



Dienst Justitiële Inrichtingen  
*Ministerie van Veiligheid en Justitie*

## **Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg**

(Opvolger van het Beleidskader Longstay Forensische Zorg  
2009)

Ingangsdatum                      1 januari 2019



## Colofon

### Afzendgegevens

### **Divisie Forzo/JJI**

Hoofdkantoor DJI  
Turfmarkt 147  
2511 DP Den Haag  
Postbus 30132  
2500 GC Den Haag

[www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl)

[www.dji.nl](http://www.dji.nl)

### Auteurs

Divisie Forzo/JJI  
Afdeling Beleid, Directie Beleid-en bestuursondersteuning



## Inhoud

	<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Kwaliteit van leven en zorg in een LFPZ-voorziening</b>	<b>9</b>
2.1	Inleiding	9
2.2	Differentiatie in zorg en begeleiding	9
2.3	Zorgprogramma's	9
2.4	Therapeutisch klimaat en autonomie	9
2.5	Op zorg en beveiliging toegesneden personeel	10
2.6	Verlof	10
2.7	Tot ongewenst vreemdeling verklaarde tbs-gestelden	10
<b>3</b>	<b>Plaatsing</b>	<b>12</b>
3.1	Adviserende instanties	12
3.2	Plaatsingscriteria	13
3.3	Plaatsingsprocedure	13
<b>4</b>	<b>Herbeoordeling en uitstroom</b>	<b>15</b>
4.1	Periodieke toets	15
4.2	Procedure periodieke toets	16
4.3	Bij perspectief opheffing LFPZ-indicatie	17
4.4	Overgangsregeling	18
<b>5</b>	<b>Beveiliging en beveiligingsniveau</b>	<b>19</b>
5.1	Inleiding	19
5.2	Beveiligingsniveau van de instelling	19
5.3	Het individuele beveiligingsniveau in het kader van verlof	19
<b>6</b>	<b>De rechtspositie van de tbs-gestelde op een LFPZ-voorziening</b>	<b>21</b>
6.1	Inleiding	21
6.2	De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)	21
6.3	Plaatsing ter observatie	21
6.4	Herbeoordeling en uitvoering van de periodieke toets	21
	<b>BIJLAGE I</b>	<b>23</b>
	<b>BIJLAGE II</b>	<b>27</b>
	<b>BIJLAGE III</b>	<b>31</b>
	<b>BIJLAGE IV</b>	<b>32</b>



## Voorwoord

Het eerste beleidskader longstay dateert uit 1998. Aanleiding was de oprichting van een (eerste) longstay-afdeling in Veldzicht. In 2005 en 2009 zijn herzieningen van het beleidskader in werking getreden. Het beleidskader van 2009 introduceerde een differentiatie in zorg- en beveiligingsniveaus voor de longstay-indicatie en de plaatsing en zorgde voor een driejaarlijkse toetsing van de longstay-status en een uitwerking van de bestaande beroepsmogelijkheid tegen het daaruit volgende plaatsingsbesluit.

In 2013 is het beleidskader uit 2009 door het WODC geëvalueerd. Uit de evaluatie kwam naar voren dat het beleidskader grotendeels uitgevoerd wordt zoals beoogd: met de uitvoering ervan is de rechtspositie van tbs-gestelden met een longstay-status versterkt. De evaluatie leverde ook een aantal aanbevelingen op, waarvan de belangrijkste het opheffen van de differentiatie in zorgniveaus betrof, aangezien deze in de praktijk moeilijk bleek vast te stellen. Ook werd de behoefte aan ondersteuning bij het vinden van uitstroommogelijkheden na longstay geconstateerd.

De uitkomsten van de evaluatie in combinatie met een aantal ontwikkelingen dat zich sindsdien heeft voorgedaan, maakten het wenselijk het beleidskader te actualiseren. Zo is er een wijziging geweest in de Verlofregeling tbs<sup>1</sup> en heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie besloten tot een aanpassing ten aanzien van ongewenst vreemdelingen met een longstay-indicatie. Daarnaast zijn er in het zogenoemde 'Manifest van Lunteren' en de rapportage van de 'Taskforce Behandelduur tbs', ingesteld naar aanleiding van de meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017, afspraken gemaakt over de longstay en de uitstroom naar vervolgvorzieningen. Deze afspraken zijn in het voorliggende beleidskader verwerkt. Tenslotte heeft de RSJ over de concept versie van het beleidskader geadviseerd (d.d. 10 augustus 2016). Op basis van dit advies heeft nog een tweetal inhoudelijke aanpassingen plaatsgevonden, betrekking hebbend op ongebeleid verlot en vreemdelingen. Deze worden toegelicht in hoofdstuk 2.

Na inwerkingtreding van het eerste beleidskader is de populatie die langdurige zorg en beveiliging nodig heeft gegroeid tot ongeveer 200 personen in 2012. Sinds 2013 is er sprake van een daling van dit aantal. November 2016 betrof het aantal tbs-gestelden met een longstay-indicatie 109. De verwachting is dat de dalende trend zich de komende jaren zal doorzetten.

Met de ontwikkelingen van de afgelopen jaren, waarbij er meer perspectief is gekomen voor door- en uitstroom van tbs-gestelden met een longstay-indicatie, is het tijd voor een meer passende naamgeving van het type verblijf voor de tbs-gestelden die langdurige zorg en beveiliging nodig hebben. In plaats van de term longstay zal nu de term langdurige forensisch psychiatrische zorg (LFPZ) gehanteerd worden.

---

<sup>1</sup> Wijziging van de verlofregeling tbs, Staatscourant 2012, nr. 10252. Het betreft een aanpassing van het longstay verlot waarbij alleen voor degenen met een laag individueel beveiligingsniveau een machtiging voor begeleid verlot kan worden verleend.

## 1 Inleiding

Het beleidskader is van toepassing op tbs-gestelden met dwangverpleging die, vanwege hun blijvende delictgevaarlijkheid, geïndiceerd zijn voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. Het betreft tbs-gestelden die veelal gedurende een flink aantal jaren in een of meerdere forensisch psychiatrische centra (fpc) behandeld zijn, maar bij wie het recidiverisico onvoldoende is afgenomen om veilig terug te kunnen keren in de maatschappij. Deze tbs-gestelden hebben (een bepaalde mate van) langdurige beveiliging en zorg nodig om te voorkomen dat ze een gevaar vormen voor anderen.

Kwaliteit van leven en stabilisatie van het toestandsbeeld vormen in de LFPZ de doelstelling van de begeleiding, naast het blijven zoeken van mogelijkheden tot (nieuwe) behandeling om resocialisatie mogelijk te maken en plaatsing in een minder beveiligde omgeving. De zorg dient van een zo hoog mogelijk niveau te zijn, conform *the state of the art* van de wetenschap op dat gebied. De LFPZ-populatie is een heterogene populatie die qua diversiteit in problematiek overeenkomt met de reguliere tbs-populatie, met dat verschil dat het delictrisico in de LFPZ-populatie ondanks langdurig behandelen onvoldoende is afgenomen.

Het proces rondom langdurige forensisch psychiatrische zorg kent een aantal vaste stappen. Deze stappen worden globaal opgesplitst in: aanvraag, indicatie, plaatsing, verblijf en verloftoetsing, periodieke hertoetsing en-beoordeling, (aanvraag) beëindiging en uitstroom uit de LFPZ (voor een schematisch overzicht, zie bijlage III). Deze stappen worden uitgewerkt in de hoofdstukken 2 en 3. Eerst wordt in hoofdstuk 1 van het kader ingegaan op kwaliteit van leven en zorg op een LFPZ voorziening. Hoofdstuk 4 betreft het onderwerp beveiliging en beveiligingsniveau. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 5, komt de rechtspositie van een tbs-gestelde met een LFPZ-indicatie aan de orde.



## 2 Kwaliteit van leven en zorg in een LFPZ-voorziening

### 2.1 *Inleiding*

Elke LFPZ tbs-gestelde heeft, evenals een reguliere tbs-gestelde, een behandelplan. Hierin worden onder andere de diagnose, het behandelverloop en de doelen ten aanzien van verschillende leefgebieden vastgelegd. Een verschil met een reguliere afdeling is dat de behandeling en zorg in de LFPZ-voorziening voornamelijk gericht is op stabilisatie van de psychiatrische stoornis en een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Het is van belang om de LFPZ tbs-gestelde, binnen zijn beperkte mogelijkheden, perspectief op ontwikkeling te (blijven) bieden en bijkomende schade als gevolg van bijvoorbeeld het hospitalisatiesyndroom, zoveel als mogelijk te voorkomen.

