

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 vervolgotrajecten, 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 rechtsposi-
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 andereoortige 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.