor een zorgconferentie, zou bij die heroriëntatie de rol van de LAP (Landelijke adviescommissie Plaatsing) bij LFPZ-plaatsing tegen het licht gehouden moeten worden. Een zorgconferentie wordt als een inclusiever en sterker middel beschouwd, passend bij de zwaarte van de beslissing, en dubbelop is inefficiënt. In de interviews is geopperd dan de uren van LAP-leden toe te kunnen voegen aan de capaciteit van de expertgroep. Aanvullend aan (of na afloop van) de heroriëntatie van het instrumentarium in de regelgeving, zou een richtlijn voor behandelaren gecreëerd kunnen worden waarin op een rij wordt gezegd welk type instrumenten in welke (moeilijk lopende) situaties geëigend zijn.

4 Organiseer casus-overstijgende effecten ook op andere manieren dan via zorgconferenties

Alle genoemde casus-overstijgende effecten, zoals het inzicht in (tekorten) in het forensische landschap (met name vervolgoorzieningen),

de vermenselijking van het contact tussen Staat en burger (ministerie en patiënt) en de regelmatige ontmoeting tussen betrokken en inzicht in elkaars mogelijkheden, kunnen ook buiten de zorgconferenties om bereikt worden.

In ieder geval zouden de Lunteren-bijeenkomsten in de huidige frequentie voortgezet moeten worden en ook zou onderlinge ontmoeting tussen voorzieningen (buiten het casusniveau om) gestimuleerd moeten worden. Onderlinge bezoeken en regionale samenwerking zouden een vanzelfsprekend en niet vrijblijvend onderdeel van de tenuitvoerlegging van de tbs moeten worden (mogelijk als een soort vereiste voor een forensische zorg contract, of prestatie-indicator). Via dergelijke beloningen zou DJI meer moeten sturen op samenwerking. Immers, de kwaliteit van de onderlinge relaties vormt de smeeroil van het systeem.

De monitoring uit aanbeveling 1 moet mogelijk maken dat nog duidelijker inzicht wordt verkregen in de (tekorten) in het forensische-, zorg- en maatschappelijke landschap. Het ministerie zou via het inkoopmechanisme van forensische zorg, nog meer moeten sturen op het creëren van voldoende vervolgoorzieningen (vooral verblijfsplekken) voor bepaalde deelpopulaties, zoals die ook in de interviews zijn benoemd (zie hoofdstuk 3).

Aanbevelingen ten aanzien van (vervolg) onderzoek en monitoring

1 *Vul dit onderzoek aan te om de beperkingen ervan te overkomen, met name door middel van een follow-up*

Bekijk na een follow-up periode van een aantal jaar na de individuele zorgconferenties in hoeverre er op casusniveau echt vervolgstappen zijn gezet, in hoeverre die stappen ook daadwerkelijk uit de uitkomsten van zorgconferenties voortkomen en in hoeverre die stappen passend en verantwoord blijken te zijn. Op deze manier kan meer gezegd worden over het daadwerkelijke rendement van de zorgconferenties ten opzichte van het hoofddoel van 'passende en verantwoorde vervolgstappen'. Op basis hiervan kan de indicatiestelling voor toekomstige zorgconferenties verder worden geïnformeerd/aangepast. Mogelijk biedt deze kennis over het rendement ook inzichten voor vroegere signalering van gevallen waarin eerder een zorgconferentie nuttig kan zijn, bijvoorbeeld doordat vergeleken kan worden tussen patiënten die wel of niet een vervolgstap hebben kunnen zetten. Overwogen kan worden om voor een betere vergelijkbaarheid met het onderzoek van Lammers e.a. (2014) als aanvulling toch vergelijkingsgroepen, met name van kortverblijvers

(en 15-minners in de LFPZ) worden betrokken in het onderzoek, om een duidelijker beeld te krijgen van verschillen in kenmerken. Voor de vergelijkbaarheid met dat onderzoek zou het gebruik van risicotaxatiegegevens aangewezen zijn, maar dan moet – omdat die niet standaard zijn opgenomen in het CDD+ systeem – er eerst meer duidelijkheid worden verkregen over de mogelijkheid van het gebruiken van kliniekdata naar aanleiding van de bevindingen van de Werkgroep privacy (wetenschappelijk) onderzoek in de forensische zorg. In de expertmeeting zijn herhaalde metingen van risicotaxatiegegevens ook genoemd als aangewezen methode. Uit dit onderzoek blijkt echter dat generieke persoonskenmerken (qua diagnostiek of delictverleden) weinig onderscheidend zijn voor langverblijf. De echte uitdaging is het zoeken naar onderliggende mechanismen voor behandelstagnatie.

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

Zoals gesuggereerd in de expertmeeting kan het waardevol zijn ter verklaring van waarom de een wel geslaagd uitstroomt (ook na langverblijf) en de ander niet, aanvullend kwalitatief onderzoek te doen. Juist vanwege de complexiteit van de doelgroep worden kwanti-

tatief minder snel verklaringen gevonden. 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, zie bijvoorbeeld Doekhi, 2019).

3 *Creëer geen volgsysteem voor het doel van vroegsignalering in deze context*

Naast de genoemde beperkingen (vanuit eerdere ervaringen) en bezwaren in de expertmeeting, is het vooral een disproportioneel middel voor het beoogde doel: het zicht krijgen op indicaties voor impasses of langverblijf met bijbehorende werkzame interventies. Er is ook weinig evidentie vanuit het huidige onderzoek dat dit veel zal opleveren. Het bezwaar dat gegevens verzameld door DIZ mogelijk door beleid ge- of misbruikt worden voor financiële afrekening van klinieken, geldt andersom niet. DIZ kan wel bezien of gegevens die door beleid verzameld worden, bijvoor-

beeld t.a.v. prestatie-indicatoren, ook relevant kunnen zijn voor het beoogde doel om processen rond indicatiestelling van zorgconferenties te verbeteren.