Resocialisatie blijft tot de mogelijkheden behoren. Het personeel dient actief te blijven zoeken naar nieuwe behandelmogelijkheden of plaatsingsmogelijkheden in een minder beveiligde omgeving. Het streven naar haalbare doelen biedt perspectief voor de LFPZ tbs-gestelde. Bij de jaarlijkse evaluatie van het behandelplan is het belangrijk om rekenschap te geven van ontwikkelingen die weer perspectief kunnen bieden op behandeling van de stoornis. Indien hier sprake van is, dan kan –op termijn- het opheffen van de LFPZ-indicatie aan de orde zijn.

### 2.2 *Differentiatie in zorg en begeleiding*

Uit de eerdere evaluatie (2013) van het beleidskader 2009 bleek dat een schematische beoordeling van de LFPZ-tbs-gestelden aan de hand van een vastgesteld zorgniveau niet functioneel is. Echter, het betrekken van kennis over verschillende groepen tbs-gestelden is wel van belang bij het kiezen van de meest passende individuele zorg en begeleiding. Individuele patiënten maken veelal deel uit van een bepaalde doelgroep, met bijbehorende specifieke groepskenmerken. Het zorgaanbod moet hierop worden afgestemd. Het is belangrijk dat een LFPZ-voorziening de zorg en begeleiding hierop inricht.

### 2.3 *Zorgprogramma's*

De complexiteit van de psychiatrische stoornissen in combinatie met het veranderde primaire behandeldoel (stabilisatie in plaats van resocialisatie) is aanleiding geweest tot de ontwikkeling van een speciaal zorgprogramma voor LFPZ tbs-gestelden. Dit zorgprogramma is ontwikkeld door behandelinhoudelijk verantwoordelijken van LFPZ-voorzieningen in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Het zorgprogramma langdurige psychiatrische forensische zorg (LFPZ) is opgeleverd in 2009 en herzien in 2014. Het zorgprogramma LFPZ verwijst op onderdelen naar andere zorgprogramma's zoals de zorgprogramma's seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG), persoonlijkheidsstoornissen (PS) en psychotische stoornissen. In het zorgprogramma LFPZ wordt veel aandacht besteed aan het bevorderen van de kwaliteit van leven omdat het verblijf veelal langdurig van karakter is. Het zorgprogramma LFPZ dient voor de invulling van het milieu als leidraad.

### 2.4 *Therapeutisch klimaat en autonomie*

Het therapeutisch klimaat moet zoveel mogelijk aansluiten bij de mogelijkheden van de LFPZ tbs-gestelde. Onnodige beperkingen in autonomie moeten worden vermeden omdat de leefomgeving en keuzemogelijkheden van de LFPZ tbs-gestelden voor een aanzienlijk deel bepaald worden door de (juridische) status, de

omgeving en stoornis. Het differentiëren en invullen van therapeutische milieus is de verantwoordelijkheid van de behandelinhoudelijk verantwoordelijken en coördinatoren van de LFPZ-voorzieningen, die ervoor zorgen dat het therapeutisch milieu en het persoonlijke behandelplan op elkaar aansluiten.

#### 2.5 *Op zorg en beveiliging toegesneden personeel*

De heterogeniteit van de populatie heeft tot gevolg dat er ook differentiatie in het personeelbestand moet zijn. Zo is er voor de kwetsbare groep patiënten behoefte aan een (psychiatrisch) verpleegkundige, terwijl voor het omgaan met patiënten met een beheersingsproblematiek medewerkers met werkervaring in penitentiaire instellingen of agogisch geschoold personeel wenselijk is.

In verband met de vergrijzing van de LFPZ-populatie is er naast psychiatrische expertise toenemend behoefte aan deskundigheid over somatische problematiek en geriatrische zorg. In dit verband is het ook noodzakelijk om afspraken hierover te maken met externe partners zoals dichtbij gelegen ziekenhuizen en zo nodig wijkverpleging.

#### 2.6 *Verlof*

Voor tbs-gestelden met een LFPZ-indicatie is resocialisatie in de maatschappij, binnen afzienbare tijd, vaak niet aan de orde. Dit maakt dat de verlofmogelijkheden beperkt zijn.

Alleen LFPZ-patiënten met een laag beveiligingsniveau kunnen, op basis van de Verlofregeling tbs, in aanmerking komen voor begeleid verlof. Daarnaast kan in het kader van de voorbereiding van het opheffen van de LFPZ-indicatie en een overplaatsing naar een vervolgschikking, als onderdeel van het uitstroomplan, gekeken worden of tijdens de LFPZ-plaatsing op beperkte schaal kan worden geoefend met vormen van onbegeleid verlof. Ook voor deze verlofvorm geldt dat alleen LFPZ-patiënten met een laag beveiligingsniveau hiervoor in aanmerking kunnen komen. Een machtiging voor onbegeleid verlof kan worden afgegeven voor de duur van één jaar en maximaal één keer worden verlengd met één jaar. Doel van dit onbegeleide verlof is om de overgang naar een vervolgvoorziening te vergemakkelijken.

Een aanvraag voor verlof wordt altijd voorgelegd aan het Adviescollege Verlof Toetsing tbs (AVt). Dit is een onafhankelijke commissie die de minister van Veiligheid en Justitie adviseert over het verlenen van verlof aan tbs-gestelden. Met betrekking tot verlofmogelijkheden en vrijheden wordt verder verwezen naar de Verlofregeling tbs, waarin is bepaald onder welke voorwaarden verlof tot de mogelijkheden behoort.

#### 2.7 *Tot ongewenst vreemdeling verklaarde tbs-gestelden*

Tbs-gestelden die 1) vreemdeling zijn zonder rechtmatig verblijf in Nederland, 2) waarbij repatriëring naar het land van herkomst niet mogelijk blijkt en 3) die voldoen aan de criteria voor een LFPZ-indicatie, kunnen met de ingang van het voorliggende beleidskader in een LFPZ-voorziening worden geplaatst. Indien sprake is van alle 3 de hiervoor genoemde factoren kan een fpc een aanvraag doen voor plaatsing in een LFPZ voorziening. DIZ van DJI controleert of er sprake is van de eerste twee genoemde factoren. Wat betreft de derde factor zal de LAP over deze patiënten adviseren conform dezelfde criteria als de overige tbs-gestelden. Ook bij hen zal de LAP periodiek toetsen of de LFPZ-indicatie in stand moet blijven. Daarnaast wordt tenminste bij iedere periodieke toets van de LFPZ door DIZ bepaald

in hoeverre repatriëring nog steeds niet mogelijk is (d.w.z. factor 2 nog steeds geldt). Zolang repatriëring niet aan de orde is bestaan er voor deze patiënten geen verlofmogelijkheden. Zie hiervoor artikel 2 lid 6 sub a van de Verlofregeling TBS waarin is bepaald dat ten behoeve van een vreemdeling zonder rechtmatig verblijf als bedoeld in [artikel 8 van de Vreemdelingenwet 2000](#) geen machtiging voor verlof wordt verleend, tenzij begeleid verlof naar het oordeel van de Minister noodzakelijk is ten behoeve van het vertrek uit Nederland.

## 3 Plaatsing

### 3.1 *Adviserende instanties*

Bij de procedure voor LFPZ-plaatsing en herbeoordeling is een aantal (externe) partijen betrokken die hieronder kort worden geïntroduceerd. Dit zijn onafhankelijke instanties die zowel de minister van Veiligheid en Justitie, als het fpc bij een of meerdere stappen in het proces rondom LFPZ adviseren.

Het *Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)* levert onafhankelijke psychiatrische en psychologische expertise (diagnostiek, advies en zorg) aan justitiële en maatschappelijke ketenpartners. Het NIFP heeft zowel een rol bij het adviseren over aanvragen van een LFPZ-indicatie als bij de periodieke hertoetsing van de LFPZ-indicatie. Dit advies wordt door een psycholoog en een psychiater (multidisciplinair) en onafhankelijk van elkaar opgesteld in een rapportage op basis van een *face-to-face* contact, dossieronderzoek en onderzoek van betrokkene.

