



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie

Beleidskader Longstay Forensische Zorg

Datum 19 januari 2009

Colofon

Afzendgegevens

Directie Forensische Zorg
Kwaliteit Forensische Zorg

Hoofdkantoor (Terminal Zuid)
Schedeldoekshaven 101
2511 EM Den Haag
Postbus 30132
2500 GC Den Haag
Nederland
www.dji.nl

Inhoud

Colofon		3
Voorwoord		7
1	Inleiding	9
2	Differentiatie van de lfz populatie	11
2.1	Uitgangspunten bij het differentiëren	11
2.2	Bepalen van individuele beveiligingsnoodzaak en zorgbehoefte	11
2.3	Combinaties van beveiligingsnoodzaak en zorgbehoeften	11
2.4	Differentiatie van voorzieningen	13
3	Instroomcriteria en plaatsingsprocedure	15
3.1	Instroomcriteria	15
3.2	Aanvragen van longstay forensische zorgindicatie	15
4	Kwaliteit van leven en zorg op een lfz voorziening	17
4.1	Inleiding	17
4.2	Behandelplan	17
4.3	Zorgprogramma's	18
4.4	Therapeutisch klimaat en autonomie	18
4.5	Op zorg en beveiliging toegesneden personeel.	18
4.6	Levensloop bestendige voorzieningen	19
5	Instroom en uitstroom van lfz tbs-gestelden	21
5.1	Beperken van de instroom	21
5.2	Bevorderen van de uitstroom	21
5.2.1	Inkoop en ketenvorming.	21
5.2.2	Aansluiting juridische systemen.	21
5.2.3	Periodieke toets.	22
5.2.4	Ontwikkelingen evalueren.	22
6	De rechtspositie van een lfz tbs-gestelde	23
6.1	Rechtspositie van de tbs-gestelde op een lfz voorziening	23
6.2	Verlenging van de tbs maatregel	23
6.3	Uitvoering van de periodieke toets.	23
6.4	De Landelijke adviescommissie plaatsing (Lap)	24
6.5	Verlof	24
BIJLAGE I		25
BIJLAGE II		31
Bijlage III		35
BIJLAGE IV		37
BIJLAGE V		41

Voorwoord

Op 23 augustus 2005 ontving de Tweede Kamer het eerste beleidskader voor de longstay populatie. Dit beleidskader beschreef de instroomcriteria en de procedure voor de plaatsing van longstay tbs-gestelden, de voortzetting en de beëindiging van het verblijf.

Sinds het beleidskader van 2005 is de populatie die langdurige zorg en beveiliging nodig heeft gegroeid van 88 tbs-gestelden in december 2005 naar 186 tbs-gestelden in november 2008. De groei van de populatie gaf aanleiding tot debat en onderzoek in de forensische psychiatrie en allengs werden de problematiek, de omvang en kenmerken van deze populatie duidelijker. Een punt van discussie werd de rechtspositie van de tbs-gestelde; een ander punt (het gebrek aan) differentiatie van populatie en voorzieningen.

Dit beleidskader kwam tot stand na overleg met (behandel) inhoudelijk deskundigen uit de forensische psychiatrie.

Het beleidskader treedt in werking op 1 juni 2009 en wordt na twee jaar geëvalueerd.

1 Inleiding

Dit beleidskader is van toepassing op tbs-gestelden die geïndiceerd zijn voor longstay forensische zorg (lfz). Hiertoe behoren tbs-gestelden die een bepaalde combinatie van langdurige beveiliging en zorg nodig hebben om te voorkomen dat ze een gevaar vormen voor anderen. Het gaat dan bijvoorbeeld om tbs-gestelden die een hoge mate van materiële beveiliging en zorg nodig hebben, maar ook om tbs-gestelden die zich kenmerken door een geringe behoefte aan materiële beveiliging en een grote behoefte aan zorg in de vorm van toezicht, structuur en begeleiding.

Om recht te doen aan de heterogene samenstelling van de populatie wordt in het nieuwe beleidskader de volgende differentiatie van beveiliging en zorgniveaus ingevoerd:

- 1 Longstay: hoog intensieve beveiliging met een laag/matig of hoog zorgniveau (HIB 1-2-3). De 'zuivere longstay' is de populatie die hoge beveiliging nodig heeft in combinatie met een lage zorgbehoefte.
- 2 Longcare met beveiliging: midden intensieve beveiliging met een matig of hoog zorgniveau (MIB 2-3). Dit is de longcare populatie die ook (materiële) beveiliging nodig heeft.
- 3 Longcare: hoog intensief zorgniveau (HIZ). De 'zuivere longcare' is de populatie die een hoge zorgbehoefte heeft in combinatie met lage beveiliging.

Het nieuwe beleidskader lfz sluit aan bij de voorziene stelselwijziging 'Vernieuwing Forensische Zorg' (VFZ) van het ministerie van Justitie. Vernieuwing van de forensische zorg in strafrechtelijk kader heeft de volgende doelstellingen:

- De juiste patiënt op de juiste behandelplek. De 'verkeerdebeddenproblematiek' waarbij patiënten niet meteen de juiste beveiliging en zorg krijgen, moet worden opgelost.
- Verbetering van de doorstroom en uitstroom. De problemen die nu voorkomen bij de overgang van patiënten van de ene naar de andere forensische zorgvoorziening, moeten worden opgelost. Ook de door- en uitstroom vanuit de forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg moet worden verbeterd.
- Verbetering van de kwaliteit van de forensische zorg en van de beveiliging van de maatschappij tegen patiënten die een mogelijk gevaar vormen. Patiënten met een strafrechtelijke titel hebben recht op kwalitatief goede zorg. Tegelijkertijd kan beveiliging nodig zijn om de maatschappij te beschermen.
- Inzicht krijgen in de behoefte aan forensische zorg in een strafrechtelijk kader en in de kosten daarvan.

Om deze doelen te bereiken, wordt het huidige stelsel ingrijpend veranderd. Nu is het stelsel aanbodgericht: de zorginstellingen bepalen het aanbod van forensische zorg in strafrechtelijk kader. Het nieuwe stelsel wordt vraaggericht: de beveiliging en zorg die de patiënt nodig heeft, bepaalt waar hij/zij wordt geplaatst en daarmee bij welke voorziening die beveiliging en zorg wordt ingekocht. Bovenstaande doelen van het programma 'Vernieuwing Forensische Zorg' gelden onverkort voor de longstay forensische zorg.

Om verkeerde beddenproblematiek te voorkomen wordt de lfz populatie gedifferentieerd naar beveiliging en zorg (hoofdstuk 1), om de doorstroom en

uitstroom te bevorderen zijn er maatregelen genomen (zie hoofdstuk 2 en hoofdstuk 4), verbetering van kwaliteit van leven en zorg krijgt aandacht (hoofdstuk 3) evenals het versterken van de rechtspositie van de lfz tbs-gestelde patiënt (hoofdstuk 5).

Het beleidskader longstay forensische zorg zal maximaal twee jaar na inwerkingtreding worden geëvalueerd. Deze evaluatie zal meer inzicht bieden in de verscheidenheid van de populatie en haar behoefte aan beveiliging en zorg. Op basis van deze evaluatie zal worden bepaald of aanpassingen van het beleid wenselijk zijn.

2 Differentiatie van de lfz populatie

2.1 Uitgangspunten bij het differentiëren

- Er moet beveiliging en zorg op maat worden geboden. De individuele beveiligingsnoodzaak moet, gezien de maatschappelijke veiligheid, leidend zijn bij plaatsing.
- De differentiatie moet verkeerdebeddenproblematiek voorkomen.
- Er worden meerdere niveaus van beveiliging en zorg aangeboden.
- De differentiatie moet inzicht geven in benodigde voorzieningen.

2.2 Bepalen van individuele beveiligingsnoodzaak en zorgbehoefte

Zorg op maat wordt geboden wanneer er op individueel niveau beoordeeld wordt welke noden en behoefte er bestaan. Het indicatiestellinginstrument voor forensisch psychiatrische patiënten leidt, door middel van een systematische inventarisatie, tot beveiliging en zorg op maat en is toe te passen op de lfz populatie. Dit gebeurt als volgt:

- Onafhankelijke behandelinhoudelijk deskundigen vullen een vast format (voorbeeld Bijlage II) in en zien de patiënt (face to face).
- Met behulp van het indicatiestellinginstrument wordt daarna de individuele beveiligingsnoodzaak en zorgbehoefte vastgesteld. Dit instrument is 'een hulpmiddel om te komen tot indicatiestelling in de forensische zorg'. Het is een inventarisatie van alle informatie die beschikbaar is over de lfz tbs-gestelde. Onderdelen van deze inventarisatie zijn onder andere risicotaxatiescores, hulpverleningsgeschiedenis, verslavingsanamnese en DSM IV TR diagnose.