4 Ondersteun een monitoringsfunctie van DIZ door een standaardformulier voor de verslaglegging van zorgconferenties waarin relevante gegevens zijn opgenomen

Aansluitend bij het voorstel uit beleidsaanbeveling 1, dat DIZ de verslaglegging van zorgconferenties op zich zou moeten nemen, en daar een monitoringsfunctie aan gekoppeld zou kunnen worden, is het wellicht een idee om een digitaal standaardformulier voor de verslaglegging te maken. In feite betreft het slechts een betere registratie van gegevens die thans toch ook al verzameld worden. Ook nu al staan kenmerken, knelpunten en uitkomsten in het verslag dat bewaard blijft in CDD+, maar deze zouden op een manier aangevinkt of ingevuld kunnen worden dat deze gegevens automatisch in een database worden opgeslagen. Opvolgingsgegevens zouden daar later aan toegevoegd kunnen worden. Uiteraard moet eerst onderzocht worden in hoeverre het vormen van een dergelijke database (geanonimiseerd) ook juridisch tot de mogelijkheden behoort. Omdat het zich beperkt tot de patiënten waarbij zorgconferenties hebben plaatsgevonden is het niet

vergelijkbaar met een volgsysteem voor alle tbs-gestelden. De gegevens zouden mogelijk gebruikt kunnen worden voor onderzoek (bijvoorbeeld dat uit aanbeveling 1) en (vervolgens) voor de interne verbetering van het proces van indicatiestelling.

Als blijkt dat onderzoek op basis van kliniekdata ingewikkeld blijft (zonder toestemming van patiënten), dan is te overwegen om enkele relevante gegevens, bijvoorbeeld ten aanzien van risicofactoren, op deze manier ook in het verslag op te nemen, zodat het onderdeel wordt van CDD+.

CASUS 8

Geen verandering, maar toch verandering

Wie:

Man, 56 jaar. Hij zit 24 jaar in de tbs wegens een verkrachting en een poging tot verkrachting. Hij heeft eerder een LFPZ-status gehad, maar ten tijde van de zorgconferentie verbleef hij in een behandelkliniek. Hij heeft schizofrenie, een antisociale persoonlijkheidsstoornis en een combinatie van verslavingen.

Knelpunt:

De aanwezigen zijn het erover eens dat het een zeer ingewikkelde casus is. Er zijn ontwikkelingen gaande, maar op korte termijn is er geen alternatief beschikbaar voor betrokkene. Het wettelijk kader is er op dit moment niet om betrokkene terug te laten gaan naar de LFPZ-kliniek. Dat zou alleen aan de orde zijn wanneer alles uitgeprobeerd is en er geen andere mogelijkheden zijn.

Doel zorgconferentie:

Het is een beperkte man, dit zal niet verbeteren. Moet betrokkene niet in een setting zitten waar wel een forensisch kader is, maar waar hij oud mag zijn?

Uitkomst zorgconferentie:

- De huidige kliniek is nu de beste plek voor betrokkene
- Het ministerie gaat in gesprek met de NZA over Meezorg tarieven

Verloop na zorgconferentie:

De gepraktiseerde onbegeleide verloven op het terrein verlopen goed en hebben een positief effect op zijn toestandbeeld: hij lijkt minder last te hebben van psychotische belevingen en hij houdt zich aan afspraken en aanwijzingen van de groepsleiding. Wel wordt de toenemende desorganisatie vaker zichtbaar tijdens de verloven. De focus van de behandeling ligt op het vasthouden van het dagprogramma en zelfstandigheid en op het behouden van kwaliteit van leven. Binnenkort wordt er een verhuizing aangevraagd naar een GGZ-instelling op hetzelfde terrein als de huidige kliniek.

Bijlagen

Bijlage A Herkomst variabelen en scoringsmanier dossierstudie

Variabele naam	Herkomst kenmerk	Herkomst scoringsmanier
1.2 Geslacht	Lammers, Eckert, Senn	
1.3 Geboortjaar	Lammers, Eckert, Senn	
1.4 Jaartal instroom Tbs	Lammers, Eckert, Senn	
1.5 Geboorteland	Lammers, Eckert, Senn	
1.6 Nationaliteit	Lammers, Eckert, Senn	
1.7 Opleidingsniveau	Eckert	Eckert
1.9 Biologische kinderen	Eckert	Eckert
2.1 Indexdelict	Lammers, Eckert, Senn	
2.1.1 Vermogensdelict		FPJ
2.1.2 Gewelddelict		FPJ
2.1.3 Zedendelict		FPJ
2.1.4 Brandstichting		FPJ
2.3 Opgelegde straf indexdelict	Lammers	Literatuur
2.4 Opgelegde gevangenisstraf	Lammers	Literatuur
2.6 Relatie tot slachtoffer(s) indexdelict (score)	Lammers	HKT-r/FPJ
3.1 Vastgestelde stoornis t.t.v. plegen indexdelict	Lammers, Eckert, Senn	Literatuur o.b.v. DSM-V indeling
3.1.1 Neurocognitieve stoornis		
3.1.2 Psychotische stoornis		
3.1.3 Stemningsstoornis		
3.1.4 Posttraumatische-stressstoornis en dissociatieve stoornissen		
3.1.5 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen		
3.1.6 Anorexia nervosa		
3.1.7 Verslavingsstoornis		
3.1.8 Parafiele stoornis		
3.1.9 Gedragsstoornis		
3.1.10 Suïcidaal gedrag		
3.1.11 Persoonlijkheidsstoornis		
3.1.12 Autismspectrumstoornis		
3.1.13 ADHD		
3.1.14 Verstandelijke beperking		
3.2 Simulatie en delict-amnesie		
3.3 Mate van toerekeningsvatbaarheid	Literatuur	Nederlandse vereniging voor Psychiatrie

