

Vergaderjaar 2004–2005

**29 452**

## **Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel**

**Nr. 35**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN JUSTITIE**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 augustus 2005

#### **1. Aanleiding**

Binnen de totale groep van tbs-gestelden in ons land is er een categorie bij wie wegens een te groot en ernstig recidiverisico een veilige terugkeer in de samenleving uitgesloten is. Deze personen worden, bij gebleken gebrek aan effectief resultaat, niet meer intensief voor hun stoornis behandeld met het oog op recidivevermindering, terwijl zij wel langdurige beveiliging nodig hebben en van psychische en medische zorg afhankelijk zijn. Onder hen zijn personen die primair langdurige zorg nodig hebben ter verdere behandeling van de stoornis. Bij hen behoeft de beveiliging minder voorop te staan. Daarnaast zijn er personen die niet alleen zorgafhankelijk zijn maar daarenboven langdurige beveiliging nodig hebben. Dit is de doelgroep van de long-stay voorziening binnen de tbs. De laatste jaren is sprake van een toename van het aantal personen dat op een long-stay afdeling wordt geplaatst en een daardoor groeiende capaciteitsbehoefte. De Kamer is hiervan op de hoogte; onder meer in de tbs-debatten kort voor het zomerreces is de kwestie aan de orde geweest. Deze toename alleen al maakt het van groot belang om beslissingen tot het al dan niet plaatsen in de long-stay nog eens zorgvuldig tegen het licht te houden. In mijn brief van 25 november 2004 gaf ik al aan (TK 2004–2005, 29 452, nr. 14) dat hiervoor een beleidskader zal worden opgesteld. Bij deze informeer ik u nader en bied ik u dit kader aan.

Zo'n tien jaar geleden tekende zich geleidelijk een subgroep af binnen de tbs-populatie bij wie de behandeling niet bleek te leiden tot een voldoende afname van het delictisico. Naar aanleiding hiervan werd besloten om de long-stay voorziening in te stellen. In de tbs-kliniek Veldzicht werd in 1999 een voorziening voor 20 personen gebouwd en in de Pompekliniek in Nijmegen, in 2004, een voor 40 personen («het Kempehuis»). Inmiddels werd duidelijk dat de capaciteitsbehoefte verder zou toenemen. Een goed gefundeerd zicht op de totale omvang van deze groep ontbrak echter. Daarom heb ik in 2004 het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) van mijn ministerie een

onderzoek laten uitvoeren naar de omvang van de categorie op termijn onbehandelbare, blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden. Het onderzoeksrapport heb ik eerder aan de Kamer doen toekomen met de aanbiedingsbrief hiervoor vermeld.

## **2. De long-stay in het licht van de uitkomsten van het WODC-onderzoek**

Het WODC-onderzoek omvat ruim 1000 patiënten die in de tbs-sector verblijven en zo'n 600 patiënten die in de GGz-sector verblijven. De laatsten hebben deels een strafrechtelijke opnametitel, en zijn deels forensisch psychiatrische patiënten met een civielrechtelijke opnametitel. De *tbs-gestelden* verblijven in tbs-klinieken en voor een kleiner deel in de GGz-sector. Een deel van de tbs-gestelden wordt succesvol behandeld en kan daarom terugkeren in de samenleving. Bij deze groep beslist de rechter uiteindelijk tot beëindiging of niet-verlenging van de tbs-maatregel. Bij de aanbieding van het onderzoeksrapport schreef ik de Kamer al dat bij een ander deel van de tbs-gestelden de behandeling niet of onvoldoende resultaat oplevert in termen van de vermindering van recidivegevaar. Deze personen worden beschouwd als op termijn onbehandelbaar. Voor hen is het niet (meer) noodzakelijk en niet efficiënt dat zij op een behandelpaats in een tbs-instelling verblijven. Ik schreef de Kamer dat niet iedereen die tot deze groep behoort, uiteindelijk hetzelfde niveau van beveiliging en zorg nodig heeft om het delictgevaar daadwerkelijk onder controle te houden. Deze personen zijn nader te onderscheiden in:

- Een groep die weliswaar als op termijn onbehandelbaar moet worden beschouwd, maar die primair langdurige *zorg* nodig heeft ter verdere behandeling van de stoornis. Bij hen behoort de beveiliging minder voorop te staan. Dit is de *long care* groep. Binnen de huidige populatie van tbs-gestelden zowel verblijvend in tbs-klinieken als in de forensische psychiatrie betreft het zo'n 450 personen, ongeveer 70% van de op termijn onbehandelbaren;
- Een groep die als op termijn onbehandelbaar moet worden beschouwd en die niet alleen zorgafhankelijk is maar daarenboven langdurige beveiliging nodig heeft. Dit is de *long-stay* groep binnen de tbs. Binnen de huidige populatie van tbs-gestelden en forensisch psychiatrische patiënten betreft het zo'n 200 personen, ongeveer 30% van de op termijn onbehandelbaren. Van hen zijn thans reeds 60 personen in de long-stay voorzieningen opgenomen. Het beleidskader dat ik u bij deze brief aanbied betreft alleen deze long-stay groep binnen de tbs.

Voor het zomerreces heb ik de Kamer tevens een brief toegezegd over het systeem van de tbs in ruimere zin. Daarin zal ik onder meer nader ingaan op de vraag wat de opbrengst van het WODC-onderzoek betekent voor het tbs-stelsel als geheel. In de voorliggende brief geef ik de Kamer nu eerst de implicaties voor de long-stay voorziening. Het genoemde aantal van 200 personen is gebaseerd op de omvang van de huidige populatie. Deze personen zullen op den duur allen in een long-stay voorziening moeten worden geplaatst. Op dit moment is er dus op termijn reeds sprake van een capaciteitstekort van zo'n 140 plaatsen. Daarenboven vinden er ieder jaar nieuwe tbs-opleggingen plaats. Een deel van de nieuwe tbs-gestelden zal eveneens op termijn onbehandelbaar blijken te zijn, en voor weer een deel van hen zal het beveiligingsniveau van een long-stay voorziening nodig blijken te zijn. De exacte capaciteitsbehoefte op de lange termijn is op dit moment nog niet te voorzien.

Onderstaand in paragraaf 3 noem ik de hoofdpunten van het beleidskader. Tot slot schets ik in paragraaf 4 de wijze van implementatie van het beleidskader.

### **3. Beleidskader voor de long-stay tbs**

De afdeling voor langdurig verblijf binnen de tbs (long-stay) is bestemd voor de hiervoor omschreven doelgroep van op termijn onbehandelbare personen, die niet alleen zorgafhankelijk zijn maar daarenboven langdurige beveiliging nodig hebben. De long-stay voorziening zal dus altijd moeten voldoen aan het vereiste beveiligings- en zorgniveau. Plaatsing op een long-stay afdeling is een ingrijpende beslissing. Ze kan er in de praktijk op neer komen dat de betrokkene de rest van zijn leven niet in de samenleving zal kunnen terugkeren. De maatschappelijk benodigde extra beveiliging rond deze subgroep van tbs-gestelden – ten opzichte van de hiervoor genoemde «long care» groep – maakt een specifiek daarop gerichte assessment noodzakelijk. Dit alles noopt tot een zorgvuldige en afgewogen besluitvorming rond de plaatsingen, met inbegrip van een zorgvuldige en tijdige taxatie van het recidiverisico en de delictgevaarlijkheid. In het bijgevoegde beleidskader zijn alle elementen opgenomen die aan de orde zijn bij de plaatsing op een long-stay afdeling en de voorzieningen die ervoor nodig zijn. De belangrijkste licht ik onderstaand toe.

#### *Termijn waarbinnen de plaatsingsbeslissing wordt genomen*

De vraag binnen welke termijn een plaatsing in een long-stay voorziening mogelijk is, is onder meer aan de orde gekomen in de gedachtenwisseling met de Kamer tijdens het Algemeen Overleg over de tbs van 30 november 2004, en tijdens het vragenuur van 17 mei 2005. Tot dusver wordt hiervoor een minimale termijn gehanteerd van twee maal drie jaar. Door de Kamer is er op aangedrongen om deze termijn te verkorten. In het beleidskader wordt de termijn van 6 jaar verlaten en vervangen door een criterium waarin de behandelbaarheid van de tbs-gestelde, en daarmee de mogelijkheden om het recidivegevaar tot aanvaardbaar niveau terug te dringen, meer centraal staan. De tbs-gestelde komt dan in aanmerking voor plaatsing in een long-stay voorziening als aan de volgende criteria wordt voldaan:

- De terbeschikkinggestelde heeft conform de laatste inzichten van de forensische psychiatrie alle behandelingsmogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettingen, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar. Alleen bij patiënten die door overplaatsing naar een tweede behandelsetting «decompenseren» kan een onafhankelijk multidisciplinair onderzoek de tweede behandel poging vervangen;
- Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.

Het betreft met andere woorden een inhoudelijk criterium, gericht op het vaststellen van het resultaat van de behandeling. Voor de long-stay gaat het om de vaststelling dat het delictgevaar niet tot aanvaardbaar niveau kan worden teruggebracht, en dat daarmee een veilige terugkeer in de samenleving is uitgesloten. Hiermee is de behandelduur vóór plaatsing in een long-stay voorziening variabel geworden. Voorzien wordt dat deze gemiddeld korter wordt. Een tbs-gestelde zal immers al na een kortere periode dan zes jaar behandeling op een long-stay-voorziening kunnen worden geplaatst, bijvoorbeeld al na twee jaar. In enkele gevallen, bij wie na zes jaar nog behandelperspectief aanwezig wordt geacht, kan dat ook na een langere periode dan zes jaar gebeuren. Een en ander is geïmpliceerd in de berekening van het eerder in deze brief genoemde aantal van 200 long-stay kandidaten binnen de huidige tbs-populatie.

De long-stay voorziening is gericht op aanvaarding van het verblijf op de afdeling en het in stand houden van een aanvaardbare kwaliteit van leven. Ze is niet meer gericht op de terugkeer in de maatschappij (tenzij zich bijvoorbeeld grensverleggende nieuwe medische ontwikkelingen voordoen).