Naast de individuele beveiligingsnoodzaak en zorgbehoefte (indicatiestelling), is het betrekken van kennis over verschillende groepen tbs-gestelden van belang bij het kiezen van het meest passende individuele hulpaanbod. Individuele patiënten maken veelal deel uit van een bepaalde doelgroep, met bijbehorende specifieke groepskenmerken. Denk aan doelgroepen als: psychotisch kwetsbare patiënten, psychopaten, persoonlijkheidsgestoorden, mensen met een autistische stoornis, manisch depressieve mensen, zedendelinquenten, verstandelijk gehandicapten. Het hulpaanbod moet worden afgestemd op de kenmerken van deze doelgroepen. Kennis daarvan kan van belang zijn voor de organisatie van het hulpaanbod voor de betreffende doelgroep. Sommige doelgroepen kunnen slecht samen binnen éénzelfde groep of setting functioneren (bv. psychotisch kwetsbaren en agressieve persoonlijkheidsgestoorden), of vormen een gevaar voor een andere doelgroep (bv. seksuele delinquenten en zwakbegaafden). Ook kunnen de doelen waaraan gewerkt wordt per doelgroep verschillen: bv. verandering (vermindering van de stoornis) of het accepteren van de noodzaak van (zelf)controle, als de stoornis relatief slecht behandelbaar is.

2.3 Combinaties van beveiligingsnoodzaak en zorgbehoeften

Onderstaand schema toont drie beveiligingsniveaus (hoog/midden/laag) in combinatie met drie niveaus van zorg (hoog/matig en laag) die op de lfz populatie van toepassing zijn:

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

Voorbeelden van gecombineerde beveiliging en zorg:

- 1 Gemiddeld of hoog beveiligingsniveau, lage zorgintensiteit.
Kenmerken:
 - a Gesloten longstay-afdeling.
 - b Restrictief therapeutisch klimaat met veel controle en structuur.
 - c Geïndiceerd als er sprake is van gevaar (fysiek, vlucht, recidive) bij iemand die geen behandeling (meer) ontvangt in het kader van resocialisatie. Behandeling bestaat uit het terugdringen van (psychiatrische) stoornissen.

- 2 Gemiddelde of hoog beveiligingsniveau, gemiddelde zorgintensiteit.
Kenmerken:
 - a Gesloten long care + afdeling.
 - b Intensief therapeutisch klimaat, met sterk geïndividualiseerde aandacht.
 - c Geïndiceerd bij iemand die zorg (care) en begeleiding nodig heeft om te kunnen functioneren, maar waarbij behandelen, in het kader van resocialisatie, geen meerwaarde meer heeft (wel eventueel onderhoudsdosering van medicatie).

- 3 Zeer hoog beveiligingsniveau en hoge zorgintensiteit.
Kenmerken:
 - a Hoge materiële beveiliging in een afgesloten, overzichtelijke, uit enkele patiënten.
 - b bestaande gesloten unit c.q. separeerruimte.
 - c Intensieve individuele zorg c.q. "hand-in-hand"begeleiding.
 - d Geen activiteiten buiten de unit.
 - e Geïndiceerd bij zeer acuut gevaar van een ernstig delict, ontsnappingsgevaar, onbetrouwbaarheid op afspraken, ontbrekende werkrelatie, langerdurend zeer gevaarlijk.

- 4 Laag beveiligingsniveau en hoge zorgintensiteit
Kenmerken:
 - a Intensieve individuele zorg c.q. "hand-in-hand"begeleiding.
 - b Lage materiële beveiliging.
 - c Hoge zorg in de vorm van toezicht en begeleiding.
 - d Longcare voorziening.
 - e Psychisch kwetsbare patiënten (psychotische of autistische stoornissen, patiënten met niet aangeboren hersenletsel). Deze combinatie kan, in veel gevallen, ook geboden worden in de reguliere GGz.
 - f Wanneer een patiënt plaatsbaar is in de reguliere GGz moet bezien worden of de tbs-titel beëindigd kan worden.

Uiteraard zijn er meerdere dan alleen bovenstaand gegeven, combinaties van beveiliging en zorg mogelijk.

2.4 Differentiatie van voorzieningen

Voor de maatschappelijke veiligheid is het van belang dat lfz tbs-gestelden primair worden geplaatst op het noodzakelijke beveiligingsniveau. Om lfz tbs-gestelden perspectief te bieden op ontwikkeling en om decompensatie van de stoornis te voorkomen kunnen de differentiaties in beveiliging en zorg het beste vorm gegeven worden binnen één voorziening. Binnen deze beveiligingsniveaus kunnen differentiaties op het gebied van zorg, mate van toezicht, de structuur en therapeutisch (behandel) milieu worden aangebracht. (zie Bijlage III)

Er kunnen ook specialisaties ontwikkeld worden waar er per voorziening één vorm van beveiliging met differentiaties van zorg worden geboden. Een voorbeeld hiervan is PI Vught waar alleen hoge beveiliging (in combinatie met lage/matige zorg) wordt geboden.

3 Instroomcriteria en plaatsingsprocedure

3.1 Instroomcriteria

De instroomcriteria en de plaatsingsprocedure zijn nagenoeg hetzelfde gebleven als de criteria/procedure uit het beleidskader van 2005. Aan het eerste instroomcriterium is toegevoegd: 'Het risico blijkt uit een recente risicotaxatie (niet ouder dan een jaar)'.

De instroomcriteria:

- 1 Er bestaat risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict pleegt (zie voetnoot voor omschrijving van de typen delicten). Dit risico voor fysieke 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). Het hoeft overigens niet per se zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk ernstig delict heeft gepleegd.
- 2 Beveiliging naast eventuele zorg is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot onder 1. genoemde delicten komt.
- 3 Het delictrisico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten de onder 2. genoemde vormen van beveiliging en toezicht kan.
- 4 De tbs- gestelde heeft conform "state of the art" alle behandelingsmogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar. Bij bepaalde individuen die zeer gevoelig zijn voor decompensatie kan een multidisciplinair onderzoek op indicatie door de Landelijke adviescommissie plaatsing (Lap) de tweede behandelingspoging vervangen.
- 5 Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.

3.2 Aanvragen van longstay forensische zorgindicatie

Aanvragen van een lfz indicatie:

- Op grond van haar wettelijke aansprakelijkheid voor de invulling van de behandeling (art. 17 Bvt) is het forensisch psychiatrisch centrum (fpc) verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie voor de aanvraag van de lfz.
- De aanvraag wordt door het fpc, via een vast format (Zie Bijlage IV) ingediend bij de afdeling Plaatsing van het ministerie van Justitie. De afdeling Plaatsing vraagt bij het NIFP een multidisciplinaire (md) rapportage ten behoeve van de toetsing van de longstayaanvraag aan.
- Wanneer de documentatie compleet is vraagt afdeling Plaatsing een onafhankelijk deskundig advies aan de Landelijke adviescommissie plaatsing (de Lap).

De Lap:

- De Lap toetst de aanvraag voor de lfz status op basis van eigen onderzoek en alle relevante dossierstukken.
- Wanneer de Lap concludeert dat de noodzaak voor langdurige beveiliging en zorg niet kan worden vastgesteld en er nog behandelingsmogelijkheden zijn, geeft zij een negatief plaatsingsadvies aan de afdeling Plaatsing. Daarbij zal zij deze conclusie motiveren. De Lap kan tevens een behandeladvies geven.
- Wanneer de Lap concludeert dat er gedegen grond is voor een lfz indicatie zal zij positief adviseren aan het hoofd van de afdeling Plaatsing. De Lap geeft daarbij

aan welk beveiligingsniveau en zorgbehoefte vereist is. De vereiste niveaus worden bepaald aan de hand van een vast format (zie bijlage II).

- Het hoofd Plaatsing DForZo beslist vervolgens namens de minister van Justitie of er een lfz indicatie wordt afgegeven. Indien deze indicatie (tegen het LAP advies in) niet wordt afgegeven door het Hoofd Plaatsing communiceert hij deze afwijzing omkleed met redenen naar patiënt, kliniek en de Lap commissie.

Indien er een lfz indicatie wordt afgegeven:

- De tbs-gestelde wordt aangemeld bij de lfz voorziening. Deze neemt de plaatsing aan tenzij er gegronde redenen zijn om hiervan af te zien.
- Het hoofd Plaatsing DForZo geeft, namens de minister, een plaatsingsbeschikking af na de voorgeschreven hoorprocedure.
- De tbs-gestelde kan, binnen 8 werkdagen na de datering van de getekende plaatsingsbeschikking, tegen de plaatsingsbeschikking in beroep gaan bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (art. 69 lid 1 sub a Bvt). De advocaat van de betrokken tbs-gestelde wordt binnen 2 werkdagen op de hoogte gesteld van de voorgenomen plaatsing.

4 Kwaliteit van leven en zorg op een lfz voorziening

4.1 Inleiding

Plaatsing in de longstay forensische zorg is ingrijpend. De lfz tbs-gestelden nemen niet langer deel aan de samenleving en ook in de nabije toekomst is daar, over het algemeen, geen zicht op. Perspectief ontbreekt op meerdere levensgebieden. Zo is het moeilijk om een (partner) relatie met iemand op te bouwen, zijn de mogelijkheden om een studie te volgen of de vrije tijd in te vullen beperkt en is er in het aanbod van werkzaamheden weinig variëteit.

Het streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en zorg is van belang om de lfz tbs-gestelde, binnen zijn beperkte mogelijkheden, perspectief op ontwikkeling te bieden.