De *Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LAP)* toetst de door de fpc's ingediende aanvragen met onderliggende stukken voor plaatsing, voortzetting of beëindiging van plaatsing van tbs-gestelden in een LFPZ-voorziening. De LAP brengt hierover advies uit aan de minister. De LAP behandelt de aanvragen in commissies, bestaande uit een psychiater, psycholoog en jurist. De commissievergaderingen vinden plaats op de locatie van het fpc waar betrokkene verblijft. Alvorens de commissie de nieuwe aanvragen voor plaatsing en periodieke toetsing bespreekt en van advies voorziet, wordt de patiënt gezien, al dan niet in aanwezigheid van zijn/haar advocaat, om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen. Tevens wordt het standpunt van de MD-rapporteurs hierbij betrokken. Bij een (tussentijds) verzoek tot herbeoordeling in het kader van het opheffen van de LFPZ-indicatie door het fpc wordt advisering op basis van dossieronderzoek in beginsel voldoende geacht. Deze tussentijdse herbeoordeling in het kader van het opheffen van de LFPZ-indicatie kan op verzoek van het fpc of op verzoek van de patiënt gestart worden. DIZ beoordeelt een dergelijk verzoek, evt. in afstemming met de LAP.

Het *Adviescollege Verloftoetsing Tbs (AVt)* toetst verlofaanvragen van tbs-gestelden en brengt daarover onafhankelijk advies uit aan de minister. Het AVt beoordeelt verlofaanvragen primair vanuit veiligheidsoogpunt voor de samenleving. Tbs-gestelden met een LFPZ-indicatie kunnen alleen voor begeleid verlof in aanmerking komen als voor hen een laag beveiligingsniveau is vastgesteld<sup>2</sup>. Voor LFPZ-patiënten waarbij opheffing van de LFPZ-plaatsing wordt overwogen kan, indien de Verlofregeling tbs hier na wijziging in voorziet, onbegeleid verlof ingezet worden als onderdeel van het uitstroomplan uit de LFPZ. Dit verlof heeft als doel doorstroom naar de vervolgvoorziening te vergemakkelijken en is in beginsel mogelijk voor de duur van één jaar. Indien nodig kan aansluitend nogmaals een machtiging voor de duur van één jaar worden afgegeven. De duur van dit verlof komt daarmee op maximaal twee jaar.

Door de daling van het aantal LFPZ-patiënten is er op dit moment nog één fpc die LFPZ-plekken aanbiedt, op meerdere locaties. De locaties kunnen enigszins verschillen qua voorzieningen. Eén locatie biedt Zeer Intensieve Specialistische Zorg.

---

<sup>2</sup> Verlofregeling tbs Staatscourant jaargang 2012 nr. 10252

### 3.2 *Plaatsingscriteria*

De grondslag voor plaatsing in een LFPZ ligt besloten in artikel 11 Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt). De criteria voor het aanvragen en verlengen van een LFPZ-indicatie zijn de volgende:

- 1 Er bestaat een risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict<sup>3</sup> pleegt. Dit risico voor fysieke of psychische schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd. Het risico blijkt uit een recente risicotaxatie (niet ouder dan een jaar).
- 2 Beveiliging naast eventuele zorg is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot het onder 1. genoemde delict komt.
- 3 Het delictrisico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten beveiliging en toezicht kan.
- 4 De tbs-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.

### 3.3 *Plaatsingsprocedure*

Het aanvragen van een LFPZ-indicatie gebeurt via de volgende procedure:

- Het fpc is verantwoordelijk voor het aanvragen van de LFPZ-indicatie.
- De aanvraag wordt door het fpc, via een vast format (zie Bijlage II) ingediend bij de directeur van de Divisie Individuele Zaken (DIZ) van de Dienst Justitiele Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Veiligheid en Justitie.
- DIZ vraagt vervolgens bij het NIFP<sup>4</sup> een multidisciplinaire (md) rapportage ten behoeve van de toetsing van de LFPZ-aanvraag aan. Het NIFP verstrekt hierbij tevens een advies over het individuele beveiligingsniveau in het kader van verlof in de termen hoog, midden of laag.
- De rapportage van het NIFP wordt door DIZ voor een reactie verzonden aan het fpc.
- Wanneer de documentatie compleet is vraagt DIZ een advies aan de LAP.
- De LAP toetst de aanvraag voor de LFPZ-indicatie op basis van eigen onderzoek en alle relevante dossierstukken. De LAP kan op twee manieren adviseren:
  - a. Wanneer de LAP concludeert dat de noodzaak voor langdurige beveiliging niet kan worden vastgesteld en er nog behandelingsmogelijkheden zijn, geeft zij een passend advies aan de minister van Veiligheid en Justitie. Zij zal haar conclusie motiveren.
  - b. Wanneer de LAP concludeert dat er gedegen grond is voor een LFPZ-indicatie, zal zij positief over het afgeven van een indicatie adviseren aan de minister van Veiligheid en Justitie. De LAP adviseert daarbij ook over het individueel beveiligingsniveau in het kader van verlof (in termen van hoog, midden of laag).
- De directeur van DIZ beslist vervolgens namens de minister van Veiligheid en Justitie of er een LFPZ-indicatie wordt afgegeven onder vermelding van het individuele beveiligingsniveau.
- De directeur van DIZ bericht de uitkomst schriftelijk aan de patiënt, het fpc en de LAP.

---

<sup>3</sup> Hiermee wordt bedoeld een delict waarvoor voorlopige hechtenis kan worden bevolen, conform art.67 en 67a Strafvordering.

<sup>4</sup> Met het NIFP wordt zowel de bemiddeling als de onafhankelijke rapporteurs bedoeld.

Indien er een LFPZ-indicatie wordt afgegeven:

- Wordt de tbs-gestelde aangemeld bij een LFPZ-voorziening. In dat geval neemt de daartoe aangewezen instelling de plaatsing aan.
- De directeur van DIZ beslist namens de minister over de plaatsing conform de wettelijke bepalingen waaronder het horen van de betrokkene. Deze plaatsingsbeschikking wordt verstuurd aan de patiënt, de advocaat en het betreffende fpc.
- De tbs-gestelde kan, binnen zeven dagen nadat de tbs-gestelde kennis heeft gekregen van de getekende plaatsingsbeschikking, tegen de plaatsingsbeschikking in beroep gaan bij de beroepscommissie van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (artikel 69, eerste lid 1, sub a, Bvt).

## 4 Herbeoordeling en uitstroom

### 4.1 *Periodieke toets*

De noodzaak van het verblijf van een tbs-gestelde in een LFPZ-voorziening moet regelmatig geëvalueerd en getoetst worden, zowel door de LFPZ-voorziening als door een onafhankelijke adviseur. Uit de periodieke toets kan blijken dat voortzetting van het verblijf op de LFPZ-afdeling niet langer noodzakelijk is, omdat het delict risico voldoende is afgenomen.

Voortvloeiend uit de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het zogenaamde 'Manifest van Lunteren' is de frequentie van de periodieke toets gelijkgetrokken met de reguliere verlenging van de tbs. De periodieke toets, waarbij de LAP advies geeft ten aanzien van de noodzaak tot voortgezet verblijf in een LFPZ-voorziening vindt voorafgaand aan de verlengingszitting plaats. De LAP baseert haar advies op in ieder geval het advies van het fpc en daarnaast op de multidisciplinaire rapportage die vierjaarlijks<sup>5</sup> opgemaakt wordt in het kader van de verlenging van de tbs, welke is aangevuld met vragen relevant voor de toetsing van de LFPZ-indicatie, en de reactie van het fpc daarop. Indien het een toetsing betreft die niet gepaard gaat met de multidisciplinaire rapportage in het kader van de 4-jaars verlengingszitting dan kan het LAP en/of DIZ indien zij daartoe aanleiding ziet besluiten een multidisciplinaire rapportage specifiek gericht op de LFPZ op te vragen. De minister neemt ten slotte de beslissing aangaande de voortzetting of opheffing van de LFPZ-indicatie door middel van een plaatsingsbeslissing. Het advies van de LAP wordt ook aangeboden aan de rechtbank in het kader van de verlenging van de tbs.

Naast de periodieke toets is het ook mogelijk dat een patiënt of het fpc waarin betrokkene verblijft de LAP vraagt om een tussentijdse herbeoordeling uit te voeren om te onderzoeken of de LFPZ-indicatie nog van toepassing is of mogelijk beëindigd kan worden.

Uitkomsten en gevolg van de periodieke toets kunnen zijn:

- 1 Toets wijst uit dat het recidiverisico is afgenomen en/of dat behandeling gericht op resocialisatie mogelijk is. De LAP adviseert de minister van Veiligheid en Justitie de LFPZ-indicatie te beëindigen. Indien de minister besluit de LFPZ-indicatie te beëindigen, kan de tbs-gestelde vanuit de LFPZ worden teruggeplaatst naar een behandelvoorziening.
- 2 Toets wijst uit dat voor het beteugelen van het recidiverisico geen hoogbeveiligde LFPZ-voorziening meer nodig is. De LAP adviseert de minister de LFPZ-indicatie te beëindigen en geeft een advies over de vervolgvoorziening. Indien de minister besluit de LFPZ-indicatie te beëindigen, kan de tbs-gestelde worden overgeplaatst naar de vervolgvoorziening.
- 3 Toets wijst uit dat het recidiverisico onveranderd hoog is. De LAP adviseert de minister van Veiligheid en Justitie de LFPZ-indicatie te handhaven.

---

<sup>5</sup> Per 1 april 2016 vindt de md rapportage in het kader van de tbs verlenging niet meer eens per zes jaar, maar eens per vier jaar plaats. Dit conform hetgeen toegezegd is naar aanleiding van de aanbevelingen van de Taskforce behandelduur tbs (Tweede Kamer, vergaderjaar 2014 - 2015, 29452, nr.187). Zolang dit nog niet gewijzigd is in wetgeving wordt ook nog bij een overschrijding van de termijn van 6 jaar of een veelvoud daarvan een MD-rapportage uitgevoerd. Het wetsvoorstel waarin de termijn van 4 ipv. 6 jaar is opgenomen was in december 2016 nog aanhangig in de Tweede Kamer.

#### 4.2

##### *Procedure periodieke toets*

Na afgifte van de LFPZ-indicatie volgt een periodieke toetsing waarbij de cyclus van de procedure van de verlenging van de tbs maatregel wordt gevolgd. Dit houdt in dat bij de eerstvolgende verlenging van de maatregel wordt ook de LFPZ-indicatie getoetst waarna de hertoetsingen en verlengingen synchroon lopen. De verlenging van de tbs maatregel kan met en zonder een MD-rapportage en start voorafgaand aan het verstrijken van de eerstvolgende tbs-termijn (vermoedelijke einddatum).

##### De procedure van de verlenging met MD-rapportage bij overschrijding van vier jaar of een veelvoud daarvan van de looptijd van de maatregel is als volgt;

1. DIZ verzoekt het fpc om een advies over de LFPZ op te stellen en informeert over de termijnen voor het verlengingsadvies. Bij een eventuele overschrijding van de 4-jaars termijn verzoekt DIZ het fpc om een zogenaamd voorlopig verlengingsadvies. DIZ vraagt een MD rapportage aan met gecombineerde vraagstelling over de verlenging en de LFPZ-indicatie.
2. Zodra de MD rapportage gereed is, stuurt DIZ deze aan de kliniek met het verzoek om een reactie.
3. Daarna stuurt DIZ de MD rapportage aan het Parket in verband met de verlenging en aan de LAP in verband met de hertoetsing.
4. Voor advisering bestudeert de LAP alle relevante dossierstukken en spreekt de LAP *face-to-face* met de tbs-gestelde. Tevens neemt de LAP kennis van de opmerkingen van diens advocaat, indien deze beschikbaar zijn op het moment van het uitbrengen van het advies.
5. DIZ ontvangt het advies van de LAP en stelt namens de minister van Veiligheid en Justitie een plaatsingsbeslissing voor de betreffende tbs-gestelde op. Deze wordt verstuurd aan de patiënt, diens advocaat en het betreffende fpc en digitaal beschikbaar gesteld aan het Parket.
6. Het advies van de LAP wordt aan het Parket verzonden, zodat de stukken tijdig bij het Parket en de Rechtbank zijn.
7. Tegen de plaatsingsbeslissing staat binnen zeven dagen nadat de tbs-gestelde kennis heeft gekregen van de getekende plaatsingsbeschikking beroep open bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.

##### De procedure van de verlenging zonder MD rapportage is als volgt;

1. DIZ verzoekt het fpc om een advies over de LFPZ op te stellen en informeert over de termijnen voor het verlengingsadvies.
2. DIZ vraagt daarna de LAP haar periodieke hertoetsing uit te voeren.
3. Voor advisering bestudeert de LAP alle relevante dossierstukken en spreekt de LAP *face-to-face* met de tbs-gestelde. Tevens neemt de LAP kennis van de opmerkingen van diens advocaat, indien deze beschikbaar zijn op het moment van het uitbrengen van het advies.
4. Indien de LAP tijdens deze hertoetsing toch een MD-rapportage noodzakelijk acht, zal de LAP haar beoordeling aanhouden en DIZ een MD-rapportage aanvragen. In dit geval zal het LAP advies naar verwachting niet tijdig mee kunnen met de stukken voor de verlengingszitting<sup>6</sup>.
5. DIZ ontvangt het advies van de LAP en stelt namens de minister van Veiligheid en Justitie een plaatsingsbeslissing op. Deze wordt verstuurd aan de patiënt, diens advocaat en het betreffende fpc en digitaal beschikbaar gesteld aan het Parket.
6. Het advies van de LAP wordt aan het Parket verzonden, zodat de stukken tijdig bij het Parket en de Rechtbank zijn.

<sup>6</sup> De inschatting is dat dit niet vaak voor zal komen. DIZ zal dit monitoren.



7. Tegen de plaatsingsbeslissing staat binnen zeven dagen nadat de tbs-gestelde kennis heeft gekregen van de getekende plaatsingsbeschikking beroep open bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.

Gezien de hoge delictgevaarlijkheid gecombineerd met de ernstige problematiek, wordt de tbs bij LFPZ-patiënten veelal met twee jaar verlengd. In die gevallen dat de rechter besluit tot een verlenging van één jaar, zal ook de LAP na één jaar opnieuw om advies gevraagd worden.

#### 4.3

##### *Bij perspectief opheffing LFPZ-indicatie*

Tijdens het verblijf in een LFPZ kan er perspectief ontstaan voor uitstroom uit de LFPZ. Er zijn verschillende mogelijkheden voor uitstroom, bijvoorbeeld een (behandel)afdeling van een fpc, fpk of fpa, een ggz-voorziening of een voorziening voor verstandelijk gehandicaptenzorg.

Bij een perspectief voor uitstroom uit de LFPZ, geldt de volgende procedure. Deze procedure kan zowel onderdeel zijn van de reguliere herbeoordeling door het LAP als ook onafhankelijk daarvan in gang worden gezet:

1. Afhankelijk van of sprake is wel / geen concreet uitstroomtraject/voorziening geldt a of b.
  - a. Als het fpc perspectief ziet om de LFPZ-indicatie op te heffen, stelt zij een uitstroomplan op met een concreet uitstroomtraject/voorziening. DIZ vraagt de LAP om over het uitstroomplan van de fpc advies uit te brengen.
  - b. Als de LAP perspectief ziet om de LFPZ-indicatie op te heffen, maar er nog geen zicht is op een concreet uitstroomtraject/voorziening, houdt de LAP het advies aan. De LAP vraagt via DIZ aan het fpc om te onderzoeken of er een aansluitende vervolgvoorziening is en zo ja, welk soort vervolgvoorziening het meest geïndiceerd is.

*Zowel bij a, als b, kan het Forensisch Plaatsingsloket (FPL) van de Directie Individuele Zaken (DIZ) ondersteunen bij het vinden van een geschikte uitstroomvoorziening.*

2. De LAP geeft op basis van de informatie van het fpc en het FPL een advies, eventueel met een herbeoordelingstermijn. Dit advies kent 3 opties:
  - a. De LAP adviseert positief tot opheffen van de LFPZ-indicatie. De minister van Veiligheid en Justitie neemt hierop een plaatsingsbeslissing. Indien deze beslissing opheffing van de LFPZ-indicatie inhoudt, kan de uitstroom gerealiseerd worden.
  - b. De LAP ziet goede mogelijkheden voor uitstroom, maar adviseert de LFPZ-indicatie (voorlopig) in stand te houden. Indien dit advies door de minister van Veiligheid en Justitie wordt overgenomen, kan de uitstroom worden voorbereid, conform het daartoe opgestelde uitstroomplan. Hiertoe heeft het fpc de mogelijkheid om een (onbegeleid<sup>7</sup>) verlofmachtiging aan te vragen, indien dit past in het uitstroomplan<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> In geval de verloffregeling TBS voorziet in onbegeleid verlof.

