

Evaluatie beleidskader Longstay

Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets

Significant B.V.

Thorbeckelaan 91

3771 ED Barneveld

T 0342 40 52 40

KvK 39081506

info@significant.nl

www.significant.nl

Barneveld, 21 mei 2013

Referentie: JR/bv/12.217

Versie: Definitief

Auteur(s): Jan Reitsma, Annemarijn Walberg, Wouter Jongebreur en Andra Schrama

S I G N I F I C A N T

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	7
Achtergrond en doelstelling	7
Introductie van beleidskader en Verlofregeling	9
Differentiatie naar zorg en beveiliging	9
Aanvraag longstay-status en plaatsing	10
Herbeoordeling	11
Verlof	12
Beëindiging longstay en uitstroom	13
Conclusie	13
Summary	15
Background and Objective	15
Introduction of the policy framework and Leave Rules	17
Differentiation according to the levels of care and security	17
Requests for long-stay status and placement	18
Reviews	19
Leave	20
Termination of long-stay status and outflow	20
Conclusion	21
1. Inleiding	23
1.1 De oprichting van de longstay-voorziening	23
1.2 Een procesevaluatie van het nieuwe beleidskader en de nieuwe Verlofregeling	25
1.3 Onderzoeksvragen	26
1.4 Methoden	29
1.5 Leeswijzer	31
2. Het beleidskader en de Verlofregeling	33
2.1 Een nieuw beleidskader: wijzigingen met ingang van 2009	33
2.2 Een nieuwe Verlofregeling: wijzigingen per 27 mei 2012	37
2.3 Implementatie van het beleidskader	39
3. Interne differentiatie	43
3.1 Differentiatie binnen de longstay-voorziening volgens het beleidskader	43
3.2 Differentiatie binnen de longstay-voorziening in de praktijk	43
3.3 Discrepantie tussen longstay-status en plaatsing in longstay-voorziening	48
3.4 Deelconclusie interne differentiatie	49

4.	Van aanvraag longstay-status tot plaatsing	51
4.1	Aanvraag longstay-status	51
4.2	Plaatsing en instroom longstay	58
4.3	Beroep tegen toekenning van longstay-status	59
4.4	Deelconclusies aanvraag longstay-status tot plaatsing	62
5.	Driejaarlijkse herbeoordeling	63
5.1	Procedure van de herbeoordeling volgens het beleidskader	63
5.2	Uitvoering van de herbeoordeling in de praktijk	65
5.3	Beroep tegen voortzetting longstay	74
5.4	Deelconclusies driejaarlijkse herbeoordeling	75
6.	Verlof	77
6.1	Verlof volgens beleidskader en Verlofregeling	77
6.2	Uitvoering van de Verlofregeling	78
6.3	Toekenning van verlofmachtiging	79
6.4	Gevolgen van de Verlofregeling	80
6.5	Deelconclusies	81
7.	Beëindiging longstay en uitstroom	83
7.1	Aanvraag beëindiging longstay-status	83
7.2	Opheffing longstay-status na herbeoordeling	84
7.3	Uitstroom	85
7.4	Deelconclusies	88
8.	Conclusies	91
8.1	Verbetering van de rechtspositie	91
8.2	Differentiatie in beveiligingsniveau en zorgniveau	92
8.3	Verlofregeling	92
8.4	Algemene conclusie	93
A.	Geraadpleegde documenten	95
B.	Interviews en expertbijeenkomst	97
C.	Processchema aanvraag en herbeoordeling longstay	99
D.	Overzicht dossierstudie	103
E.	Lijst met afkortingen	105

Voorwoord

01 In juni 2009 is het nieuwe beleidskader Longstay Forensische Zorg van kracht geworden. Vanaf 27 mei 2012 is eveneens de Verlofregeling voor tbs-gestelden gewijzigd, met specifieke consequenties voor personen met een longstay-status. Vanaf september 2012 tot en met april 2013 is door Significant een procesevaluatie uitgevoerd van de implementatie van het beleidskader en de Verlofregeling. Het onderzoek vond plaats in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

02 Met veel genoegen hebben we aan dit onderzoek gewerkt. Dit onderzoek was echter niet mogelijk geweest zonder de medewerking van velen betrokkenen. In dit voorwoord willen we hen graag bedanken.

03 De begeleidingscommissie was voor dit onderzoek van grote waarde. We danken de leden hartelijk voor hun deskundige bijdrage aan dit onderzoek en de plezierige samenwerking. De begeleidingscommissie bestond uit:

1. De heer prof. mr. P.C. Vegter (Radboud Universiteit Nijmegen, bijzonder hoogleraar penitentiair recht, voorzitter);
2. De heer mr. A.G. van Bergen (Ministerie van Veiligheid en Justitie - Directie Sanctie- en Preventiebeleid, beleidsmedewerker);
3. De heer dr. E. Bulten (Pompestichting, Hoofd Diagnostiek, Onderzoek & Opleiding);
4. Mevrouw drs. E.M.H. van Dijk (Ministerie van Veiligheid en Justitie, WODC, projectbegeleider);
5. Mevrouw mr. drs. E. Havinga (Dienst Justitiële Inrichtingen - Directie Forensische Zorg, coördinator plaatsing);
6. De heer prof. dr. B.C.M. Raes (Rijksuniversiteit Groningen, emeritus hoogleraar forensische psychiatrie).

04 De afdeling Plaatsing en de Verlofunit van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) willen wij in het bijzonder bedanken voor het beschikbaar stellen van hun registraties, het verschaffen van toegang tot de dossiers en het beantwoorden van onze vele vragen. Deze informatie vormde voor ons een belangrijke basis voor de evaluatie.

05 De vele mensen die wij hebben mogen interviewen, hebben door hun openhartige antwoorden dieper inzicht gegeven in de implementatie van het beleidskader en de Verlofregeling. De deelnemers aan de expertbijeenkomst hebben in een open sfeer een kritische discussie gevoerd. Alle deelnemers aan de interviews en de expertbijeenkomst willen wij dan ook hartelijk danken voor hun bijdrage.

06 Wij hopen van harte dat de resultaten van het onderzoek aanknopingspunten bieden voor het beleid met betrekking tot langdurige forensische zorg.

Namens het onderzoeksteam,
Jan Reitsma, projectleider

S I G N I F I C A N T

Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

07 Binnen het Nederlandse strafrecht heeft de terbeschikkingstelling (hierna: tbs) een bijzondere positie. Binnen een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) krijgt de terbeschikkinggestelde (hierna: tbs-gestelde) een behandeling voor zijn stoornis, gericht op terugkeer in de maatschappij. Bij een kleine groep tbs-gestelden lukt het niet, ondanks langdurige behandeling, om het recidiverisico terug te brengen naar een aanvaardbaar niveau. Gegeven de huidige stand van de wetenschap en praktijk wordt bij deze patiënten geen reëel behandelperspectief meer aanwezig geacht. In 1999 is voor deze groep de eerste voorziening voor longstay forensische zorg gecreëerd binnen FPC Veldzicht. Later worden ook binnen de Pompestichting longstay-voorzieningen opgericht binnen de locaties in Zeeland en Vught. In de Utrechtse Van der Hoeven Kliniek worden in de periode van 2009 tot en met 2013 eveneens tbs-gestelden met de longstay-status opgenomen. Samen hebben zij in 2009 een capaciteit van 182 bedden ('Forensische zorg in getal, 2006-2010', DJI).

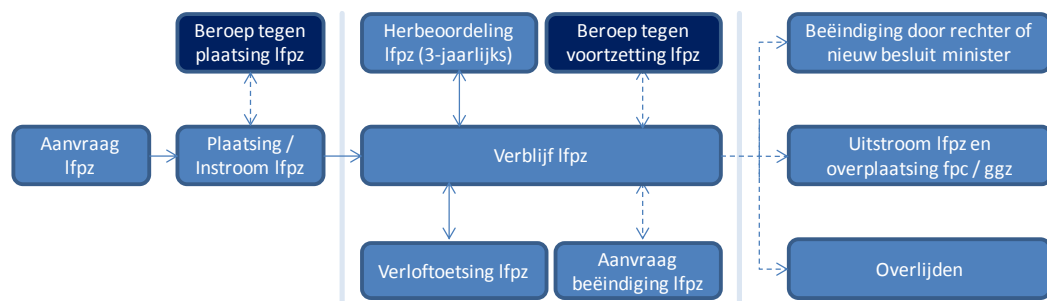
08 Kenmerkend voor het verblijf in een longstay-voorziening is dat hier binnen een beveiligde omgeving langdurig psychische en medische zorg wordt geboden zonder dat behandeling van de stoornis plaatsvindt gericht op terugkeer in de maatschappij als doel. Omdat resocialisatie geen doel is, wordt verlop alleen toegekend vanuit humanitair oogpunt. Omdat er voor tbs-gestelden met een longstay-status op korte termijn geen zicht is op terugkeer in de maatschappij en zodoende perspectief ontbreekt, is het verblijf in de longstay-voorziening gericht op het bieden van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Binnen de beperkte mogelijkheden wordt hiermee perspectief op ontwikkeling geboden.

09 Het bestaan van de longstay-voorziening en dat van de longstay-status zijn vastgelegd in een beleidskader. Het eerste beleidskader Longstay Forensische Zorg wordt op 23 augustus 2005 aan de Tweede Kamer aangeboden. In dit kader is verwoord welke instroomcriteria gelden voor de longstay-afdelingen binnen FPC's en hoe het proces van instroom, plaatsing, voortzetting en beëindiging van het verblijf op de longstay is vormgegeven, inclusief taak- en rolverdeling van de betrokken partijen.

10 In 2009 treedt een nieuw Beleidskader Longstay Forensische Zorg in werking. De belangrijkste veranderingen ten opzichte van het beleidskader uit 2005 zijn:

1. De versterking van de rechtspositie van de tbs-gestelde met longstay-status door het concreet vormgeven van de driejaarlijkse toetsing van de longstay-status en de beroepsmogelijkheid tegen het daaruitvolgende plaatsingsbesluit (voortzetting). In dit kader is ook de Landelijke adviescommissie plaatsing (hierna: LAP) als adviesgevend orgaan geformaliseerd met de toevoeging van een jurist als voorzitter;
2. De invoering van een (interne) differentiatie in de indicatiestelling naar zorg- en beveiligingsniveau in de categorieën 'laag', 'midden' en 'hoog'.

- 11 Op 27 mei 2012 wordt de Verlofregeling tbs aangepast. Daarin worden de mogelijkheden voor verlof gekoppeld aan de in het beleidskader gehanteerde differentiatie naar beveiligingsniveau. Tbs-gestelden met een longstay-status mogen volgens de nieuwe Verlofregeling alleen nog met begeleid verlof wanneer er sprake is van een laag beveiligingsniveau. Wanneer sprake is van een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau komt men niet meer in aanmerking voor verlof.
- 12 De doelstelling van dit evaluatieonderzoek is als volgt:
1. Het inzichtelijk maken in welke mate het Beleidskader Longstay Forensische Zorg uit 2009 in de praktijk wordt uitgevoerd zoals beoogd, én het detecteren van knelpunten en/of onvoorziene neveneffecten. Hierbij richten wij ons specifiek op:
 - a. De gewijzigde procedure met betrekking tot voortzetting en beëindiging van de longstay (met periodieke toetsing (herbeoordeling) van de noodzaak tot het verblijf in een longstay-voorziening) met bijbehorende beroepsmogelijkheid tegen de voortzetting. Hiermee wordt beoogd de rechtspositie van de tbs'ers in de longstay te verbeteren;
 - b. De procedure met betrekking tot differentiatie naar zorg- en beveiligingsniveau.
 2. Het inzichtelijk maken van de mate waarin de praktijk uitvoering geeft aan de wijziging in het verlofbeleid voor tbs'ers in de longstay en welke effecten en neveneffecten deze regeling met zich meebrengt in termen van indicatiestelling en weerstand tegen aanvragen voor plaatsing op een longstay-afdeling;
 3. Het verschaffen van inzicht in de (voorlopige) resultaten van de uitvoeringspraktijk op basis van het Beleidskader Longstay Forensische Zorg uit 2009. Deze resultaten zijn gericht op de vraag of aan de behoeften aan beveiliging en zorg van verschillende subpopulaties binnen de longstay wordt voldaan.
- 13 Met een procesevaluatie wordt het proces van de implementatie van dit beleid onderzocht. Centraal staat de vraag hoe het beleid wordt uitgevoerd, of dit volgens plan gebeurt en welke knelpunten zich daarbij voordoen. Een procesevaluatie is niet primair bedoeld om uitspraken te doen over de effectiviteit van het beleid. Met deze procesevaluatie wordt inzicht geboden in de wijze waarop het beleidskader en de Verlofregeling in de praktijk worden uitgevoerd. Hierbij volgt het onderzoek de stappen in het proces rond de longstay (zie figuur 1).



Figuur 1: Schematische weergave van processen rond langdurige forensisch psychiatrische zorg

- 14 De evaluatie is vormgegeven door middel van:
- a. Een beperkte documentstudie;
 - b. Interviews (in totaal 16) met vertegenwoordigers van: afdeling Plaatsing van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), FPC's met een longstay-afdeling, FPC's met behandelafdelingen, Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie (NIFP), LAP, Adviescollege Verloftoetsing (AVt), Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) en twee advocaten ;
 - c. Een expertbijeenkomst met vertegenwoordigers van DJI, FPC's, NIFP, LAP, AVt en de RSJ;
 - d. Een observatie van een vergadering van het Adviescollege Verloftoetsing;
 - e. Bestudering van dossiers en informatie bij DJI.

Introductie van beleidskader en Verlofregeling

15 De introductie van een driejaarlijkse herbeoordeling van de longstay-status en het toevoegen van een jurist aan de LAP is volgens de meeste geïnterviewden positief ontvangen. De rechtspositie van de tbs-gestelde is verbeterd doordat er een toetsmoment is geïntroduceerd. Kritiek is er echter op de voorgestelde differentiatie naar zorgniveau en beveiligingsniveau in termen van categorieën laag, midden en hoog. De begrippen zorgniveau en beveiligingsniveau zijn niet voorzien van een praktische uitwerking of indicatie-instrument. Daarnaast is het aantal tbs-gestelden met longstay-status volgens de geïnterviewden te beperkt voor een gedetailleerde differentiatie.

16 Op de nieuwe Verlofregeling is kritiek van zowel principiële als praktische aard. Het principiële bezwaar is dat de versoering van de verlofmogelijkheden strijdig is met een humane tenuitvoerlegging van de tbs-regeling en het uitgangspunt dat tbs-gestelden uitzicht moeten blijven houden op terugkeer in de maatschappij. Een praktisch bezwaar is dat op het moment van invoering nog niet voor alle tbs-gestelden een beveiligingsniveau is vastgesteld. Tot dan toe had het beveiligingsniveau betrekking op de interne beveiliging in de kliniek, maar met de Verlofregeling zijn daaraan externe consequenties verbonden met betrekking tot verlof.

Differentiatie naar zorg en beveiliging

17 Het beleidskader treedt formeel per 1 juni 2009 in werking. Op dat moment is er echter nog geen sprake van implementatie en is de praktische invulling van de begrippen zorgniveau en beveiligingsniveau onduidelijk. Het ministerie is in 2009 van mening dat de inhoudelijke invulling van de begrippen aan de gedragsdeskundigen is, terwijl de gedragsdeskundigen verwachten dat het ministerie de begrippen verheldert. Inmiddels (begin 2013) hebben klinieken, NIFP en de LAP enigszins overeenstemming bereikt over de wijze waarop de begrippen zorg- en beveiligingsniveau moeten worden gebruikt, maar ontbreekt het formeel nog steeds aan een eenduidige definitie en operationalisering.

18 De in het beleidskader beoogde differentie naar zorgniveau en beveiligingsniveau in termen van hoog, midden en laag wordt door vertegenwoordigers van de klinieken onwenselijk geacht omdat het onvoldoende ruimte biedt voor een indeling, waarbij meer factoren een rol spelen. Differentiatie vindt plaats zoals dat ook voor invoering van het beleidskader al de praktijk was. Er is sprake van differentiatie tussen klinieken en tussen afdelingen binnen klinieken in de zin dat ze van elkaar verschillen in 'behandelklimaat'. De meest beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden worden in de Pompekliniek te Vught geplaatst, die binnen de muren van een groot penitentiair complex met gevangenen en huizen van bewaring is gevestigd. Binnen de klinieken zijn onderscheiden afdelingen waarbij zorg en beveiliging meer en minder intensief is. Bij de differentiatie wordt ook gekeken naar de aard van de problematiek, zoals begeleidbaarheid, zelfstandigheid, risicovol gedrag, drugsgebruik, pathologie (waaronder psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen), kwetsbaarheid, behoefte aan structuur en contact met medepatiënten. Binnen de beperkte omvang van de longstay-populatie wordt daarnaast gestreefd naar een afgewogen groepssamenstelling.

19 Door de tijd verandert de invulling die aan het begrip beveiligingsniveau wordt gegeven. Aanvankelijk wordt het opgevat als het (interne) beveiligingsniveau van de kliniek dat in geval van tbs-klinieken altijd zeer hoog is. Tot medio 2010 wordt het beveiligingsniveau zodoende uitsluitend opgevat als de mate van beveiliging die de tbs-gestelde *binnen de kliniek* nodig heeft. In aanloop naar de nieuwe Verlofregeling waarin aan het beveiligingsniveau consequenties voor dat verlof worden verbonden krijgt het beveiligingsniveau (ook) de betekenis van het benodigde niveau van beveiliging *gedurende het verlof* (extern beveiligingsniveau).

Aanvraag longstay-status en plaatsing

20 Het aantal aanvragen voor de longstay-status is de afgelopen jaren gedaald van totaal 98 in de jaren 2007 en 2008 naar totaal 25 in de jaren 2011 en 2012. Dit komt volgens betrokkenen door een samenspel van factoren. Kliniek, tbs-gestelde en advocaat proberen waar mogelijk een oplossing te vinden buiten de longstay-voorziening. De versoering van de verlof mogelijkheden bij een longstay-status heeft dit versterkt. Daarnaast is de instroom en bezetting in de tbs gedaald, waardoor er voor klinieken minder prikkel is om de longstay-status aan te vragen. Bovendien zijn met het vullen van de longstay-voorzieningen inmiddels de potentiële kandidaten voor een longstay-status uit de tbs-populatie gehaald.

21 De belangrijkste reden om de longstay-status aan te vragen is het vastlopen van de behandeling. Aanvragende klinieken dienen een zorgniveau en beveiligingsniveau te adviseren in termen van laag/midden/hoog. Zij doen dit in de vorm van een omschrijving, maar bij gebrek aan operationalisering in de meeste gevallen niet in de genoemde categorieën.

22 Het NIFP geeft over het algemeen een omschrijving van het advies over zorgniveau en beveiligingsniveau. Het LAP kiest eenzelfde aanpak voor wat betreft het zorgniveau. Met betrekking tot het beveiligingsniveau geeft de LAP wel een advies in termen van 'hoog', 'midden' of 'laag', met name sinds de invoering van de nieuwe Verlofregeling. De adviezen van het NIFP en de LAP over toekenning van de longstay-status stemmen in de regel overeen.

Wanneer de aangevraagde longstay-status niet wordt toegekend is de belangrijkste reden daarvoor dat de LAP nog behandelmogelijkheden ziet.

23 In de periode van 2008 tot en met 2012 hebben 77 tbs-gestelden een longstay-status gekregen. De omvang van de toekenning van de longstay-status is de afgelopen jaren echter gedaald van 31 in 2009 naar 3 in 2012. De minister volgt hierbij in de regel het advies van de LAP. Tegen het advies van de LAP heeft de minister aan ongewenst verklaarde vreemdelingen een longstay-status toegekend. De minister maakt bij de plaatsing van tbs-gestelden geen gebruik van het geadviseerde zorgniveau. Het beveiligingsniveau wordt door de minister sinds eind 2012 vastgesteld.

24 Tegen de plaatsingsbeslissing staat beroep open bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Bij ongeveer twee op de vijf plaatsingsbeslissingen wordt beroep aangetekend. De belangrijkste reden voor beroep is dat de behandelmogelijkheden nog niet uitputtend zijn benut. Van de beroepen tegen plaatsing wordt ongeveer 35 procent gegrond verklaard door de RSJ met als meest genoemde reden dat de klacht onvoldoende is weerlegd. Hoewel het aantal ingestelde beroepen na invoering van beleidskader gering is (11), lijkt het erop dat het aantal gegrond verklaarde beroepen sinds de invoering van het beleidskader verhoudingsgewijs is gedaald.

Herbeoordeling

25 De afdeling Plaatsing van de directie Forensische zorg van DJI houdt een registratie bij waarin voor iedere tbs-gestelde met longstay-status wordt bijgehouden wanneer de herbeoordeling moet plaatsvinden. Medio 2010 zijn de eerste herbeoordelingen gestart. In januari 2013 zijn voor de 120 tbs-gestelden die langer dan drie jaar de longstay-status hebben alle herbeoordelingen gestart, en voor het grootste deel afgerond (88%) of in een vergevorderd stadium (11%). De herbeoordelingen hebben geleid tot een substantiële uitstroom uit de longstay. Begin 2013 zijn in totaal 158 herbeoordelingen afgerond, waarbij in 43 gevallen (27%) door de minister is besloten de longstay-status te beëindigen. In totaal is voor 20 van de 115 besluiten (17%) tot voortzetting van de longstay-status beroep aangetekend bij de RSJ. Geen van deze beroepen is echter gegrond verklaard.

26 Bij de start van de herbeoordelingen wordt het beveiligingsniveau anders dan het kader voorschrijft niet structureel vastgesteld in termen van laag, midden of hoog. Na invoering van de Verlofregeling wordt door de minister vrijwel altijd een beveiligingsniveau vastgesteld bij het handhaven van de longstay-status. Vaststelling van het zorgniveau is niet structureel geïmplementeerd.

27 De adviezen van de LAP met betrekking tot de longstay-status stemmen over het algemeen overeen met die van de NIFP-rapporteurs (90%) en de kliniek (74%). De LAP adviseert echter vaker dan de kliniek opheffing van de longstay-status. Het advies van de LAP met betrekking tot het beveiligingsniveau komt in ongeveer de helft van de bekende gevallen overeen met het advies van de kliniek en de NIFP-rapporteurs. De LAP adviseert vaker dan de kliniek en de NIFP-rapporteurs een laag beveiligingsniveau.

28 Van de personen die medio januari 2013 een longstay-status hebben (N = 141) is voor 55% een beveiligingsniveau bekend in termen van 'laag' (38%), 'midden' (8,5%) of 'hoog' (8,5%). Met het oog op verlof zijn klinieken medio 2012 verzocht om een beveiligingsniveau te adviseren. Klinieken hebben voorrang gegeven aan het vaststellen van het beveiligingsniveau voor personen waarvoor verlofmogelijkheden bestaan.

29 De door DJI beoogde doorlooptijd van de herbeoordeling van aanvraag van advies bij de kliniek tot het besluit van de LAP van 6 maanden wordt in 28% van de gevallen gerealiseerd. De mediane doorlooptijd is 8,6 maanden. Met name de kliniek en de NIFP-rapporteurs hebben meer tijd nodig voor hun advies. Daarnaast is een extra stap in het proces ingevoegd waarin de kliniek een reactie geeft op de rapportage van de NIFP-rapporteurs.

Verlof

30 Met de invoering van de gewijzigde Verlofregeling op 27 mei 2012 mogen tbs-gestelden met een longstay-status alleen nog met begeleid verlof wanneer er een laag beveiligingsniveau is vastgesteld. Bij een verlofaanvraag wordt sindsdien door de Verlofunit gecontroleerd of het beveiligingsniveau bekend is. Verlofaanvragen zonder laag beveiligingsniveau worden niet meer in behandeling genomen. Al afgegeven verlofmachtigingen hebben hun geldigheid behouden. In aanloop naar de wijziging van de Verlofregeling zijn alleen dubbel begeleide verlopen toegestaan. Voor het AVt heeft de wijziging geen praktische consequenties voor de advisering.

31 Van de tbs-gestelden die medio januari 2013 een longstay-status hebben (N = 141), had 38% voor invoering van de MD-rapportage Verlofregeling een machtiging voor (begeleid) verlof. Voor de meeste van deze tbs-gestelden is het vastgestelde lage beveiligingsniveau geen belemmering voor een nieuwe verlofmachtiging. Er zijn twee personen (4%) bekend die voorheen met verlof gingen, maar waarvoor inmiddels een midden of hoog beveiligingsniveau vastgesteld, waardoor de mogelijkheid van verlof is vervallen.

32 In de overgang naar de nieuwe Verlofregeling konden sommige tbs-gestelden volgens de klinieken tijdelijk niet met (begeleid) verlof. Dit kwam enerzijds doordat er te weinig capaciteit was om de dubbele begeleiding te realiseren die was vereist voor lopende machtigingen zonder vastgesteld beveiligingsniveau. Anderzijds kon er geen nieuwe verlofmachtiging worden aangevraagd zolang er nog geen beveiligingsniveau was vastgesteld. De behandelcoördinatoren zijn van mening dat dit grote impact heeft en heeft gehad op de psychische gesteldheid van de betreffende tbs-gestelden en hun kwaliteit van leven.

Beëindiging longstay en uitstroom

33 Vanaf 2008 tot medio 2011 zijn 25 aanvragen door klinieken voor beëindiging van de longstay-status bekend. In ongeveer de helft van deze aanvragen is de longstay-status na advies van de LAP opgeheven. Veel aanvragen tot opheffing zijn afkomstig van de Van der Hoeven Kliniek en zijn gericht op plaatsing van de cliënten in hun afdeling De Voorde met het oog op de opheffing van de longstay-voorziening van deze kliniek. De belangrijkste reden waarom een aanvraag voor beëindiging van de longstay-status wordt afgewezen is dat de LAP niet akkoord gaat met het voorstel tot plaatsing in De Voorde.

34 In totaal is van 74 personen in de periode van augustus 2010 tot en met 2012 de longstay-status beëindigd. De verdeling naar reden van beëindiging is als volgt:

1. Beëindiging longstay-status na herbeoordeling (43 keer);
2. Beëindiging longstay-status na aanvraag opheffing (13 keer);
3. Tbs-gestelde is overleden (9 keer);
4. Andere redenen zoals beslissing RSJ, voorwaardelijke beëindiging van de verpleging of einde tbs (9 keer).

35 Voor het NIFP en de LAP is onvoldoende duidelijk welke concrete uitstroombmogelijkheden er zijn. Zij adviseren daarom meestal geen specifieke instelling, maar omschrijven welk type instelling gewenst is. Wordt een FPC geadviseerd, dan zoekt de afdeling Plaatsing van DJI naar een geschikte behandelplek. Dit proces neemt over het algemeen ruim twee maanden in beslag. Bij uitstroom naar een ggz-instelling is de kliniek verantwoordelijk voor de plaatsing. Het vinden van een plek in de ggz verloopt volgens de klinieken moeizaam, aangezien ggz-instellingen regelmatig tbs-gestelden weigeren.

36 Ten aanzien van 'longcare' als uitstroombvoorziening voor tbs-gestelden is nog onvoldoende bekend wat het aanbod inhoudt en om welke afdelingen of klinieken het gaat. Wanneer minder beveiliging nodig is zou een 'longcare' voorziening geschikt zijn.

Conclusie

37 De rechtspositie van de tbs-gestelden met longstay-status is verbeterd door invoering van het beleidskader. De herbeoordeling biedt een toets op de voortzetting van de longstay-status. De tbs-gestelden die langer dan drie jaar de longstay-status hebben zijn grotendeels herbeoordeeld. Een kwart van de uitgevoerde herbeoordelingen heeft geleid tot beëindiging van de longstay-status. De rol van de LAP is formeel vastgelegd. De samenstelling van de LAP is uitgebreid met twee raads-heren in de functie van voorzitter en vicevoorzitter.

38 De differentiatie in zorgniveau en beveiligingsniveau heeft tot spraakverwarring geleid en correspondeert niet met de praktijk waarin voor een kleine populatie op basis van diverse factoren differentiatie plaatsvindt. Voor deze interne differentiatie is een formeel onderscheid in zorgniveau en beveiligingsniveau in termen van hoog, midden en laag niet functioneel.

39 De gewijzigde Verlofregeling wordt uitgevoerd zoals beoogd. Alleen wanneer zij een laag beveiligingsniveau hebben mogen tbs-gestelden met longstay-status met (begeleid) verlof. Voor de meeste tbs-gestelden is de mogelijkheid tot verlof hierdoor niet structureel veranderd. Doordat bij de wijziging op 27 mei 2012 nog niet voor alle tbs-gestelden met longstay-status een beveiligingsniveau was vastgesteld, leverde dit voor de betreffende personen wel tijdelijk beperkingen in de verlofmogelijkheden op.

Summary

Background and Objective

40 Detention under a hospital order (hereinafter referred to by the Dutch abbreviation of 'TBS') occupies a special place in Dutch criminal law. Individuals placed under a hospital order (hereinafter referred to as 'TBS patients') are given treatment for their disorder in a Forensic Psychiatric Centre (FPC) with the aim of enabling them to return to society. However, there is a small group of TBS patients for whom it is not possible to reduce the risk of repeat offences to an acceptable level, despite lengthy treatment. Given the current state of knowledge in science and psychiatric practice, there is deemed to be no realistic prospect of being able to treat these patients. In 1999, the first long-stay forensic care facility was created for this group within the Veldzicht FPC. Later, the Pompestichting, a foundation for forensic psychiatry, also set up long-stay facilities at its sites in Zeeland and Vught. The Van der Hoeven Kliniek in Utrecht also took on TBS patients with a long-stay status in the period from 2009 through to 2013. Together, these facilities had a capacity of 182 beds in 2009 (*Forensische zorg in getal, 2006-2010* [Forensic care in numbers, 2006-2010], Custodial Institutions Agency).

41 The key feature of a stay in a long-stay facility is that long-term psychological and medical care is offered without the treatment of the disorder being geared to a return to society. As resocialisation is not an aim, leave is only granted for humanitarian reasons. The focus in a long-stay facility is on maximising the quality of life for the patients with a long-stay status, given that they have no chance of a return to society in the short term and therefore no prospects outside the facility. Within the limited range of options, they are offered a chance to develop.

42 The provision of long-stay facilities and the long-stay status have been established in a policy framework. The first Long-Stay Forensic Care policy framework was submitted to the Lower House of the Dutch Parliament on 23 August 2005. This framework specified the intake criteria for the long-stay departments in the FPCs. It also described the process for the intake, placement, continuation and termination of a stay in a long-stay facility, including the allocation of tasks and roles to the various parties involved.

43 A new Long-Stay Forensic Care policy framework came into effect in 2009. The key changes compared with the 2005 policy framework were:

1. A bolstering of the legal position of TBS patients with a long-stay status through the detailed implementation of a three-yearly review of their long-stay status and the option to appeal against the ensuing placement decision (decision to continue the status). This also involved the formal recognition of the National Placement Advisory Commission (hereinafter referred to by its Dutch abbreviation of 'LAP') as the advisory body with the addition of a lawyer as the chairperson.
2. The introduction of an internal differentiation in the needs assessment with three categories (low, medium and high) for the level of care and security needed.

SIGNIFICANT

44 The TBS Leave Rules were amended on 27 May 2012, with the opportunity for leave now being linked to the security level categories as formulated in the policy framework. The new Leave Rules stipulate that TBS patients may only go on escorted leave if the security level is 'low'. Patients no longer qualify for leave if the security level is 'medium' or 'high'.

45 The objectives of this evaluation study are as follows:

1. To show the extent to which the 2009 Long-stay Forensic Care policy framework is being implemented as intended, as well as identifying problems and/or unforeseen side effects. In doing this, we are focusing in particular on:
 - a. The changed the procedures for continuing and terminating the long-stay status (with regular checks, or reviews, of the need to be kept in a long-stay facility) and the associated option to appeal against continuation. The intention of these changes was to improve the legal position of long-stay TBS patients.
 - b. The procedure for differentiating between patients according to the level of care and security.
2. To show the extent to which the changes in the leave rules for long-stay TBS patients are implemented in practice and the effects and side effects of these rules in terms of the needs assessment and reluctance to request a placement in a long-stay ward.
3. To provide information on the results (so far) of the implementation of the 2009 Long-Stay Forensic Care policy framework. These results concern the question of whether the requirements for security and care of the various subgroups within the long-stay population are being met.

46 A process evaluation was used to investigate how this policy was implemented. The central issue was how the policy is being implemented, whether this is as planned and what problems have been encountered. A process evaluation is not primarily aimed at making statements about a policy's effectiveness. This process evaluation shows how the policy framework and Leave Rules are being applied in practice. The study follows the steps in the long-stay process (see Figure 1).



LFPC = long-term forensic psychiatric care

Figuur 1: Diagram showing the processes in long-stay forensic psychiatric care

- 47 The evaluation took the form of:
- a. A limited study of documentation;
 - b. A total of 16 interviews with individuals representing the Placement department of the Custodial Institutions Agency, FPCs with a long-stay ward, FPCs with treatment wards, the Netherlands Institute of Forensic Psychiatry and Psychology (NIFP), the LAP, the TBS Leave Assessment Advisory Board and the Council for the Administration of Criminal Justice and Youth Protection, plus two lawyers;
 - c. An expert meeting with individuals representing the Custodial Institutions Agency, the FPCs, the NIFP, the LAP, the TBS Leave Assessment Advisory Board and the Council for the Administration of Criminal Justice and Youth Protection;
 - d. An observation of a meeting of the TBS Leave Assessment Advisory Board;
 - e. A study of case files and information provided by the Custodial Institutions Agency.

Introduction of the policy framework and Leave Rules

48 Most of the people interviewed said that the introduction of a review of the long-stay status every three years and the addition of a lawyer to the LAP are seen as positive developments. Introducing a point in time with a check of the situation has improved TBS patients' legal position. However, there is criticism of the suggested differentiation of the care level and security level using the categories 'low', 'medium' and 'high'. There is no information or assessment instrument for applying the concepts of care level and security level in practice. In addition, the interviewees say that the number of TBS patients with a long-stay status is too small to allow a detailed differentiation.

49 There is also criticism of the Leave Rules, both in terms of the underlying principle and the practical application. The objection to the principle is that the restriction in the leave opportunities is in conflict with a humane implementation of the TBS order and the guiding principle that TBS patients should retain the prospect of a return to society. One practical objection is that security levels had not been determined for all TBS patients when the new rules were introduced. Up to then, security levels had concerned internal security within the clinic, but the new Leave Rules attached external implications for leave to the security level.

Differentiation according to the levels of care and security

50 The policy framework came into effect officially on 1 June 2009. However, it had yet to be implemented at that point and there was a lack of clarity concerning the practical application of the concepts of care level and security level. In 2009, the ministry felt the substance of these concepts should be filled in by the behavioural experts whereas the behavioural experts were expecting the ministry to provide a clear explanation of the concepts. By now (early 2013), the clinics, NIFP and LAP have reached some agreement on the way in which the concepts of care level and security level should be used, but there is still no official clear-cut definition or operationalisation.

51 The categorisation of the care level and security level into 'high', 'medium' and 'low' as envisaged in the policy framework is seen as undesirable by the people representing the clinics as it does not provide the flexibility for a categorization based on multiple factors. In practice, differentiation takes place in the same way as before the introduction of the policy framework. There is more of a differentiation between clinics and between wards within a clinic in the sense that they differ in their 'treatment climate'. The most dangerous TBS patients in terms of control and the risk of escape are placed in the Pompe clinic in Vught. This clinic is located within the walls of a large penitentiary complex with prisons and detention centres. The clinics all have different wards with varying degrees of care and security. The differentiation between TBS patients is also based on the nature of their problems, such as the receptiveness to supervision, independence, risky behaviour, drug abuse, pathology (including psychotic disorders and personality disorders), vulnerability, the need for structure and contacts with fellow patients. In this way the clinics seek to create a carefully balanced mix in the groups within the limits of the small long-stay population.

52 The interpretation of the concept of security level has changed over time. To start with, it was interpreted as the clinic's internal security level, which is always very high in the case of TBS clinics. Consequently, up until mid-2010 the security level was exclusively taken to mean the degree of security that was required for the TBS patient *within the clinic*. In the run-up to the new Leave Rules, in which the security level has consequences for leave, the interpretation of security level widened to include the necessary level of security *during leave* (external security level).

Requests for long-stay status and placement

53 The number of requests for long-stay status has fallen over the years from a total of 98 in 2007-2008 to a total of 25 in 2011-2012. The people involved say this is due to a combination of factors. The clinic, TBS patient and lawyer try where possible to find a solution outside the long-stay facility. The additional limitations imposed on the leave options for patients with a long-stay status have reinforced this tendency. Furthermore, the inflow and capacity utilisation in the TBS sector have fallen so that clinics have less of an incentive to request the long-stay status. In addition, now that patients are being moved to the long-stay facilities, the potential candidate pool for long-stay status has been removed from the general TBS population.

54 The main reason for requesting long-stay status is because the treatment is no longer getting results. Clinics submitting a request are required to recommend a care level and security level in terms of 'low'/'medium'/'high'. They do this in the form of a description but not usually using the aforementioned categories because there is no operationalisation.

55 The NIFP generally gives a descriptive recommendation concerning the care level and security level. The LAP takes the same approach for the care level but it does give a recommendation in terms of 'high', 'medium' or 'low' for the security level, in particular since the introduction of the new Leave Rules. The NIFP and LAP generally agree about their recommendations for an assignment of the long-stay status. If the request for long-stay status is rejected, the main reason is that the LAP still sees possibilities for treatment.

56 In the period from 2008 through to 2012, 77 TBS patients were assigned the long-stay status. However, the number of assignments of long-stay status has fallen over the past few years, from 31 in 2009 to 3 in 2012. The Minister usually follows the recommendation of the LAP. However, the Minister has assigned a long-stay status to persons declared to be undesirable aliens, in contravention of the LAP's advice. The Minister does not take the recommended care level into account in the placement of TBS patients. Since the end of 2012, the Minister has assigned the security level.

57 It is possible to lodge an appeal against the placement decision with the Council for the Administration of Criminal Justice and Youth Protection. Around two in every five placement decisions are appealed against. The main reason for an appeal is that the treatment options have not yet been exhausted. Around 35% of the appeals against the placement are upheld by the Council for the Administration of Criminal Justice and Youth Protection; the most frequent reason given is that the complaint has not been sufficiently refuted. Although the number of appeals lodged since the implementation of the policy framework is small (11), it seems that the proportion of appeals that are upheld has fallen since the policy framework was introduced.

Reviews

58 The Placement department in the Forensic Care division of the Custodial Institutions Agency keeps records of when the next review is scheduled for each TBS patient with a long-stay status. The first reviews started in mid-2010. By January 2013, reviews had started for all 120 TBS patients who had had the long-stay status for more than three years; most reviews had been completed (88%) or were at an advanced stage (11%). The reviews have led to a substantial outflow of patients from the long-stay status. A total of 158 reviews had been completed in early 2013 and the Minister had decided to end the long-stay status in 43 of these cases (27%). An appeal was lodged with the Council for the Administration of Criminal Justice and Youth Protection against the continuation of the long-stay status in 20 of the remaining 115 decisions (17%). However, none of these appeals were upheld.

59 In contravention of the stipulations in the policy framework, there is no systematic assessment of the security level in terms of 'low', 'medium' or 'high' at the start of the reviews. Following the introduction of the Leave Rules, the Minister nearly always sets a security level when maintaining the long-stay status. There is no systematic implementation of the determination of the care level.

60 The LAP's recommendations concerning the long-stay status generally agree with those of the NIFP reporters (90%) and the clinics (74%). However, the LAP is more likely than the clinics to recommend ending the long-stay status. In about half of the known cases, the LAP's recommendation for the security level agrees with the recommendation of the clinic and the NIFP reporters. The LAP is more likely to recommend a 'low' security level than the clinic or the NIFP reporters.

61 Of the individuals who had a long-stay status in mid-January 2013 (N=141), a security level category has been specified for 55%: 38% are in the 'low' category, 8.5% in the 'medium' category and 8.5% in the 'high' category. With the Leave Rules in mind, the clinics were asked to recommend a security level in mid-2012. The clinics gave priority to assigning security levels for individuals for whom there were leave options.

62 The completion time of six months envisaged by the Custodial Institutions Agency for the review from the request to the clinic for a recommendation to the LAP's decision is achieved in 28% of the cases. The median completion time is 8.6 months. The clinics and the NIFP reporters in particular need more time for their recommendation. Furthermore, an extra step has been added to the process whereby the clinic responds to the report by the NIFP reporters.

Leave

63 Following the introduction of the new Leave Rules on 27 May 2012, TBS patients with a long-stay status may only go on escorted leave if a 'low' security level has been assigned to them. Since then, if the Leave unit receives a request for leave, it checks whether the security level is known. Leave requests without a 'low' security level are no longer processed. Leave authorisations that had already been issued have remained valid. Only leave with double escorts was allowed in the run-up to the change in the Leave Rules. The change had no practical consequences for the advisory task of the TBS Leave Assessment Advisory Board.

64 Before the Leave Rules were implemented, 38% of TBS patients with a long-stay status as at mid-January 2013 (N=141) had authorisation for (escorted) leave. As most of these TBS patients have had their security level established as 'low', there is no obstacle to a new authorisation for leave. There are two known individuals (4%) who previously had leave authorisation but who have now lost the possibility of leave as their security level has been established as 'medium' or 'high'.

65 According to the clinics, some TBS patients were temporarily unable to take (escorted) leave in the transition to the new Leave Rules. This was partly because there were insufficient staff to enable the required double escorts in the case of valid authorisations where the security level had not yet been set. In addition, it was not possible to request a new leave authorisation until the security level had been assigned. The treatment coordinators feel that this had, and still has, a big impact on the psychological state of the TBS patients affected and their quality of life.

Termination of long-stay status and outflow

66 There were 25 known requests for termination of the long-stay status in the period from 2008 to mid-2011. The long-stay status was lifted in around half of these cases following the LAP's advice. Many requests to end the status came from the Van der Hoeven clinic and were aimed at the placement of their patients in the De Voorde ward with a view to discontinuing this clinic's long-stay facility. The main reason for a refusal of a request to end the long-stay status is that the LAP did not agree to the proposed placement in De Voorde.

67 The long-stay status of in total 74 individuals was lifted in the period from 2010 through to 2012. The breakdown of status terminations by reason is as follows:

1. Termination of long-stay-status after review (43 cases)
2. Termination of long-stay-status after request for status to be lifted (13 cases)
3. TBS patient died (9 cases)
4. Other reasons, such as a decision by the Council for the Administration of Criminal Justice and Youth Protection, conditional termination of nursing care and the end of the TBS (9 cases)

68 The NIFP and the LAP are insufficiently clear about the specific transfer options available when the long-stay status is ended. They therefore usually describe the type of institution that is required rather than recommending a specific institution. If an FPC is recommended, the Custodial Institutions Agency's Placement department will look for a suitable treatment centre. This process generally takes a good two months. In the case of a transfer to a mental healthcare institution, the clinic is responsible for the placement. According to the clinics, it is difficult to find a mental healthcare place as mental healthcare institutions regularly refuse to take TBS patients.

69 As regards 'long-term care' as a facility TBS patients could transfer to, there is currently insufficient knowledge about what is on offer and which wards or clinics are involved. A 'long-term care' facility might be appropriate if less security is required.

Conclusion

70 The legal position of TBS patients with a long-stay status has been improved by the implementation of the policy framework. The review provides a check of whether the long-stay status should be continued. Most TBS patients who have had a long-stay status for more than three years have had their status reviewed. A quarter of the reviews carried out resulted in the long-stay status being lifted. The role of the LAP has been formally documented. Two justices have been added to the LAP committee, taking the positions of chair and deputy chair.

71 The differentiation according to care level and security level has led to confusion and is not in line with actual practice, in which differentiation among a small population takes place on the basis of multiple factors. A formal distinction between 'high', 'medium' and 'low' in care level and security level serves no purpose for this internal differentiation.

The amended Leave Rules are being implemented as intended. TBS patients with long-stay status are only allowed on (escorted) leave if their security level is 'low'. This has not led to a systematic change in the leave opportunities for most of the TBS patients. However, as not all TBS patients with long-stay status had had their security level assigned when the change came into effect on 27 May 2013, this did result in temporary restrictions to leave opportunities for the individuals concerned.

S I G N I F I C A N T

1. Inleiding

1.1 De oprichting van de longstay-voorziening

72 Binnen het Nederlandse strafrecht heeft de terbeschikkingstelling (hierna: tbs) een bijzondere positie. De tbs-maatregel kan worden opgelegd aan de verdachte van een misdrijf, waar minimaal vier jaar gevangenisstraf op staat en bij enkele specifiek genoemde delicten¹. De tbs kent twee modaliteiten: tbs met verpleging en tbs met voorwaarden. In dit rapport wordt verder geen aandacht besteed aan de tbs met voorwaarden. De rechter kan de maatregel tbs alleen opleggen indien hij vaststelt dat de verdachte ten tijde van het delict lijdende was aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

73 Binnen een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)² krijgt de terbeschikkinggestelde een behandeling voor zijn stoornis, gericht op terugkeer in de maatschappij. De tbs-maatregel geldt van rechtswege voor de duur van twee jaar, en kan vervolgens op vordering van het OM met één of twee jaar verlengd worden indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen die verlenging eist³. Uitgangspunt van de wetgever is dat de tbs met verpleging is gemaximeerd. De maatregel duurt ten hoogste vier jaar. Bij misdrijven die gericht zijn tegen of gevaar veroorzaken voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen, kan de rechter de tbs verlengen indien dit noodzakelijk is ter bescherming van de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen⁴. Gemiddeld duurt een tbs-maatregel 9,8 jaar⁵, maar bij een kleine groep terbeschikkinggestelden lukt het niet, ondanks langdurige behandeling, om het recidiverisico terug te brengen naar een aanvaardbaar niveau. Gegeven de huidige stand van de wetenschap en praktijk wordt bij deze patiënten geen reëel behandelperspectief meer aanwezig geacht.

¹ Artikelen 132, 285, eerste lid, 285b, en 395 van het Wetboek van Strafrecht, 175, tweede lid, onderdeel b, of derde lid in verbinding met het eerste lid, onderdeel b, van de Wegenverkeerswet 1994, en 11, tweede lid, van de Opiumwet.

² Met het oog op de leesbaarheid gebruiken we in dit rapport ook de algemenere term kliniek in plaats van de term Forensisch Psychiatrisch Centrum. Daar waar een andere kliniek wordt bedoeld dan Forensisch Psychiatrisch Centrum staat dit nadrukkelijk vermeld.

³ Art. 38d lid 1 en lid 2 Sr.

⁴ Art. 38e lid 1 jo. lid 3 Sr.

⁵ 9,8 jaar is de gemiddelde duur berekend op basis van instroomcohort 1998, zie: Nagtegaal, M.H., Horst, R.P. van der, Schönberger, H.J.M. *'Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden - Cijfers en mogelijke verklaringen'* WODC 2011, blz. 63. Zie over de toename van de gemiddelde behandelduur ook: Y. van Kuijk. 'Gedragkundige en rechterlijke grenzen aan de tbs', *Trema* 2012, nr. 2, p. 47 en W.F. van Kordelaar 'tbs-crisis?' *Sancties*, 2010, afl 2, p. 51.

74 In 1999 wordt voor deze groep de eerste voorziening voor longstay forensische zorg (hierna: longstay) gecreëerd binnen FPC Veldzicht⁶. Later worden ook binnen de Pompestichting longstay-voorzieningen opgericht binnen de locaties in Zeeland en Vught. In de Utrechtse Van der Hoeven Kliniek worden in de periode van 2009 tot en met 2013 eveneens tbs-gestelden met de longstay-status opgenomen. Samen hebben zij in 2009 een capaciteit van 182 bedden⁷.

75 De overwegingen bij het inrichten van een aparte afdeling voor 'uitbehandelde' tbs-gestelden, zijn zowel van bedrijfsmatige en financiële, als van zorginhoudelijke aard⁸. Aangezien de tbs-sector sinds begin jaren negentig kampt met capaciteitsproblemen, is de verwachting dat met de oprichting van een longstay-voorziening schaarse behandelplaatsen vrijkomen voor degenen die nog wel behandelperspectief hebben. Vanuit financieel oogpunt is de verwachting dat de dagprijs 'per bed' op de longstay-afdeling aanzienlijk lager zal zijn, omdat tbs-gestelden daar niet meer intensief worden behandeld maar 'slechts' worden begeleid. Tot slot speelt als zorginhoudelijk argument mee dat een aparte afdeling het mogelijk zou maken zorg op maat te bieden aan deze groep tbs-gestelden en de benodigde deskundigheid op te bouwen.

76 Om op een longstay-afdeling geplaatst te kunnen worden, moet voor de tbs-gestelde de 'longstay-status' bij het ministerie van Veiligheid en Justitie worden aangevraagd. Deze status kan alleen worden toegekend als voldaan is aan de volgende vijf criteria⁹:

1. Er bestaat risico dat de tbs-gestelde een ernstig¹⁰ delict pleegt. Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd;
2. Beveiliging naast eventuele zorg is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot onder 1. genoemde delicten komt;
3. Het delictrisico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten de onder 2. genoemde vormen van beveiliging en toezicht kan;
4. De tbs-gestelde heeft conform 'state of the art' alle behandelmogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettingen, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar;
5. Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de Geestelijke Gezondheidszorg (ggz) vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.

⁶ Overigens waren er voor invoering van de longstay als landelijke voorziening ook al tbs-gestelden met wie geen nieuwe of verdere resocialisatiepogingen werden ondernomen. Bij hen was behandeling al niet meer gericht op vermindering van delictgevaar (Deenen 2007).

⁷ Bron: DJI, 'Forensische zorg in getal, 2006-2010' (2011).

⁸ Kogel, C.H., de & C. Verwers, *De longstay afdeling van Veldzicht. Een evaluatie*. WODC 2003.

⁹ Dit zijn de huidige 'instroomcriteria' zoals die staan vermeld in het Beleidskader Longstay Forensische Zorg 2009. De instroomcriteria hebben voor 2009 evenwel veranderingen ondergaan.

¹⁰ Diefstal met geweld, diefstal met geweld in vereniging, doodslag, moord, mishandeling zwaar letsel, zware mishandeling, openlijke geweldpleging, openlijke geweldpleging met letsel of vernieling, openlijke geweldpleging met zwaar letsel, openlijke geweldpleging met dood tot gevolg, verkrachting, gemeenschap met persoon jonger dan 12 jaar, gemeenschap met persoon jonger dan 16 jaar, aanranding, ontucht met kinderen, brandstichting (Beleidskader 2009).

77 Kenmerkend voor het verblijf in een longstay-voorziening is dat hier binnen een beveiligde omgeving langdurige psychische en medische zorg wordt geboden zonder dat er sprake is van intensieve behandeling van de stoornis. Omdat resocialisatie geen doel is, wordt verlof alleen toegekend vanuit humanitair oogpunt¹¹. Omdat er voor tbs-gestelden met een longstay-status op korte termijn geen zicht is op terugkeer in de maatschappij en zodoende perspectief ontbreekt, is het verblijf in de longstay-voorziening gericht op het bieden van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Binnen de beperkte mogelijkheden wordt hiermee perspectief op ontwikkeling geboden¹².

1.2 Een procesevaluatie van het nieuwe beleidskader en de nieuwe Verlofregeling

78 Het bestaan van de longstay-voorziening en dat van de longstay-status zijn niet in de wet verankerd, maar vastgelegd in een beleidskader. Het eerste beleidskader Longstay Forensische Zorg wordt op 23 augustus 2005 aan de Tweede Kamer aangeboden. In dit kader is verwoord welke instroomcriteria gelden voor de longstay afdelingen binnen tbs-klinieken (forensisch psychiatrische centra, FPC's) en hoe het proces van instroom, plaatsing, voortzetting en beëindiging van het verblijf op de longstay is vormgegeven, inclusief taak- en rolverdeling van de betrokken partijen.

79 In 2009 treedt een nieuw Beleidskader Longstay Forensische Zorg in werking. De belangrijkste veranderingen ten opzichte van het beleidskader uit 2005 zijn¹³:

1. De versterking van de rechtspositie van de tbs-gestelde met longstay-status door het concreet vormgeven van de driejaarlijkse toetsing van de longstay-status en de beroepsmogelijkheid tegen het daaruitvolgende plaatsingsbesluit (voortzetting). In dit kader is ook de Landelijke adviescommissie plaatsing (hierna: LAP) als adviesgevend orgaan geformaliseerd met de toevoeging van een jurist als voorzitter;
2. De invoering van een (interne) differentiatie in de indicatiestelling naar zorg- en beveiligingsniveau in de categorieën 'laag', 'midden' en 'hoog'.

80 Bij het aanbieden van het beleidskader in 2009 is aangegeven dat dit kader na twee jaar geëvalueerd zal worden. Voorliggend rapport bevat de resultaten van de procesevaluatie.

81 Op 27 mei 2012 wordt de Verlofregeling tbs aangepast. Daarin worden de mogelijkheden voor verlof gekoppeld aan de in het beleidskader gehanteerde differentiatie naar beveiligingsniveau. Daarom is de Verlofregeling ook onderdeel van de evaluatie. Tbs-gestelden met een longstay-status mogen volgens de nieuwe Verlofregeling alleen nog met begeleid verlof wanneer er sprake is van een laag beveiligingsniveau. Wanneer sprake is van een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau komt men niet meer in aanmerking voor verlof.

¹¹ Momenteel mogen alleen de tbs-gestelden met longstay-status op begeleid verlof voor wie een 'laag' beveiligingsniveau is vastgesteld (zie paragraaf 1.2).

¹² Beleidskader Longstay Forensische Zorg, 2009.

¹³ Kamerstukken II, 29 452, nr. 92 (21 augustus 2008) en Kamerstukken II, 29 452, nr. 98 (3 februari 2009).

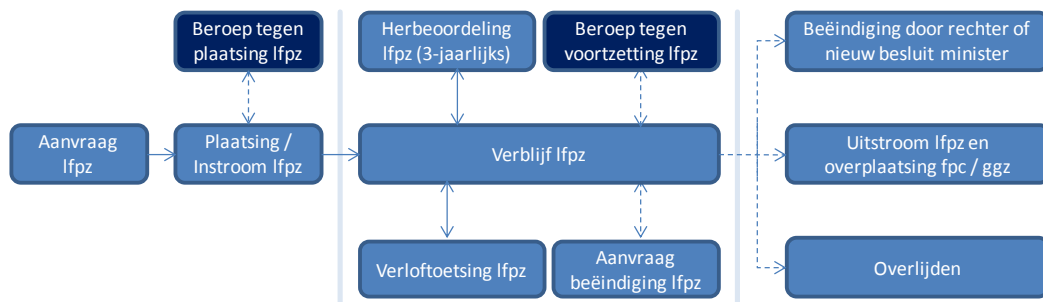
1.2.1 Doelstelling van de evaluatie

- 82 De doelstelling van dit evaluatieonderzoek bestaat uit verschillende onderdelen:
1. Het inzichtelijk maken in welke mate het Beleidskader Longstay Forensische Zorg uit 2009 in de praktijk wordt uitgevoerd zoals beoogd, én het detecteren van knelpunten en/of onvoorziene neveneffecten. Hierbij richten wij ons specifiek op:
 - a. De gewijzigde procedure met betrekking tot voortzetting en beëindiging van de longstay (met periodieke toetsing (herbeoordeling) van de noodzaak tot het verblijf in een longstay-voorziening) met bijbehorende beroepsmogelijkheid tegen de voortzetting. Hiermee wordt beoogd de rechtspositie van de tbs'ers in de longstay te verbeteren;
 - b. De procedure met betrekking tot differentiatie naar zorg- en beveiligingsniveau.
 3. Het inzichtelijk maken van de mate waarin de praktijk uitvoering geeft aan de wijziging in het verlofbeleid voor tbs'ers in de longstay en welke effecten en neveneffecten deze regeling met zich meebrengt in termen van indicatiestelling en weerstand tegen aanvragen voor plaatsing op een longstay-afdeling;
 4. Het verschaffen van inzicht in de (voorlopige) resultaten van de uitvoeringspraktijk op basis van het Beleidskader Longstay Forensische Zorg uit 2009. Deze resultaten zijn gericht op de vraag of aan de behoeften aan beveiliging en zorg van verschillende subpopulaties binnen de longstay wordt voldaan.

83 Met een procesevaluatie wordt het proces van de implementatie van dit beleid onderzocht. Centraal staat de vraag hoe het beleid wordt uitgevoerd, of dit volgens plan gebeurt, en welke knelpunten zich daarbij voordoen. Een procesevaluatie is niet primair bedoeld om uitspraken te doen over de effectiviteit van het beleid. Met deze procesevaluatie wordt inzicht geboden in de wijze waarop het beleidskader en de Verlofregeling in de praktijk worden uitgevoerd.

1.3 Onderzoeksvragen

84 Figuur 2 geeft een overzicht weer van de stappen in het proces rond de longstay (aanvraag, plaatsing, verblijf en verloftoetsing, herbeoordeling, (aanvraag) beëindiging en uitstroom). Een detailuitwerking van de processen aanvraag longstay en herbeoordeling zijn opgenomen in bijlage C. De onderzoeksvragen zijn gestructureerd aan de hand van dit processchema.



lfpz = langdurige forensisch psychiatrische zorg

Figuur 2: Schematische weergave van processen rond langdurige forensisch psychiatrische zorg

85 De onderzoeksvragen hebben betrekking op interne differentiatie, instroom en plaatsing, herbeoordeling, verlof, uitstroom en doorplaatsing. Hieronder zijn per onderwerp de onderzoeksvragen vermeld.

1. Onderzoeksvragen over interne differentiatie:
 - c. Zijn er tussen de verschillende FPC's - ten aanzien van longstay - verschillen in de wijze waarop beveiliging en zorg worden vormgegeven? Welke verschillen zijn dat?
 - d. het mogelijk om alle tbs'ers met een longstay-status op het geïndiceerde beveiligings- en zorgniveau te plaatsen? Zo nee, waarom niet? Welke gevolgen heeft dit?
5. Onderzoeksvragen over instroom en plaatsing:
 - a. Wordt de plaatsingsprocedure met betrekking tot tbs-gestelden met longstay-status uitgevoerd conform de richtlijnen in het beleidskader?
 - b. Hoeveel longstay-aanvragen worden jaarlijks ingediend?
 - c. Hoe is de LAP samengesteld? Is dit conform het beleidskader? Welke wijzigingen hebben hierin plaatsgevonden ten opzichte van de situatie vóór invoering van het nieuwe beleidskader?
 - d. Komt het voor dat de LAP adviseert om de aangevraagde longstay-status niet toe te kennen? Zo ja, hoe vaak? Met welke motivatie? Wordt een dergelijk advies altijd overgenomen? Zo nee, in welke gevallen niet?
 - e. Welk beveiligingsniveau en zorgniveau worden in de adviezen van de LAP geïndiceerd? In hoeverre komen deze overeen met de adviezen van de FPC's en het NIFP?
 - f. Hoeveel tbs'ers kregen in de afgelopen jaren een longstay-status? Hoeveel tbs'ers werden in de periode 2009-2011 op de verschillende beveiligings- en zorgniveaus geplaatst?
 - g. Zijn longstay-patiënten in beroep gegaan tegen plaatsing in de longstay? Zo ja, hoeveel (per jaar), met welke reden en met welk resultaat?
 - h. Hoe vaak had een beroep tegen de plaatsing op de longstay betrekking op het geïndiceerde (zorg- en) beveiligingsniveau?
 - i. Heeft een contrair advies van de LAP gevolgen voor het geïndiceerde beveiligingsniveau en zorgbehoefte van de tbs-gestelde?
 - j. Welke knelpunten zijn er in de plaatsingsprocedure met betrekking tot de longstay?

6. Onderzoeksvragen over de herbeoordeling:
 - a. Op welke wijze wordt (administratief) gewaarborgd dat voor elke longstay-patiënt elke drie jaar wordt beoordeeld of voortzetting van de longstay-status nog gerechtvaardigd is?
 - b. Zijn alle personen die langer dan drie jaar in de longstay zitten opnieuw beoordeeld door de LAP, om na te gaan of voortzetting van de longstay-status gerechtvaardigd is?
 - c. Zijn er patiënten geweest die de herbeoordeling niet nodig achten? Zo ja, hoeveel? Welke reden(en) werd(en) aangevoerd voor het achterwege kunnen blijven van de herbeoordeling? Is de herbeoordeling voor (een deel van) deze mensen toch uitgevoerd? Met welke reden en welk resultaat?
 - d. Hoe gaat de LAP bij de herbeoordeling te werk? Heeft de LAP in alle gevallen de beschikking over de vereiste informatie? Zo nee, welke informatie ontbreekt en waarom?
 - e. Hoe vaak adviseerde de LAP bij de herbeoordeling beëindiging van het verblijf op de longstay? Welke redenen worden daarvoor aangevoerd?
 - f. Hoe vaak adviseerde de LAP bij de herbeoordeling een ander beveiligings- en zorgniveau? Welke redenen worden daarvoor aangevoerd?
 - g. In die gevallen, waarin de LAP een verandering adviseerde, werd dit advies dan door de minister overgenomen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, werden de betreffende personen in de geadviseerde voorziening geplaatst? Zo nee, waarom niet? Wat gebeurde er dan met deze tbs'ers in de longstay?
 - h. Zijn longstay-patiënten in beroep gegaan tegen het resultaat van de herbeoordeling van de LAP? Zo ja, hoeveel en met welk resultaat?
 - i. Wordt - naast de herbeoordeling door de LAP - ook op andere momenten beoordeeld of de patiënt met minder beveiliging toe kan, dan wel een ander zorgniveau behoeft, dan wel beëindiging van de longstay aan de orde is? Zo ja, door wie (bijvoorbeeld door het behandelteam)? Op welke momenten? Met welk resultaat? Zijn deze beoordelingen in de periode 2009-2012 contrair geweest aan de adviezen van de LAP? Zo ja, wat is in deze gevallen besloten?
7. De onderzoeksvragen over verlof:
 - a. Hoeveel aanvragen/toewijzingen voor begeleid verlof zijn voor en na 27 mei 2012 voor tbs'ers in de longstay ingediend (per maand)? Hoeveel verlofaanvragen zijn toegewezen en hoeveel zijn er afgewezen en op welke grond?
 - b. Zijn deze cijfers uit te splitsen naar beveiligingsniveau van de tbs'ers in de longstay? Zo ja, wat zijn de uitgesplitste aantallen? Zo nee, waarom niet?
 - c. Gaan tbs'ers in de longstay met een gemiddelde of hoge veiligheidsbehoefte inderdaad niet meer met verlof na 27 mei 2012 (tenzij al een verlofmachtiging was aangevraagd/ verleend)?
 - d. Wordt het beveiligingsniveau van tbs'ers in de longstay na 27 mei 2012 naar verhouding vaker laag ingeschat (zie ook vraag 1e)? Zo ja, in hoeverre lijkt hierbij mee te spelen dat zo wordt voorkomen dat sommige longstay-patiënten niet meer op verlof kunnen?
 - e. Wordt in de aanvragen voor plaatsing op een longstay-afdeling, bij 'Reactie patiënt', na 27 mei 2012 vaker aangegeven dat sprake is van weerstand (en minder vaak van compliance of zelfmelding) dan in de aanvragen daarvoor?

- f. Wordt na 27 mei 2012 naar verhouding vaker beroep aangetekend tegen plaatsing/ voortzetting van de longstay-status dan wel het vastgestelde beveiligingsniveau (zie ook vraag 1i)?
- g. Zijn er (andere) neveneffecten van de regeling (bijvoorbeeld met betrekking tot sfeer en incidenten op de longstay-afdelingen)?
- 8. Onderzoeksvragen over uitstroom en herplaatsing:
 - a. Hoeveel aanvragen voor beëindiging van de longstay-status dienen de FPC's jaarlijks in?
 - b. Komt het voor dat de LAP adviseert om de aangevraagde beëindiging van de longstay-status niet toe te kennen? Zo ja, hoe vaak? Met welke motivatie? Wordt een dergelijk advies altijd overgenomen? Zo nee, in welke gevallen niet?
 - c. Voor hoeveel personen werd het verblijf op de longstay de afgelopen jaren beëindigd? Naar welke (type) voorzieningen werden uitgestroomde longstay-patiënten overgeplaatst?
 - d. Hoeveel tijd zit er tussen de uitslag van de herbeoordeling en herplaatsing op een passende voorziening? Welke redenen zijn er voor een eventuele trage door- of uitstroom?
 - e. Is na de herbeoordeling door de LAP overgegaan tot proefplaatsingen in behandelvoorzieningen? Zo ja, met welk resultaat? Zo nee, waarom niet?

1.4 Methodes

- 86 De resultaten van dit onderzoek zijn verkregen via de volgende methodes:
1. Een beperkte literatuurstudie, waarbij met name beleidsdocumenten zijn bestudeerd en de reacties die daarop zijn verschenen. Voor een overzicht van geraadpleegde documenten, zie bijlage A. De literatuurstudie heeft tot doel te kunnen beschrijven hoe het beleidskader en de Verlofregeling zijn beoogd en hoe daar door alle betrokken partijen op is gereageerd.
 2. Interviews¹⁴ (in totaal 16) met verschillende betrokken partijen (zie bijlage B). We hebben interviews uitgevoerd met vertegenwoordigers van de afdeling Plaatsing (DJI), vier FPC's met longstay-afdeling, twee FPC's met behandelafdelingen, Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie (NIFP), LAP, Adviescollege Verloftoetsing (AVt), RSJ en een advocaat. Deze interviews hebben tot doel vast te stellen op welke wijze in de praktijk invulling wordt gegeven aan de uitvoering van het beleidskader en de Verlofregeling, en wat daarbij de knelpunten zijn.
 3. Een observatie van een vergadering van het AVt. Deze observatie heeft tot doel een beeld te vormen van de totstandkoming van adviezen ten aanzien van verlof. We beogen ermee zicht te krijgen op hoe adviezen worden voorbereid, welke informatie tijdens de vergadering wordt uitgewisseld en op welke wijze de discussie verloopt om tot een unaniem advies te komen. Tevens was een observatie bij een vergadering van de LAP gepland, maar daarvoor is geen toestemming verkregen.

¹⁴ Gedeeltelijk betroffen dit dubbelinterviews.

4. Dossierstudie voor tbs-gestelden waarvoor in de periode van medio 2008 tot december 2012 een aanvraag voor longstay-status bekend is of een longstay-status hadden. Als uitgangspunt hebben we hiervoor gebruikgemaakt van het op de afdeling Plaatsing (DJI) beschikbare overzicht van tbs-gestelden met longstay-status. Deze registratie wordt bijgehouden vanaf medio augustus 2010 en wordt gebruikt om het verloop van de herbeoordelingstoetsen te kunnen monitoren. De registratie bevat op persoonsniveau (onder andere) informatie over proces en inhoud van adviezen (door kliniek, NIFP en LAP). Deze registratie hebben we aangevuld met de registratie die is bijgehouden vanaf medio juni 2006 tot medio maart 2009¹⁵. De twee registraties zijn naast elkaar gelegd en ontdebeld op naam. De gegevens uit deze registraties hebben wij aangevuld door middel van het verrichten van dossierstudie. Voor alle tbs-gestelden die zijn opgenomen in beide registraties, hebben we aanvullende informatie opgezocht in het Centraal Digitaal Depot (CDD+) en het Monitoring Informatiesysteem Ter beschikking Stelling (MITS). Het betrof informatie over:
 - a. Aanvraag van de longstay-status;
 - b. Herbeoordeling van de longstay-status;
 - c. Aanvraag voor opheffing van de longstay-status;
 - d. Uitstroom uit de longstay.

Gegevens over aangevraagde verloven hebben we verkregen via de Verlofunit van DJI en hebben we op persoonsniveau gekoppeld aan de reeds bestaande registratie. De dossierstudie heeft tot doel antwoord te kunnen geven op de meer kwantitatieve onderzoeksvragen;

5. Een dossierstudie op basis van gegevens van de RSJ, waarin alle uitspraken over beroepen zijn meegenomen die vanaf 2005 zijn aangetekend tegen plaatsing op de longstay-afdeling, tegen voortzetting van de longstay-status, tegen overplaatsing of opheffing. De dossierstudie van ingestelde beroepen heeft tot doel inzicht te bieden in de frequentie van het aantekenen van beroep, het oordeel dat de RSJ geeft en welke gevolgen dit heeft voor de tbs-gestelde.

87 De dossierstudie maakt gebruik van de beschikbare gegevensbronnen die echter betrekking hebben op verschillende perioden en onderdelen van het proces. Dit betekent dat aantallen in dit rapport niet altijd uitgedrukt zijn in dezelfde eenheden (bijvoorbeeld personen, aanvragen, herbeoordelingen). Ook heeft de informatie betrekking op verschillende perioden, waarbij er voor gekozen is zo maximaal mogelijk gebruik te maken van de beschikbare informatie. Bij de resultaten is weergegeven welke eenheden en perioden van toepassing zijn. Bijlage D geeft een overzicht van de aantallen betrokken dossiers per processtap.

¹⁵ Tussen deze twee registraties zit een periode van ruim een jaar (medio maart 2009 tot medio augustus 2010). Indien personen alleen in deze tussenperiode een longstay-status hebben gehad, zijn ze niet meegeteld.

⁸⁸ De onderzoeksbevindingen zijn getoetst in een expertbijeenkomst waaraan vertegenwoordigers van bijna alle betrokken partijen (zoals genoemd in alinea 17 onder punt 2) hebben deelgenomen. Alleen de advocatuur was niet vertegenwoordigd¹⁶. Gedeeltelijk waren de deelnemers dezelfde personen als die in het kader van dit onderzoek eerder zijn geïnterviewd, deels waren het andere vertegenwoordigers van de genoemde organisaties. Zie bijlage B voor een overzicht van deelnemers aan de expertsessie.

1.5 Leeswijzer

In deze rapportage geven we de bevindingen weer van de procesevaluatie, waarbij we de resultaten uit kwalitatieve en kwantitatieve bestudering geïntegreerd behandelen. Allereerst gaan we in hoofdstuk 2 in op het nieuwe beleidskader, de nieuwe Verlofregeling, de reacties op deze vernieuwingen en de implementatie ervan.

Hoofdstuk 3 gaat in op de interne differentiatie in de klinieken die de longstay-voorziening bieden. Het rapport is vervolgens gestructureerd rond aanvraag en plaatsing (hoofdstuk 4), herbeoordeling (hoofdstuk 5), verlof (hoofdstuk 6), uitstroom en herplaatsing (hoofdstuk 7). In hoofdstuk 8 worden de conclusies weergegeven en aandachtspunten benoemd.

¹⁶ Voor de expertbijeenkomst zijn meerdere advocaten uitgenodigd die ervaring hebben met het bijstaan van tbs-gestelden met longstay-status. Geen van hen was in de gelegenheid de expertbijeenkomst bij te wonen.

SIGNIFICANT

2. Het beleidskader en de Verlofregeling

89 In dit hoofdstuk zetten we de inhoud van het nieuwe beleidskader en van de nieuwe Verlofregeling uiteen. We laten zien op welke punten deze afwijken van de vorige versie van het beleidskader en de Verlofregeling. Bovendien vatten we samen hoe hierop in 2009 schriftelijk is gereageerd.

2.1 Een nieuw beleidskader: wijzigingen met ingang van 2009

90 In de periode na het inwerking treden van het eerste beleidskader in 2005 is het aantal tbs-gestelden die langdurige zorg en beveiliging nodig heeft (ruim) verdubbeld van 88 in december 2005 tot 186 tbs'ers in november 2008¹⁷. In 2009 verblijven er ruim 200 tbs-gestelden op de longstay-afdelingen. Daarmee is de top vooralsnog bereikt. De toename van het aantal tbs-gestelden met longstay-status is aanleiding om meer onderzoek te doen naar en aandacht te besteden aan de kenmerken van de doelgroep.

91 Uit dit onderzoek, dat wordt uitgevoerd door de Commissie Visser¹⁸ komen enkele knelpunten naar voren: de rechtspositie van de tbs-gestelde en het gebrek aan differentiatie zowel in termen van indicatiestelling binnen de populatie als in het aanbod van (de combinatie van) zorg en beveiliging binnen de longstay-voorzieningen. Met het oog op het oplossen van deze knelpunten is het Beleidskader Longstay Forensische Zorg van 2005 aangepast. De directie Forensische Zorg (DForzo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) heeft dit beleidskader in overleg met deskundigen uit de forensische psychiatrie opgesteld en op 19 januari 2009 aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit beleidskader is op 1 juni 2009 in werking getreden. Veranderingen ten opzichte van het eerdere beleidskader forensische zorg uit 2005 zijn:

1. Differentiatie (intern) in beveiligings- en zorgniveaus;
2. Versterking van de rechtspositie van de tbs-gestelde door middel van:
 - a. Invoering van de driejaarlijkse herbeoordeling van de longstay-status¹⁹.
 - b. Toevoeging van een jurist als voorzitter van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP).

92 Naast de ontwikkelingen rond het beleidskader is op 27 mei 2012 de Verlofregeling tbs aangepast. Hierin is vermeld dat het hoofd van een FPC 'voor de ter beschikking gestelde, die geplaatst is in een longstay-voorziening en voor wie een laag beveiligingsniveau is vastgesteld, een machtiging begeleid verlof mag aanvragen²⁰'. De verandering met de situatie van voor 27 mei 2012 is dat de tbs-gestelden met een longstay-status die een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau hebben, niet meer in aanmerking komen voor verlof.

93 De veranderingen in beleidskader en de Verlofregeling worden in de volgende paragrafen nader toegelicht.

¹⁷ Beleidskader Longstay Forensische Zorg 2009.

¹⁸ Commissie Visser, Parlementair onderzoek tbs (30 250, nr. 5).

¹⁹ De herbeoordeling wordt gepresenteerd als een nieuwe mogelijkheid tot opheffing van de longstay-status. Voordien was het voor tbs-gestelden echter al mogelijk om een verzoek in te dienen tot overplaatsing naar een behandelafdeling wat feitelijk neerkomt op een verzoek om opheffing van de longstay-status. Hoewel dit niet wettelijk was vastgelegd, was dit op basis van jurisprudentie van de RSJ wel degelijk mogelijk.

²⁰ Art. 12 lid 2 Verlofregeling tbs.

2.1.1 Differentiatie in beveiligings- en zorgniveaus

94 In de loop der jaren zijn tbs-gestelden met uiteenlopende problematiek in longstay-voorzieningen opgenomen. In dat kader waarschuwde de commissie Visser²¹ ervoor dat de longstay een vergaarbak zou kunnen worden voor tbs-gestelden met een veelheid aan stoornissen en diversiteit aan delictgevaar. Naar aanleiding daarvan wordt in het nieuwe beleidskader een differentiatie gemaakt naar beveiligings- en zorgniveau. Het idee is dat er verschillende afdelingen worden ingericht die van elkaar verschillen van het geboden niveau van beveiliging en zorg (in termen van 'laag', 'midden' of 'hoog'), zodat iedere tbs-gestelde beveiliging en zorg 'op maat' ontvangt. Bovendien heeft het tot doel om 'verkeerde bedden-problematiek' tegen te gaan. In het beleidskader wordt de volgende (interne) differentiatie beoogd, die tot stand is gekomen na een voorstel daartoe in wetenschappelijke literatuur²²:

1. 'Longstay' is een afdeling met hoog intensieve beveiliging met een laag/matig of hoog zorgniveau. De longstay is bedoeld voor de tbs-gestelden die een hoge mate van beveiliging nodig hebben en een lage zorgbehoefte hebben;
2. 'Longcare met beveiliging' is een afdeling met midden intensieve beveiliging en een matig of hoog zorgniveau. Deze afdeling is bedoeld voor de tbs-gestelden die naast veel zorg ook beveiliging nodig hebben;
3. 'Longcare' is een afdeling met een hoog zorgniveau. De longcare is bedoeld voor de tbs-gestelden met een hoge zorgbehoefte, maar die weinig beveiliging nodig hebben.

95 Het beleidskader stelt dat dergelijke differentiaties in beveiliging en zorg 'het beste vorm gegeven kunnen worden binnen één voorziening' om zodoende 'tbs-gestelden perspectief te bieden op ontwikkeling en om decompensatie van de stoornis te voorkomen'.

2.1.2 Driejaarlijkse herbeoordeling

96 Voor de inwerkingtreding van het Beleidskader Longstay Forensische Zorg in 2009 bestond er voor de tbs-gestelde op de longstay-afdeling al de periodieke beoordeling van de verlenging van de tbs-maatregel. De wet draagt de rechter op in het kader van de verlenging te toetsen of er sprake is van een dusdanig risico dat de tbs-maatregel moet worden verlengd. In de praktijk houdt de rechter daarbij een zekere afstand tot de behandeling, het regime waaraan de tbs-gestelde is onderworpen en de plaats waar hij de maatregel ondergaat. De wet verschaft de gewone strafrechter daarbij ook geen bijzondere taak. Het betekent dat de rechter geen uitspraak kan doen over het al dan niet opheffen van de longstay-status.

97 Het beleidskader introduceert nu een driejaarlijkse toets door de onafhankelijke LAP waarbij wordt beoordeeld of de voortzetting van de longstay-status nog gerechtvaardigd is. Hierbij worden de behandelingsvatbaarheid en de delictgevaarlijkheid van de tbs-gestelde onderzocht. Nieuwe interventies of medicijnen kunnen ervoor zorgen dat behandeling mogelijk wordt. Bepaalde omstandigheden (zoals leeftijd en daarmee gepaard gaande fysieke beperkingen) kunnen leiden tot een afgenomen delict-gevaarlijkheid, zonder dat de behandelingsvatbaarheid is verbeterd.

²¹ Kamerstukken II, 2005/06, 30250 nr. 5. - Eindrapport Commissie Visser 'Parlementair onderzoek tbs'.

²² W.F. van Kordelaar & J.P.A. van Panhuis. Over de differentiatie van longstay-voorzieningen binnen de tbs, Sancties 2006, afl. 6, p. 320-339.

98 Om tot een advies in het kader van de herbeoordeling te komen, wordt door het ministerie van Veiligheid en Justitie allereerst aan de FPC verzocht een advies uit te brengen. Daarna wordt de tbs-gestelde achtereenvolgens bezocht door een psycholoog en een psychiater van het NIFP (de zogenaamde NIFP-rapporteurs²³). De NIFP-rapporteurs stellen allebei een advies op, dat samen met het advies van de kliniek door de LAP wordt gebruikt voor de advisering van de LAP. Voorwaarde bij de periodieke toets is dat 'de beoordelaar niet alleen het volledige dossier toetst maar de tbs-gestelde ook heeft gezien (face to face)'. De beoordelaar heeft de ontmoeting met de tbs-gestelde om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen²⁴. In het beleidskader is niet vastgelegd of het 'zien' van de tbs-gestelde moet plaatsvinden door de NIFP-rapporteurs of door de leden van de LAP. Op basis van het advies van de LAP neemt afdeling Plaatsing namens de minister²⁵ van Veiligheid en Justitie de beslissing over het al dan niet voortzetten van de longstay-status.

99 De adviezen van de LAP kennen op hoofdlijnen de volgende varianten:

1. Opheffing van de longstay-status. Indien uit het onderzoek van de LAP blijkt dat het recidiverisico (en daarmee de benodigde beveiliging) is afgenomen of dat behandeling met als doel resocialisatie weer een optie is, kan de LAP de minister adviseren om de longstay-status te beëindigen. De LAP adviseert in dat geval over de vervolgsituatie in een kliniek die gericht is op behandeling en/of een lager mate van beveiliging heeft;
2. Continuering van de longstay-status. Dit wordt geadviseerd wanneer het recidiverisico onverminderd hoog is en er geen nieuwe behandelmogelijkheden zijn. Tegen de plaatsingsbeslissing van de minister tot voortzetting van de longstay-status kan beroep worden aangetekend bij de RSJ. Bij twijfel kan er worden besloten tot een proefplaatsing in een behandelvoorziening.

100 De driejaarlijkse toets moet worden gezien als maatwerk. Indien de tbs-gestelde, zijn advocaat en zijn behandelaars menen dat de toets niet noodzakelijk is, kan hiervan worden afgezien.

2.1.3 Toevoeging van een jurist als voorzitter van de LAP

101 De LAP is een onafhankelijke commissie die tot taak heeft "de minister te adviseren over de afdoening van aanvragen tot plaatsing of beëindiging van plaatsing van tbs-gestelden in een longstay-voorziening". Tevens adviseert de LAP de minister elke drie jaar over de voortzetting van de plaatsing"²⁶.

102 De LAP bestaat al sinds 2002. De LAP bestond oorspronkelijk alleen uit gedragsdeskundigen. In het beleidskader wordt gesteld dat de LAP ten behoeve van de rechten van de tbs-gestelde en het bewaken van de rechtsgang bij toekenning van de longstay-status, verzaamd wordt met een jurist in de rol van voorzitter²⁷. Bovendien wordt in het beleidskader aangekondigd dat de LAP 'als adviesgevend orgaan zal worden geformaliseerd'.

²³ MD staat voor multidisciplinair.

²⁴ Beleidskader 2009, blz. 23.

²⁵ In dit rapport spreken we van minister, ook wanneer deze de taak heeft gedelegeerd.

²⁶ Instellingsbesluit Landelijke adviescommissie plaatsing longstay forensische zorg, 2012.

²⁷ In het instellingsbesluit staat dat de vicevoorzitter tevens jurist moet zijn.

103 Bij het opstellen van adviezen beoordelen de raadsheren of de regels in acht zijn genomen en waarborgen de onafhankelijkheid van het advies. De behandelinhoudelijke toets van de aanvraag tot plaatsing in longstay blijft de verantwoordelijkheid van de gedragskundige leden van de commissie. Daarmee bestaat de LAP uit de volgende leden:

- a. Ten minste zes forensisch psychiaters en psychologen;
- b. Ten minste twee raadsheren waarvan een de voorzitter van de LAP is.

2.1.4 Reacties op het beleidskader

104 In deze paragraaf geven we weer hoe er in 2009 schriftelijk op het beleidskader is gereageerd. Alleen de RSJ heeft een schriftelijke reactie gegeven. Hoewel de FPC's een duidelijke visie hebben op het beleidskader, hebben zij hier richting het ministerie nooit schriftelijk op gereageerd²⁸.

105 In november 2009 stuurt de RSJ een brief aan DJI om haar zorgen te uiten over het verloop van de implementatie van het beleidskader²⁹. De directe aanleiding is dat de uitvoering van het beleidskader - en daarmee dat van de herbeoordeling - vertraging heeft opgelopen. Daarmee is de beoogde verbetering van de rechtspositie van tbs-gestelden met longstay-status volgens de RSJ in het geding. In reactie hierop geeft DJI in januari 2010 aan dat zij de ontstane vertraging betreurt, maar dat inmiddels de voorbereidingen voor de uitvoering van de herbeoordelingen vergevorderd zijn. Het streven van DJI is om in april 2010 de eerste herbeoordeelde tbs-gestelden in passende voorzieningen te plaatsen³⁰.

106 Daarnaast constateert de RSJ dat er enige knelpunten bestaan bij de uitvoering van de herbeoordeling. Zij stelt vast dat er onduidelijkheid bestaat over welke criteria klinieken, het NIFP en de LAP zouden moeten hanteren bij de herbeoordeling en dat een indicatiestellingsinstrument in zijn geheel ontbreekt. Bovendien stelt de RSJ vast dat de LAP nog niet op volle sterkte is.

107 Tot slot voorziet de RSJ capaciteitsproblemen bij de diverse FPC's en andere zorginstellingen waarnaar een deel van de tbs-gestelden na herbeoordeling zal worden verwezen. De benodigde extra capaciteit lijkt bij deze instellingen volgens de RSJ nog niet beschikbaar te zijn, en dat zou kunnen leiden tot een verhoogd aantal beroepen bij de RSJ tegen het uitblijven van plaatsing in de gedifferentieerde voorziening.

²⁸ De visie van de FPC's op het beleidskader is opgenomen in paragraaf 2.3.

²⁹ RSJ, 18 november 2009, kenmerk: CR-35/1066589/09/AGvB/TW.

³⁰ RSJ heeft zelf, uitspraak beroepscommissie 29-12-2009, 09/1677/TB aangegeven dat de overgangstermijn voor implementatie tot 1 juni 2010 acceptabel is.

2.2 Een nieuwe Verlofregeling: wijzigingen per 27 mei 2012

108 De 'Verlofregeling tbs' van 1 januari 2011³¹ is in de plaats gekomen van het 'Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden' uit 2009³² en is daarna op een punt nog gewijzigd op 27 mei 2012. De 'Verlofregeling tbs' bevat een uniforme regeling voor het aanvragen en verlenen van verlofmachtigingen in de verschillende fasen van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Deze regeling geldt voor alle tbs-gestelden. Ten aanzien van de tbs-gestelden met een longstay-status (en degenen met een indicatie voor de longstay waarvan de procedure nog lopende is) geldt dat met het oog op de veiligheid van de samenleving alleen begeleide verlofvormen³³ mogelijk zijn. In een brief³⁴ aan de Tweede Kamer kondigt de staatssecretaris van Justitie aan dat een 'versoering van de longstay' zal worden doorgevoerd. Voor de tbs-gestelde met een longstay-status zal alleen nog begeleid verlof mogelijk zijn wanneer de terbeschikkinggestelde een laag beveiligingsniveau heeft. Naar verwachting van de staatssecretaris zal dit "niet veel voorkomen".

109 Per 27 mei 2012 is de 'Verlofregeling tbs' gewijzigd, waarmee de door de regering gewenste versoering van de tbs is vormgegeven³⁵. Het heeft tot gevolg dat enkele tbs-gestelden met een longstay-status niet meer op verlof mogen vanwege hun beveiligingsniveau, terwijl zij voorheen wel op verlof konden³⁶ (zie paragraaf 6.3 voor aantallen).

2.2.1 Gewijzigde verlofmogelijkheden

110 De procedure voor het aanvragen van begeleid verlof voor een tbs-gestelde met een longstay-status verloopt hetzelfde als voor een tbs-gestelde zonder longstay-status. De aanvraag voor een machtiging verlof moet voldoen aan de algemene vereisten voor begeleid verlof zoals genoemd in het verloftoetsingskader tbs-gestelden³⁷. Daarnaast worden enkele aanvullende vereisten gesteld:

1. Bij de risicotaxatie speelt de aanvaarding van de patiënt van zijn verblijf op de longstay-afdeling een belangrijke rol in verband met het vluchtrisico³⁸;
2. Een wijziging in het verlofplan wordt aangevraagd bij de verlofunit³⁹;

³¹ Verlofregeling tbs, Staatscourant 31 december 2010, nr. 21597.

³² Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden. Beleidsregels met betrekking tot de verlofverlening aan ter beschikking gestelden. DJI, 2009.

³³ Er is echter gepleit om ook onbegeleid verlof mogelijk te maken zie: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, *Langdurige forensische psychiatrische zorg. Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie*, versie 1, 2009, p. 93.

³⁴ Brief Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, van 17 februari 2011, 'tbs-maatregel'.

³⁵ Wijziging van de Verlofregeling tbs, Staatscourant 2012, nr. 10252 en Kamerstukken II, vergaderjaar 2010-2011, 29452, nr. 138.

³⁶ Uit: M. Velthuis, 'De kwaliteit van leven op de longstay-afdeling van de tbs', *Sancties*, 2009 afl.6, blijkt dat voor invoering van de nieuwe Verlofregeling in enkele van de klinieken veel mogelijkheden voor verlof waren bijvoorbeeld voor het doen van boodschappen en familiebezoek.

³⁷ 'Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden', DJI, 6 februari 2009, par 3.2.1.

³⁸ Een goede risicotaxatie is onder andere van belang voor een goede inschatting van de kans op onttrekking en/of ontvluchting tijdens verlof, zie: W. Canton, K. ten Brink & A. de Groot, 'De werkwijze van het Adviescollege verloftoetsing tbs', *Sancties* 2011, afl.3, p. 162.

3. Het verlofplan bevat zeer specifieke informatie over de activiteiten die worden ondernomen, wanneer dit precies gebeurt, en met welke frequentie dit gebeurt;
4. Meldingsplicht voor verlof longstay-patiënten in groepsverband. Wanneer longstay-patiënten, die beschikken over een toereikende verlofmachtiging, in groepsverband op verlof gaan, dient dit vooraf gemeld te worden bij de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. In de melding wordt toegelicht in hoeverre de groepssamenstelling en groepsgrootte leidt tot extra risico en op welke wijze het toezicht wordt gewaarborgd. Tevens dient te worden toegelicht dat het verlof op de wijze zoals beoogd niet leidt tot risico voor de veiligheid van de samenleving. De staatssecretaris kan op basis van deze melding beslissen het verlof geen doorgang te laten vinden of aanvullende voorwaarden stellen aan de uitvoering van dit verlof.

111 De aanvraag wordt vervolgens voor advies voorgelegd aan het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT).⁴⁰ Een negatief advies van het AVT leidt er altijd toe dat de minister geen machtiging tot verlof afgeeft⁴¹. Bij een positief advies van het AVT kan de minister gemotiveerd beslissen om toch geen machtiging af te geven⁴².

2.2.2 Reacties op de wijziging van de Verlofregeling

112 Op de nieuwe Verlofregeling is door verschillende partijen kritisch gereageerd. De schriftelijk geuite bezwaren van onder andere de RSJ, de LAP en de klinieken zijn zowel van praktische als van meer principiële aard.

113 Het principiële punt is door de RSJ, voorafgaand aan de inwerkingtreding van de Verlofregeling, neergelegd in haar advies aan de staatssecretaris over de Verlofregeling⁴³. De voorgestelde wijziging strookt volgens de RSJ niet met het uitgangspunt dat ook voor tbs-gestelden met een longstay-status uitzicht moet blijven op een terugkeer in de maatschappij. Het (oefenen met) verlof is daarbij een belangrijke stap. Bovendien strookt het niet met het in het beleidskader Longstay Forensische Zorg (2009) genoemde belang van een humane uitvoering van de tbs-regeling, waarbij gestreefd moet worden naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. De RSJ is van mening dat verlof daarbij hoort.

114 De staatssecretaris heeft het advies van de RSJ niet overgenomen⁴⁴. Hij is van mening dat de tbs-gestelde met een longstay-status nog steeds voldoende uitzicht houdt op een terugkeer in de maatschappij door middel van zijn behandelplan waarin haalbare doelen worden gesteld en de driejaarlijkse herbeoordeling die aanleiding kan zijn voor een wijziging in beveiligingsniveau of zelfs overplaatsing. De vergelijking met degenen die in een gesloten ggz-instelling verblijven, gaat volgens de staatssecretaris niet op vanwege het bijzondere karakter van de tbs-maatregel waarbij maatschappelijke veiligheid op de eerste plaats staat.

³⁹ De Verlofunit tbs is onderdeel van DJI. Deze afdeling is verantwoordelijk voor de procedurele toets en het doorsturen van de verlofaanvragen naar het adviescollege (AVT).

⁴⁰ Zie ook het Besluit Adviescollege Verloftoetsing tbs van 27 september 2007.

⁴¹ Artikel 6 lid 3 Verlofregeling tbs.

⁴² Artikel 6 lid 4 Verlofregeling tbs.

⁴³ RSJ, 14 november 2011, kenmerk: CR35/1077004/2011/DvdH/TvW.

⁴⁴ DJI, 24 mei 2012, kenmerk: 5726962/12/DJI.

115 Naast dit meer principiële bezwaar voorziet de RSJ praktische problemen in de uitvoering van de wijziging van de Verlofregeling. De RSJ stelt voor om de Verlofregeling pas in te voeren nadat voor alle tbs-gestelden met longstay-status een beveiligingsniveau is vastgesteld⁴⁵. De RSJ voorziet namelijk problemen met het vaststellen van het beveiligingsniveau omdat er onduidelijkheid bestaat over de definitie en operationalisering ervan.

116 Deze onduidelijkheid over het beveiligingsniveau is voor de LAP reden om in mei 2012 een brief⁴⁶ te sturen naar de klinieken en het NIFP waarin zij aangeeft hoe zij het begrip ‘beveiligingsniveau’ in het kader van de nieuwe Verlofregeling zal interpreteren en welke criteria en factoren zij zal betrekken in haar adviezen aan de minister. In deze brief staat onder andere dat:

“De LAP begrijpt dat het begrip ‘beveiligingsniveau’ niet dezelfde betekenis heeft als dat begrip heeft in het Beleidskader longstay forensische zorg 2009 en dat de enkele omstandigheid dat het recidive-risico als hoog wordt ingeschat (anders dan soms gebeurt in verlengingsrapportages) niet leidt tot de conclusie dat het beveiligingsniveau in de zin van de Verlofregeling gemiddeld/matig of hoog is. Kennelijk gaat het om vraagpunten als de mate van het interne risicomanagement en de beveiliging van de tbs-gestelde, de al dan niet onmiddellijkheid van recidivegevaar en de kans op ontvluchting.”

117 De minister ziet de onduidelijkheid over het begrip ‘beveiligingsniveau’ niet als beperkende factor⁴⁷. Voor elke tbs-gestelde met een longstay-status dient immers volgens het beleidskader al bij plaatsing een beveiligingsniveau te worden bepaald en dit wordt bij de herbeoordeling na drie jaar opnieuw bekeken.

2.3 Implementatie van het beleidskader

118 Het beleidskader treedt officieel per 1 juni 2009 in werking. De geïnterviewde personen zijn unaniem van mening dat de implementatie onvoldoende is voorbereid om per 1 juni werkelijk te kunnen plaatsvinden. Zij menen dat het ministerie onvoldoende voorbereidingen heeft getroffen om het beleidskader uit te kunnen voeren. Op dat moment is er namelijk nog geen procesontwerp voor de herbeoordeling, zijn er geen handvaten voor het kunnen vaststellen van zorg- en beveiligingsniveaus, noch een praktische uitwerking ten aanzien van de uitstroom uit de longstay.

119 Hoewel vertegenwoordigers van de FPC's en de LAP hebben deelgenomen aan de werkgroep die het opstellen van het beleidskader begeleidde, zijn zij van mening dat hun adviserende opmerkingen onvoldoende in het beleidskader terecht zijn gekomen. Zij vinden dan ook dat het beleidskader onvoldoende aansluit bij hun visie op de longstay-voorziening en dat de praktische uitvoerbaarheid van het beleidskader onvoldoende is uitgewerkt. Kritiek is er ten eerste op de voorgestelde differentiatie. De werkgroep geeft aan dat de differentiatie binnen klinieken naar zorg en beveiligingsniveau onwerkbaar zal zijn. Gezien het beperkte en bovendien afnemende aantal tbs-gestelden met een longstay-status is de differentiatie volgens hen onnodig, helemaal omdat er binnen de klinieken met longstay-voorzieningen reeds afdelingen bestaan die van elkaar verschillen in behandelklimaat. Ten tweede is er kritiek op de weinig praktische uitwerking van het beleidskader. Diverse begrippen uit het beleidskader, zoals beveiligingsniveau en zorgniveau zijn niet verder uitgewerkt of beschreven, noch bestaat er een indicatiestellingsinstrument voor.

⁴⁵ RSJ, 14 november 2011, kenmerk: CR35/1077004/2011/DvdH/TW.

⁴⁶ Brief LAP van 21 mei 2012 ‘Vaststellen beveiligingsniveau’.

⁴⁷ DJI, 24 mei 2012, kenmerk: 5726962/12/DJI.

Vooraf voor een begrip als 'beveiligingsniveau', waaraan later ook de Verlofregeling wordt gekoppeld (zie paragraaf 2.2), wordt dit door alle partijen als problematisch gezien. De beoogde indeling naar beveiligings- en zorgniveau is gericht op interne differentiatie, terwijl voor het vaststellen van verlofmogelijkheden een extern gerichte differentiatie noodzakelijk is. Bovendien wordt genoemd dat het beleidskader weinig concrete aanknopingspunten biedt voor de manier waarop processen moeten worden vormgegeven, zoals de verantwoordelijkheid voor het 'zien' van de tbs-gestelde.

120 In de loop van 2009 moet het ministerie onderkennen dat de implementatie extra aandacht behoeft. Een van de belangrijkste punten is de manier waarop het beveiligings- en zorgniveau zou moeten worden vastgesteld. Het ministerie wil de inhoudelijke invulling daarvan echter niet zelf vaststellen, maar overlaten aan de experts op dat gebied; de gedragskundigen. De gedragskundigen verwachten op hun beurt van het ministerie een nadere omschrijving van wat er bedoeld wordt met hoge, midden en lage beveiliging en zorg. Deze patstelling houdt een tijd aan, waardoor het daadwerkelijk uitvoeren van het beleidskader op zich laat wachten. De eerste herbeoordelingen vinden uiteindelijk pas in de tweede helft van 2010 plaats. Op dat moment wordt het beveiligingsniveau echter nog niet structureel vastgesteld in termen van laag, midden of hoog. Na invoering van de Verlofregeling op 27 mei 2012, waarmee het beveiligingsniveau praktische consequenties krijgt, wordt wel vrijwel altijd een beveiligingsniveau vastgesteld bij het continueren van de longstay-status. Vaststelling van het zorgniveau is nooit structureel geïmplementeerd.

121 Uit de interviews met de FPC's en de RSJ blijkt dat hun kritische reacties op het beleidskader begrepen moeten worden tegen de achtergrond van hun opvatting over de longstay-status in zijn algemeenheid. Zij geven aan dat zij de longstay-voorziening als externe differentiatie⁴⁸ in essentie onwenselijk vinden, omdat de longstay-status beperkingen (onder andere ten aanzien van verlof) met zich meebrengt. Dat draagt volgens hen niet bij aan de kwaliteit van leven, die binnen de longstay-voorziening wordt beoogd. Bovendien brengt de externe differentiatie naar hun mening overbodige bureaucratie met zich mee. Dit wil overigens niet zeggen dat de longstay-voorziening in hun ogen beter opgeheven zou kunnen worden. Ze zijn van mening dat het als specialisatie binnen de tbs zou moeten blijven bestaan, omdat er nu eenmaal tbs-gestelden zijn die onbehandelbaar zijn gebleken.

122 Hoewel vele partijen zich kritisch hebben getoond ten opzichte van het beleidskader heeft het volgens hen ook verbeteringen opgeleverd. Instanties als de LAP en het NIFP maar ook de geïnterviewde advocaat zien een meerwaarde in het toepassen van de driejaarlijkse herbeoordelingstoets en de toevoeging van raadsheren aan de LAP. De komst van de driejaarlijkse herbeoordeling maakt het volgens het NIFP mogelijk om meer zicht te houden op deze speciale groep patiënten. Omdat ze niet meer op een afdeling verblijven waar hun voortgang wordt afgemeten aan de stand van de behandeling, moet hun voortgang op een andere manier worden gecontroleerd. Ook door de geïnterviewde advocaat wordt dit extra toetsmoment voor zijn cliënten als waardevol gezien.

2.3.1 *Verschillende en veranderende betekenis van 'beveiligingsniveau'*

123 Vanaf het begin is er veel verwarring geweest over het begrip beveiligingsniveau. Behalve dat er meer dan één definitie denkbaar is, blijkt de betekenis in de afgelopen jaren te zijn veranderd.

⁴⁸ Dit betekent dat plaatsing moet geschieden op last van de minister van Veiligheid en Justitie, zelfs als het om een overplaatsing binnen dezelfde kliniek gaat.

124 Aanvankelijk wordt het beveiligingsniveau van tbs-gestelden opgevat als het algemene beveiligingsniveau van de kliniek, dat gebruikt wordt in de DBBC-systematiek⁴⁹ om typen verblijfsoorten van elkaar te onderscheiden. Tbs-klinieken hebben per definitie een ‘zeer hoog beveiligingsniveau’ (niveau 4)⁵⁰ en als gevolg daarvan zou geredeneerd kunnen worden dat alle individuele tbs-gestelden beveiligingsniveau ‘hoog’ hebben. Binnen de kliniek is echter differentiatie in beveiligingsniveau.

125 De tweede mogelijke betekenis sluit aan bij de geest van het beleidskader, waarin belang wordt gehecht aan differentiatie. Dat wil zeggen dat er verschillende afdelingen zouden moeten worden ingericht die van elkaar verschillen in de mate van geboden beveiliging (en zorg). Op deze wijze zouden tbs-gestelden het voor hen meest passende aanbod kunnen krijgen. ‘Beveiliging’ betekent in deze context de mate van beveiliging die de tbs-gestelde *binnen de kliniek* nodig heeft om te voorkomen dat deze zichzelf of een ander letsel toebrengt. Deze opvatting van het woord ‘beveiligingsniveau’ wordt gehanteerd bij aanvang van de uitvoering van het beleidskader (medio 2010) en kan worden omschreven als het ‘interne beveiligingsniveau’.

126 De interne differentiatie die met het interne beveiligings- (en zorg)niveau is beoogd, blijkt in 2011 niet van de grond te komen. De belangrijkste reden daarvoor is dat klinieken in de praktijk al op andere wijze intern differentiëren (zie verder paragraaf 3.2). Medio 2011 onderkent het ministerie de situatie dat het beleidskader op dit punt niet zal worden uitgevoerd zoals beoogd, en verlaat het doel van interne differentiatie naar zorg- en beveiligingsniveau in termen van hoog, midden en laag doel. Het vaststellen van het interne beveiligingsniveau in het kader van herbeoordelingen dient in die periode daarmee geen doel. Het ervaren probleem met het gebrek aan duidelijkheid over de operationalisering van de drie beveiligingsniveaus verschuift geheel naar de achtergrond. Wanneer er door de politiek eind 2011 wordt gezocht naar mogelijkheden om de gewenste versobering op de longstay-afdeling door te kunnen voeren, komt het beveiligingsniveau ineens weer in beeld. Het beveiligingsniveau wordt gekoppeld aan de mogelijkheden voor verlof. Bij vaststelling van het beveiligingsniveau werd daar echter voorheen geen rekening mee gehouden. Respondenten geven aan dat het benodigde niveau van beveiliging *binnen de kliniek* niet noodzakelijkerwijs overeenkomt met het benodigde niveau van beveiliging *gedurende verlof*. Voor de inwerkingtreding van het nieuwe verlofkader had het beveiligingsniveau geen praktische consequenties. Het nieuwe verlofkader heeft ervoor gezorgd dat door de klinieken het beveiligingsniveau geïnterpreteerd wordt als een ‘extern’ beveiligingsniveau, gericht op het verlof.

⁴⁹ DBBC staat voor diagnose behandel- en beveiligingscombinatie. Een DBBC bevat verschillende componenten, zoals behandeling en verblijf en bestaat uit een beschrijving van verrichtingen, waaraan een tarief is gekoppeld.

⁵⁰ Niveau 4 betekent: ‘gesloten unit in kliniek of inrichting, met zeer hoge materiële en personele beveiligingsmaatregelen, volledig voorzien van detectie en cameratoezicht, zeer beperkte bewegingsvrijheid en compartimentering, geen activiteiten buiten de unit’. Bron: www.dbconderhoud.nl.

S I G N I F I C A N T

3. Interne differentiatie

127 In dit hoofdstuk staat het verblijf in de longstay-voorziening centraal, waarbij we ons specifiek richten op interne differentiatie. We beschrijven allereerst hoe de uitvoering van interne differentiatie en verloop is beoogd, waarna we vaststellen op welke wijze dat in de praktijk wordt uitgevoerd.

3.1 Differentiatie binnen de longstay-voorziening volgens het beleidskader

128 In het beleidskader wordt gesteld dat het 'voor de maatschappelijke veiligheid van belang is dat tbs-gestelden met een longstay-status primair worden geplaatst op het noodzakelijke beveiligingsniveau'. De gedachte is dat er binnen de longstay-voorziening afdelingen moeten worden ingericht die van elkaar verschillen in de mate van geboden beveiliging en zorg. Bij voorkeur gebeurt dit binnen iedere longstay-voorziening, zodat aan tbs-gestelden 'perspectief wordt geboden op ontwikkeling en decompensatie van de stoornis kan worden voorkomen'. Het is evenwel denkbaar dat er 'specialisaties worden ontwikkeld' naar voorbeeld van Vught waar alleen hoge beveiliging in combinatie met lage/matige zorg wordt geboden.

129 In tabel 1 is weergegeven welke typen afdelingen worden beoogd en voor welke tbs-gestelden (met welk beveiligings- en zorgniveau) deze bedoeld zijn. Aangezien 'binnen de longstay forensische zorg geen sprake is van combinaties van weinig beveiliging en weinig zorg', zijn niet alle vakjes gevuld.

<i>Zorg</i> <i>Beveiliging</i>	<i>Hoog</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>Laag</i>
<i>Hoog</i> <i>(longstay)</i>	x	x	x
<i>Gemiddeld</i> <i>(longcare met beveiliging)</i>	x	x	
<i>Laag</i> <i>(longcare)</i>	x		

Tabel 1: Typen afdelingen naar beveiligings- en zorgniveau

130 De 'longstay' wordt geschikt geacht voor de populatie die hoge beveiliging nodig heeft in combinatie met een lage zorgbehoefte. De 'longcare' is bedoeld voor de populatie die een hoge zorgbehoefte heeft in combinatie met lage beveiliging, en de 'longcare met beveiliging' voor de longcare-populatie die ook (materiële) beveiliging nodig heeft.

3.2 Differentiatie binnen de longstay-voorziening in de praktijk

131 Alle respondenten geven aan dat het beleidskader weinig houvast biedt ten aanzien van interne differentiatie. Het is hen unaniem onduidelijk wat er bedoeld wordt met de onderscheiden afdelingen. Vooral ten aanzien van de 'longcare' heerst onduidelijkheid: is het een voorziening bedoeld voor tbs-gestelden? En zo ja, betreft het tbs-gestelden met of zonder de longstay-status? Is het een voorziening die gevestigd is binnen of buiten de longstay-voorziening en bij welke klinieken is de longcare-voorziening ingekocht?

Deze onduidelijkheid bestaat ondanks dat de staatssecretaris hierover in 2009 een brief aan de Tweede Kamer heeft gestuurd⁵¹ waarin wordt gesteld dat de tbs-gestelden die met een lager beveiligingsniveau toe zouden kunnen, kunnen worden voorgedragen 'om uit de longstay-voorziening te worden geplaatst naar een andere voorziening waar voldoende zorg en beveiligingsniveau kan worden geboden. Dit kunnen ggz-instellingen zijn waar inmiddels plaatsen zijn gecreëerd voor tbs-gestelden met een chronische zorg-behoefte en waar kan worden voorzien in het vereiste niveau van beveiliging'. Later wordt in de handleiding Planning en Control 2012⁵² een globale omschrijving van de longcare gegeven als voorziening die is bedoeld voor tbs-gestelden met longstay-status en 'met de indicatie dat zij een lage behoefte aan structurerende beveiliging' en voor wie resocialisatie binnen afzienbare termijn bovendien niet aan de orde is. Van dergelijke informatie over de longcare-voorziening zijn de vertegenwoordigers van de klinieken, de LAP, het NIFP en de advocaten naar eigen zeggen niet op de hoogte. Onduidelijkheid omtrent de longcare duurt daarmee voort.

132 De geïnterviewde vertegenwoordigers van klinieken geven aan dat de in het beleidskader beoogde differentiatie naar zorgniveau en beveiligingsniveau in termen van hoog, midden en laag in de praktijk nooit is doorgevoerd. Hiervoor geven zij de volgende redenen aan:

1. Een dergelijke differentiatie wordt niet nodig geacht, omdat er binnen de longstay-voorziening al verschillende afdelingen bestonden die van elkaar verschillen in 'behandelklimaat'. Daarmee wordt bedoeld: verschil in de mate waarin er zorg, begeleiding, structuur en beveiliging wordt geboden. Bij de differentiatie wordt er gekeken naar diverse aspecten van de longstay-gestelde, zoals begeleidbaarheid, zelfstandigheid, risicovol gedrag, drugsgebruik, pathologie (waaronder psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen), kwetsbaarheid, behoefte aan structuur en contact met medepatiënten;
2. Het doorvoeren van de beoogde differentiatie naar zorgniveau en beveiligingsniveau in termen van hoog, midden en laag is volgens de geïnterviewde vertegenwoordigers van de klinieken onwenselijk omdat het onvoldoende ruimte biedt voor een afgewogen groepssamenstelling. Hoewel in het beleidskader wordt gesteld dat 'sommige doelgroepen slecht samen kunnen functioneren binnen eenzelfde groep of setting (bijvoorbeeld psychotisch kwetsbaren en agressieve persoonlijkheids-gestoorden), of een gevaar vormen voor een andere doelgroep (bijvoorbeeld seksuele delinquenten en zwakbegaafden)', zou het in de praktijk onmogelijk zijn om gelijktijdig hiermee rekening te houden als met uitvoering van de beoogde differentiatie. De omvang van de longstay- populatie is te gering om voor alle combinaties van problematiek, zorg en beveiliging afzonderlijke afdelingen in te richten;
3. In het beleidskader wordt een onnatuurlijk onderscheid gemaakt tussen beveiliging en zorg, terwijl die in de praktijk veelal samenhangen. De benodigde beveiliging is bijvoorbeeld grotendeels afhankelijk van de geboden zorg. Als tbs-gestelden nauwlettend in de gaten kunnen worden gehouden ('vroeg-signalering') en er bijtijds kan worden ingegrepen, dan kan de beveiliging laag blijven. Als de voorwaarde van zorg echter wegvalt, heeft dat invloed op de benodigde beveiliging.

⁵¹ Brief Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, van 3 februari 2009, 'Beleidskader Longstay forensische zorg'.

⁵² DJI, 'Planning & Control 2012. Handleiding Forensisch Psychiatrische Centra. Particuliere inrichtingen', 15 augustus 2011.

133 De zorg- en beveiligingsniveaus in het beleidskader zijn onvoldoende gedefinieerd en geoperationaliseerd, waardoor klinieken onvoldoende aanknopingspunten hebben om de beoogde interne differentiatie vorm te geven. Voor invoering van het beleidskader bestaat er dus al een zekere differentiatie, niet alleen intern maar ook tussen longstay-afdelingen. Zo worden de meest beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden met longstay-status standaard geplaatst in de longstay-voorziening van de Pompekliniek⁵³, die als enige FPC is gevestigd binnen de muren van een penitentiaire inrichting (PI Vught). In de Pompekliniek Zeeland en de Van der Hoeven Kliniek worden over het algemeen degenen geplaatst die veel zorg nodig hebben, bijvoorbeeld de tbs-gestelden met ernstige psychotische problematiek. In Veldzicht verblijft een diverse populatie. Hun specialisatie betreft de expertise die ze hebben opgebouwd ten aanzien van ongewenst verklaarde vreemdelingen (bijvoorbeeld ten aanzien van uitzettingsprocedures).

134 De longstay-voorzieningen bestaan uit enkele afdelingen. Om een beeld te geven van de manier waarop intern wordt gedifferentieerd, wordt in de tabellen 2 tot en met 5 het type afdeling kort beschreven en welk 'type' tbs-gestelde er verblijft. In onderstaande tabellen wordt de situatie geschetst zoals die in 2012 is. Per 2013 worden door DForZo vanwege de leegstand minder bedden ingekocht, en sluiten enkele afdelingen hun deuren. In voetnoten wordt aangegeven welke afdelingen per 2013 zijn gesloten.

Pompekliniek (Vught) - 48 bedden				
Afd.	Aantal bedden	Omschrijving afdeling	Omschrijving tbs-gestelden	Aantal medewerkers
1	6	ZISZ-afdeling (zeer intensieve specialistische zorg) met zeer hoge mate van beveiliging. Tbs-gestelden hebben onderling geen enkel contact.	Tbs-gestelden met RI-status ⁵⁴ . Zij hebben een hoge mate van begeleiding nodig (gericht op veiligheid). Bij deze tbs-gestelden brengt de psychische problematiek een direct veiligheidsrisico met zich mee. Psychische problematiek is uiteenlopend.	5 medewerkers op 6 tbs-gestelden.
2 en 3 ⁵⁵	2 x 6	Hoge mate van structuur.	Tbs-gestelden die veel controle, toezicht en structuur nodig hebben. Zij hebben onderling contact, maar kunnen de prikkels van een groep van 12 (afdeling 4 en 5) niet aan.	2 à 3 medewerkers op 6 tbs-gestelden.
4 en 5 ⁵⁶	2 x 12	In vergelijking met afdeling 1 tot en met 3 in mindere mate gericht op beveiliging.	Tbs-gestelden die minder zorg nodig hebben dan degenen op afdeling 2 en 3. Zij kunnen beter tegen de prikkels die een groep van 12 met zich meebrengt.	2 à 3 medewerkers op 12 tbs-gestelden.
6 ⁵⁷	6	Hoge mate van zorg en structuur.	Tbs-gestelden met een hoge mate van psychopathie en vanwege hun gevoeligheid voor prikkels minder geschikt om te functioneren in een (grote) groep.	2 à 3 medewerkers op 6 tbs-gestelden.

Tabel 2: Interne differentiatie binnen de longstay-voorziening van de Pompekliniek in Vught (2012)

⁵³ In de plaatsingsbeschikking wordt slechts opgenomen dat de tbs-gestelde wordt geplaatst in de Pompekliniek. Intern wordt vervolgens bepaald of de tbs-gestelde beter binnen de kliniek in Zeeland of die in Vught zou passen.

⁵⁴ RI-status: Risico Intensief.

⁵⁵ Een van deze afdelingen is per 1 januari 2013 gesloten.

⁵⁶ Een van deze afdelingen is per 1 januari 2013 gesloten.

⁵⁷ Deze afdeling is per 1 januari 2013 gesloten. De bewoners zijn overgeplaatst naar afdelingen met 12 personen. In de praktijk levert dat door hun prikkelgevoeligheid beheersmatige problemen op, omdat er onderling al snel spanningen ontstaan.

Pompekliniek (Zeeland) – 88 bedden				
Afd.	Aantal bedden	Omschrijving afdeling	Omschrijving tbs-gestelden	Aantal medewerkers
1 en 2	2 x 11	Hoge mate van begeleiding. Er wordt 'hand in hand- begeleiding' geboden vanwege gebrekkige zelfstandigheid.	Chronisch psychotische tbs-gestelden. Zij zijn kwetsbaar en vertonen onvoorspelbaar gedrag. Het merendeel van hen mag niet alleen het terrein op vanwege de risico's die dat met zich meebrengt.	3 medewerkers op 11 tbs-gestelden
3 en 4	2 x 11	Waar nodig wordt 'hand in hand begeleiding' geboden. Er is zorg nodig, soms directief optreden.	Tbs-gestelden met psychotische problematiek en persoonlijkheidsstoornissen. Deze tbs-gestelden hebben begeleiding nodig, maar ook strakkere kaders dan de tbs-gestelden van afdeling 1 en 2.	3 medewerkers op 11 tbs-gestelden
5 en 6	2 x 11	Er wordt geen 'hand in hand begeleiding' geboden. Tbs-gestelden krijgen hogere mate van autonomie dan op afdelingen 1 t/m 4.	Tbs-gestelden met uiteenlopende stoornissen. Deze tbs-gestelden kunnen steeds meer autonomie aan. Ongeveer 19 van de 22 mogen met verlof.	1 à 2 medewerkers op 11 tbs-gestelden
7 en 8	2 x 11	Lagere mate van zorg. Er wordt meer zelfstandigheid van tbs-gestelden gevraagd.	Tbs-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis. Bijna iedereen mag onbegeleid over het terrein, een groot deel heeft ook verlofmogelijkheden.	1 à 2 medewerkers op 11 tbs-gestelden

Tabel 3: Interne differentiatie binnen longstay-voorziening van de Pompekliniek in Zeeland (2012)

Veldzicht (Balkbrug) – 46 bedden				
Afd.	Aantal bedden	Omschrijving afdeling	Omschrijving tbs-gestelden	Aantal medewerkers
1 en 2	2 x 12 + 2 HAT-woningen ⁵⁸	Personeel is meer nodig voor veiligheid dan voor het bieden van zorg.	Tbs-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis, die redelijk zelfredzaam zijn.	2 à 3 medewerkers op 12 tbs-gestelden
3	8	Zorgafdeling. Personeel is er met name voor het bieden van zorg.	Tbs-gestelden die erg veel zorg nodig hebben (waaronder dementerende ouderen): van 'hand in hand begeleiding' tot medische verzorging.	2 à 3 medewerkers op 8 tbs-gestelden
4	12	Personeel biedt veel zorg om te voorkomen dat veiligheid in het geding komt.	Tbs-gestelden met psychotische problematiek. Het betreft de meest psychisch zwakke personen binnen deze longstay-voorziening.	2 à 3 medewerkers op 12 tbs-gestelden

Tabel 4: Interne differentiatie binnen longstay-voorziening Veldzicht in Balkbrug (2012)

⁵⁸ HAT-woningen zijn kleine woonvoorzieningen voor twee tbs-gestelden met longstay-status die voldoende zelfredzaam zijn, meer autonomie aankunnen maar die wel de beveiliging van een tbs-kliniek behoeven. Administratief vallen zij onder afdeling 1 en 2.

135 In de Van der Hoeven Kliniek is nauwelijks interne differentiatie toegepast. De behandelcoördinator geeft aan dat beide afdelingen qua behandelklimaat of type tbs-gestelden maar zeer weinig van elkaar verschillen. Wanneer de eerste afdeling in december 2008 wordt geopend, worden eerst deze bedden gevuld. In juni 2009 wordt de tweede afdeling geopend en worden ook deze bedden gevuld. Hoewel interne differentiatie niet bewust is doorgevoerd, bestaan er kleine verschillen in behandelklimaat tussen beide afdelingen.

Van der Hoeven kliniek (Utrecht) – 20 bedden ⁵⁹				
Afd.	Aantal bedden	Omschrijving afdeling	Omschrijving tbs-gestelden	Aantal medewerkers
1 ⁶⁰	8 lfpz en 4 reguliere tbs ⁶¹	Er wordt veel individuele begeleiding geboden. Mate van beveiliging iets lager dan op afdeling 2. (NB Deze afdeling is niet meer in gebruik voor longstay).	Tbs-gestelden die veel zorg, begeleiding en structuur nodig hebben. Zij kunnen slechts in beperkte mate zelfstandig functioneren.	3
2	12	Er wordt iets meer van de zelfstandigheid van de tbs-gestelden gevraagd dan op de eerste afdeling.	Tbs-gestelden die relatief minder zorg, begeleiding, structuur nodig hebben dan in afdeling 1. Ze eten samen en zijn tot gesprekken in staat.	3

Tabel 5: Interne differentiatie binnen de longstay-voorziening Van der Hoeven Kliniek (2012)

136 Om binnen een kliniek te bepalen op welke afdeling de tbs-gestelde het beste zou passen, wordt (onder andere) gekeken naar begeleidbaarheid, zelfstandigheid, drugsgebruik, pathologie, kwetsbaarheid, behoefte aan structuur en contact met medepatiënten. Het beveiligingsniveau zoals dat in het kader van het beleidskader wordt vastgesteld, wordt niet gebruikt om intern te kunnen differentiëren. Op verschillende momenten wordt evenwel vastgesteld hoe de ontwikkeling op bovengenoemde aspecten verloopt, zoals tijdens jaarlijkse behandelplanbespreking, tussentijdse behandeloverleggen (van de multidisciplinaire staf), bij het formuleren van verlengingsadviezen en verlofaanvragen. Een positieve of negatieve ontwikkeling kan aanleiding zijn om tbs-gestelden over te plaatsen naar een andere afdeling. Ten tijde van het interview met medewerkers van de Pompekliniek (eind 2012) stonden drie tbs-gestelden uit Vught bijvoorbeeld op de nominatie om overgeplaatst te worden naar Zeeland, omdat ze met een minder strikt regime toe zouden kunnen.

⁵⁹ De tender voor de longstay-voorziening binnen de Van der Hoeven Kliniek loopt medio 2013 af. Door de daarmee gepaarde uitplaatsing van tbs-gestelden is begin 2013 alleen nog de tweede afdeling geopend en niet meer volledig bezet.

⁶⁰ Deze afdeling is medio 2012 gesloten.

⁶¹ Bij de Van der Hoeven Kliniek worden in de periode van 2008 tot en met 2012 20 longstay-bedden ingekocht. Beide afdelingen beschikken over 12 bedden. Op de eerste afdeling verblijven daarom naast 8 tbs-gestelden met longstay-status ook 4 tbs-gestelden zonder longstay-status. Het betrof vier tbs-gestelden 'met een longstay-karakter'. Deze tbs-gestelden gaven zelf aan geen behandeling te willen en niet het doel te hebben om de tbs ooit te verlaten. Met deze tbs-gestelden werd hetzelfde omgegaan als met degenen met een longstay-status: ze ontvingen geen van beide behandeling gericht op resocialisatie.

¹³⁷ Tbs-gestelden met een longstay-status hebben die status gekregen omdat ze volgens de huidige stand van de wetenschap zijn 'uitbehandeld'. Aangezien er binnen de longstay-voorziening geen behandeling plaatsvindt met als doel het reduceren van delictgevaarlijkheid of terugkeer in de maatschappij, lijkt het weinig aannemelijk dat klinieken ooit tot opheffing van de longstay-status zouden kunnen adviseren. Toch zijn er binnen de longstay-voorziening wel degelijk behandeldoelen. 'Deze moeten dan meer gezien worden in termen van het voorkomen van verdere of nieuwe escalatie en zorgen dat de terbeschikkinggestelde minder aanvaringen en incidenten heeft of veroorzaakt. In algemene termen is dit het bevorderen van de kwaliteit van leven binnen de mogelijkheden die er zijn'⁶². Positieve ontwikkeling kan leiden tot (bijvoorbeeld) meer individuele vrijheden, en uiteindelijk mogelijk tot opheffing van de longstay-status.

3.3 Discrepantie tussen longstay-status en plaatsing in longstay-voorziening

¹³⁸ Hoewel het beleidskader 'verkeerde beddenproblematiek' wil tegengaan, blijkt in de praktijk dat er in alle klinieken enkele tbs-gestelden *zonder* longstay-status in de longstay-voorziening verblijven (variërend van één tot twaalf per kliniek). Er zijn verschillende redenen waarom tbs-gestelden zonder longstay-status toch op een longstay-afdeling verblijven:

1. De fysieke afdeling heeft *meer* bedden dan ingekochte longstay-bedden. Dit is alleen (tot begin 2012) het geval in de Van der Hoeven Kliniek. Daar bestaat een reguliere afdeling uit twaalf bedden, waarvan er acht door DJI werden ingekocht als longstay-plaatsen. De overige vier bedden werden gevuld met vier reguliere tbs-gestelden, die volgens de behandelcoördinator een 'longstay-karakter' hadden. Het betrof bijvoorbeeld tbs-gestelden die zelf aangaven geen behandeling te willen en de tbs nooit zouden willen verlaten. Deze tbs-gestelden kregen dezelfde behandeling als degenen met een longstay-status: geen behandelruk en 'behandeling' die niet is gericht op resocialisatie;
2. De longstay-status is opgeheven, maar er is nog geen instelling gevonden waar de tbs-gestelde geplaatst kan worden. Klinieken ondervinden moeilijkheden bij het geplaatst krijgen van tbs-gestelden in de ggz. Zij stellen dat ggz-instellingen het vaak niet aandurven om een tbs-gestelde (met voormalige longstay-status) op te nemen. Aangezien de afdeling Plaatsing slechts een rol heeft bij het overplaatsen naar behandelklinieken, dienen klinieken zelf zorg te dragen voor overplaatsing naar de ggz. Daarnaast zijn er patiënten bij wie de longstay-status is opgeheven, maar de longstay-afdeling niet willen verlaten. Tot slot is er een geval waarbij de overplaatsing is mislukt en een geval waarbij geen sprake is van longstay-status maar het verblijf in de longstay-voorziening als voorwaarde bij beëindiging van tbs is gesteld.

¹³⁹ Het omgekeerde gebeurt ook: tbs-gestelden met een longstay-status die niet binnen een longstay-voorziening verblijven. Eén tbs-gestelde verblijft bijvoorbeeld op de Intensive Care Afdeling binnen de behandelkliniek, omdat hij een dusdanige mate van begeleiding nodig heeft die binnen de longstay-voorziening niet geboden kan worden. Daarnaast wil de Van der Hoeven Kliniek een tbs-gestelde met longstay-status (voor wie het verzoek tot opheffing van de longstay-status is afgewezen) in de kliniek houden, ook al heeft Van der Hoeven vanaf medio 2013 geen longstay-bedden meer. De reden hiervoor is (onder andere) de fysieke aanpassingen die de kliniek voor deze tbs-gestelde heeft gedaan (zoals het plaatsen van een dubbele sluis), die bij overplaatsing elders opnieuw nodig zijn.

⁶² Th.A.M. Deenen, 'Longstay, anders dan levenslang?' Ontmoetingen: Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, nr. 13 (2007).

3.4 Deelconclusie interne differentiatie

140 De in het beleidskader beoogde differentie naar zorgniveau en beveiligingsniveau is in de praktijk anders ingevuld. De interne differentiatie vindt binnen de kleine populatie van tbs-gestelden met een longstay-status plaats zoals dat ook voor de invoering van het beleidskader al het geval was. Er is zowel sprake van differentiatie tussen klinieken en tussen afdelingen binnen klinieken. De differentiatie is gebaseerd op een inschatting van (onder andere) de begeleidbaarheid, zelfstandigheid, risicovol gedrag, drugsgebruik, pathologie, kwetsbaarheid, behoefte aan structuur en contact met medepatiënten. Hierbij wordt belang gehecht aan een afgewogen groepssamenstelling. Binnen de klinieken zijn onderscheiden afdelingen waarbij zorg en beveiliging meer en minder intensief is. Een categorisering in hoog, midden en laag zorg- en beveiligingsniveau wordt echter niet gebruikt voor interne differentiatie.

141 Op longstay-afdelingen verblijven ook tbs-gestelden zonder longstay-status. De belangrijkste redenen hiervoor zijn:

1. Er zijn meer plaatsen op de afdeling dan er ingekocht zijn voor tbs-gestelden met een longstay-status. Dit was tot begin 2012 het geval in de Van der Hoeven kliniek;
2. Na opheffing van de longstay-status heeft nog geen overplaatsing plaatsgevonden of deze is mislukt.

142 Er zijn enkele tbs-gestelden met longstay-status die op een behandelafdeling van een FPC verblijven.

S I G N I F I C A N T

4. Van aanvraag longstay-status tot plaatsing

143 In dit hoofdstuk staat het eerste deel van het proces centraal: de aanvraag van longstay-status, de mogelijkheid om beroep aan te tekenen tegen het plaatsingsbesluit en de instroom in de longstay-voorziening. Voor zover in het beleidskader over deze onderdelen is geschreven, zetten we de uitvoeringspraktijk af tegen de beoogde uitvoering uit het beleidskader.

4.1 Aanvraag longstay-status

144 In het Beleidskader Longstay Forensische Zorg 2009 zijn de vijf instroomcriteria genoemd waaraan een terbeschikkinggestelde moet voldoen om in aanmerking te kunnen komen voor een longstay-indicatie⁶³ (zie ook paragraaf 1.1).

145 Het proces van de aanvraag van de longstay-status moet volgens het beleidskader als volgt verlopen:

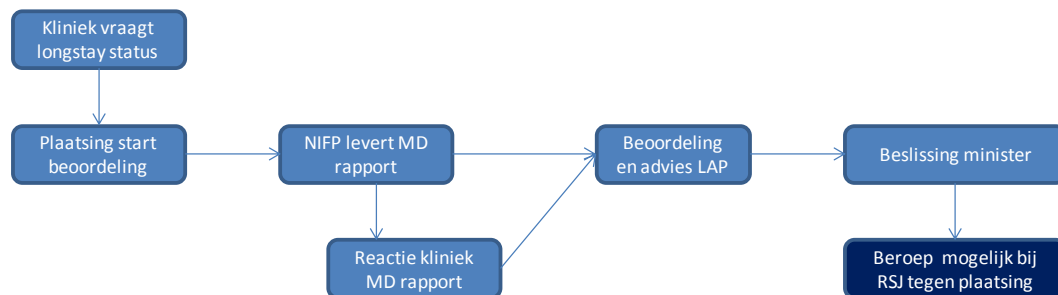
1. Op grond van haar verantwoordelijkheid voor de invulling van de behandeling (art. 17 Bvt) is het FPC verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie voor de aanvraag van de longstay-status;
2. De aanvraag wordt door het FPC, via een vast format, ingediend bij de afdeling Plaatsing van het ministerie van Veiligheid en Justitie. De afdeling Plaatsing vraagt bij het NIFP een multidisciplinaire rapportage aan ten behoeve van de toetsing van de longstay-aanvraag;
3. Wanneer de documentatie compleet is, vraagt de afdeling Plaatsing een onafhankelijk deskundig advies aan de LAP;
4. De LAP toetst de aanvraag voor de longstay-status op basis van eigen onderzoek en alle relevante dossierstukken;
5. Wanneer de LAP concludeert dat de noodzaak voor langdurige beveiliging en zorg niet kan worden vastgesteld en er nog behandelingsmogelijkheden zijn, geeft zij een negatief plaatsingsadvies aan de afdeling Plaatsing. Daarbij zal zij deze conclusie motiveren. De LAP kan tevens een behandeladvies geven;
6. Wanneer de LAP concludeert dat er gedegen grond is voor een longstay-indicatie zal zij positief adviseren aan het hoofd van de afdeling Plaatsing. De LAP geeft daarbij aan welk beveiligingsniveau en zorgbehoefte vereist is. De vereiste niveaus worden bepaald aan de hand van een vast format;
7. Het hoofd Plaatsing DForZo beslist vervolgens namens de minister van Veiligheid en Justitie of er een longstay-indicatie wordt afgegeven. Indien deze indicatie (tegen het advies van de LAP in) niet wordt afgegeven door het hoofd Plaatsing, communiceert hij deze afwijzing omkleed met redenen naar patiënt, kliniek en de LAP.

146 Indien er een longstay-indicatie wordt afgegeven, verloopt het proces als volgt:

1. De tbs-gestelde wordt aangemeld bij de longstay-voorziening.
2. Het hoofd Plaatsing DForZo geeft, namens de minister, een plaatsingsbeslissing af na de voorgeschreven hoorprocedure;
3. De tbs-gestelde kan, binnen zeven dagen nadat deze van de plaatsingsbeslissing op de hoogte is gesteld, tegen de plaatsingsbeslissing in beroep gaan bij de RSJ. De advocaat van de betrokken tbs-gestelde wordt binnen twee werkdagen op de hoogte gesteld van de voorgenomen plaatsing.

⁶³ Beleidskader Longstay Forensische Zorg 2009, blz. 15.

147 Figuur 3 geeft een globaal overzicht van het gevolgde proces bij een aanvraag voor longstay-status. Een meer gedetailleerd proces schema is opgenomen in bijlage C.



Figuur 3: Schematische weergave van het proces van herbeoordeling

4.1.1 Aanvraag van de longstay-status door kliniek

148 Indien het FPC waarin de tbs-gestelde verblijft van mening is dat aan de instroomcriteria wordt voldaan, kan het FPC bij de afdeling Plaatsing DForZo van het ministerie van Veiligheid en Justitie een aanvraag indienen voor een longstay-indicatie voor betrokkene. 'Aanvragende' klinieken geven aan dat aanleiding voor een aanvraag van longstay-status meestal een vastgelopen behandeling betreft. Indicaties daarvoor zijn dat de tbs-gestelde nergens meer aan deelneemt, niet behandeld wil worden en dit al enige jaren volhoudt. Als er nog geen tweede (of derde) behandel poging is geweest, proberen zij de tbs-gestelde soms nog uit te ruilen met een andere kliniek⁶⁴ voor een nieuwe behandel poging. Als er al drie behandel pogingen zijn geweest, komt de longstay volgens hen zeker in zicht. Bij de instroomcriteria is in het beleidskader bepaald dat bij bepaalde individuen die zeer gevoelig zijn voor decompensatie een multidisciplinair onderzoek de tweede behandel poging kan vervangen. Het komt in uitzonderingsgevallen voor dat de kliniek na één behandel poging al de longstay-status aanvraagt.

149 Over het algemeen hebben tbs-gestelden een weinig positief beeld over de longstay-afdeling, omdat de terugkeer in de maatschappij daarmee niet of nauwelijks meer in zicht zou zijn. Dit is volgens geïnterviewden niet noemenswaardig veranderd na de invoering van de herbeoordeling. Sommige tbs-gestelden willen juist graag naar een longstay-afdeling omdat ze daar verlost zullen zijn van behandeldruk. De geïnterviewde van de Van Mesdag kliniek geeft aan dat een dergelijke wens voor hen geen reden is om een aanvraag voor longstay-status te doen. Zij hebben intern de mogelijkheid om de behandeldruk te verlagen.

150 Beide aanvragende klinieken geven aan dat een aantal tbs-gestelden al lange tijd bij hen verblijft. Het (soms zeer) langdurige verblijf vormt geen reden om de longstay-status aanvragen. Bij deze tbs-gestelden vindt nog steeds vooruitgang plaats, ook al verloopt die traag: "Het is vaak twee stappen vooruit en anderhalve stap terug". Daarnaast zijn er tbs-gestelden die weliswaar vooruitgang boeken - en daarom niet aan de instroomcriteria voor de longstay-status voldoen -, maar worden geschaard onder de zogenaamde 'schijnaanpassers'. Omdat ze onvoldoende van zichzelf laten zien tijdens de behandeling, is het risico op recidive niet in te schatten en mogen ze niet op verlof. Ook bestaat een categorie van tbs-gestelden die relationele delicten pleegt. Zolang ze binnen de kliniek verblijven en geen relaties kunnen aangaan, is er geen gevaar. Tegelijkertijd is daarmee niet in te schatten of hun delictgevaarlijkheid is afgenomen.

⁶⁴ Dit is toegestaan na drie jaar, zonder tussenkomst van de afdeling Plaatsing.

Tot slot geven de aanvragende klinieken aan dat bij hun overweging om de longstay-status aan te vragen het nieuwe verlofstelsel meespeelt. Verlof is van groot belang voor de kwaliteit van leven en het bieden van perspectief. Sommige behandelaars vinden de gebrekkige mogelijkheden tot verlof inhumain en wachten daarom langer met het aanvragen van de longstay-status voor een tbs-gestelde.

151 De geïnterviewde advocaat geeft aan dat hij, door intensief contact te onderhouden met zijn cliënt en de kliniek, probeert te voorkomen dat er een aanvraag voor longstay-status wordt gedaan. Wanneer de beslissing tot het indienen van een aanvraag voor de longstay-status door de kliniek is genomen, kunnen advocaten nog proberen om bij het ministerie om een overplaatsing te vragen naar een nieuwe behandelinstelling. Mocht dat niet slagen, dan staat er tegen de uiteindelijke plaatsingsbeslissing nog beroep open bij de RSJ.

4.1.2 Teruglopend aantal aanvragen

152 Het aantal aanvragen voor de longstay-status is de afgelopen jaren gedaald. Tabel 6 geeft het aantal bekende longstay-aanvragen aan vanaf juni 2006. Hieruit wordt duidelijk dat het aantal aanvragen in de recente jaren 2011 en 2012 (totaal 25 aanvragen) aanmerkelijk lager ligt dan in de periode 2007 en 2008 (98 aanvragen). Voor het aantal longstay-aanvragen en toekenningen is gebruikgemaakt van verschillende bronnen waardoor de gegevens over de jaren 2009 en 2010 mogelijk niet geheel volledig zijn (zie bijlage D voor een toelichting).

Jaar	Aantal bekende aanvragen longstay status	Bezetting FPC's ultimo september ***	% Aanvragen van bezetting FPC's
2006*	29	1690	1,7%
2007	62	1797	3,5%
2008	36	1883	1,9%
2009**	20	2008	1,0%
2010**	6	1977	0,3%
2011	18	1875	1,0%
2012	7	nog onbekend	
onbekend	3		
Totaal	181		

* gegevens vanaf juni 2006.

** van medio maart 2009 tot medio augustus 2010 zijn de gegevens mogelijk incompleet.

*** bronnen: Forensische zorg in getal 2006-2010; Forensische zorg in getal 2007-2011.

Tabel 6: Aantal bekende aanvragen voor longstay-status per jaar

153 Een samenspel van factoren lijkt de oorzaak voor de afname. Zonder de pretentie volledig te zijn, geven we weer welke redenen tijdens de interviews zijn genoemd. Ten eerste wordt genoemd dat de potentiële longstay-populatie in absolute aantallen afneemt, niet alleen omdat de maatregel tbs minder vaak wordt opgelegd⁶⁵, maar ook omdat degenen die potentieel longstay-status kunnen krijgen inmiddels uit de tbs-populatie zijn gehaald.

⁶⁵ Van Gemmert et al (2012). Forensische Zorg in getal. DJI, Den Haag.

Voor zover hoge bezetting en wachtlijsten, ten tweede, in het verleden een prikkel vormden om longstay-status aan te vragen, is deze prikkel nu weggefallen. Ten derde geven de geïnterviewde klinieken aan dat het beeld van de longstay bij cliënten over het algemeen niet positief is. De geïnterviewde advocaat geeft aan zoveel mogelijk plaatsing in een longstay-voorziening te voorkomen. Klinieken zelf proberen zo mogelijk de behandeling zo aan te passen dat geen longstay-aanvraag nodig is. Tot slot is de beperking van verlofmogelijkheden in de nieuwe Verlofregeling een reden om aanvraag van de longstay-status te vermijden.

4.1.3 *Advies van de kliniek*

154 Bij de aanvraag dienen klinieken ook te adviseren over het beveiligings- en zorgniveau. In de praktijk zeggen ze hier wel een omschrijving van te geven, maar het niet in de termen van hoog, midden of laag te vatten. Bij behandelaars is er weinig kennis over het beleidskader in het algemeen en over het vaststellen van het beveiligingsniveau in het bijzonder. De geïnterviewde aanvragende klinieken geven allebei aan geen gebruik te maken van de brief van de LAP⁶⁶ waarin uiteen wordt gezet op welke wijze de beveiligingsniveaus onderbouwd zouden moeten worden. De ene kliniek geeft aan het beveiligingsniveau naar eigen inzicht in te vullen, de andere zegt meestal helemaal geen advies over beveiligingsniveau te geven. In dat laatste geval krijgen ze later alsnog het verzoek van afdeling Plaatsing om toch een advies te geven. Sinds de inwerkingtreding van het beleidskader (1 juni 2009) hebben de klinieken een zorgniveau, in termen van 'hoog', 'midden', 'laag', vermeld bij 32% van de aanvragen en een beveiligingsniveau, in termen van 'hoog', 'midden', 'laag' bij 40% van de aanvragen (N=38).

4.1.4 *Advies van het NIFP*

155 Vanuit de afdeling Plaatsing wordt een verzoek ingediend bij het NIFP voor het opstellen van een rapportage. Namens het NIFP brengen een psycholoog en een psychiater onafhankelijk van elkaar advies uit.⁶⁷ Naderhand vindt onderling overleg plaats en wordt vastgesteld in hoeverre de bevindingen overeenkomen. Nadrukkelijk wordt bij afwijkingen niet gestreefd naar overeenstemming, maar naar een verklaring voor de afwijkingen. In beide rapportages wordt melding gemaakt van de uitkomsten van dit overleg.

156 Het NIFP verwoordt zijn advies over zorg- en beveiligingsniveau volgens de geïnterviewde respondent niet in termen van hoog, midden of laag. Uit de dossierstudie blijkt echter dat bij aanvragen sinds de invoering van het beleidskader het NIFP toch in 3 van de 12 gevallen waarin het positief adviseerde over de longstay-status ook een uitspraak is gedaan over het zorgniveau. In 8 van de 12 gevallen werd er ook een uitspraak gedaan over het beveiligingsniveau in termen van hoog, midden en laag. Indien door de rapporteurs alleen een omschrijving wordt gegeven van het beveiligingsniveau, dan vindt bij afdeling Plaatsing de interpretatie - indien mogelijk - plaats in termen van hoog, midden en laag.

⁶⁶ Brief LAP 'vaststellen beveiligingsniveau' van 21 mei 2012.

⁶⁷ Onafhankelijkheid in de advisering is van belang voor het NIFP. Bij de selectie van psychiaters en psychologen voor het MD onderzoek wordt ook expliciet aandacht besteed aan de eventuele eerdere betrokkenheid van deskundigen in een zaak. Als er sprake is van eerdere betrokkenheid wordt afgewogen in hoeverre dit bezwaarlijk is. Hierbij wordt ook een eventueel bezwaar van de tbs-gestelde tegen de deskundige afgewogen. Richtlijnen hierover zijn onderdeel van de samenwerkingsovereenkomst tussen NIFP en rapporteurs. Zie ook NIFP (2008). Borging onafhankelijkheid deskundigenoordeel.

4.1.5 Advies van de LAP

157 Nadat de afdeling Plaatsing het multidisciplinaire rapport van het NIFP heeft ontvangen, wordt sinds eind 2011 de kliniek in de gelegenheid gesteld om op de rapportage te reageren. De aanvraag, de rapportage en de reactie daarop van de kliniek worden vervolgens voorgelegd aan de LAP. De LAP is ingesteld om de minister te adviseren over de afdoening van aanvragen tot plaatsing, voortzetting of beëindiging van plaatsing van ter beschikking gestelden in een longstay-voorziening⁶⁸. De LAP geeft op basis van eigen onderzoek van alle relevante stukken een gemotiveerd plaatsingsadvies aan DForZo, waarin tevens een advies wordt gegeven met betrekking tot het benodigde beveiligings- en zorgniveau.

158 De LAP bestaat aanvankelijk (rond 2005) uit vijf leden: twee personen van de Forensisch Psychiatrische Dienst⁶⁹ (FPD) en drie behandeldirecteuren van tbs-instellingen⁷⁰.

159 Aan de LAP worden per 1 februari 2011 twee juristen toegevoegd als voorzitter en vicevoorzitter. Ter versterking van de in het beleidskader beoogde onafhankelijkheid is gekozen voor (senior) raadsheren uit het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden. Deze raadsheren zetten de procedure voor formalisering van de LAP in gang, die uiteindelijk plaatsvindt op 15 april 2012 door middel van een instellingsbesluit⁷¹. De (overige) leden van de LAP verwelkomen de toevoeging van de raadsheren. Behalve dat deze raadsheren toezien op een zorgvuldige besluitvorming, stelt hun aanwezigheid de gedragskundigen in staat zich op de inhoud te richten - aangezien de procedure door de raadsheren gecontroleerd wordt. Zij menen dat hun adviezen meer inhoudelijk zijn geworden. De samenstelling van de LAP is daarmee thans als volgt: twee raadsheren, zes forensisch psychiaters en psychologen en een secretaris. Een vergadering van de LAP wordt gehouden met een afvaardiging van de leden van de LAP, te weten: een raadsheer, twee gedragsdeskundigen en een secretaris.

160 In het kader van het onderzoek stelt de LAP de tbs-gestelde, in tegenstelling tot vroeger, in de gelegenheid te worden gehoord.⁷² De RSJ betreft bij toetsing van een zorgvuldige voorbereiding van de plaatsingsbeslissing de vraag of de tbs-gestelde door de LAP is gehoord. Aanvankelijk (voor invoering van het beleidskader) liet de LAP dat over aan de NIFP-rapporteurs.

161 Sinds de inwerkingtreding van het beleidskader (1 juni 2009) zijn in totaal 22 aanvragen voor longstay-status afgerond, waarbij de LAP 9 keer adviseerde om de longstay-status toe te kennen. Bij deze aanvragen dient de LAP volgens het beleidskader in te gaan op het zorgniveau en het beveiligingsniveau.

⁶⁸ Besluit van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 15 april 2012, nr. DDS5706676: Instellingsbesluit Landelijke adviescommissie plaatsing longstay forensische zorg.

⁶⁹ De Forensisch Psychiatrische Dienst is later samengevoegd met het Pieter Baan Centrum tot het huidige NIFP.

⁷⁰ De kliniek waar de tbs-gestelde verblijft maakt geen deel uit van de adviescommissie. Bron: Kamerstukken II, 2004/05, 29 452, nr. 2.

⁷¹ Instellingsbesluit Landelijke adviescommissie plaatsing longstay forensische zorg, 2012.

⁷² De terminologie die hiervoor gebruikt wordt loopt uiteen tussen zien, spreken, en horen. Het beleidskader spreekt van zien. Dat de LAP tegenwoordig de tbs-gestelde hoort is voor hun eigen oordeelsvorming en niet in het kader van de bestuursrechtelijke procedure waarbij een patiënt moet worden gehoord voorafgaand aan de beslissing.

1. De LAP deed in 4 van de 9 gevallen waarin zij positief adviseerde over een longstay-status een uitspraak over het zorgniveau in termen van 'hoog' (2 keer), 'midden' (2 keer) of 'laag'. Belangrijker dan deze kwalificatie vindt de LAP de omschrijving die zij geven van het benodigde zorgniveau of behandelklimaat. Op basis daarvan wordt de minister in staat gesteld te bepalen in welke voorziening de tbs-gestelde het beste op zijn plaats zou zijn;
2. De LAP deed in alle 9 gevallen waarin zij positief adviseerde over een longstay-status een uitspraak over het beveiligingsniveau. Een laag beveiligingsniveau werd niet geadviseerd. Wel werd het beveiligingsniveau 'hoog' (5 keer) en 'midden' (2 keer) geadviseerd. Daarnaast werden tweemaal tussenvarianten in termen van laag/midden en midden/hoog gebruikt.

¹⁶² De adviezen van het NIFP en de LAP stemmen, voor zover bekend, meestal overeen met betrekking tot de conclusie over het toekennen van de longstay-status (83%; N = 41; zie tabel 7).⁷³ In zes gevallen verschillen NIFP en LAP van inzicht waarbij de LAP 3 keer wel en 3 keer niet de longstay-status toekent. In één geval adviseert de LAP aanhouding van de beslissing.

NIFP	LAP			Totaal
	Niet toekennen	Toekennen	Aanhouden	
Niet toekennen	4	3	0	7
Toekennen	3	30	1	34
Totaal	7	33	1	41

Tabel 7: Overeenstemming in adviezen tussen NIFP en LAP bij aanvraag lonstay status

¹⁶³ Bij de acht adviezen⁷⁴ waarin zowel LAP als NIFP een uitspraak doen over het zorgniveau stemmen deze volledig overeen. In 2 van de 5 adviezen is wel verschil in het advies van de LAP en de kliniek met betrekking tot zorgniveau: de LAP adviseert eenmaal een lager en eenmaal een hoger zorgniveau.

¹⁶⁴ Bij de 13 adviezen⁷⁵ waarin zowel LAP als NIFP een uitspraak doen over het beveiligingsniveau stemmen deze in acht gevallen volledig overeen. De LAP adviseert in een geval een hoger beveiligingsniveau en in vier gevallen een lager beveiligingsniveau dan het NIFP. De adviezen van de LAP en de kliniek met betrekking tot het beveiligingsniveau stemmen in 6 van de 9 gevallen overeen. De LAP adviseert tweemaal een hoger en eenmaal een lager beveiligingsniveau dan de kliniek.

¹⁶⁵ Uit de dossierstudie blijkt dat de LAP in de periode 2002 tot 2011 in totaal 24 keer heeft geadviseerd om de longstay-status niet toe te kennen.⁷⁶ De motivering van de LAP loopt uiteen, de volgende overwegingen worden hierbij genoemd (meer dan één reden mogelijk):

1. Er zijn nog behandelmogelijkheden (11 keer);
2. Plek mogelijk in andere instelling (7 keer);

⁷³ Het betreft hier adviezen voor plaatsingsbesluiten die genomen zijn na invoering van het beleidskader op 1 juni 2009.

⁷⁴ Deze vergelijking tussen de adviezen is (met het oog op de al beperkte aantallen) inclusief de gevallen waarbij de longstay-status is aangevraagd voor de inwerkingtreding van het beleidskader, maar het plaatsingsbesluit is genomen nadat het beleidskader in werking is getreden.

⁷⁵ Idem als vorige voetnoot.

⁷⁶ Aangezien na invoering van het beleidskader niet meer dan 9 LAP adviezen bekend zijn om longstay-status niet toe te kennen, is er voor gekozen deze motiveringen over een langere periode te bestuderen.

3. Verder onderzoek/diagnostiek/second opinion nodig (4 keer);
4. Delictgevaarlijkheid niet zodanig dat longstay nodig is (2 keer);
5. Ongewenst verklaarde vreemdeling is geen reden voor longstay (2 keer);
6. Resocialisatie is mogelijk (2 keer);
7. Eerdere besluiten zijn nog niet gerealiseerd (2 keer);
8. Betrokkene wil niet overgeplaatst worden (1 keer);
9. Overplaatsing kan schadelijk zijn voor bereikte resultaat (1 keer).

4.1.6 Beslissing van de minister

166 Het hoofd Plaatsing van DForZo bepaalt na het advies van de LAP namens de minister of de indicatie voor longstay wordt afgegeven en in welke kliniek de tbs-gestelde zal worden geplaatst.⁷⁷ Dat de tussenkomst van de minister noodzakelijk is voor een overplaatsing naar een longstay-voorziening is een direct gevolg van het feit dat de longstay-voorziening de status heeft gekregen van een ‘externe differentiatie’ binnen het tbs-veld. Dit betekent dat plaatsing moet geschieden op last van de minister van Veiligheid en Justitie, zelfs als het om een overplaatsing binnen dezelfde kliniek gaat.

167 De minister volgt in zijn plaatsingsbeslissing in de regel het advies van de LAP over het al dan niet toekennen van de longstay-status⁷⁸. De minister neemt geen beslissing over het toe te kennen zorgniveau en het advies van de LAP daarover wordt ook niet gebruikt om te kunnen plaatsen op de meest passende voorziening. Het beveiligingsniveau wordt door de minister eind 2012 voor het eerst vastgesteld bij plaatsing.

168 Er zijn sinds 2010 twee uitzonderingen bekend waarbij de LAP adviseerde om de longstay-status niet toe te kennen, maar dat de minister besloot toch de longstay-status toe te kennen. Beide zaken betroffen aanvragen voor ongewenst verklaarde vreemdelingen die niet naar hun land van herkomst konden worden uitgezet. De LAP was de mening toegedaan dat het behandelbare tbs-gestelden betrof en dat zij daarom overgeplaatst zouden moeten worden naar de ggz. Zij adviseerden daarom de longstay-status niet toe te kennen. Omdat deze ongewenst verklaarde vreemdelingen - vanwege hun status - niet op verlop mogen, vond de minister de longstay-status toch het aangewezen middel, ondanks het feit dat er niet was voldaan aan de instroomcriteria voor de longstay-status⁷⁹. In een van beide gevallen heeft beroep bij de RSJ uitgewezen dat enkel de status van ongewenst vreemdeling onvoldoende is voor toekenning van de longstay-status⁸⁰. De toegekende longstay-status is hierna voor deze persoon beëindigd. Dit heeft vooralsnog geen consequenties gehad voor vijf⁸¹ andere ongewenst verklaarde vreemdelingen met longstay-status.

⁷⁷ Art. 11 lid 3 jo art. 11 lid 1 en 2 Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

⁷⁸ De minister mag volgens het Instellingsbesluit van de LAP (2012) ‘gemotiveerd afwijken van het advies van de LAP’.

⁷⁹ In een brief aan de Tweede Kamer schrijft staatssecretaris Albayrak dat ongewenst verklaarde vreemdelingen kunnen worden geïndiceerd voor een longstay-status. Bron: Kamerstukken II, 2007/08, 29 452, nr. 92.

⁸⁰ RSJ, 4 januari 2013, 12/2014/TB.

⁸¹ Volgens opgave van Plaatsing hebben in april 2013 in totaal vijf ongewenst verklaarde vreemdelingen de longstay-status.

169 Indien de minister positief besluit over de toekenning van de longstay-status, wordt de tbs-gestelde aangemeld bij de longstay-voorziening. Deze voorziening moet de plaatsing aannemen, tenzij er gegronde redenen zijn om er vanaf te zien. Nadat de betrokkene is gehoord, wordt de plaatsingsbeslissing afgegeven namens de minister.

170 De gehele procedure van aanvraag van de longstay-status tot de plaatsingsbeslissing neemt doorgaans geruime tijd in beslag. De plaatsingsbeslissing wordt door de minister genomen als duidelijk is dat de tbs-gestelde ook daadwerkelijk geplaatst kan worden. Er is een tijd sprake geweest van capaciteitstekort in de longstay. Sinds de longstay-populatie terugloopt kan er sneller geplaatst worden. De doorlooptijd varieert sinds juni 2006 van 3 tot 1.550 dagen, met een mediaan van 534 dagen (N=80). 82 Sinds invoering van het beleidskader in juni 2009 is de mediane doorlooptijd 301 dagen (N=16).

4.2 Plaatsing en instroom longstay

171 Na toekenning van de longstay-status wordt de tbs-gestelde overgeplaatst naar een longstay-voorziening: de Pompekliniek, Veldzicht of Van der Hoeven Kliniek. Recent worden alleen nog plaatsingen gedaan in de Pompekliniek, vanwege de naderende sluiting van de longstay-voorziening van de Van der Hoeven Kliniek en de in het Masterplan Detentie van maart 2013 voorgenomen sluiting van de gehele kliniek van Veldzicht. Indien een tbs-gestelde wordt geplaatst in de Pompekliniek, wordt door de Pompekliniek bepaald of de tbs-gestelde in de kliniek in Zeeland of Vught wordt geplaatst.

Tabel 8 geeft een overzicht van de instroom in longstay vanaf 2008.⁸³ De instroom laat de afgelopen jaren een dalende ontwikkeling zien.

Jaar van instroom	Aantal bekende toekenningen longstay-status
2008	21
2009 *	31
2010 *	15
2011	6
2012	3
onbekend **	1
Totaal	77

* van medio maart 2009 tot medio augustus 2010 zijn de gegevens mogelijk incompleet

** jaar instroom onbekend, op basis van de aanvraag datum vermoedelijk na 2007

Tabel 8: Aantal bekende toekenningen van de longstay-status

⁸² Gebaseerd op 80 aanvragen vanaf juni 2006. Negatieve doorlooptijden zijn buiten de analyse gelaten: 3 keer was de geregistreerde beslissingsdatum voor de aanvraagdatum. Voor 2 zaken is sprake van statistische uitbijters op basis van 1.5 interkwartielafstand. Voor de resterende 78 zaken loopt de range uiteen van 3 tot 1127 dagen met een mediaan van 532 dagen.

⁸³ Er is gekozen voor rapportage vanaf het jaar 2008 aangezien in de gehanteerde bronnen de eerste geregistreerde instroom in december 2007 was. Op basis van reconstructie in de dossierstudie zijn over de periode 1998 tot en met 2007 in totaal 147 toekenningen van de longstay-status teruggevonden (van 2 toekenningen is de datum niet bekend, maar is de aanvraagdatum van ruim voor 2005).

4.3 Beroep tegen toekenning van longstay-status

4.3.1 Aantekenen van beroep

172 In het beleidskader staat vermeld dat een tbs-gestelde in beroep kan gaan bij de RSJ tegen de beslissing tot plaatsing in een longstay-voorziening (art. 69 lid 1 sub a Bvt). Uit onze dossierstudie blijkt dat er in ongeveer veertig procent van de plaatsingsbeslissingen beroep wordt aangetekend bij de RSJ⁸⁴. Dat is in de rechtspraak een zeer hoog percentage. Desondanks stellen vertegenwoordigers van de FPC's en de advocaten dat tbs-gestelden in de praktijk onvoldoende in de gelegenheid zijn om gebruik te maken van hun recht op beroep. De plaatsingsbeslissing wordt namelijk wel naar de tbs-gestelde gestuurd (artikel 54 lid 2 Bvt), maar de geïnterviewde advocaten ontvangen hiervan niet altijd een kopie binnen de in het beleidskader gestelde termijn van twee werkdagen. Aangezien tbs-gestelden volgens de geïnterviewde vertegenwoordigers van de FPC's en de advocaten soms de inhoud van de brief niet begrijpen en zij lang niet allemaal goed contact onderhouden met hun advocaat, is het risico dat zij onvoldoende mogelijkheid hebben om binnen zeven werkdagen beroep aan te tekenen.

173 Sinds 2006 heeft de RSJ 106 keer een uitspraak gedaan in een beroep tegen plaatsing op een longstay-afdeling (waarvan drie niet tegen het besluit maar tegen het uitblijven daarvan). De gronden voor beroep tegen plaatsing kunnen de zorgvuldigheid van de besluitvorming betreffen (formele gronden), de inhoud van de plaatsingsbeslissing (materiële gronden) of allebei. De meest genoemde (minimaal vijf keer) materiële gronden zijn:

1. Behandel mogelijkheden zijn nog niet uitputtend benut (69 keer);
2. Resocialisatie mogelijkheden zijn nog niet uitputtend benut (13 keer);
3. Plaatsing in longstay is strijdig met andere rapporten, verslagen of besluiten (11 keer);
4. Het delict risico is laag of onvoldoende onderzocht (8 keer); Externe deskundigen zien wel mogelijkheden anders dan longstay (5 keer).

De meest genoemde formele gronden zijn:

1. Stukken zijn onvolledig, onjuist, verouderd of ontbreken (17 keer);
2. Cliënt is niet tijdig geïnformeerd over longstay (5 keer);
3. De LAP heeft de cliënt niet gehoord (5 keer).

174 Van de 12 beroepen tegen plaatsing na invoering van het beleidskader had het beroep in drie gevallen (mede) betrekking op het geïndiceerde beveiligingsniveau⁸⁵. De geïnterviewde advocaat geeft aan dat hij bij een beroep weliswaar regelmatig ingaat op het vastgestelde beveiligingsniveau, maar dat (in het geval van een laag beveiligingsniveau) vooral gebruikt om aannemelijk te maken dat zijn cliënt in aanmerking zou moeten komen voor plaatsing binnen de ggz.

⁸⁴ Vanaf 2008 tot en met 2012 zijn 77 plaatsingsbeslissingen bekend vanuit DJI registraties. Vanuit de uitspraken van de RSJ zijn totaal 33 uitspraken bij beroepen bekend die betrekking hebben op plaatsingsbesluiten in dezelfde periode. Deling van beide aantallen geeft een ruwe schatting van ongeveer veertig procent beroep tegen plaatsingsbeslissing. Een berekening op zaaksniveau was niet mogelijk aangezien de gegevens van beide bronnen niet gekoppeld konden worden.

⁸⁵ Deze beroepen zijn niet opgenomen in bovenstaand overzicht, omdat het beveiligingsniveau niet behoort tot de meest (minimaal vijf keer) genoemde gronden voor beroep.

4.3.2 Behandeling van beroep

175 De beroepscommissie van de RSJ bestaat uit drie leden. Als voorzitter treedt in de praktijk steeds een met rechtspraak belast lid van de rechterlijke macht op. Verder wordt de gedragskundige expertise in de beroepscommissie gewaarborgd doordat ten minste een van de andere leden psycholoog of psychiater is. De beroepscommissie toetst of de beslissing van de minister in strijd is met een wettelijk voorschrift of verdrag, dan wel onredelijk of onbillijk is⁸⁶. Om hierover een uitspraak te kunnen doen, dient de commissie te beschikken over alle relevante stukken, zoals de aanvraag van longstay-status door de kliniek, wettelijke aantekeningen, verlengingsadviezen, contra-expertises en onafhankelijke advisering bij zes-jaarsverlenging. Meestal worden deze stukken door de advocaat ingediend. Indien de commissie in een uitzonderlijk geval niet over alle stukken beschikt, of vragen heeft naar aanleiding van deze stukken, kan aanvullende informatie worden opgevraagd bij het ministerie⁸⁷. Voordat de commissie zich over het beroep buigt, antwoordt de minister op het beroepsschrift met een toelichting op zijn beslissing waarin expliciet wordt ingegaan op de aangevoerde argumenten uit het beroepsschrift⁸⁸. Zo nodig worden hierbij aanvullende relevant geachte stukken meegestuurd.

176 De beroepscommissie kan gelet op de wettelijke regeling volstaan met een schriftelijke procedure, maar gezien het belang van de toekenning van longstay-status vindt de behandeling van het beroep eigenlijk altijd op een zitting plaats. De beroepscommissie doet in beginsel binnen zes weken uitspraak. In de periode tussen de zitting en de uitspraak wordt de tbs-gestelde bij voorkeur (nog) niet overgeplaatst naar een longstay-afdeling.

Het aantal uitspraken van de RSJ over beroep tegen plaatsing is in de loop van de jaren gedaald, wat een gevolg is van de dalende aantallen plaatsing in longstay. Tabel 9 geeft een overzicht van het aantal uitspraken per jaar met betrekking tot plaatsing.

Jaar van uitspraak	Aantal uitspraken
2006	44
2007	19
2008	12
2009	16
2010	8
2011	5
2012	2
Totaal	106

Tabel 9: Aantal RSJ uitspraken per jaar bij beroep tegen plaatsing longstay

⁸⁶ Artikel 66 lid 2 Bvt.

⁸⁷ De beroepscommissie kan geen stukken opvragen bij de kliniek omdat deze geen partij is.

⁸⁸ Over het algemeen hebben de argumenten van de advocaat betrekking op de mate van delictgevaarlijkheid, mogelijkheden tot behandeling en/of mogelijkheden om opgenomen te kunnen worden in de ggz.

177 De beroepsprocedure bij de RSJ neemt de nodige tijd in beslag. De doorlooptijd tussen het plaatsingsbesluit van de minister en de uitspraak van de RSJ loopt uiteen van 111 tot 1402 dagen, met een mediaan van 210 dagen⁸⁹.

178 In totaal zijn 37 beroepen (35%) gegrond verklaard, 64 beroepen ongegrond verklaard, 4 niet ontvankelijk en 1 beroep is aangehouden. Van de 37 gegrond verklaarde beroepen⁹⁰ is in 34 gevallen de beslissing van de minister vernietigd en is 24 keer een geldelijke tegemoetkoming (compensatie) toegekend. Het aandeel gegrond verklaarde beroepen is hoog. Na invoering van het beleidskader wordt verhoudingsgewijs minder vaak een beroep tegen plaatsing gegrond verklaard: van de 11 ingestelde beroepen (die niet zijn aangehouden) is 1 (9%) gegrond verklaard (het verschil is marginaal significant bij $p = .05$).

179 Als de beslissing van de minister op formele gronden wordt vernietigd, zal de minister een nieuwe beslissing dienen te nemen. Deze nieuwe beslissing kan opnieuw een beslissing tot plaatsing in de longstay zijn. Bij gegrondverklaring om inhoudelijke (materiële) redenen kan de RSJ de minister opdragen een nieuwe beslissing te nemen. De ruimte om alsnog te beslissen tot plaatsing in de longstay is dan beperkt.

180 De meest voorkomende redenen om het beroep gegrond te verklaren zijn (meer dan één reden mogelijk) te onderscheiden in de formele gronden:

1. Er is geen reactie van de minister en/of de klacht is onvoldoende weerlegd (11 keer);
2. Gegrond op formele gronden (4 keer, waarvan 3 wel in longstay blijven);
3. De stukken zijn onvolledig, onjuist, verouderd of ontbreken (2 keer).

181 En inhoudelijke (materiële) gronden:

1. Er zijn nog behandelmogelijkheden (10 keer);
2. Er zijn onvoldoende gronden die longstay rechtvaardigen (4 keer);
3. Er zijn mogelijkheden voor resocialisatie (3 keer);

182 Als de minister na een gegrondverklaring een nieuwe beslissing heeft genomen, dan wordt de beroepscommissie daar van op de hoogte gesteld. De geïnterviewden bij de RSJ geven aan dat de minister eigenlijk altijd uitvoering geeft aan de uitspraak van de RSJ.

⁸⁹ Berekend over 103 uitspraken waarbij de datum van het plaatsingsbesluit en de datum van de uitspraak bekend zijn. In 14 zaken is sprake van statistische uitbijters op basis van 1.5 interkwartielafstand. Voor de resterende 89 zaken loopt de range uiteen van 111 tot 491 dagen, met een mediaan van 197 dagen.

⁹⁰ Een voorbeeld van een beroep dat gegrond werd verklaard is dat van een tbs-gestelde die voor een tweede behandelpoging werd overgeplaatst naar een andere kliniek. Deze diende binnen een maand een aanvraag voor longstay-status aan. De RSJ oordeelde dat geen serieuze poging tot behandeling was ondernomen en dat daarom de longstay-status niet zou moeten worden toegekend.

4.4 Deelconclusies aanvraag longstay-status tot plaatsing

183 Het aantal aanvragen voor de longstay-status is de afgelopen jaren (sterk) gedaald: van 62 in 2007 naar 18 in 2011, en 7 in 2012. Dit komt door een samenspel van factoren. Kliniek, tbs-gestelde en advocaat proberen waar mogelijk een oplossing te vinden buiten de longstay-voorziening. De versoering van de verlofmogelijkheden bij een longstay-status heeft dit versterkt. Daarnaast is de instroom en bezetting in de tbs gedaald, waardoor er minder prikkel is om de longstay-status aan te vragen. Bovendien zijn met het vullen van de longstay-voorzieningen inmiddels de potentiële kandidaten voor een longstay-status uit de tbs-populatie gehaald.

184 Voor klinieken is het vastlopen van de behandeling de belangrijkste reden om de longstay-status aan te vragen. Bij die aanvraag worden zij geacht een advies te geven over het zorg- en beveiligingsniveau, maar in de praktijk blijken de aanvragende klinieken niet of nauwelijks op de hoogte van de wijze waarop ze dat zouden moeten vaststellen. Zij gebruiken de brief van de LAP over het vaststellen van het beveiligingsniveau niet. In meer dan de helft van de aanvragen blijken klinieken geen advies te geven over zorg- en beveiligingsniveau.

185 Het NIFP geeft over het algemeen in de vorm van een omschrijving advies over het zorg- en beveiligingsniveau. De LAP kiest eenzelfde aanpak voor wat betreft het zorgniveau. Met betrekking tot het beveiligingsniveau geeft de LAP - met name sinds de invoering van de nieuwe Verlofregeling - bijna altijd een advies in termen van hoog, midden of laag. De adviezen van het NIFP en de LAP over toekenning van de longstay-status stemmen in de regel overeen. De belangrijkste reden om de longstay-status in voorkomende gevallen niet toe te kennen is dat de LAP nog behandelmogelijkheden ziet.

186 Sinds 2008 zijn 77 tbs-gestelden ingestroomd in longstay-voorzieningen. De minister volgt hierbij in de regel het advies van de LAP over toekenning van de longstay-status. Tegen het advies van de LAP heeft de minister bij ongewenst verklaarde vreemdelingen een longstay-status toegekend. De minister maakt bij de plaatsing van tbs-gestelden geen gebruik van het geadviseerde zorgniveau. Het beveiligingsniveau wordt door de minister sinds eind 2012 vastgesteld.

187 In 40% van de plaatsingsbeslissingen wordt er beroep aangetekend. De belangrijkste reden voor beroep is dat de behandelmogelijkheden nog niet uitputtend zijn benut. Van de beroepen tegen plaatsing wordt ongeveer 35% gegrond verklaard door de RSJ.

5. Driejaarlijkse herbeoordeling

188 In dit hoofdstuk staat de driejaarlijkse herbeoordeling centraal die is ingevoerd om de rechtspositie van tbs-gestelden met longstay-status te verbeteren. We beschrijven allereerst wat er met de uitvoering van de driejaarlijkse herbeoordeling wordt beoogd, waarna we ingaan op de uitvoering van de herbeoordeling in de praktijk.

5.1 Procedure van de herbeoordeling volgens het beleidskader

189 In het beleidskader is niet gedetailleerd uitgewerkt op welke wijze de herbeoordelingstoets moet worden uitgevoerd: welke verantwoordelijkheden bij wie zijn belegd, welke informatie moet worden aangeleverd in de adviezen voor de herbeoordeling en welke doorlooptijden er gekoppeld zijn aan de verschillende fases in het herbeoordelingsproces. Om daar helderheid in te scheppen, stuurde DJI in 2011 een brief aan de FPC's, de LAP en het NIFP. Daarin wordt het herbeoordelingsproces als volgt uiteengezet⁹¹:

190 'De driejaarlijkse herbeoordeling van een longstay-gestelde kent het volgende proces dat zes maanden in beslag neemt:

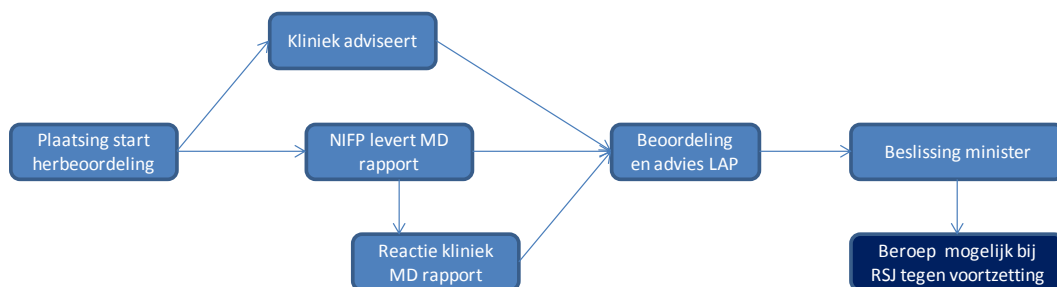
1. De directie Forensische Zorg (DForZo) verzoekt het FPC een advies op te stellen over de longstay-status. Dit verzoek vindt plaats zes maanden voor de datum van het driejarige verblijf in de longstay, of een veelvoud daarvan. Daartoe ontvangt het FPC een opdrachtbrief met vragen en als bijlagen de checklijsten voor zorgzwaarte en risicomanagement;
2. Het FPC stuurt binnen een maand het advies aan DForZo;
3. DForZo vraagt een multidisciplinaire rapportage aan bij het NIFP, tenzij rapportages beschikbaar zijn van maximaal één jaar oud. Het opstellen van de rapportage en het administratieve proces neemt ten hoogste drie maanden in beslag;
4. DForZo vraagt de LAP om advies. De LAP ontvangt van DForZo hiertoe het advies van het FPC, de rapportages van de onafhankelijke gedragskundige rapporteurs en relevante dossierstukken. Voor advisering spreekt de LAP met de tbs-gestelde en neemt kennis van de opmerkingen van diens advocaat. In de regel adviseert de LAP binnen twee maanden, behoudens bijzondere omstandigheden;
5. DForZo ontvangt het advies van de LAP en besluit namens de minister van Veiligheid en Justitie over de longstay-status van de betreffende tbs-gestelde. De tbs-gestelde wordt geïnformeerd over het besluit. Tegen dit besluit staat geen beroep open.
6. DForZo stelt namens de minister van Veiligheid en Justitie een plaatsingsbeslissing op, die wordt verstuurd aan de tbs-gestelde, diens advocaat en de betreffende FPC. Tegen deze plaatsingsbeslissing staat beroep open bij de RSJ.

⁹¹ Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 22 augustus 2011, 'Longstay Forensische Zorg'.

191 De bovenstaande procedure resulteert in drie mogelijkheden:

- a. De minister besluit tot voortzetting van de longstay-status. In de plaatsingsbeslissing wordt ondermeer het benodigde beveiligingsniveau⁹² en het FPC met longstay-afdeling aangegeven. Tegen de plaatsingsbeslissing staat beroep open bij de RSJ.
- b. De minister besluit de longstay-status op te heffen en de tbs-gestelde over te plaatsen naar een op resocialisatie gerichte behandelaafdeling van een FPC. De tbs-gestelde krijgt bericht van de opheffing van de longstay-status. Hiertegen staat geen beroep open. Vervolgens start de toeleiding naar een FPC op basis van aselechte plaatsing. Behandelinhoudelijke argumenten voor een selectieve plaatsing worden, voor zover mogelijk, meegenomen in de toeleiding die vier tot acht weken duurt. De tbs-gestelde ontvangt een plaatsingsbeslissing waartegen beroep open staat;
- c. De minister besluit de longstay-status op te heffen met het oog op een traject gericht op plaatsing in de ggz-longcare. De tbs-gestelde ontvangt een plaatsingsbeslissing voor het FPC waar hij of zij verblijft, maar dan niet voor de longstay-afdeling. Tegen de plaatsingsbeslissing staat beroep open. Betrokkene wordt op de longstay-afdeling voorbereid op een overplaatsing naar de ggz-longcare. Voorwaarde voor de overplaatsing naar een ggz-instelling is dat de tbs-gestelde beschikt over een machtiging tot transmuraal verlof. Zolang deze machtiging niet is afgegeven, verblijft de tbs-gestelde op de longstay-afdeling of behandelaafdeling van een FPC. Voor het verkrijgen van een verlofmachtiging geldt de gebruikelijke verlofprocedure. Bij de overplaatsing op basis van transmuraal verlof blijft de tbs-gestelde onder de verantwoordelijkheid vallen van het FPC voor zolang het transmuraal verlof of de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging duurt.

192 Figuur 4 geeft een globaal overzicht van het gevolgde proces bij herbeoordeling. Een meer gedetailleerd processchema is opgenomen in bijlage C.



Figuur 4: Schematische weergave van het proces van herbeoordeling

⁹² De uitwerking van de in het regeerakkoord opgenomen versoering van de longstay betekent dat het begeleid verlof voor tbs-gestelden met een longstay-status wordt aangepast. Een wijziging van de Verlofregeling tbs is ten tijde van het schrijven van de brief in voorbereiding. Beoogd beleid is dat de mate van beveiligingsbehoefte bepalend is voor de vraag of een longstay-gestelde in aanmerking kan komen voor begeleid verlof.

5.2 Uitvoering van de herbeoordeling in de praktijk

193 Medio 2010 is begonnen met het uitvoeren van herbeoordelingstoetsen. Om te kunnen waarborgen dat elke tbs-gestelde met longstay-status elke drie jaar wordt herbeoordeeld, houdt de afdeling Plaatsing een registratie bij waarin de startdatum van de eerstvolgende toetsing wordt bijgehouden. Zodoende is er een actueel overzicht van wanneer welke herbeoordeling moet aanvangen.

194 Begin 2013 zijn de vereiste herbeoordelingen voor het overgrote deel afgerond of in een vergevorderd stadium. In totaal zijn er 158 beoordelingen afgerond met een beslissing van de minister.⁹³ Van de 120 personen die op 1 januari 2013 al drie jaar of langer een longstay-status hebben, zijn in totaal 106 herbeoordelingen afgerond. De resterende herbeoordelingen zijn meestal in een vergevorderd stadium: 4 herbeoordelingen wachten op een beslissing van de minister, 9 herbeoordelingen moeten nog door de LAP worden afgehandeld (waarvan 3 herbeoordelingen zijn aangehouden). Van 1 herbeoordeling is alleen nog het advies van de kliniek binnen.

195 Hoewel in het beleidskader staat vermeld dat de tbs-gestelde (in samenspraak met FPC en advocaat) een herbeoordeling mag weigeren als hij van mening is dat herbeoordeling niet nodig is, wordt een herbeoordeling in de praktijk *altijd* opgestart. Klinieken melden dat het is voorgekomen dat een tbs-gestelde een herbeoordeling niet nodig achtte - omdat deze geen behoefte had aan gesprekken met 'nog meer' rapporteurs en omdat deze er bovendien geen positieve resultaten van verwachtte - en dat herbeoordeling in die gevallen niet heeft plaatsgevonden. Zo heeft een tbs-gestelde de NIFP-rapporteur de toegang tot zijn verblijfsruimte geweigerd, waarna de poging tot herbeoordeling is gestaakt.

196 In de volgende paragrafen gaan we per stap in het herbeoordelingsproces in op de wijze van uitvoering en eventuele knelpunten daarbij.

5.2.1 Advies van de kliniek

197 De klinieken worden in het kader van de herbeoordeling verzocht een advies uit te brengen over de wenselijkheid van het voortzetten van de longstay-status en om een advies te geven over het benodigde beveiligingsniveau. Zij worden geacht bij hun advies gebruik te maken van: het behandeldossier, een recente risicotaxatie, de checklijst voor zorgzwaarte, de checklijst voor risicomanagement, het actuele en (voor zover mogelijk) historische medicatieoverzicht en de therapeutische effecten, de uitvoering van het eventuele begeleid verloop, de professionele inschattingen over het verblijf in de inrichting en de casusspecifieke aspecten, zoals leeftijd en somatiek (lichamelijke problemen).

⁹³ De kwantitatieve resultaten over herbeoordeling concentreren zich op de afgeronde herbeoordelingen. Herbeoordelingen die wel zijn gestart maar nog niet volledig zijn afgerond worden verder buiten beschouwing gelaten.

198 Tbs-gestelden met een longstay-status hebben die status gekregen omdat ze volgens de huidige stand van de wetenschap zijn 'uitbehandeld' en omdat ze als blijvend delictgevaarlijk worden gekwalificeerd. Een kliniek adviseert alleen tot opheffing van de longstay-status indien een van beide factoren in hun optiek positief is veranderd. Behandelbaarheid kan bijvoorbeeld zijn verbeterd door medicatiegebruik. Daarnaast is positieve verandering mogelijk door de 'behandeling' die wel binnen longstay-voorzieningen wordt gegeven. Behandelaars geven aan hun eigen beroep niet serieus te nemen als ze niet zouden proberen om vooruitgang te bewerkstelligen. Omdat er op de longstay-voorziening geen behandeldruk is 'noemen we het geen behandeling, maar gewoon praten'. Tbs-gestelden hoeven hierbij geen vooruitgang te boeken, maar het is wel mogelijk. Delictgevaarlijkheid kan bovendien afnemen door bijvoorbeeld leeftijd of ziekte.

199 Klinieken melden dat sommige tbs-gestelden expliciet aangeven de longstay-voorziening niet te willen verlaten, omdat zij gewend en gehecht zijn geraakt aan hun omgeving aldaar. Het is incidenteel voorgekomen dat tbs-gestelden ermee dreigen een delict te plegen als hun longstay-status wordt opgeheven en zij worden overgeplaatst naar een andere instelling - in de hoop terug te kunnen keren naar de longstay-voorziening. Dit kan klinieken potentieel in een lastig parket brengen bij het formuleren van hun advies als zij inschatten dat de tbs-gestelde zijn dreigement zal uitvoeren.⁹⁴

200 De klinieken geven bij de herbeoordeling ook een advies over het beveiligingsniveau. Uit de registratie van plaatsing blijkt dat in het geval dat de kliniek adviseert de longstay-status te continueren in 91% van de gevallen ook een advies over het beveiligingsniveau wordt gegeven (N=88). Hoewel de LAP in een brief⁹⁵ aan de klinieken uitlegt dat bij het advies over het beveiligingsniveau zowel het interne als het externe beveiligingsniveau moet worden meegewogen, adviseren klinieken in de praktijk slechts over het externe beveiligingsniveau. Reden daarvoor is dat het beveiligingsniveau nergens anders toe dient dan om te bepalen of de tbs-gestelde in aanmerking kan komen voor verlof.

201 Beoogd is om het beveiligingsniveau op basis van (nog niet nader gedefinieerde criteria) vast te stellen, waarna een gevolgtrekking plaatsvindt met betrekking tot verlof. Bij gebrek aan duidelijke operationalisering van de kwalificaties 'hoog', 'midden' en 'laag', redeneren klinieken in de praktijk andersom. Naar eigen zeggen: "Als we het aandurven om met de betreffende persoon met één begeleider op verlof te gaan, dan krijgt deze het niveau 'laag'. Als we verlof met één begeleider te risicovol vinden, dan krijgt hij niveau 'hoog'. Behandelcoördinatoren geven aan dat niveau 'midden' nagenoeg betekenisloos is, omdat het in zijn consequenties niet afwijkt van niveau 'hoog'. Desondanks adviseren zij soms niveau 'midden', omdat ze op termijn mogelijkheden voor verlof zien. Zij denken bij de LAP eerder aannemelijk te kunnen maken dat een tbs-gestelde van beveiligingsniveau 'midden' naar 'laag' is opgeschoven, dan van 'hoog' naar 'laag'.

⁹⁴ Een ernstig incident in een ggz-instelling heeft hen erop gewezen dat hun vrees niet onterecht is.

⁹⁵ Brief LAP, van 21 mei 2012, 'Vaststellen beveiligingsniveau'.

202 Klinieken dienen volgens het beleidskader ook een advies over het zorgniveau te geven in termen van hoog, midden of laag. Uit de registratie van de afdeling Plaatsing blijkt dat dit in 89% van de gevallen waarbij de kliniek continueren van de longstay-status adviseert ook gebeurt (N=88). Klinieken zijn ervan op de hoogte dat er aan het zorgniveau geen praktische consequenties zijn verbonden.

203 Het advies van de kliniek dient sinds 1 oktober 2011 vergezeld te gaan van een ingevulde risicomanagementschaal en zorgzwaarteschal⁹⁶. Deze schalen zijn echter ontwikkeld om een inschatting te kunnen maken van personele inzet die nodig is om risico's beheersbaar te houden *binnen de kliniek* en nog niet gevalideerd door wetenschappelijk onderzoek. Aangezien klinieken inmiddels adviseren over een extern beveiligingsniveau (met het oog op verlof), kunnen deze schalen niet worden gebruikt als onderbouwing daarvan. In de praktijk worden beide schalen plichtsgetrouw ingevuld.

5.2.2 *Advies van het NIFP*

204 Het NIFP wordt in het kader van de herbeoordeling verzocht een advies uit te brengen over de wenselijkheid van het voortzetten van de longstay-status en om een advies te geven over het benodigde zorgniveau en beveiligingsniveau. De NIFP-rapporteurs blijken in hun advies niet expliciet een beveiligings- en zorgniveau te benoemen in termen van 'hoog', 'midden' of 'laag'. De rapporteurs geven weliswaar een omschrijving van de volgens hen benodigde beveiliging en zorg, maar laten het - net als bij hun advies ten aanzien van plaatsing - aan anderen over om te bepalen of dit 'hoog', 'midden' of 'laag' is. Dat het beveiligingsniveau tegenwoordig ook voor verlof van belang is, speelt daarbij voor de rapporteurs geen rol. Op de afdeling Plaatsing worden deze adviezen voor zover mogelijk geïnterpreteerd in termen van 'hoog', 'midden' of 'laag'. Wanneer de NIFP-rapporteurs tot handhaving (voortzetting) van de longstay-status adviseren, is deze interpretatie blijkens de registratie van plaatsing voor zorgniveau in 44% en voor beveiligingsniveau in 50% van de gevallen mogelijk (N=62).

205 Het NIFP had bij aanvang van de uitvoering van het beleidskader moeite om voldoende ervaren rapporteurs in te zetten voor de herbeoordelingen. Voorheen gaf het NIFP al wel advies in het kader van aanvragen van de longstay-status, maar met de komst van herbeoordelingen nam de werklast aanzienlijk toe. Aangezien de meeste NIFP-rapporteurs onvoldoende ervaring hadden met de specifieke forensisch psychiatrische problematiek in de longstay, leverde dit problemen op met betrekking tot de inzetbaarheid. Daarnaast bleken rapporteurs aanvankelijk onvoldoende kennis te hebben van het beleidskader. Het kwam met enige regelmaat voor dat zij adviezen gaven die strijdig waren met het beleidskader (bijvoorbeeld het oefenen met onbegeleid verlof). Deze knelpunten zijn deels al opgelost door een kleine groep rapporteurs aan te wijzen die deze rapportages gingen opstellen en daarmee expertise opbouwden. In 2013 is het NIFP van plan om te starten met intervisiebijeenkomsten gericht op bijscholing en het helderder uitwerken van de competenties voor de rapporteurs die werken aan longstay-zaken.

⁹⁶ Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 22 augustus 2011, 'Longstay Forensische Zorg'.

5.2.3 *Reactie van kliniek op rapportages van het NIFP*

206 Aanvankelijk hadden klinieken niet de mogelijkheid om te reageren op de rapportage. De rapportages werden samen met het advies van de kliniek naar de LAP gestuurd, die er vervolgens hun advies op baseren. Het kwam echter met enige regelmaat voor dat de kliniek achteraf moet vaststellen dat de rapportages enige toelichting of nuancering behoeven, die cruciaal is voor het advies van de LAP. Aangezien NIFP-rapporteurs slechts eenmalig met de tbs-gestelde spreken, bestaat het gevaar dat zij - ondanks het uitvoerige dossieronderzoek dat zij verrichten - diens gedrag en antwoorden in mindere mate in de context kunnen plaatsen. Soms levert de rapportage volgens klinieken een te weinig representatief beeld van de tbs-gestelde op.

207 Sinds eind 2011 hebben klinieken de mogelijkheid om het rapport in te zien en daar indien gewenst een reactie op te schrijven voor de LAP. Van deze mogelijkheid maken de klinieken over het algemeen gebruik, waarbij ze in het merendeel van de gevallen aangeven dat ze zich kunnen vinden in de adviezen van de NIFP-rapporteurs. De LAP is van mening dat eventuele aanvullingen van klinieken over het algemeen nuttig zijn, omdat het beeld van de tbs-gestelde hiermee wordt verscherpt. Klinieken hebben echter het idee dat de LAP hun reactie niet altijd meeneemt in haar advies.

5.2.4 *Advies van de LAP*

208 Nadat de afdeling Plaatsing de adviezen van de kliniek en NIFP-rapporteurs heeft ontvangen, wordt de LAP verzocht een advies uit te brengen over de wenselijkheid van het voortzetten van de longstay-status en een advies te geven over het benodigde beveiligingsniveau. Om tot dat advies te komen, pleegt de LAP eerst dossierstudie. Het secretariaat stelt op basis van de stukken⁹⁷ die door de afdeling Plaatsing worden aangeleverd - en in de regel compleet zijn - een voorbereidingsnota op, die samen met de stukken naar de leden van de LAP worden gestuurd.

209 Zodra de LAP voldoende herbeoordelingen (circa 5) binnen één kliniek kan plannen, wordt een vergadering van de LAP op locatie bij een kliniek gepland. De advocaat van de tbs-gestelde wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gesteld en krijgt de gelegenheid schriftelijk opmerkingen te plaatsen. Tevens gaat er een brief uit naar de tbs-gestelde om de komst van de LAP aan te kondigen. De tbs-gestelde wordt (zonder diens advocaat, maar eventueel wel met diens vertrouwenspersoon vanuit de kliniek) gehoord. Dit neemt 15 tot 20 minuten, of langer indien nodig. Nog diezelfde dag formuleert de LAP het advies. Niet uitgesloten is dat nog om nadere rapportage, bijvoorbeeld van het Pieter Baan Centrum, wordt verzocht. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen indien het advies van de kliniek en dat van de rapporteurs sterk uiteenloopt.

⁹⁷ Het betreft hier onder andere het vonnis, alle uitgebrachte rapportages, de interne stukken van de kliniek en de verschillende adviezen.

210 Het advies van de LAP bevat ten eerste een advies over het al dan niet voortzetten van de longstay-status. In de periode tot medio januari 2013 zijn in totaal 158 herbeoordelingen afgerond. De LAP adviseert in 44 gevallen de longstay-status op te heffen en in 114 gevallen om deze te continueren. De adviezen van de LAP komen vaak overeen met het advies van de NIFP-rapporteurs, en in mindere mate met het advies van de kliniek. De LAP adviseert vaker opheffing van de longstay-status dan de kliniek.

- Van de 93 herbeoordelingen waarbij uit de registratie zowel het advies van het NIFP als het advies van de LAP bekend is, stemt deze 84 keer overeen (90%; zie tabel 10). In 5 gevallen adviseert de LAP opheffing van de longstay-status terwijl de rapportage continuering adviseert. Omgekeerd adviseert de LAP in 4 gevallen continuering terwijl de rapportage opheffen van de longstay-status adviseert;
- Van de 101 herbeoordelingen waarbij uit de registratie zowel het advies van de kliniek als van de LAP bekend is, stemmen deze in 75 gevallen overeen (74%; zie tabel 11). Bij verschil in advies adviseert de LAP vaker opheffing (22 gevallen) dan continueren (4 gevallen) van de longstay-status.

NIFP	LAP		
	Continueren	Opheffen	Totaal
Continueren	57	5	62
Opheffen	4	27	31
Totaal	61	32	93

Tabel 10: Overeenstemming in adviezen tussen NIFP en LAP bij herbeoordeling longstay status

Kliniek	LAP		
	Continueren	Opheffen	Totaal
Continueren	66	22	88
Opheffen	4	9	13
Totaal	70	31	101

Tabel 11: Overeenstemming in adviezen tussen kliniek en LAP bij herbeoordeling longstay status

211 De meest vermelde redenen voor de LAP om de longstay-status te beëindigen zijn (meer dan één reden mogelijk mogelijk):

1. Er zijn behandelmogelijkheden (21 keer);
2. Er bestaat duidelijk perspectief op plaatsing in een andere afdeling of instelling (12 keer);
3. Er is minder beveiliging noodzakelijk dan in de longstay-voorziening (7 keer);
4. Het delictgevaar is niet zodanig dat longstay noodzakelijk is (5 keer);
5. Er zijn nog resocialisatiemogelijkheden (4 keer).

212 Het advies van de LAP bevat ten tweede een advies over het beveiligingsniveau in die gevallen waarin voortzetting van de longstay-status is geadviseerd. Om tot een advies over beveiligingsniveau te komen, maakt de LAP gebruik van een omschrijving van het interne risicomanagement en van het verloop van eerdere verlopen om in te schatten wat het risico zal zijn tijdens verlof met reguliere begeleiding. De LAP heeft bij de 114 adviezen voor continueren van de longstay-status in 65 gevallen (57%) een beveiligingsniveau geadviseerd in termen van laag (36%), midden (11%) of midden tot hoog (11%).

Op basis van het bekende moment van de LAP vergadering blijkt dat voor invoering van de Verlofregeling op 27 mei 2012 in 44% van de gevallen een beveiligingsniveau wordt vastgesteld. Na invoering van de Verlofregeling gebeurt dit met 92% significant vaker ($N = 99$; $p < .001$; zie ook paragraaf 6.4).

213 De adviezen van de LAP over het beveiligingsniveau stemmen in ongeveer de helft van de gevallen overeen met het advies van de NIFP-rapporteurs en dat van de kliniek. De LAP blijkt in de andere gevallen meestal een voorkeur te hebben voor een lager beveiligingsniveau dan de andere adviezen:

- Uit een vergelijking tussen de adviezen van de LAP en die van de NIFP-rapporteurs blijkt dat de adviezen over het beveiligingsniveau in 10 van de 22⁹⁸ gevallen overeenkomen (zie tabel 12). In 11 gevallen adviseert de LAP een laag beveiligingsniveau, terwijl de NIFP-rapporteurs een hoger ('midden' of 'hoog') beveiligingsniveau adviseren. Omgekeerd adviseert de LAP in 1 geval een hoger beveiligingsniveau waar de rapportage een laag beveiligingsniveau adviseert;
- Van 40 herbeoordelingen met het besluit tot handhaving/voortzetting van de longstay-status zijn uit de registratie adviezen van zowel kliniek als LAP over beveiligingsniveau in termen van laag, midden en hoog bekend. Deze stemmen in 19 gevallen overeen (48%; zie tabel 13). In 20 gevallen (50%) adviseert de LAP een laag beveiligingsniveau waar de kliniek een hoger niveau adviseert. In 1 geval adviseert de kliniek een laag beveiligingsniveau maar de LAP een hoger beveiligingsniveau.

NIFP	LAP		
	Laag	Midden/Hoog	Totaal
Laag	3	1	4
Midden/Hoog	11	7	18
Totaal	14	8	22

Tabel 12: Overeenstemming in beveiligingsniveau tussen NIFP en LAP bij herbeoordeling

⁹⁸ Slechts voor 22 herbeoordelingen is uit de registratie zowel een advies van de LAP als van de MD-rapportage bekend over het beveiligingsniveau. Dit lage aantal kan worden verklaard door het feit dat de MD-rapporteurs hun advies over het beveiligingsniveau niet in termen van 'hoog', 'midden' of 'laag' formuleren, waardoor medewerkers bij afdeling Plaatsing het geadviseerde beveiligingsniveau door de MD-rapporteurs vaak registreren als onbekend.

Kliniek	LAP		Totaal
	Laag	Midden/Hoog	
Laag	6	1	7
Midden/Hoog	20	13	33
Totaal	26	14	40

Tabel 13: Overeenstemming in beveiligingsniveau tussen kliniek en LAP bij herbeoordeling

214 De LAP blijkt met betrekking tot het zorgniveau te omschrijven welk 'behandelklimaat' geschikt zou zijn, maar formuleert dat in de regel niet in termen van 'hoog', 'midden' of 'laag'. De categorisering is gehanteerd in 8 van de 114 adviezen (7%) tot continueren van de longstay-status.

215 Hoewel het niet specifiek tot de taken van de LAP behoort, blijkt zij in 73% van de adviezen⁹⁹ ook een behandelinhoudelijk advies te geven. Met enige regelmaat verzoekt de LAP daarbij om een volgende herbeoordeling na een jaar, om vast te kunnen stellen in hoeverre er al (positieve) effecten zijn opgetreden.¹⁰⁰ De behandelinhoudelijke adviezen moeten volgens de leden van de LAP worden opgevat als een mogelijk nieuwe denkrichting en niet als een bindend advies. Klinieken hebben echter soms de indruk dat zij deze - bij afwijkende visies - niet naast zich neer kunnen leggen. Bij een volgende herbeoordeling verwachten ze namelijk dat de LAP een verantwoording zal vragen als de kliniek het behandelinhoudelijke advies niet heeft opgevolgd. De vertegenwoordigers van de klinieken geven hierbij aan dat uitvoering van behandelinhoudelijke LAP-adviezen waar zij zelf niet achter staan, in strijd is met de beroepsregels en dat dit mogelijk tot tuchtrechterlijke procedures kan leiden. Het feit dat er geen mogelijkheid is voor direct contact tussen de kliniek en de LAP, maakt het onmogelijk te overleggen op casusniveau en afstemming te vinden over de te volgen aanpak. Inmiddels vindt er periodiek overleg plaats tussen vertegenwoordigers van de longstay-afdelingen en de LAP. Hierin wordt aan de hand van casussen besproken op welke manier zij daarmee om zullen gaan.

5.2.5 Beslissing van de minister

216 Het hoofd van de afdeling Plaatsing besluit namens de minister van Veiligheid en Justitie of de longstay-status wordt voortgezet en welk beveiligingsniveau wordt toegekend.

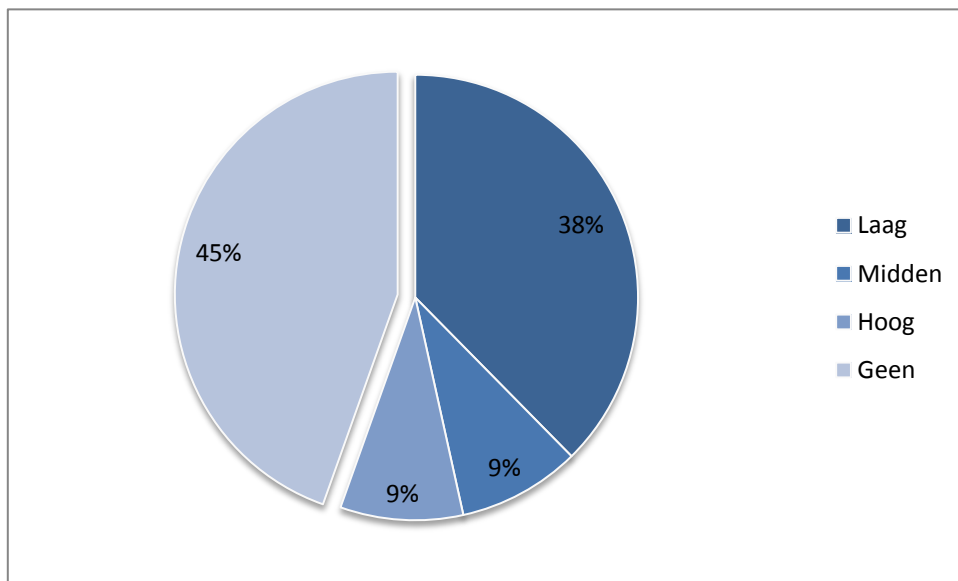
217 De minister heeft sinds medio 2010 158 besluiten genomen in het kader van herbeoordelingen. In 43 gevallen luidt de beslissing dat de longstay-status wordt beëindigd en in 115 gevallen dat deze wordt voortgezet. Het advies van de LAP wordt in principe altijd overgenomen. Bij één tbs-gestelde heeft de LAP geadviseerd de longstay-status op te heffen, maar hebben de cliënt zelf en de kliniek aangegeven geen opheffing van de longstay-status te willen. De minister heeft toen besloten het advies van de LAP voor beëindiging van de longstay-status niet op te volgen.

⁹⁹ Berekening door de afdeling Plaatsing, DJI. Het betreft niet alleen adviezen in het kader van herbeoordeling, maar ook in het kader van plaatsing.

¹⁰⁰ Uit de registratie van de afdeling Plaatsing zijn 12 gevallen bekend waarbij de geplande startdatum voor de volgende toetsing binnen een jaar na het laatste LAP-advies ligt.

218 Het komt in 4 gevallen voor dat het besluit van de minister bij herbeoordeling om de longstay-status te continueren, ingaat tegen het advies van de kliniek om de longstay-status op te heffen. Over het algemeen wordt dan besloten de tbs-gestelde over te plaatsen naar een andere longstay-voorziening, omdat de relatie verstoord is. Momenteel is overplaatsing nog mogelijk, maar dat zal met de naderende sluiting van Veldzicht en het aflopen van de tender in de Van der Hoeven Kliniek in de toekomst niet meer mogelijk zijn.

219 De minister spreekt zich niet uit over het zorgniveau, maar wel over het beveiligingsniveau. Voor de meerderheid van de personen die medio januari 2013 een longstay-status hebben is een beveiligingsniveau vastgesteld. Bij 63 van de 141 personen met longstay-status is met de herbeoordeling een beveiligingsniveau vastgesteld door de minister op basis van de adviezen. Daarnaast heeft de LAP voor nog 14 personen een advies uitgebracht over beveiligingsniveau, en moet de minister nog naar deze zaken kijken. Van 2 personen in de longstay was al recent een beveiligingsniveau vastgesteld bij instroom. In figuur 5 is weergegeven dat daarmee voor 77 van de 141 personen (55%) een beveiligingsniveau bekend in termen van 'laag' (38%), 'midden' (8,5%) of 'hoog' (8,5%).



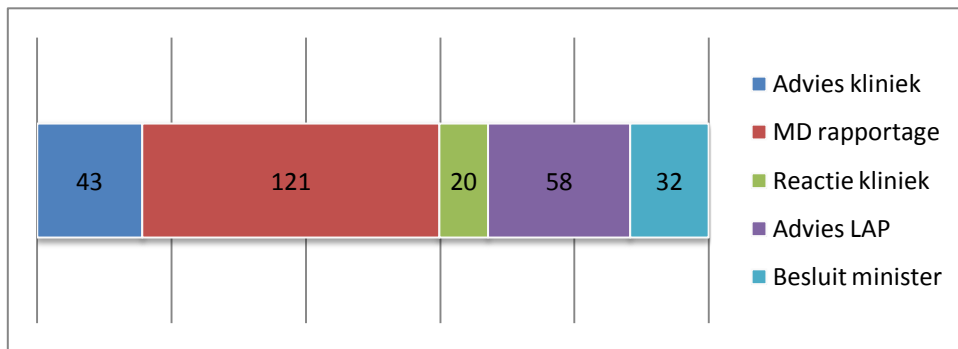
Figuur 5: Beveiligingsniveau's longstay-populatie in januari 2013 (N=141)

220 In de periode tussen medio 2010 (toen het uitvoeren van herbeoordelingen van start ging) en mei 2012 (toen de nieuwe Verlofregeling in werking trad) is een deel van de longstay-populatie herbeoordeeld waarbij het beveiligingsniveau volgens de in het beleidskader bedoelde betekenis is vastgesteld. Dit interne beveiligingsniveau kon echter niet worden gebruikt om het verlof op te baseren. Daarnaast was in de meer dan de helft van de gevallen bij herbeoordeling geen beveiligingsniveau vastgesteld. Daarom zijn de klinieken medio 2012 - buiten de herbeoordelingscyclus om - verzocht om voor deze personen (opnieuw) een beveiligingsniveau te adviseren, maar nu gericht op het *externe* beveiligingsniveau. Op deze manier is volgens de informatie van de LAP voor 44 personen een beveiligingsniveau vastgesteld.

221 Degenen voor wie nog geen beveiligingsniveau is vastgesteld, maken hoofdzakelijk onderdeel uit van de groep die reeds voor inwerkingtreding van de Verlofregeling op 27 mei 2012 zijn herbeoordeeld maar voor wie geen verloven werden aangevraagd. Klinieken hebben voorrang gegeven aan het vaststellen van het beveiligingsniveau bij degenen die wel op verlof gingen.¹⁰¹

5.2.6 Doorlooptijden

222 Op basis van de registratie van de afdeling Plaatsing is de doorlooptijd berekend van het totale proces van herbeoordeling op basis van de bekende data. De beoogde doorlooptijd van deze procedure is 6 maanden (183 dagen). De periode tussen de aanvraag van het advies bij de kliniek tot de datum van de LAP-vergadering ligt tussen de 41 en 602 dagen, met een mediaan van 263 dagen.¹⁰² In 28% van de gevallen is de beoogde doorlooptijd van 6 maanden gerealiseerd (N=98).



Figuur 6: Mediaan doorlooptijd in dagen per stap in het proces van herbeoordeling

223 Per stap in het proces zijn de bevindingen met betrekking tot doorlooptijden als volgt (zie figuur 6):

1. Van aanvraag advies bij de kliniek tot levering van het advies door de kliniek aan afdeling Plaatsing duurde het tussen de 10 en 157 dagen, met een mediaan van 43 dagen (N=97).¹⁰³ De beoogde doorlooptijd van het advies van de kliniek is een maand (31 dagen), wat in 18% van de gevallen is gerealiseerd;

¹⁰¹ Zie ook: Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 10 mei 2012, 'Beveiligingsniveau longstay forensische zorg'.

¹⁰² Er zijn 2 statistische uitbijters (op basis van 1.5 interkwartielafstand) met een doorlooptijd van meer dan 485 dagen. Zonder deze uitbijters is de mediaan 258 dagen.

¹⁰³ Er zijn 6 statistische uitbijters met een doorlooptijd van meer dan 100 dagen. Zonder deze uitbijters is de mediaan 42 dagen.

2. De tijd van aanvraag MD rapportage tot het moment dat de MD rapportage is ontvangen door afdeling Plaatsing loopt uiteen van 14 tot 479 dagen, met een mediaan van 121 dagen (N=85).¹⁰⁴ De beoogde doorlooptijd van het advies van de NIFP-rapporteurs is 3 maanden (92 dagen). In 19% van de gevallen is de beoogde doorlooptijd gerealiseerd ¹⁰⁵;
3. Een nieuw element in het proces is dat de MD rapportage wordt verzonden aan de kliniek voor een reactie. De kliniek reageert na 7 tot 60 dagen, met een mediaan van 20 dagen (N = 30). Aangezien dit een extra stap betreft ten opzichte van wat was beoogd, is dit mede een verklaring voor de langere doorlooptijd van het gehele proces van herbeoordeling;
4. Tussen aanvraag van het advies van de LAP tot de vergadering van de LAP zitten 10 tot 409 dagen, met een mediaan van 58 dagen (N=106).¹⁰⁶ De beoogde doorlooptijd van het advies van de LAP is 2 maanden (61 dagen). In 60% van de gevallen is deze doorlooptijd gerealiseerd.

224 De herbeoordeelde longstay-status gaat in vanaf de dag van de vergadering van de LAP. Na deze vergadering neemt de minister een besluit, waarmee zo nodig wordt gewacht tot er een plek beschikbaar is in een passende voorziening. Tussen de vergadering van de LAP en het besluit van de minister zitten 0 tot 929 dagen, met een mediaan van 32 dagen (N=110).¹⁰⁷ Aangezien deze stap buiten de beoogde doorlooptijd van 6 maanden valt, verklaart de doorlooptijd van deze stap niet waarom de doorlooptijd van het gehele proces langer is dan beoogd.

5.3 Beroep tegen voortzetting longstay

225 Indien de minister besluit dat de longstay-status moet worden gecontinueerd, wordt dat - samen met het vastgestelde beveiligingsniveau - vastgelegd in een nieuwe plaatsingsbeslissing. De tbs-gestelde kan, binnen zeven dagen nadat deze van de plaatsingsbeslissing op de hoogte is gesteld, tegen de plaatsingsbeslissing in beroep gaan bij de RSJ. De advocaat van de betrokken tbs-gestelde wordt binnen twee werkdagen op de hoogte gesteld van de voorgenomen plaatsing.

¹⁰⁴ Negatieve doorlooptijden zijn buiten de analyse gelaten: 1 keer was de geregistreerde retourdatum voor de aanvraagdatum. Er is 1 statistische uitbijter met een doorlooptijd van minder dan 35 dagen en er zijn 2 statistische uitbijters met een doorlooptijd van meer dan 208 dagen. Zonder deze uitbijters is de mediaan eveneens 121 dagen.

¹⁰⁵ In het interview met het NIFP wordt het beeld van termijnoverschrijding herkend. Deels kan de termijnoverschrijding worden verklaard door het feit dat het NIFP werkt met rapporteurs die vaak maar een beperkt aantal uur per week voor het NIFP werkzaam zijn.

¹⁰⁶ Er zijn 9 statistische uitbijters met een doorlooptijd van meer dan 136 dagen. Zonder deze statistische uitbijters is de mediaan 54 dagen.

¹⁰⁷ Negatieve doorlooptijden zijn buiten de analyse gelaten: 2 keer was de geregistreerde beslissingsdatum voor de datum van de vergadering van de LAP. Er zijn 17 statistische uitbijters met een doorlooptijd van meer dan 144 dagen. Zonder deze uitbijters is de mediaan 27 dagen.

226 In totaal is er sinds de invoering van het beleidskader (tot medio januari 2013) 20 keer (2 uitspraken uit 2011 en 18 uit 2012) beroep aangetekend tegen voortzetting van de longstay-status¹⁰⁸. Geen van deze beroepen tegen voortzetting is door de RSJ gegrond verklaard.

227 Naast beroep tegen voortzetting is ook beroep aangetekend tegen het uitblijven van een herbeoordeling. Deze klacht is door de RSJ gegrond verklaard en er is een geldelijke tegemoetkoming toegekend. De RSJ stelt in haar uitspraak dat herbeoordelingen vanaf 1 juni 2010 waarbij de termijn van drie jaar wordt overschreden, in beginsel als onredelijk of onbillijk moeten worden aangemerkt.

228 Het is - volgens een kliniek - ook al een keer voorgekomen dat een tbs-gestelde beroep wilde aantekenen tegen *opheffing* van de longstay-status, omdat hij de kliniek niet wilde verlaten. Beroep tegen opheffing van de longstay-status is echter niet mogelijk.

5.4 Deelconclusies driejaarlijkse herbeoordeling

229 De in het beleidskader van 2009 geïntroduceerde driejaarlijkse herbeoordeling is met enige vertraging geïmplementeerd. De afdeling Plaatsing van de directie Forensische zorg houdt een registratie bij waarin voor iedere tbs-gestelde met longstay-status wordt bijgehouden wanneer de herbeoordeling moet plaatsvinden. Medio 2010 zijn de eerste herbeoordelingen gestart. In 2011 is het proces van de herbeoordeling in meer detail uitgewerkt. Begin 2013 zijn in totaal 158 herbeoordelingen afgerond, waarbij in 43 gevallen de minister heeft besloten de longstay-status te beëindigen. De voornaamste reden daarvoor is dat de LAP nog mogelijkheden voor behandeling of ontwikkeling ziet. Voor de in totaal 120 tbs-gestelden die op 1 januari 2013 langer dan drie jaar een longstay-status hebben zijn alle herbeoordelingen gestart en voor het grootste deel afgerond (106 personen) of in een vergevorderd stadium (13 personen).

230 Aan de differentiatie naar beveiligingsniveau en zorgniveau in termen van 'hoog', 'midden' en 'laag' is gedeeltelijk uitvoering gegeven. Het vaststellen van het zorgniveau heeft geen praktische consequenties en wordt door de LAP en de minister niet vastgesteld. Het beveiligingsniveau wordt met name na invoering van de nieuwe Verlofregeling op 27 mei 2012 vastgesteld. Met de invoering van de Verlofregeling heeft het beveiligingsniveau praktische consequenties gekregen aangezien tbs-gestelden met longstay-status alleen bij een vastgesteld laag beveiligingsniveau met begeleid verlof mogen. Hoewel nog steeds een eenduidige definitie en operationalisering van het beveiligingsniveau ontbreekt, hebben de klinieken, het NIFP en de LAP in de loop van de tijd enigszins overeenstemming bereikt over de wijze waarop het begrip moet worden gebruikt.

231 De adviezen van de LAP met betrekking tot de longstay-status stemmen over het algemeen overeen met die van de NIFP-rapporteurs (90%) en de kliniek (74%). De LAP adviseert echter vaker dan de kliniek opheffing van de longstay-status. Het advies van de LAP met betrekking tot het beveiligingsniveau komt in ongeveer de helft van de bekende gevallen overeen met het advies

¹⁰⁸ Gebaseerd op de dossierstudie van de door het RSJ aangeleverde beroepen.

van de kliniek en de NIFP-rapporteurs. De LAP adviseert vaker dan de kliniek en de NIFP-rapporteurs een laag beveiligingsniveau.

232 De door DJI beoogde doorlooptijd van de herbeoordeling van aanvraag van advies bij de kliniek tot het besluit van de LAP van 6 maanden wordt in 28% van de gevallen gerealiseerd. De mediane doorlooptijd is 8,6 maanden. Met name de kliniek en de NIFP-rapporteurs hebben meer tijd nodig voor hun advies. Daarnaast is een extra stap in het proces ingevoegd waarin de kliniek een reactie geeft op de rapportage van het NIFP.

233 In totaal is 20 keer bij de RSJ beroep aangetekend tegen voortzetting van de longstay-status. Geen van deze beroepen is gegrond verklaard. Een beroep tegen het uitblijven van herbeoordeling is door de RSJ gegrond verklaard.

6. Verlof

234 In dit hoofdstuk staat het verlof van tbs-gestelden met een longstay-status centraal. Achtereenvolgens gaan wij in op de regelgeving en het proces rond verlofaanvragen, de uitvoering van de gewijzigde Verlofregeling, de toekenning van verlofmachtigingen en de gevolgen van de gewijzigde Verlofregeling.

6.1 Verlof volgens beleidskader en Verlofregeling

235 Voor tbs-gestelden met een longstay-status is resocialisatie, binnen afzienbare tijd, niet aan de orde. Het begeleide verlof heeft een humanitaire functie; het verhoogt de kwaliteit van leven op een longstay-afdeling, tempert spanningen binnen de afdeling en maakt dat de tbs-gestelde het verblijf beter kan aanvaarden. Een aanvraag voor begeleid verlof wordt getoetst door het AVt. Dit is een onafhankelijke commissie die aan de minister van Veiligheid en Justitie adviseert over het verlenen van verlof aan tbs-gestelden.

236 Figuur 7 geeft schematisch weer hoe het proces van de verlofaanvraag verloopt. De kliniek vraagt het verlof aan. De Verlofunit van DJI controleert of de verlofaanvraag volledig is en aan de formele vereisten voldoet. Het AVt brengt een advies uit over de verlofaanvraag. Ten slotte besluit de minister over het afgeven van een verlofmachtiging.



Figuur 7: Schematische weergave van het proces van verlofaanvraag

237 In 2005 werd in het verloftoetsingskader voor tbs-gestelden met longstay-status vastgelegd dat zij alleen in aanmerking komen voor begeleid verlof gericht op verhoging van de kwaliteit van het leven. Begeleid verlof bestaat uit diverse fases: eerst minimaal vijf beveiligde verlopen, vervolgens dubbel begeleide verlopen en daarna de mogelijkheid van enkel begeleid verlof¹⁰⁹.

238 Na invoering van het beleidskader Longstay Forensische Zorg is op 27 mei 2012 de Verlofregeling tbs aangepast. Hierin is vermeld dat het hoofd van een FPC 'voor de ter beschikking gestelde, die geplaatst is in een longstay-voorziening en voor wie een laag beveiligingsniveau is vastgesteld, een machtiging begeleid verlof mag aanvragen'¹¹⁰. Met deze Verlofregeling komen de tbs-gestelden die verblijven in de longstay met een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau per 27 mei 2012 dus niet meer in aanmerking voor verlof.

¹⁰⁹ Artikel 8 lid 6 en 7 Verlofregeling tbs. In voorkomende gevallen kan van deze fases worden afgeweken.

¹¹⁰ Regeling van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 24 december 2010, nr. 5679537/10/DJI en artikel 12 lid 2 Verlofregeling tbs.

6.2 Uitvoering van de Verlofregeling

239 De wijziging van de Verlofregeling tbs had primair betrekking op nieuwe verlofaanvragen. Alle lopende machtigingen voor begeleid verlof bleven gelden tot einde van de looptijd, dus ook na ingang van de wijziging.¹¹¹ Om de risico's zoveel mogelijk te beperken, zijn in aanloop naar de invoering van de Verlofregeling door de minister echter alleen dubbel begeleide verloven toegestaan totdat het beveiligingsniveau was vastgesteld. Tbs-gestelden met 'midden' en 'hoog' beveiligingsniveau krijgen sinds 27 mei 2012 geen machtiging voor verlof. Verlofaanvragen zonder formeel vastgesteld beveiligingsniveau worden door de Verlofunit van DJI in afstemming met de kliniek niet in behandeling genomen totdat de vereiste informatie beschikbaar is.

240 Over de verlofaanvragen brengt het AVt advies uit. Het advies van het AVt wordt voorbereid en uitgebracht door een commissie van vier leden: een voorzitter (een met rechtspraak belast lid van de rechterlijke macht) en drie gedragsdeskundigen (onder wie tenminste één psycholoog en één psychiater). Vooraf hebben de leden de stukken van de zaken die worden behandeld ontvangen en daar voor zichzelf een samenvatting van gemaakt. De 'zitting' heeft het karakter van een raadkamer waarin wordt beraadslaagd. Noch een vertegenwoordiger van het FPC noch de terbeschikkinggestelde worden gehoord. De werkwijze van het AVt verschilt hier dus essentieel van die van de LAP. Tijdens de bijeenkomst van de commissie wordt elke zaak door een van de aanwezigen aan de orde gesteld, waarbij onderwerpen als delictgeschiedenis, ziektebeeld en eerdere verloven en eventuele incidenten daarbij structureel worden besproken. De leden van de commissie geven vervolgens hun mening over het al dan niet moeten toestaan van verlof. In de meeste zaken, zo bleek tijdens een observatie, zijn de leden het snel met elkaar eens. Mochten de meningen binnen de commissie verschillen dan wordt de zaak verder besproken en wordt er gezocht naar een oplossing waarmee alle leden uiteindelijk kunnen instemmen, bijvoorbeeld door het stellen van voorwaarden aan het verlof of door het vragen van nadere inlichtingen bij het FPC. Mocht één van de leden twijfel blijven houden, dan geldt de stelregel: bij twijfel; niet akkoord.

241 De behandeling van de verlofaanvraag door het AVt is met ingang van de gewijzigde Verlofregeling niet veranderd. De aanvragen worden op dezelfde manier behandeld als voorheen. De criteria voor risicotaxatie en details van het verlofplan zijn in de Verlofregeling scherper geformuleerd. Aangezien het AVt in de praktijk al volgens de aangescherpte criteria toetste, heeft dit in de praktijk niet geleid tot een zwaardere toets dan voorheen. Het AVt buigt zich niet over het beveiligingsniveau van de tbs-gestelde met een longstay-status. De toets op het beveiligingsniveau wordt overgelaten aan de Verlofunit van DJI.

242 Normaliter volgt de minister het advies van het AVt. Contraire beslissingen van de minister in longstay-zaken zijn alleen voorgekomen rondom de ingangsdatum van de nieuwe Verlofregeling: het AVt had positief geadviseerd, maar de minister wees echter af omdat alleen beveiligd verlof verantwoord werd geacht of dat het beveiligingsniveau nog moest worden vastgesteld.

¹¹¹ Brief DJI aan RSJ, van 24 mei 2012, 'Wijziging ministeriële regeling Verloftoetsing tbs'.

6.3 Toekenning van verlofmachtiging

243 De Verlofunit van DJI heeft voor dit onderzoek een overzicht ter beschikking gesteld van beslissingen over verlofaanvragen vanaf januari 2011 tot en met maart 2013 van tbs-gestelden die medio januari 2013 een longstay-status hadden. Figuur 8 geeft een overzicht van de situatie voor de tbs-gestelden met longstay-status die voor invoering van de gewijzigde Verlofregeling een verlofmachtiging hadden.



Figuur 8: Overzicht van verlofmachtigingen voor de longstay-populatie medio januari 2013

244 De bevindingen met betrekking tot de verlofaanvragen en machtigingen zijn als volgt:

1. De meerderheid van de tbs-gestelden met een longstay-status ging voor invoering van de gewijzigde Verlofregeling niet met verlof¹¹². 53 van de 141 tbs-gestelden met een longstay-status (38%) had wel een verlofmachtiging;
2. In totaal zijn er 80 beslissingen (voor 59 personen) over verlofaanvragen bekend tussen 1 januari 2011 en ingang van de Verlofregeling op 27 mei 2012 (ongeveer 4,7 per maand) en 35 beslissingen (voor 33 personen) van na 27 mei 2012 (ongeveer 3,5 per maand);
3. In totaal zijn er 12 afwijzingen (10% van de 115 besluiten), verhoudingsgewijs ongeveer evenveel voor als na 27 mei 2012 (respectievelijk 9 en 3). De belangrijkste reden voor afwijzing is dat het verlof alleen verantwoord kan plaatsvinden met beveiliging. Wanneer een tbs-gestelde niet zonder beveiliging met verlof kan, is begeleid verlof niet geschikt aangezien normaliter alleen de eerste paar verloven met beveiliging plaatsvinden. Daarnaast is een keer een verlofaanvraag afgewezen omdat het beveiligingsniveau nog niet bekend was;
4. Van de 103 toegekende verloven is 30% dubbel begeleid. Voor invoering van de Verlofregeling was het aantal dubbel begeleide verloven met 38% van 71 toegekende verloven significant hoger dan daarna (13% van 32 toegekende verloven; $p < .01$).

¹¹² Voor 82 van hen is vanaf januari 2011 ook geen beslissing over verlof bekend.

5. Uit koppeling van de gegevens uit registraties en dossiers van de afdeling Plaatsing over het beveiligingsniveau blijkt dat na invoering van de Verlofregeling geen verlof meer toegekend wordt wanneer het beveiligingsniveau 'midden' of 'hoog' is. Er zijn 2 tbs-gestelden (4%) die voorheen wel met verlof gingen maar die nu met het vastgestelde beveiligingsniveau 'midden' of 'hoog' niet meer in aanmerking komen voor verlof. Voor 30 tbs-gestelden (57%) is opnieuw een verlofmachtiging afgegeven. Voor 12 personen (23%) is nog geen nieuwe verlofmachtiging afgegeven, maar dit is gezien hun lage beveiligingsniveau wel mogelijk. Voor 9 tbs-gestelden (17%) met een verlofmachtiging van voor de invoering van de nieuwe Verlofregeling is nog onbekend of het beveiligingsniveau de verlofmogelijkheden inperkt, aangezien het beveiligingsniveau nog moet worden vastgesteld.

6.4 Gevolgen van de Verlofregeling

245 Voor sommige tbs-gestelden met een longstay-status heeft de wijziging rond de Verlofregeling ertoe geleid dat ze enkele maanden niet op verlof konden. Daarvoor zijn twee redenen:

1. Een nieuwe verlofmachtiging kan pas worden gegeven wanneer het beveiligingsniveau is vastgesteld. Aangezien nog niet altijd een beveiligingsniveau bekend was, moest deze eerst vastgesteld worden voordat er een nieuwe machtiging kon worden aangevraagd;
2. Dubbel begeleid verlof vergt veel capaciteit, waardoor minder verloven gerealiseerd konden worden dan met enkel begeleid verlof.

246 Volgens behandelcoördinatoren heeft de beperking van de verlofmogelijkheden grote impact op de betreffende tbs-gestelden, omdat verlof voor hen zo belangrijk is. In de periode dat ze niet met verlof mochten, leidde dat bij hen tot grote onzekerheid, wat zijn weerslag had op hun psychische gesteldheid. Zij stellen dat verlof van groot belang is voor de kwaliteit van leven¹¹³, omdat het patiënten uitzicht biedt. Bovendien biedt het inzicht in de wenselijk- en haalbaarheid van nieuwe behandelmogelijkheden, omdat ze tijdens verlof in de gelegenheid worden gesteld om te laten zien dat zij vooruitgaan in wat zij aankunnen.

247 Aangezien verlof met de nieuwe Verlofregeling alleen nog mogelijk is bij een laag beveiligingsniveau, roept dit de vraag op of na ingang van de Verlofregeling vaker een laag beveiligingsniveau wordt vastgesteld dan voorheen. Dit blijkt voorsnog niet uit de registratie en dossiers van de afdeling Plaatsing. Bij herbeoordeling wordt het beveiligingsniveau na 27 mei 2012 door de LAP niet vaker maar juist minder vaak op laag vastgesteld (36%; N = 22) dan voorheen (82%; N= 33; p < .01). Een kanttekening hierbij is dat voor de aankondiging van de wijziging van de Verlofregeling het beveiligingsniveau inhoudelijk niet werd gekoppeld aan verlof. Mogelijk heeft het verschil ook te maken met de prioritering in het vaststellen van het beveiligingsniveau. Klinieken hebben in aanloop naar de wijziging van de Verlofregeling voorrang gegeven aan het vaststellen van het beveiligingsniveau bij tbs-gestelden die een verlofmachtiging hadden.

¹¹³ Volgens hen is het gewijzigde verlofbeleid voor tbs-gestelden met longstay-status daarom in strijd met de uitgangspunten van de longstay-afdeling. Naast 'veiligheid voor zichzelf en anderen' is 'kwaliteit van leven' namelijk het voornaamste behandeldoel op de longstay-afdeling, en daar hoort verlof bij.

248 Beperking van de verlofmogelijkheden kan de weerstand van tbs-gestelden tegen de longstay-status vergroten. Bij aanvraag van de longstay-status kan eventuele weerstand van de cliënt worden weergegeven. Van de 5 aanvragen voor de longstay-status na invoering van de Verlofregeling wordt er in 1 geval melding gemaakt van weerstand bij de reactie van de patiënt. Voor invoering van de Verlofregeling wordt bij aanvraag in 27% van de gevallen melding gemaakt van weerstand van de patiënt. De aantallen aanvragen na invoering van de Verlofregeling zijn echter te gering om definitief te kunnen concluderen dat er geen sprake is van toename in weerstand.

249 Eventueel toegenomen weerstand tegen de longstay-status door de versoering van de verlofmogelijkheden kan ook blijken uit een beroep tegen de beslissing tot toekennen of voortzetten van de longstay-status. De aantallen zijn echter te gering voor concrete aanwijzingen dat het aantal beroepen toeneemt. Uit de dossiers van RSJ zijn in totaal 6 uitspraken bekend tegen beslissingen van de minister vanaf 27 mei 2012:

1. In 2 gevallen is er een uitspraak van de RSJ over een beroep tegen plaatsing, tegen 3 plaatsingsbesluiten in 2012 (waarvan 1 eind 2012, zodat een eventueel beroep en de uitspraak daarover nog niet in de dossiers zijn terug te vinden). In zijn algemeenheid wordt tegen ongeveer 40% van de plaatsingsbesluiten beroep aangetekend (zie ook paragraaf 5.3). De aantallen na invoering van de Verlofregeling zijn echter te gering om een conclusie te kunnen trekken over de vraag of invoering van de Verlofregeling verhoudingsgewijs vaker tot beroep leidt dan voorheen het geval was;
2. In verhouding is het aantal beroepen tegen voortzetting van de longstay-status zowel voor als na 27 mei 2012 ongeveer een kwart. Er is geen sprake van significante toename of afname van beroep tegen voortzetting. In 4 gevallen is na 27 mei 2012 een beroep tegen een besluit tot voortzetting van de longstay-status bekend uit de uitspraken van de RSJ. Uit dezelfde periode (tot medio september 2012) zijn uit de dossiers van DJI 15 besluiten tot voortzetting met datum bekend. Tegen besluiten tot voortzetting van de longstay-status van voor 27 mei 2012 is in totaal 16 keer beroep aangetekend, in dezelfde periode zijn in totaal 59 besluiten tot voortzetting met datum bekend.¹¹⁴

6.5 Deelconclusies

250 Met de invoering van de gewijzigde Verlofregeling op 27 mei 2012 mogen tbs-gestelden met een longstay-status alleen nog met begeleid verlof wanneer er een laag beveiligingsniveau is vastgesteld. Bij een verlofaanvraag wordt sindsdien door de Verlofunit van DJI gecontroleerd of het beveiligingsniveau bekend is. Verlofaanvragen zonder vastgesteld laag beveiligingsniveau worden niet meer in behandeling genomen. Al afgegeven verlofmachtigingen hebben hun geldigheid behouden. In aanloop naar de wijziging van de Verlofregeling zijn alleen dubbel begeleide verloven toegestaan. Voor het AVt heeft de wijziging geen praktische consequenties voor de advisering.

¹¹⁴ Na medio september 2012 zijn nog 35 besluiten tot voortzetting van de longstay-status bekend. In 6 gevallen is de datum van het besluit niet exact bekend uit de dossierstudie.

251 De meerderheid van de tbs-gestelden met een longstay-status gaat niet met verlof (62%). Voor de meeste tbs-gestelden met longstay-status is het vastgestelde lage beveiligingsniveau geen belemmering voor een nieuwe verlofmachtiging (80%). Voor 2 personen (4%) die voorheen een verlofmachtiging hadden is een midden of hoog beveiligingsniveau vastgesteld, waardoor de mogelijkheid van verlof vervalt. Voor 17% van de tbs-gestelden die voor invoering van de gewijzigde Verlofregeling een verlofmachtiging hadden zijn de consequenties nog onbekend doordat het beveiligingsniveau nog niet is vastgesteld. Het aantal verlofaanvragen is sinds invoering van de Verlofregeling afgenomen van gemiddeld 4,7 naar 3,5 per maand. Verlofaanvragen worden niet vaker afgewezen dan voorheen (10%). Wel is er na invoering van de gewijzigde Verlofregeling weer minder vaak sprake van dubbel begeleid verlof (13% tegen 38% voor de wijziging).

252 In de overgang naar de nieuwe Verlofregeling konden sommige tbs-gestelden tijdelijk niet met verlof. Dit kwam doordat het beveiligingsniveau nog niet bekend was en daardoor nog geen nieuwe verlofmachtiging kon worden gegeven. Daarnaast was er in de overgangsperiode te weinig capaciteit om de vereiste dubbele begeleiding te realiseren. De behandelcoördinatoren geven aan dat dit grote impact heeft op de psychische gesteldheid van de tbs-gestelden en hun kwaliteit van leven.

253 Vooralsnog is er, op basis van de beperkte beschikbare informatie na invoering van de gewijzigde Verlofregeling, geen indicatie dat er na invoering van de gewijzigde Verlofregeling vaker een laag beveiligingsniveau wordt vastgesteld of dat tbs-gestelden vaker in beroep gaan tegen plaatsing of voortzetting van de longstay-status.

7. Beëindiging longstay en uitstroom

In dit hoofdstuk staat de uitstroom vanuit de longstay-voorziening centraal. We beschrijven allereerst kort hoe het proces van uitstroom in het beleidskader is beoogd en vervolgens hoe dat in de praktijk wordt uitgevoerd. We maken onderscheid tussen uitstroom naar aanleiding van de aanvraag tot opheffing van de longstay-status door de kliniek en uitstroom naar aanleiding van herbeoordeling¹¹⁵. Tot slot beschrijven we naar welk type instellingen voormalig tbs-gestelden met longstay-status uitstromen.

7.1 Aanvraag beëindiging longstay-status

²⁵⁴ De kliniek kan een aanvraag indienen om opheffing van de longstay-status bij de afdeling Plaatsing. In het beleidskader wordt daar het volgende over opgemerkt: 'Wanneer een behandelteam concludeert dat ontwikkelingen aanleiding vormen tot het beëindigen van de longstay-status wordt bij de afdeling Plaatsing een opheffing van de longstay-status aangevraagd. De afdeling Plaatsing wint advies in bij de LAP die de aanvraag beoordeelt. Het hoofd afdeling Plaatsing besluit, namens de minister, om de longstay-status wel dan niet te verlengen'.

Uit de dossierstudie blijkt dat er tussen 2008 en eind 2012 in totaal 25 aanvragen voor beëindiging van de longstay-status zijn ingediend door de FPC's, waarvan het grootste deel in 2011 is aangevraagd (zie tabel 14). Belangrijk hierbij is dat in 2011 is besloten om nieuwe aanvragen voor opheffing van de longstay-status te behandelen als herbeoordelingen, indien er nog geen herbeoordeling had plaatsgevonden. Het werkelijke aantal aanvragen voor opheffing is in de jaren 2011 en 2012 dus hoger dan in onderstaande tabel is weergegeven.

Jaar	Aantal aanvragen	Bezetting longstay *
2008	3	157
2009	1	197
2010	5	193
2011	16	180
2012	0	
Totaal	25	

* Bron: Forensische zorg in getal 2007-2011. Cijfers ultimo september.

Tabel 14: Aantal aanvragen van FPC's voor beëindiging van longstay-status van de cliënt

¹¹⁵ Uitstroom naar aanleiding van opheffing van de tbs-titel is eveneens mogelijk, maar is geen onderdeel van dit onderzoek.

255 De Van der Hoeven Kliniek heeft relatief veel aanvragen tot opheffing van de longstay-status ingediend. Met het oog op de naderende afloop van de tender in 2013 hebben zij recent een verzoek tot opheffing gedaan met als doel deze patiënten over te kunnen plaatsen naar hun 'longcare-voorziening' De Voorde, dat gelegen is op het terrein van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis in Amersfoort¹¹⁶. Het betrof uitzonderlijke verzoeken, omdat deze niet werden gemotiveerd met vooruitgang in de behandeling, het beschikbaar komen van nieuwe behandelmethoden of een afgenomen recidiverisico. Alle aanvragen werden gedaan met het oog op overplaatsing naar De Voorde, alwaar een afdeling bestaat voor chronisch psychotische patiënten (de populatie waartoe deze patiënten behoren). Enkele van deze aanvragen tot beëindiging van de longstay-status zijn door de LAP afgewezen, omdat er in de aanvraag onvoldoende is onderbouwd op welke wijze zal worden toegewerkt naar uitstroom uit De Voorde. De LAP is van mening dat De Voorde 'geen eindstation' mag zijn.

256 In ongeveer de helft van de aanvragen tot opheffing van de longstay-status (13 van 25) is door de LAP geadviseerd de longstay-status op te heffen en is de longstay-status als gevolg daarvan door de minister ook werkelijk opgeheven. In 10 gevallen is de aanvraag afgewezen en twee aanvragen zijn nog in behandeling. De redenen die de LAP aanvoert in het advies om de aanvraag niet toe te kennen zijn (meer dan één reden mogelijk):

1. LAP gaat niet akkoord met voorstel tot plaatsing in De Voorde (9 keer);
2. Er is geen perspectief op behandeling of resocialisatie (3 keer);
3. Recidiverisico is onverminderd hoog (2 keer);
4. Diagnose is niet veranderd (1 keer).

7.2 Opheffing longstay-status na herbeoordeling

257 De longstay-status kan bij herbeoordeling worden opgeheven indien de LAP - na adviezen van de kliniek en de NIFP-rapporteurs - de minister adviseert om de longstay-status op te heffen. In het beleidskader wordt daar het volgende over opgemerkt: 'Uit de periodieke toets kan blijken dat voortzetting van het verblijf op de longstay-afdeling niet langer noodzakelijk is omdat het delictisico is afgenomen. Zo kunnen tbs-gestelden zich na enige tijd wel openstellen voor een behandeling die zij eerder afwezen, kunnen behandelstrategieën in de loop der jaren verbeteren, medicijnen sterk verbeteren of beschikbaar komen en kan de psychiatrische stoornis van de tbs-gestelde afnemen of veranderen met de leeftijd. Ook is denkbaar dat de beheersproblematiek dusdanig is afgenomen dat doorplaatsing naar een minder beveiligde verblijfsvoorziening in de reguliere ggz mogelijk is.'

258 Uit de dossierstudie blijkt dat de longstay-status van 43 personen naar aanleiding van herbeoordeling is beëindigd. In 2011 meldt DJI¹¹⁷ te verwachten dat het aantal tbs-gestelden met een longstay-status naar aanleiding van de invoering van de herbeoordelingstoets 'in eerste instantie afneemt met ongeveer 20%. Ervan uitgaande dat er op het hoogtepunt ruim 200 tbs-gestelden met longstay-status waren, is deze verwachting accuraat gebleken.

¹¹⁶ Meer specifiek betreft het aanvragen tot opheffing van de longstay-status, waarvoor gelijktijdig bij de Verlofunit een aanvraag voor transmuraal verlof op De Voorde wordt gedaan.

¹¹⁷ Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 22 augustus 2011, 'Longstay Forensische Zorg'.

259 Respondenten van de LAP en het NIFP geven aan dat er van hen wordt verwacht dat zij een uitspraak doen over de wenselijkheid om de longstay-status al dan niet op te heffen, maar dat het voor hen moeilijk is om vast te stellen welke voortgang een patiënt boekt. Volgens hen zijn de longstay-voorzieningen gezien hun functie namelijk niet ingericht op het doen van behandelingen. Volgens de respondenten van de LAP en het NIFP is het voor het inzicht in de voortgang gunstig als een kliniek een psychiater in dienst heeft, zoals het geval is bij Veldzicht. De klinieken zijn echter van mening dat het behandelperspectief voldoende inzichtelijk is. Ook vanuit de RSJ is aangegeven dat de klinieken hierover voldoende gedetailleerde informatie bieden.

260 Proefplaatsingen zijn in geval van twijfel een optie die door de LAP en het NIFP en ook de geïnterviewde advocaten wordt genoemd als mogelijkheid om, in een meer op behandeling gerichte setting, te bekijken welk behandelperspectief er eventueel is¹¹⁸. De geïnterviewde advocaten vinden proefplaatsingen een positief middel om weer even zicht te krijgen op de patiënt en om de patiënt ook perspectief te geven. Een proefplaatsing geeft een beter beeld van de patiënt en zijn mogelijkheden en zorgt ook voor acceptatie bij de patiënt. De LAP geeft aan dat zij weleens adviseren tot een proefplaatsing omdat ook zij dit zien als een goede optie. De vertegenwoordigers van de klinieken geven echter aan dat zij nog nooit een proefplaatsing hebben geadviseerd omdat een proefplaatsing teveel onrust voor de tbs-gestelde zal opleveren, of omdat ze inschatten dat ze geen kliniek bereid zullen vinden de proefplaatsing uit te voeren. De vertegenwoordigers van de klinieken stellen dat er naar aanleiding van herbeoordelingen in de praktijk ook geen proefplaatsingen hebben plaatsgevonden. De enige uitzondering daarop is de proefplaatsing van een tbs-gestelde die ten tijde van het schrijven van dit rapport nog moet worden uitgevoerd. Het betreft een tbs-gestelde voor wie de kliniek adviseerde de longstay-status voort te zetten, maar voor wie de LAP de zaak heeft aangehouden in afwachting van aan advies van het Pieter Baan Centrum. Nadat de LAP dit advies heeft ontvangen, houdt zij de zaak nogmaals aan in afwachting van de resultaten van een proefplaatsing, die vanaf medio mei wordt uitgevoerd.

7.3 Uitstroom

261 De longstay-status wordt toegekend indien de tbs-gestelde is uitbehandeld *en* blijvend delict-gevaarlijk is. Opheffing van de longstay-status zal plaatsvinden wanneer één van deze twee factoren is veranderd. Indien een tbs-gestelde weer behandelbaar wordt geacht, volgt uitstroom naar een behandelkliniek alwaar behandeling gericht zal zijn op resocialisatie. Indien een tbs-gestelde niet meer blijvend delictgevaarlijk wordt geacht, zijn er twee opties:

1. Er zal resocialisatie volgen in een ggz-instelling. Het is dus mogelijk dat tbs-gestelden vanuit de longstay-voorziening meteen richting resocialisatie gaan wegens het wegvallen van delict-gevaarlijkheid (zelfs als het ziektebeeld niet is afgenomen en betrokkene in die zin nog steeds onbehandelbaar is). De geïnterviewde aanvragende klinieken geven echter aan dat dit in de praktijk lastig is.

¹¹⁸ De geïnterviewde advocaat geeft aan dat zelfs bij proefplaatsingen die gevolgd worden door het advies de longstay-status voort te zetten, bij zijn cliënten een positief effect is waar te nemen. In de regel kan de tbs-gestelde na een proefplaatsing meer vrede hebben met het eindoordeel en ontstaat een zekere mate van berusting.

Als bij hen een tbs-gestelde wordt geplaatst vanuit een longstay-voorziening, zullen zij toch eerst enige vorm van behandeling doen - zelfs als de opdracht vanuit de LAP 'resocialiseren' is. Zij willen namelijk eerst weten waar ze rekening mee moeten houden in het resocialisatie-traject;

2. Indien wordt vastgesteld dat 'voor het beteugelen van het recidiverisico geen longstay-voorziening meer nodig is, maar dat van resocialisatie geen sprake kan zijn', dan kan de tbs-gestelde (na opheffing longstay-status) worden overgeplaatst naar een 'verblijfsafdeling in de GGZ met betrekking tot kwaliteit van leven'.

²⁶² In totaal is van 74 personen de longstay-status geëindigd sinds invoering van de huidige registratie (augustus 2010). In tabel 15 is weergegeven welke redenen de beëindiging had.

Beëindiging longstay-status als gevolg van:	Frequentie
Opheffing longstay-status na gehonoreerde aanvraag tot opheffing door de kliniek	13
Opheffing longstay-status na aanvraag tot opheffing na herbeoordeling	43
Overleden	9
Andere redenen (zoals beslissing RSJ, voorwaardelijke beëindiging van de verpleging of einde tbs)	9
Totaal	74

Tabel 15: Redenen van uitstroom

²⁶³ Indien de overleden personen niet worden meegerekend, zouden 65 van de 74 tbs-gestelden potentieel kunnen zijn overgeplaatst naar een vervolgvoorziening. Het blijkt dat 59 tbs-gestelden zijn overgeplaatst naar een behandelkliniek, dat er bij 2 tbs-gestelden de verpleging voorwaardelijk is beëindigd en dat bij vier personen de tbs is beëindigd. Tabel 16 geeft een overzicht van de uit de dossierstudie bekende uitstroom naar verschillende instellingen na beëindiging van de longstay-status.

Instelling uitstroom	Aantal
FPC 2landen	1
FPC De Kijvelanden	2
FPC De Rooyse Wissel	3
FPC Dr. S. van Mesdag	6
FPC Oostvaarderskliniek	5
FPC Veldzicht	7
Hoeve Boschoord	2
Pompestichting	15
Van der Hoeven kliniek	17
Woenselse Poort	1
Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging	2
Beëindiging tbs ¹¹⁹	4
Totaal	65

Tabel 16: Uitstroom naar verschillende instellingen na beëindiging van de longstay-status

264 Zowel de advocaat als het NIFP en de LAP geven aan dat het vaak onduidelijk is welke concrete uitstroommogelijkheden er zijn in termen van specialisaties. Het NIFP en de LAP adviseren daarom meestal geen specifieke instelling, waar de tbs-gestelde naar toe zou kunnen worden uitgeplaatst. Wel omschrijven beide partijen welk type instelling wenselijk zou zijn.

265 Nadat de LAP zijn advies heeft geformuleerd ten aanzien van de opheffing van longstay-status en uitstroom naar een behandelkliniek volgt, zoekt de afdeling Plaatsing naar een geschikte behandelplek binnen een FPC. De doorlooptijden van de datum van de vergadering van de LAP tot de datum van herplaatsing lopen uiteen van 15 tot 423 dagen met een mediaan van 71 dagen (N = 31)¹²⁰.

266 Indien uitstroom naar een ggz-instelling plaatsvindt, moet de kliniek zelf een plaats regelen. Klinieken geven aan dat ze in de praktijk moeite hebben om plaatsen te vinden in de ggz, omdat ggz-instellingen regelmatig de plaatsing van tbs-gestelden - en met name degenen die een longstay-status hebben gehad - weigeren. Begin 2013 geldt dit voor 6 tbs-gestelden uit Veldzicht en voor 10 tot 15 tbs-gestelden in de Pompekliniek¹²¹. Omdat directe uitstroom naar de ggz onmogelijk blijkt, heeft de Pompekliniek voor deze doelgroep een resocialisatieafdeling opgericht binnen het Kempehuis. Vanuit die afdeling wordt toegewerkt naar uitstroom naar de ggz. Daarnaast

¹¹⁹ Het is niet aannemelijk dat de tbs direct wordt beëindigd voor tbs-gestelden met longstay-status. Het is meer aannemelijk dat deze tbs-gestelden eerst zijn overgeplaatst naar een behandelkliniek en dat de tbs na enige tijd is opgeheven. Dergelijke informatie is echter niet uit de dossierstudie te halen.

¹²⁰ Er zijn drie uitbijters met een doorlooptijd van meer dan 186 dagen. Zonder deze uitbijters is de mediaan 69 dagen.

¹²¹ Vanuit de Van der Hoeven Kliniek worden momenteel geen pogingen ondernomen om uit te plaatsen naar de ggz.

wordt uitplaatsing soms bemoeilijkt door de zeer specifieke somatische problematiek (en de daarvoor benodigde voorzieningen).

267 Ten aanzien van de uitstroombmogelijkheid 'longcare' overheerst bij alle geïnterviewde partijen onduidelijkheid, die mede wordt veroorzaakt doordat in het beleidskader niet helder wordt geformuleerd wat ermee wordt bedoeld. Het kan enerzijds worden opgevat als afdeling binnen de longstay-voorziening, aangezien het wordt gepresenteerd als een afdeling 'voor de longstay-populatie'. Anderzijds wordt het expliciet genoemd als uitstroombvoorziening, wat erop zou duiden dat de longstay-status, en misschien zelfs wel de tbs met dwangverpleging, moet zijn opgeheven voordat een (ex-)tbs-gestelde kan instromen in de longcare.

268 Klinieken zijn van mening dat een deel van de tbs-gestelden met een longstay-status met minder beveiliging toe zou kunnen, en in die zin geschikt zouden zijn voor 'longcare'. Zij achten een overplaatsing echter lang niet altijd wenselijk, omdat de overgang naar een andere omgeving de tbs-gestelde uit evenwicht kan brengen. Volgens hen is de geboekte vooruitgang (op basis waarvan iemand overgeplaatst zou kunnen worden) het resultaat van jarenlange investering, die met een overplaatsing teniet zou kunnen worden gedaan.

269 Nu naar aanleiding van de herbeoordelingen voor relatief veel tbs-gestelden de longstay-status wordt opgeheven, worden de belangen voor klinieken groter om 'longcare' te bieden. Welke klinieken bevoegd zijn om een dergelijk aanbod te doen, en wat het aanbod zou moeten inhouden, is nergens vastgelegd. Respondenten doen wel suggesties zoals een 'forensische RIBW-instelling'; of een instelling voor gehospitaliseerde mensen met veel behoefte aan zorg en structuur, maar met een lage beveiligingsbehoefte.

7.4 Deelconclusies

270 Vanaf 2008 tot medio 2011 zijn 25 aanvragen door klinieken voor beëindiging van de longstay-status bekend. In ongeveer de helft van deze aanvragen is de longstay-status na advies van de LAP opgeheven. Veel aanvragen tot opheffing zijn afkomstig van de Van der Hoeven Kliniek en zijn gericht op plaatsing van de cliënten in De Voorde. De belangrijkste reden waarom een aanvraag voor beëindiging van de longstay-status wordt afgewezen is dat de LAP niet akkoord gaat met het voorstel tot plaatsing in De Voorde.

271 In totaal is van 74 personen sinds augustus 2010 de longstay-status beëindigd. In driekwart van de gevallen is de LAP betrokken geweest bij de uitstroom in de vorm van een herbeoordeling (58%) of een aanvraag opheffing longstay-status (18%). Door besluiten van andere instanties is 12% beëindigd. De resterende 12% is overleden.

272 Voor het NIFP en de LAP is onvoldoende duidelijk welke concrete uitstroombmogelijkheden er zijn. Zij adviseren daarom meestal geen specifieke instelling, maar omschrijven welk type instelling gewenst is. Wordt een FPC geadviseerd, dan zoekt de afdeling Plaatsing van DJI naar een geschikte behandelplek. Dit proces neemt over het algemeen ruim twee maanden in beslag. Bij uitstroom naar een ggz-instelling is de kliniek verantwoordelijk voor de plaatsing. Het vinden van

een plek in de ggz verloopt moeizaam, aangezien ggz-instellingen regelmatig tbs-gestelden weigeren.

273 Ten aanzien van 'longcare' als uitstroomvoorziening voor tbs-gestelden is nog onvoldoende bekend wat het aanbod inhoudt en om welke afdelingen of klinieken het gaat. Wanneer minder beveiliging nodig is zou een 'longcare' voorziening geschikt zijn. Overplaatsing is echter niet altijd wenselijk omdat het nadelig kan zijn voor de tbs-gestelde en de geboekte vooruitgang teniet kan doen.

S I G N I F I C A N T

8. Conclusies

274 In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste conclusies samen met betrekking tot de implementatie van het beleidskader en de Verlofregeling. Hierbij gaan we achtereenvolgens in op de verbetering van de rechtspositie, de interne differentiatie en de Verlofregeling.

8.1 Verbetering van de rechtspositie

275 Om de rechtspositie van de tbs-gestelde met longstay-status te verbeteren, zijn met het beleidskader in 2009 twee veranderingen doorgevoerd:

1. Er is een driejaarlijkse herbeoordeling van de longstay-status geïntroduceerd met de mogelijkheid van beroep tegen besluiten tot voortzetting van de longstay-status;
2. De LAP als adviesgevend orgaan is geformaliseerd en er zijn raadsheren als voorzitter en vicevoorzitter toegevoegd.

8.1.1 Herbeoordeling

276 De introductie van een driejaarlijkse herbeoordeling van de longstay-status is door alle geïnterviewde partijen positief ontvangen. De rechtspositie van de tbs-gestelde met longstay-status is daarmee volgens hen verbeterd omdat er een toetsmoment is geïntroduceerd.

277 In januari 2013 zijn voor de 120 tbs-gestelden die langer dan drie jaar de longstay-status hebben alle herbeoordelingen gestart, en voor het grootste deel afgerond (88%) of in een vervolgd stadium (11%). De herbeoordelingen hebben geleid tot een substantiële uitstroom uit de longstay. Begin 2013 zijn in totaal 158 herbeoordelingen afgerond, waarbij in 43 gevallen (27%) door de minister is besloten de longstay-status te beëindigen. In totaal is in 20 van 115 besluiten (17%) tot voortzetting van de longstay-status beroep aangetekend bij de RSJ. Geen van deze beroepen is echter gegrond verklaard.

278 Op het moment dat het beleidskader in werking treedt op 1 juni 2009 kon nog niet direct worden gestart met de herbeoordeling, omdat er nog een praktische uitwerking nodig is voor het proces. Het belangrijkste punt hierin is het ontbreken van eenduidige criteria voor het vaststellen van het zorgniveau en het beveiligingsniveau ten behoeve van interne differentiatie (zie ook paragraaf 8.2). Medio 2010 wordt gestart met de herbeoordelingen zonder dat aan het zorgniveau en beveiligingsniveau een eenduidige invulling is gegeven. Het zorgniveau wordt door de LAP en de minister niet vastgesteld. Het beveiligingsniveau wordt met name na 27 mei 2012 vastgesteld, met het oog op de praktische consequenties voor verlof.

279 De adviezen van de LAP met betrekking tot de longstay-status stemmen over het algemeen overeen met die van de NIFP-rapporteurs (90%) en de kliniek (74%). De LAP adviseert echter vaker dan de kliniek opheffing van de longstay-status. Het advies van de LAP met betrekking tot het beveiligingsniveau komt in ongeveer de helft van de bekende gevallen overeen met het advies van de kliniek en de NIFP-rapporteurs. De LAP adviseert vaker dan de kliniek en de NIFP-rapporteurs een laag beveiligingsniveau.

280 Het proces van de herbeoordeling kost over het algemeen meer tijd dan de door DJI beoogde 6 maanden, die in 28% van de gevallen is gerealiseerd. Met name de kliniek en de NIFP-rapporteurs hebben meer tijd nodig voor hun advies. Daarnaast is een extra stap in het proces ingevoegd waarin de kliniek een reactie geeft op de rapportage van het NIFP.

8.1.2 Formalisering en samenstelling LAP

281 De LAP, die sinds 2002 bestaat, is per 15 april 2012 geformaliseerd door middel van een instellingsbesluit. Conform het beleidskader is de LAP uitgebreid met een jurist als voorzitter. Er is gekozen voor het aanstellen van twee (senior) raadsheren, die de rol van voorzitter en vice-voorzitter in de vergaderingen vervullen. De raadsheren beoordelen of de regels in acht zijn genomen en waarborgt de onafhankelijkheid van het advies. De gedragsdeskundigen zijn verantwoordelijk voor de behandelinhoudelijke toetsing.

8.2 Differentiatie in beveiligingsniveau en zorgniveau

282 De geïnterviewden zijn kritisch op de in het beleidskader voorgestelde differentiatie naar zorgniveau en beveiligingsniveau in categorieën laag, midden en hoog. De begrippen zorgniveau en beveiligingsniveau zijn onduidelijk en worden uiteenlopend geïnterpreteerd. Vertegenwoordigers van de klinieken geven aan dat de categorisering onnodig is en zelfs onwenselijk met het oog op een afgewogen groepssamenstelling. In de praktijk was al sprake van differentiatie tussen klinieken en tussen afdelingen binnen klinieken in de zin dat ze van elkaar verschillen in 'behandelklimaat'. De meest beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden worden in de Pompekliniek te Vught geplaatst, die binnen de muren van een groot penitentiair complex met gevangenen en huizen van bewaring is gevestigd. Binnen de klinieken zijn onderscheiden afdelingen waarbij zorg en beveiliging meer en minder intensief is. Bij de samenstelling van afdelingen wordt ook de aard van de problematiek van de tbs-gestelde betrokken, waarbij onder meer onderscheid wordt gemaakt naar psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Binnen de beperkte omvang van de longstay-populatie wordt zo gestreefd naar een afgewogen groepssamenstelling.

8.3 Verlofregeling

283 Met de invoering van de gewijzigde Verlofregeling op 27 mei 2012 mogen tbs-gestelden met een longstay-status alleen nog met begeleid verlof wanneer er een laag beveiligingsniveau is vastgesteld. Voor de wijziging ging 38% van de huidige tbs-gestelden met een longstay-status met verlof. Voor de meeste van deze tbs-gestelden is het vastgestelde lage beveiligingsniveau geen belemmering voor een nieuwe verlofmachtiging. Er zijn twee personen (4%) bekend die voorheen met verlof gingen, maar waarvoor inmiddels een midden of hoog beveiligingsniveau vastgesteld, waardoor de mogelijkheid van verlof vervalt.

284 In de overgang naar de nieuwe Verlofregeling konden sommige tbs-gestelden volgens de klinieken tijdelijk niet met verlof. Enerzijds kwam dit doordat er te weinig capaciteit was om de dubbele begeleiding te realiseren die was vereist voor lopende machtigingen zonder vastgesteld beveiligingsniveau. Anderzijds kon er geen nieuwe verlofmachtiging worden aangevraagd zolang er nog geen beveiligingsniveau was vastgesteld. De behandelcoördinatoren zijn van mening dat dit grote impact heeft en heeft gehad op de psychische gesteldheid van de tbs-gestelden en hun kwaliteit van leven.

8.4 Algemene conclusie

285 De rechtspositie van de tbs-gestelden met longstay-status is verbeterd door invoering van het beleidskader. De herbeoordeling biedt een toets op de voortzetting van de longstay-status. De tbs-gestelden die langer dan drie jaar de longstay-status hebben zijn grotendeels herbeoordeeld. Een kwart van de uitgevoerde herbeoordelingen heeft geleid tot beëindiging van de longstay-status. De rol van de LAP is formeel vastgelegd. De samenstelling van de LAP is uitgebreid met twee raadsheren in de functie van voorzitter en vicevoorzitter.

286 De differentiatie in zorgniveau en beveiligingsniveau in termen van hoog, midden en laag heeft tot spraakverwarring geleid en correspondeert niet met de praktijk waarin voor een kleine populatie op basis van diverse factoren (waaronder de aard van de problematiek) differentiatie plaatsvindt. Voor deze interne differentiatie is een formeel onderscheid in zorgniveau en beveiligingsniveau niet functioneel.

287 De gewijzigde Verlofregeling wordt uitgevoerd zoals beoogd. Alleen wanneer zij een laag beveiligingsniveau hebben mogen tbs-gestelden met longstay-status met (begeleid) verlof. Voor de meeste tbs-gestelden is de mogelijkheid tot verlof hierdoor niet structureel veranderd. Doordat bij de wijziging op 27 mei 2012 nog niet voor alle tbs-gestelden met longstay-status een beveiligingsniveau was vastgesteld, leverde dit voor de betreffende personen wel tijdelijk beperkingen in de verlofmogelijkheden op.

S I G N I F I C A N T

A. Geraadpleegde documenten

Beleidsstukken

- Beleidskader Longstay Forensische Zorg, DJI 2009.
- Besluit Adviescollege Verloftoetsing tbs, Staatscourant 2007, nr.189.
- DJI, 'Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden- Beleidsregels met betrekking tot de verlofverlening aan ter beschikking gestelde', Directie Forensische Zorg, februari 2009.
- DJI, 'Planning & Control 2012. Handleiding Forensisch Psychiatrische Centra. Particuliere inrichtingen', 15 augustus 2011.
- DJI, Masterplan DJI 2013-2018.
- Instellingsbesluit Landelijke adviescommissie plaatsing longstay forensische zorg, Staatscourant 2012, nr. 8977.
- Kamerbrief 23-3-2012 van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie i.z. verlofbeleid longstay-gestelden.
- Kamerstukken II 1995/96, 23 445 en 24 256 nr. 22.
- Kamerstukken II, 2004/05, 29 452, nr. 2.
- Kamerstukken II, 2005/06, 30250 nr. 5. - Eindrapport Commissie Visser 'Parlementair onderzoek tbs'.
- Kamerstukken II, 2007/08, 29 452, nr. 92.
- Kamerstukken II, 2008/09, 29 452, nr. 98.
- Kamerstukken II, 2010/11, 29452, nr.138.
- Verlofregeling tbs, Staatscourant 2010 nr. 21597.
- Wijziging van de Verlofregeling tbs, Staatscourant 2012, nr.10252.

Brieven

- Brief Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, van 21 augustus 2008, Beleidsstandpunt longstay forensische zorg'.
- Brief Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, van 3 februari 2009, 'Beleidskader Longstay forensische zorg'.
- Brief RSJ, van 18 november 2009, 'beleidskader longstay forensische zorg'.
- Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 21 januari 2010, 'Beleidskader Longstay Forensische zorg'.
- Brief AVt, van 5 maart 2010, 'Aanpassing Verloftoetsingskader 2009'.
- Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 28 juni 2010, 'Ministeriële regeling Verloftoetsing Tbs'.
- Brief Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties, van 17 februari 2011, 'tbs-maatregel'.
- Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 22 augustus 2011, 'Longstay Forensische Zorg'.
- Brief RSJ, van 14 november 2011, 'reactie op de conceptregeling tot wijziging van de Verlofregeling tbs'.
- Brief Directie Forensische Zorg DJI, van 10 mei 2012, 'Beveiligingsniveau longstay forensische zorg'.
- Brief LAP, van 21 mei 2012, 'Vaststellen beveiligingsniveau'.
- Brief DJI aan RSJ, van 24 mei 2012, 'Wijziging ministeriële regeling Verloftoetsing tbs'.

Onderzoek en overige stukken

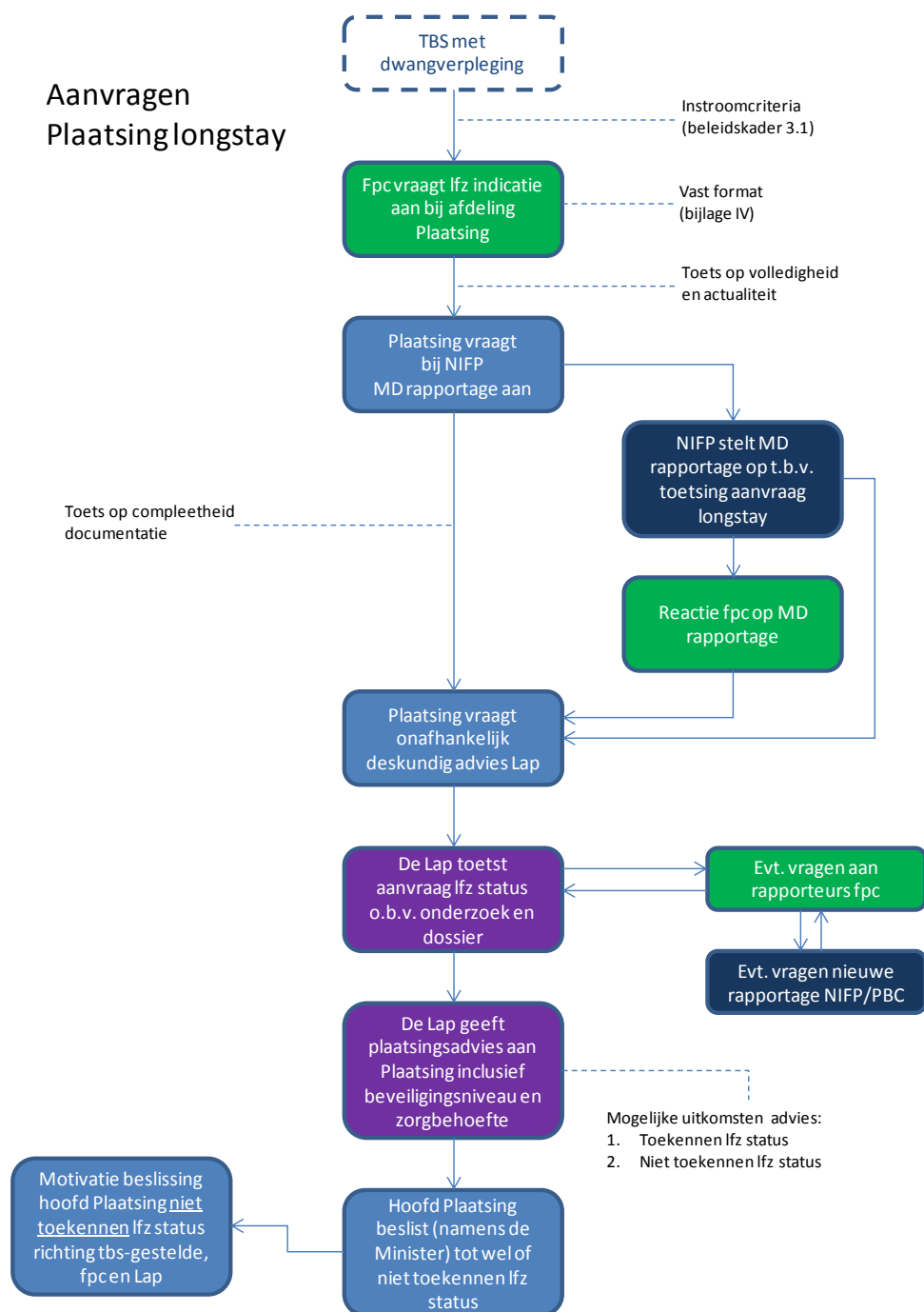
- W. Canton, K. ten Brink & A. de Groot (2011). 'De werkwijze van het Adviescollege verloftoetsing tbs', Sancties 2011, afl.3.
- Th.A.M. Deenen (2007). 'Longstay, anders dan levenslang?' Ontmoetingen: Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, nr.13.
- DJI (2011). Forensische Zorg in getal 2006-2010.
- DJI (2012). Forensische Zorg in getal 2007-2011.
- EFP (2009). Langdurige forensisch psychiatrische zorg. Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie.
- ISt Themaonderzoek (2005). 'Verlofbeleidskader tbs - gebruik format aanvraag verlofmachtiging'.
- F. Koenraadt, e.a. (2010). 'Het verlof van de ter beschikking gestelde- Het Adviescollege Verloftoetsing tbs in de route van aanvraag tot beslissing'. MONTAGNE Centrum Utrecht.
- C.H., de Kogel en C. Verwers (2003). 'De longstay afdeling van Veldzicht. Een evaluatie.' WODC.
- W.F. van Kordelaar & J.P.A. van Panhuis (2006). 'Over de differentiatie van longstayvoorzieningen binnen de tbs', Sancties 2006, afl. 6, p. 320-339
- W.F. van Kordelaar (2010). 'tbs-crisis?', Sancties, afl 2.
- Y. van Kuijk (2012). 'Gedragskundige en rechterlijke grenzen aan de tbs', Trema, nr. 2.
- T.P.C. Lucker, F.M.J. Bruggeman, P. Kristensen, J. Hochstenbach (2010). 'Tbs-behandeling: niet langer dan nodig, niet korter dan noodzakelijk' GZ-psychologie, september, blz. 26
- P.A.M. Mevis (2011). 'Opnieuw de tbs: laat svp tijd en ruimte voor rustige en bestendige ontwikkelingen in de goede richting', DD, afl.4/16.
- M.H. Nagtegaal (2010). 'Risicotaxatie- en risicomangementmethoden', WODC, Factsheet 2010-07.
- M.H.Nagtegaal, R.P. van der Horst, H.J.M Schönberger (2011). 'Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden - Cijfers en mogelijke verklaringen'. WODC.
- NIFP (2008). Borging onafhankelijkheid deskundigenoordeel.
- P.J.A. van Panhuis & P. Braun (2009), Memo over longstay versus longcare.
- J. Plaisier & J. van Ditzhuijzen (2008), 'Risicotaxatie bij verlof van gedetineerden - Een (inter)nationale vergelijking van instrumenten en procedures', WODC.
- RSJ (2008), Longstay Advies van 1 februari 2008.
- RSJ (april 2008), Vervolgadvies Levenslang (aanvulling op het advies Levenslang).
- M.J. Schabracq en D. van Eeden (2009). 'Langdurige forensische psychiatrische zorg - landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie'. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- M. Velthuis (2009), 'De kwaliteit van leven op de longstay-afdeling van de tbs', Sancties, afl.6.
- A.A.G. Verwaaijen (2011). 'tbs uit de klem: een voorstel om de maatschappelijke veiligheid op korte en langere termijn te verbeteren', Sancties, afl .1.
- F. Wester (2011), Verbetering in de uitvoering van het longstay-beleid. Mogelijke maatregelen, acties en aandachtspunten.
- WODC (2010) Factsheet 2010-7, Risicotaxatie- en risicomangementmethoden.

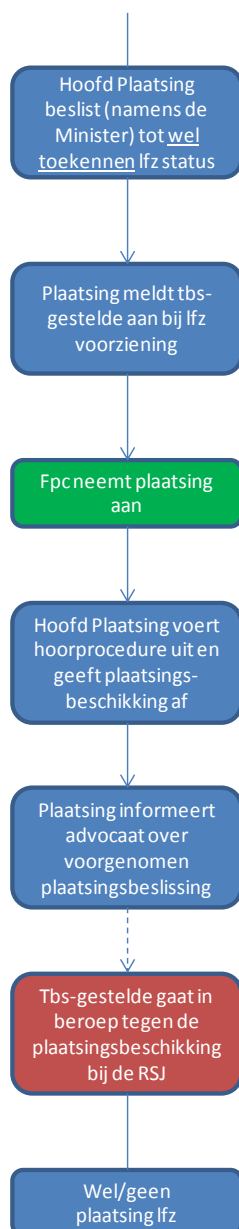
B. Interviews en expertbijeenkomst

Organisatie	Functie	Interview	Expert-bijeenkomst
AVt	Voorzitter	X	
	Secretaris		X
	Lid	X	
DJI	Coördinator plaatsing	X	X
	Voormalig portefeuillehouder lfpz	X	X
	Huidige portefeuillehouder lfpz		X
FPC Pompekliniek	Manager patiëntenzorg	X	X
	Behandelcoördinator	X	X
FPC Veldzicht	Directeur behandeling	X	
FPC Van der Hoeven	Hoofd behandeling Longstay-patiënten	X	X
LAP	Voorzitter	X	X
	Vicevoorzitter		
	Gedragkundige		
	Secretaris		X
NIFP	Portefeuillehouder Rapportage	X	
	Portefeuillehouder Zorg		X
Nolet Advocaten	Advocaat	X	
Yspeert vwl	Advocaat	X	
Rooijse Wissel	Directeur behandeling	X	
RSJ	Voormalig lid	X	
	Raadsheer Hoge Raad, Lid	X	
	Lid		X
Van Mesdag Kliniek	Directiesecretaris	X	X
	Behandelcoördinator		

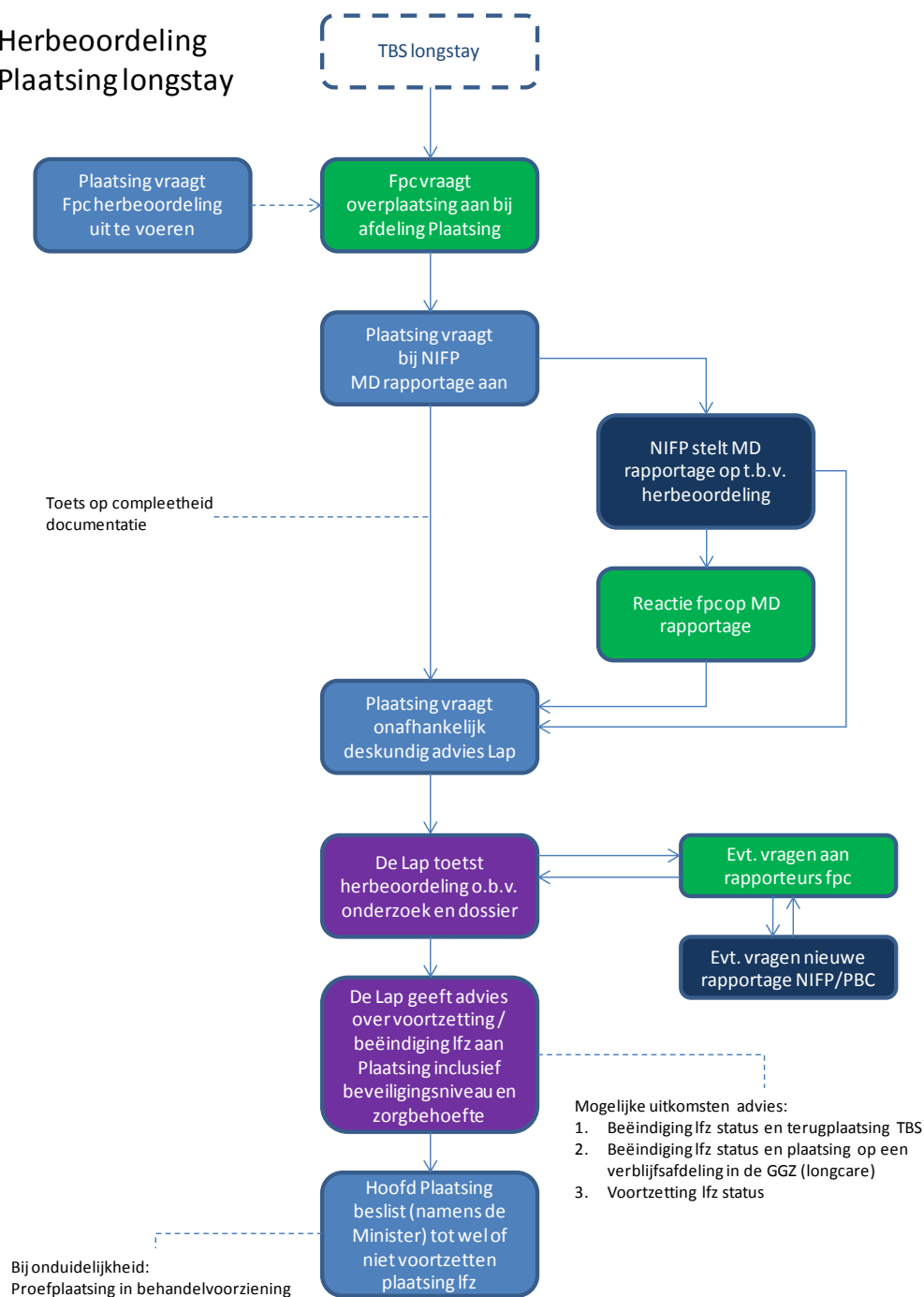
S I G N I F I C A N T

C. Processchema aanvraag en herbeoordeling longstay





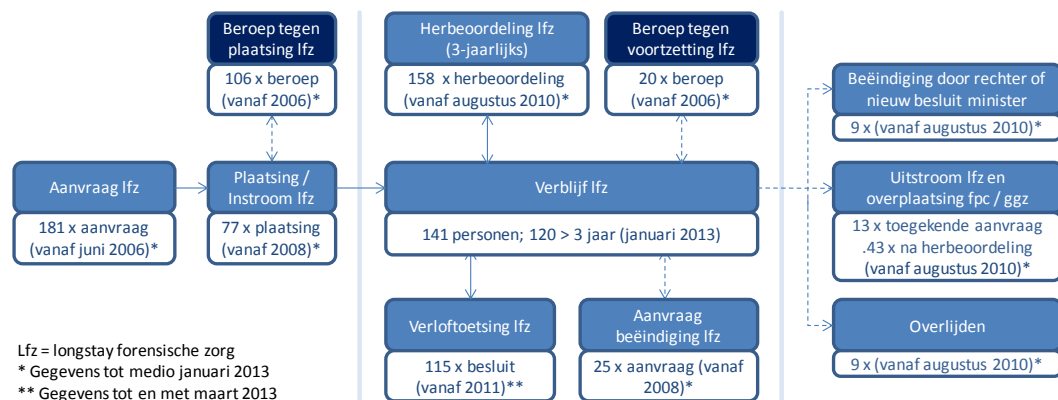
Herbeoordeling Plaatsing longstay



S I G N I F I C A N T

D. Overzicht dossierstudie

Figuur 9 geeft een overzicht van de in de analyse betrokken dossiers van de processen rond longstay forensische zorg. Per processtap is weergegeven hoeveel dossiers, van welke soort en vanaf welke moment in het onderzoek betrokken zijn.



Figuur 9: Overzicht van in de analyse betrokken gegevens uit de dossierstudie

De aard van de beschikbare gegevens is complex. Niet in alle gevallen is over dezelfde periode informatie bekend. Daarnaast is er verschil in eenheden zoals personen en aanvragen, waarbij voor een persoon meerdere keren een aanvraag kan zijn gedaan. Op onderdelen zijn de gegevens mogelijk niet geheel compleet. Dit vergt voorzichtigheid bij de interpretatie van getallen.

Er is gebruikgemaakt van drie verschillende bronnen van informatie:

1. De afdeling Plaatsing van DJI is de belangrijkste bron van met als basis hun eigen registratie en aanvulling vanuit dossiers in Centraal Digitaal Depot (CDD+) en Monitoring Informatie-systeem Ter beschikking Stelling (MITS);
2. Voor beroep tegen plaatsing en voortzetting van de longstay-status is gebruikgemaakt van geanonimiseerde uitspraken van de RSJ. In verband met deze anonimisering is in dit onderzoek geen directe koppeling mogelijk tussen plaatsingsbesluiten en beroep tegen deze besluiten;
3. Gegevens over verloftoetsing zijn afkomstig van de Verlofunit van DJI. Deze gegevens zijn op persoon gekoppeld aan de informatie van Plaatsing.

Voor het aantal longstay-aanvragen en toekenningen is gebruikgemaakt van verschillende bronnen. De eerste bron is de huidige registratie van longstay-aanvragen en herbeoordelingen, deze registratie wordt bijgehouden vanaf medio augustus 2010. De tweede bron is de vorige registratie van aanvragen voor longstay die vanaf medio juni 2006 tot medio maart 2009 is bijgehouden. De twee registraties zijn naast elkaar gelegd en ont dubbeld op naam. Deze registraties zijn aangevuld met behulp van dossierstudie. Tussen deze twee registraties zit echter een periode van medio maart 2009 tot medio augustus 2010. Indien er personen alleen in deze tussenperiode met longstay te maken hebben gehad, zijn ze daardoor hier niet meegeteld. Tabel 12 geeft een overzicht van de bekende aanvragen uit beide bronnen.

S I G N I F I C A N T

Jaar	Huidige registratie en dossierstudie	Voorgaande registratie (ontdubbeld)	Totaal
2006*	24	5	29
2007	30	32	62
2008	14	22	36
2009**	14	6	20
2010**	6		6
2011	18		18
2012	7		7
onbekend		3	3
Totaal	113	68	181

* gegevens vanaf juni 2006

** van medio maart 2009 tot medio augustus 2010 zijn de gegevens mogelijk incompleet

Tabel 17: Aantal bekende aanvragen voor longstay-status per jaar

E. Lijst met afkortingen

AVt	Adviescollege Verloftoetsing tbs
Bvt	Beginnelenwet verpleging ter beschikking gestelden
DBBC	Diagnose behandel- en beveiligingscombinaties
DForZo	Directie Forensische Zorg (van Dienst Justitiële Inrichtingen)
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
LAP	Landelijke Adviescommissie Plaatsing
LFPZ	Langdurige forensisch psychiatrische zorg
MD rapportage	Multi-disciplinaire rapportage
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
tbs	Ter beschikking stelling