Een behandelplan (3.1) en zorgprogramma's (3.2) kunnen binnen de beperking van de longstay forensische zorg, ontwikkeling stimuleren. Van belang is dat haalbare doelen worden opgenomen in het behandelplan en dat de juiste zorgprogramma's worden toegepast op de patiënt. Het therapeutische klimaat (3.3) vormt de basis waarbinnen het behandelplan en de zorgprogramma's moeten worden uitgevoerd. Voorwaarden om een goed therapeutisch klimaat te creëren zijn stabiliteit in de kwaliteit en kwantiteit van personeel (3.4) en een naar beveiligingsnoodzaak en zorgbehoefte aangepaste woonomgeving (3.5)

4.2 Behandelplan

Elke lfz tbs-gestelde heeft een behandelplan. Hierin worden onder andere de diagnose, het behandelverloop en de doelen ten aanzien van verschillende leefgebieden vastgelegd, waar de tbs-gestelde en het behandelteam aan kunnen werken. Streven naar haalbare doelen biedt perspectief voor de lfz tbs-gestelde. Bij de jaarlijkse evaluatie van het behandelplan is het belangrijk om alert te zijn op ontwikkelingen die weer perspectief bieden op behandeling van de stoornis. Dan is terugplaatsing van de lfz tbs-gestelde naar een behandeltraject dat zich richt op resocialisatie aangewezen.

Het monitoren van ontwikkelingen bij patiënten dient te gebeuren aan de hand van gevalideerde meetinstrumenten die periodiek worden afgenomen zodat er mettertijd een stijgende, dalende of stabiele lijn kan worden waargenomen. Ten behoeve van het monitoren van deze ontwikkelingen worden momenteel meetinstrumenten ontwikkeld.

De behandeling en zorg in de lfz voorziening is niet gericht op resocialisatie, maar op stabilisatie van de psychiatrische stoornis. De behandeling richt zich o.a. op het terugdringen van de symptomen van de stoornis, hetzij medicamenteus, hetzij gedragsmatig, zodat het verblijf binnen een lfz voorziening zoveel mogelijk kwaliteit van leven biedt. De behandeling van de stoornis die heeft geleid tot de lfz indicatie is vaak intensief vanwege de complexiteit van de stoornis en de daarmee gepaard gaande gedragsmatige uitingen.

Bij overplaatsingen (ook bij uitzetting van een ongewenst verklaarde lfz patiënt) geldt dat de uitvoerige rapportage van de tbs-gestelde met hem wordt overgedragen en dat er een 'warme' overdracht plaatsheeft. Niet alleen scores van risicotaxaties worden overgedragen maar ook de manier (weging) waarop men tot die score is gekomen. Transparantie van werkwijze en behandeling is voor de tbs-

gestelde en zijn toekomstige behandelaar van belang om te komen tot een goed behandelplan.

4.3 Zorgprogramma's

De complexiteit van de psychiatrische stoornissen in combinatie met het veranderde behandeldoel (geen resocialisatie maar stabilisatie) geeft aanleiding tot de ontwikkeling van een speciaal zorgprogramma voor l fz tbs-gestelden. Dit zorgprogramma wordt ontwikkeld door behandel inhoudelijk verantwoordelijken van l fz voorzieningen in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Het zorgprogramma longstay forensische zorg (LFZ) zal gereed zijn in het voorjaar van 2009. Het zorgprogramma l fz verwijst op relevante onderdelen naar andere zorgprogramma's zoals de reeds ontwikkelde zorgprogramma's seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG), persoonlijkheidsstoornissen (PS) en verslavingzorg (VZ). In het zorgprogramma l fz wordt veel aandacht besteed aan de kwaliteit van leven omdat het verblijf in veel gevallen langdurig van karakter is.

Bij ongeveer de helft van de l fz tbs-gestelden was in de periode voor tbs-opname sprake van problematisch middelengebruik in combinatie met een AS I en/of AS II stoornissen. Daarom is een goed verslavingsbeleid in elke l fz voorziening noodzakelijk. De ontwikkeling van het zorgprogramma VZ en een bijstelling van het beleid op het gebied van middelengebruik naar aanleiding van een onderzoek leveren een wezenlijke bijdrage bij de aanpak van de verslavingsproblematiek. Ook het zorgprogramma PS en het zorgprogramma SGG zullen worden gebruikt op een l fz voorziening, omdat beide stoornissen daar veel voorkomen. Het zorgprogramma psychotisch kwetsbaren (PK) is in ontwikkeling en zal voornamelijk van toepassing zijn op longcare patiënten.

4.4 Therapeutisch klimaat en autonomie

Het therapeutisch klimaat moet zoveel mogelijk aansluiten bij de mogelijkheden van de tbs-gestelde. Onnodige beperkingen in autonomie moeten worden vermeden omdat de leefomgeving en keuzen van de l fz tbs-gestelden voor een aanzienlijk deel al bepaald worden door de (juridische) status, de omgeving en stoornis van de tbs-gestelde. Om learned helplessness te voorkomen is het raadzaam de tbs-gestelde, zoveel als toelaatbaar, invloed te laten hebben op zijn (leef)wereld. Dat kan al vorm krijgen bij kleine zaken zoals het (mede) bepalen van het menu maar bijvoorbeeld ook in het uitdenken en organiseren van afdelingsactiviteiten, waardoor de patiënt meerdere rollen kan uitoefenen. Dit verhoogt de zelfwaarde van een patiënt. Het differentiëren en invullen van therapeutische milieus is de verantwoordelijkheid van de behandelinhoudelijk verantwoordelijken en coördinatoren van de l fz voorzieningen. Het zorgprogramma LFZ dient voor de invulling van het milieu als leidraad. Een voorbeeld van een interne differentiatie op afdelingsniveau ten behoeve van het therapeutische klimaat is te zien in bijlage III.

4.5 Op zorg en beveiliging toegesneden personeel.

In het kader van een aanbeveling van de commissie Visser is geïnventariseerd welke opleidingen beschikbaar en nodig zijn voor de forensische psychiatrie. Een opleiding die zich specifiek richt op l fz problematiek is (nog) niet beschikbaar. Differentiatie van de populatie kan tot gevolg hebben dat er ook differentiatie in het personeel aangebracht moeten worden. Zo kan er op een longcare l fz voorziening behoefte zijn aan een verpleegkundige voor de somatische zorg, terwijl voor het omgaan met patiënten die een persoonlijkheidsstoornis hebben medewerkers met werkervaring in penitentiaire instellingen of agogisch geschoold personeel juist een goede aanvulling kunnen zijn op het personeelsbestand.

In verband met de vergrijzing van de lfz populatie is een geriater (of een andere deskundige op het gebied van ouderenzorg) aangewezen om de kwaliteit van zorg voor oudere tbs-gestelden te borgen. Naar gelang de (groeierende) behoefte kan een deze, op consultbasis of in dienst van de zorgaanbieder, de ouder wordende patiënten behandelen.

Het werken met tbs-gestelden en met lfz tbs-gestelden in het bijzonder, is uitdagend maar ook zwaar. Het vraagt om medewerkers met enige levenservaring en een, op forensische psychiatrische zorg gerichte, opleiding. De begeleiding en zorg van lfz tbs-gestelden moet gezien worden als een specialisatie in de forensische psychiatrie, analoog aan gespecialiseerde afdelingen van algemene ziekenhuizen.

4.6 Levensloop bestendige voorzieningen

Voor die lfz tbs-gestelden die, mogelijk, de rest van hun leven in lfz voorzieningen moeten doorbrengen zijn levensloopbestendige voorzieningen nodig. Als de voorzieningen levensloopbestendig zijn hoeven tbs-gestelden wanneer zij ouder worden of (mentaal, fysiek) achteruit gaan niet te verhuizen naar een andere voorziening. Voorzieningen kunnen levensloopbestendig worden gemaakt met behulp van zogenaamde Domotica.

Domotica staat voor de elektronische communicatie tussen allerlei elektrische toepassingen in de voorziening en omgeving van de voorziening. In een Domotica voorziening worden zorgtaken, communicatie, ontspanning en andere huiselijke bezigheden door toepassing van talrijke elektrische apparaten en netwerken gemakkelijker gemaakt. Zowel in de verstandelijke gehandicaptenzorg als in de GGz worden onderdelen van Domotica toegepast om patiënten langer zelfstandig te kunnen laten wonen.

Bij een lfz tbs-gestelde kan het delictgevaar afnemen met het vorderen van de leeftijd. Het is van belang om bij de driejaarlijkse toets goed te beoordelen of deze ouder wordende patiënt niet met minder beveiliging toe kan of dat een ander zorgvoorziening betere beveiliging en zorg op maat biedt.

5 Instroom en uitstroom van lfz tbs-gestelden

5.1 Beperken van de instroom

Aan het beperken van de instroom in de lfz dragen drie maatregelen bij:

- Verlenging van de duur van de voorwaardelijke beëindiging van de tbs met bevel tot verpleging van 3 naar 9 jaar (met ingang van 1 januari 2008 van kracht).
- Intensivering van het forensisch psychiatrisch toezicht.
- Realisatie van meer aansluitende zorgvoorzieningen.

Deze maatregelen bieden de zogenaamde 'slow learners' (tbs-gestelden waarbij het langer duurt om de behandeling te laten beklijven of om (sociale) vaardigheden aan te leren) meer alternatieven voor uitstroom waardoor de kans op plaatsing in een lfz voorziening afneemt. De instroom in de lfz voorzieningen wordt zodoende teruggedrongen. Een groep die ook valt onder de 'slow learners' is de populatie Sterk Gedrag Gestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten, de SGLVG populatie. Ten behoeve van deze populatie wordt door Hoeve Boschoord een voorziening ontwikkeld die zich speciaal richt op de SGLVG populatie. Alvorens een SVLVG tbs-gestelde wordt voorgedragen voor een lfz indicatie is het mogelijk Hoeve Boschoord te laten adviseren of behandeling/plaatsing in die voorziening voor betreffende patiënt een optie is.