#### *Plaatsing*

De waarborgen rond de beslissing tot plaatsing in een long-stay voorziening zijn van bijzonder groot belang. Het plaatsingsadvies wordt opgesteld door een multidisciplinair team van onafhankelijke deskundigen, de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP). Deze bestaat uit vijf leden: twee personen van de Forensische Psychiatrische Dienst (FPD) en drie behandeldirecteuren van tbs-instellingen. De kliniek waar de persoon verblijft maakt geen deel uit van de adviescommissie. Het advies wordt gebaseerd op een uitvoerig dossieronderzoek, waarvan een recente onafhankelijke multidisciplinaire rapportage deel uitmaakt. Deze rapportage is via bemiddeling van de FPD gemaakt door externe psychologen en psychiaters. Plaatsing geschiedt op basis van een plaatsingsbeschikking van de minister van Justitie. Daardoor heeft de tbs-gestelde de mogelijkheid om tegen de plaatsing in beroep te gaan bij de beroepscommissie van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). De LAP zal de minister van Justitie regelmatig adviseren over de noodzaak om plaatsing in de long-stay voorziening te continueren.

#### *Verlof*

De aard van de long-stay voorziening brengt met zich mee dat de betrokkene niet in de samenleving kan terugkeren. Dit impliceert dat de verlofmogelijkheden die op terugkeer zijn gericht, niet van toepassing zijn. Een uitzondering wordt alleen gemaakt voor begeleid-verlofmogelijkheden die kunnen worden toegestaan uit humanitaire overwegingen. Voorbeelden zijn het bijwonen van een begrafenis en het bezoek aan een dokter of ziekenhuis. Uiteraard gaat aan de verlofverlening risicotaxatie vooraf.

#### *Capaciteit*

Zoals aangegeven, laat het WODC-onderzoek een capaciteitsbehoefte zien binnen de huidige tbs-populatie van 200 long-stay plaatsen op termijn. Hiervan zijn er 60 al gerealiseerd. In de loop van 2005 wordt een extra voorziening van 26 plaatsen in FPC Veldzicht opgezet. In 2006 worden nog eens 60 plaatsen en in 2007 54 plaatsen gerealiseerd in tbs-klinieken en in samenwerking met het gevangeniswezen. Dit neemt uiteraard enige tijd in beslag. Een voorstel voor de financiering is opgenomen in de begroting 2006. Op de nog niet te voorziene maar te verwachten extra behoefte aan long-stay plaatsen als percentage van de toekomstige tbs-opleggingen zal tijdig worden ingespeeld.

#### **4. Tot slot**

In het bijgevoegde beleidskader voor de long-stay tbs vindt de Kamer een meer uitvoerige beschrijving van alle elementen die aan de orde komen bij de plaatsing op een long-stay afdeling en de voorzieningen die ervoor nodig zijn. Mijn streven is alle tbs-klinieken en de overige betrokkenen bij de plaatsingen op een long-stay afdeling vanaf 1 januari 2006 volgens de geschetste procedure te werk te laten gaan. Op de plaatsingen binnen forensisch psychiatrische voorzieningen zal ik nader ingaan in mijn brief over het systeem van de tbs. In de brief die ik de Kamer onlangs deed toekomen naar aanleiding van de motie Van de Beeten ben ik reeds in meer algemene zin op deze laatste kwestie ingegaan.

De Minister van Justitie,  
J. P. H. Donner

## Voorwoord

Voorliggend beleidskader beschrijft het beleid voor langdurig zorg- en beveiligingsafhankelijken die een voorziening behoeven met een hoog beveiligingsniveau (longstay afdeling). Dit beveiligingsniveau wordt geboden in justitiële (particuliere en rijksinrichtingen) tbs-klinieken.

Het kader is door de sectordirectie TBS van de Dienst Justitiële Inrichtingen opgesteld in opdracht van de Directie Sanctie- en Preventiebeleid. Het is afgestemd met de directeuren van de tbs-klinieken.

In hoofdstuk 1 worden de definities van gehanteerde termen beschreven. In hoofdstuk 2 worden de doelgroepen onderscheiden en de doelstelling beschreven. Hoofdstuk 3 bevat een weergave van de procedure rond de plaatsing op de longstay-afdeling en hoofdstuk 4 de capaciteitsbehoefte binnen de tbs.

## 1. Definities

Om dit beleidskader helder en eenduidig van betekenis te laten zijn, is het van belang de gehanteerde begrippen te beschrijven en te definiëren.

### 1.1 Langdurig zorg en beveiligingsafhankelijk (Longstay)

Om als langdurig zorg en beveiligingsafhankelijk te worden beschouwd, wordt de omschrijving van «blijvend delictgevaarlijk» die het WODC heeft geformuleerd in het capaciteitsonderzoek «Blijvend delictgevaarlijk» – empirische schattingen en conceptuele verheldering» met één wijziging overgenomen. Deze wijziging betreft het loslaten van de eis van de minimale duur van de maatregel (zes jaar).

Er is sprake van langdurige zorg en beveiligingsafhankelijkheid als aan de drie onderstaande punten wordt voldaan.

1. Er bestaat risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict pleegt (zie voetnoot voor omschrijving van de typen delicten<sup>1</sup>). Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd.  
Het hoeft overigens niet persé zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk delict heeft gepleegd.
2. Beveiliging naast eventuele zorg (zie omschrijvingen in voetnoot<sup>2</sup>), is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot onder 1. genoemde delicten komt.  
Daarbij gaat het om beveiliging en toezicht op het niveau van een tbs-instelling.
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.

Plaatsing op een longstay-afdeling kan alleen indien er ook nog aan de volgende criteria is voldaan:

- De ter beschikking gestelde heeft conform «state of the art» alle behandelingsmogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar (bij bepaalde individuen die zeer gevoelig zijn voor decompensatie kan een multi-disciplinair onderzoek op indicatie door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) de tweede behandelsetting vervangen);

<sup>1</sup> Delicten: 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 < 12 jaar, gemeenschap met < 16 jaar, aanranding, ontucht met kinderen, brandstichting.

<sup>2</sup> Beveiliging: de mogelijkheid tot vrijheidsbeperking door materiële beveiliging zoals het belemmeren van het verlaten van de instelling en het insluiten van de patiënt op de afdeling of kamer.

Toezicht: het monitoren van het functioneren van de patiënt met het oog op veiligheid. Daaronder valt het monitoren van delictgerelateerd gedrag en het vermijden van risicofactoren daarvoor. Ook worden hieraan zo nodig consequenties verbonden zoals controles (op middelengebruik, of controle en begeleiding bij het innemen van medicatie), beperking van vrijheden, patiënt ergens heen begeleiden.

Zorg: behandeling, begeleiding en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van delictrisico, vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps.

- Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.

De procedure plaatsing wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3 van dit beleidskader.

### *1.2 Longstay-afdeling*

Onder het begrip longstay-afdeling wordt verstaan een (landelijk) gespecialiseerde voorziening voor een specifieke doelgroep van langdurig zorg en beveiligingsafhankelijke tbs-gestelden of anderszins verpleegden, die zeer langdurig aangewezen zijn op een beveiligde omgeving. Het behandelaanbod is niet zozeer gericht op uiteindelijke terugkeer in de maatschappij als wel op aanvaarding van het verblijf op de afdeling en het in stand houden van een aanvaardbare kwaliteit van leven.

### *1.3 Positionering van de longstay-afdeling*

Een longstay-afdeling behorend bij een tbs-kliniek wordt beschouwd als een externe differentiatie. De overplaatsing naar de longstay-afdeling is een externe overplaatsing en dient altijd door middel van een plaatsingsbeschikking te worden geformaliseerd. (Dus ook bij interne overplaatsing zoals in Veldzicht en de Pompestichting). De tbs-gestelde heeft altijd de mogelijkheid om tegen de plaatsingsbeschikking in beroep te gaan bij de beroepscommissie van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming

### *1.4 Zorgbehoefte*

Zorgbehoefte houdt in de behoefte aan behandeling, begeleiding en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps. De geboden behandeling op longstay-afdelingen is daarom een samenhangend geheel van taken en activiteiten dat gericht is op het voldoen aan (een deel van) de individuele zorgvragen.

Er wordt voorzien in een sociotherapeutisch milieu en de op het individu gerichte zorg wordt vastgesteld in een verplegings- en behandelingsplan. De geboden zorg en behandeling richt zich op de stabilisatie van het psychisch functioneren van de tbs-gestelden en niet op terugkeer naar de maatschappij. De bescherming van de maatschappij dient te allen tijde in acht te worden genomen bij de uitvoering van de zorg.

De beschrijving van het hulpaanbod van een instelling voor een bepaalde groep wordt ook wel een zorgprogramma genoemd. De Dienst Justitiële Inrichtingen zal stimuleren dat een dergelijk zorgprogramma voor tbs-gestelden die op een longstay afdeling verblijven, wordt opgesteld op basis van het huidige behandelaanbod op de bestaande voorzieningen.

### *1.5 Vrijheden*

Langdurig zorg en beveiligingsafhankelijk impliceert niet dat deze tbs-gestelden direct delictgevaarlijk zijn. Delictgevaar ontstaat op termijn en onder bepaalde omstandigheden, het is afhankelijk van vier factoren die van invloed zijn op het voorkomen en voortduren daarvan. Deze factoren zijn:

- (1) persoonlijkheid en psychiatrisch toestandbeeld,
- (2) situationele gegevens,
- (3) maatschappelijke inbedding en
- (4) vaardigheden.

De factoren beïnvloeden elkaar onderling en zijn voor iedere tbs-gestelde

individueel te analyseren. Op basis van deze analyse kan op individueel niveau een risicomanagementplan worden opgesteld.

Onbegeleide verloven worden niet toegestaan, want alleen met voldoende risicomanagement tijdens begeleid verlot kan het delictrisico op de korte termijn dusdanig worden gereduceerd dat dergelijke vrijheden verantwoord zijn. Voor tbs-gestelden die verblijven op een longstay afdeling (of die wachten op een plaats op een dergelijke afdeling) zijn daarom alleen begeleide verlotvormen toegestaan.

Aangezien de behandeling van langdurig zorg en beveiligingsafhankelijke niet meer gericht is op resocialisatie, liggen aan verlotverlening aan deze tbs-gestelden per definitie humanitaire overwegingen ten grondslag. Een aanvraag tot begeleid verlot dient volgens het format conform het verlottoetsingskader te worden ingediend. Een grondig en een uitvoerig risicomanagementplan om dit delictrisico te beteugelen maken verplicht deel uit van de aanvraag. De aanvaarding door de tbs-gestelde van een verblijf op de longstay afdeling speelt hierbij een belangrijke rol.