<sup>8</sup> Mocht de patiënt na één dan wel eventueel twee jaar niet kunnen uitstromen dan zal op initiatief van het fpc een overleg worden georganiseerd door DIZ (een zogenaamde 'zorgconferentie'). Samen met alle betrokken partijen, de patiënt, advocaat, fpc, DIZ en het FPL wordt getracht een oplossing te vinden waardoor er weer zicht ontstaat op uitstroom. Van dit proces wordt door het fpc een verslag gemaakt, inclusief concluderende paragraaf.

- c. De LAP adviseert negatief over de opheffing van de LFPZ-indicatie.
3. DIZ ontvangt het advies van de LAP en stelt namens de minister van Veiligheid en Justitie een plaatsingsbeslissing op. Deze wordt verstuurd aan de patiënt, diens advocaat en het betreffende fpc en digitaal beschikbaar gesteld aan het Parket.
4. Tegen de plaatsingsbeslissing staat binnen zeven dagen nadat de tbs-gestelde kennis heeft gekregen van de getekende plaatsingsbeschikking beroep open bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.

In het geval de LFPZ-indicatie en de plaatsing in een LFPZ-voorziening beëindigd worden, kan het fpc, indien dit past bij de behandeling van de tbs-gestelde, afhankelijk van het type vervolgvoorziening, een verlofmachtiging (begeleid, onbegeleid, transmuraal, proefverlof) aanvragen.

#### 4.4

##### *Overgangsregeling*

Voor de huidige LFPZ-patiënten wordt bij inwerkingtreding van het beleidskader gestart met synchronisatie van de periodieke LAP-toetsingen en de verlengingszittingen. Effectief betekent dit dat in de tweede helft van 2019 voorafgaand aan de zittingen voor LFPZ-patiënten de MD-rapportage en het LAP-advies kan worden aangeboden aan de verlengingsrechter. Aangezien de tbs met (één of) twee jaar verlengd kan worden, is een overgangperiode van twee jaar nodig. Naar verwachting is twee jaar na inwerkingtreding van het beleidskader het proces gesynchroniseerd en vinden alle periodieke LFPZ toetsingen plaats met de frequentie van tenminste één keer per twee jaar.

## 5 Beveiliging en beveiligingsniveau

### 5.1 *Inleiding*

De LFPZ-populatie bestaat uit een heterogene groep patiënten die niet allemaal dezelfde beveiliging en zorg nodig hebben. Het vorige beleidskader, dat dateert uit 2009, introduceerde een differentiatiemodel dat de mogelijkheid bood de aangeboden behandeling, zorg en begeleiding en beveiliging onderbouwd te differentiëren. Het beleidskader is in 2013 door het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) van het ministerie van Veiligheid en Justitie geëvalueerd<sup>9</sup>. Belangrijkste constatering van de onderzoekers is dat de differentiatie van beveiliging- en zorgniveaus in termen van hoog, midden en laag tot spraakverwarring heeft geleid en dat de differentiatie niet correspondeert met de praktijk waarin voor de – relatief – kleine populatie van LFPZ-patiënten maatwerk wordt geleverd. In navolging hiervan is besloten de differentiatie in zorgniveaus af te schaffen. De differentiatie in beveiligingsniveaus blijft wel gehandhaafd, omdat dit een essentieel onderdeel is bij de beoordeling van verlofaanvragen. Om goede zorg te leveren worden ook binnen de muren van de LFPZ-voorziening per persoon bekeken welke zorgafspraken en afspraken voor een veilige bejegening noodzakelijk zijn, waarbij zorg en beveiliging nauw met elkaar samenhangen. Criteria als stoornis, zelfredzaamheid, delict risico, risico op ontvluchting, leefklimaat en begeleidingsbehoefte en inzet van personeel zijn bepalend bij deze beoordeling.

### 5.2 *Beveiligingsniveau van de instelling*

Patiënten met een LFPZ-indicatie verblijven in een instelling met beveiligingsniveau 4<sup>10</sup>, een fpc. Dit beveiligingsniveau is hoog en gaat over het type instelling en de veiligheidsmaatregelen die in dit type instelling gelden, zoals toegangscontrole, afgesloten deuren en (hoge) muren of hekken. Zolang de LFPZ-indicatie van een patiënt voortduurt, blijft de patiënt geïndiceerd om in een instelling met beveiligingsniveau 4 te verblijven. Na eventuele opheffing van de LFPZ-indicatie kan de patiënt uitstromen naar een voorziening met een lager beveiligingsniveau.

### 5.3 *Het individuele beveiligingsniveau in het kader van verlof*

Verblijf in de LFPZ kan gecombineerd worden met begeleid verlof of, ten dienste van uitstroom, eventueel met onbegeleid verlof. Dit geldt alleen voor tbs-gestelden beoordeeld met een laag beveiligingsniveau in het kader van verlof.

In een brief van 21 mei 2012<sup>11</sup> heeft de LAP als handreiking een aantal criteria en factoren geschetst die zij betreft bij het advies over het individuele beveiligingsniveau in het kader van verlof. Hierin wordt onder andere genoemd:

- Een (korte) weergave van de behandelhistorie, c.q. progressie inclusief de verlofhistorie en/of onttrekkingshistorie en eventuele incidenten;
- De mogelijkheden tot risicomanagement (mate van samenwerking, begeleidbaarheid, acceptatie van de LFPZ-indicatie, terugval- en signaleringsplan, motivatie medicatiegebruik). Voorts ook de zorgbehoefte in relatie tot de

<sup>9</sup> Evaluatie Beleidskader Longstay; Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets. 21 mei 2013. Significant/WODC Kamer stuk:kamerstuk-33628-3.

<sup>10</sup> Er bestaan verschillende gradaties van beveiligingsniveaus waarbij 4 het hoogste niveau is en 1 het laagste.

<sup>11</sup> Brief LAP 'vaststellen beveiligingsniveau' d.d. 21 mei 2012.

veiligheid, impulsiviteit, het vluchtgevaar en de ingeschatte aard en omvang van het eventueel te verwachten delictgedrag.

- De aard en omvang van het delict en de visie op het delictscenario, c.q. de delictanalyse.
- Een weergave van de actuele klinische- en de historische items binnen de risicotaxatie, inclusief onderzoek naar psychopathie.
- Eventuele benodigde onderscheid tussen intern- en extern beveiligingsniveau betreffende het risico op korte termijn.

Advisering over het benodigde individuele beveiligingsniveau zoals bedoeld in de Verlofregeling tbs wordt in eerste instantie door het fpc opgesteld, waarbij gebruik wordt gemaakt van de adviesrapportage van het NIFP. Vervolgens vraagt het ministerie de LAP hierover een advies uit te brengen. Tbs-gestelden met 'midden' en 'hoog' beveiligingsniveau kunnen niet in aanmerking komen voor verlof (sinds de wijziging van de Verlofregeling tbs, Staatscourant 2012, nr. 10252 van 25 mei 2012).

## 6 De rechtspositie van de tbs-gestelde op een LFPZ-voorziening

### 6.1 *Inleiding*

De rechtspositie van een tbs-gestelde met een LFPZ-indicatie die geplaatst is op een LFPZ-voorziening is gelijk aan de rechtspositie van een tbs-gestelde zonder LFPZ-indicatie, aangevuld met de specifieke bepalingen uit dit beleidskader. Dit betekent dat de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) van toepassing is, waarmee de interne rechtspositie gelijk is aan tbs-gestelden die op een reguliere plek verblijven.

Ten aanzien van de externe rechtspositie geldt hetzelfde. De rechter kan bij alle tbs-gestelden, dus ook LFPZ tbs-gestelden, besluiten de maatregel niet te verlengen en de tbs-verpleging voorwaardelijk te beëindigen. Bij voorwaardelijke beëindiging van de maatregel wordt de beslissing van de minister, de plaatsingsbeslissing in een LFPZ-voorziening, ongedaan gemaakt; de LFPZ-indicatie komt in dat geval automatisch te vervallen.

### 6.2 *De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ)*

De beroepscommissie van de RSJ fungeert als beroepsrechter ter zake beslissingen in de executiesfeer die zijn genomen over personen die een vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel ondergaan, waaronder tbs-gestelden. Tegen de beslissing tot plaatsing in een LFPZ-voorziening, waaronder begrepen de beslissing tot voortgezette plaatsing in een LFPZ voorziening kan binnen zeven dagen nadat de tbs-gestelde met de beslissing bekend is geworden beroep worden aangetekend bij de beroepscommissie van de RSJ (art. 69, eerste lid, sub a, Bvt). Alle LFPZ-plekken zijn in één fpc, op meerdere locaties gesitueerd. Dit betekent dat bij een overplaatsing er altijd sprake is van een interne overplaatsing. Hiertegen staat geen rechtstreeks beroep open bij de RSJ.

### 6.3 *Plaatsing ter observatie*

Vanwege het feit dat er maar één fpc is waar LFPZ-plekken zijn ondergebracht, is het van belang om het risico op een eenzijdige visie op de LFPZ-patiënt te onderkennen en daar adequaat naar te handelen. Een van de mogelijkheden is een patiënt tijdelijk ter observatie in een andere fpc te plaatsen, op grond van art. 13 Bvt. Een tijdelijke observatieplaatsing dient in ieder geval altijd ter verkrijging van nadere beeldvorming, die kan dienen als second opinion. Dit kan leiden tot nieuwe inzichten, een ontstane impasse doorbreken of leiden tot nieuw perspectief. De procedure hiervoor is gelijk aan die voor alle tbs-gestelden, conform de Richtlijn Observatieplaatsing art. 13 Bvt.

### 6.4 *Herbeoordeling en uitvoering van de periodieke toets*

In het beleidskader van 2009 is een periodieke toets van de LFPZ-indicatie geïntroduceerd (zie ook hoofdstuk 4). Doordat verschillende partijen gezamenlijk periodiek beoordelen of voortzetting van de LFPZ-indicatie nog gerechtvaardigd is, is de rechtspositie van de LFPZ-patiënt verbeterd. Bij de toets is het van belang de behandelingsvatbaarheid van de tbs-gestelde te onderzoeken. Met andere woorden: zijn er nieuwe interventies, medicijnen of andere omstandigheden waardoor de behandeling nu wel zou kunnen aanslaan of kan er worden volstaan met een lager beveiligingsniveau.

Voorwaarde bij de periodieke toets is dat zowel de MD-rapporteurs (indien een MD-rapportage wordt opgemaakt) als de LAP commissie niet alleen het volledige dossier toetsen, maar de patiënt ook zien (*face-to-face*).

## Ministerie van Veiligheid en Justitie

### BIJLAGE I

> Retouradres Postbus 20301 2500 EH Den Haag

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

Datum 26 juni 2013

Onderwerp Evaluatie beleidskader Longstay Forensische Zorg

#### **1. Inleiding**

Op 3 februari 2009 heb ik uw Kamer het nieuwe Beleidskader Longstay forensische zorg aangeboden. Bij de aanbieding is een procesevaluatie toegezegd. De resultaten hiervan zijn neergelegd in het rapport «Evaluatie beleidskader longstay, Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets» dat ik u hierbij doe toekomen. Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoeksbureau Significant in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC).

#### **2. De belangrijkste wijzigingen van het Beleidskader Longstay forensische zorg**

##### *Rechtspositie*

Met de invoering van het nieuwe beleidskader is in 2009 een aantal belangrijke wijzigingen geïntroduceerd. Onder meer is beoogd de rechtspositie van de tbs-gestelde in de longstay forensische zorg te versterken door aan de mogelijkheid in beroep te gaan tegen de beslissing tot plaatsing in een longstay-voorziening, de mogelijkheid toe te voegen in beroep te gaan tegen de voortzetting van die plaatsing.

Daarnaast is een driejaarlijkse toetsing geïntroduceerd die inhoudt dat de longstay status van de ter beschikking gestelde elke drie jaar door onafhankelijke deskundigen en de Landelijke adviescommissie plaatsing longstay forensische zorg (Lap) wordt beoordeeld.

Met de invoering van het nieuwe beleidskader is de Lap, die de Minister van Veiligheid en Justitie adviseert over zowel de plaatsing als de voortzetting van de plaatsing in een longstay-voorziening, geformaliseerd. Om de Lap goed toe te rusten voor deze taak, is de Lap versterkt met een jurist als voorzitter.

#### *Differentiatie*

Bij de introductie van het beleidskader Longstay forensische zorg is ook een interne differentiatie ingevoerd. Met de combinatie van drie beveiligingsniveaus (hoog, midden, laag) en drie niveaus van zorg (hoog, midden, laag) is beoogd door middel van een systematische inventarisatie de individuele behoeften van de longstay-gestelde te bepalen.

### **3. Verlofregeling TBS**

Omdat in mei 2012 de Verlofregeling TBS is aangepast met specifieke consequenties voor ter beschikking gestelden met een longstay-status is door onderzoeksbureau Significant ook een procesevaluatie uitgevoerd over de implementatie van de Verlofregeling TBS. De belangrijkste wijziging houdt in dat longstay-gestelden alleen nog voor begeleid verlof in aanmerking komen als door onafhankelijke deskundigen een laag beveiligingsniveau is vastgesteld.

De longstay-gestelden met een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau komen niet langer in aanmerking voor verlof. Hiermee zijn de verlofmogelijkheden gekoppeld aan het in het beleidskader gehanteerde beveiligingsniveau.

### **4. Het evaluatieonderzoek**

In het kader van de procesevaluatie stond de vraag centraal of het beleidskader Longstay Forensische Zorg wordt uitgevoerd als beoogd en of zich knelpunten voordoen. Daarnaast richtte het onderzoek zich op het inzichtelijk maken van de mate waarin de praktijk uitvoering geeft aan de wijziging in het verlofbeleid en welke (neven-)effecten de Verlofregeling TBS met zich meebrengt.

#### *Rechtspositie*

De onderzoekers concluderen dat het beleidskader uitgevoerd wordt als beoogd: de rechtspositie van longstay-gestelden is versterkt als gevolg van invoering van het beleidskader. De driejaarlijkse herbeoordeling en de beroepsmogelijkheid tegen de daaruit voortkomende plaatsingsbeslissing vormen samen een goede toets op de voortzetting van de longstay-status. Tevens is de onafhankelijke adviesrol van de Lap geformaliseerd en is de Lap uitgebreid met twee raadsheren in de functie van voorzitter en vicevoorzitter. De raadsheren beoordelen of de regels in acht zijn genomen en waarborgen de onafhankelijkheid van het advies. De gedragsdeskundigen zijn verantwoordelijk voor de behandelinhoudelijke toetsing. Volgens het onderzoek is dit van meerwaarde, onder andere omdat het werk van de andere leden hierdoor meer op de inhoud is gericht.

#### *Differentiatie*

Ten aanzien van de differentiatie in zorg- en beveiligingsniveau hebben de onderzoekers geconcludeerd dat dit tot spraakverwarring heeft geleid. De differentiatie creëert een onnatuurlijk onderscheid tussen zorg en beveiliging, terwijl die in de praktijk samenhangen.

Voor de plaatsing van de longstay-gestelde in een kliniek, is een formeel onderscheid in zorgniveau in termen van hoog, midden en laag niet functioneel, aldus de onderzoekers. Bij de plaatsing wordt namelijk ook gekeken naar andere aspecten van de longstay-gestelde zoals onder andere begeleidbaarheid, zelfstandigheid en risicovol gedrag. Om deze reden acht ik de schematische beoordeling van de longstay-gestelde aan de hand van een vastgesteld zorgniveau niet langer passen bij de eisen van de praktijk. Omdat de differentiatie in



beveiligingsniveau een essentieel onderdeel is bij de beoordeling van de verlofaanvraag, acht ik het gebruik hiervan wel noodzakelijk. Ik verwacht begin volgend jaar een aangepast beleidskader aan uw Kamer toe te kunnen zenden.

#### *Herbeoordelingen*

Medio 2010 zijn de eerste herbeoordelingen voor tbs-gestelden die, langer dan drie jaar de longstay-status hebben, gestart. In januari 2013 is voor 120 longstay-gestelden het proces van hertoetsing voor het grootste deel afgerond (88%) of in een vergevorderd stadium (11%). Circa een kwart van de herbeoordelingen leidde tot beëindiging van de longstay-status.

Bij het proces van herbeoordeling wordt een doorlooptijd van zes maanden beoogd. De mediane doorlooptijd bedraagt thans echter 8,6 maanden. De onderzoekers noemen een aantal oorzaken waardoor de beoogde doorlooptijd van herbeoordelingen vaak wordt overschreven. Met name de kliniek en de NIFP-rapporteurs leveren hun advies later aan dan de gestelde inleverdatum. De duur van de overschrijdingen is in absolute zin bij het NIFP het grootst. Daarnaast is een extra stap in het proces ingevoegd waarin de kliniek een reactie geeft op de rapportage van de NIFP-rapporteurs.

Ten behoeve van een tijdige en correcte afhandeling heb ik in navolging van eerdere afspraken gericht op het verkorten van de doorlooptijden bij het NIFP ook afspraken gemaakt over het verkorten van de doorlooptijden van het advies bij de herbeoordelingen van longstay-gestelden. Voor de extra stap, waarbij de rapportage van het NIFP voor een reactie wordt verzonden aan de kliniek, geldt dat deze mijns inziens noodzakelijk is om te komen tot zorgvuldige besluitvorming.

#### *Uitstroombmogelijkheden en vervolgvvoorzieningen*

De onderzoekers geven aan dat in de praktijk problemen spelen bij het vinden van een geschikte uitstroombvoorziening nadat de longstay-status van de longstay-gestelde is beëindigd. Ik zal daarom in gevallen waarin een longstay-status wordt opgeheven, aan de betreffende kliniek ondersteuning aanbieden van het Forensisch Plaatsingsloket van de Dienst Justitiële Inrichtingen bij het vinden van de meest geschikte vervolgvvoorziening.

#### *Verlofregeling TBS*

Ten aanzien van de Verlofregeling TBS concluderen de onderzoekers voorts dat de gewijzigde Verlofregeling wordt uitgevoerd zoals beoogd. Alleen longstay-gestelden met een laag beveiligingsniveau kunnen voor (begeleid) verlof in aanmerking komen. Voor de meeste longstay-gestelden is de mogelijkheid tot verlof hierdoor niet structureel veranderd. Doordat bij de wijziging op 27 mei 2012 nog niet voor alle longstay-gestelden een beveiligingsniveau was vastgesteld, leverde dit voor sommige personen wel tijdelijk beperkingen in de verlofmogelijkheden op.

## **Conclusie**

Samenvattend kan gezegd worden dat de rechtspositie van longstay-gestelden is versterkt door de invoering van het beleidskader Longstay Forensische Zorg. Hiermee is aan de belangrijkste doelstelling van het beleidskader voldaan. Voorts is de adviesrol van de Lap formeel vastgelegd. Ook de gewijzigde Verlofregeling TBS wordt uitgevoerd zoals beoogd. Alleen longstay-gestelden met een laag beveiligingsniveau kunnen voor (begeleid) verlof in aanmerking komen. De onderzoekers hebben geconstateerd dat de differentiatie in zorgniveau en beveiligingsniveau niet functioneel is. Omdat ik onderken dat de schematische beoordeling van longstay-gestelden aan de hand van een vastgesteld zorgniveau niet noodzakelijk is, zal ik het beleidskader op dit punt aanpassen.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie

F. Teeven

## BIJLAGE II

### Format aanvraag en hertoetsing LFPZ-indicatie

#### Persoons- en aanvraaggegevens

- TBS-nummer
- Familiennaam
- Volledige voorna(a)m(en)
- Geboortedatum
- Geboorteland en –plaats
- Nationaliteit
- Geslacht
- Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)
- Datum aanvraag
- MITS nummer
- Soort aanvraag of advies
- Soort verlofmachtiging

### BOX 0 SAMENVATTING

Beschrijving van de aanvraag ter inleiding, deze bevat tenminste:

- Kernachtige typering van de betrokken ter beschikking gestelde
- Opvallende ontwikkelingen van het afgelopen jaar
- Gepraktiseerde verloven
- Weergave relevante bevindingen uit adviezen en rapportages
- Koers en prognose, zijnde het resocialisatietraject en het uitstroomdoel

### BOX 1 VOORGESCHIEDENIS

#### 1.1: Indexdelict

- Dictum: bewezen verklaarde in het vonnis, plaats en datum indexdelict
- Feitelijke weergave indexdelict
- Vermelding of er sprake is van een maatschappelijk gevoelig delict; uitwerking in box 5a.5

#### 1.2: Justitiële gegevens

- Leeftijd eerste politiecontact naar aanleiding van een delict
- Leeftijd eerste veroordeling
- Datum vonnis indexdelict onherroepelijk
- Ingangsdatum huidige maatregel
- Verlengingsuitspraken sinds oplegging huidige maatregel
- Datum voorwaardelijke invrijheidstelling
- Opnamedatum huidige FPC
- Herselectant

#### 1.3: Korte biografische schets tot oplegging huidige maatregel

- Relevante biografische gegevens ten aanzien van de ontwikkeling en problematiek
- Beschermende factoren in de voorgeschiedenis

#### 1.4: Criminogene ontwikkeling tot oplegging huidige maatregel

#### 1.5: Behandelgeschiedenis tot oplegging huidige maatregel

Periode	Instantie of instelling of toezichthouder	Reden en bijzonderheden

1.6: Behandelgeschiedenis van oplegging huidige maatregel tot huidige verlofaanvraag		
Periode	Instelling of toezichthouder	Reden en bijzonderheden

<b>BOX 2 (DELICT)DIAGNOSTIEK</b>																
<p>2.1: Diagnostiek</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beschrijvende diagnose inclusief kernproblematiek, gedestilleerd uit het delictscenario</li> <li>Weergave actuele DSM-5- classificatie, inclusief datum. Seksuele en verslavingsproblematiek vermelden, ook indien niet langer actueel</li> <li>Toelichting eventuele wijzigingen diagnostiek in de afgelopen periode</li> </ul> <p>2.2: Delictscenario met inbegrip van de analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gedetailleerde weergave gebeurtenissen indexdelict, aanloop en vervolg</li> <li>Totstandkoming delictscenario; met of zonder medewerking van de ter beschikking gestelde, door dossierstudie, informatie van derden</li> </ul> <p>2.3: Delictgerelateerde criminogene factoren</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Soort factor</th> <th>Delictgerelateerde criminogene factor</th> <th>Relatie tot delictgedrag</th> <th>Overige reden tot zorg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Statische factor</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Dynamische factor: chronisch</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Dynamische factor: acuut</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Soort factor	Delictgerelateerde criminogene factor	Relatie tot delictgedrag	Overige reden tot zorg	<b>Statische factor</b>				<b>Dynamische factor: chronisch</b>				<b>Dynamische factor: acuut</b>			
Soort factor	Delictgerelateerde criminogene factor	Relatie tot delictgedrag	Overige reden tot zorg													
<b>Statische factor</b>																
<b>Dynamische factor: chronisch</b>																
<b>Dynamische factor: acuut</b>																

<b>BOX 3 BEHANDELING</b>																
<p>3.1: Behandeling per delictgerelateerde criminogene factor</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Delictgerelateerde criminogene factor uit box 2.3</th> <th>Behandeloverweging en doel</th> <th>Interventie met periode</th> <th>Resultaat en respons</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>1.</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>2.</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>3.</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>3.2: Behandelverloop huidige FPC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beschrijving verblijf en verloop van de behandeling in huidige FPC met nadruk op het afgelopen jaar, mate van commitment, overeenstemming over de behandeling en het gedrag van de ter beschikking gestelde</li> <li>Korte beschrijving van de huidige afdeling of voorziening en het afdelingsmilieu</li> <li>Korte beschrijving van de omvang van en relatie tot relevante netwerkleden</li> <li>Medicatiebeleid inclusief geschiedenis binnen huidige FPC, actuele dosering, relevante wijzigingen en medicatiebereidheid. Somatische medicatie louter in geval van LFPZ-aanvragen.</li> <li>Indien sprake van een zedendelict, overweging al dan niet inzetten libidoremmende medicatie</li> <li>Indien is afgeweken van het behandelprotocol, weergave overweging</li> </ul> <p>Indien deze box onderdeel uitmaakt van een verlengingsadvies of een aanvraag longstayplaatsing: aandacht voor (vroeg)signalering of terugvalpreventie</p> <p>3.3: Incidenten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Opsomming incidenten in het afgelopen jaar met datum, bijbehorende interventie en afhandeling/plaats in de behandeling</li> <li>Opsomming strafrechtelijke uitspraken, niet zijnde verlengingsuitspraken, tijdens de lopende maatregel met datum</li> </ul>	Delictgerelateerde criminogene factor uit box 2.3	Behandeloverweging en doel	Interventie met periode	Resultaat en respons	<b>1.</b>				<b>2.</b>				<b>3.</b>			
Delictgerelateerde criminogene factor uit box 2.3	Behandeloverweging en doel	Interventie met periode	Resultaat en respons													
<b>1.</b>																
<b>2.</b>																
<b>3.</b>																

en bijbehorende interventie

#### **BOX 4 RISICOTAXATIE EN RISICOMANAGEMENT**

##### 4.1: Beknopte weergave ingevulde risicotaxatie-instrumenten

- Weergave van de conclusies gebruikte risicotaxatie-instrumenten zoals de op de datum van afname meest recente versie van de HCR, HKT, SSA en Mansa en datum afname niet ouder dan een jaar, gerekend vanaf de datum van de verlofaanvraag. Indien beschikbaar en relevant een weergave van de SAPROF toevoegen.
- Opsomming 9 meest voorspellende factoren die ten grondslag liggen aan conclusie HKT, zijnde alcoholgebruik, softdruggebruik, harddruggebruik, attitude ten opzichte van de behandeling, copingvaardigheden, impulsiviteit, vijandigheid, overtreding voorwaarden (in te vullen als historisch item), sociale en relationele vaardigheden.
- Vermelding PCL-R score en datum afname, indien sprake van een score boven cut-off, zijnde 26, korte beschrijving factoren
- Vermelding of consensus is bereikt

##### 4.2: Weging en interpretatie van delictgerelateerde criminogene en actuele beschermende factoren met het oog op ernstige recidive, schadekansen en risico op ongeoorloofde afwezigheid

- Onderbouwing en interpretatie van de wijze waarop en mate waarin de delictgerelateerde criminogene en actuele beschermende factoren op dit moment zijn gerelateerd aan:
  - ernstige recidive
  - schadekansen
  - risico op ongeoorloofde afwezigheid
- Motivering algemeen risicomangement:
  - opsomming interventies
  - opsomming actuele beschermende factoren

##### 4.3: Recidiverisico, inclusief schadekansen, en risico op ongeoorloofde afwezigheid

Bondig gemotiveerd consensusoordeel in termen van laag, matig of hoog over:

- Recidiverisico in relatie tot aangevraagd verlof
- Recidiverisico in geval van beëindiging toezicht of maatregel
- Risico op ongeoorloofde afwezigheid

#### **BOX 7 AANVRAAG LFPZ-INDICATIE**

##### 7.1: Status praesens recidiverisico/pathologie

- Uitslag risicotaxatie (nieuwste versies van de HCR of HKT, SVR-20, PCL-R) in relatie tot delictgeschiedenis, uitmondend in de conclusie dat er sprake is van langdurig delictgevaar dat niet met bestaande behandelinterventies is te beïnvloeden
- Concluderende beschrijving aard en ernst van de huidige pathologie (dimensionale beschrijving) en behandelgeschiedenis, uitmondend in een prognose voor de toekomst qua klinische setting voor duurzaam beveiligende zorg

##### 7.2: Risicomangement/benodigde setting langdurig verblijf

- Indicatie van benodigde leefmilieu voor betrokkene qua beveiliging/klinische setting

7.3.: Advies kliniek individuele beveiligingsniveau in de zin van de Verlofregeling van 29 maart 2012, te classificeren in laag, midden of hoog

##### 7.4: Bijlagen

Bij nieuwe aanvraag en hertoetsing de volgende bijlagen aanleveren:

- Behandelplan
- Risico-taxatie
- Risicomangement Checklijst

#### **BOX 8 HOUDING TER BESCHIKKING GESTELDE**

##### 8.1: Houding van de ter beschikking gestelde ten aanzien van het indexdelict

- Mate van erkenning van het indexdelict
- Beschrijving van de mate van nemen van verantwoordelijkheid voor het indexdelict

8.2: Houding van de ter beschikking gestelde ten aanzien van het slachtoffer

Mate van het nemen van verantwoordelijkheid jegens het slachtoffer

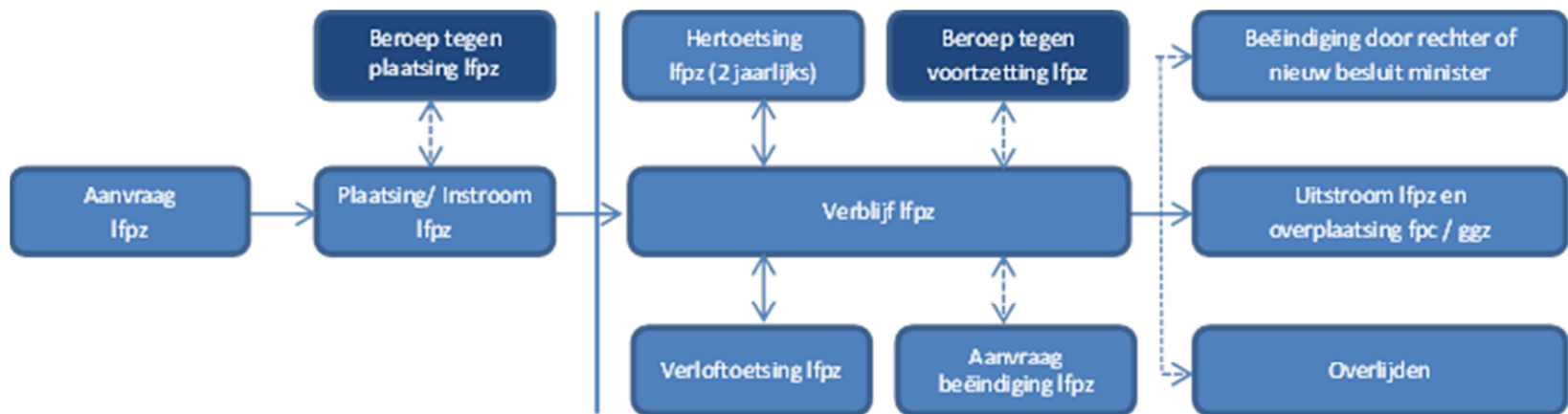
8.3: Reactie van ter beschikking gestelde bij bespreken onderliggende rapportage

Mate van overeenstemming over onderliggende rapportage en in het bijzonder de voorgestelde afspraken en gestelde voorwaarden

8.4: Overeenstemming over het te volgen traject

Beschrijving in hoeverre sprake is van overeenstemming over de koers en prognose

### BIJLAGE III



## BIJLAGE IV

### Afkortingen en definities

- AVt: Adviescollege Verloftoetsing Tbs
- Beveiliging: De mogelijkheid tot vrijheidsbeperking door materiële beveiliging zoals het belemmeren van het verlaten van de instelling en het insluiten van de tbs-gestelde op de afdeling of kamer.
- Bvt: Beginselenwet Verpleging Terbeschikking Gestelden
- DIZ: Divisie Individuele Zaken van de DJI
- DJI: Dienst Justitiele Inrichtingen
- Forensische Zorg: Geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg) en verstandelijk gehandicaptenzorg die plaatsvindt o.b.v. een strafrechtelijke titel. Hieronder vallen TBS met dwangverpleging, Forensische Zorg aan gedetineerden en alle voorwaardelijke sancties
- FPC: Forensisch Psychiatrisch Centrum (voorheen TBS kliniek)
- FPL: Forensisch Plaatsings Loket van de Dienst Justitiele Inrichtingen
- GGz-voorziening: Geestelijke Gezondheidszorg voorziening.
- LAP: Landelijke Adviescommissie Plaatsing langdurige forensisch psychiatrische zorg
- LFPZ: Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg
- LFPZ-populatie: Patiënten met een tbs-maatregel die vanwege hun delictgevaarlijkheid en beveiligingsnoodzaak een indicatie hebben tot langdurige forensisch psychiatrische zorg.
- Manifest van Lunteren: Verzamelde actiepunten uit de werkconferenties "Recht & Tbs" die sinds 2013 plaatsvinden in Lunteren tbv samenwerking in de strafrechtelijke keten.
- NIFP: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
- RSJ: Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
- Taskforce Behandelduur Tbs: Werkgroep ("Taskforce") onder leiding van voorzitter Bas Eenhoorn, gericht op maatregelen die moeten zorgen voor een verdere daling van de gemiddelde behandelduur in de tbs. In de rapportage (eind 2014 opgeleverd) doet de taskforce 11 aanbevelingen waaronder het stellen van een prognose over de behandelduur bij oplegging van de tbs-maatregel, toenemende uitstroom uit de LFPZ richting de ggz of gehandicaptenzorg en het eerder zoeken van aansluiting voor nazorgtrajecten.
- Tbs-gestelde: Terbeschikking gestelde van de maatschappij
- Toezicht: Het monitoren van het functioneren van de tbs-gestelde met het oog op veiligheid. Daaronder valt het monitoren van delict gerelateerd 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, tbs-gestelde ergens heen begeleiden.
- WODC: Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Zorg: begeleiding, behandeling en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van delict risico, vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps.
- Zorgprogramma: een zorgprogramma beschrijft de zorg en behandelingsmogelijkheden of aanpak van een specifieke doelgroep.