Indien plaatsing van een tbs-gestelde, vanwege zijn geringe beveiligingsnoodzaak, in een GGz voorziening mogelijk is, kan het aanvragen van een lfz indicatie achterwege blijven. Bij plaatsing van de tbs-gestelde in de reguliere GGz dient overwogen te worden of de tbs titel beëindigd kan worden.

5.2 Bevorderen van de uitstroom

5.2.1 *Inkoop en ketenvorming.*

Sinds 1 januari 2008 koopt Justitie zelf zorg in. Hierdoor kunnen op elkaar aansluitende voorzieningen worden ingekocht (ketenvorming). Met de ontwikkeling van de ketenvorming in de forensische psychiatrie komen er meer mogelijkheden om lfz tbs-gestelden in passende voorzieningen (over) te plaatsen. Dit bevordert de door-en uitstroom van lfz patiënten.

Ook de indicatiestelling en de DB(B)C systematiek dragen bij aan de ketenvorming. Een DBBC is opgebouwd uit verschillende componenten zoals behandeling en verblijf en bestaat uit een beschrijving van verrichtingen binnen een bepaalde setting waaraan een tarief wordt gekoppeld. Op basis van DBBC's wordt (achteraf, na registratie van verrichtingen) afgerekend. DBBC's bewerkstelligen een transparantere kostensystematiek in de zorg, maar geven ook inzicht in de meest benodigde voorzieningen. Hierdoor kunnen plaatsen, steeds meer en beter, op maat (naar zorg en beveiliging) worden ingekocht.

5.2.2 *Aansluiting juridische systemen.*

Het is voor een soepele doorstroming van belang dat de juridische systemen van de forensische psychiatrie en de overige gezondheidszorg goed op elkaar aansluiten. De wetsvoorstellen Forensische Zorg (waarin de inkoopfunctie van Justitie en daarmee samenhangende zaken worden gereguleerd) en de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg (opvolger van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) zijn hiertoe in voorbereiding. De twee wetten hangen

sterk samen en moeten er in de toekomst voor zorgen dat tbs-gestelden naadloos, zowel in juridische als in financiële zin, van het ene naar het andere systeem kunnen overgaan.

5.2.3 *Periodieke toets.*

Uit de periodieke toets die in dit kader wordt geïntroduceerd (zie 5.4) kan blijken dat voortzetting van het verblijf op de lfz afdeling niet langer noodzakelijk is omdat het delictisico is afgenomen. Zo kunnen tbs-gestelden zich na enige tijd wel openstellen voor een behandeling die zij eerder afwezen, kunnen behandelstrategieën in de loop der jaren verbeteren, medicijnen sterk verbeteren of beschikbaar komen en kan de psychiatrische stoornis van de tbs-gestelde afnemen of veranderen met de leeftijd. Ook is denkbaar dat de beheersproblematiek dusdanig is afgenomen dat doorplaatsing naar een minder beveiligde verblijfsvoorziening in de reguliere GGz mogelijk is. Wanneer een patiënt plaatsbaar is in de reguliere GGz moet overwogen worden of de tbs-titel beëindigd kan worden.

Met de introductie van de periodieke toets in het beleidskader wordt elke drie jaar beoordeeld of de patiënt de langdurige zorg en beveiliging nog nodig heeft. Deze maatregel zal, naar verwachting, de uitstroom van lfz tbs-gestelden bevorderen.

5.2.4 *Ontwikkelingen evalueren.*

Het is evident om ontwikkelingen op het gebied van elektronische volgsystemen nauwlettend te volgen evenals ontwikkelingen in de neurobiologische en psychologische wetenschap. Voortdurend dient nagegaan te worden of de maatschappij op een minder ingrijpende wijze beschermd kan worden en of behandeling gericht op resocialisatie opnieuw mogelijk is. Wanneer een behandelteam concludeert dat ontwikkelingen aanleiding vormen tot het beëindigen van de lfz status wordt bij de afdeling Plaatsing een opheffing van de lfz status aangevraagd. De afdeling Plaatsing wint advies in bij de Lap die de aanvraag beoordeelt. Het hoofd afdeling Plaatsing besluit, namens de minister, om de lfz status wel dan niet te verlengen.

Met betrekking tot de categorie ongewenste vreemdelingen in de longstay forensische zorg geldt dat voortdurend onderzocht moet worden of ontwikkelingen met betrekking tot de (politieke) situatie in het land van herkomst repatriëring toelaat.

6 De rechtspositie van een lfz tbs-gestelde

6.1 Rechtspositie van de tbs-gestelde op een lfz voorziening

De interne rechtspositie betreft de bejegening van de tbs-gestelde binnen een voorziening en de externe rechtspositie betreft beslissingen over oplegging, verlenging en (voorwaardelijke) beëindiging van de tbs maatregel. In principe verandert de interne en externe rechtspositie van de lfz tbs-gestelde ten opzichte van een tbs-gestelde niet. De tbs titel blijft immers van kracht. Zodoende wordt ook bij de lfz tbs-gestelde tweejaarlijks door de rechter getoetst of de tbs maatregel verlengd moet worden.

6.2 Verlenging van de tbs maatregel

De verlenging van de tbs als maatregel wordt tweejaarlijks door de rechter beoordeeld. Er was geen structurele rechtsgeldige mogelijkheid om te beoordelen of voortzetting van het verblijf in de lfz nog gerechtvaardigd is. Hierdoor komt het voor dat de rechter niet alleen een rechterlijke toets doet maar ook een inhoudelijke. Wanneer de rechter van mening is dat voortzetting van de lfz status niet meer gerechtvaardigd is, kan hij deze status beëindigen door het niet verlengen van de tbs maatregel. Wanneer de rechter de tbs maatregel niet verlengd wordt daarmee de beslissing van de minister (lfz indicatie) ongedaan gemaakt. Echter niet de rechter maar de minister van Justitie is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de tbs maatregel.

Dit beleidskader introduceert een periodieke (driejaarlijkse) toets door de onafhankelijke landelijke adviescommissie plaatsing (de Lap, zie 5.4). Door periodiek te beoordelen of voortzetting van de lfz status nog gerechtvaardigd is, wordt de rechtspositie van de lfz patiënt verbeterd.

6.3 Uitvoering van de periodieke toets.

Door middel van een periodieke toets wordt driejaarlijks door de Lap beoordeeld of voortzetting van de lfz status nog gerechtvaardigd is. 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. Voorwaarde bij de periodieke toets is dat de beoordelaar niet alleen het volledige dossier toetst maar de patiënt ook heeft gezien (face-to-face). De beoordelaar heeft de ontmoeting met de patiënt om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de patiënt.

Uitkomsten en gevolg van de periodieke toets:

- 1 Toets wijst uit dat het recidiverisico is afgenomen en behandeling met als doel resocialisatie weer een optie is. De Lap adviseert de minister van justitie de lfz status te beëindigen. Indien de minister besluit de lfz status te beëindigen kan de tbs-gestelde worden teruggeplaatst naar een voorziening waar de behandeling zich weer richt op resocialisatie.
- 2 Toets wijst uit dat voor het beteugelen van het recidiverisico geen lfz voorziening meer nodig is, maar dat van resocialisatie geen sprake kan zijn. De Lap adviseert de minister de lfz status te beëindigen en geeft een advies over de vervolgvoorziening. De lfz status wordt door de minister beëindigd. Plaatsing op een verblijfsafdeling in de GGz kan met betrekking tot kwaliteit van leven een optie zijn. In het bijzonder de categorie 'longcare' (lage beveiliging en hoge zorgbehoefte) komt hier voor in aanmerking. Overwogen moet worden of de tbs titel beëindigd kan worden bij plaatsing in de GGz.

- 3 Toets wijst uit dat het recidiverisico onveranderd hoog is. De lfz status blijft gehandhaafd.

Bij onduidelijkheid over de behandelingsvatbaarheid beslist het hoofd afdeling Plaatsing, namens de minister, of er overgegaan moet worden tot een proefplaatsing in een behandelvoorziening.

Bij de uitvoering van een periodieke toets moet maatwerk worden geleverd. Indien de lfz tbs-gestelde, zijn advocaat en het behandelteam de periodieke toets niet nodig achten, moet deze achterwege blijven. Zij kunnen elk moment op die beslissing terugkomen.

6.4 De Landelijke adviescommissie plaatsing (Lap)

De Landelijke Adviescommissie Plaatsing (Lap) is een onafhankelijke commissie die (op basis van ingevulde formats) toetst of men naar geldend psychiatrisch inzicht in alle redelijkheid tot de vaststelling kan komen dat een voortzetting van op verandering gerichte behandeling niet langer zinvol is en of de door de kliniek beoogde vervolgvoorziening passend is. Deze toets vindt in beginsel plaats op basis van uitvoerig dossieronderzoek. Voorwaarde hierbij is dat er een recente onafhankelijke multidisciplinaire rapportage beschikbaar is waarvoor de rapporteurs de tbs-gestelde hebben bezocht (face-to-face) ofwel in het kader van een contra-expertise naar aanleiding van een verlofaanvraag ofwel in het kader van een zesjaarsverlenging ex art. 509 o lid 4 Sv. Ontbreekt een dergelijke rapportage dan gelast de commissie deze alsnog.