## **2. Doel en doelgroep**

In dit hoofdstuk wordt het doel en de doelgroep nader bepaald.

### *2.1 Doel*

De forensische psychiatrie, waar het tbs-systeem onderdeel van is, heeft op twee niveaus taken in het risicomanagement. Het eerste niveau behelst het risicomanagement dat gebonden is aan het verblijf van een patiënt in een kliniek (individueel niveau) en het tweede niveau behelst de beveiliging van de maatschappij op korte en lange termijn. Indien blijkt dat bij een tbs-gestelde op een gegeven moment behandeling niet veel meer toevoegt om het recidive risico te beheersen, is langdurig verblijf in een voorziening op zijn plaats.

### *2.2 Doelgroepbepaling*

Er zijn op verschillende niveau's van beveiliging en zorg doelgroepen te onderscheiden.

De verschillende doelgroepen kunnen volgens een tweetal assen worden ingedeeld. De ene as bestaat uit het voor de tbs-gestelde benodigde zorgbehoefte (care en cure) en de andere as bestaat uit het benodigde beveiligingsniveau (control en structure).

De beveiligingsbehoefte loopt van laag (in de maatschappij met toezicht) tot hoog (tbs-kliniek). De zorgbehoefte loopt van laag (weinig zorg en behandeling) tot hoog (veel psychiatrische zorg en behandeling). De gearceerde blokken zijn de doelgroepen die binnen tbs-klinieken kunnen voorkomen en die onderwerp zijn van dit beleidskader.

In figuur 1 wordt de positionering van de doelgroep met een hoge beveiligingsbehoefte aangegeven. De financiering van de longstay afdeling is direct gekoppeld aan deze doelgroepbepaling (zie hoofdstuk 4.4).

**Figuur 1**

Beveiligingsbehoefte ↑	Hoog	Longstay-afdeling in tbs-kliniek	Longstay-afdeling in tbs-kliniek	Zeer intensieve zorg en beveiliging
	Laag			
		Laag		Hoog
		← Zorgbehoefte →		

### 2.1 Doelgroep

Voor de populatie die binnen de beveiliging van de tbs-instellingen zal moeten verblijven, geeft het WODC-onderzoek, «Blijvend delictgevaarlijk» – empirische schattingen en conceptuele verheldering» de volgende algemene omschrijving. «Relatief veel tbs-gestelden hebben een zedendelict als indexdelict. Ook hebben veel tbs-gestelden een naar verwachting relatief korte latentietijd tot een delict zodra de structuur en toezicht van de kliniek wegvalt. Tbs-gestelden uit deze groepen worden relatief vaak als (enigszins) vluchtgevaarlijk beschouwd. Als doorslaggevende factor voor het aanmerken van de tbs-gestelde als «blijvend delictgevaarlijk» wordt bij tbs-gestelden uit deze groepen vaker vermeld dat het delictgedrag deel uitmaakt van een ingeslepen gedragspatroon. Tevens wordt vaker vermeld dat bij de huidige stand van de wetenschap voor de tbs-gestelde geen reëel behandelperspectief aanwezig wordt geacht. Verder is een relatief groot aantal van de tbs-gestelden vijftig jaar of ouder, heeft een relatief groot aantal een seksuele stoornis en komen ernstige problemen wat betreft het sociaal en psychiatrisch functioneren relatief veel voor.»

Deze beschrijving heeft niet de pretentie volledig te zijn. Het kan voorkomen dat een tbs-gestelde die niet binnen eerdergenoemde beschrijving past, toch voor plaatsing op een longstay afdeling in aanmerking komt.

### 2.2 Interne differentiatie

Ten aanzien van de longstay afdelingen kan een interne differentiatie worden opgesteld. Dit betekent dat de verschillende afdelingen een gedifferentieerd milieu, in lijn met de algemeen gehanteerde indeling naar primaire pathologie volgens psychose of persoonlijkheidsproblematiek zullen hebben. Plaatsing zal daarom conform de vereenvoudigde plaatsingssystematiek verlopen om te komen tot verschillende doelpopulaties.

1) De problematiek van de tbs-gestelde. Is er sprake van:

- primaire psychotische problematiek (met inbegrip van andere duidelijke geïsoleerde as I problematiek zoals uit het autisme spectrum), of
- primaire persoonlijkheidsstoornis.



2) Het verstandelijke vermogen:

- boven een IQ van 80, of
- beneden een IQ van 80

Naast deze bovenstaande onderscheidende principes zal de doelgroep onderverdeeld moeten worden aan de hand van de mate van beheersingsmaatregelen.

3) Beheersmatig:

- individueel gericht; tbs-gestelden zijn (zeer) groepsongeschikt, of
- groepsgeschikt.

Indien de tbs-gestelden (zeer) groepsongeschikt zijn dient daar een meer intensieve begeleiding op te staan. Voor de (zeer) groepsongeschikte tbs-gestelden met primair psychotische problematiek betekent dit dat er intensieve psychiatrische zorg geboden moeten worden. Voor de (zeer) groepsongeschikte tbs-gestelden met primair persoonlijkheidsstoornissen betekent dit dat er meer ervaren en specifiek opgeleid personeel ingezet zal moeten worden.

### **3. Instroom, doorstroom, uitstroom (t.a.v. Longstay-afdeling)**

De afdeling Individuele Tbs-Zaken (hierna aangeduid als ITZ) geeft namens de minister uitvoering aan de selectie- en plaatsingsprocedure. Overplaatsing naar een longstay afdeling vindt slechts plaats namens de minister (art. 11 lid 3 jo art. 11 lid 1 en 2 Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt)) en dient door middel van een plaatsingsbeschikking te worden geformaliseerd. Alvorens een beschikking tot plaatsing wordt afgegeven, wordt de tbs-gestelde in verband met de voorgenomen beslissing gehoord. Krachtens artikel 69 lid 1 sub a Bvt staat tegen de beslissing tot plaatsing beroep open bij RSJ.

De tbs-gestelde op een longstay afdeling heeft een gelijke interne en externe rechtspositie als de tbs-gestelde op een reguliere afdeling. De externe rechtspositie betreft beslissingen over oplegging, verlenging en (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs met bevel tot verpleging. De interne rechtspositie betreft daarentegen de bejegening van de tbs-gestelde binnen de inrichting.

De plaatsing van tbs-gestelden op een longstay afdeling is tot nu toe zorgvuldig gevolgd door onder andere de RSJ. Aangezien de longstay afdeling als een externe differentiatie wordt beschouwd, heeft de tbs-gestelde altijd (dus ook bij interne overplaatsing zoals in Veldzicht en de Pompestichting) de mogelijkheid om in beroep te gaan bij de beroepscommissie van de RSJ. De – bij de start van de longstay afdeling te Veldzicht – gehanteerde selectiecriteria zijn onder andere ten gevolge van jurisprudentie bij beroepszaken verscherpt en eenduidiger opgesteld.

#### *3.1 Selectiecriteria voor plaatsing op een longstay afdeling*

Plaatsing van een tbs-gestelde op een longstay afdeling is slechts mogelijk indien voldaan wordt aan de volgende criteria:

- De ter beschikking gestelde heeft conform «state of the art» alle behandelingsmogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar (bij bepaalde individuen die zeer gevoelig zijn voor decompensatie kan een multi-disciplinair onderzoek op indicatie door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) de tweede behandelopgave vervangen);
- Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.

Het oorspronkelijke selectie criterium van een behandeling van tenminste zes jaar is vervangen door het inhoudelijke criterium van alle

behandelingsmogelijkheden (inclusief medicatieve behandeling) conform state of the art. Dit inhoudelijke criterium impliceert dat een variabele behandelingsduur denkbaar is. De tbs-gestelde ondergaat niet «meer van hetzelfde», maar krijgt een andere behandelingspoging. Voor een volwaardige behandelingspoging is echter niet vereist dat getracht is de tbs-gestelde te resocialiseren. Conform het huidige verlobbeleid kan resocialisatie slechts aan de orde zijn voor zover deze verantwoord kan plaatsvinden. De kliniek dient een tbs-gestelde te indiceren als blijvend delictgevaarlijk en aan te melden voor overplaatsing naar een longstay afdeling met gebruikmaking van een voorgeschreven format. Het voorgeschreven format heeft als doel de kliniek de aanmelding volledig en zorgvuldig te laten onderbouwen.

Bij overplaatsingen in het kader van een tweede behandelingspoging dient het format eveneens te worden ingevuld. Beide klinieken leveren hierdoor een evenredige bijdrage in de indicatie.

### *3.2 Adviesorgaan Landelijke Adviescommissie Plaatsing*

De beoordeling van langdurig zorg en beveiligingsafhankelijkheid is zeer complex. Derhalve laat ITZ zich adviseren door een multidisciplinair panel van onafhankelijke deskundigen, de LAP. Dit panel bestaat uit vijf leden, te weten twee leden vanuit de Forensisch Psychiatrische Dienst (hierna FPD) en drie directeuren met behandelingsverantwoordelijkheid, waarvan één van een rijksinrichting, één van een particuliere justitiële inrichting en één van een particuliere niet-justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden. Eén van de leden vanuit de FPD is voorzitter van de LAP.

### *3.3 Procedure*

De procedure voor plaatsing op een longstay afdeling verloopt als volgt. Op grond van haar wettelijke verantwoordelijkheid voor de invulling van de behandeling (art. 17 Bvt) is de inrichting verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie. Tevens geeft zij aan of plaatsing op een longstay afdeling met het hoogste beveiligingsniveau in combinatie met intensieve (psychiatrische) zorg noodzakelijk wordt geacht (regulier of intensief). Vervolgens vraagt ITZ advies bij de Landelijke Adviescommissie Plaatsing. De LAP toetst op basis van de ingevulde formats of men naar geldend psychiatrisch inzicht in alle redelijkheid tot de vaststelling kan komen dat een voortzetting van op verandering gerichte behandeling niet langer zinvol is en of de door de kliniek beoogde vervolgsomgeving passend is. Deze toets vindt in beginsel plaats op basis van uitvoerig dossieronderzoek. Voorwaarde hiervoor is wel dat er een recente onafhankelijke multidisciplinaire rapportage heeft plaatsgevonden waarbij de rapporteurs de tbs-gestelde hebben bezocht (ofwel in het kader van een contra-expertise naar aanleiding van een verlofaanvraag ofwel in het kader van een zesjaarsverlenging ex art. 509 o lid 4 Sv). Ontbreekt een dergelijke rapportage dan zet de LAP een dergelijk onderzoek alsnog uit. Wanneer de LAP concludeert dat de langdurig zorg en beveiligingsafhankelijkheid (nog) niet kan worden vastgesteld, zal zij deze conclusie motiveren. Daarbij kan de LAP een behandeladvies geven. Het hoofd van de afdeling ITZ beslist vervolgens op basis van de aanmelding van de kliniek en het naar aanleiding daarvan uitgebrachte advies van de LAP of de tbs-gestelde op de wachtlijst voor de landelijke longstay voorziening wordt geplaatst. Hierbij wordt de reguliere plaatsings-systematiek gevolgd. Binnen deze vereenvoudigde systematiek vindt de selectie plaats op basis van bewonersdifferentiaties welke worden bepaald door de volgende kenmerken: man, vrouw, persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis, IQ < 80, IQ = > 80, wel of niet extreem vlucht- of beheersgevaarlijk. De volgorde van de wachtlijst wordt bepaald

door de datum van de indicatiestelling en tbs-gestelden worden in beginsel op basis van anciënniteit geplaatst. De wachtlijstdatum is hierbij leidend.

De afdeling ITZ geeft vervolgens namens de minister van Justitie een beschikking tot plaatsing op de longstay afdeling af. Tegen deze beschikking kan de tbs-gestelde in beroep gaan (art. 69 lid 1 sub a Bvt).

### *3.4 Uitplaatsing uit de longstay-afdeling*

Na verloop van tijd kan blijken dat voortzetting van het verblijf op de longstay afdeling niet meer noodzakelijk is, omdat blijkt dat het delict-risico op termijn wel kan worden verminderd door behandeling of anderszins. Zo kunnen tbs-gestelden zich na verloop van tijd wel openstellen voor behandeling die zij eerder afwezen, kunnen behandelstrategieën in de loop der jaren verbeteren, kunnen medicijnen sterk verbeterd zijn en/of ontwikkeld zijn of kan bijvoorbeeld de stoornis van de tbs-gestelde afnemen met de leeftijd. Ook is denkbaar dat de beheersproblematiek dusdanig is afgenomen dat een doorplaatsing in een longstay-voorziening in de GGZ mogelijk is.

De expliciete mogelijkheid tot uitplaatsing uit een longstay voorziening vloeit logisch voort uit de op de maatregel van toepassing zijnde beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Voortdurend dient bekeken te worden of de maatschappij op een minder ingrijpende wijze beschermd kan worden en of behandeling welke is gericht op resocialisatie tot de mogelijkheden behoort. Wanneer het delict-risico is verminderd of wanneer er zich behandelmogelijkheden voordoen, is het aan het hoofd van de inrichting om een verzoek tot overplaatsing te doen bij het hoofd van ITZ. Vervolgens zal ITZ advies van de LAP inwinnen. Op basis hiervan zal ITZ in naam van de minister van Justitie een reguliere plaatsingsbeslissing nemen. Denkbaar is dat de LAP in deze gevallen ook adviseert welke setting passend is.

### *3.5 Rechterlijke toets*

De termijn van de terbeschikkingstelling wordt op vordering van de officier van justitie telkens hetzij met één hetzij met twee jaar door de rechter verlengd. De officier van justitie baseert zijn vordering op basis van een verlengingsadvies dat door de kliniek ex art. 46 Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt), is opgemaakt. Wanneer de terbeschikkingstelling meer dan zes jaar gaat duren, wordt er naast dit advies van de kliniek krachtens art. 509 o lid 4 Wetboek van Strafvordering ook nog een advies opgemaakt door twee onafhankelijke deskundigen.

De kliniek dient in haar verlengingsadvies aan te geven of en zo ja waarom verlenging van de maatregel noodzakelijk is. Doorgaans informeert de kliniek in dit advies over het verloop van de behandeling en geeft zij een schatting van het recidivegevaar. Gezien het feit dat de tbs-gestelde in een longstay voorziening geen behandeling ontvangt welke gericht is op resocialisatie, dient de kliniek ten aanzien van deze categorie aan te geven dat de longstay indicatie onverkort van toepassing is en dat het voortduren van het verblijf op de longstay afdeling noodzakelijk is.

### *3.6 Periodieke toets*

Gezien het feit dat ten aanzien van deze tbs-gestelden geen behandeling gericht op terugkeer in de samenleving plaatsvindt, is het wenselijk dat deze omstandigheid periodiek door onafhankelijke deskundigen wordt geëvalueerd. De LAP zal daarom periodiek de longstay-indicatie en de noodzaak van het voortduren van het verblijf op de longstay afdeling gaan toetsen en dit advies zal bij het verlengingsadvies van de kliniek worden

gevoegd. Momenteel wordt bezien in welke frequentie de LAP deze toets zal uitvoeren.

#### **4. Voorzieningen**

Indien behandeling niet meer kan bijdragen aan de primaire doelstelling tot beveiliging van de maatschappij dient risicomanagement (risico-beheersing) op een andere wijze plaats te vinden. De mogelijkheden hiertoe worden begrensd door het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Dit verdrag stelt bepaalde eisen aan de vrijheidsontneming. Het Europese Hof voor de Rechten van de Mens heeft in dat kader aangegeven dat er een zekere relatie dient te zijn tussen de grond voor vrijheidsontneming en de plaats waar, alsmede condities waaronder, de betrokkene wordt ondergebracht. Dit betekent dat longstay voorzieningen voor langdurig zorg- en beveiligingsafhankelijken met het hoogste beveiligingsniveau moeten voldoen aan dezelfde eisen die opgesteld zijn voor tbs-klinieken. Daarnaast is de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden onverkort van kracht.

##### *4.1 Uitgangspunten longstay afdelingen*

Tbs-gestelden die verblijven op een longstay afdeling wordt participatie aan de samenleving onthouden vanwege het risico op delictherhaling. Met andere woorden: niet het eerder gepleegde delict is bepalend voor de vrijheidsbeneming, maar de gevreesde delictherhaling. De noodzakelijke vrijheidsbeneming moet daarom, zoveel als verantwoord is in termen van veiligheid, gecompenseerd worden door een humaan leven binnen de noodzakelijke beperkingen. Bij het realiseren van longstay afdelingen gelden de volgende uitgangspunten:

1. De afdeling dient ter beveiliging van de maatschappij tegen ernstige delicten van de betrokken tbs-gestelden (risicobeheersing).
2. Het is de bedoeling een verblijfsafdeling te creëren. De tbs-gestelden zouden zodanig verpleegd/behandeld moeten worden dat een aanvaardbaar welzijn en een zo klein mogelijk delictgevaar wordt bereikt. Met andere woorden het aanbieden van kwaliteit van leven binnen de beperkingen *die voortkomen uit de beveiliging van de maatschappij*. Daarbij dient doorstroom naar andere voorzieningen mogelijk te blijven.
3. Voortdurend onderzoek naar de noodzakelijkheid van vrijheidsbeneming in relatie tot delictgevaarlijkheid dient voor iedere tbs-gestelde uitgevoerd te worden. Nieuwe ontwikkelingen op behandelniveau dienen te allen tijde bijgehouden te worden.
4. Op de afdeling verblijven tbs-gestelden tegen een lagere kostprijs dan op een reguliere afdeling.

##### *4.2 Totale capaciteitsbehoefte*

Er is behoefte aan twee soorten voorzieningen, basis en intensief. Gegevens vanuit het onderzoek van het WODC zijn gecombineerd met kennis van de wachtlijst en met kennis van de gehele tbs-populatie. Daarnaast wordt er natuurlijk ook gekeken naar de huidige voorzieningen. Daaruit is een aantal voorzichtige conclusies te trekken.

Uit het onderzoek blijkt dat de capaciteitsbehoefte gegeven de huidige populatie de komende jaren 200 plaatsen in een voorziening met een hoog beveiligingsniveau (tbs) bedraagt. Van deze 200 plaatsen zijn er in het verleden al 60 gerealiseerd (de longstay voorziening in FPC Veldzicht biedt plaats aan 20 tbs-gestelden en het Kempehuis (longstay voorziening van de Pompestichting) biedt plaats aan 40 tbs-gestelden). Er moeten dus nog 120 plaatsen gecreëerd worden. Van de totale capaciteit (200) moet een deel (20%-25%) gereserveerd worden voor de intensieve categorie.

Het is van belang om op te merken dat bovenstaande inschatting van de capaciteitsbehoefte op basis van de huidige populatie is gemaakt. Ieder jaar vinden er nieuwe opleggingen plaats. Een deel daarvan zal ook langdurig zorg en beveiligingsafhankelijk blijken te zijn.

#### *4.3 Huidige ontwikkelingen*

Er is een aantal ontwikkelingen gaande op het gebied van het creëren van voorzieningen. FPC Veldzicht realiseert binnen een jaar een longstay-voorziening voor 26 tbs-gestelden. Dit betekent concreet dat er nog een groot aantal plaatsen gecreëerd moet worden. Er wordt daarom onderzocht of gebouwen van het gevangeniswezen door tbs-klinieken gebruikt kunnen worden. Daarnaast is dringend behoefte aan een voorziening voor de intensieve categorie. Hoe dit gerealiseerd kan worden, wordt momenteel onderzocht. De realisatie van capaciteit (inclusief personele inzet) moet voldoen aan de huidige wet- en regelgeving. De volgende wet- en regelgeving is onder andere van toepassing:

- Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
- Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zal worden vervangen door de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)
- Programma van eisen voor de bouw van een justitiële inrichting (tbs maximaal & normaal beveiligde kliniek, juli 2004)
- Wet beroepen individuele gezondheidszorg
- Kwaliteitswet zorginstellingen.

#### *4.4 Financiering*

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) stelt de beleidsregels vast, waarop het budget voor de forensische psychiatrie is gebaseerd. Voor longstay kent het CTG twee tarieven, te weten een tarief voor longstay-basis en een tarief voor longstay-intensief (zeer intensieve zorg en beveiliging, zie doelgroepbepaling). Het beleid van het ministerie van Justitie is wat de financiering van longstay-afdelingen binnen tbs-klinieken betreft, gericht op zo laag mogelijke kosten met behoud van de noordzakelijke kwaliteit. De genoemde CTG-tarieven gelden daarbij als maximum-tarieven.