Variabele naam	Herkomst kenmerk	Herkomst scoringsmanier
3.4 Mate van medewerking gedragskundig onderzoek	Literatuur	Literatuur
4.1 Jaartal 1e veroordeling	Lammers	
4.2 Aantal jaren tussen 1e veroordeling en begin Tbs	Literatuur	
4.3 Eerdere maatregel gehad	Literatuur	
4.4 Eerdere gevangenisstraf(fen)	Literatuur	
4.5 Eerder gepleegde delicten	Lammers, Eckert, Senn	FPJ
4.5.1 Vermogensdelicten		
4.5.2 Aantal vermogensdelicten		
4.5.3 Gewelddelicten		
4.5.4 Aantal gewelddelicten		
4.5.5 Zedendelicten		
4.5.6 Aantal zedendelicten		
4.5.7 Brandstichtingen		
4.5.8 Aantal brandstichtingen		
4.6 Totaal aantal eerdere veroordelingen	Eckert, Senn	
5.1 Jaartal 1e opname behandelcentrum/GGZ? Jeugdinstellingen, etc.	Lammers	
5.2 Hulpverleningsgeschiedenis	Eckert, Senn	HKT-r
5.4 Slachtoffer van geweld in jeugd	Eckert	Literatuur
6.1 Hoe lang in Tbs	Lammers, Eckert, Senn	
6.2 Aantal eerdere klinieken tot Zorgconferentie	Lammers	
6.4 Verlofniveau t.t.v. ZC	Lammers	Niveaus van verlof in klinieken
6.4.1 Eerder begeleid verlof	Lammers	
6.4.2 Eerder onbegeleid verlof	Lammers	
6.4.3 Eerder transmuraal verlof	Lammers	
6.4.4 Eerder proefverlof	Lammers	
6.4.5 Eerdere voorwaardelijke beëindiging	Lammers	
6.8 LFPZ-status	Eckert, Senn	Eckert, Senn
6.11 Longcare	Eckert, Senn	

Variabele naam	Herkomst kenmerk	Herkomst scoringsmanier
7.1 Schending van voorwaarden binnen juridisch kader	Eckert, Senn	HKT-r
7.3 Aantal incidenten	Eckert, Senn	
7.5 Waar vond het delict plaats	Literatuur	
7.6 Aantal veroordelingen	Lammers, Eckert, Senn	
7.6.1 Vermogensdelict		FPJ
7.6.2 Gewelddelict		FPJ
7.6.3 Zedendelict		FPJ
7.6.4 Brandstichting		FPJ
7.1 Lichtere (overige) incidenten	Literatuur	Literatuur, o.b.v. incidenten uit verlengingsadviezen
7.7.1 Agressief gedrag (fysiek en verbaal)		
7.7.2 Diefstal		
7.7.3 Drugsgebruik (positieve urinecontroles)		
7.7.4 Staking medicatie/ medicatieweigering		
7.7.5 Ordeverstoring		
7.7.6 Overtreden huis- en afdelingsregels/ afspraken		
7.7.7 Vernieling		
7.7.8 Seksueel grensoverschrijdend gedrag		
7.7.9 Poging tot ontvluchting		
7.7.10 Overige ongewenste intimiteiten		
8.1 Vastgestelde stoornis t.t.v. Zorgconferentie	Literatuur	Literatuur, o.b.v. DSM-V indeling
8.1.1 Neurocognitieve stoornis		
8.1.2 Psychotische stoornis		
8.1.3 Stemningsstoornis		
8.1.4 Posttraumatische-stressstoornis en dissociatieve stoornissen		
8.1.5 Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen		
8.1.6 Anorexia nervosa		

Variabele naam	Herkomst kenmerk	Herkomst scoringsmanier
8.1.7 Verslavingsstoornis		
8.1.8 Parafiele stoornis		
8.1.9 Gedragsstoornis		
8.1.10 Suïcidaal gedrag		
8.1.11 Persoonlijkheidsstoornis		
8.1.12 Autismespectrumstoornis		
8.1.13 ADHD (aandachtsdeficiëntie-/ hyperactiviteitsstoornis)		
8.1.14 Verstandelijke beperking		
9.1 Medicatie t.t.v. zorgconferentie	Eckert	Literatuur
9.1.1 Antidepressiva		
9.1.2 Libidoremmende middelen (LRM)		
9.1.3 Antipsychotica		
9.1.4 Stemningsstabilisatoren		
9.1.5 Angstverminderende medicatie		
9.1.6 Slaapmedicatie		
9.1.7 Psychostimulantia (ADHD)		
9.1.8 Andere medicatie (psychofarmaca)		
9.2 Innamebereidheid medicatie	Literatuur	Literatuur
10.1 Recidiverisico t.t.v. zorgconferentie	Lammers	Zelf, op basis van adviezen in verlengingsadviezen
10.2 Probleeminzicht/probleembesef t.t.v. de zorgconferentie	Literatuur	HKT-r
10.3 Verantwoordelijkheid delict t.t.v. de zorgconferentie	Literatuur	HKT-r
10.4 Behandelmotivatie t.t.v. de zorgconferentie	Literatuur	HKT-r
10.5 Netwerk/familiecontact (niet partner)	Literatuur	HKT-r
10.6 Partnercontact	Literatuur	HKT-r
10.7 Financiën	Literatuur	HKT-r
10.8 Werk/dagbesteding	Literatuur	HKT-r
10.9 Copingvaardigheden/Stresserende omstandigheden	Literatuur	HKT-r
11.2 Jaartal zorgconferentie	Literatuur	

Bijlage B Overzicht variabelen en scoringsmanier dossierstudie

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde N=100
1. Demografische kenmerken	
1.1 Proefpersoon nummer	
1.2 Geslacht	
1 – Man	89
2 – Vrouw	11
3 – Anders	0
1.3 Geboortjaar (<i>in jaren</i>) → omgezet naar leeftijd in jaren	Gem. 55 (38-76)
1.4 Jaartal instroom tbs (<i>in jaren</i>) → omgezet naar leeftijd bij instroom tbs	Gem. 31 (18-54)
1.5 Nationaliteit (<i>beschrijven in woorden</i>)	
Nederlandse	94
Niet-Nederlandse	6
Marokkaanse	4
Nederlandse/Vietnam.	1
Turkse	1
1.5.1 Bijzonderheden (<i>bv. ongewenst vreemdeling, beschrijven in woorden</i>)	
1.6 Opleidingsniveau	
0 – Geen opleiding/speciaal onderwijs	26
1 – Basisschool/ lagere school afgerond	52
2 – Basisschool en middelbare school afgerond	20
3 – MBO	2
4 – HBO	0
5 – WO	0
2. Indexdelict kenmerken	
2.1 Indexdelict (<i>beschrijving in woorden</i>)	
2.1.1 Vermogensdelict	
0 – geen vermogenscomponent aanwezig	71
1 – wel vermogenscomponent aanwezig	29
2.1.2 Gewelddelict	
0 – geen geweld aanwezig	22
1 – materiële schade	1
2 – bedreiging met geweld/gevaar leven bij brandstichting	9
3 – lichamelijk letsel, niet dodelijk	46
4 – dodelijke afloop	22