De Lap wordt, ten behoeve van de rechten van de tbs-gestelde en het bewaken van de rechtsgang bij plaatsing in de lfz, verzaamd met een jurist in de rol van voorzitter.

De jurist beoordeelt of de regels in acht zijn genomen en waarborgt de onafhankelijkheid van het advies. De behandelinhoudelijke toets van de aanvraag tot lfz plaatsing blijft de verantwoordelijkheid van de gedragskundige leden van de commissie.

6.5 Verlof

Voor lfz tbs-gestelden is resocialisatie, binnen afzienbare tijd, niet aan de orde. Het begeleide verlof heeft een humanitaire functie; het verhoogt de kwaliteit van leven op een lfz voorziening, tempert spanningen binnen de voorziening en maakt dat de tbs-gestelde het verblijf beter kan aanvaarden. Een aanvraag voor begeleid verlof op humanitaire gronden wordt getoetst door het Adviescollege Verlof Toetsing (AVT). Dit is een onafhankelijke commissie die aan de Minister van Justitie adviseert over het verlenen van verlof aan tbs-gestelden. In 2005 werd in het verloftoetsingskader voor lfz tbs-gestelden vastgelegd dat zij alleen in aanmerking komen voor begeleid verlof gericht op verhoging van de kwaliteit van het leven op een lfz voorziening. In het huidige beleidskader (2008) worden de mogelijkheden tot verlof niet verruimd.

Met betrekking tot verlofmogelijkheden en vrijheden wordt verder verwezen naar het verloftoetsingskader 2008 van het ministerie van Justitie.

BIJLAGE I

De brief van de Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2007-2008, 29 452, nr. 92) over de beleidsstandpunten met betrekking tot de longstay forensische zorg.

1 Inleiding

In het plan van aanpak tbs (Kamerstukken II 2006/07, 29 452, nr. 48) is aangekondigd dat het beleid inzake blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden wordt voortgezet en versterkt. In de tweede voortgangsrapportage tbs/Forensische zorg in strafrechtelijk kader (Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 79) is een nieuw beleidskader aangekondigd voor gedifferentieerde voorzieningen voor blijvend delictgevaarlijken in de tbs. Met deze brief informeer ik uw Kamer over mijn beleidsstandpunt. Ik geef in deze brief eveneens een reactie op het advies van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) over de longstay (van 1 februari 2008, inclusief het aanvullende advies van 29 april 2008), dat betrokken is bij de totstandkoming van het beleidsstandpunt. Hiermee voldoe ik aan het verzoek van de Vaste commissie voor Justitie (08-Just-B-019). Mijn beleidsstandpunt wordt uitgewerkt in een Beleidskader longstay forensische zorg, dat uiterlijk in december 2008 gereed zal zijn.

Hieronder ga ik achtereenvolgens in op de ontwikkelingen in de longstay, de uitgangspunten en wijzigingen van het beleidskader, en tot slot geef ik een reactie op het advies van de RSJ.

2 Ontwikkelingen

Er is een categorie tbs-gestelden bij wie het recidiverisico zo groot is dat resocialisatie in het belang van de veiligheid is uitgesloten. Bij hen heeft de tbs-behandeling niet geleid tot voldoende afname van het recidiverisico. Zij hebben langdurige zorg en beveiliging nodig die gericht zijn op stabilisatie van de geestelijke stoornis.

Op 23 augustus 2005 heb ik uw Kamer het Beleidskader longstay in de tbs gezonden (Kamerstukken II 2004/05, 29 452, nr. 35). Dit kader beschrijft de procedure voor de plaatsing van blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden in de longstay, de voortzetting en beëindiging van de longstay en de toetsing hiervan. In dit kader wordt de longstay gedefinieerd als een voorziening voor personen die niet alleen zorgafhankelijk zijn maar daarenboven langdurige beveiliging nodig hebben. De zogenaamde longcare-categorie, dat wil zeggen tbs-gestelden die ook langdurige zorg behoeven, maar waarbij de beveiliging minder vooropstaat, werd buiten het Beleidskader longstay gehouden. Dit beleidskader bepaalt eveneens dat longstaytbs-gestelden niet meer in aanmerking komen voor verlof gericht op terugkeer in de samenleving. Alleen begeleid verlof op humanitaire gronden is toegestaan.

Op 1 juni 2008 verbleven 172 tbs-gestelden in een longstayvoorziening; dit is bijna 9% van de totale tbs-populatie. Deze groep is divers van samenstelling. Het betreft een longstaypopulatie met verschillende, ernstige psychische stoornissen en een daarmee gepaard gaande gevarieerde zorg- en beveiligingsbehoefte. Hun gemeenschappelijke kenmerk is dat zij zijn aangewezen op langdurige zorg en beveiliging. De aanname dat een longstayplaats goedkoper zou zijn dan een reguliere behandelplaats, is achteraf niet juist gebleken.

Om recht te doen aan de diversiteit van de categorie tbs-gestelden die langdurig is aangewezen op beveiliging en zorg wordt het huidige Beleidskader longstay vervangen door het Beleidskader longstay forensische zorg. Het nieuwe kader wordt in paragraaf 4 uiteengezet. Hieronder volgen eerst de uitgangspunten.

3 Uitgangspunten

Tbs-gestelden worden behandeld met het oog op resocialisatie. Bij sommigen kan de behandeling kortdurend zijn, anderen hebben een langdurige behandeling nodig om op verantwoorde wijze terug te kunnen keren naar de samenleving. De tbs-behandeling is dus een kwestie van maatwerk. Met de introductie van forensisch psychiatrisch toezicht gekoppeld aan een langdurig toezicht kan ook een deel van de tbs-gestelden die intensiever en langduriger toezicht nodig hebben op den duur uitstromen uit de tbs en veilig en verantwoord reïntegreren.

Tbs-gestelden bij wie de behandeling niet leidt tot een vermindering van het delictgevaar en daarom niet kunnen resocialiseren, zijn aangewezen op langdurige forensische zorg en beveiliging. De beslissing daartoe wordt ingegeven door de maatschappelijke veiligheid. Deze tbs-gestelden behoeven langdurige beveiliging, verpleging en behandeling die op speciaal daartoe geëquipeerde verblijfsafdelingen kunnen worden geboden. De behandeling binnen het langdurige verblijf is niet gericht op resocialisatie maar op stabilisatie van de psychische stoornis.

Tbs-gestelden moeten voldoen aan de criteria voor plaatsing in een voorziening voor longstay forensische zorg. Indien dit niet het geval is, worden zij niet in deze voorziening geplaatst. Voor hen moeten dan binnen het systeem van de forensische zorg alternatieven voor behandeling en uitstroom worden gevonden. Hiervoor is het noodzakelijk dat er voldoende aanbod is van aanvullende zorgvoorzieningen, zoals beschermde woonvormen of ambulante geestelijke gezondheidszorg. Justitie kan deze gedifferentieerde zorgvoorzieningen sinds 1 januari 2008 zelf inkopen. Er mag in de longstay forensische zorg geen sprake zijn van 'verkeerde beddenproblematiek'.

De beslissing tot plaatsing op een afdeling voor longstay forensische zorg wordt genomen door de Minister van Justitie, omdat hij verantwoordelijk is voor de tenuitvoerlegging van de tbs. Dit laat onverlet dat de rechter periodiek beslist over de verlenging van de tbs.

De rechtspositie van de tbs-gestelde moet zijn gewaarborgd bij plaatsing en bij voortzetting van de plaatsing in een voorziening voor longstay forensische zorg.

Het beveiligings- en zorgniveau van het langdurige verblijf wordt bepaald door de individuele beveiligings- en zorgbehoefte. Deze varieert van een hoge, midden tot lage beveiligingsnoodzaak, en van een hoge, midden tot lage zorgbehoefte. Het niveau van beveiliging en zorg is maatwerk. Binnen de longstay forensische zorg is geen sprake van combinaties van weinig beveiliging en weinig zorg.

Het verblijf in de longstay kan, indien het delictgevaar voortduurt, een levenslang karakter krijgen. Maar het verblijf krijgt niet per definitie een levenslang karakter. Door nieuwe medische ontwikkelingen en behandelmethoden of een wijziging in het behandelperspectief of ziekte-inzicht, kan terugplaatsing op een reguliere behandelplaats en op den duur resocialisatie mogelijk zijn. Voorkomen moet worden dat de longstay forensische zorg een per definitie onomkeerbaar en daarmee perspectiefloos traject wordt.

4 Beleidskader longstay forensische zorg

Het nieuwe beleidskader bevat ten opzichte van het huidige kader wijzigingen ten aanzien van de plaatsingsprocedure en de rechtspositie, differentiatie en inkoop.

Plaatsingsprocedure en rechtspositie

De huidige procedure voor de plaatsing in de longstay forensische zorg is als volgt:

- Het forensisch psychiatrisch centrum (fpc) dient, indien wordt voldaan aan de criteria voor plaatsing in de longstay forensische zorg, een plaatsingsaanvraag in bij de Minister van Justitie.
- De Landelijke adviescommissie plaatsing (Lap) adviseert over de plaatsingsaanvraag aan de minister.
- De tbs-gestelde kan tegen de beslissing tot plaatsing in beroep bij de RSJ.
- De tbs-gestelde kan de minister verzoeken om overplaatsing. Hij kan tegen het besluit van de minister in beroep bij de RSJ.
- Het Beleidskader longstay biedt de mogelijkheid van een periodieke toets over voortzetting van de longstay door de Lap. Deze mogelijkheid heeft echter geen wettelijke basis gekregen.

