



> Retouradres Postbus 20301 2500 EH Den Haag

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

**Directoraat-Generaal
Straffen en Beschermen**
Directie Sanctie- en
Slachtofferbeleid
For. zorg en verwarden

Turfmarkt 147
2511 DP Den Haag
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
www.rijksoverheid.nl/jenv

Datum 20 maart 2026

Onze referentie

-

Bijlage III – Beleidsreactie op onderzoeksrapport van het WODC: «Een veelkleurig vergezicht»

Inleiding/Aanleiding

De tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel is gericht op de behandeling van de tbs-gestelde en de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij. Het overgrote deel van de tbs-gestelden keert terug in de maatschappij, maar er is ook een deel dat niet door- of uitstroomt. Ongeveer 15% van de tbs-populatie verblijft in een voorziening voor lang verblijf. Het gaat om patiënten die de behandeldruk in reguliere tbs-klinieken niet aankunnen, bij wie de behandeling onvoldoende resultaat oplevert en/of bij wie de behandelrelatie is vastgelopen.

De groep langverblijvers is de afgelopen jaren gegroeid, evenals de gehele tbs-populatie. Ook het aantal langverblijfvoorzieningen, met name de longcare voorzieningen, zijn toegenomen. De langverblijfvoorzieningen kennen onderling verschillen, die leiden tot verschillen in rechtspositie van de tbs-gestelde. Gelet op deze ontwikkelingen heeft mijn ambtsvoorganger het WODC gevraagd¹ onderzoek te doen naar deze groep en het bijbehorende beleid. In het rapport 'Een veelkleurig vergezicht' wordt inzicht gegeven in de kenmerken, behoeften, besluitvorming en het beleid rond langverblijf in de tbs.

Langverblijfvoorzieningen

Patiënten in een langverblijf voorzieningen verblijven in een voorziening voor Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ) of een longcare-voorziening. Deze voorzieningen worden gekenmerkt door de lage of afwezige behandeldruk. De LFPZ is een zorgvoorziening met een hoog beveiligingsniveau (niveau 4). De LFPZ richt zich vooral op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de tbs-gestelde en stabilisatie van diens psychiatrische en psychologische toestandsbeeld in plaats van op resocialisatie. Longcare voorzieningen hebben een lager beveiligingsniveau. De naam longcare wordt door meerdere klinieken gevoerd, terwijl de longcare voorzieningen onderling op verschillende vlakken verschillen. Een eenduidige definitie van en visie op longcare ontbreekt. De verschillende longcare voorzieningen zijn te plaatsen op het spectrum van perspectief op door- of uitstroom aan de ene kant en verblijfvoorziening zonder druk op uitstroom aan

¹ Het Instituut voor Strafrecht en Criminologie van Universiteit Leiden heeft het onderzoek uitgevoerd in opdracht van het WODC.

Datum
20 maart 2026

Onze referentie
-

de andere kant. In onderstaande tabel zijn de verschillen tussen de LFPZ en de longcare weergegeven.

	LFPZ	Longcare
Beveiliging	Niveau 4	Niveau 3 en 2
Doel	Verblijf	Perspectief of verblijf
Status/ plaatsing	Formele status met beleidskader: plaatsing via een vaste procedure met advies van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP)	Informele status: iedere voorziening heeft eigen instroomcriteria en plaatsing gebeurt intern of extern tussen klinieken onderling, meestal via transmuraal verlof
Periodieke Toetsing	Periodieke herbeoordeling door de LAP	Geen periodieke herbeoordeling
Rechtspositie	Bepaald door de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) Beperkte verlofmogelijkheden	Bepaald door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) Geen wettelijke verlof-beperkingen

Bevindingen doelgroepen LFPZ en longcare

De onderzoekers hebben over het algemeen weinig verschillen gevonden tussen de kenmerken van de LFPZ- en longcare populatie. Bij beide groepen is sprake van een hoge mate van comorbiditeit, waarbij verslavingen en persoonlijkheidsproblematiek vaak voorkomen. Bij besluitvorming over de keuze voor LFPZ of longcare spelen volgens de onderzoekers vooral het verschil in beveiligingsniveau (en de daarmee samenhangende rechtspositie), de zorgbehoefte en de behandelrelatie een rol. In longcare voorzieningen geldt de Wvggz². Inperkingen zijn alleen op individueel niveau mogelijk, waardoor vooral (online) zedenproblematiek lastig te beperken is. Voor langverblijvers met zedenproblematiek is beveiligingsniveau 4 fysiek gezien vaak niet nodig, maar rechtspositioneel wel omdat hun (social) mediagedrag onvoldoende kan worden gemonitord en begrensd op beveiligingsniveau 2 of 3 waar de Wvggz geldt. Tot slot stellen de onderzoekers dat bepaalde delicten en stoornissen invloed kunnen hebben op de uitstroompatronen.

Over de jaren heen zien de onderzoekers een stijging van het aantal langverblijvers, waarbij het aandeel tbs-gestelden in de longcare is toegenomen ten opzichte van het aandeel in de LFPZ. Vanaf 2023 is de wachtlijst voor de LFPZ sterk toegenomen. De wachtlijst van de longcare is juist afgenomen, maar dit kan worden verklaard door het openen van nieuwe voorzieningen en doordat de longcare voorzieningen maar beperkte wachtlijstplaatsen openstellen.

² Hoofdstuk 9 Wvggz

Knelpunten en aanbevelingen

Het huidige stelsel van langverblijfvoorzieningen is volgens de onderzoekers te weinig divers en flexibel, waardoor sommige tbs-patiënten niet op het juiste beveiligingsniveau zorg ontvangen of onvoldoende uitstroomperspectief hebben. De groei van de vraag naar verschillende langverblijfvoorzieningen vraagt om uitbreiding op alle beveiligingsniveaus en eventueel ook gericht op verschillende diagnostische doelgroepen. De onderzoekers constateren verschillende knelpunten op het gebied van capaciteit, instroom, uitstroom en algemeen beleid en doen daartoe een aantal aanbevelingen.

Ten eerste is er een tekort aan langverblijf-capaciteit. Er is behoefte aan meer plekken, zowel behandel(luwe)/perspectief afdelingen als verblijfsafdelingen op alle beveiligingsniveaus. De onderzoekers adviseren daarom een kleurenwaaier aan voorzieningen voor de (lang)verblijf-doelgroep te creëren. Ook voor de uitstroom uit de LFPZ en longcare is het van belang dat er voldoende (forensische) vervolgvoorzieningen zijn op alle beveiligingsniveaus.

Door het tekort aan langverblijf plekken ontstaan er lange wachtlijsten. De wachtlijstproblematiek zorgt op haar beurt weer voor een zorginhoudelijk en een rechtspositioneel knelpunt. Het zorginhoudelijke knelpunt betreft de vraag hoe moet worden omgegaan met patiënten die in de behandelkliniek wachten op een langverblijfplek. Voor hen stopt immers meestal de gewone behandeling en verminderen de verlofmogelijkheden. Dit kan leiden tot probleemgedrag en kan de dynamiek op een reguliere afdeling aantasten. De onderzoekers geven daarom in overweging om LFPZ-wachtenden samen te plaatsen. Daarnaast leiden de wachtlijsten tot een rechtspositioneel knelpunt. Volgens de onderzoekers is er geen beroep mogelijk tegen de LFPZ status, alleen tegen de plaatsing. Dit betekent dat een tbs-gestelde gedurende de wachttijd niet in beroep kan gaan tegen de LFPZ-status, terwijl dit wel al gevolgen zou hebben voor bijvoorbeeld verlof. De onderzoekers doen daarom de aanbeveling om een beroepsmogelijkheid te creëren tegen de LFPZ-status.

Ten aanzien van de instroom en het algemeen verblijf constateren de onderzoekers het volgende. Het gebrek aan een formele plaatsingsprocedure en instroomcriteria bij longcare voorzieningen, leidt bij behandelklinieken tot onzekerheden of een patiënt kan doorstromen naar een longcare voorziening. Ook roept het een gevoel van willekeur op. Daarnaast geven de onderzoekers aan dat een sterkere formelere rechtspositie en een hogere kwaliteit van leven wordt gemist bij longcare voorzieningen met weinig perspectief op uitstroom. Tot slot wordt de LFPZ verlofregeling als ingewikkeld en te strikt ervaren. Met betrekking tot de uitstroom wordt door de onderzoekers nog aangegeven dat het feit dat de longcare een lagere kwaliteit van leven dan LFPZ kent, een belemmering kan vormen voor instemming met uitstroom uit de LFPZ naar longcare. Gelet op het bovenstaande geven de onderzoekers in overweging om het beleid rond langverblijf niet langer te koppelen aan het onderscheid LFPZ versus longcare, maar aan het onderscheid behandeling/perspectief versus verblijf. Op basis van dit

onderscheid zou een nieuw beleidskader geschreven moeten worden voor verblijfsvoorzieningen.

Beleidsreactie

Ik ben de onderzoekers erkentelijk voor het onderzoek en de verhelderende inzichten die dit heeft opgeleverd in het functioneren van het stelsel van langverblijf in de tbs. Ik onderschrijf het belang van voldoende capaciteit, ook voor langverblijf. Het hebben van voldoende langverblijfcapaciteit op verschillende beveiligingsniveaus kan de doorstroom uit de LFPZ en binnen de gehele tbs bevorderen. Het is echter belangrijk om het vraagstuk van voldoende langverblijfcapaciteit te bezien in het bredere vraagstuk naar voldoende capaciteit in de forensische zorg. Het uitbreiden van capaciteit voor langverblijf kan immers een verdringingseffect met zich mee brengen voor andere (forensische) patiëntengroepen, waar de capaciteit ook hard nodig is. Het optimaliseren van het huidige stelsel van langverblijfsvoorzieningen maakt daarom onderdeel uit van de vervolgfase van het programma 'door- en uitstroom' van DJI, waarin voor de gehele tbs naar het bevorderen van de door- en uitstroom in de FZ wordt gekeken. Het onderzoeken van de wenselijkheid van een nieuw onderscheid en een nieuw beleidskader wordt hier ook in meegenomen. Ik kom hier in een volgende voortgangsbrief op terug.

Ten aanzien van de aanbeveling over het creëren van een beroepsmogelijkheid tegen de LFPZ-status wil ik het volgende opmerken. Er staat beroep open bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming tegen een plaatsingsbesluit voor plaatsing in een LFPZ-voorziening. Mede ingegeven door de lange wachttijden waardoor plaatsing lang kan duren, is het moment waarop het plaatsingsbesluit wordt afgegeven naar voren gehaald. Tegenwoordig wordt het plaatsingsbesluit afgegeven (direct) nadat de LAP positief heeft geadviseerd op een aanvraag tot plaatsing in een LFPZ of een herbeoordeling. Hierdoor kan de betrokkene direct in beroep gaan tegen de beslissing en hoeft niet te worden gewacht tot het moment van daadwerkelijke plaatsing. Daarmee is er geen noodzaak meer de aanbeveling van het rapport op dit punt op te volgen.

Daarnaast kan ik mededelen dat de LAP samen met LFPZ voorziening van FPC Pompestichting in Zeeland een handreiking gaat opstellen over hoe om te gaan met LFPZ-wachtenden in klinieken. Keuzes ten aanzien van de samenplaatsing van bepaalde groepen tbs-gestelden op bepaalde afdelingen kunnen het beste worden gemaakt door de klinieken zelf, die immers het beste zicht hebben op de personen om wie het gaat. Ik ben daarom niet voornemens om beleid in te voeren dat bepaalt dat LFPZ-wachtenden verplicht samen geplaatst moeten worden. Uiteraard staat het de klinieken vrij om dit binnen de eigen kliniek naar eigen inzicht wel te doen.

Tot slot vind ik het belangrijk om te benoemen dat voor een goed werkend langverblijfstelsel en een goede doorstroom er ook een goede aansluiting met de reguliere zorg moet zijn en dat daar voldoende passende vervolgvoorzieningen moeten zijn. Samen met het ministerie van VWS tref ik verschillende maatregelen

Datum

20 maart 2026

Onze referentie

-

om de aansluiting tussen de reguliere zorg en de forensische zorg te verbeteren.
Op 15 december jl. is uw Kamer geïnformeerd over de voortgang hiervan.

**Directoraat-Generaal
Straffen en Beschermen**
Directie Sanctie- en
Slachtofferbeleid
For. zorg en verwarden

Datum
20 maart 2026

Onze referentie
-