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
2.1.3 Zedendelict	
0 – geen seksuele component aanwezig	58
1 – seksuele component, slachtoffer ben. 16 jr.	13
2 – seksuele component, slachtoffer 16 jr. e.o.	21
3 – seksuele component, slachtoffer beide	8
2.1.4 Brandstichting	
0 – geen brandstichting	94
1 – brandstichting	6
2.2 Opgelegde straf indexdelict	
1 – alleen tbs	18
2 – tbs met gevangenisstraf	82
2.3 Opgelegde gevangenisstraf (<i>in maanden of jaren</i>)	
3. Diagnoses t.t.v. plegen indexdelict en kenmerken gedragskundig onderzoek	
3.1 Mate van toerekeningsvatbaarheid	
1 – volledig ontoerekeningsvatbaar	13
2 – sterk verminderd toerekeningsvatbaar	20
3 – verminderd toerekeningsvatbaar	59
4 – enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	5
5 – volledig toerekeningsvatbaar	2
3.2 Mate van medewerking gedragskundig onderzoek	
0 – niet meewerkend	5
1 – enigszins meewerkend	15
2 – volledig meewerkend	78
4. Eerder gepleegde delicten (dus voor het indexdelict/de indexdelicten)	
4.1 Jaartal 1 ^e veroordeling → omgezet naar leeftijd bij 1 ^e veroordeling	Gem. 21 (10-47)
4.2 Aantal jaren tussen 1 ^e veroordeling en begin tbs	Gem. 10,4
Minder dan 1 jaar	9
1-5 jaar	21
6-10 jaar	27
11-15 jaar	20
16 jaar of meer	23
4.3 Eerdere maatregel gehad (<i>beschrijven in woorden</i>)	

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
4.4 Eerdere gevangenisstraf(fen) (beschrijven in woorden)	
4.5 Eerder gepleegde delicten	
4.5.1 Vermogensdelicten	
0 – geen vermogenscomponent aanwezig	28
1 – wel vermogenscomponent aanwezig	72
4.5.2 Aantal vermogensdelicten (in getal)	
1-3	34
4-6	16
7-9	7
10 of meer	13
4.5.3 Gewelddelicten	
0 – geen geweld aanwezig	33
1 – materiële schade	5
2 – bedreiging met geweld/gevaar leven bij brandstichting	5
3 – lichamenlijk letsel, niet dodelijk	52
4 – dodelijke afloop	5
4.5.4 Aantal gewelddelicten (in getal)	
1-3	31
4-6	20
7-9	3
10 of meer	10
4.5.5 Zedendelict	
0 – geen seksuele component aanwezig	58
1 – seksuele component, slachtoffer ben. 16 jr.	16
2 – seksuele component, slachtoffer 16 jr. e.o.	18
3 – seksuele component, slachtoffer beide	8
4.5.6 Aantal zedendelicten (in getal)	
1-3	34
4-6	6
7-9	1
10 of meer	3

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
4.5.7 Brandstichting	
0 – geen brandstichting	91
1 – brandstichting	9
4.5.8 Aantal brandstichtingen (in getal)	
1	5
2-3	2
4 of meer	3
4.6 Totaal aantal eerdere veroordelingen (in getal)	
0	16
1-10	68
11-20	7
21-30	6
31+	3
5. Psychiatrische voorgeschiedenis	
5.1 Jaartal 1e opname behandelcentrum/GGZ? Jeugdinstituten, etc. → omgezet naar leeftijd 1e opname	
Geen opname	18
Tussen de 0-14 jaar	26
Tussen de 15-18 jaar	27
19 jaar en ouder	29
5.2 Hulpverleningsgeschiedenis	
0 – in het verleden is er geen sprake geweest van contact met een hulpverlenende instantie	15
1 – in het verleden is er alleen sprake geweest van vrijwillige (ambulante en/of intramurale) hulpverleningscontacten.	5
2 – in het verleden is er sprake geweest van ofwel gedwongen ambulante ofwel intramurale hulpverleningscontacten (maar niet beide). Daarnaast is er sprake geweest van vrijwillige hulpverleningscontacten.	14
3 – in het verleden is er sprake geweest van zowel gedwongen ambulante als intramurale hulpverleningscontacten. Daarnaast is er sprake geweest van vrijwillige hulpverleningscontacten.	23
4 = In het verleden is er alleen sprake geweest van gedwongen (ambulante en/of intramurale) hulpverleningscontacten.	43

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
6. Behandeltraject kenmerken	
6.1 Hoe lang in tbs (<i>in jaren</i>)	Gem. 21,1
15-20 jaar	55
21-25 jaar	24
26-30 jaar	14
31 jaar of meer	7
6.2 Aantal eerdere klinieken tot zorgconferentie (<i>in getal</i>)	
1-3	29
4-6	52
7 of meer	19
6.3 Verloop klinieken (<i>beschrijven in woorden</i>)	
6.4 Verlofniveau t.t.v. de zorgconferentie	
0 – geen verlof	56
1 – begeleid verlof	32
2 – onbegeleid verlof	6
3 – transmuraal verlof	5
4 – proefverlof	1
6.5 LFPZ-status	
0 – niet eerder een LFPZ-status gehad	44
1 – eerder een LFPZ-status gehad, maar nu niet meer	16
2 – t.t.v. de zorgconferentie een LFPZ-status	40
7. Incidenten en delicten/veroordelingen tijdens tbs-maatregel	
7.1 Schending van voorwaarden binnen juridisch kader	
0 – geen schendingen van voorwaarden of afspraken	5
1 – 1 minder ernstige schending	0
2 – meerdere minder ernstige schendingen	14
3 – 1 ernstige schending en daarnaast eventueel minder ernstige schendingen	16
4 – meerdere ernstige schendingen en daarnaast eventueel minder ernstige schendingen	65
7.2 Incidenten tijdens tbs (<i>beschrijven in woorden</i>)	

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
7.3 Aantal incidenten uit cel hierboven (<i>in getal</i>)	Gem. 2,4
0	23
1-3	53
4-6	17
7 of meer	7
7.4 Veroordeling voor delict tijdens tbs (<i>jaartal en korte beschrijving in woorden</i>)	
7.5 Waar vond het delict plaats	
1 – in kliniek zelf	13
2 – tijdens verlof	1
3 – tijdens ongeoorloofde afwezigheid	1
4 – tijdens proefverlof/voorwaardelijke beëindiging	4
7.6 Aantal veroordelingen (<i>in getal</i>)	
0	80
1	17
2	1
4	2
7.6.1 Vermogensdelict	
0 – geen vermogenscomponent aanwezig	97
1 – wel vermogenscomponent aanwezig	3
7.6.2 Gewelddelict	
0 – geen geweld aanwezig	89
1 – materiële schade	0
2 – bedreiging met geweld/gevaar leven bij brandstichting	2
3 – lichamelijk letsel, niet dodelijk	9
4 – dodelijke afloop	0
7.6.3 Zedendelict	
0 – geen seksuele component aanwezig	91
1 – seksuele component, slachtoffer ben. 16 jr.	0
2 – seksuele component, slachtoffer 16 jr. e.o.	8
3 – seksuele component, slachtoffer beide	1

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
7.6.4 Brandstichting	
0 – geen brandstichting	99
1 – brandstichting	1
7.7 Lichtere (overige) incidenten	
7.7.1 Agressief gedrag (fysiek en verbaal)	
0 – niet voorgekomen	18
1 – enkele keren voorgekomen	21
2 – vaak voorgekomen	61
7.7.2 Diefstal	
0 – niet voorgekomen	89
1 – enkele keren voorgekomen	9
2 – vaak voorgekomen	2
7.7.3 Drugsgebruik (positieve urinecontroles)/alcoholgebruik	
0 – niet voorgekomen	49
1 – enkele keren voorgekomen	15
2 – vaak voorgekomen	36
7.7.4 Staking medicatie/medicatieweigering	
0 – niet voorgekomen	52
1 – enkele keren voorgekomen	15
2 – vaak voorgekomen	33
7.7.5 Ordeverstoring	
0 – niet voorgekomen	50
1 – enkele keren voorgekomen	21
2 – vaak voorgekomen	29
7.7.6 Overtreden huis- en afdelingsregels/afspraken	
0 – niet voorgekomen	20
1 – enkele keren voorgekomen	27
2 – vaak voorgekomen	53
7.7.7 Vernieling	
0 – niet voorgekomen	74
1 – enkele keren voorgekomen	11
2 – vaak voorgekomen	15

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
7.7.8 Seksueel grensoverschrijdend gedrag	
0 – niet voorgekomen	52
1 – enkele keren voorgekomen	21
2 – vaak voorgekomen	27
7.7.9 Poging tot ontvluchting/ongoorloofde afwezigheid	
0 – niet voorgekomen	58
1 – enkele keren voorgekomen	33
2 – vaak voorgekomen	9
7.7.10 Overige incidenten	
0 – niet voorgekomen	70
1 – enkele keren voorgekomen	9
2 – vaak voorgekomen	21
8. Vastgestelde stoornis t.t.v. de zorgconferentie	
8.1 Vastgestelde stoornis t.t.v. de zorgconferentie (<i>beschreven in woorden</i>)	
8.1.1 Neurocognitieve stoornis	
0 – geen neurocognitieve stoornis	94
1 – wel een neurocognitieve stoornis	6
8.1.2 Psychotische stoornis	
0 – geen psychotische stoornis	59
1 – episodisch psychotisch / randpsychotisch	3
2 – chronisch psychotisch	38
8.1.3 Stemningsstoornis	
0 – geen stemmingsstoornis	100
1 – wel een stemmingsstoornis	0
8.1.4 Posttraumatische stressstoornis en dissociatieve stoornissen	
0 – geen PTSS of dissociatieve stoornis	96
1 – PTSS	4
2 – dissociatieve stoornis	0
3 – PTSS en dissociatieve stoornis	0
8.1.5 Somatisch symptoomstoornis en verwante stoornissen	
0 – geen somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen	99
1 – wel een somatisch-symptoomstoornis of verwante stoornissen	1

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
8.1.6 Anorexia nervosa	
0 – geen anorexia nervosa	100
1 – wel anorexia nervosa	0
8.1.7 Verslavingsstoornis	
0 – geen verslaving	30
1 – alcoholverslaving	12
2 – softdrugs verslaving	8
3 – harddrugs verslaving	3
4 – overige verslaving	1
5 – combinatie van verslavingen	46
8.1.8 Parafiele stoornis	
0 – geen parafiele stoornis	77
1 – hand-off parafiele stoornis	3
2 – hand-on parafiele stoornis	18
3 – zowel hands-off als hands-on parafiele stoornis	2
8.1.9 Gedragsstoornis	
0 – geen gedragsstoornis	97
1 – wel een gedragsstoornis	3
8.1.10 Suïcidaal gedrag	
0 – geen suïcidaal gedrag	97
1 – eenmalige suïcidepoging	2
2 – meerdere suïcidepogingen	1
8.1.11 Persoonlijkheidsstoornis	
0 – geen persoonlijkheidsstoornis	30
1 – persoonlijkheidsstoornis cluster A	2
2 – persoonlijkheidsstoornis cluster B	37
3 – persoonlijkheidsstoornis cluster C	0
4 – persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO)	31
8.1.12 Autismespectrumstoornis	
0 – geen autismespectrumstoornis	83
1 – wel een autismespectrumstoornis	17

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
8.1.13 ADHD (aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis)	
0 – geen ADHD	95
1 – wel ADHD	5
8.1.14 Verstandelijke beperking	
0 – geen verstandelijke beperking	73
1 – licht verstandelijk beperkt	16
2 – matig verstandelijk beperkt	8
3 – ernstig verstandelijk beperkt	3
9. Risico(management)	
9.1 Recidiverisico t.t.v. de zorgconferentie	
1 – laag recidiverisico	0
2 – matig recidiverisico	4
3 – hoog recidiverisico	96
9.2 Probleeminzicht/probleembesef t.t.v. de zorgconferentie	
0 – patiënt heeft geen probleembesef en ook geen probleeminzicht ('er is niks mis met mij' en 'het delict/de situatie komt niet door mij')	64
1 – patiënt heeft wel probleembesef, maar geen probleeminzicht (bagetiseren, externaliseren, etc.)	28
2 – patiënt heeft zowel probleembesef als probleeminzicht	8
9.3 Behandelmotivatie t.t.v. de zorgconferentie	
0 – geen motivatie voor behandeling	41
1 – matige motivatie voor behandeling	36
2 – volledige motivatie voor behandeling	21
10. Zorgconferentie kenmerken	
10.1 Aantal gehouden zorgconferenties (in getal)	
1	78
2	15
3	7
10.2 Jaartal zorgconferentie	
10.3 Aanwezige partijen zorgconferentie	

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
10.3.1 Patiënt	
0 – niet aanwezig	13
1 – wel aanwezig	87
10.3.2 Advocaat	
0 – niet aanwezig	10
1 – wel aanwezig	90
10.3.3 Ministerie vertegenwoordiger(s)	
0 – niet aanwezig	0
1 – wel aanwezig	100
10.3.4 Vertegenwoordiging behandeling huidige kliniek	
0 – niet aanwezig	1
1 – wel aanwezig	99
10.3.5 Sociotherapeut(en) huidige kliniek	
0 – niet aanwezig	47
1 – wel aanwezig	53
10.3.6 Curator	
0 – niet aanwezig	100
1 – wel aanwezig	0
10.3.7 Vertegenwoordiger(s) andere kliniek(en)	
0 – niet aanwezig	15
1 – wel aanwezig	85

Variabelen	Aantal/ Gemiddelde
10.3.8 PJ rapporteur(s)	
0 – niet aanwezig	64
1 – wel aanwezig	36
10.3.9 CCE	
0 – niet aanwezig	97
1 – wel aanwezig	3
10.3.10 Reclassering	
0 – niet aanwezig	40
1 – wel aanwezig	60
10.3.11 Maatschappelijk werker	
0 – niet aanwezig	91
1 – wel aanwezig	9
10.3.12 Overige aanwezigen (<i>beschrijven in woorden</i>)	
10.4 Vraagstelling/omschrijving probleem 1 zorgconferentie (<i>beschrijven in woorden</i>)	
10.5 Vraagstelling/omschrijving probleem 2 zorgconferentie (<i>beschrijven in woorden</i>)	
10.6 Overige vraagstellingen zorgconferentie (<i>beschrijven in woorden</i>)	
10.7 Beschreven knelpunten (<i>beschrijven in woorden</i>)	
10.8 Mate van opvolging afspraken	
0 – afspraak niet opgevolgd	8
1 – afspraak deels opgevolgd	30
2 – afspraak volledig opgevolgd	59

Bijlage C Algemene topiclijst interviews

Topic	Tbv onderzoeksvraag
A. Kenmerken – ter confrontatie met dossierstudie	
Knelpunten	4
<i>Beeld van typen/subgroepen langverblijvers</i>	
<i>Invloed van persoonskenmerken, behandeling, systeem</i>	
<i>Typen impasses</i>	
Invloed van kenmerken/knelpunten op uitkomst zorgconferentie	6
<i>Verschil typen qua perspectief</i>	
<i>Verschil LFPZ/niet-LFPZ qua perspectief</i>	
B. Waardering	
Achtergrond en doelen	7a
<i>(Beeld en) waardering daarvan, grenswaarde</i>	
<i>Doelen 15+ project en doelen zorgconferentie</i>	
<i>Procesdoelen en uitkomstdoelen</i>	
Opzet en organisatie	7b
<i>Samenstelling deelnemers</i>	
<i>Invloed van deelnemers op samenstelling</i>	
<i>Missen van partijen of overbodigheid van partijen</i>	
<i>Waardering (rol en inbreng) andere partijen</i>	
<i>Vorm: eerste uur met patiënt, tweede uur zonder</i>	
<i>Verslaglegging</i>	
<i>Opvolging</i>	

Topic	Tbv onderzoeksvraag
Bereiken doelen en werkzame elementen	8
<i>Procesdoelen</i>	
<i>Typen uitkomsten</i>	
<i>Wanneer tevreden, wanneer nuttig</i>	
<i>Werkzame elementen</i>	
Waardering	9a
<i>Algemeen</i>	
<i>Kosten versus baten</i>	
<i>Beeld van waardering bij andere partijen/patiënt</i>	
Meerwaarde ten opzichte van andere mogelijkheden	9b
<i>Welke andere mogelijkheden zijn er/heeft u om impasses te doorbreken</i>	
<i>Gebruik en beperkingen daarvan</i>	
<i>Meerwaarde zorgconferenties ten opzichte daarvan</i>	
Verbeterpunten	10
<i>Opzet en organisatie</i>	
<i>Vergroten werkzaamheid</i>	
<i>Borging en rechtspositie</i>	
Bredere toepassingsmogelijkheden	11
<i>Indicatiestelling: categoriaal en/of maatwerk</i>	
<i>Andere doelgroepen</i>	
<i>Positie binnen geheel van mogelijkheden</i>	

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-V)*. Nederlandse vertaling van Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ark, L.A. van der, Leeuwen, J.L. van., & Jorgensen, T.D. (2018). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid LIJ*. WODC.
- Beyens, K., & Tournel, H. (2010). Mijnwerkers of ontdekkingsreiziger? Het kwalitatieve interview. In *Kwalitatieve methoden en technieken* (pp. 199-233).
- Blaauw, E., Hoeve, M., & Marle, H.J.C. van (2002). *Mentally disordered offenders: International perspectives on assessment and treatment*. Elsevier.
- Brand, E.F.J.M. & Heerde, W.K. van (2010). *Forensisch Profiel Justitiële Jeugdigen (FPJ)*. Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Bulten, E., & Verkes, R.J. (2019). Long-stay in Europe: A systems-oriented approach. In Völlm, B., & Braun, P. (Eds.), *Long-term forensic psychiatric care* (pp. 27-46). Springer
- Commissie Schwarz (1998), *Vóórt-durend delictgevaarlijke TBS-verpleegden*, Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dalhuisen, L. (2016). *Firesetting and firesetters in the Netherlands: Individualization, identification and treatment (Doctoral dissertation, University Utrecht)*. Den Haag: Eleven international publishing.
- Dallinga, R., & Marle, H.J.C. van (2002). Longstay TBS in zijn juridische context: een toetsing aan de wetgeving. *Sancties*, 1, 21-34.
- Dessecker, A., & Leuschner, F. (2019). Sicherungsverwahrung und vorgelagerte Freiheitsstrafe: Eine empirische Untersuchung zur Ausgestaltung der Unterbringung und des vorhergehenden Strafvollzugs. BM-Online Band 14, KrimZ Kriminologische Zentralstelle
- 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).
- Eckert, M., Schel, S.H.H., Kennedy, H.G. & Bulten, B.H. (2017). Patient characteristics related to length of stay in Dutch forensic psychiatric care. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(6), 863-880.
- Evers, J. (2015). *Kwalitatieve analyse: kunst én kunde*. Boom uitgeverij Amsterdam.
- Griffioen, R., Meerveld, J., Koning, C. & Emmerik, J. van (1998), 'Gemiddelde intramurale behandelduur van ter beschikkinggestelden: Verantwoord beperken. Verslag van een deelonderzoek', in: Werkgroep IBO-II, *Overstromen: In-, door- en uitstroom bij de tbs*, Den Haag: Ministerie van Justitie, p. 87-248.
- Kegan, R. (2009). What "form" transforms? A constructive-developmental approach to transformative learning. In K. Illeris (Red.), *Contemporary Theories of Learning. Learning theorists ... in their own words* (p. 35- 52). New York: Routledge.
- King, C.M., Kelley, S., Grove, L. & Stettler, B. (2022), 'An American perspective', in: M.J.F. van der Wolf (ed.), *Safeguarding the quality of forensic assessment in sentencing. A Review across Western Nations*. Series: International perspectives on forensic mental health, New York: Routledge (forthcoming).
- Kinzig, J. (1997). Preventive measures for dangerous recidivists. *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, 5, 27-57.

- Kogel, C.H. de, & Nagtegaal, M.H. (2006). *Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Een inventarisatie van wetgeving en praktijk in het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*. WODC, Boom Juridische Uitgevers
- Kogel, C.H. de, Verwers, C. & Hartogh, V.E. den (2004), 'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering, Den Haag: Boom Juridische uitgevers/WODC.
- Kordelaar, W.F. van & Kluiters, I. (2013), 'Longstay out of the box', *Sancties* 2013, p. 201-216.
- Laenen, F. vander (2016). Focusgroepen. In Decorte, T., & Zaitch, D. (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 223–253). Acco.
- 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*. WODC.
- Mevis, P. A. M., Struijk, S., & Wolf, M. J. F. van der (2018). *Juridische haalbaarheid van voorgestelde oplossingen voor de weigeraarsproblematiek omtrent tbs-oplegging*. Boom Juridisch.
- Mevis, P.A.M., Struijk, S., & Wolf, M.J.F. van der (2020). *Voorlopige tbs-oplegging als bijdrage aan de oplossing van de weigeraarsproblematiek: Een nadere rechtsvergelijkende beschouwing van het Nederlandse en Duitse recht*. Boom Juridische uitgevers.
- Mezirow, J. (2006). An overview in P. Sutherland & J. Crowther (Eds.), *Lifelong learning: Concepts and contexts* (pp. 24– 38). London: Routledge (also in Illeris, K. (Ed.). (2009). *Contemporary theories of learning*. Routledge.
- Mundt, A.P. (2019). Asylums and deinstitutionalization: The Penrose hypothesis in the twenty-first century. In Völlm, B., & Braun, P. (Eds.), *Long-term forensic psychiatric care* (pp. 7-14). Springer.
- Nagtegaal, M.H., Horst, R.P. van der & Schönberger, H.J.M. (2011), *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen*, Den Haag: WODC, BJu.
- Nagtegaal, M.H., Horst, R.P. van der, Buisman, J. & Spaans, M. (2016), 'De Externe Monitor Tbs en de behandelduur van tbs-gestelden: waardevolle kennis vanuit het tbs-traject', *Tijdschrift voor Criminologie* 2016 (58)3, p. 20-41.
- Nagtegaal, M.H. (2018), *Vijftien jaar weigerende verdachten in het Pro Justitia onderzoek: prevalentie, informatiebehoefte Openbaar Ministerie en Rechterlijke Macht, en afdoeningen door de rechter*, Den Haag: WODC.
- Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2017). *Gewogen risico. Deel 1: Communiceren over recidive in zedenzaken*. Den Haag: Nationaal Rapporteur 2017.
- 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.
- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K., & Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC research notes*, 4, 229. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>.
- O'Mahony, D. & Doak, J. (2017), *Reimagining restorative justice: agency and accountability in the criminal process*. London: Bloomsbury.

- Oosterom, P., Bezemer, B., & Knoester, J.A.W. (2019). Zorgconferenties in de tbs – ervaringen opgedaan in het project '15-plus'. *Strafblad*, 2, 32-36.
- Padfield, N. (2016). Giving and getting parole: The changing characteristics of parole in England and Wales. *European Journal of Probation*, 11(3), 153-168.
- RSJ (2020), *Langdurig in de tbs. Stagnatie in de door- en uitstroom van tbs-gestelden*. Advies d.d. 30 april 2020.
- Salize, H.J., & Dressing, H. (2019). Challenges in comparing health-care systems across different countries. In Völlm, B., & Braun, P. (Eds.), *Long-term forensic psychiatric care* (pp. 15-26). Springer
- Schiffer, B., & Schalast, N (2019). Long-Stay Services in German Forensic Settings. In Völlm, B., Braun, P. (Eds.), *Long-Term Forensic Psychiatric Care* (251-260). Springer.
- Schuringa, E. (2020), *Observe the Presnet, Evaluate the Past, Assess the Future. Multidisciplinary Routine Outcome Monitoring and Inpatient Violence Risk Assessment with the Instrument for Forensic Treatment Evaluation (IFTE)*, *Dissertatie Tilburg*.
- Senn, D., Bulten, E., Tomlin, J. & Völlm, B. (2020). A comparison of English and Dutch long-stay patients in forensic psychiatric care. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-12.
- Spaendonck, R. van (2021). *Meer dan een kwestie van tijd: de verlenging van de tbs-maatregel*. Boom Juridische Uitgevers.
- Spreen, M., Brand, E., Horst, P. ter., & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie (HKT-R)*. FPC Dr. S. Van Mesdag.
- Suzuki, M. (2020), 'From 'what works' to 'how it works' in research on restorative justice conferencing: the concept of readiness', *The International Journal of Restorative Justice* 2020, 3(3), p. 356-373.
- Völlm, B., & Braun, P. (2019). *Long-term forensic psychiatric care: Clinical, ethical and legal challenges*. Springer.
- Wolf, M.J.F. van der (2012). *TBS: veroordeeld tot vooroordeel: een visie na analyse van historische fundamenteën van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven*. [Dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam]. Oisterwijk: Wolf Legal Publishers (WLP).
- Wolf, M.J.F. van der, Marle, H.J.C. van, Mevis, P.A.M., & Roesch, R. (2010). Understanding and evaluating contrastin gunfitness to stand trial practices: A comparison between Canada and the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 245-258.
- Wolf, M.J.F. van der (2019), 'Longstay heeft lang genoeg geduurd', in: W.F. van Hattum, C. Brouwer, M.J. Smilde & K.J.J. Waldeck (red.), *Levenslang. Bijdragen aan en naar aanleiding van het Symposium Levenslang, 6 april 2018 te Groningen*, Zuthpen: Uitgeverij Paris 2019, p. 109-122.
- Wolf, M.J.F. van der, Mevis, P.A.M., Struijk, S., Leeuwen, L. van, Kleijn, M., Marle, H.J.C. van m.m.v. E. van Leeuwen & D. Bektesevic (2016), *Op zoek naar nieuw evenwicht. Derde evaluatie van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden*, Den Haag: Boom Juridisch, WODC.
- Wolf, M.J.F. van der, Reef, J. & Wams, A.C. (2020), *Wie zijn geschiedenis niet kent. . . Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*, Den Haag: Textcetera.

Afkortingen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling	NCRMD	Not Criminally Responsible on account of a Mental Disorder
AVG	Algemene Verordening Gegevensbescherming	FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum	NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
AVT	Adviescollege Verloftoetsing	FPJ	Forensische Profielijst Justitiële Jeugdigen	NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
BOPZ	wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen	FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek	OM	Openbaar Ministerie
BVT	Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden	FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht	OvJ	Officier van Justitie
CCE	Centrum voor Consultatie en Expertise	GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	OZ	onderzoek
CDD+	Centraal Digitaal Depot	GVM	Gedragsbeïnvloedende en Vrijheidsbepalende Maatregel	PBC	Pieter Baan Centrum
COSA	Circles Of Support and Accountability	HBO	Hoger Beroepsonderwijs	PJ-rapporteur	Pro Justitia rapporteur
DIZ	Divisie Individuele Zaken	HKT-r	Historisch, Klinisch, Toekomst Revisie	PPCS	Public Protection Casework Section
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen	IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst	PTSS	Post Traumatische Stress Stoornis
DMP	Data Management Plan	IPP	Imprisonment for Public Protection	PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5	ISD	Inrichting Stelselmatige Daders	RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie	LAP	Landelijke Adviescommissie Plaatsing	RM	Rechterlijke Machtiging
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens	LDR	Landelijke Databank Risicotaxatie	ROM	Routine Outcome Monitoring
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	LFPZ	Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg	RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
EMT	Externe Monitor TBS	LRM	Libido Remmende Middelen	RS-V	Risk Screener-Violence
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens	MAPPA	Multi-Agency Public Protection Arrangements	RS-Y	Risk Screener-Youth
FAM	Female Additional Manual	MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs	SAPROF	Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (-YV) (-CV) (- Youth Version) (- Child Version)
		MIT	Monitor Informatiesysteem Terbeschikking Stelling	TBS	Terbeschikkinggestelde
		NAO	Niet Anders Omschreven	TMV	Transmuraal Verlof

TUL	Tenuitvoerlegging voorwaardelijke straf
(L)VB	(Licht) Verstandelijke Beperking
VO	Voorwaardelijke beëindiging
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
WODC	wetenschappelijk onderzoeks- en documentatiecentrum
ZC	Zorgconferentie
ZISZ	Zeer Intensieve Specialistische Zorg
ZM	Zittende Magistratuur (rechters)

Begeleidingscommissie

Voorzitter

prof. dr. Mario Braakman

*Bijzonder hoogleraar Transculturele Forensische
Psychiatrie, Universiteit Tilburg*

Leden

mr. Corine van Ginkel

*Projectbegeleider Extern Wetenschappelijke
Beleidsonderzoek, Wetenschappelijk Onderzoek- en
Documentatiecentrum*

mr. dr. Lydia Dalhuisen

*Universitair docent Forensische Psychiatrie &
Psychologie, Universiteit Utrecht*

dr. Erik Bulten

*GZ-psycholoog en Head Assessment, Research and
Professional Development, Pompestichting*

dr. Arie van den Hurk

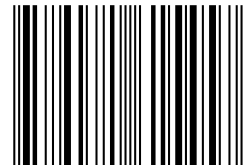
*Adviseur wetenschappelijk onderzoek,
Dienst Justitiële Inrichtingen*

Enkele honderden forensisch psychiatrische patiënten verblijven langer dan vijftien jaar in de tbs. In 2017 werd het Project 15-plus gestart, met als doel voor alle personen uit deze groep een zorgconferentie te organiseren. Een zorgconferentie is een vergadering waarin een grote multidisciplinaire groep betrokken professionals met de tbs-gestelde om tafel gaat en meedenkt, vaak *out-of-the-box*, over de vraag of er een volgende stap mogelijk is in de tbs-behandeling. De resultaten van vier studies hiernaar worden beschreven: 1. de kenmerken van deze langverblijvers en de bijbehorende zorgconferenties, 2. de waardering van de zorgconferenties door betrokkenen, 3. relevante buitenlandse inzichten, 4. mogelijke beleidsimplicaties waaronder vroegsignalering.

Dit rapport is het verslag van een onderzoek dat is verricht in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum, op verzoek van de Dienst Justitiële Inrichtingen, Divisie Individuele Zaken van het ministerie van Justitie & Veiligheid.

Michiel van der Wolf, Joni Reef en Jennifer Doekhie zijn werkzaam bij het Instituut voor Strafrecht en Criminologie bij de Universiteit Leiden, respectievelijk als buitengewoon hoogleraar forensische psychiatrie en universitair docenten criminologie. Lotte Gunnink en Julia Hertzberger zijn als net afgestudeerde criminologen op projectbasis bij dit onderzoek betrokken geweest. Michiel van der Wolf is ook universitair hoofddocent strafrecht aan de Rijksuniversiteit Groningen. Joni Reef is ook grafisch ontwerper en heeft de omslag en infographics van dit rapport gemaakt.

ISBN 978-90-8161-545-7



9 789081 615457 >