Met het nieuwe beleidskader worden de volgende wijzigingen in de plaatsingsprocedure en rechtspositie aangebracht.

- Om de rechtspositie van de tbs-gestelde bij voortzetting van de plaatsing in de longstay forensische zorg te versterken, wordt aan de mogelijkheid om bij de RSJ in beroep te gaan tegen de beslissing tot plaatsing in de longstay forensische zorg, de mogelijkheid van beroep tegen voortzetting van de plaatsing toegevoegd.
- Hiervoor is het nodig dat de Minister van Justitie periodiek een nieuw plaatsingsbesluit afgeeft. Ik stel de termijn daarvoor op drie jaar.
- De Lap adviseert iedere drie jaar aan de Minister van Justitie of voortzetting van de plaatsing gerechtvaardigd is. De rechter kan de driejaarlijkse adviezen van de Lap over de voortzetting van de longstay forensische zorg betrekken bij zijn beslissing de tbs te verlengen dan wel niet te verlengen.

De Lap zal als adviesgevend orgaan worden geformaliseerd; haar onafhankelijke status wordt versterkt door aan de Lap, die in haar huidige vorm uit gedragskundigen bestaat, een jurist als voorzitter toe te voegen.

Differentiatie

Om recht te doen aan de heterogene samenstelling van de populatie wordt in het nieuwe beleidskader de volgende differentiatie van beveiligings- en zorgniveaus ingevoerd.

- 1 Longstay: hoog intensieve beveiliging met een laag/matig of hoog zorgniveau (HIB 1-2-3). Dit is de 'zuivere' longstaypopulatie.
- 2 Longcare met beveiliging: midden intensieve beveiliging met een matig of hoog zorgniveau (MIB 2-3). Dit is de 'longcare met beveiliging'-populatie.
- 3 Longcare: hoog intensief zorgniveau (HIZ). Dit is de 'zuivere' longcarepopulatie. Hierbij staat de begeleiding/zorg voorop. Hoge zorg wordt gekoppeld aan een laag beveiligingsniveau.

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

Bij de bepaling van één van deze beveiliging- en zorgcombinaties is de beveiligingsnoodzaak leidend. Zoals eerder opgemerkt is van combinaties van weinig zorg en lage beveiliging bij de populatie die is aangewezen op longstay forensische zorg, geen sprake.

In de tbs is een groep ongewenst verklaarde illegalen die niet kunnen worden uitgezet en die vanwege hun verblijfstatus niet kunnen resocialiseren in de Nederlandse samenleving. Zij kunnen worden geïndiceerd voor een longstay forensische zorgafdeling. De Tweede Kamer heb ik hierover bij brief van 24 juni 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 29 452, nr. 90) geïnformeerd. Voor deze in omvang beperkte groep wordt eveneens een zorg- en beveiligingscombinatie vastgesteld, zodat het verblijf in de longstay forensische zorg zo humaan en passend mogelijk is.

In tegenstelling tot tbs-gestelden op een reguliere behandelafdeling, wordt aan tbs-gestelden die in de longstay forensische zorg verblijven, geen op resocialisatie gericht verlot toegekend. In het nieuwe beleidskader worden de huidige mogelijkheden van verlot in de longstay forensische zorg niet verruimd. Ik ga hier in paragraaf 5 nader op in.

Inkoop

Om een gedifferentieerd aanbod van voorzieningen voor longstay forensische zorg te realiseren worden de mogelijke combinaties van beveiliging- en zorgniveaus gedetailleerd uitgewerkt. Op basis daarvan koopt Justitie passende voorzieningen in.

Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) stelt de onafhankelijke indicatie voor het beveiliging- en zorgniveau. Op basis daarvan wordt de tbs-gestelde in een voorziening geplaatst die de geïndiceerde beveiliging- en zorgcombinatie kan bieden.

De plaatsen voor longstay forensische zorg worden ingekocht bij de fpc's, maar afhankelijk van het voor de tbs-gestelde vereiste beveiligingsniveau ook in de GGz. Indien een hoog beveiligingsniveau vereist is en minder zorg, kan plaatsing op een tbs-plaats in het gevangeniswezen zijn aangewezen. Deze plaatsen worden ingekocht in de vijf zorglocaties die binnen het gevangeniswezen zijn gerealiseerd.

5 Vervolg

Uiterlijk december 2008 is het Beleidskader longstay forensische zorg gereed. Zo spoedig mogelijk daarna zal het beleidskader in werking treden. Twee jaar na inwerkingtreding wordt het beleidskader geëvalueerd.

In 2005 is in het Beleidskader longstay vastgelegd dat longstay tbs-gestelden alleen in aanmerking komen voor begeleid verlop op humanitaire gronden. Dit kan, gezien de veelvormigheid van de huidige populatie, in bepaalde gevallen onnodig beperkend zijn; niet alle tbs-gestelden in de longstay forensische zorg hebben zware beveiliging nodig om recidive te voorkomen.

In het nieuwe beleidskader worden de mogelijkheden voor verlop vooralsnog niet verruimd. Ik sluit echter een verruiming van de mogelijkheden voor tbs-gestelden bij wie de beveiliging minder voorop staat, in de toekomst niet uit. Dit wil ik echter pas bezien op basis van de evaluatie van het nieuwe Beleidskader longstay forensische zorg.

6 Advies RSJ

In zijn advies stelt de RSJ de vraag of er sprake is van een grote groep tbs-gestelden zonder resocialisatieperspectief en of er voor hen geen andere oplossing is dan levenslang in een zwaar beveiligde kliniek te verblijven. Ook toont de RSJ zich kritisch ten aanzien van de proportionaliteit van een levenslange tbs (de duur van de tbs versus het delict waarvoor de tbs werd opgelegd). De RSJ wil voorkomen dat de longstay een instituut op zich wordt. De RSJ geeft twee oplossingsrichtingen voor het reguleren van de instroom:

- 1 het handhaven van het bestaande longstaybeleid maar met een zwaardere toets op de toegang en de voortzetting van het verblijf op een longstayafdeling;
- 2 het loslaten van het huidige Beleidskader longstay door afschaffing van de longstay als externe differentiatie. Niet het systeem van de longstay, maar de inhoud van behandelen en beveiligen staat centraal.

De RSJ heeft voorkeur voor de tweede optie. In zijn aanvullende advies van 29 april 2008 werkt hij deze nader uit.

Reactie

De RSJ heeft een grondige analyse gemaakt van de (ontwikkeling) van de longstay. De RSJ ondersteunt het besef dat er een groep blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden is die niet kan resocialiseren en waarvoor bijzondere voorzieningen nodig zijn.

De tweede oplossingsrichting van de RSJ, het afschaffen van het Beleidskader longstay onder het gelijktijdig behandelen en beveiligen, betekent feitelijk teruggaan naar de situatie van voor de longstay. Volgens de RSJ maakt het aanmerken van de longstay als interne differentiatie de weg vrij voor een verscheidenheid aan longstayvoorzieningen. Ook ik heb het doel van differentiatie voor ogen, alleen kies ik, zoals beschreven in paragraaf 3, voor een andere weg waarlangs dit moet worden bereikt. Voorts wil ik de beslissing om een tbs-gestelde in een langdurig verblijfsvoorziening te plaatsen niet overlaten aan het fpc. Ik wil voorkomen dat er binnen de sector van de forensische psychiatrie met moeilijke tbs-gestelden geschoven kan gaan worden, zonder onafhankelijke toets en rechtswaARBorgen. Dit is in het belang van de maatschappelijke veiligheid niet gewenst. De beslissing tot plaatsing in de langdurige forensische zorg en de voortzetting van de plaatsing blijft derhalve een bevoegdheid van de Minister van Justitie.

De eerste oplossingsrichting van de RSJ, die van het versterken van de rechtspositie, spreekt mij meer aan. De RSJ werkt deze uit in drie varianten: door de plaatsingsbeslissing bij het Verlofadviescollege of bij de rechter te leggen, óf door handhaving van de situatie dat de Minister van Justitie besluit tot plaatsing, tegen welk besluit een volle inhoudelijke rechterlijke toets mogelijk gemaakt moet worden.

De optie om de plaatsingsbeslissing aan het Verlofadviescollege op te dragen acht ik in strijd met de aanbeveling van de commissie-Visser om plaatsing en verlof organisatorisch te scheiden. Het Verlofadviescollege heeft uitsluitend een adviserende taak en geen beslissende.

Ik beschouw de plaatsing in de longstay forensische zorg als een onderdeel van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel, waarvoor de Minister van Justitie verantwoordelijk is. Hoewel er goede argumenten zijn dat de beslissing tot plaatsing op een dergelijke afdeling door de rechter genomen zou moeten worden, acht ik het uitvoeringskarakter daarvan zo dominant dat het de voorkeur heeft het huidige systeem te handhaven. Het voordeel daarvan is voorts dat, indien terugplaatsing naar een reguliere behandelpaats is aangewezen, dit eveneens mogelijk is zonder rechterlijke tussenkomst. Ook de belangen van de tbs-gestelde zijn hiermee gediend.

Wel acht ik het van belang dat, vanwege de ingrijpendheid van de beslissing, de rechtsbescherming wordt versterkt. Daartoe wordt een beroepsmogelijkheid tegen voortzetting van de plaatsing gecreëerd. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan het advies van de RSJ een waarborg in te bouwen tegen onnodige 'levenslange tbs'.

