



Raad voor
Strafrechtstoepassing
en Jeugdbescherming

• • Langdurig in de tbs

Stagnatie in de door- en
uitstroom van ter beschikking
gestelden

Den Haag, 30 april 2020



Inhoudsopgave

Afkortingenlijst	4
1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Vraagstelling	5
1.3 Afbakening	6
1.4 Werkwijze	8
1.5 Opzet van het advies	8
2 Langdurig ter beschikking gestelden	9
2.1 Achtergrond	9
2.2 Kenmerken langdurig tbs-gestelden	10
2.3 Behandeling van langdurig tbs-gestelden	11
3 Personele problemen en financiën in de fpc's	12
3.1 Personele problemen	12
3.2 Financiën	13
4 Beleidsmaatregelen of wetgeving met een belemmerend effect op de behandelduur	15
4.1 Verlofbeleid	15
4.1.1 Klinieken	15
4.1.2 LFPZ	15
4.2 Aangifteplicht en één jaar geen verlof	16
4.2.1 Aangifteplicht voor klinieken	16
4.2.2 Eén jaar geen verlof bij onttrekkingen	17
4.2.3 Invloed van één jaar geen verlof op de behandelduur	17
4.3 Gevangenisstraf in combinatie met een tbs-maatregel	18
5 Krachtenveld van politiek, media en samenleving	20
5.1 Politiek	20
5.1.1 Landelijk	20
5.1.2 Lokaal	20
5.2 Media	21
5.3 Kramp door nadruk op risicomijding	22
6 Door- en uitstroomvoorzieningen	23
6.1 Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ)	23
6.2 De longcare	24
6.3 Overige voorzieningen	24
6.4 Zorgconferenties	25
6.5 Vraaggericht aanbod	26



7	Samenvatting, conclusie en aanbevelingen	27
7.1	Samenvatting	27
7.2	Samenvattende conclusie	29
7.3	Aanbevelingen	30
	Lijst van geraadpleegde deskundigen	32
	Literatuurlijst	34



Afkortingenlijst

AVT	Adviescollege Verloftoetsing TBS
BIJ	Bestuurlijke informatievoorziening justitiabelen
Bvt	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
DForZo	Divisie Forensische Zorg
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
fpa	forensisch psychiatrische afdeling
fpc	forensisch psychiatrisch centrum
fpk	forensisch psychiatrische kliniek
fpt	forensisch psychiatrisch toezicht
fvk	forensische verslavingskliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
LFPZ	Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Ivb	licht verstandelijk beperkt
NIFP	Nederlands Instituut Forensische Psychiatrie en Psychologie
PI	Penitentiaire Inrichting
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermend en Begeleid Wonen
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
tbs	terbeschikkingstelling
ZVH	Zorg- en veiligheidshuis
VI	voorwaardelijke invrijheidsstelling
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wlz	Wet langdurige zorg
LAP	Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg



1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De terbeschikkingstelling met dwangverpleging (hierna: tbs-maatregel) is een justitiële maatregel. De rechter kan deze maatregel opleggen aan een verdachte die veroordeeld wordt voor het plegen van een ernstig delict en die ten tijde van het delict leed aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, waarbij de kans op herhaling aanwezig wordt geacht.¹ De doelstelling van de tbs-maatregel is tweeledig: beveiliging van de maatschappij én veilige resocialisatie en terugkeer in de samenleving. De tbs heeft daarmee een belangrijke maatschappelijke functie.

Er zijn tbs-gestelden waarbij de maatregel telkens wordt verlengd en die daardoor langdurig in de kliniek blijven (hierna: langdurig tbs-gestelden).² Een deel van hen zal vanwege aanhoudend (therapieresistent) delictgevaar nooit op een veilige manier kunnen resocialiseren. Er zijn echter ook langdurig tbs-gestelden die potentieel wel zouden kunnen uitstromen, maar die vanwege diverse belemmerende factoren niet door- of uitstromen. Zij komen in een uitzichtloze situatie terecht en - soms levenslang - vast te zitten in de tbs.³

Ondanks vele beleidsmaatregelen gericht op door- en uitstroom in de tbs is de groep langdurig tbs-gestelden aanzienlijk.⁴ TBS Nederland heeft bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (hierna: RSJ) onder de aandacht gebracht te worstelen met de door- en uitstroom van langdurig tbs-gestelden. Naar aanleiding van deze signalen heeft de RSJ besloten een advies uit te brengen over dit onderwerp.

In dit advies beschrijft de RSJ factoren die bijdragen aan stagnatie in de door- en uitstroom van langdurig tbs-gestelden. Deze factoren manifesteren zich vaak al eerder in de behandeling. De in dit advies beschreven factoren kunnen daarom ook van toepassing zijn op de tbs-gestelden waarvan de verblijfsduur uiteindelijk niet langdurig is. Er worden aanbevelingen geformuleerd om de knelpunten aan te pakken. De RSJ hoopt met zijn analyse een bijdrage te leveren aan de reductie van vermijdbare stagnatie. Dit is van belang voor zowel de tbs-gestelden zelf als voor de toekomstbestendigheid van het tbs-stelsel.

1.2 Vraagstelling

Welke factoren belemmeren de door- en uitstroom van tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven, maar die potentieel wel zouden kunnen door- en uitstromen? En op welke manier kunnen de tbs-sector zelf, de politiek en het landelijke en lokale bestuur bijdragen aan het oplossen van de ontstane knelpunten?

¹ Artikel 37a Sr.

² Op 21 juni 2018 is in de gezamenlijke vergadering van het Algemeen Overleg en Inhoudelijk Overleg TBS Nederland gesproken over de zorgen die de tbs-sector heeft over de stagnerende door- en uitstroom. Dit is bevestigd op het overleg van 16 mei 2019. Zie ook Croijmans e.a. 2018, p. 4.

³ In 2017 waren er 210 beëindigingen van de tbs met dwangverpleging. Hiervan waren 19 beëindigingen i.v.m. overlijden, dat is 9%. Zie: *Forzo in getal 2013 – 2017* 2018, p. 70.

⁴ Voor cijfers zie hoofdstuk 2.



1.3 Afbakening

De tbs-maatregel

De tbs-maatregel kan door de rechter worden opgelegd indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dat eist.⁵ De verdachte moet een ernstig misdrijf hebben gepleegd dat hem of haar niet of slechts gedeeltelijk kan worden aangerekend, vanwege een persoonlijkheidsstoornis, een verstandelijke handicap of een ernstige psychiatrische aandoening. Daarbij moet een direct verband zijn verondersteld tussen het gepleegde delict en de stoornis, beperking of aandoening ten tijde van het plegen van het delict. Daarnaast moet er op grond van deze problematiek sprake zijn van een kans op herhaling waarbij de veiligheid van personen in gevaar is. Als het delict gedeeltelijk kan worden toegerekend, kan de rechter voor dat deel een gevangenisstraf opleggen. Dit resulteert in het zogenaamde combinatievonnis, waarbij eerst de gevangenisstraf ten uitvoer wordt gelegd en daaropvolgend de tbs-maatregel.

De tbs-maatregel kent twee modaliteiten: de tbs met dwangverpleging (een vrijheidsbenemende maatregel) en de tbs met voorwaarden.⁶ Dit advies richt zich op de niet-gemaximeerde variant van tbs met dwangverpleging.⁷ Bij tbs met dwangverpleging wordt de tbs-gestelde verpleegd in een hoog beveiligingsniveau, zoals een forensisch psychiatrisch centrum (hierna: fpc) of een forensisch psychiatrische kliniek (hierna: fpk). De maatregel wordt opgelegd voor een termijn van twee jaar en kan door de rechter een onbeperkt aantal keer met een of twee jaar verlengd worden.⁸ In de praktijk betekent dit dat de maatregel levenslang kan duren. Beëindiging is pas mogelijk als de maatregel minimaal een jaar voorwaardelijk beëindigd is geweest.⁹ Een tbs-gestelde keert pas terug in de maatschappij als de rechter van oordeel is dat de kans op recidive tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht en de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen dit niet meer eist.

Door- en uitstroom

De behandeling en resocialisatie binnen de tbs-maatregel vinden in principe fasegewijs plaats, en gaat gepaard met per fase uitbreidende verlofmodaliteiten: begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof, proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. In dit advies wordt onder doorstroom verstaan overplaatsingen van tbs-gestelden die zich bevinden in de fases tot en met transmuraal verlof. In de fase van transmuraal verlof kunnen tbs-gestelden onder verantwoordelijkheid van het fpc naar minder beveiligde voorzieningen worden overgeplaatst, zoals een forensische verslavingskliniek (hierna: fvk), een forensisch psychiatrische afdeling (hierna: fpa), een *longcare* voorziening of een forensisch Regionale Instelling voor Beschermd en Begeleid Wonen (hierna: RIBW).

⁵ Artikel 37a Sr.

⁶ Aan tbs met voorwaarden kunnen verschillende vrijheidsbenemende voorwaarden worden verbonden, waaronder een klinische opname. De maatregel kan maximaal negen jaar duren. Zie: Artikel 38e lid 2 Sr.

⁷ Bij lichtere misdrijven kan maximaal vier jaar tbs met dwangverpleging opgelegd worden. Zie: Artikel 38e Sr.

⁸ Artikel 38d Sr.

⁹ Artikel 6:2:17 lid 1 Sv.



Als de beveiligingsbehoefte onvoldoende afneemt kunnen patiënten worden overgeplaatst naar een andere behandelkliniek alwaar een nieuwe behandelplan kan worden ondernomen of uiteindelijk worden overgeplaatst naar de Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (hierna: LFPZ).¹⁰ Overplaatsingen tussen klinieken (fpc's) worden in dit advies niet als doorstroom beschouwd.

Onder uitstroom wordt in dit advies verstaan de overgang naar proefverlof en/of voorwaardelijke beëindiging evenals de beëindiging van de tbs-maatregel.¹¹ Uitstroom kan plaatsvinden naar bijvoorbeeld een RIBW, een reguliere GGZ kliniek of andere voorzieningen. De uitstroom van tbs-gestelden vindt plaats binnen het zogeheten forensisch psychiatrisch toezicht (fpt): een intensieve multidisciplinaire samenwerking tussen het fpc en de reclassering.¹²

Langdurig tbs-gestelden

De RSJ beschouwt een verblijf langer dan acht jaar als langdurig en sluit hiermee aan bij de normen die zijn gesteld in Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 – 2018.¹³ Bij langdurig tbs-gestelden lukt het niet om gefaseerd naar een veilige resocialisatie toe te werken. Er is sprake van problematische en langdurige behandeltrajecten, vaak met meerdere overplaatsingen tussen klinieken en een beloop gekenmerkt door incidenten, behandelimpasses en/of een sterk negatieve behandelattitude of gebrek aan motivatie. Deze tbs-gestelden kunnen zowel in de fpc's als in de LFPZ verblijven. De tbs-gestelden die zich in de fase van transmuraal- of proefverlof bevinden, worden in dit advies buiten beschouwing gelaten, aangezien zij perspectief hebben op uitstroom.

De RSJ realiseert zich dat een deel van de patiënten bij de huidige stand van de wetenschap en praktijk als therapieresistent en blijvend beveiligingsbehoefstig moet worden beschouwd. Dit laat onverlet dat er bij de langdurige trajecten sprake kan zijn van (vermijdbare) interferenties, waardoor behandelingen onnodig vertragen of vastlopen. Dit laatste is de focus van dit advies.

Ter beschikking gestelden zonder verblijfsstatus

Met name de groep onrechtmatig verblijvende vreemdelingen met de maatregel tbs kent problemen met de door- en uitstroom. Deze specifieke groep zal in dit advies buiten beschouwing worden gelaten. De RSJ is gevraagd hierover in 2020 apart een advies uit te brengen.

¹⁰ Voor 1 januari 2019 werd dit aangeduid als *longstay*. Zie: *Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg* 2019.

¹¹ Aan voorwaardelijke beëindiging gaat niet in alle gevallen proefverlof vooraf.

¹² *Beleidskader Forensisch Psychiatrisch Toezicht (fpt)* 2011.

¹³ In 2013 ondertekenden de directeurs van GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg, een convenant waarin afspraken zijn gemaakt om te komen tot een betaalbaar en toekomstbestendig zorgveld. Het convenant noemt onder andere de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het terugdringen van de gemiddelde (feitelijk mediane (RSJ)) behandelduur van de tbs-maatregel. De zorgaanbieders spannen zich maximaal in om deze terug te dringen naar een gemiddelde van 8 jaar. Zie: *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 tot en met 2017* 2013.



1.4 Werkwijze

Ten behoeve van dit advies heeft een uitgebreide materiaalverzameling plaatsgevonden waarbij verschillende bronnen zijn geraadpleegd:

- Er is literatuur bestudeerd, zoals wetenschappelijke artikelen, onderzoeksrapporten, beleidsdocumenten en wetteksten;
- Er zijn gesprekken gevoerd met personen die vanuit hun professie te maken hebben met langdurig tbs-gestelden; en
- Martijn Koerhuis, directeur behandeling Fivoor FPC de Kijvelanden, was als klankbordlid bij de adviescommissie betrokken.

Tijdens de gesprekken waren de volgende onderwerpen leidend:

- Tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven;
- Knelpunten tijdens de behandeling;
- Knelpunten in de door- en uitstroom;
- Het politieke en maatschappelijke krachtenveld.

Na uitwerking van het verzamelde materiaal was een omvangrijke hoeveelheid informatie beschikbaar. Deze informatie vormt de basis voor het voorliggende advies.

1.5 Opzet van het advies

De knelpunten die de RSJ bij de door- en uitstroom in de tbs heeft geconstateerd, laten zich vangen in overkoepelende thema's die in afzonderlijke hoofdstukken worden beschreven. In het volgende hoofdstuk wordt de achtergrond geschetst van tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven. In hoofdstuk 3 worden de personele problemen en financiën in de fpc's besproken. Beleidsmaatregelen met een belemmerend effect op de behandelduur, worden beschreven in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 staat het krachtenveld van media, politiek en samenleving, centraal. Tot slot worden in hoofdstuk 6 de knelpunten bij door- en uitstroomvoorzieningen besproken. Het advies sluit af met een samenvatting, conclusie en aanbevelingen.



2 Langdurig ter beschikking gestelden

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het aantal, de behandelduur en de kenmerken van tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven.

2.1 Achtergrond

De behandelduur van een individuele tbs-gestelde wordt doorgaans gedefinieerd vanaf instroom (start behandeling) tot aan het moment van de start van het proefverlof of de voorwaardelijke beëindiging. Om de behandelduur op groepsniveau te beschrijven, voor bijvoorbeeld een instroomcohort¹⁴, wordt veelal de mediane behandelduur bepaald. Dit is het moment waarop 50% van het cohort is uitgestroomd.¹⁵

Er zijn voortdurend beleidsontwikkelingen geweest om het tbs-systeem te verbeteren en de veiligheid te verhogen.¹⁶ In de jaren 2005 en 2006 is naar aanleiding van meerdere incidenten binnen de tbs-sector, een parlementair onderzoek ingesteld.¹⁷ De Commissie-Visser kwam tot een aantal aanbevelingen om het tbs-stelsel op een aantal punten aan te passen.¹⁸ In de jaren na de parlementaire onderzoekscommissie nam de mediane behandelduur toe tot meer dan tien jaar. Waarschijnlijk was dit mede het gevolg van strengere risicoafweging.¹⁹ Als reactie hierop werd als doel gesteld de mediane behandelduur terug te brengen naar acht jaar²⁰ en werd hiertoe de Taskforce behandelduurverkortings tbs ingesteld. Tevens werden er sinds 2013 werkconferenties in Lunteren georganiseerd waarin door alle disciplines binnen de tbs-sector gezamenlijk afspraken werden gemaakt. Sinds de genomen maatregelen is de recidive na de tbs-maatregel afgenomen²¹ en is voor de helft van de tbs-gestelden de behandeling binnen acht jaar afgerond.²²

De mediane behandelduur geeft echter geen informatie over de verblijfsduur van de 50% van de tbs-gestelden waarvoor de behandeling langer duurt dan de mediaan.

Recente tellingen (peildatum 1 maart 2020) van DJI geven aan dat (van de 1307 tbs-gestelden) 690 personen langer dan acht jaar onder de maatregel vallen, waarvan 333 langer dan 15 jaar.

¹⁴ Bij een instroomcohort worden tbs-gestelden die in een specifiek jaar zijn ingestroomd gevolgd in de tijd.

¹⁵ Crooijmans e.a. 2018, p. 13.

¹⁶ Naast de in de tekst genoemde maatregelen zijn ook de volgende beleidsmaatregelen ingezet: IBO 1: De commissie Doelmatig behandelen (1995), De commissie voortdurend delictgevaarlijke tbs gestelden, IBO 2 (1997): 'Over stromen: In- door- en uitstroom', Start LFPZ (2005), Commissie Kosto Veilig en wel (2000) Kwaliteitsprojecten (via EFP en Trimbos Instituut, 2003), Verbetertraject TBS terecht, Preklinische interventies (2003), Instelling LAP en AVT.

¹⁷ Het onderzoek werd uitgevoerd door Commissie-Visser.

¹⁸ *Parlementair onderzoek TBS 2006*.

¹⁹ De gemiddelde behandelduur van 50% van instroomcohort 1997, 1998 en 1999 waren respectievelijk 9.2, 10.6 en 10.2 jaar. Mogelijke verklaringen voor het feit dat de verblijfsduur is opgelopen, kunnen volgens beleidsmakers gezocht worden in een strengere risicoafweging van rechters en fpc's, strengere verlofprocedures en/of een toename in de ernst van de psychische aandoeningen. Zie: Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011, p. 32.

²⁰ *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 tot en met 2017 2013*.

²¹ Drieschner, Hill & Weijters 2018, p. 37 & 38.

²² Crooijmans e.a. 2018, p. 13.



Een deel van deze groep heeft wel perspectief op uitstroom. Dit blijkt bijvoorbeeld doordat zij zich in de fase van transmuraal- of proefverlof bevinden. Als deze groep buiten beschouwing wordt gelaten bevinden zich 277 langverblijvers in de behandelklinieken (waarvan 110 langer dan 15 jaar) en 97 in de LFPZ (waarvan 84 langer dan 15 jaar).^{23 24} Dit aantal is exclusief de tbs-gestelden die langdurig in het kader van transmuraal verlof in de *longcare* verblijven.²⁵ Het is onbekend hoeveel van deze groep tbs-gestelden, vanwege aanhoudend delictgevaar, nooit op een veilige manier zal kunnen resocialiseren. Over de ontwikkeling van de behandelduur van de groep langverblijvers zijn geen cijfers beschikbaar.

2.2 Kenmerken langdurig tbs-gestelden

Door professionals uit het veld en in enkele onderzoeken²⁶ worden onderstaande dominante kenmerken van langdurig tbs-gestelden benoemd, veelal in combinatie:

- Patiënten gediagnosticeerd met de volgende problematiek:
 - Licht verstandelijk beperkt (hierna: lvb);
 - Verslavingsproblematiek; en
 - Vormen van autisme.
- Patiënten lijdend aan een behandelresistente psychotische stoornis, vaak schizofrenie, die niet te stabiliseren is.
- Patiënten gediagnosticeerd met psychopathie of psychopate trekken en een sterk negatieve behandelattitude, impulsiviteit en weinig veranderingsbereidheid.
- Zedendelinquenten. Deze is groep is zeer divers van aard.

Door een lange intramurale behandelduur kunnen patiënten gehospitaliseerd raken, hetgeen de resocialisatie extra bemoeilijkt. Hierdoor vormt de lange duur op zichzelf ook een factor die de door- en uitstroom belemmert en daardoor bijdraagt aan stagnatie. Daarnaast kunnen somatische klachten aanwezig zijn, hetgeen in combinatie met de hier boven genoemde problematiek, de uitstroom compliceert.

Met de behandelverantwoordelijken is ook gesproken over een eventuele ontkennende houding van de tbs-gestelden ten aanzien van het delict waarvoor de tbs-maatregel is opgelegd (indexdelict). Alhoewel het ontkennen van het indexdelict geen kenmerk vormt van de groep langdurig tbs-gestelden, kan het wel een obstakel vormen in de behandeling. Het maakt de behandeling echter niet per definitie onmogelijk. De behandeling richt zich dan niet zozeer op het delict, maar op (risico)gedrag, attitude en overige problematiek.

²³ Deze cijfers heeft DJI op verzoek verstrekt aan de RSJ.

²⁴ Naast de patiënten die zich in de fase van transmuraal- of proefverlof bevinden, zijn in de cijfers ook de onrechtmatig verblijvende vreemdelingen buiten beschouwing gelaten.

²⁵ Deze patiënten hebben ook nauwelijks perspectief op uitstroom en vallen daarmee feitelijk ook onder de doelgroep van dit advies

²⁶ Lammers, Vrinten & Nijman 2014.



3 Personele problemen en financiën in de fpc's

Personele problemen binnen de fpc's kunnen, evenals de financiën, een belemmering vormen tijdens de behandeling en zodoende effect hebben op de behandelduur.

3.1 Personele problemen

De behandeling in het kader van de tbs-maatregel is langdurig, intensief en complex. Dit vraagt een stabiel, goed opgeleid en ervaren personeelsbestand. Vanuit onderzoek is bekend dat het effect van justitiële interventies grotendeels afhangt van de eigenschappen en kwaliteit van de betrokken professionals. Juridische kaders en medewerkers tezamen vormen de werkzaamheid van de tbs.²⁹

Parallel aan de krapte op de arbeidsmarkt is er ook binnen de forensische zorg een groot personeelstekort.³⁰ Het is steeds lastiger om ervaren, goed geschoolde werknemers te vinden die in de forensische zorg willen werken.³¹ Veel ervaren krachten zijn de afgelopen jaren vertrokken.³²

Behandelverantwoordelijken geven aan dat er, met name als het gaat om sociotherapeuten, in kwantitatieve zin weinig problemen zijn.³³ Om de roosters gevuld te krijgen wordt echter meer dan wenselijk is met tijdelijke krachten en personeel op ZZP basis gewerkt.³⁴ Wel worden problemen ervaren met het vinden en behouden van personeel met voldoende ervaring en scholing.

In de fpc's is met name een groot gebrek aan psychiaters en psychologen met als gevolg onvoldoende continuïteit bij (hoofd)behandelaren en behandelcoördinatoren. Hierdoor liggen behandelingen stil of zijn er (lange) wachttijden voor therapieën.³⁵ Patiënten die individueel behandeld moeten worden, moeten soms een jaar wachten op de specifiek voor hen geïndiceerde therapie. Tbs-patiënten hebben te maken met (te) veel wisseling van behandelcoördinatoren, waardoor de continuïteit in het behandelproces wordt belemmerd.

Het tekort aan psychologen en psychiaters heeft ook gevolgen voor de beschikbaarheid van pro Justitia rapporteurs. De rapporteurs hebben een adviserende rol bij verlengingszittingen. Ook kunnen ze door de verdediging als contra-expert worden

²⁹ Van der Wolf, *Strafblad* 2018/5.

³⁰ Andersson Elffers Felix 2018, p. 9.

³¹ Brief van GGZ Nederland van 13 juni 2017, *AO tbs en forensische zorg*, KV/jnda/cecs/201626/2017, p. 2.

³² Andersson Elffers Felix 2018, p. 13.

³³ De door de RSJ gesproken klinieken geven aan momenteel geen personeelstekort te hebben wat betreft sociotherapeuten.

³⁴ Gesprekken RSJ met fpc's.

³⁵ Verschillende gesprekspartners gaven dit aan.



geraadpleegd. Door een gebrek aan rapporteurs kunnen tbs-trajecten vertraging oplopen.³⁶

Wat betreft het personeel is er sprake van een eenzijdige samenstelling. Er is minder diversiteit wat betreft leeftijd, geslacht en etniciteit dan gewenst. Er stromen relatief veel jonge werknemers in; met name vrouwen tussen de 25 en 35 jaar van Nederlandse afkomst. Het is niet bekend wat dit betekent voor de kwaliteit of de duur van de behandeling.³⁷ Het contrast met de tbs-populatie is echter aanzienlijk.

Naast bovenstaande problemen is de ervaren werkdruk een probleem, onder andere door de grote administratieve belasting.³⁸ De tijdsbesteding aan administratieve taken in de forensische zorg is de afgelopen jaren gestegen. De verantwoordingsdruk gaat ten koste van de aandacht voor patiënten.³⁹ Daarnaast laten diverse incidenten zien dat het om moeilijk en risicovol werk gaat met een ingewikkelde doelgroep. Dit draagt eveneens bij aan de werkdruk.

Ook het gegeven dat klinieken vaak afgelegen liggen, de werkuren onregelmatig zijn en het personeel bestand moeten zijn tegen veiligheidsrisico's maakt dat functies binnen fpc's minder populair zijn dan functies buiten de tbs.⁴⁰

Tot slot worden de kritische maatschappelijke en politieke reacties na incidenten als zeer belastend ervaren en dragen deze negatief bij aan de arbeidsmarktpositie van de sector. Deze reacties beschadigen niet alleen de trots van het personeel dat zich elke dag inzet voor de beveiliging van de samenleving, het vermindert ook de animo bij potentieel nieuw personeel om in deze sector te werken. Dit heeft vervolgens weer negatieve gevolgen voor de werkdruk, wat kan leiden tot meer incidenten waardoor de veiligheid van het personeel en de ter beschikking gestelde in het geding komt.⁴¹

3.2 Financiën

Het aantal tbs-plaatsen is afgebouwd van 1.858 in 2013 naar 1.396 in 2017.⁴² Dit is het gevolg van de eerder ingezette afname van het aantal opleggingen tbs met dwangverpleging in combinatie met een afnemende mediane behandelduur. De klinieken bieden momenteel capaciteit voor ongeveer 100 opleggingen per jaar. De laatste jaren is het aantal opleggingen van de maatregel tbs met dwangverpleging echter weer toe genomen en ligt al jaren boven de 100.⁴³ Hierdoor zal de capaciteit knellen en de

³⁶ Michel Groothuizen, directeur van het NIFP heeft onder meer via de media laten weten te kampen met een groot tekort aan psychiaters en GZ- psychologen, wat gevolgen heeft voor de rechtspraak. 'Tekort aan psychiaters bij NIFP vertraagt rechtspraak', *Nieuws.nl*, 3 februari 2020.

³⁷ Van der Wolf, *Strafblad* 2018/5.

³⁸ *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018 – 2021* 2018, p. 2.; Andersson Elffers Felix 2018, p. 10.

³⁹ *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018 – 2021* 2018, p. 6.; Andersson Elffers Felix 2018, p. 10.

⁴⁰ Interviews RSJ; Van der Wolf, *Strafblad* 2018/5.

⁴¹ Brief van GGZ Nederland van 13 juni 2017, *AO tbs en forensische zorg*, KV/jnda/cecs/201626/2017, p. 2.

⁴² *Forzo in getal 2013 – 2017* 2018.

⁴³ Het aantal opleggingen is afgenomen tot aan 2013 en laat sindsdien weer een stijging zien. Zie: Choenni, Van den Braak & Platenburg 2018, p. 65 en Tabel 7.4. De RSJ heeft de volgende recente



4 Beleidsmaatregelen of wetgeving met een belemmerend effect op de behandelduur

Incidenten leiden regelmatig tot nieuwe of aangepaste beleidsmaatregelen of wetgeving. Deze 'generieke' maatregelen kunnen ongewenste neveneffecten en stagnatie in de tbs tot gevolg hebben.

4.1 Verlofbeleid

4.1.1 Klinieken

Verlof is een essentieel onderdeel van de behandeling en de resocialisatie binnen de tbs-maatregel. Een tbs-patiënt gaat met verlof als er voldoende vooruitgang is in de behandeling en de kans op herhaling van het delict voldoende is gedaald.

De verlofprocedure start met een interne toetsingsprocedure in de kliniek en stuurt de aanvraag naar DJI. De Verlofunit van DJI neemt namens de Minister van Justitie en Veiligheid de uiteindelijke beslissing. Het Adviescollege verloftoetsing TBS (AVT) adviseert de Minister en toetst de aanvraag inhoudelijk. De doorlooptijd van een verlofaanvraag bij het AVT is ongeveer vier weken. Negatieve adviezen van het AVT moeten door de Minister worden overgenomen; de Minister kan wel (gemotiveerd) afwijken van een positief advies over verlof. De gehele aanvraag vanaf de interne procedure tot en met de beslissing van de Minister duurt al snel een half jaar.⁴⁶

De verschillende fases van het verlof (begeleid, onbegeleid, transmuraal en proefverlof) worden successievelijk doorlopen. Op deze manier wordt het resocialisatietraject geleidelijk vormgegeven. De commissie Versnelling Verloftraject concludeerde dat het in het gunstigste geval ruim vier jaar kost om vanaf de eerste verlofmachtiging het gehele traject te doorlopen.⁴⁷

Stakeholders hebben aangegeven dat de verschillende regels omtrent verlof weinig discretionaire ruimte biedt aan de professionals. Zo vervalt bij een overplaatsing naar een andere kliniek de verlofmachtiging van rechtswege en moet in principe de nieuwe kliniek een nieuwe aanvraag indienen.⁴⁸

4.1.2 LFPZ

Voor patiënten die in de LFPZ verblijven zijn de mogelijkheden voor verlof zeer beperkt. Alleen LFPZ-patiënten met een laag beveiligingsniveau kunnen in aanmerking komen voor begeleid verlof. Daarnaast kan op beperkte schaal worden geoefend met vormen van onbegeleid verlof. In de praktijk zijn deze beperkte verlofmogelijkheden voor

⁴⁶ Van de aanvraag door de kliniek tot het besluit van de Verlofunit van DJI is gemiddeld 60 dagen. Daarnaast doen klinieken er ook 1-4 maanden over. Zie: Koenraadt e.a. 2010, p. 48.

⁴⁷ Werkgroep versnelling verloftraject 2014.

⁴⁸ Bij een overplaatsing in het kader van voortzetting van de behandeling en bij een gunstige prognose kan de vigerende verlofmachtiging opnieuw worden verleend aan de volgende fpc, mits voldaan wordt aan een aantal voorwaarden. *Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden 2009*, p. 10.



behandelverantwoordelijken vaak een reden om niet tot overplaatsing naar een LFPZ over te gaan of voor de tbs-gestelde om zich tegen overplaatsing te verzetten.

De huidige regelgeving omtrent verlof voor tbs-gestelden die verblijven in de LFPZ biedt onvoldoende ruimte aan de professional om maatwerk toe te passen. Het beperkt de mogelijkheden ook buiten de gebaande paden te kunnen denken en het weerbarstige behandeling- en resocialisatietraject van een langdurig tbs-gestelde vorm te kunnen geven.

4.2 Aangifteplicht en één jaar geen verlof

4.2.1 Aangifteplicht voor klinieken

In 2008 is de zogenoemde aangifteplicht voor de tbs-klinieken geïntroduceerd.⁴⁹ Op grond van artikel 53 lid 2 en artikel 57 lid 4 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (hierna: Rvt), is het hoofd van de inrichting verplicht om binnen een week⁵⁰ aangifte te doen als men vermoedt dat een ter beschikking gestelde een strafbaar feit heeft begaan.⁵¹ Deze aangifteplicht is beperkt tot strafbare feiten waarvoor een bevel tot voorlopige hechtenis kan worden gegeven. Dit betreft misdrijven waarop de wet een gevangenisstraf van vier jaar of meer stelt, en daarnaast enkele specifieke feiten, waaronder bedreiging, mishandeling en handel in softdrugs.⁵²

Bij de verdenking van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten wordt een eventuele verlofmachtiging ingetrokken en wordt gedurende tenminste één jaar geen nieuwe machtiging verleend.⁵³

Deze regeling is met ingang van 23 februari 2019 enigszins versoepeld. Er kan wel een nieuwe verlofmachtiging worden verleend indien de zaak door het Openbaar Ministerie is afgedaan door middel van sepot, een transactie of een strafbeschikking. Dat geldt ook indien de tbs-gestelde van het feit wordt vrijgesproken, vanaf het moment dat de uitspraak onherroepelijk is.

Echter, voordat het Openbaar Ministerie een vervolgingsbeslissing heeft genomen of de rechter uitspraak heeft gedaan gaat er in de praktijk vaak lange tijd overheen. De vaak eenvoudige en lichtere delicten die gepleegd worden door tbs-gestelden hebben geen prioriteit bij het Openbaar Ministerie. Bovendien worden de meeste van deze zaken uiteindelijk geseponneerd of anderszins licht afgedaan.⁵⁴ Het vermeende pedagogisch

⁴⁹ De aangifteplicht geldt voor de fpc's. Het geldt ook voor fpk's voor zover de Bvt en het Rvt op de daar opgenomen ter beschikking gestelden van toepassing zijn. Zie: Walberg, Reitsma & Jongebreur, 2014.

⁵⁰ Aanvankelijk was de termijn 48 uur. Per 1 september 2018 geldt de termijn van een week.

⁵¹ Deze aangifteplicht voor klinieken geldt volgens de handleiding ook wanneer een mede ter beschikking gestelde het slachtoffer is en misschien zelf ook al aangifte heeft gedaan. Zie: Handleiding voor verplichte aangifte in de TBS 2013.

⁵² Artikel 67 Sv.

⁵³ Artikel 17 van de Verlofregeling tbs. Dit wordt in de praktijk ook wel het Teevenjaar genoemd, vernoemd naar de toenmalige staatssecretaris Teeven.

⁵⁴ De Jong & Van Burik 2012, p. 66.



effect van de aangifteplicht is daarmee beperkt. Bovendien is er door de aangifteplicht geen ruimte meer voor klinieken om hun eigen afweging te maken.⁵⁵

4.2.2 *Eén jaar geen verlof bij onttrekkingen*

Het uitgangspunt dat een tbs-gestelde een jaar lang niet meer met verlof mag, geldt ook bij onttrekkingen aan verlof.⁵⁶ Dit is opgenomen in artikel 17 van de Verlofregeling tbs.

Bij langdurige onttrekkingen (> 24 uur) geldt dat de verlofmachtiging van rechtswege komt te vervallen. Wanneer er sprake is van kortdurende onttrekkingen (< 24 uur) is het aan het fpc om te besluiten het verlof in te trekken.⁵⁷ Wanneer de verlofmachtiging van rechtswege is vervallen of door de Minister is ingetrokken na een besluit van het fpc bij kortdurende onttrekkingen, wordt gedurende tenminste één jaar geen nieuwe verlofmachtiging verleend.

Wanneer de onttrekking plaatsvindt in een vergevorderd stadium van de behandeling⁵⁸ is er de mogelijkheid het verlof eerder te hervatten.⁵⁹ De reden hiervoor is dat de gevolgen onevenredig kunnen zijn in verhouding met het doel dat wordt gediend. Er moet dan sprake zijn van 'zwaarwegende persoonlijke omstandigheden'. Dit wordt ook wel de hardheidsclausule genoemd. Hiervoor moet een nieuwe verlofaanvraag worden ingediend, welke een nieuwe risicotaxatie en specifieke informatie over de ongeoorloofde afwezigheid moet bevatten. Daarnaast moet worden gemotiveerd waarom sprake is van genoemde zwaarwegende persoonlijke omstandigheden. In 2015 heeft de staatssecretaris toegezegd de hardheidsclausule ruimhartiger te zullen toepassen indien de kliniek kan aantonen dat de aanwezigheid van zwaarwegende persoonlijke omstandigheden zich tegen de maatregel verzet.⁶⁰

4.2.3 *Invloed van één jaar geen verlof op de behandelduur*

Tijdens verlof wordt geoefend met de aangeleerde vaardigheden en verworven inzichten zoals deze in de behandeling binnen de kliniek aandacht kregen. Juist het observeren en bespreken van het gedrag tijdens de verloven vormt een cruciaal onderdeel van de behandeling. Ook wordt tijdens het verlof onderzocht wat de mogelijkheden voor resocialisatie zijn. Door de verdenking van een strafbaar feit of het onttrekken aan verlof kan een tbs-gestelde dus gedurende een jaar lang niet met verlof.⁶¹ In alle gesprekken werd naar voren gebracht dat dit in de praktijk als groot knelpunt wordt ervaren, omdat

⁵⁵ De Jong & Van Burik 2012, p. 61.

⁵⁶ *Regeerakkoord VVD-CDA 2010*, p. 41.

⁵⁷ Waarna de Minister de machtiging intrekt (bij begeleid verlof) of beslist of de machtiging wordt ingetrokken (bij onbegeleid verlof, transmuraal verlof en/ of proefverlof).

⁵⁸ Bij onttrekkingen >24 uur gaat het om onbegeleid verlof met overnachtingen, transmuraal en proefverlof. Bij onttrekkingen < 24 uur gaat het in deze gevallen om onbegeleid, transmuraal verlof en proefverlof.

⁵⁹ Dit geldt voor zowel onttrekkingen langer als korter dan 24 uur.

⁶⁰ *Kamerstukken II 2014/15*, 29452, nr. 187, p. 4. Hoe vaak en in welke gevallen dit in de praktijk gebeurt, is de RSJ niet bekend.

⁶¹ Cijfers die de RSJ van DJI heeft ontvangen tonen aan dat in 2019 een ongeoorloofde afwezigheid negen keer tot een intrekking van een verlofmachtiging voor de duur van één jaar heeft geleid. Daarnaast is er in 2019 81 keer melding gedaan van een mogelijk strafbaar feit.



hiermee ook de behandeling grotendeels stil komt te liggen.⁶² Verlof maakt immers een noodzakelijk onderdeel uit van de behandeling. De RSJ heeft zich hierover herhaaldelijk kritisch uitgelaten en voor afschaffing van de regel "één jaar geen verlof" gepleit.⁶³

Door de behandelverantwoordelijken wordt het intrekken van verlof als een te zware maatregel ervaren. Dit geldt met name bij de lichtere feiten, wanneer een relatie met het indexdelict ontbreekt of de misstap geen verband houdt met het recidiverisico. Het vermeende afschrikkende effect van de maatregel is bovendien afwezig omdat veel tbs-gestelden de consequenties van hun gedrag onvoldoende kunnen overzien. Dit is in versterkte mate het geval bij patiënten met beperkte vermogens tot rationele planning en afweging, zoals bij bijvoorbeeld (licht) verstandelijk beperkten en patiënten die kampen met een stoornis in het gebruik van middelen. Dit betreft relatief vaak de langdurig tbs-gestelden. Het intrekken van het verlof voor de periode van een jaar leidt tot demotivatie en frustratie, soms met een stagnatie of impasse in de behandeling tot gevolg.

4.3 Gevangenisstraf in combinatie met een tbs-maatregel

Wanneer het delict gedeeltelijk aan de verdachte kan worden toegerekend, kan de tbs-maatregel in combinatie met een gevangenisstraf worden opgelegd.⁶⁴ Het grootste deel van de vonnissen waarin de maatregel tbs wordt opgelegd bestaat uit combinatievonnissen. In 2018 waren 108 van de 141 opleggingen in combinatie met een gevangenisstraf. Negen opleggingen waren in combinatie met een gevangenisstraf van meer dan zes jaar.⁶⁵

De tbs-maatregel gaat in vanaf de datum van voorwaardelijke invrijheidstelling (VI).⁶⁶ Sinds 1997 was het door de Fokkensregeling mogelijk om na een derde van de gevangenisstraf opgenomen te worden in een tbs-kliniek. Sinds de afschaffing van de regeling in 2010 kunnen tbs-gestelden niet eerder dan na twee derde van de gevangenisstraf in een kliniek geplaatst worden. Met de inwerkingtreding van de Wet straffen en beschermen⁶⁷ kan VI maximaal de laatste twee jaar van de gevangenisstraf betreffen, wat met name bij lange straffen tot een nog latere aanvang van de tbs-behandeling zal leiden.⁶⁸ Door de RSJ en vele andere partijen zoals de Raad voor de rechtspraak en TBS Nederland, is kritisch op dit wetsvoorstel gereageerd.⁶⁹

⁶² De Tasforce behandelduur tbs constateerde in 2014 dat de maatregel in individuele gevallen een ongewenst effect op de beoogde resocialisatie lijkt te hebben en in hoge mate bijdraagt aan een lange behandelduur. Zie: Taskforce behandelduur tbs 2014, p. 23.

⁶³ Aanvullend advies bij de conceptverlofregeling tbs (RSJ 2010); Advies Conceptwijziging verlofregeling tbs (RSJ 2016); Advies Ontwerpbesluit wijziging RvT (RSJ 2017).

⁶⁴ Artikel 37a lid 2 Sr.

⁶⁵ Cijfers ontvangen van DJI, deze zijn gebaseerd op onherroepelijke vonnissen, inclusief omzetting van tbs met voorwaarden naar tbs met dwangverpleging.

⁶⁶ Artikel 6.4 lid 2 Besluit Forensische Zorg (Bfz).

⁶⁷ Op dit moment ligt het Wetsvoorstel straffen en beschermen ter behandeling bij de Eerste Kamer.

⁶⁸ Een uitzondering hierop vormt artikel 37b lid 2 Sr. De rechter kan in het vonnis een advies opnemen over wanneer de tbs-maatregel moet aanvangen. Vervolgens beslist de Minister hierover. In dat geval zal er voor de VI-datum geen verlof kunnen plaatsvinden. *Verloftoetsingskader ter beschikking gesteld* 2009, p. 10. De ervaring leert dat rechters hier weinig gebruik van maken.

⁶⁹ Zie o.a. *Advies uitvoering gevangenisstraffen* (RSJ 2018); *Advies over het conceptwetsvoorstel Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet, het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de regelingen inzake detentiefasering en voorwaardelijke*

5 Krachtenveld van politiek, media en samenleving

Er is een breed krachtenveld van invloed op het tbs-stelsel. Hierin spelen verschillende partijen een rol. Zij bepalen de visie op het tbs-stelsel en oefenen daarmee invloed uit op het systeem.

5.1 Politiek

5.1.1 Landelijk

De Minister van Justitie en Veiligheid is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel en de vormgeving en instandhouding van het tbs-stelsel. Op grond van deze bevoegdheid is hij ook eindverantwoordelijk voor het verloop van de tbs-gestelden.

Deze directe verantwoordelijkheid verklaart de grote betrokkenheid van zowel de Minister als het parlement. Incidenten in de tbs leiden tot debatten in de Tweede Kamer en soms tot sterk negatieve uitingen van politici over het tbs-stelsel in de media. Incidenten resulteren vaak in generieke maatregelen die de veiligheid moeten vergroten maar die voor het behandelproces ongewenste effecten of bijwerkingen kunnen hebben (zie hoofdstuk 4). Doorgaans belemmeren dergelijke maatregelen de mogelijkheid om het voor deze ingewikkelde groep patiënten benodigde maatwerk te kunnen leveren.

Door de focus van de landelijke politiek op vermeende vermijdbare foutieve beslissingen in het tbs-stelsel, waarbij het beeld ontstaat dat incidenten altijd te voorkomen zijn en het gevolg zijn van menselijk falen, ontbreekt bij de behandelverantwoordelijken het gevoel dat de politiek achter het tbs-stelsel staat. Zij hebben het idee dat zij zowel hun eigen beslissingen als het tbs-stelsel, constant moeten verdedigen. Politici, zowel bewindspersonen als Tweede Kamerleden, zouden zich meer bewust moeten zijn van de eigen rol bij de maatschappelijke acceptatie van het tbs-stelsel.⁷²

Diverse gesprekspartners hebben in gesprek met de RSJ bepleit dat het AVT en de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LAP) zelfstandige bevoegdheid krijgen, waardoor de Minister meer op afstand wordt geplaatst bij individuele tbs-zaken (o.a. bij verloftoekenning).⁷³

5.1.2 Lokaal

Ook op gemeentelijk politiek niveau wordt er invloed uitgeoefend op het functioneren van het tbs-systeem. Burgemeesters hebben een belangrijke rol in het veiligheidsdomein en daarmee ook een rol bij de resocialisatie van ex-tbs gestelden. Zo kan de burgemeester via het zorg- en veiligheidshuis (ZVH) en/of de Bestuurlijke Informatievoorziening Justitiabelen (BIJ) invloed uitoefenen op resocialisatietrajecten. Bovendien zijn gemeenten verantwoordelijk voor de nazorg van ex-gedetineerden⁷⁴ en voor het

⁷² Dit werd ook gesteld door de Taskforce. Zie: Taskforce behandelduur tbs 2014, p. 15.

⁷³ Zie ook *Parlementair onderzoek TBS 2006*, aanbeveling 12.

⁷⁴ Sinds 2004.



realiseren van diverse (uitstroom)voorzieningen.⁷⁵ In individuele gevallen kan de gemeente invloed uitoefenen door bijvoorbeeld wel of geen huisvesting aan te bieden.

Voor het goed functioneren van het tbs-stelsel is de beschikbaarheid van geschikte nazorgvoorzieningen essentieel. Omdat de rol van de gemeente bij de resocialisatie de laatste decennia is toegenomen, wordt er door de partners uit de strafrechtketen steeds meer samengewerkt met gemeenten.

Uit de gesprekken kwam naar voren dat het maatschappelijke, politieke en bestuurlijke draagvlak sterk varieert tussen gemeenten. Terwijl er gemeenten zijn waar met steun van bestuurders constructief wordt samengewerkt met klinieken en andere partners uit de veiligheidsketen, zijn er ook gemeenten waarbij de terugkeer van bepaalde justitiabelen wordt tegengewerkt en plaatsingen in gemeentelijke voorzieningen soms worden tegengehouden.

5.2 Media

Veel incidenten in de tbs resulteren in aandacht van de media. Dat geldt ook voor geringe als een incident aangemerkte voorvallen, zoals het te laat terugkeren van verlof, die niet tot ernstige risicovolle situaties leiden. Belanghebbenden, zoals buurtbewoners, politici, advocaten, slachtoffers, medewerkers maar ook tbs-gestelden, krijgen makkelijk een podium in de media om hun mening te uiten. Dat de tbs-sector kritisch wordt gevolgd, is gelet op haar maatschappelijke opdracht een goede zaak. De nadruk in de berichtgeving ligt echter met name op het (vermeende) falen van het systeem om de maatschappij te beveiligen. Veel uitingen op sociale media zijn ongenueanceerd of zelfs pertinent onjuist, maar kunnen een grote impact hebben. Voor de klinieken is het niet of in zeer beperkte mate mogelijk om in de media een reactie te geven op hetgeen is gebeurd, vanwege de privacy van de tbs-gestelde en de beperkte communicatiemogelijkheid voor klinieken als gevolg van de politieke verantwoordelijkheid van de Minister. Hierdoor wordt een eventueel onjuist beeld van hetgeen heeft plaatsgevonden onvoldoende gecorrigeerd en wordt het idee versterkt dat het tbs-systeem niet goed functioneert.

Voor het functioneren van het tbs-systeem is draagvlak binnen de maatschappij een noodzakelijke voorwaarde. Daarvoor is meer bekendheid nodig over hoe het tbs-systeem werkt en wat de positieve effecten zijn. Ook een realistisch beeld van het gevaar is van belang. Niet elke onttrekking gaat gepaard met een risico op een (ernstig) delict.

Dat het tbs-stelsel kampt met een slecht imago is geen nieuw probleem.⁷⁶ In diverse onderzoeken en rapporten is hier eerder aandacht aan besteed. Ook recent is, tijdens de vierde 'conferentie van Lunteren', afgesproken dat de sector de mediastrategie verder

⁷⁵ Als onderdeel van de drie decentralisaties zijn in 2015 de taken op het gebied van begeleiding en ondersteuning van burgers en beschermd wonen overgeheveld vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

⁷⁶ Door diverse partijen en onderzoek wordt dit naar voren gebracht. In 2011 is Forum TBS opgericht met als doel dat in de samenleving een reëler beeld ontstaat van het tbs-systeem en het karakter van de tbs-maatregel. Maar ook in andere stukken is het vaker naar voren gekomen.



gaat uitwerken.⁷⁷ Vanuit enkele media is eveneens belangstelling getoond om een breder en vollediger beeld neer te zetten van de tbs.

5.3 Kramp door nadruk op risicomijding

Met de term medialogica werd door de voormalige Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling al eerder aangeduid dat de beeld- en oordeelsvorming over het tbs-systeem door de complexe interactie tussen burger, overheid en media vaak gekleurd en ondermijnend kan zijn. Nieuwe feiten worden in een frame geplaatst als 'het systeem faalt' en 'maatregelen zijn nodig' en versterken zodoende de al bestaande commotie.⁷⁸ Wanneer hier onvoldoende oog voor is, kunnen de betrokken actoren zoals instellingen en behandelverantwoordelijken, politiek en bestuur en diverse andere actoren, in een spreekwoordelijke kramp raken.

De voorzichtigheid is in de gehele sector toegenomen. Dit heeft te maken met het feit dat behandelverantwoordelijken in toenemende mate ter verantwoording worden geroepen wanneer het mis gaat. In de behandel- en toezichtspraktijk kan dit ertoe leiden dat men zo min mogelijk risico wil nemen en zichzelf wil 'indekken'.

Dit leidt er ook toe dat zowel beleidsmakers als gedragsdeskundigen hoge verwachtingen hebben van het gebruik van risicotaxatie-instrumenten ter voorkoming van incidenten. Deze instrumenten kunnen een waardevolle aanvulling zijn maar kennen belangrijke beperkingen wat betreft de voorspellende waarde in individuele gevallen.⁷⁹ Wetenschappelijke studies laten bovendien zien dat de kans op een vals positieve uitkomst, dat wil zeggen dat de situatie als gevaarlijk wordt ingeschat terwijl dit niet het geval is, aanzienlijk is.⁸⁰ Dit kan een vertragende werking hebben op de door- en uitstroom.

⁷⁷ Deze vond plaats op 29 november 2019 in Ede.

⁷⁸ RMO 2006, p. 15 & 16.

⁷⁹ Douglas e.a., *European Psychiatry* 2017/42; Fazel e.a., *BMJ* 2012;345:e4692.

⁸⁰ Fazel e.a., *BMJ* 2012;345:e4692; Van den Brink, Drieschner & Harte, *TvC* 2007/49.



6 Door- en uitstroomvoorzieningen

Er zijn knelpunten als het gaat om de door- en uitstroom van tbs-gestelden naar geschikte voorzieningen. Naast schaarste aan plaatsen en financieringsproblemen, speelt ook het gebrek aan bestuurlijk en maatschappelijk draagvlak een rol.

6.1 Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ)

Wanneer tbs-gestelden uitbehandeld zijn, maar het recidiverisico onvoldoende is teruggebracht kunnen zij geplaatst worden in de LFPZ, waar een lage behandel- en veranderdruk is. De LFPZ betreft een externe differentiatie van de tbs en voorziet in een langdurig sterk beveiligd verblijf. Er geldt een eigen plaatsingsprocedure en een apart zeer beperkt verlofregiem. Voor een LFPZ-plaatsing is een LFPZ-indicatie nodig waar de Minister het besluit over neemt. Deze procedure is uitgebreid en neemt in totaal minimaal zes maanden in beslag.⁸¹

De profilering van de LFPZ als eindvoorziening en de daarmee samenhangende regelgeving vormen een grote belemmering voor plaatsing naar deze voorziening. Zo bestaat er bij behandelverantwoordelijken terughoudendheid; zij willen met name jonge patiënten niet te snel perspectief ontnemen. Ook worden de criteria voor opname in de LFPZ als te zwaar ervaren.⁸² Bovendien vormt het speciaal beperkend verlofkader van de LFPZ een belangrijke drempel. Voor sommige tbs-gestelden betekent plaatsing in de LFPZ een stap terug.

Het gevolg is dat patiënten die er nog niet aan toe zijn om zich voor een behandeling open te stellen soms meerdere malen, met weinig perspectief, worden overgeplaatst naar een andere kliniek. Voor deze patiënten bestaat de behoefte om hen (snel en) tijdelijk op een afdeling te kunnen plaatsen met een lage behandelruk met het doel langdurige stagnatie in een fpc te voorkomen.⁸³ De LFPZ is hier in principe geschikt voor, maar deze invulling past niet bij de huidige functie (van eindstation) en bij het vigerend beleidskader.⁸⁴

⁸¹ De LAP voorziet de Minister van advies. Voor dit advies is een multidisciplinaire (md) rapportage ten behoeve van de toetsing van de LFPZ-indicatie door het NIFP nodig. De LAP streeft ernaar om binnen drie maanden na ontvangst van een aanvraag een advies te zenden aan de Minister. Dat lukt ook in het merendeel van de gevallen. *Jaarverslag LAP 2019 2020*.

⁸² Als criterium geldt onder meer dat 'conform "state of the art" alle behandelingsmogelijkheden moeten zijn ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettingen, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar'. Tevens moet er sprake zijn een risico op een ernstig delict waarbij de fysieke of psychische schade van anderen zodanig groot is dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd. Zie: *Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg 2019*.

⁸³ Tijdens de gesprekken is dit regelmatig naar voren gekomen. Komt ook aan de orde in: Oosterom, Bezemer & Knoester, *Strafblad 2019/15*, p. 34.

⁸⁴ *Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg 2019*.



6.2 De longcare

Op zoek naar een alternatief tussen de reguliere kliniek (fpc) en de LFPZ heeft een aantal klinieken een *longcare* voorziening geopend, wat gezien kan worden als een luwte-afdeling. Op een dergelijke voorziening wordt langdurige minder intensieve behandeling en begeleiding geboden met behoud van het benodigde risicomanagement. Voor plaatsing op de *longcare* is geen indicatiestelling van het Nederlands Instituut Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) nodig.⁸⁵ Omdat deze voorziening geen externe differentiatie betreft, is het doorplaatsen vanuit een fpc en de samenwerking tussen de voorzieningen makkelijker.

6.3 Overige voorzieningen

Andere voorzieningen waar tbs-gestelden in het kader van *doorstroom* geplaatst kunnen worden zijn de fpk, de fvk, de fpa en de forensische-RIBW⁸⁶. Zeker voor de patiënten met complexe problematiek en met een langdurig veiligheidsrisico zijn deze voorzieningen vaak niet passend. Het gebrek aan expertise voor de behandeling van stoornissen zoals zedenproblematiek, ernstige autisme spectrum stoornis of lvb, vaak in combinatie met verslaving, kan doorstroom naar een dergelijke voorziening in de weg staan. Bovendien zijn dergelijke voorzieningen niet altijd voldoende toegerust op deze populatie als het gaat om het benodigde risicomanagement.

Wanneer tbs-gestelden geen dwangverpleging meer nodig hebben, kunnen zij in het kader van *uitstroom*⁸⁷ geplaatst worden in de zogenaamde overige forensische zorg (OFZ) of (beveiligde) voorzieningen in de reguliere GGZ. Daarnaast kunnen zij geplaatst worden in een RIBW⁸⁸ of in een voorziening voor langdurige zorg met verblijf⁸⁹. Onder deze laatste vorm van zorg valt bijvoorbeeld een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking of een autisme spectrum stoornis. Ook kan het gaan om een verpleegtehuis, gericht op voornamelijk somatische zorg.

Voor uitstroomvoorzieningen geldt dat de bedden voor langdurige zorg met verblijf schaars zijn. Dat geldt zeker in de reguliere GGZ na de afbouw van bedden zoals deze de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden. Bovendien zijn de plaatsingsmogelijkheden voor (ex-)tbs-gestelden beperkt. De financiering en het imago van de tbs-gestelde spelen hierbij een rol. Ook moet er voldoende oog zijn voor forensisch risicomanagement, hetgeen doorgaans om een behoorlijke aanpassing van deze voorzieningen vraagt.

Ten behoeve van de uitstroom van forensische patiënten naar de GGZ is in 2016 het programma Continuïteit van Zorg gestart. Onderdeel van het project was om de beschikbaarheid van beveiligde GGZ bedden te vergroten en de financiële drempels voor deze voorzieningen op te heffen. Het is nog te vroeg om te beoordelen of ook (ex-)tbs-

⁸⁵ Schrama, *TPWS* 2014/11.

⁸⁶ Forensische zorg valt onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

⁸⁷ Vanaf tenminste het stadium proefverlof.

⁸⁸ Reguliere RIBW's vallen onder de Wmo onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

⁸⁹ Dit soort instellingen vallen veelal onder de Wet langdurige zorg (Wlz).



gestelden (al of niet met proefverlof) van deze bedden gebruik kunnen gaan maken en of dit voor hen een oplossing biedt.

Wanneer de tbs-titel wordt beëindigd vindt een overgang plaats van de forensische zorg naar de reguliere zorg. Dit betekent vaak een overgang naar andere voorzieningen en altijd een verandering van financiering en indicatie- en plaatsingsprocedures. Wanneer het niet lukt om iemand geplaatst te krijgen, kan dit leiden tot een (soms oneigenlijke) verlenging van de tbs-maatregel.

In het vorige hoofdstuk kwam aan de orde dat de overgang naar gemeentelijke voorzieningen, zoals een RIBW, ook zijn eigen knelpunten kent. Het lokale maatschappelijke en politieke draagvlak speelt daarbij een belangrijke rol.

6.4 Zorgconferenties

Onder leiding van de Divisie Individuele Zaken (DIZ) van DJI zijn de afgelopen jaren voor tbs-gestelden die vijftien jaar of meer in de tbs verblijven zorgconferenties georganiseerd, met als doel stagnerende behandelingen breed te bespreken en impasses te doorbreken. Hierbij worden alle betrokken partijen uitgenodigd, zoals de tbs-gestelde met zijn advocaat, hoofd behandeling van het fpc, eventuele andere zorgaanbieders en de reclassering. De uitkomst van de zorgconferentie is een advies aan de kliniek, die uiteindelijk verantwoordelijk blijft voor de behandeling.

De zorgconferenties zijn een waardevolle manier om gezamenlijk op zoek te gaan naar mogelijkheden bij langdurig tbs-gestelden wanneer er sprake is van een impasse. In sommige gevallen leidt dit ook inderdaad tot een doorbraak. Ook kan het gezamenlijk constateren dat er echt geen mogelijkheden meer zijn, helpen bij de acceptatie ervan. Naar aanleiding van een evaluatie door DJI met de inhoudelijk directeuren van TBS Nederland, is een aantal aanpassingen doorgevoerd. Zo bestaat nu de mogelijkheid zorgconferenties ook al eerder in te zetten en kunnen deze door verschillende partijen zoals de tbs-gestelde zelf en diens advocaat worden aangevraagd. Wel moet er dan eerst een interne collegiale toetsing, een driegesprek met de tbs-gestelde, de advocaat en de kliniek en een collegiale toetsing door een andere kliniek hebben plaatsgevonden.⁹⁰

De RSJ acht het van belang dat in een zo vroeg mogelijk stadium kritisch wordt gekeken naar opbrengsten van de behandeling en naar de vraag of een impasse te doorbreken is. Het is positief wanneer klinieken proactief zijn en nieuwe perspectieven creëren door externe deskundigheid in te zetten. Ook bij verlengingszittingen kan (contra)expertise helpen om een ander licht op de stagnatie te werpen en deze te doorbreken.

⁹⁰ Brief van Dienst Justitiële Inrichtingen van 21 februari 2020, *Organisatie zorgconferenties per 1-3-2020*.



6.5 Vraaggericht aanbod

Met de huidige aanbestedingssystematiek is het afbreukrisico om initiatieven te nemen en een vraaggericht aanbod te creëren voor instellingen vaak te groot. Hierdoor lukt het niet om het aanbod aan te passen op de vraag, met alle risico's van dien. Door middel van de zorgconferenties kan inzicht verkregen worden in de specifieke benodigde door- en uitstroomvoorzieningen. Bij de ontwikkeling daarvan is het, zowel op gemeentelijk als op landelijk niveau, nodig om te bezien hoe binnen het huidige stelsel voldoende beleidsmatige en financiële ruimte en zekerheden aan instellingen geboden kunnen worden om adequaat op de geconstateerde vraag in te spelen.



7 Samenvatting, conclusie en aanbevelingen

In dit advies is nagegaan welke factoren de door- en uitstroom belemmeren van tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven maar die potentieel wel zouden kunnen door- en uitstromen en op welke manier de tbs-sector, de politiek en het landelijke en lokale bestuur kunnen bijdragen aan een oplossing.

7.1 Samenvatting

Het doel van de tbs-maatregel is tweeledig: beveiliging van de maatschappij en – na behandeling – veilige resocialisatie. Er bestaat een inherente spanning tussen het beveiligen van de samenleving door tbs-gestelden voor lange tijd te behandelen binnen een intramurale hoog beveiligde setting en het streven om de behandelduur te beperken.

Voor een deel van de tbs-gestelden zal uitstroom niet mogelijk zijn vanwege aanhoudend ernstig delictgevaar. Voor een ander deel zien behandelverantwoordelijken wel perspectief, maar door diverse factoren stagneert de door- en uitstroom, waardoor deze tbs-gestelden langdurig in de klinieken blijven. Het feit dat TBS Nederland worstelt met deze groep langdurig tbs-gestelden vormt de aanleiding voor dit advies van de RSJ.

Langdurig tbs-gestelden zijn gedefinieerd als tbs-gestelden met een behandelduur langer dan acht jaar en die zich niet bevinden in de fase van transmuraal- of proefverlof. De onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen met de maatregel tbs zijn in dit advies buiten beschouwing gelaten.

Op basis van een uitgebreide materiaalverzameling en gesprekken zijn factoren achterhaald die de door- en uitstroom van langdurig tbs-gestelden belemmeren. Hoewel de nadrukkelijke focus lag op de groep tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven, is een deel van deze factoren ook van toepassing op de tbs-behandeling in het algemeen. Er kwamen vijf overkoepelende thema's naar voren.

Thema 1 Langdurig ter beschikking gestelden

Er is weinig informatie beschikbaar over de groep langdurig tbs-gestelden. Rapportage van de tbs-behandelduur richt zich doorgaans op de mediaan van bijvoorbeeld een instroomcohort: het moment waarop 50% van het cohort is uitgestroomd. Met beleidsmaatregelen en afspraken binnen de tbs-sector is de mediane behandelduur thans teruggebracht tot acht jaar. De mediaan geeft echter geen informatie over de behandelduur en eigenschappen van de tbs-gestelden die zich langer dan acht jaar in de tbs bevinden. Er zijn momenteel 690 tbs-gestelden die langer dan acht jaar in de tbs verblijven. Een deel van deze groep heeft wel perspectief op uitstroom. Dit blijkt bijvoorbeeld doordat zij zich in de fase van transmuraal- of proefverlof bevinden. Als deze groep buiten beschouwing wordt gelaten, bevinden zich 277 patiënten in de



behandelklinieken en 97 in de LFPZ.⁹¹ Dit aantal is exclusief tbs-gestelden die (langdurig) in het kader van transmuraal verlof in de *longcare* verblijven.⁹²

De problematiek van de langverblijvers is divers. Er is vaak sprake van allerlei combinaties van diagnoses en problemen. De meervoudige, complexe problematiek van de langverblijvende tbs-gestelde vergt een individuele behandeling en maatwerk door deskundigen en ervaren behandelaren. Maatwerk en het kunnen leren van een terugval in de behandeling, zoals bij het gebruik van middelen, vormen sleutelbegrippen in een adequate tbs-behandeling. Het restrictief veiligheidsdenken rondom de tbs-behandeling is hierbij complicerend en stagnerend voor het behandelverloop en de duur hiervan.

Thema 2 Personele problemen en financiën in de fpc's

De tbs-behandeling vraagt een stabiel, goed opgeleid en ervaren personeelsbestand. Nu het aantal opleggingen weer toeneemt wordt krapte in capaciteit, personeel en structurele financiering ervaren. Vacatures worden vaak opgevuld met minder ervaren personeel en relatief dure ZZP-ers. Het personeel ervaart een hoge werkdruk en administratieve last en een negatief imago van het werk in de forensische sector. Het tekort aan gedragsdeskundigen in de fpc's leidt tot onvoldoende continuïteit, wachttijden in de aanvang van behandelmodules van tbs-gestelden en tot risico's voor personeel en patiënten.

Thema 3 Beleidsmaatregelen of wetgeving met een belemmerend effect op de behandelduur

Incidenten hebben geleid tot generieke beleidsmaatregelen of nieuwe wetgeving, vooral gericht op het vergroten van de veiligheid. Dergelijke maatregelen staan veelal haaks op het benodigde maatwerk en kunnen in individuele gevallen leiden tot stagnatie in de behandeling. Voorbeelden daarvan zijn de aangifteplicht voor klinieken bij een verdenking van een strafbaar feit en het niet verlenen van verlof binnen een jaar na een onttrekking. Deze maatregelen hebben effect op de hele sector maar leiden met name tot stagnatie van de behandeling van tbs-gestelden met complexe problematiek, die middels behandeling inzicht moeten verwerven in de gevolgen van ongewenst gedrag. Ook de steeds latere start van een behandeling (door het afschaffen van de Fokkensregeling en door recente plannen tot wijziging van de VI-regeling) zal zeker bij een aanzienlijke gevangenisstraf, de slagingskans van de behandeling verlagen en zodoende een negatief effect hebben op het verloop en de duur van de behandeling.

Thema 4 Krachtenveld van politiek, media en samenleving

De druk op het tbs-stelsel door de politiek, bestuur, media en de samenleving is groot, zeker vanwege de grote aandacht na incidenten. De indruk wordt gewekt dat incidenten altijd te voorkomen zijn en het gevolg zijn van vermijdbare foutieve beslissingen. Ook

⁹¹ Naast de patiënten die zich in de fase van transmuraal- of proefverlof bevinden, zijn in de cijfers ook de onrechtmatig verblijvende vreemdelingen buiten beschouwing gelaten.

⁹² Deze patiënten hebben ook nauwelijks perspectief op uitstroom en vallen daarmee feitelijk ook onder de doelgroep van dit advies.



geringe incidenten, zonder ernstige gevolgen, leiden tot negatieve publiciteit. Het mijden van elk mogelijk risico, ook van risico's die weinig gevolgen hebben voor de veiligheid van de maatschappij, leidt tot een spreekwoordelijke kramp bij de diverse verantwoordelijken en belemmert de door- en uitstroom. Door de directe politieke verantwoordelijkheid moet de Minister zich in de Tweede Kamer verantwoorden terwijl de klinieken zelf weinig ruimte hebben om informatie over incidenten te geven. De ministeriële verantwoordelijkheid voor individuele tbs-zaken vergroot het risico dat op basis van casuïstiek nieuwe generieke maatregelen worden genomen. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor het stelsel als geheel inclusief de mogelijkheid om maatwerk te bieden.

Thema 5 Door- en uitstroomvoorzieningen

Uitbehandelde patiënten bij wie het recidiverisico nog bestaat, kunnen worden geplaatst in de LFPZ voor langdurig verblijf met een zeer beperkt verlofregiem. De tbs-sector heeft behoefte aan verruiming van de LFPZ als 'pauze- of perspectief-voorziening' met een lage behandelruk. Nu deze mogelijkheid ontbreekt, worden tbs-gestelden soms meerdere malen overgeplaatst naar andere klinieken, hetgeen kan leiden tot gebrek aan behandelcontinuïteit. Als alternatief voor de LFPZ 'als eindstation' heeft een aantal klinieken inmiddels een *longcare* voorziening gecreëerd voor langdurige behandeling met behoud van het risicomanagement.

Potentiële vervolgvorzieningen als fpk's, fvk's, fpa's en (forensische)-RIBW's lijken onvoldoende toegerust te zijn voor de complexe doelgroep die voortgezette behandeling en risicomanagement vraagt van onder meer zedenproblematiek, ernstig autisme of een verstandelijke beperking, vaak in combinatie met verslaving. Voor deze diagnoses zijn uitstroomplaatsen ook schaars. Daarnaast vormen het negatieve imago van tbs, het benodigde risicomanagement en de tarieven voor de behandeling een belemmering voor de uitstroom uit de tbs.

DJI heeft de afgelopen jaren voor tbs-gestelden die 15 jaar of meer in de tbs verblijven, '15+ zorgconferenties' georganiseerd om de kliniek te adviseren. Klinieken onderschrijven de meerwaarde van zorgconferenties. Onlangs zijn er maatregelen genomen om de conferenties ook na acht jaar in te kunnen zetten. Door zorgconferenties kan ook inzicht worden verkregen in de specifieke benodigde door- en uitstroomvoorzieningen (en bijbehorende financiering). Het is positief wanneer klinieken proactief zijn en nieuwe mogelijkheden creëren door externe deskundigheid in te zetten.

7.2 Samenvattende conclusie

Dit advies heeft betrekking op tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven, maar die potentieel wel zouden kunnen door- en uitstromen. Verschillende van de belemmerende factoren hebben echter betrekking op de gehele tbs-populatie. Vanwege de aard en complexiteit van de problematiek van de langdurig tbs-gestelden zijn deze factoren extra belemmerend voor deze specifieke groep. Het betreft relatief vaak tbs-gestelden die vanwege hun problematiek moeite hebben zich aan regels te houden en de gevolgen van beslissingen te overzien. De voor de behandeling van deze tbs-gestelden benodigde



ruimte voor maatwerk en het leren van terugval is beperkt en staat onder druk door generieke maatregelen die een stagnerend effect hebben op de behandelduur. Wachttijden voor specifieke behandelingen, wisseling van personeel en gebrek aan hoog gekwalificeerd en ervaren personeel is extra problematisch voor deze groep. Ook de grote aandacht vanuit de media en politiek voor relatief geringe incidenten en de nadruk op vermijding van alle mogelijke risico's, inclusief risico's op minder ernstige misstappen, maakt door- en uitstroom lastig. Daarnaast is gebleken dat er onvoldoende passende door- en uitstroom voorzieningen zijn voor deze tbs-gestelden. Forensische en reguliere instellingen kunnen en durven het financiële risico van innovatie niet te nemen. Voorgenoemde factoren kunnen (in combinatie) leiden tot een (soms oneigenlijke) verlenging van de tbs-maatregel.

7.3 Aanbevelingen

Onderzocht is op welke manier de tbs-sector zelf, de politiek en het landelijke en lokale bestuur kunnen bijdragen aan het oplossen van genoemde knelpunten. De RSJ komt, in volgorde van dit rapport, tot de volgende negen aanbevelingen:

1. Rapporteer niet alleen de mediane behandelduur van de tbs, maar monitor ook de behandelduur van tbs-gestelden die langer dan acht jaar behandeld worden in het kader van de tbs-maatregel. Onderzoek de eigenschappen en specifieke problematiek van deze groep.
2. Investeer, samen met de sector, in de personele capaciteit (formatie, scholing en arbeidsomstandigheden, verminderen bureaucratie) en draag zorg voor structureel budget voor voldoende en ervaren medewerkers, voor voldoende plaatsen en voor innovatie. Bezie opnieuw de financiële situatie en de tarieven en handhaaf een beperkte buffer in de capaciteit waardoor fluctuaties kunnen worden opgevangen.
3. Heroverweeg de genoemde generieke beleidsmaatregelen en wetgeving die inbreuk maken op het vereiste maatwerk in de individuele behandeling en op de professionaliteit van de behandelaren. Schaf in dit kader de regel één jaar geen verlof bij onttrekkingen en het begaan van een strafbaar feit en de aangifteplicht af. Geef vertrouwen aan professionals in de keten en monitor de kwaliteit van de beslissingen achteraf.
4. Regel voor tbs-gestelden dat na de invoering van de gewijzigde VI-regeling, structureel eerder kan worden gestart met de behandeling, waardoor het behandelperspectief wordt vergroot met een gunstig effect op de behandelduur. Overweeg de herinvoering van de Fokkensregeling met een begin van de behandeling na een derde deel van de straf.
5. Heroverweeg de directe verantwoordelijkheid van de Minister bij individuele verlof- en voortgangsbeslissingen, en geef het AVT en de LAP eigenstandige beslissingsbevoegdheid. Hierdoor wordt de Minister systeemverantwoordelijk en neemt de politieke druk af.
6. Zorg voor continue investering, door alle stakeholders (klinieken, Minister, burgemeesters), in een positieve relatie met politiek en media. Bevorder het creëren van een reëel beeld van het tbs-stelsel in de samenleving. Zorg voor goede



voorlichting over tbs, waarbij het reële verhaal (het belangrijke werk, de goede resultaten, weinig recidive maar niet risicoloos) uitgedragen wordt en wees transparant bij incidenten.

7. Herdefinieer de LFPZ (evt. deels) zodanig dat een "perspectiefafdeling" ontstaat (zonder behandeldruk en met passende verlofmogelijkheden) voor tbs-gestelden waarvan de behandeling zich in een impasse bevindt, opdat zij daar ter bezinning en motivering (tijdelijk) kunnen verblijven. Hiertoe dient het verlofkader en de procedure tot plaatsing te worden aangepast.
8. Faciliteer en organiseer bij stagnerende behandelingen in een relatief vroeg stadium een zorgconferentie (al dan niet in afgeslankte vorm) ter doorbreking van een impasse en zorg daarbij dat het budget geen belemmering vormt om een oplossing te realiseren. Maak bij stagnatie (eerder) gebruik van een driegesprek met een advocaat en deskundigheid van buiten.
9. Gebruik de zorgconferenties mede om de behoefte aan ontbrekende door- en uitstroomplaatsen te inventariseren. Zorg via het inkoopbeleid dat forensische en reguliere instellingen het risico van innovatie verantwoord kunnen en willen nemen.



Lijst van geraadpleegde deskundigen

drs. H.J. Beintema	Directeur Behandelzaken, FPC Dr. S. van Mesdagkliniek
drs. H.T.J. Boerboom	Psychiater, NIFP
drs. P.C. Braun	Clustermanager Patiëntenzorg LFPZ, Pompestichting
drs. E.P.M.T. Brouns	Directeur Patiëntenzorg, FPC Pompestichting
drs. F.A. van Dijk	Lid Raad van Bestuur a.i. Trajectum
C.J. van Gestel	Psychiater, Geneesheer-directeur De Forensische Zorgspecialisten
W. Huisman	Reclasseringswerker, Reclassering Nederland
drs. E. Klein Haneveld	Klinisch psycholoog, Manager Behandelzaken FPC de Oostvaarderskliniek
mr. J.A.W. Knoester	Advocaat, Knoester Van der Hut Alberts & Korteling Advocaten
M.C.T. Koenders	Reclasseringswerker, Tactus Verslavingszorg
drs. M.R. Koerhuis	Psychiater en directeur behandeling Fivoor FPC de Kijvelanden
mr. Y.A.J.M. van Kuijck	Raadsheer plaatsvervanger, Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden
mr. H.G. Leentvaar	Secretaris, Adviescollege Verloftoetsing TBS en Landelijke Adviescommissie Plaatsing
mr. J.J. Liefink	Advocaat, Liefink Strafrechtadvocaat
mr. J.M.L. Niederer	Waarnemend burgemeester, gemeente Duiven



J. Nijhuis	Lid Raad van Bestuur a.i. Trajectum
drs. J.M. Oudejans	Psycholoog, NIFP Noord-Holland
drs. J.A. Poelmann	Forensisch gedragskundige/voormalig Bestuurder, Pompekliniek
mr. R.J.A. Segerink	Officier van Justitie, Arrondissementsparket Rotterdam
mr. H.G.W. Stikkelbroeck	Voorzitter, Adviescollege Verloftoetsing TBS
drs. M. Verhees	Gz-psycholoog, Adjunct-directeur Behandeling en Zorg FPC De Rooyse Wissel
J. van Wely	Beleidsmedewerker tbs, Reclassering Nederland
prof. dr. mr. M.J.F. van der Wolf	Hoogleraar Forensische Psychiatrie, Universiteit Leiden/Universitair Hoofddocent Strafrecht, Universiteit Groningen



Literatuurlijst

Andersson Elffers Felix 2018

Andersson Elffers Felix, *Forensische zorgen, onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*, Utrecht 2018.

Beleidskader Forensisch Psychiatrisch Toezicht 2011

Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Beleidskader Forensisch Psychiatrisch Toezicht (fpt)*, 2011.

Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg 2019

Divisie Forzo/DJI, *Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg*, 2019.

Van den Brink, Drieschner & Harte, TvC 2007/49

R.H.S. van den Brink, K.H. Drieschner & J.M. Harte, 'Onttrekkingen en recidives door tbs-ers tijdens verlof; Nuancering van een onderzoek in opdracht van de Tweede Kamer', *Tijdschrift voor Criminologie* 2007/49.

Choenni, Van den Braak & Plantenburg 2019

R. Choenni, S.W. van den Braak & P.F.M. Platenburg, *Criminaliteit en rechtshandhaving 2018*, Den Haag: WODC 2019.

Crooijmans e.a. 2018

K. Crooijmans e.a., *Rapportage onderzoek door- en uitstroom TBS*, Rebelgroup 2018.

Douglas e.a., European Psychiatry 2017/42

T. Douglas e.a., 'Risk assessment tools in criminal justice and forensic psychiatry: The need for better data', *European Psychiatry* 2017/42.

Drieschner, Hill & Weijters 2018

K. Drieschner, J. Hill & G. Weijters, *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*, Den Haag: WODC 2018.

Fazel e.a., BMJ 2012;345:e4692

S. Fazel e.a., 'Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behavior in 73 samples involving 24827 people. Systematic review and meta-analysis', *British Medical Journal*, 2012;345:e4692.

Forzo in getal 2013 – 2017 2018

DJI, *Forzo in getal 2013 – 2017*, 2018.

Ganpat e.a. 2007

S. Ganpat e.a. (in opdracht van DJI), *Beleid op het gebied van middelengebruik in de forensisch psychiatrische instellingen*, Efp, IVO 2007.



Handleiding voor verplichte aangifte in de TBS 2013

Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Handleiding voor de verplichte aangifte in de TBS bij strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten*, 2013.

Jaarverslag LAP 2019 2020

Landelijk Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg,
Jaarverslag 2019, 2020.

De Jong & Van Burik 2012

B.J. de Jong & A.E. van Burik (in opdracht van het WODC), *Evaluatie verplichte aangiften strafbare feiten in de TBS*, Woerden: Van Montfoort 2012.

Koenraadt e.a. 2019

F. Koenraadt e.a. (in opdracht van het WODC), *Verlof van de ter beschikking gestelde*, Utrecht: Montaigne Centrum 2010.

Lammers, Vrinten & Nijman 2014

S. Lammers, M. Vrinten & H. Nijman, *(Te) lang in de tbs? Een onderzoek naar patiënten die meer dan 15 jaar in de tbs-behandeling zijn*, Den Haag: WODC 2014.

Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018 – 2021 2018

Ministerie van Justitie en Veiligheid, *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018 – 2021*, 2018.

Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 tot en met 2017 2013

Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013 tot en met 2017*, 2013.

Nagtegaal, Van der Horst & Schönberger 2011

M.H. Nagtegaal, R.P. van der Horst & H.J.M. Schönberger (in opdracht van het WODC), *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden*, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2011.

Oosterom, Bezemer & Knoester, Strafbblad 2019/15

P. Oosterom, B. Bezemer & J.A.W. Knoester, 'Zorgconferenties in de tbs- ervaringen opgedaan in het project "15-plus"', *Strafbblad* 2019/15.

Parlementair onderzoek TBS 2006

Kamerstukken II 2005/06, 30250, nr. 5, eindrapport 'TBS, vandaag over gisteren en morgen' – Parlementair onderzoek TBS.

Raad voor de rechtspraak 2018

Raad voor de rechtspraak, *Advies over het conceptwetsvoorstel Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet, het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de regelingen inzake detentiefasering en voorwaardelijke invrijheidstelling*, 13 juni 2018.



Reclassering Nederland 2018

Reclassering Nederland, *Consultatie conceptwetsvoorstel wijziging regelingen inzake detentiefasering en voorwaardelijke invrijheidstelling*, 12 juni 2018.

Regeerakkoord VVD-CDA 2010

VVD & CDA, *Vrijheid en verantwoordelijkheid, Regeerakkoord VVD-CDA*, 2010.

RMO 2006

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming*, Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam 2006.

RSJ 2018

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Advies uitvoering gevangenisstraffen*, 2018.

RSJ 2017

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Advies Ontwerpbesluit wijziging RvT*, 2017.

RSJ 2016

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Advies Conceptwijziging verlofregeling tbs*, 2016.

RSJ 2010

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Aanvullend advies bij de conceptverlofregeling tbs*, 2010.

Schrama, TPWS 2014/11

A. Schrama, 'Van Longstay naar Longcare', *Tijdschrift Praktijkwijzer Strafrecht* 2014/11.

Taskforce behandelduur tbs 2014

Taskforce behandelduur tbs, *Bevindingen en aanbevelingen. Meerjarenafspraken Forensische Zorg 2013 – 2018*, 2014.

TBS Nederland 2018

TBS Nederland, *reactie TBS Nederland op uw voorstel wijzigen wetten i.v.m. wijzigen regelingen inzake detentiefasering en voorwaardelijke invrijheidsstelling*, 14 juni 2018.

Van der Wolf, Strafblad 2018/5

M.J.F. van der Wolf, 'Tbs – door mensen, voor mensen', *Strafblad* 2018/5.

Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden 2009

Directie Forensische Zorg, *Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden*, 2009.



Walberg, Reitsma & Jongebreur 2014

Walberg, J. Reitsma & W. Jongebreur (in opdracht van het WODC), *Aangifteplicht in de tbs, procesevaluatie van de handleiding*, Barneveld: Significant 2014.

Werkgroep versnelling verloftraject 2014

Werkgroep versnelling verloftraject, *Versnelling Verloftraject. Manifest van Lunteren*, Den Haag: 2014.