De Staatssecretaris van Justitie

BIJLAGE II

Format ten behoeve van de indicatiestelling zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak

Format Klinisch

Basisgegevens cliënt		
Naam		Voorletters
Geboortedatum		Geboorteplaats
Straat		Huisnummer
Postcode		Plaats
Vonnis	Parketnummer	Datum onherroepelijk
Tijdelijk verblijfplaats		

Vraagstelling

Gegevens aanvrager

Naam aanvrager

Telefoonnummer

Faxnummer

Emailadres

Datum aanvraag

Plaats

I Beschikbare en geraadpleegde documentatie

- Diagnostische overwegingen. Beschrijvende diagnose, inclusief de persoonlijkheidsstructuur en het verstandelijk niveau van functioneren. Tevens wordt eventueel de veranderingen in de diagnose aangegeven die in de loop der tijd zijn opgetreden.
- Testpsychologisch onderzoek
- Persoonlijkheidsprofiel
- Anamnese (recent psychiatrisch functioneren), Beschrijving actueel psychiatrisch functioneren; reeds ingestelde behandeling en effecten; medicatiegebruik.
- Hulpvraag. Hierbij gaat het zowel om de beschrijving van hulpvraag en motivatie van de patiënt, als om de hulpvraag van de verwijzer en de achterliggende hulpvraag van de samenleving (beveiliging, delictpreventie).
- Korte beschrijving van de individuele vraag van de patiënt en betrokkene's intrinsieke of extrinsieke motivatie om aan hulpverleningsdoelen te werken. Betrokkene wil bijvoorbeeld behandeld worden voor de gesignaleerde psychiatrische problematiek, of werken aan de factoren die bijdragen aan recidivering.
- Beschrijf daarnaast in het kort de achterliggende vraag van de samenleving ten aanzien behandeling, beveiligingsaspecten van de forensisch psychiatrische problematiek en delictpreventie, en wat er nodig is om ervoor te zorgen dat de samenleving geen onnodig risico loopt op herhaling van het delict.

II Hulpverleningsgeschiedenis vóór het delict

- Korte beschrijving actuele ambulante en klinische behandelaanbod en resultaten daarvan. Bekendheid in de zorgketen, relevante psychiatrische voorgeschiedenis en/of bijzondere omstandigheden. Is er een medisch dossier in de zorgketen?
- Medicatiegeschiedenis én huidig gebruik. Beschrijving van het medicatiegebruik in het verleden, wijze van inname, effect, medicatietrouw (dwang, drang, vrijwillig). Eventueel effect van medicatiegebruik. Eindigt met beschrijving huidige medicatiegebruik en dosering.
- Verslavingsanamnese (alcohol, drugs, medicatie), nu, én in het verleden. Beschrijving gebruik alcohol-, drugs-, medicatie- en/of gokverslaving in heden en verleden (duur, aard middelen) en eventueel doorlopen behandeling vanuit ambulante en verslavingsklinieken en effecten.
- Justitiële (strafrechtelijke) voorgeschiedenis. Feitelijke beschrijving eerdere contacten met politie en justitie, aard en aantal van gepleegde delicten, ernst en gewelddadigheid, alleen of samen met anderen gepleegd, relatie dader en slachtoffer(s) en vonnissen.

III Delict en behandeling

- Niet delict gerelateerde behandeling:
Bron: De rapportage vanuit het PMO (Psycho Medisch Overleg) en/of de reclassering. (3-O's) Beschrijf beknopt de factoren die geleid kunnen hebben tot de stoornis, (bijzondere omstandigheden en uitlokkende factoren), en de noodzakelijke zorg binnen detentie of buiten detentie in het kader van artikel 15.5 PBW.
- Delict gerelateerde behandeling: Bron: De Pro Justitia rapportage, forensisch psychiatrische en psychologische beschouwing of consultbrief.
Beschrijf beknopt het delictscenario met aandacht voor o.a. de condities (bijzondere omstandigheden en uitlokkende factoren) die tot het delict geleid hebben, toestand van de dader tijdens het delict, relatie met de stoornis, rol van psychotische verschijnselen en middelengebruik bij het delict. Kortom samenhang tussen stoornis en delict.

IV Recidive: preventie en signalering

- Beschrijving factoren die kunnen leiden tot een herhalingsdelict en in welke mate het recidivegevaar kan worden verminderd.
- Er wordt een samenvatting gegeven van eventueel beschikbare testresultaten: o.a. HCR-20, PCL-R en RISc. en MATE-crimi. Het gaat daarbij om het beantwoorden van de volgende vragen:
 - 1 In welke mate is het recidivegevaar verminderd? Is het risico aanvaardbaar (korte en lange termijn)? Waar is deze inschatting op gebaseerd?
 - 2 Wat zijn de vroege signalen van terugval in psychisch functioneren en/of risicogedrag en de uitlokkers (belastende factoren) daarvan?
 - 3 Welke sociale en materiële omstandigheden hebben verhogend gewerkt op het risico op recidive? (denk aan woonsituatie, deviant netwerk, dagbesteding, financiën e.d.) Zijn bovengenoemde triggers te beïnvloeden?
 - 4 Wat zijn de werkbare interventies gebleken bij signalen van verhoogd risico?
 - 5 Wat zijn de beschermende of compenserende factoren die het risico van recidive verminderen?
(Denk aan gezonde levensgebieden of beschikbare vaardigheden van de cliënt, netwerk, omstandigheden, aanbieden structuur, werkrelatie e.d. die de draaglast-draagkracht verhouding gunstig beïnvloeden).

V Risicomanagement.

- Voorwaarden aan TBS-proefverlof /bijzondere voorwaarden.
- Signalerings- en terugvalpreventieplan. Deze worden indien aanwezig als bijlage aan de verwijfsbrief toegevoegd.

VI Zorg en beveiliging

- Beschrijving uitspraak Rechtbank en het advies van de Pro Justitia rapporteurs en reclassering aan de Rechtbank. Eventuele bijzonderheden (afspraken met OvJ).

VII Zorg en beveiligingstraject

- Vanuit de vraagkant wordt op basis van de uitkomsten van het indicatiestellinginstrument en de daarin gesignaleerde probleemgebieden, op transparante wijze vastgesteld en beschreven welke zorg en beveiligingsniveau noodzakelijk is. (invullen van de matrix)
- Bij de keuze van de trajecten geldt als belangrijk criterium dat de aard van het probleemgebied aparte eisen stelt aan de context en setting waarin de hulp plaatsvindt. Binnen elk probleemgebied kan het gaan om meer of minder intensieve zorg, zowel ambulante, klinische als binnen het Gevangeniswezen. Er wordt met betrekking tot het zwaartepunt van de problematiek een keuze gemaakt uit een van de volgende probleemgebieden/trajecten:
 - 1 Psychotische kwetsbaarheid
 - 2 Ernstig gestoorde Licht verstandelijk gehandicapten (met subspecialisaties)
 - 3 Gedragscontrole stoornissen/agressie
 - 4 Grensoverschrijdend seksueel gedrag
 - 5 Mensen met een autismespectrum stoornis
 - 6 Longstay (zorgintensief of minder zorgintensief)
 - 7 Huiselijk geweld (vnl. ambulante)
 - 8 Forensisch psychiatrische zorg niet direct gericht op delictpreventie, voor zover niet vallend binnen een van de voorgaande trajecten (bv. depressie, angst, persoonlijkheidsstoornis)
 - 9 Overige – individuele zorg op maat
Verslaving is geen apart traject, maar maakt noodzakelijkerwijs onderdeel uit van alle bovengenoemde trajecten, vergelijkbaar met de ontwikkeling in de algemene GGZ.

Classificatie volgens DSM IV TR:

Code:

As I:

As II:

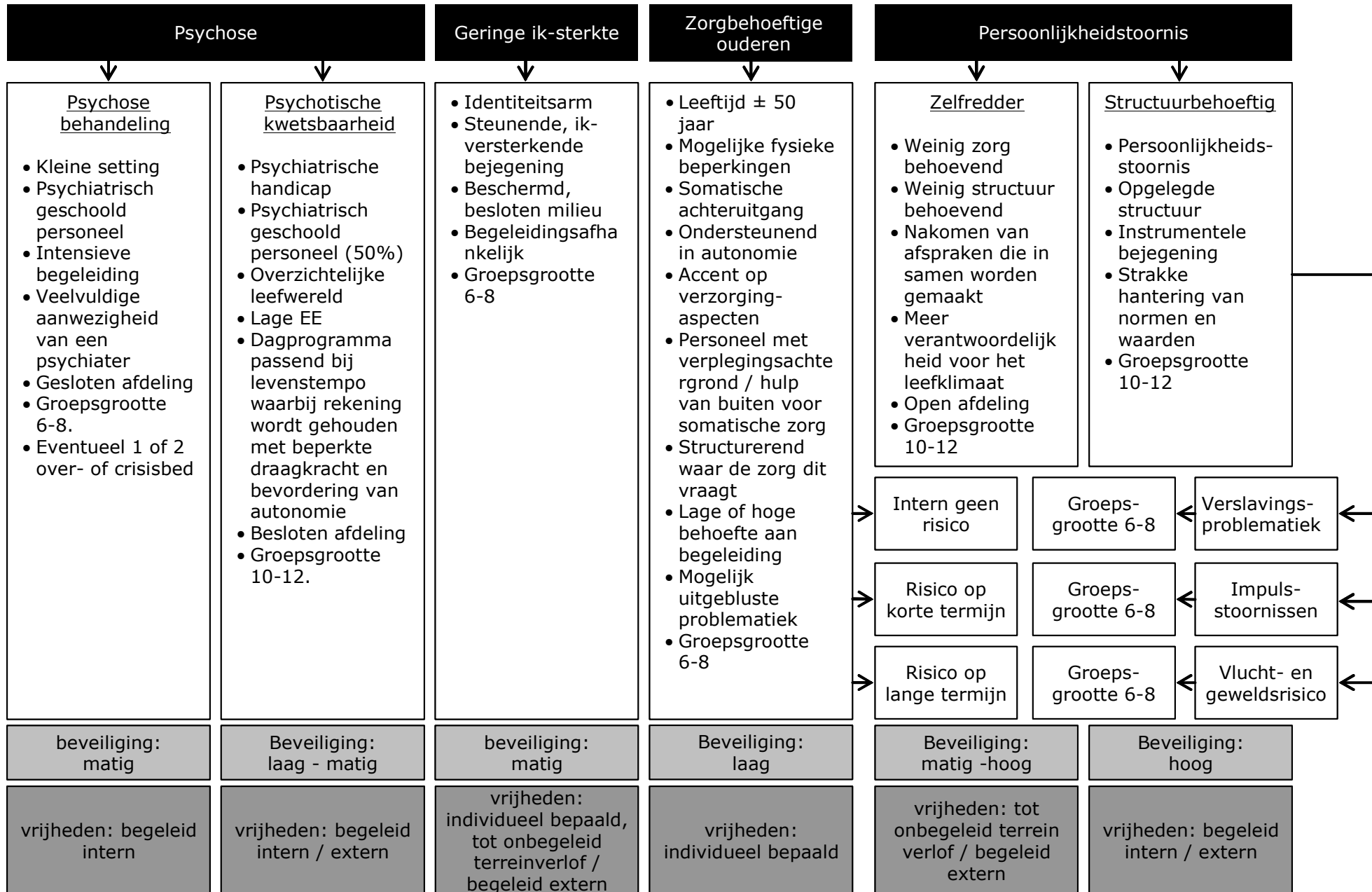
As III:

As IV:

As V:

Bijlage III

Schema interne differentiatie op lfz afdelingsniveau



BIJLAGE IV

Format voor FPC's om een longstay forensische zorg aanvraag in te dienen bij de afdeling Plaatsing van het Ministerie van Justitie

Voorgeschiedenis en demografische gegevens

- Naam, voornaam
- Geboortedatum
- Geboorteplaats
- Sekse
- Datum ingang TBS, opname datum eerste kliniek
- Datum en klinieken verdere opnames / eerdere TBS
- Aanvragende kliniek

Delictgeschiedenis (volledige opgave)

- Opgelegde straf
- Aard van het delict
- Eerdere delicten, maatregelen en straffen
- Leeftijd 1e delict en 1e veroordeling
- Gerechtelijke uitspraken tijdens lopende TBS
- Maatschappelijke en politieke gevoeligheid van de casus

(Delict) Diagnostiek

- Kernproblematiek en actuele DSM-IV classificatie As I t/m V
- Delictgerelateerde factoren in de diagnostiek (beschrijven factoren die hebben bijgedragen aan het delict / de delicten)
- Feitelijke delictbeschrijving (delictscenario) en samenvattende delictanalyse (verklaring delictgedrag)
- Explicitering van eventuele verslavingsproblematiek en/of seksuele problematiek Behandelverloop
- Aantal FPC's (met naam) en eventuele eerdere behandeling (GGZ)
- Behandelduur per FPC en duur eventuele eerdere behandeling
- Feitelijk genoten verlof afgelopen jaren, qua verloop algemeen
- Eventueel huidige verlof qua aard, frequentie en continuïteit

Incidenten:

- Delicten in of buiten de kliniek? Zo ja, beschrijven
- Ongeoorloofde afwezigheid? Zo ja, beschrijven
- Uitbraakpogingen? Zo ja, beschrijven

Behandelinterventies (kort weergeven, opsommen):

- Somatische behandeling / organisch onderzoek
- Sociotherapie / milieutherapie
- Psychotherapieën individueel
- Psychotherapieën groep
- Gezin / systeem therapieën
- Verslavingstherapieën (individueel/groep)
- Overige therapieën (individueel/groep), zoals o.m.:
 - Sociale vaardigheden/ Libermann modules
 - Agressieregulatie
 - Delictscenario
 - Dadergroep
 - Terugvalpreventie

Farmacotherapie:

- Op dimensie psychotische decompensatie (anti psychotica)
- Op dimensie stemming, depressie, angst (stemmingsstabilisatoren)
- Op dimensie impulscontrole, hyperactiviteit, agressie, labiliteit
- Op dimensie seksuele component (hormonale libidoremmers)
- Op dimensie middelenafhankelijkheid/ verslaving
- Op dimensie somatische aandoeningen

Disabilities (indicaties langdurige behandeling en beveiliging)

- Persoonsgebonden factoren die tot stagnatie in de behandeling leiden, zoals de volgende (combinatie van) factoren:
 - Hersenorganiciteit / neurologische problemen
 - Onveranderbare (risicovolle) seksuele preferentie
 - Ontbreken van voldoende vermogen schuldbeleving en empathie (ook psychopathie)
 - IQ
- Interactiegebonden factoren die de behandeling stagneren
 - Non-compliance met therapeutische setting (groepsongeschikt, dreiging, agressie)
 - Non-compliance met therapeutische relatie (duurzame weerstand, ernstige psychopathie)
 - Over-compliance door gebrek aan distantie (object idealisatie, problemen in afstand en nabijheid, met medepatiënten of personeel) of risicovolle schijnaanpassing / maskeren problematiek
 - Non-compliance met medicatie (ontbreken therapietrouw)
- Diagnosegebonden factoren die de behandeling stagneren (ernstige niet beïnvloedbare kwetsbaarheid)
 - Ernstige handicaps / ontbreken ziekte inzicht, niet beïnvloedbaar (therapieresistentie) in relatie tot onder meer schizofrenie spectrum of ernstige laagbegaafdheid. Bij deze patiëntgroepen kan in plaats van een tweede behandel poging worden gekozen voor een poliklinisch onafhankelijk multidisciplinair onderzoek (clinici uit andere FPC's en FPD) i.p.v. 2e kliniek
- Etiologie / verloop in stagnatie van behandeling Sinds wanneer toont behandeling geen progressie?
 - Historische bevindingen, zijn er in externe rapportages (zoals pro justitia, of eerdere behandelingen) bevindingen geweest die wezen op een sterk beperkt behandelingsperspectief? Status praesens recidiverisico / pathologie
- Uitslag risicotaxatie (HCR-20 of HKT-30, 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 psychopathologie (dimensionale beschrijving) en behandelgeschiedenis, uitmondend in een prognose voor de toekomst qua klinische setting voor duurzaam beveiligende zorg
- Mate en aard vluchtgevaarlijkheid, risicomanagement/ benodigde setting langdurig verblijf
- Indicatie van benodigde leefmilieu voor betrokkene qua beveiliging / klinische setting

Motivatie patiënt

- Aanvraag besproken met patiënt d.d.

Reactie patiënt:

- Compliance / medewerking
- Weerstand (ontkenning, vermijding enz)
- Zelfmelder / op eigen verzoek

Bij het format aan te leveren documentatie:

- Laatste verlengingsadvies (als ook voorlopig en 6e jaars MD-advies)
- Laatste behandelplan
- Laatste verlofaanvraag (indien sprake is van een lopende machtiging)
- Gestructureerde recente (≤ 1 jaar) risicotaxatie (bijv. HCR-20, HKT-30, PCL-R, SVR 20)
- Delictanalyse en delictscenario
- Resumé biografische anamnese

BIJLAGE V

Afkortingen en definities

- 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
- Ernstige delicten: Diefstal met geweld, diefstal met geweld in vereniging, doodslag, moord, mishandeling zwaar letsel, zware mishandeling, openlijke geweldpleging, openlijke geweldpleging met letsel of vernieling, openlijke geweldpleging met zwaar letsel, openlijke geweldpleging met dood tot gevolg, verkrachting, gemeenschap met <12 jaar, gemeenschap met < 16 jaar, aanranding, ontucht met kinderen, brandstichting.
- Domotica: Het Domotica Platform Nederland hanteert sinds 1994 de volgende definitie: Domotica omvat alle apparaten en infrastructures in en rond woningen, die elektronische informatie gebruiken voor het meten, programmeren en sturen van functies ten behoeve van bewoners en dienstverleners.
- 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)
- LBHIV: Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken
- Longcare populatie: Zuivere longcare patiënten zijn patiënten die een hoge zorgbehoefte hebben in combinatie met een lage beveiligingsnoodzaak.
- Longstay populatie: Zuivere longstay patiënten zijn patiënten die een lage zorgbehoefte kennen in combinatie met een hoge beveiligingsnoodzaak.
- RSJ: Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
- SGLVG: Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten
- 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.
- Verkeerde beddenproblematiek: Patiënten zijn geplaatst op een te hoog of te laag beveiligde voorziening en/of krijgen teveel of te weinig zorg dan hetgeen nodig is.
- Zorg: Behandeling, begeleiding en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van delict risico, vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps.