

# Longstay

**Advies d.d. 1 februari 2008**

*De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming draagt er door middel van rechtspraak en advies toe bij dat overheid en relevante uitvoeringsorganen voldoende oog houden voor de beginselen van een goede bejegening, alsmede voor de rechtspositie van diegenen die in het kader van de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen en de bescherming van jeugdigen aan de verantwoordelijkheid van de overheid zijn toevertrouwd.*

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>1. Probleemstelling en begripsbepalingen</b>	<b>9</b>
1.1 Probleemstelling	9
1.2 Begripsbepalingen en uitgangspunten	9
<b>2. Situatieschets tbs en longstay</b>	<b>13</b>
2.1 Feiten en cijfers tbs en longstay	13
2.2 Instroom in de longstay; aanmelding, plaatsing, toetsing	16
2.3 Verblijf en doorstroom; toets op voortzetting longstay; behandeling; differentiatie verlobbeleid	18
2.4 Kenmerken van tbs-gestelden en longstaypatiënten	20
2.5 Differentiatie in de longstay; het onderscheid longstay en long-care	22
2.6 Tarifiering en de kosten van longstay	25
2.7 Samenvatting van de bevindingen	26
<b>3. Analyse, conclusies en aanbevelingen</b>	<b>29</b>
3.1 Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie	29
3.2 De longstay als fenomeen: waarheen?	30
3.3 Twee oplossingsrichtingen	31
3.4 Discussie over de twee denkrichtingen	36
3.5 De bejegening van 'longstaypatiënten'	40
3.6 Verlobbeleid en uitstroom	42
3.7 Bronnenonderzoek en communicatie	43
3.8 Opsomming van aanbevelingen	44
<b>Gebruikte bronnen</b>	<b>47</b>
Beleidsstukken en brieven	47
Literatuur	47
Kamerstukken	52
Adviezen RSJ	53
<b>Bijlage 1. Overzicht rechtspraak beroepscommissie RSJ inzake beslissingen tot een longstayplaatsing</b>	<b>55</b>
Inleiding	55
De procedure	55
Criteria voor longstayplaatsing; ontvankelijkheid	55
Inhoudelijke lijn beroepscommissie	56
Marginale toets	56

Periode 1999 - 2002	57
Periode 2003 - april 2006	58
Periode mei 2006 - oktober 2007	61
<b>Bijlage 2. Interviews met functiegroepen</b>	<b>69</b>
<b>Bijlage 3. Statistieken gemiddelde behandelduur</b>	<b>71</b>

## Samenvatting

In 1999 werden bij FPK Veldzicht twintig zogenaamde longstayplaatsen in gebruik genomen. Inmiddels bedraagt de longstaycapaciteit in Nederland 164 plaatsen. Dit aantal overtreft de aanvankelijke verwachtingen van velen – ook die van de Raad – ten aanzien van de omvang van de longstaypopulatie onder het totaal aan tbs-gestelden vele malen. Is er inderdaad sprake van een zo grote groep tbs-gestelden voor wie er geen resocialisatieperspectief meer is en geen andere oplossing denkbaar is dan ‘levenslang’ te verblijven in een zwaar beveiligde tbs-kliniek? Dat is de vraag die in dit advies centraal staat.

De ontwikkeling van de longstay is niet los te zien van die van de tbs en de forensische psychiatrie als geheel. In het parlementair onderzoek uit 2006 is deze context uitgebreid geanalyseerd. De forensische psychiatrie opereert op haar beurt in een breder maatschappelijk verband. De problematiek waarmee de tbs-klinieken tegenwoordig worden geconfronteerd had door eerder en effectiever optreden in een eerder stadium voor een deel kunnen worden voorkomen. Niet alleen de grotere instroom in de tbs zorgt voor groei van de tbs-populatie, ook de lagere uitstroom is daar debet aan. De tbs-populatie is niet dezelfde als die van enkele decennia geleden, ze wordt vaker gekenmerkt door een veelheid aan stoornissen, die lastiger zijn te behandelen. Dat tezamen met de ‘onmacht’ in maatschappelijke opvang en zorg hindert de resocialisatie, de terugkeer van tbs-gestelden in de samenleving. De maatschappelijke context – die ook het verlenen van verlof sterk aan banden heeft gelegd – en het ontbreken van aansluitende voorzieningen plaatsen de tbs voor een uitstroomprobleem, dat onder meer resulteert in een snelle groei van de longstayafdelingen.

De Raad concludeert dat het longstaybeleid op een kruispunt van wegen staat. Aan de oorspronkelijke beleidsdoelstelling wordt in kwantitatieve noch in kwalitatieve zin beantwoord. De Raad acht de algemene situatie met betrekking tot de longstay dermate zorgelijk, dat niet kan worden volstaan met het handhaven van de status quo in beleid en wetgeving. Tegelijkertijd blijkt de materie zo ingewikkeld dat eenvoudige oplossingen zonder nadelen niet voorhanden zijn. De Raad wil met het schetsen van twee denkrichtingen de discussie over het vormgeven van nieuw beleid stimuleren, opdat doordachte beslissingen kunnen worden genomen. Het is van het grootste belang dat aanpassingen in het tbs-stelsel en behandelinhoudelijke ontwikkeling met elkaar sporen.

Om de ongewenste ontwikkelingen om te buigen, kan men twee kanten op: die van zwaardere toetsing of die van integratie en de-institutionalisering. Versterking van de rechtsbescherming van de patiënt bij de longstayplaatsing en bij de verlenging van de tbs onderwerpt de instroom en het verblijf in de longstay aan een zwaardere toets. Daartegenover staat de weg van blijven behandelen – en beveiligen – onder loslaten van het longstaybeleid. Dit advies verkent beide opties met hun beider voor- en nadelen. De keus tussen beide vergt inzicht, wijsheid en ook overtuigingskracht. De Raad adviseert de minister beide opties nader te onderzoeken en te bespreken. Een bouwsteen hiervoor is het congres ‘De Jaren Tellen’ over de langdurige vrijheidsbeneming, dat de Raad organiseert op 6 maart 2008.

Uit onderzoek is de laatste tijd meer bekend geworden over het ‘profiel’ van blijvend delictgevaarlijke patiënten. Van een homogene groep is geen sprake: de behoefte aan zorg en beveiliging loopt uiteen. De behandeling, verpleging en bejegening van de longstaygroep vergt een hoog niveau van zowel beveiliging als van zorg. Een voldoende pluriform aanbod is het beste te realiseren door gebruik te maken van voorzieningen

met een uiteenlopend karakter. Daarbij mag niet worden vergeten dat de longstaypopulatie, ook al is behandeling niet (langer) gericht op resocialisatie, bestaat uit ernstig gestoorde patiënten, die blijvend behandeling en/of verpleging behoeven – vaak levenslang. Dit betekent ook dat ‘longstay’, in welke vorm dan ook, niet gezien moet worden als een ‘goedkope’ variant van de tbs. En dat differentiatie als oplossing voor het probleem niet alleen binnen de tbs-sector gezocht moet worden maar ook daarbuiten, in de vorm van aanvullende voorzieningen.

## Inleiding

De tijdelijke commissie parlementair onderzoek tbs (verder de commissie-Visser) trekt ten aanzien van de longstay de conclusie dat deze “niet mag verworden tot een ongemotiveerde en verkapte vorm van levenslang”<sup>1</sup>. De commissie stelt nadrukkelijk dat de huidige ontwikkeling, waarin tbs steeds vaker via longstay uitmondt in levenslange vrijheidsbeneming, een ontwikkeling is die gekeerd moet worden. “De huidige ‘longstaypopulatie’ is te algemeen, de situaties waarin behandeling niet succesvol blijkt te gedifferentieerd”, aldus de parlementaire onderzoekscommissie. De commissie spreekt zich verder uit voor een grotere verscheidenheid aan voorzieningen in de uitvoering, aansluitend op de diversiteit van de longstaypopulatie. Deze kan ook worden gevonden buiten de huidige tbs-klinieken, mits wordt voldaan aan voorwaarden op het gebied van veiligheid en zorg.

De Raad is in een eerder advies<sup>2</sup> al kort ingegaan op de aanbevelingen van de commissie-Visser over de longstay. De snelle ontwikkeling van het beleid en de groei van het aantal longstayplaatsen en de toekomstverwachtingen hieromtrent verlenen de longstayproblematiek een uiterst urgent karakter. De Raad vond hierin aanleiding voor het uitvoeren van een uitgebreidere verkenning en analyse.

Het advies is als volgt opgebouwd.

Na het formuleren van de probleemstelling en het verklaren van de in het advies voorkomende termen in hoofdstuk 1 worden in hoofdstuk 2 feitelijke gegevens over tbs en longstay gepresenteerd. De Raad rekent informatie en opvattingen uit de literatuur en verkregen van respondenten tot het ‘feitenmateriaal’. In hoofdstuk 3 geeft de Raad een eigen analyse van de problematiek en komt vervolgens tot conclusies en aanbevelingen.

In hoofdstuk 3 wordt vooral gezocht naar een weg om uit de impasse te komen, de voortdurende groei van de longstaypopulatie. De Raad introduceert daarvoor twee denkrichtingen. Een korte toelichting is hier wel op zijn plaats. In de literatuur en bij de respondenten wordt veel en sterk gepleit voor het verzwaren van de plaatsings- en toetsingsprocedures als middel om de instroom in de longstay in te dammen. Aangezien hier voor velen de meest voor de hand liggende ‘sleutel’ ligt, presenteren wij deze denkrichting als eerste (‘optie 1’). Deze weg vraagt nogal wat op het gebied van wet- en regelgeving, terwijl het de vraag blijft of hiermee werkelijk effect bereikt zal worden. Daarom ontwikkelde de Raad ook een geheel andere denkrichting (‘optie 2’): deregulering door het afschaffen van longstay als een zogenoemde externe differentiatie. Daarin wordt beargumenteerd dat onlangs doorgevoerde en in de planning staande ingrepen in de tbs-maatregel (vooral naar aanleiding van het advies van de commissie-Visser) zoveel meer kansen bieden voor maatschappijbeveiliging en verantwoorde reïntegratie dat teruggekeerd kan worden naar de situatie van vóór de invoering van het Longstaybeleidskader. De maatregelen die voortvloeien uit het parlementaire onderzoek moeten immers ook de uitstroom uit de tbs bevorderen. De tweede denkrichting stelt dat het langdurige verblijf in de tbs niet langer gepaard hoeft te gaan met de plaatsing op afdelingen als ‘externe differentiatie’ met alle procedures die daarbij horen, maar plaatst de inhoud van behandeling en beveiliging centraal.

---

<sup>1</sup> *Kamerstukken II 2005/2006, 30 250, nrs. 4-5, blz. 68.*

<sup>2</sup> *RSJ, Het tbs-stelsel na het parlementair onderzoek, advies van 13 oktober 2006.*

Hoewel in optie 1 het Longstaybeleidskader blijft bestaan, wil dat niet zeggen dat dit buiten de verzwaring van procedures onveranderd blijft.

Na een zakelijke weergave van beide denkrichtingen volgt een paragraaf waarin de voor- en nadelen van beide worden besproken.

Optie 2 heeft niet alleen de charme van de eenvoud maar kan ook worden gezien als een terugkeer van het denken in systemen naar een inhoudelijke oriëntatie. De Raad heeft hier sympathie voor, maar vindt ook dat er voor het inslaan van deze weg een breed draagvlak nodig is. De Raad maakt in dit advies geen keuze en beveelt de minister van Justitie aan om niet over één nacht ijs te gaan. Na het uitbrengen van dit advies organiseert de Raad op 6 maart 2007 het congres 'De Jaren Tellen'. Daarin krijgt ook de toekomst van de 'longstay' ruim aandacht. Wellicht brengt dit ons een stap verder in het denken.

Hoofdstuk 3 bevat verder aanbevelingen op het gebied van bejegening, verlof en onderzoek en besluit met een opsomming van de aanbevelingen.

Als bijlage bij het advies wordt een overzicht gegeven van belangrijke uitspraken van de beroepscommissie, die de beroepen tegen plaatsing op een longstayafdeling behandelt.



# 1. Probleemstelling en begripsbepalingen

## 1.1 Probleemstelling

Het verblijf in zogenaamde longstayvoorzieningen is bedoeld en opgezet om de (kleine) groep patiënten die wegens blijvende delictgevaarlijkheid zeer lang in de tbs blijft een humane leefomgeving te bieden. De instroom in de longstay is enorm toegenomen en zal naar verwachting nog verder toenemen. De praktijk vraagt om bezinning over de verhouding tussen de doelen en uitgangspunten van de longstay in de context van de tbs, het wettelijk kader en de verschillende wijzen van tenuitvoerlegging van de tbs. Verblijven die tbs-ers in de longstay, voor wie echt geen perspectief op resocialisatie meer bestaat? Voldoet de praktijk aan de doelstelling? Weerspiegelen problemen in de longstay problemen in de tbs als geheel? Is aanpassing nodig van de doelen, van de praktijk of van beide?

## 1.2 Begripsbepalingen en uitgangspunten

### 1.2.1 Longstay: definitie en juridisch kader

De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) kent het begrip longstay niet. Wat longstay behelst, staat in ministeriële beleidskaders, het eerste van 1998 en het tweede uit 2005. In dit advies wordt bij de omschrijving van het begrip, de achtergronden en doelstelling ervan en het juridisch kader, geput uit het Longstaybeleidskader<sup>3</sup> van augustus 2005 en de Kamerstukken<sup>4</sup> die op dit onderwerp betrekking hebben.

Het Longstaybeleidskader geeft de volgende definitie.

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

1. Er bestaat risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict pleegt (zie voetnoot voor omschrijving van de typen delicten<sup>5</sup>). Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd. Het hoeft overigens niet per se zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk delict heeft gepleegd.
2. Beveiliging naast eventuele zorg<sup>6</sup>, is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot onder 1. genoemde delicten komt. Daarbij gaat het om beveiliging en toezicht op het niveau van een tbs-instelling.
3. Het delictrisico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten de onder 2 genoemde vormen van beveiliging en toezicht kan.

---

3 Bijlage Kamerstukken II 2004/2005 29 452, nr. 35.

4 Zie de bronvermelding achterin dit advies.

5 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.

6 Beveiliging: de mogelijkheid tot vrijheidsbeperking door materiële beveiliging zoals het belemmeren van het verlaten van de instelling en het insluiten van de patiënt op de afdeling of kamer.  
Toezicht: het monitoren van het functioneren van de patiënt met het oog op veiligheid. Daaronder valt het monitoren van delictgerelateerd gedrag en het vermijden van risicofactoren daarvoor. Ook worden hieraan zo nodig consequenties verbonden zoals controles (op middelengebruik, of controle en begeleiding bij het innemen van medicatie), beperking van vrijheden, patiënt ergens heen begeleiden. Zorg: behandeling, begeleiding en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van delictrisico, vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps.

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

- De ter beschikking gestelde heeft conform 'state of the art' alle behandelingsmogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettingen, 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 behandelopgave vervangen);
- Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau.

De definitie van longstay is in de loop der jaren enkele malen aangepast. De criteria voor een longstayplaatsing zijn gaandeweg vereenvoudigd en versoepeld. De criteria zijn per periode weergegeven in de jurisprudentieanalyse in dit advies (bijlage 1).

### 1.2.2 *Het longstaybeleid: een snelle ontwikkeling*

Patiënten die lang, soms hun leven lang, in de tbs verbleven zijn er in de geschiedenis van deze strafrechtelijke maatregel altijd geweest. De gedachte aan een specifiek longstaybeleid in de tbs is echter niet veel ouder dan tien jaar.

In juni 1996 nam de Tweede kamer met algemene stemmen de motie-Bremmer/Rehwinkel<sup>7</sup> aan. In deze motie werd de regering verzocht voorstellen te doen voor een specifiek tbs-regime dat zou moeten zijn toegesneden op de chronische tbs-gestelden. Hierop ontwikkelde de commissie 'Zorg voor vóórtijdend delictgevaarlijke tbs-verpleegden' een visie op de verpleging van deze patiëntengroep en doelstellingen en procedures voor opname op een aparte longstayafdeling.

Het beleid heeft zich in deze korte periode snel ontwikkeld. Tegenover de commissie-Visser sprak oud-directeur-generaal Mulock Houwer hier als volgt over:

“De eerste differentiatie is geweest de erkenning dat er zoiets als long-stay zou moeten komen. Tien jaar geleden was het niet bespreekbaar om mensen ‘af te schrijven’, dat wil zeggen verklaren dat die mensen niet meer te behandelen waren. Het is een heel belangrijke stap geweest om tot het besef te komen dat daar een aparte voorziening voor zou moeten komen. De onderzoeken van de tbs-klinieken en de discussies met die klinieken hebben er pas de laatste twee jaar toe geleid dat zij ons voorstelden om veel eerder via een goede diagnose en indicatiestelling aan te geven dat sommige mensen heel kort of überhaupt niet behandelbaar zijn en dat die mensen ergens anders geplaatst moeten worden.”

Hiermee zegt de toenmalige directeur-generaal dat het initiatief voor het versoepelen en vereenvoudigen van de doorstroom naar de longstay (zie het Longstaybeleidskader in 1.2.1.) bij de klinieken lag.

Het verblijf in een longstayvoorziening is gericht op het in stand houden van een aanvaardbare kwaliteit van leven en niet meer gericht op een terugkeer in de maatschappij. De DJI omschrijft de longstayafdelingen als volgt: “De longstay biedt personen de noodzakelijke medische en psychiatrische zorg om te kunnen leven met hun stoornis binnen een humane en leefbare omgeving. In de longstay biedt DJI deze mensen stabiliteit,

---

<sup>7</sup> Kamerstukken II, 1995-1996 23 445 en 24 256, nr. 22.

structuur en verschillende activiteiten”.

Niet het delict waarvoor de tbs is opgelegd vormt de reden van de voortgezette vrijheidsbeneming, maar het risico op delicttherhaling. Het Longstaybeleidskader benadrukt daarom het aspect van maatschappijbeveiliging als kenmerk van de longstayvoorzieningen: de ‘blijvende delictgevaarlijkheid’ vraagt om afdelingen met een hoog beveiligingsniveau. Het beleidskader kent, uitgaande van een beveiligingsniveau gelijk aan dat van de tbs-klinieken, binnen de longstayvoorzieningen een differentiatie in ‘basis’ en ‘intensief’. Deze heeft betrekking op het niveau van de zorg, afgestemd op de problematiek van de tbs-gestelde. Er is niet voorzien in een differentiatie naar niveau van beveiliging.

Als eerste longstayafdeling werd die van FPC Veldzicht (1999) in gebruik genomen, gevolgd door het Kempehuis van de Pompekliniek (2003). Inmiddels zijn er ook longstayafdelingen ingericht door herbestemming van penitentiaire inrichtingen in Zeeland (Brabant) en Vught. In totaal zijn er nu 164 plaatsen. Dit aantal wordt in de komende jaren verder uitgebreid<sup>8</sup>.

### 1.2.3 Procedures

Het Longstaybeleidskader regelt de beslissingen tot plaatsing van de tbs-gestelde op een longstayafdeling en de voortzetting en beëindiging van deze plaatsing, alsmede de toetsing van deze beslissingen. De longstayafdeling is een zogenoemde externe differentiatie. De plaatsing geschiedt namens de minister door de afdeling individuele tbs-zaken van de Dienst Justitiële Inrichtingen. Dit geldt ook voor plaatsing op een longstayafdeling van de kliniek waar de tbs-gestelde reeds verbleef. Het initiatief van de plaatsing ligt bij de behandelende inrichting. Het advies van de inrichting wordt getoetst door een van deze inrichting onafhankelijke, landelijke commissie van gedragskundigen (de Landelijke Adviescommissie Plaatsing tbs, LAP). Tegen de plaatsing kan beroep worden aangetekend bij de RSJ.

Het zou te ver voeren, de betreffende teksten hier alle weer te geven. Op de plaatsen in dit advies waar op de regeling wordt teruggegrepen, worden deze aangehaald.

---

<sup>8</sup> Bron: DJI, nieuwsbericht mei 2007.

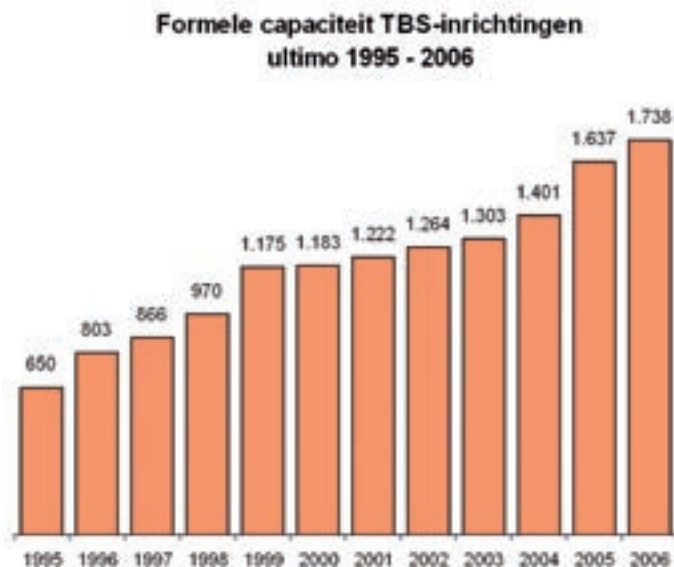


## 2. Situatieschets tbs en longstay

### 2.1 Feiten en cijfers tbs en longstay

#### 2.1.1 Tbs-capaciteit en aantal longstayplaatsen

De tbs-capaciteit heeft zich de laatste tien jaar als volgt ontwikkeld:



Bron: DJI 2007

Voor een vergelijking tussen de kwantitatieve ontwikkeling van de longstay en andere typen afdelingen in de tbs behoeven we niet verder terug te gaan dan het jaar 2000. De eerste longstayafdeling, die van FPC Veldzicht, is geopend in het voorjaar van 1999. Anders dan de tabel hierboven gaat het hier om bezettingscijfers:

Bezetting van de tbs-inrichtingen 2000 - 2006								
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Geslacht	Type afdeling							
<b>Mannelijk</b>	<b>Intramuraal</b>	<b>873</b>	<b>897</b>	<b>946</b>	<b>943</b>	<b>1009</b>	<b>1048</b>	<b>1199</b>
	Transmuraal	95	131	152	198	236	230	227
	Voorbehandeling	-	-	-	-	-	12	12
	Onbekend	4	3	5	3	3	3	9
	Longstay	21	19	22	62	62	87	142
Totaal man		993	1.050	1.125	1.206	1.310	1.380	1.589
<b>Vrouwelijk</b>	<b>Intramuraal</b>	<b>44</b>	<b>41</b>	<b>49</b>	<b>64</b>	<b>61</b>	<b>70</b>	<b>71</b>
	Transmuraal	14	17	18	18	26	27	33
	Onbekend	-	-	-	-	1	-	-
	Longstay	-	-	-	-	-	-	1
Totaal vrouw		58	58	67	82	88	97	105
<b>Totaal</b>		<b>1.051</b>	<b>1.108</b>	<b>1.192</b>	<b>1.288</b>	<b>1.398</b>	<b>1.477</b>	<b>1.694</b>

Bron: DJI 2007 (MIP tbs)

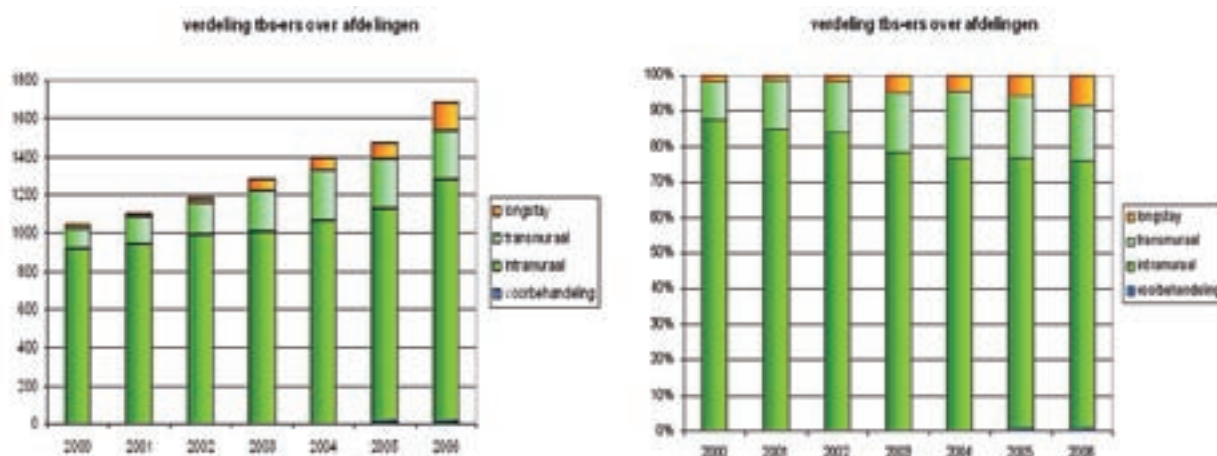
Het in gebruik nemen van nieuwe longstayafdelingen heeft geresulteerd in de volgende stapsgewijze groei van de longstaycapaciteit. Om deze ontwikkeling duidelijker te laten uitkomen, wordt de longstaybezetting in de volgende tabel afgezet tegen de tbs als geheel:

Bezetting tbs en longstay 2000 - 2006				
	2000	2003	2005	2006
Bezetting tbs totaal	1.051	1.288	1.477	1.694
Bezetting longstay	21	62	87	143
Longstaybezetting in percentages	2	4,8	5,8	8,4

Bron: DJI 2007 (MIP tbs)

Een andere manier om de verhoudingen tussen longstay en andere 'behandelfasen' zichtbaar te maken, is het naast elkaar zetten van de aantallen patiënten per soort afdeling.

Verdeling van de tbs-populatie over de afdelingen 'voorbehandeling, intramuraal, transmuraal en longstay' over de jaren 2000 t/m 2006



Bron: DJI 2007

Kijken we naar verhoudingen (linker figuur) dan vormt de longstay van Veldzicht in 2000 – 2002 een constante factor. Daarna neemt het longstay-aandeel toe. Uit de rechter figuur kan worden opgemaakt dat het relatieve aandeel van de longstay 'ten koste' gaat van intramuraal en transmuraal.

Vervolgens zijn er verschillende bronnen beschikbaar, die een blik op de toekomst werpen. In zijn (zgn. beleidsarme) prognose voor de komende jaren trekt het WODC de hierboven aangegeven trend door:

Verwachte behoefte aan tbs-plaatsen (prognose WODC)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totaal tbs	1.954	2.132	2.199	2.260	2.265	2.264
Waarvan longstay	228	243	243	243	243	243

Bron: DJI 2007

Op basis van deze verwachtingen zou de totale tbs-capaciteit in 2012 vrijwel moeten zijn verdubbeld ten opzichte van het jaar 2000.

Het aantal longstayplaatsen neemt tussen 2000 en 2008 toe van 21 naar 243. Dit betekent meer dan een vertienvoudiging.

Het WODC laat de verwachte tbs-capaciteit na 2010 niet meer toenemen, en de longstaycapaciteit reeds vanaf 2008 niet meer.

Bovenstaande cijfers hebben betrekking op de bezetting en betreffen deels prognoses. Daarnaast geeft de Justitiebegroting 2008 inzicht in de gerealiseerde en te realiseren capaciteit. De Justitiebegroting geeft geen cijfers voor de longstayafdelingen afzonderlijk. Wel worden de tbs-plaatsen in de ggz aangegeven. Een capaciteitsverschuiving van tbs-inrichtingen naar de geestelijke gezondheidszorg is in de begroting niet zichtbaar.

Omschrijving Realisatie 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012

Prestatiegegevens sanctiecapaciteit: overzicht tbs-capaciteit en forensische zorg en tbs-contractplaatsen in ggz-instellingen							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Rijks-tbs-inrichtingen	568	575	403	427	427	427	427
Particuliere tbs-inrichtingen	941	1.075	1.450	1.478	1.526	1.526	1.526
<b>Totaal tbs-inrichtingen</b>	<b>1.509</b>	<b>1.650</b>	<b>1.853</b>	<b>1.905</b>	<b>1.953</b>	<b>1.953</b>	<b>1.953</b>
Ggz-instellingen	194	194	194	194	194	194	194
<b>Totaal tbs- capaciteit</b>	<b>1.703</b>	<b>1.844</b>	<b>2.047</b>	<b>2.099</b>	<b>2.147</b>	<b>2.147</b>	<b>2.147</b>

Bron: Justitiebegroting 2008, november 2007

De Justitiebegroting blijft onder de WODC-raming maar vlakkt de capaciteit eveneens af na 2010. De capaciteitsbehoefte is in enkele jaren tijd sterk naar boven bijgesteld. De Justitiebegroting 2006<sup>9</sup> ging nog uit van een capaciteit van 1.869 in 2010; in de begroting 2008 komt deze al op 2.147.

De DJI-website Vangnet<sup>10</sup> geeft nog een ander cijfer: "In de afgelopen twee jaar zijn nu ruim 300 extra tbs-plaatsen gerealiseerd. En daar komen in de komende drie jaar nog eens 375 bij. Het totaal aantal tbs-plaatsen komt daarmee in 2010 uit op 2244. Een ruime verdrievoudiging ten opzichte van 1995 toen er nog maar 624 tbs-plaatsen waren."

Voor de toekomstige ontwikkeling van de tbs en de longstay is vooral van belang hoeveel van de blijvend delictgevaarlijke patiënten naar verwachting op langere termijn intramuraal in tbs dan wel ggz zullen moeten blijven. In het rapport 'Blijvend delictgevaarlijk'<sup>11</sup> geeft het WODC de resultaten weer van een inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten. Deze inventarisatie betrof 1.673 intramuraal opgenomen patiënten in tbs (1.070) en forensische ggz (603). De behandelverantwoordelijken merkten uit de groep van tbs-ers

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2005-2006, 30 300 VI nr. 2, blz. 76.

<sup>10</sup> DJI, Vangnet 2007.

<sup>11</sup> De Kogel, Verwers & Den Hartogh 2005.

42% en uit de ggz-populatie 35% als blijvend delictgevaarlijk aan. Vervolgens gaven zij van ieder van deze patiënten aan of deze naar verwachting op den duur in de tbs, in de ggz dan wel – onder toezicht – in de vrije maatschappij zou moeten, dan wel kunnen functioneren. Van 636 blijvend delictgevaarlijke patiënten zouden er 204 (32%) blijvend zijn aangewezen op de tbs, terwijl er 186 (29%) naar de intramurale forensische ggz en 246 (39%) terug de maatschappij in zouden kunnen.

### 2.1.2 Conclusie

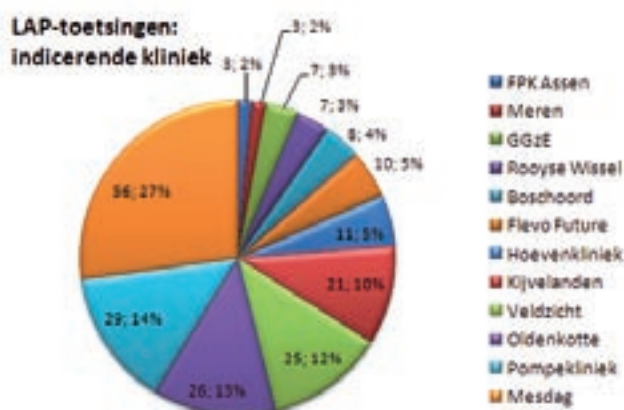
In de eerste plaats valt de groei van de gehele tbs-populatie op. Deze is sterker dan de groei van de strafrechtspiegeling in zijn geheel. Tegenover een verdrievoudiging van de tbs-capaciteit sinds 1995 staat een toename van het aantal longstayplaatsen van 0 naar 143 tussen 1999 en 2006. Het aantal longstayplaatsen in de tbs bedroeg in 2006 8,4% van de gehele tbs-capaciteit. Het WODC concludeert in het rapport ‘Blijvend delictgevaarlijk’ reeds dat het te verwachten aantal patiënten dat op de lange termijn in de tbs zal moeten blijven, de – toenmaals beschikbare – longstaycapaciteit van 60 ruim te boven zou gaan. De prognose van het WODC voor 2008 en de jaren daarna bedraagt 243 longstayplaatsen. Gezien de groei die de tbs en de longstay reeds lange tijd te zien geven, lijkt het echter niet waarschijnlijk dat bij ongewijzigd (sanctie)beleid met een gelijkblijvende capaciteit aan de vraag zal kunnen worden voldaan. Ook na 2008 zal de groei er niet uit zijn.

Binnen de groep van langdurig intramuraal te verplegen ggz- en tbs-patiënten bestaan aanzienlijke verschillen in benodigde zorg en beveiliging. Naast een groep die blijvend intramurale verpleging nodig zal hebben zal ook een vrij grote groep, onder toezicht en begeleiding, in de samenleving kunnen terugkeren. Meer over deze ‘differentiatie’ in § 2.5. Uit het oogpunt van doorstroom geeft het te denken dat de cijfers een neerwaartse trend laten zien van het aantal patiënten in een transmurale voorziening.

De situatie rond de longstay wordt niet louter bepaald door de toename in aantallen en vereenvoudiging van de instroomprocedure. In de komende paragrafen wordt ingegaan op de inhoudelijke toetsing van in- en doorstroom en worden enkele kenmerken van de longstaypopulatie beschreven. In de samenvatting van de bevindingen (§ 2.7) worden bovenstaande conclusies in verband gebracht met kwalitatieve ontwikkelingen in tbs en longstay.

## 2.2 Instroom in de longstay; aanmelding, plaatsing, toetsing

Het initiatief tot longstayplaatsing ligt bij de tbs-kliniek. Onderstaand diagram geeft de indicerende kliniek van 250 aan de LAP aangeboden patiënten.



Bron: Van Kordelaar 2006

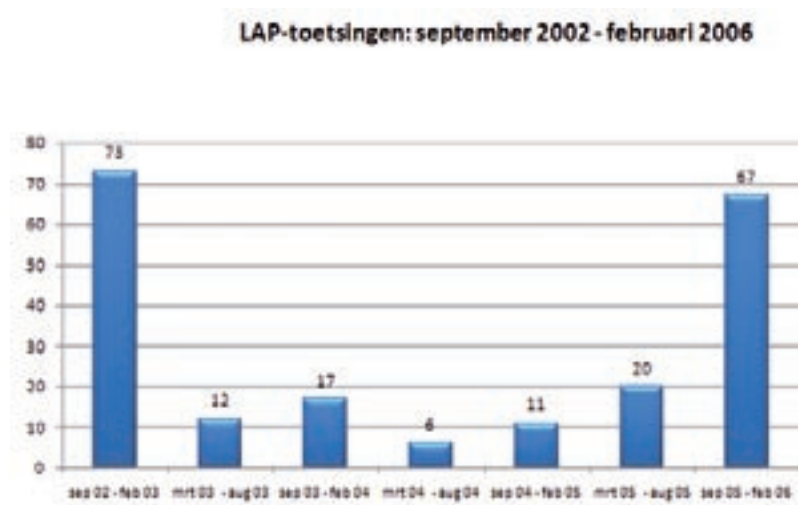


De verschillen tussen de klinieken zijn aanzienlijk, ook als rekening wordt gehouden met de verschillende omvang van de klinieken. De invloed van het beleid van aselechte plaatsing op de doorstroom naar longstay is slecht te traceren. Bij een geheel gelijksoortige populatie zou een vergelijkbaar aantal aanmeldingen zijn te verwachten. Inzake longstaypatiënten speelt echter de geschiedenis een belangrijke rol: veel van de aangemelde patiënten verbleven bij de introductie van de longstay al heel lang in de tbs. Deze patiënten werden in de betreffende kliniek geplaatst vóór de invoering van de aselechte plaatsing. Het bovenstaande beeld wordt grotendeels bepaald door het jaar 2002, toen LAP als inhaalslag meer dan 200 voorgedragen personen beoordeelde en daarvan ongeveer 150 longstayplaatsingen 'goedkeurde'.

Het meest opvallende gegeven is dat er bijna geen longstayaanmeldingen waren uit de Van der Hoevenkliniek. In interviews is gesuggereerd dat aan de ene kant deze kliniek vanouds de meer kansrijke patiënten opnam; aan de andere kant dat men hier de 'longstayer' in de kliniek houdt. Daarnaast voert deze kliniek een actief transmuralisatiebeleid in samenwerking met de Utrechtse RIBW. Niet is uit te sluiten dat dit bijdraagt aan een uitstroom richting maatschappij in plaats van naar de longstay.

Het aantal aanmeldingen uit de Van Mesdagkliniek is vrij groot. Van deze kliniek, net als van Veldzicht, is bekend dat de populatie van oudsher bestond uit langer verblijvende patiënten.

Zoals in § 1.2.3. is aangegeven, geschiedt de longstayplaatsing op advies van de LAP. De LAP verrichtte tussen september 2002 en februari 2006 per half jaar het volgende aantal toetsingen:



Bron: Van Kordelaar 2006

Het grote aantal toetsingen in de eerste periode is toe te schrijven aan het aantal aanmeldingen dat bij de start van de LAP op toetsing lag te wachten. Na een stabiele periode zet vanaf maart 2004 een stijging in. Het grote aantal aanmeldingen in de laatste kolom is te verklaren uit de versoepeling van de longstaycriteria in het Longstaybeleidskader 2005. Of er sprake is van een trend, zal pas goed kunnen worden beoordeeld aan de hand van cijfers over de rest van 2006 en 2007.

De minister neemt het besluit tot plaatsing op een longstayafdeling met inachtneming van het advies van de LAP. De beroepscommissie van de RSJ toetst de plaatsingen van degenen die hier beroep tegen aantekenen. De jurisprudentieanalyse (bijlage 1 bij dit advies) toont dat verreweg de meeste beroepen ongegrond worden verklaard. In de periode 1999 - 2002 betrof dit zeven van de zeven beroepen. In de periode 2003 - april 2006

behandelde de beroepscommissie 22 plaatsingen, waarbij drie beroepen inhoudelijk gegrond werden verklaard. De periode mei 2006 – oktober 2007 leverde 24 gegrondverklaringen op inzake 60 behandelde beroepen op. Vijftien van deze 24 gegrondverklaringen werden echter uitgesproken wegens het ontbreken van een reactie en stukken van het ministerie. In 11 zaken is beroep ingesteld tegen een opnieuw genomen longstaybeslissing. De beroepscommissie heeft er daarvan drie gegrond en vijf ongegrond verklaard. De resterende drie zaken zijn bij het schrijven van dit advies nog in behandeling.

Degenen met wie de Raad voor dit advies heeft gesproken, beoordelen de meeste longstayplaatsingen als terecht uit de oogpunten van het delictgevaar en het (ontbreken van) resocialiseringsperspectief. Uit het oogpunt van proportionaliteit – de duur van de tbs in relatie tot het uitgangsdelfict – toont men zich echter kritisch. Met andere woorden: het beëindigen van de op resocialisatie gerichte behandeling ontmoet in deze gevallen instemming, het vervolgens almaar voortduren van de tbs minder. Verschillende auteurs en respondenten pleiten voor een sterker ‘slot op de voordeur’. Wij gaan hierop verder in onder § 3.3.1.

### **2.3 Verblijf en doorstroom; toets op voortzetting longstay; behandeling; differentiatie verlofbeleid**

De rechter verlengt de termijn van de tbs op vordering van de officier van justitie telkens met één of twee jaar. De officier van justitie baseert zijn vordering op een verlengingsadvies van de kliniek. Wanneer de tbs meer dan zes jaar gaat duren, wordt er naast dit advies van de kliniek krachtens art. 509 o lid 4 Wetboek van Strafvordering ook nog een advies opgemaakt door twee onafhankelijke deskundigen.

De penitentiaire kamer van het gerechtshof Arnhem fungeert als enige beroepsrechter inzake tbs-verlenging. Het hof constateert een toename van appèlzaken. Het hof veronderstelt dat tbs-ers die de dreiging van een longstayplaatsing voelen, eerder geneigd zijn tegen verlenging van de maatregel in beroep te gaan.

De verlengingsrechter beslist tot voortzetten dan wel beëindigen van de maatregel als zodanig, maar niet over de plaats van tenuitvoerlegging, in casu de longstayafdeling.

In beginsel onthoudt de rechter, en dat geldt ook voor ook de penitentiaire kamer, zich in het kader van de procedure over verlenging van de maatregel van oordelen over de inhoud/voortzetting van de behandeling. Bij de ‘zesjaarsverlengingen’ is dit niet anders. Niettemin komen vragen rond de behandeling die heeft plaatsgevonden en behandelperspectieven voor de toekomst bij de verlengingszitting wel aan de orde. Aspecten die daarbij een rol kunnen spelen of daartoe aanleiding kunnen zijn betreffen onder meer:

- de gevolgen van de aselechte plaatsing (tbs-gestelden vinden vaker dat zij in de verkeerde kliniek terecht zijn gekomen);
- de wenselijkheid van nader onderzoek naar alternatieve/nieuwe behandelmethoden voor een specifieke tbs-gestelde;
- organisatorische/bureaucratische redenen die (soms: ernstige) stagnatie in de voortgang van de behandeling veroorzaken, zoals vertraging bij verlofaanvragen wegens veelvuldige personeelwisselingen.

Uitgangspunt in deze zaken (zie de uitspraak van de penitentiaire kamer van 5 maart 2007) moet zijn dat de kliniek in elk geval inzicht geeft in de ontwikkeling van de tbs-gestelde, in de noodzaak van voortzetting van de longstayplaatsing en daarbij ook aangeeft of zij heeft onderzocht of er mogelijkheden zijn voor nieuwe/ andere behandelmethoden en zo ja, wat daarvan de uitkomsten en gevolgen zijn. Als de kliniek daarin tekort schiet (en dat komt geregeld voor) moet de behandeling van de zaak vaak worden aangehouden om nadere informatie op te vragen en een getuige-deskundige van de kliniek om tekst en uitleg te vragen.

De rechter kan op verschillende manieren invloed op de voortgang van de behandeling uitoefenen, bijvoorbeeld om hervatten van een stagnerende behandeling te stimuleren. Zo kan de maatregel worden verlengd met één in plaats van twee jaar, waarbij de kliniek wordt gevraagd voor de komende verlengingszitting met een nieuw behandelingsplan te komen. Ook komt het voor dat getuige-deskundigen van de kliniek worden gehoord ten einde uit te leggen wat de kliniek heeft gedaan met de bij een eerdere uitspraak gegeven overwegingen.

Een andere mogelijkheid – waarvan echter niet duidelijk is hoe vaak er gebruik van wordt gemaakt – is dat de verlengingsrechter de maatregel beëindigt, ervan uitgaande dat de officier van justitie hiertegen in beroep gaat. Gedurende de periode tot aan de beroepszitting heeft de kliniek de gelegenheid met een nieuw behandelingsplan te komen, waarop in beroep de maatregel alsnog wordt voortgezet. De verlengingsrechter noch de penitentiaire kamer heeft de mogelijkheid om behandeling af te dwingen. In uitzonderingsgevallen geeft de rechter een aanwijzing ‘ten overvloede’ voor het behandeltraject<sup>12</sup>.

De huidige regeling biedt ook naar het oordeel van verschillende respondenten onvoldoende rechtswaarborgen ‘bij de achterdeur’. Niet alleen houdt de verlengingsbeslissing geen beslissing over de longstay in, ook komt er op de verlengingszitting weinig nieuwe informatie over de longstaypatiënt naar voren, aangezien er geen resocialiserende behandeling meer plaatsvindt. Het feit dat het verlenen van verlof in de longstaysituatie nagenoeg is uitgesloten, draagt daaraan nog eens extra bij. Het belangrijkste criterium bij de vraag naar voortzetting dan wel beëindiging van de maatregel is de mate waarin de patiënt nog een gevaar voor de samenleving vormt. Van Zyl Smit<sup>13</sup> legt bijzondere nadruk op de zorg, die besteed dient te worden aan procedures, waarin het gevaarscriterium bepalend is voor voortgezette vrijheidsbeneming. Juist in deze situaties moet het risico worden onderkend dat een – als tijdelijk bedoelde – straf of maatregel overgaat in ‘verkast levenslang’:

*“It also raises further questions about how life sentences relate to other forms of preventive detention, which may well end up being life imprisonment under another name. It is clear that engagement with the challenges that life imprisonment poses requires intervention at different levels. It must be emphasised that life sentences are always very harsh penalties because of their potential to deny liberty indefinitely. Where they are imposed as whole life sentences, this is clear and they can be debated in those terms. Where, however, they are ostensibly limited by procedural reviews of various kinds, their harshness may not be equally apparent, but it nevertheless remains in the background. Having said that, careful consideration of when they are imposed can limit their use to the most serious cases. Although there are no perfect procedural solutions to establishing for how long they should be implemented, it is nevertheless clear that some procedural guarantees can be built into the process to ensure that prisoners serving life sentences are protected against the excesses of arbitrary decisions. This is particularly true where judgments about dangerousness, which are notoriously hard to make, will determine the fate of persons who have already served many years in prisons. Where careful controls are developed to ensure that life sentences are implemented relatively fairly, it is important to ensure that they are not side-stepped by preventive detention measures not subject to the same safeguards.”*

---

<sup>12</sup> Zie de uitspraak van Hof Arnhem d.d. 5 maart 2007 (LJN AZ9806), in welke zaak de advocaat een fundamenteel verweer voerde.

<sup>13</sup> Van Zyl Smit 2006.

De rechter heeft vaak weinig aanknopingspunten om eventueel tot beëindiging van de maatregel te komen. Het Longstaybeleidskader van 2005 introduceert een toets, specifiek gericht op evaluatie van het longstayverblijf: “Gezien het feit dat ten aanzien van deze tbs-gestelden geen behandeling gericht op terugkeer in de samenleving plaatsvindt, is het wenselijk dat deze omstandigheid periodiek door onafhankelijke deskundigen wordt geëvalueerd. De LAP zal daarom periodiek de longstayindicatie en de noodzaak van het voortduren van het verblijf op de longstayafdeling gaan toetsen en dit advies zal bij het verlengingsadvies van de kliniek worden gevoegd. Momenteel wordt bezien in welke frequentie de LAP deze toets zal uitvoeren.” Van Kordelaar suggereert periodiek – bijv. om de drie jaar – de longstaypatiënt een aantal weken terug te plaatsen naar een behandelafdeling. De rapportage hierover levert extra informatie voor de verlengingsrechter op.

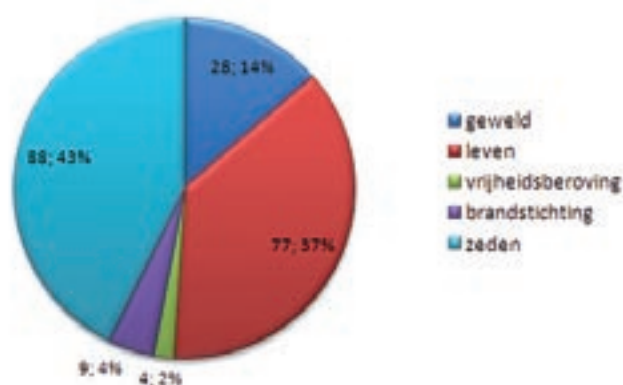
In § 3.3.1. wordt op de problematiek rond de verlenging teruggekomen.

## 2.4 Kenmerken van tbs-gestelden en longstaypatiënten

### 2.4.1 Strafrechtelijk verleden, ggz-achtergrond

De meeste tbs-gestelden hebben voorafgaand aan de tbs-oplegging al een lange ‘carrière’ in de geestelijke gezondheidszorg en/of justitiële inrichtingen achter de rug. Uit onderzoek<sup>14</sup> blijkt dat ongeveer 70% van de tbs-populatie hulpverleningscontacten heeft gehad. Bij ongeveer 20% waren dit ambulante contacten en bij circa 45% ook klinische opnames. Hun problemen zijn meestal al in de jeugd ontstaan. De gemiddelde leeftijd bij het eerste hulpverleningscontact ligt net onder de 20 jaar. Het merendeel van de tbs-populatie heeft ook een lang detentieverleden. Eénderde van de tbs-populatie is first-offender en was voorafgaand aan de tbs nog niet eerder veroordeeld. Een kwart van de populatie is echter al ten minste zes keer met een vrijheidsbenemende sanctie gestraft. Van de tbs-populatie is 30% in zijn jeugd veroordeeld geweest tot jeugddetentie of een maatregel zoals plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (pij). Hieronder een karakteristiek van de delictachtergrond van 206 door de LAP beoordeelde longstaykandidaten:

LAP-toetsingen: delictcategorieën

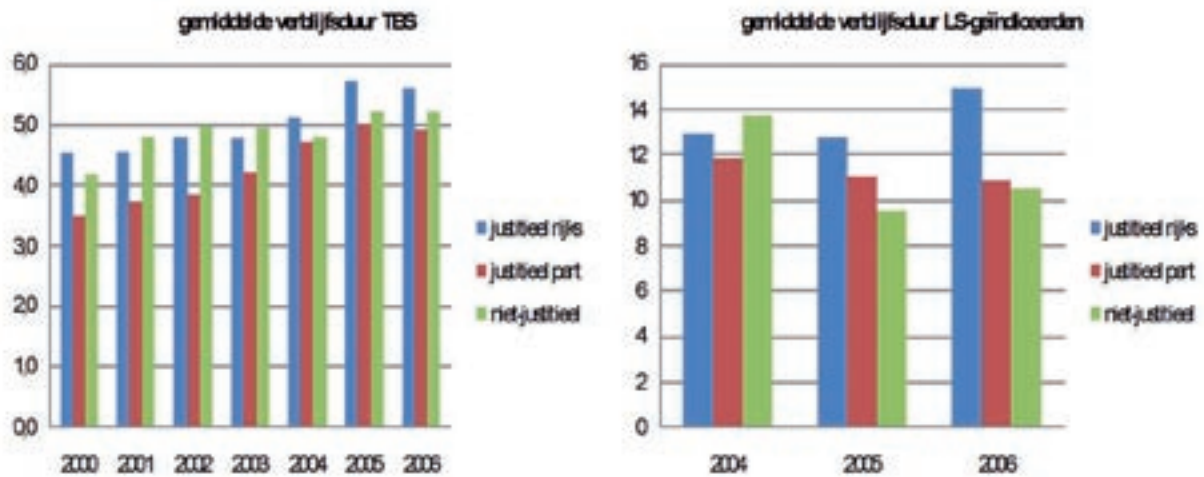


Bron: Van Kordelaar 2006

<sup>14</sup> Kamerstukken II 2005/2006 30 250, nr. 5, blz. 19.

### 2.4.2 Intramurale behandelduur

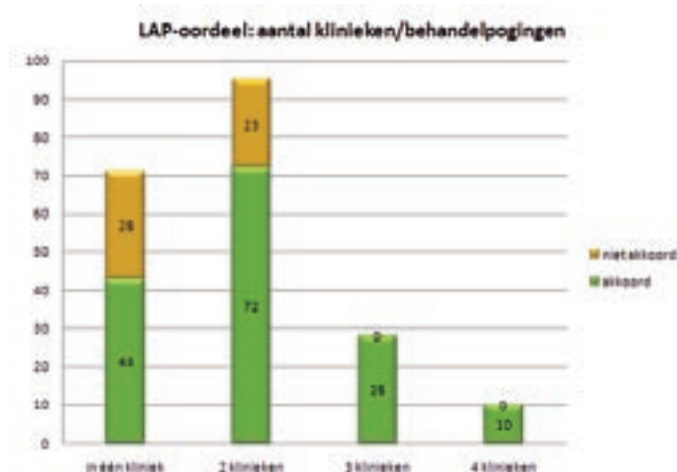
In de opeenvolgende beleidskaders voor de longstay zijn de doorstroomcriteria voor de longstay versoepeld en vereenvoudigd. Volgens de toenmalige directeur-generaal gebeurde dit op initiatief van de klinieken. Een belangrijk criterium is de duur en inhoud van de voorafgaande behandeling. Aanvankelijk bedroeg de minimale voorafgaande behandelduur zes jaar, binnen welke periode de patiënt ten minste eenmaal ter herselectie was aangeboden. Vervolgens luidde het criterium: meer dan zes jaar behandeling, waarbinnen bij voorkeur meerdere behandelopingen waren gedaan. Het Longstaybeleidskader van 2005 geeft geen indicatie meer voor de minimale behandelduur voorafgaand aan de longstayplaatsing. Voordat dit beleidskader van kracht werd, kwamen plaatsingen van personen die nog geen zes jaar in behandeling waren echter al wel voor. In bijlage 4 wordt een karakteristiek gegeven van acht relatief jonge longstayers uit het bestand van door de LAP beoordeelde geïndiceerden. Eén van hen, op het moment van toetsing 28 jaar oud, werd in 2003 in het Kempehuis geplaatst na slechts één behandelopgave.



Bron: DJI 2007

### Aantal behandelopingen

De volgende grafiek maakt zichtbaar hoe de LAP-toetsing uitviel in relatie tot het aantal behandelopingen dat aan de aanmeldingen was voorafgegaan.

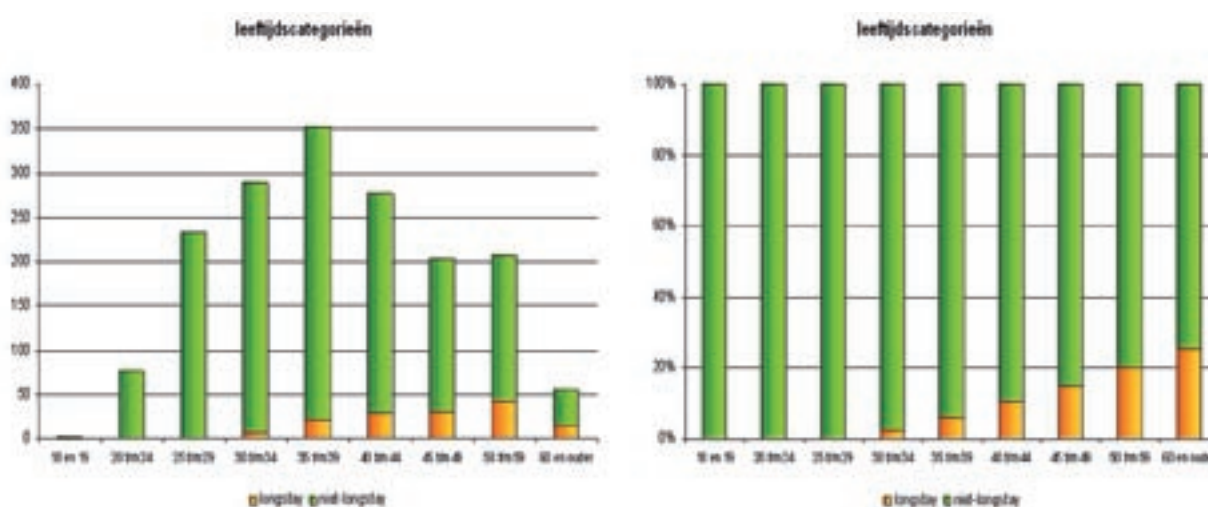


Bron: Van Kordelaar 2006

Ruim éénderde van de aangemelden had slechts in één kliniek verbleven. Van deze aanmeldingen wees de LAP bijna 40% af. Van de 95 patiënten die in twee klinieken hadden verbleven, wees de LAP 24% af. De patiënten die in drie of vier klinieken hadden verbleven, werden allen tot de longstay toegelaten. Uitgaande van de veronderstelling dat de toegelaten patiënten die slechts in één kliniek hadden verbleven ook degenen waren van wie de tbs al zeer lang duurde, ligt het LAP-advies in de lijn van het beleidskader. De invloed van de wijziging van het beleidskader is in deze LAP-cijfers niet terug te zien, aangezien deze betrekking hebben op een langere reeks van jaren.

### 2.4.3 Leeftijd

Leeftijdsverdeling van de tbs-gestelden (peildatum ultimo 2006)



Bron: DJI 2007

De verdeling naar leeftijd is volgens verwachting, gelet op de gemiddelde verblijfsduur. De gemiddeld hogere leeftijd van de longstayers wordt mooi zichtbaar als de verhoudingen per leeftijdscategorie worden weergegeven (rechtse figuur).

### 2.5 Differentiatie in de longstay; het onderscheid longstay en long-care

Voor de omvang en vooral voor de aard van de in de toekomst noodzakelijke longstayvoorzieningen is het van groot belang hoe de longstaypopulatie er uitziet. Over de omvang en de samenstelling van de groep van blijvend delictgevaarlijke patiënten in de ggz en de tbs, die naar verwachting intramuraal verpleegd zullen moeten blijven worden, was in 2005 reeds het nodige bekend uit het WODC-rapport 'Blijvend delictgevaarlijk'<sup>15</sup>. In de paragrafen hiervoor is al een aantal gegevens over de longstaygroep (leeftijd en verblijfsduur ten tijde van de indicatiestelling) vermeld. In juli 2006 werd de schets van de longstaypopulatie nader ingevuld aan de hand van gegevens over 153 patiënten die de LAP een longstayindicatie had toegekend<sup>16</sup>.

Van Kordelaar en Van Panhuis achten het onderscheid dat het Longstaybeleidskader maakt tussen een

<sup>15</sup> De Kogel, Verwers & Den Hartogh 2005.

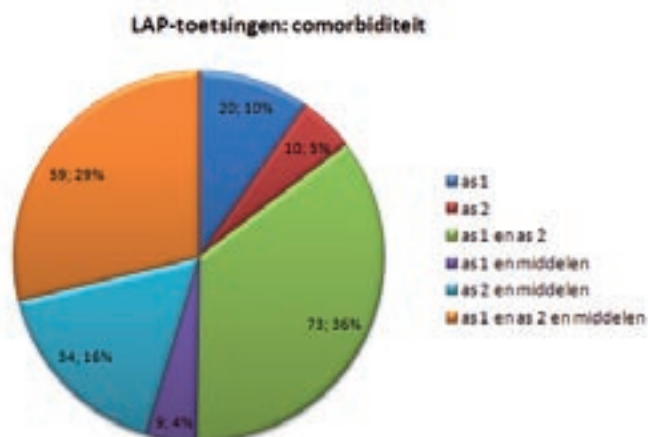
<sup>16</sup> Van Kordelaar & Van Panhuis 2006, blz. 320 – 339.

longstaygroep binnen de tbs, bestaande uit tbs-gestelden en forensisch psychiatrische patiënten, en een long care-groep onlogisch. Alle tbs-gestelden zijn immers per definitie forensisch psychiatrisch patiënt en slechts een heel klein deel van de forensisch psychiatrische patiënten is tbs-gesteld. Logischer zou zijn de term longstay als overkoepelende term te gebruiken, en daarbinnen een onderscheid te maken tussen high en low care en high en low control. De Kogel c.s. verweerden zich door te stellen dat het WODC-rapport nu juist beoogde een schatting te maken van de gehele groep van blijvend delictgevaarlijken<sup>17</sup>.

Het kunnen schetsen van de noodzakelijke voorzieningen voor blijvend delictgevaarlijke patiënten zou vanzelfsprekend gebaat zijn bij de beschikbaarheid van gegevens over de gehele groep, en wel zowel betreffende de noodzakelijke mate van beveiliging als die van zorg. Beide studies kennen echter op een van deze aspecten een beperking. De WODC-studie maakt onderscheid tussen drie niveaus van beveiliging, maar niet tussen verschillende niveaus van zorg. De gegevens van de LAP beperken zich tot tbs-gestelden, die door de klinieken zijn aangemeld voor een longstayindicatie en omvatten dus niet de ggz-groep. Een volledig overzicht van noodzakelijke beveiligings- en zorgvarianten is uit een combinatie van deze studies dus niet samen te stellen. Niettemin biedt de analyse van Van Kordelaar en Van Panhuis een dermate verhelderend inzicht in de combinatie van beveiligings- en zorgbehoefte, dat wij deze hieronder weergeven.

In de eerste plaats karakteriseerde de LAP de longstay-geïndiceerden volgens de DSM-IV-classificatie. Deze valt uiteen in as 1, de toestandsbeelden, en as 2, de persoonsbeelden. Tot de toestandsbeelden behoren de ‘major mental disorders’ (autisme, wanen, psychose, schizofrenie, stemmingsstoornissen en organische persoonlijkheidsveranderingen), parafilie/pedofilie (waaronder seksuele stoornissen) en ‘overig’. Middelengebruik, doorgaans ook op as 1 vermeld, werd hier buiten gehouden. De persoonsbeelden of -stoornissen worden onderscheiden in (sterk vereenvoudigd) paranoïde, antisociale, obsessief-compulsieve en ‘niet anders omschreven’ typeringen. De meest voorkomende classificaties waren de major mental disorders (as 1), de antisociale en de ‘niet anders omschreven stoornissen’.

De complexiteit van de populatie bleek echter nadat de co-morbiditeit in beeld werd gebracht, waarbij ook het aspect van het middelengebruik in aanmerking werd genomen. Van Kordelaar ziet het middelengebruik bij de tbs-er niet alleen als een klinische stoornis, maar als een persoonlijkheidskenmerk, en daardoor als een in de persoon verankerde risicofactor. Dit leidde tot een geheel nieuwe ordening van de populatie in grofweg zes categorieën.



<sup>17</sup> De Kogel, Verwers & Bogaerts 2007.

Vervolgens werd de populatie ingedeeld naar de voor ieder type benodigde mate van 'zorg en beveiliging'<sup>18</sup>:

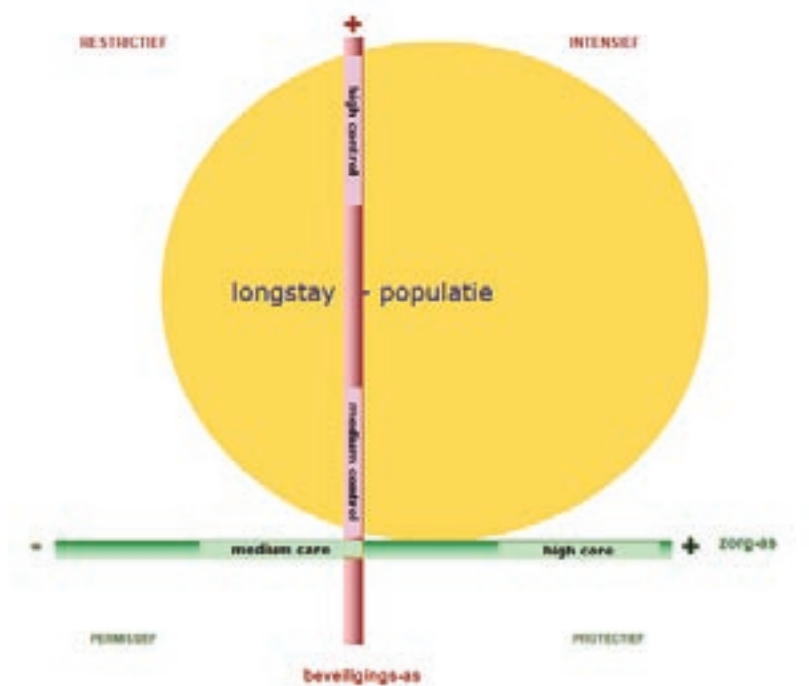


- kwadrant linksboven wordt gekenmerkt door veel beveiliging en weinig zorg. Het therapeutisch klimaat kan worden geschetst als 'restrictief'. Dat wil zeggen dat er veel controle en structuur is. Regels worden scherp bewaakt. De gedragsbeïnvloeding door de staf loopt langs de lijnen van toestaan en verbieden, belonen en straffen. Het gevaar in een dergelijk klimaat is het afglijden naar repressie;
- kwadrant rechtsboven wordt gekenmerkt door veel beveiliging en veel zorg. Het therapeutisch klimaat is intensief. Ook hier is veel controle en structuur, maar de gerichtheid is daarbij sterker geïndividualiseerd omdat de patiënten gekenmerkt worden door individuele expressie van stoornissen. De gedragsbeïnvloeding loopt langs lijnen van toestaan, verbieden en steunen. Het gevaar in een dergelijk klimaat is het afglijden naar manipulatie;
- kwadrant rechtsonder wordt gekenmerkt door veel zorg en weinig beveiliging. Het klimaat kan worden getypeerd als protectief. De staf is gericht op signaleren, zorgen en steunen. Het gevaar in een dergelijk klimaat is het paternalistisch onmondig maken van de patiënt;
- kwadrant linksonder wordt gekenmerkt door weinig beveiliging en weinig zorg. Het klimaat is permissief. Zelfregulatie met begeleiding op afstand is kenmerkend. Het gevaar is verwaarlozing.

Van Kordelaar kenschetst de groep van longstayers aan de hand van een driedeling op beide assen: low, medium en high control, respectievelijk care. Geen van de onderzochte personen valt binnen het niveau 'low'. De kwadranten 'permissief' en 'protectief' zijn evenmin voor de longstaypopulatie van toepassing. De longstayers bevinden zich hoog op beide niveaus van beveiliging en zorg, met een accent op zorg. In een figuur weergegeven:

<sup>18</sup> Vergelijk ook: W.F. van Kordelaar, 'Persoonlijkheidsstoornissen en detentieklimaten; een verkenning', *Sancties* 1994 nr. 3, blz. 155-168.





Hiervan uitgaande ziet Van Kordelaar de meest voor de hand liggende differentiatie van longstayvoorzieningen als volgt:

Restrictief klimaat		Intensief klimaat	
Medium care / high control	14% (20)	High care / high control	29% (45)
Medium care / medium control	24% (36)	High care / medium control	33% (51)
<b>Totaal</b>	<b>38% (57)</b>	<b>Totaal</b>	<b>62% (96)</b>

## 2.6 Tarifiering en de kosten van longstay

De justitiële tbs-inrichtingen worden rechtstreeks uit de begroting van Justitie gefinancierd. De niet-justitiële tbs-inrichtingen werden tot 2007 direct uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gefinancierd. Vanaf 2007 is het totale budget voor de forensische psychiatrie naar de begroting van Justitie overgeheveld<sup>19</sup>.

De tarieven in de tbs zijn gebaseerd op de tarieven van de Zorgautoriteit (voorheen CTG). Uit oogpunt van kostenbeheersing is in de jaren negentig (kabinetsstandpunt naar aanleiding van IBO-II<sup>20</sup>) een splitsing aangebracht tussen een tarief voor behandeling en een voor langer durend verblijf. Dit laatste, lagere tarief geldt voor patiënten die langer dan zes jaar in een tbs-kliniek verblijven. Het Longstaybeleidskader 2005 maakt vervolgens nog een onderscheid in een basis- en een intensieftarief; het laatste is van toepassing voor de 20 – 25% van de longstaypopulatie met een hoge zorg- en beveiligingsbehoefte. Dit onderscheid wordt overigens alleen in de ggz-inrichtingen gehanteerd.

Ter illustratie van de tariefverschillen hieronder de bedragen (ontleend aan het rapport Tbs, vandaag over gisteren en morgen<sup>21</sup>):

<sup>19</sup> DJI, *Capaciteit & bestemmingen DJI 2007*.

<sup>20</sup> *Kamerstukken II 1998/1999 26 562, nr. 1, p.7*.

<sup>21</sup> *Kamerstukken II 2005/2006 30 250, nr. 5*.

Kosten per opnamedag in een forensische psychiatrische kliniek (ggz):

Behandeltarief	€ 395,32
Resocialisatietarief	€ 332,43
Longstay basistarief	€ 279,54
Longstay intensieftarief	€ 373,11

De productieafspraken met de justitiële tbs-inrichtingen zijn aan dezelfde systematiek ontleend. Hierbij zijn de tarieven resocialisatie en behandeling samengevoegd tot doorstroom en de tarieven longstay-basis en longstay-intensief tot verblijf.

Kosten per opnamedag in een tbs-kliniek<sup>22</sup>:

Doorstroomtarief	€ 381,49
Verblijfstarief	€ 262,74

Opvallend is dat de longstaytarieven in de FPK's veel hoger liggen dan het verblijfstarief in de tbs-klinieken. Voor de justitiële inrichtingen is het verschil tussen het behandel- en het verblijfstarief veel groter dan voor de niet-justitiële inrichtingen.

Het verblijfstarief gaat dus na zes jaar in, ongeacht of de patiënt nog wordt behandeld of in een longstayvoorziening verblijft. Deze constructie is bedoeld als prikkel om de behandeling te bespoedigen. De gangbare opvatting dat longstay mede is ingevoerd omdat ze goedkoper is dan behandeling is dus niet correct. Zie voor een verdere beschouwing hierover § 3.4.3.

Ook als de patiënt na zes jaar niet of nog niet naar de longstay is overgeplaatst, gaat het verblijfstarief in. Omgekeerd, voor de patiënt die binnen zes jaar naar een longstayafdeling gaat, wordt tot aan het zevende jaar het hoge tarief betaald.

In de praktijk blijkt longstay niet goedkoper te zijn dan op resocialisatie gerichte behandeling. Het landelijk overleg van behandeldirecteuren is van oordeel dat de tariefstelling onvoldoende rekening houdt met het uiteenlopen van de benodigde beveiliging en behandeling<sup>23</sup>. De behandeldirecteuren met wie voor dit advies is gesproken, bevestigden dat de werkelijke kosten op de longstayafdelingen niet lager liggen dan op de verblijfsafdelingen. Ook op de longstay is kwalitatief goed personeel nodig voor psychiatrische behandeling en verpleging. De relatief hoge leeftijd van de patiënten brengt extra kosten voor verzorging/verpleging mee.

## 2.7 Samenvatting van de bevindingen

De instroom in de longstay is aanzienlijk en het totale volume van de longstay is vele malen groter dan bij de start eind jaren negentig is voorzien. Verdere groei ligt in het verschiet. Het als een externe differentiatie aanmerken van de longstayafdelingen, als gevolg waarvan de minister over plaatsing beslist en hiertegen beroep open staat, heeft deze ontwikkeling niet tegengehouden. Op de rechtsbescherming en verschillende aspecten van de rechtsgang bij toetsing en verlenging wordt van verschillende zijden, ook door de hiermee belaste leden van de rechterlijke macht zelf, kritiek uitgeoefend.

<sup>22</sup> Gebaseerd op de CTG-circulaire, 1 januari 2006.

<sup>23</sup> LBHIV, Adviesnotitie t.b.v. de discussie over longstayvoorzieningen 2007.

Het profiel van de patiënten die in de longstay worden geplaatst, is door onderzoek verhelderd. Van een homogene groep is geen sprake: de behoefte aan zorg en beveiliging loopt uiteen. De longstayers bevinden zich hoog op beide niveaus van beveiliging en zorg, met een accent op zorg.

Verblijf op een longstayafdeling is niet goedkoper dan op een afdeling voor resocialiserende behandeling.



## 3. Analyse, conclusies en aanbevelingen

### 3.1 Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie

De ontwikkeling van de longstay is niet los te zien van die van de tbs en de forensische psychiatrie als geheel. In het parlementair onderzoek uit 2006 is deze context uitgebreid geanalyseerd. Een citaat<sup>24</sup>:

Ten eerste is de veranderende achtergrond van de tbs-ers relevant: zwaardere delicten, gecombineerd met een grotere diversiteit aan zowel psychische stoornissen als culturele achtergronden, kenmerken de huidige populatie en (!) onderscheiden die van de populatie van 20 à 30 jaar geleden. Tbs-patiënten zijn in veel gevallen gevaarlijker dan voorheen. Er is vaker sprake van patiënten met een combinatie van stoornissen, vaker sprake van verslavingsproblematiek en vaker sprake van een verleden in de psychiatrie en de hulpverlening. Dat maakt behandeling niet eenvoudiger en vraagt in veel gevallen ook om nieuwe vormen van behandeling en medicatie. Deze ontwikkeling vraagt veel van de professionaliteit in de klinieken, van de sociotherapeut tot de psychiater en de onderzoeker.

Ook in de literatuur wordt deze ontwikkeling veelvuldig beschreven. Door de schotten tussen sectoren, zoals de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, door de afgenomen asielfunctie van de ggz en door de toename van het aantal psychische gestoorden in gevangenissen die daar niet adequaat worden behandeld, creëert de maatschappij als het ware een steeds grotere groep uitgestotenen die uiteindelijk in de tbs belandt. Door de complexiteit van de psychopathologie en de neiging om zorg te mijden of af te wijzen, worden ze nergens effectief geholpen<sup>25</sup>.

Van Veldhuizen<sup>26</sup> plaatst overigens een fundamentele kanttekening bij de vermeende ‘afbouw van bedden’ in de ggz. Niet alleen is deze veel minder groot geweest dan velen suggereren; belangrijker is dat de aard van de zorg is veranderd. In de lijn van maatschappelijke ontwikkelingen heeft zich vanaf de zeventiger jaren een ‘psychologische de-institutionalisering’ voltrokken. Van Veldhuizen signaleert: “...de moderne opvattingen over autonomie en begrenzing leefden ook bij hulpverleners en werden vertaald in bejegening en huisregels. Zo verloor het algemeen psychiatrisch ziekenhuis de laatste veertig jaar een groot deel van haar functie voor structurering en (gesloten) verpleging. De bedden staan er nog wel, of zijn verplaatst naar een beschermende woonvorm, maar de begrenzing en structurering zijn veel minder geworden, tenzij men té ver gaat en weer in de forensische psychiatrie belandt. Een ggz die niet meer wil dwingen of niet meer mag dwingen, leidt tot veel goeds voor heel veel patiënten, maar leidt ook tot ‘zorgverlamming’ en tot verkommering en de goot of de gevangenis voor andere patiënten. De psychologische de-institutionalisering trof niet alleen de psychiatrie. Allerlei instituties in de maatschappij werden minder dwingend gemaakt; paternalisme kón niet meer. De rol van hulpverleners moest meer gelijkwaardig worden, varend op de vraag en de motivatie van de patiënt, de privacy en autonomie respecterend”.

Ook Van Vliet en Oei merken op dat de organisatie van de zorg voor kwetsbare mensen in Nederland tekort

---

<sup>24</sup> Kamerstukken II 2005/2006, 30250 nr 5, blz. 110.

<sup>25</sup> De Ruiter 2007, blz. 8.

<sup>26</sup> Van Veldhuizen, R. Bindende zorg, bewerking Queridolezing juni 2005.

schiet<sup>27</sup>. Met een goede toegankelijkheid van de algemene ggz en andere hulpverleningsinstellingen voor mensen met een gecompliceerde problematiek, een sterke beperking van bureaucratie, bevordering van continuïteit van zorg en een goede coördinatie van de zorg, zouden afbreukrisico's en delictrisico's kunnen worden beperkt<sup>28</sup>. Van Veldhuizen bepleit vooral het herstel van bindende factoren in de zorg, waarbij de patiënt tot het ingaan op bemoeizorg wordt 'verleid' door deze te koppelen aan primaire voorzieningen als huisvesting, financiële zekerheid of werk. Ook het benutten van maatschappelijke contacten vormt een belangrijke bindende factor. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling<sup>29</sup> en de RSJ<sup>30</sup> wezen op de noodzaak van een betere aansluiting van straf en zorg.

De conclusie kan luiden dat het 'stellen van grenzen' in de maatschappij als geheel en in het verlengde daarvan in de psychiatrie gedurende enkele tientallen jaren is verwaarloosd. Inmiddels wordt maatschappelijke problematiek als urgent ervaren en als veiligheidsvraagstuk gedefinieerd en neemt de tolerantie voor afwijkend gedrag af. Het inzicht ontstaat dat een laagdrempelig en meer outreachend aanbod van geestelijke gezondheidszorg delicten kan voorkomen en een aantal mensen uit het justitiële circuit kan houden. Terwijl indringende bemoeizorg daarom dringend noodzakelijk is, ontbreken voorzieningen en structuren om daaraan voldoende inhoud te kunnen geven. Dit heeft tot gevolg dat er te snel wordt gegrepen naar zware middelen, waaronder de lange vrijheidsstraf en de tbs. De tbs krijgt te kampen met een groeiende vraag. Een deel van de tbs-gestelden kan, gelet op de ernst van hun problematiek, met de beschikbare behandelingsmogelijkheden geen perspectief op resocialisatie worden geboden. De hierboven aangeduide maatschappelijke context – die ook het verlenen van verlof sterk aan banden heeft gelegd – en het ontbreken van aansluitende voorzieningen plaatst de tbs voor een uitstroomprobleem, dat onder meer resulteert in een snelle groei van de longstayafdelingen.

Voor een niet onaanzienlijk deel van de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten behoeft de longstayafdeling niet het eindstation te zijn. Uitstroom uit de longstay wordt echter belemmerd doordat vervolgvoorzieningen ontbreken.

### **3.2 De longstay als fenomeen: waarheen?**

#### *3.2.1 Longstay en de tbs-doelstelling resocialisatie*

Het belangrijkste kenmerk van longstay, zowel vanuit het oogpunt van bejegening als dat van rechtspositie, is het loslaten van het resocialiseringsperspectief.

Door het loslaten van het resocialiseringsperspectief lijkt het longstayconcept strijdig met het doel van de tbs als zodanig, die als maatregel per definitie op resocialisatie is gericht. De Raad acht het resocialiserend principe van de tbs van een zo wezenlijke betekenis, dat het afwijkende karakter van de longstay eerder nadruk verdient, dan dat het bestaan van een 'permanente variant' van de tbs als een vanzelfsprekend, laat staan welkom, verschijnsel zou moeten worden beschouwd. Niettemin gaat de ontwikkeling in deze richting.

#### *3.2.2 Longstay is een instituut geworden*

Waar geen uitzicht – of voorlopig geen uitzicht – bestaat op een veilige terugkeer in de samenleving, voorziet

---

<sup>27</sup> Van Vliet & Oei 2006.

<sup>28</sup> Van Vliet 2007.

<sup>29</sup> RMO 2007.

<sup>30</sup> RSJ, *advies Zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving*, 2007.

het huidige tbs-beleid erin dat onder bepaalde voorwaarden de op resocialisatie gerichte behandeling wordt gestaakt. Dit heeft niet alleen zin uit doelmatigheidsoverwegingen en voor het vrijmaken van behandelplaatsen, maar ook voor de betrokken patiënt zelf kan het wegvallen van behandeldruk een positieve zaak zijn. Om deze redenen heeft het longstaybeleid ingang en vervolgens een eigen plaats gevonden. De groei van het aantal longstayplaatsingen heeft de verwachtingen die bij de start in de negentiger jaren leefden, overtroffen. Gelet op de prognoses voor de komende jaren ligt verdere uitbreiding in het verschiet.

Er is in de laatste jaren meer inzicht ontstaan in de kenmerken van longstaypatiënten, zowel in de tbs als in de ggz. In de literatuur wordt een aanzienlijke belangstelling aan de dag gelegd voor het fenomeen longstay en de meest gewenste wijze van tenuitvoerlegging. De vraag is gerechtvaardigd in hoeverre de longstay zich ontwikkelt tot een instituut op zichzelf. De Raad is beducht voor de consequenties van een dergelijke institutionalisering. Een vaste wijze van tenuitvoerleggen met alles wat daarbij hoort (rechtspositionele regelingen, capaciteit, beleid en evaluaties) verkrijgt ontegenzeggelijk een eigen dynamiek. Aangezien er altijd patiënten zullen zijn bij wie het resocialiseringsperspectief minder gunstig is dan bij anderen, is het gevaar van een aanzuigende werking niet denkbeeldig. Gezien het resocialiseringsdoel van de maatregel is dat een ongewenste zaak. Niet voor niets heeft de Tijdelijke onderzoekscommissie tbs zich uitgesproken tegen de longstay als een verkapte vorm van levenslang. Voortzetting van de huidige praktijk zou volgens de commissie-Visser leiden tot een situatie waarin longstay “een vergaarbak wordt voor tbs-ers met een veelheid aan stoornissen en diversiteit aan delictgevaar. Dan wordt beveiligd waar behandeld moet worden, en behandeld waar beveiligd moet worden”.

Het is daarom van groot belang dat het forensisch-psychiatrische beleid wordt gericht op het voorkomen van een situatie waarin de longstay een instituut op zichzelf wordt.

### **3.3 Twee oplossingsrichtingen**

In de literatuur en ook bij de respondenten die de Raad voor dit advies heeft geraadpleegd, heerst over het algemeen een kritische geest ten opzichte van het huidige fenomeen longstay. Dat staat los van het feit dat er altijd mensen zullen zijn die wegens hun stoornis zeer lang, misschien wel blijvend behandeling en beveiliging zullen behoeven. Eenieder die de longstay heeft onderzocht of er in de praktijk mee te maken heeft, vindt in de huidige praktijk of in de te voorziene ontwikkelingen wel punten die om verandering vragen. Weliswaar wordt algemeen erkend dat een aantal patiënten niet geheel zelfstandig of zelfs geheel niet op afzienbare termijn in de samenleving is terug te brengen, hetgeen dwingt tot het scheppen van een verblijfsvoorziening. De inrichting hiervan en de noodzakelijke voorzieningen vormen echter nog voortdurend onderwerp van discussie. Ook het feit dat het ministerie van Justitie een nieuwe aanpassing van het beleidskader voorbereidt, getuigt ervan dat de ontwikkelingen snel gaan en dat nieuw beleid aangewezen is. Het handhaven van de status quo lijkt daarom door niemand gewenst, al lopen de voorstellen tot wijziging uiteen. Gemene delers zijn het intomen van de groei van de huidige longstay en het doorontwikkelen van nieuwe typen verblijfsvoorzieningen.

De Raad concludeert dat het longstaybeleid op een kruispunt van wegen staat. Aan de oorspronkelijke beleidsdoelstelling wordt in kwantitatieve noch in kwalitatieve zin beantwoord. Steeds vaker wordt de relatie tussen het delict en de duur van de vrijheidsbeneming als problematisch ervaren. De juridische procedures komen onder grotere druk en kritiek te staan, wat weerslag heeft op de legitimiteit van beleid en praktijk. Tegelijkertijd ontstaat er in de samenleving en in de media een zeer negatief gekleurd stereotiep beeld van dé tbs-er en dé longstayer, als waren zij allen onverbeterlijke, onbehandelbare psychopatische

moordenaars gelijk het filmpersonage Hannibal Lecter. Juist de lengte van de behandelduur en problemen met resocialisatie vormen daarvan weer het bewijs. De Raad waarschuwt voor een zichzelf in deze richting versterkend beeld van tbs en longstay.

Hieronder worden twee denkrichtingen verkend om de geschetste ontwikkeling te keren. De eerste denkrichting richt zich op het vormgeven c.q. versterken van de (juridische) procedures bij de instroom en de indicatiestelling voor de longstay. De bedoeling is vooral de rechtspositie van de tbs-gestelde met longstayindicatie te versterken. Daarbinnen zijn vervolgens verschillende varianten denkbaar, ieder met eigen voor- en nadelen.

In de tweede denkrichting wordt het probleem – de groeiende instroom en de gebrekkige uitstroom uit de tbs – benaderd vanuit het perspectief van long term-behandelen en beveiligen. Het Longstaybeleidskader wordt daartoe losgelaten.

De Raad wil hiermee de discussie bevorderen waarin met goede argumenten een keuze wordt gemaakt inzake de richting waarnaar de huidige situatie moet worden omgebogen. Beide denkrichtingen kennen voor- en nadelen; een eenvoudige oplossing van het probleem bestaat niet.

### 3.3.1 *De eerste denkrichting: het versterken van procedures*

Plaatsing en voortzetting/beëindiging van de longstay verlopen langs vastgelegde procedures. Van verschillende kanten wordt gepleit voor het versterken van deze procedures, waarbij de patiënt, de deskundige en de rechter of ieder van hen ruimere bevoegdheden of een zwaardere stem krijgt.

Deze denkrichting ziet als belangrijkste probleem inzake de longstay dat de plaatsingsbeslissing te snel en te eenvoudig wordt genomen in relatie tot de vergaande consequenties ervan. Voorts is het een probleem dat de longstayplaatsing als zodanig niet aan de orde is bij de tweejaarlijkse verlenging van de tbs-maatregel. De gedachte is dat in de huidige praktijk mensen ten onrechte in de longstay kunnen komen en blijven. Beoogd wordt daartegen een dam op te werpen met behulp van nieuwe dan wel aangescherpte regels en procedures.

#### Longstay in de wet vastleggen

Bij het creëren van een sterke rechtspositie voor de tbs-gestelde is in de eerste plaats te denken aan het in de wet vastleggen van de longstay als een modaliteit van tenuitvoerlegging. Verschillende auteurs en respondenten zijn hier voorstander van. In zijn algemeenheid is ook de Raad voorstander van het in de wet vastleggen van bijzondere wijzen van tenuitvoerlegging<sup>31</sup>. Dit is des te sterker gewenst naarmate de betreffende tenuitvoerleggingspraktijk zodanig is, dat centrale uitgangspunten uit de beginselenwetten in het geding zijn. Dit was bijvoorbeeld het geval bij het inmiddels weer afgeschafte sobere regime in het gevangeniswezen, waarin naar het inzicht van de Raad de in artikel 2 lid 2 Pbw neergelegde opdracht tot resocialisatie onvoldoende tot uitdrukking werd gebracht. Een vergelijkbare redenering gaat op voor de longstay in de tbs.

#### De plaatsingsbeslissing

Verschillende auteurs, en ook een aantal respondenten in de interviews die voor dit advies zijn gehouden,

---

<sup>31</sup> Zie bijvoorbeeld het advies van 21 juni 1996 over de invoering van een sober regime in het gevangeniswezen, het advies van 11 november 1996 over de Penitentiaire maatregel.



pleiten voor 'een sterker slot op de voordeur'. Het meest gebruikte argument hierbij is, dat een tbs zonder resocialiseringsoogmerk feitelijk neerkomt op levenslange opsluiting. De administratie zou een straf of maatregel niet mogen tenuitvoerleggen op een manier die zo sterk als de longstay doet, afwijkt van hetgeen de rechter voor ogen heeft gestaan. De huidige procedure, waarbij de longstayplaatsing door de minister slechts is onderworpen aan een – marginale – toets door de RSJ wordt om deze reden door velen als onvoldoende aangemerkt.

Los hiervan is een punt van kritiek dat de termijn waarbinnen tegen de longstayplaatsing in beroep kan worden gegaan zeer kort is. Respondenten uit de advocatuur gaven aan soms achteraf toevallig op de hoogte te komen van de longstayplaatsing van hun cliënt.

Grosso modo worden drie varianten voorgesteld, die een grotere rechtsbescherming meebrengen:

- a) de plaatsingsbeslissing wordt niet meer genomen door de minister maar door een rechtscollege. Sommigen spreken hierbij een voorkeur uit voor penitentiaire kamer van het hof te Arnhem;
- b) de plaatsingsbeslissing wordt genomen door het Verlofadvisecollege (een extra taak voor dit college) waarin juristen en gedragskundigen zitten;
- c) de plaatsingsbeslissing blijft bij de minister maar er komt een volle rechterlijke toets. Voorkeur voor beroepscommissie (conform huidige situatie, maar dan met volle beoordeling) boven de strafrechter, teneinde deze buiten de tenuitvoerlegging houden. De beroepscommissie kan ook iets zeggen over de inhoud van de behandeling.

De tbs-gestelde heeft volgens de respondenten meer profijt van een zwaardere toetsing, en indien de minister de longstayplaatsing voldoende kan motiveren, heeft deze hiervan geen nadeel. Het algemeen belang is bovendien gediend met een zo zorgvuldig mogelijke plaatsing en toetsing.

Ad a)

In deze variant neemt niet de minister van Justitie maar een rechter de plaatsingsbeslissing. Zoals al gezegd houdt dit voorstel verband met de opvatting dat de aard van de maatregel door de longstayplaatsing fundamenteel verandert. Respondenten denken hierbij aan de penitentiaire kamer bij het Arnhemse gerechtshof.

Ad b)

Voorts heeft onder andere de commissie-Visser voorgesteld de plaatsingsbeslissing te laten nemen door het Verlofadvisecollege. Ook met deze constructie wordt beoogd de beslissing te verplaatsen van de minister naar een onafhankelijk college. Hierbij wordt overwogen dat het verlenen van verlof de inhoudelijk spiegelbeeldige beslissing is van de beslissing waarbij geen verlof, geen resocialisatie meer plaats vindt. Het College bestaat uit juristen en gedragskundigen, verkrijgt informatie over alle klinieken en kan die inhoudelijk vergelijken. Het College kan trends signaleren en vervolgens als kennismakelaar functioneren.

Het Verlofadvisecollege zou hiermee overigens van karakter veranderen: het is in de huidige situatie niet een rechterlijk of anderszins besluitvormend instituut maar een adviesorgaan. Beroep op de RSJ zou mogelijk moeten blijven.

Ad c)

De als derde door respondenten genoemde suggestie is dat de plaatsingsbeslissing blijft bij de minister maar

hier een volle rechterlijke toets op komt. De toets betreft dan dus ook de juistheid van de plaatsingsbeslissing in het licht van de voorafgaande behandeling. De toets kan bij de strafrechter liggen, maar ook wordt gedacht aan de beroepscommissie van de RSJ. Dit laatste zou handhaving van de bestaande situatie betekenen, maar dan met volle beoordeling in plaats van de huidige marginale. De ingrijpende consequenties van de longstayplaatsing vormen de grond voor het uitbreiden van de toetsende bevoegdheid van de Raad in dezen; in de overige beroepsgangen blijft de toets van de Raad marginaal. In 3.4 wordt op de ‘volle toets’ teruggekomen.

#### De voortzetting van de longstayplaatsing

De rechter die periodiek beslist over het voortzetten dan wel beëindigen van de tbs (let wel: niet van de longstayplaatsing op zichzelf) krijgt met de door de LAP uitgevoerde periodieke toets en het advies van ‘onafhankelijke deskundigen’ na afloop van iedere zesjaarstermijn (zie § 2.7) extra aanknopingspunten. Daarnaast steunt de Raad het overnemen van de suggestie om de longstaypatiënt periodiek enige tijd terug te plaatsen naar een behandelafdeling teneinde meer zicht te krijgen op het functioneren van de patiënt anders dan in de longstay. Deze terugplaatsing heeft alleen zin als de patiënt hier geen bezwaar tegen heeft en er daarnaast voldoende tijd en mogelijkheden zijn om daadwerkelijk tot conclusies te kunnen komen. Met dit extra materiaal in handen kan de verlengingsrechter naast beslissen over de tbs als zodanig, ook iets zeggen over de wenselijkheid om de longstayplaatsing te laten voortduren. De rechter dient hiertoe dan wel bevoegd te zijn, wat in de huidige situatie niet het geval is.

In het advies van 23 maart 2004 stelde de Raad een afzonderlijke toets op het voortzetten van de longstayplaatsing voor, bijvoorbeeld iedere drie jaar, met een beroepsmogelijkheid. De argumenten hiervoor – waarvoor wij korthedshalve naar het betreffende advies verwijzen – zijn ook nu nog geldend. In zijn reactie op dit advies onderschreef de minister de stelling dat een longstayindicatie periodiek dient te worden heroverwogen.

In contact met behandelaars is de Raad gebleken dat de mogelijkheid van terugplaatsing van een patiënt uit de longstay naar een behandelafdeling van tijd tot tijd aan de orde komt. Het feit dat hiervoor een nieuwe beslissing van de minister noodzakelijk is, in het kader waarvan advies wordt gevraagd aan de LAP, wordt als belemmerend en onnodig tijdrovend ervaren. Een manier om de terugplaatsing uit de longstay naar een resocialisatieafdeling – althans in procedurele zin – eenvoudiger te maken is de beslissing hiertoe aan de kliniek te laten. De longstayafdeling is een externe differentiatie en zowel de plaatsing als terugplaatsing geschieden op last van de minister. Voorstelbaar is dat de plaatsingsbeslissing bij de minister blijft (met alle bezwaar- en beroepsmogelijkheden die daarbij horen) maar dat de minister in deze beslissing de directeur machtigt de patiënt terug te plaatsen naar een behandelafdeling, indien daar termen voor zijn. Op deze manier wordt het procedurele schot tussen longstay en resocialisatie een ‘half-doorlaatbare waterkering’. Plaatsing op de longstayafdeling geschiedt onder volle rechtswaarborgen maar terugplaatsing wordt eenvoudiger. Ook in deze situatie blijft terugplaatsing overigens een voor beklag en beroep vatbare beslissing van de directeur.

#### 3.3.2 *Een andere weg: beveiliging, begeleiding en behandeling centraal stellen*

Voor het in toom houden van de instroom in de longstay en het bevorderen van uitstroom is ook een geheel andere weg denkbaar dan het versterken van procedures. In deze denkrichting is het karakteriserend probleem van de longstay de dynamiek in het proces die juist is ontstaan als gevolg van regels en procedures.

Het beleidsmatig inkaderen en met juridische procedures omgeven van de longstay vormt een zichzelf versterkend proces, waarin de longstay allengs meer de positie van een op zichzelf staand 'instituut' verkrijgt – overigens zonder dat de kwaliteit van de tenuitvoerlegging hierdoor automatisch toeneemt. Tegenover de 'juridische dam' wordt een contextuele aanpak geplaatst. Deze denkrichting volgt een gedachte-experiment waarbij eerst terug wordt gegaan naar de context waarin indertijd besloten werd tot het instellen van de (toenmalige) longstay. Vervolgens wordt die context afgezet tegen de huidige situatie, waarin inmiddels tal van maatregelen zijn genomen of worden voorbereid, die het aspect van maatschappijbeveiliging in de tbs beogen te versterken. In deze context heeft de longstay als afzonderlijke wijze van tenuitvoerlegging aan toegevoegde waarde ingeboet.

De longstay is ingevoerd in een periode nadat de tbs-sector in twee zogenaamde interdepartementale beleidsonderzoeken onder de loep was genomen. De capaciteitsproblemen van de klinieken werden bekeken en onderzocht teneinde daarvoor kostenefficiënte oplossingen te vinden. Men wilde vooral de doelmatigheid vergroten. De commissie-Visser noemde dit het 'rationaliseren' van de sector, passend in het beleid van de jaren negentig. Het parlementaire onderzoek zette naast de kwantitatieve analyse een reeks aanbevelingen, gericht op structuur en cultuur,

Sinds de tijd dat de longstay als externe differentiatie met eigen procedures en een eigen beleidskader werd ingevoerd is er veel veranderd in de forensische psychiatrie. De vraag is dus of de huidige longstay nog wel 'van deze tijd' is. Daarom wordt in deze visie het Longstaybeleidskader losgelaten. Longstay is niet langer een externe differentiatie; plaatsing door de minister vervalt. Waar structuren – en dus ook de longstay als instituut – kunnen worden gemist, dienen ze te verdwijnen. De structuur die hoe dan ook inherent is aan de tbs als behandelmaatregel, is het behandelingsplan. Met deze structuur kan worden volstaan. Ook omdat inmiddels als gevolg van het parlementaire onderzoek zoveel andere structuren zijn ontstaan, dan wel in het leven worden geroepen.

#### Behandelingsplan

Voor alle tbs-ers dient er ingevolge art. 16, lid 1 Bvt een verplegings- en behandelingsplan te zijn. Dit geldt onverkort voor longstayers; de RSJ heeft dit in zijn uitspraken ook steeds verlangd. Over de inhoud van het behandelingsplan dienen behandelaar en patiënt overeenstemming te bereiken. Het behandelingsplan in de tbs dient zich qua doelstelling en inhoud te verdragen met de resocialiseringsopdracht uit art. 2 lid 1 Bvt. Een behandelingsplan waaraan de doelstelling van terugkeer in de samenleving en wegen waarlangs deze is te bereiken (zoals resocialiserende therapie en verlof) ontbreken, staat op gespannen voet met deze opdracht. De vraag die de Raad in het advies van 23 maart 2004 stelde: houdt longstay nog wel een behandeling in zoals bedoeld in artikel 37c Sr, blijft voorlopig staan.

Deze denkrichting beschouwt het probleem van de 'blijvende delictgevaarlijkheid' in eerste instantie vanuit een behandelinhoudelijke context. Daarbij wordt rekening gehouden met het feit dat 'de longstayer' niet bestaat. In dit advies aangehaald onderzoek laat zien dat de groep die thans als longstayers op aparte afdelingen bijeen worden geplaatst, allermindst homogeen is. Het gemeenschappelijk kenmerk van deze patiënten is dat zij langer dan gemiddeld in de tbs blijven en dat de reden daarvoor, hun voortdurende delictgevaarlijkheid, met de bestaande behandel mogelijkheden onvoldoende is weg te nemen.

Door deze patiënten aan te duiden als ‘niet resocialiseerbaar’ wordt hen een gemeenschappelijke eigenschap toegedicht. Dat is niet terecht en het werkt ook contraproductief. (Re)socialiseerbaarheid is een begrip dat slaat op de persoon in de wisselwerking met zijn omgeving. Door het begrip geïsoleerd te verbinden aan de persoon op zichzelf, wordt deze uit zijn omgeving losgemaakt. Het op aparte afdelingen – die in de eerste plaats worden gekenmerkt door een hoog niveau van beveiliging – samen plaatsen van deze patiënten versterkt dit proces. Plaatsings- en toetsingsprocedures markeren deze gang van zaken en de uitzonderlijke ‘positie’ van de patiënten nog eens te meer. Hun kansen op uitstroom, hetzij terug naar een ‘behandelafdeling’, hetzij naar een ggz-instelling of naar de samenleving, worden daardoor kleiner. Voorzieningen die een rol zouden kunnen en behoren te spelen bij resocialisatie staan voor ‘de longstayer’ minder open dan voor de ‘gemiddelde tbs-er’. Dit is de redenering die welhaast móet leiden naar een denkrichting die wegvoert van het institutionaliseren en juridiseren van de ‘blijvende delictgevaarlijkheid’.

Bovenstaande redenering hoeft nadrukkelijk niet uit te monden in het opheffen van de huidige en geplande ‘longstay’verpleegeenheden. Het creëren van afdelingen met een op lang verblijf ingestelde bejegening en ‘behandelluwte’ is voor een aantal patiënten een uitstekende zaak gebleken. Wat echter wordt losgelaten is de verankering van de afdelingen als ‘externe differentiatie’ met de daaraan verbonden plaatsingsprocedure. Deze denkrichting vormt evenmin een pleidooi tegen differentiatie, integendeel. Maar het is de geactualiseerde diagnose van de noodzaak tot beveiligen, begeleiden en behandelen die leidt tot verblijf op de meest geëigende en geschikte plaats. Dat kan een reguliere behandelpaats zijn, een plaats in de (huidige) longstayvoorziening, of een plaats in een ggz-instelling. In deze tweede visie staan ‘differentiatie’ van behandeling en beveiliging centraal, wat in lijn is met het huidige beleid: het ontwikkelen van DBBC's (diagnose - behandeling - beveiligingscombinaties) in de forensische psychiatrie.

### **3.4 Discussie over de twee denkrichtingen**

De Raad acht de algemene situatie met betrekking tot de longstay dermate zorgelijk, dat niet kan worden volstaan met het handhaven van de status quo in beleid en wetgeving. Tegelijkertijd blijkt de materie zo ingewikkeld dat eenvoudige oplossingen zonder nadelen niet voorhanden zijn. De Raad wil met het schetsen van twee denkrichtingen de discussie over het vormgeven van nieuw beleid stimuleren, opdat doordachte beslissingen kunnen worden genomen. Welke die ook zijn, ze zullen over een langdurige periode hun houdbaarheid moeten bewijzen. Iedere keuze heeft vergaande consequenties voor individuele tbs-ers, met mogelijke levenslange vrijheidsbeneming of levenslange bemoeizorg tot gevolg.

Het is niet mogelijk beide denkrichtingen tot een compromis samen te smelten. Ten eerste lijkt dat de Raad niet goed voor de discussie en niet te passen bij de ernst van het probleem, dat verschillende lagen heeft. Ten tweede wijken de twee denkrichtingen intrinsiek teveel van elkaar af.

De eerste denkrichting behelst het verder versterken van de juridische procedures van plaatsing, voortzetting en beëindiging. Hiervoor gaan in de literatuur en ook bij de personen die de Raad voor dit advies heeft gesproken, veel stemmen op. Longstay wordt als zodanig in de wet opgenomen. De rechterlijke toets (door de beroepscommissie, respectievelijk de verlengingsrechter) wordt zwaarder.

De andere weg is die van de-institutionalisering: longstay is niet langer een externe differentiatie en is dus weer een zaak van de kliniek zelf.

Zoekt men de oplossing in verzwaring van juridische toetsing, dan lijkt het een aantrekkelijke gedachte om de

rechtsbescherming zo sterk mogelijk te maken.

#### 3.4.1 *Denkrichting 1: versterken van procedures.*

*Plaatsing: marginale tegenover 'volle' toets*

De vraag rond een marginale versus een 'volle' toets, die door een aantal respondenten wordt voorgestaan, is geen eenvoudige. Het verstrekkende gevolg van de (i.c. longstay)beslissing is op zichzelf geen grond voor het introduceren van een 'volle toets'. Het gaat meer principieel om de intensiteit van de toetsing in verhouding tot de beleids- dan wel beslisvrijheid die de wetgever de overheid heeft gegeven. Dit is van betekenis voor de vraag naar de bevoegdheid van de rechter, in casu de beroepscommissie. Een 'volle toets', in die zin dat de toets tot een nieuwe beslissing kan leiden, past in het bestuursrecht, binnen de sfeer van overheidshandelen. Vol toetsen in deze zin door een rechterlijk college is niet aan de orde. De Memorie van Toelichting bij de Bvt en beide andere beginselenwetten is hier duidelijk in: de tuchtrechter moet niet op de stoel van het bestuur gaan zitten, maar moet zich afvragen of een redelijk oordelende selectiefunctaris, minister of directeur tot een bepaalde beslissing heeft kunnen komen. De Raad verstaat het pleidooi om een 'volle toets' daarom in die zin, dat niet de wettelijke toetsingsgrond (art. 68 lid 4 jo 66 lid 2 Bvt) als zodanig ter discussie staat, maar dat men vindt dat deze te afstandelijk wordt ingevuld. Dit leidt tot de opvatting dat in de denkrichting van 'zwaardere procedures' een meer vergaande toetsing past dan tot op heden gebruikelijk, binnen het kader van het bestaande wettelijke criterium.

Overigens kan hier worden opgemerkt dat de Raad binnen de grenzen van zijn bevoegdheid ook nu al wel informatie over de behandeling bij zijn overwegingen betreft. Zo laat de Raad nader onderzoek verrichten naar behandelings- en resocialisatiemogelijkheden, waar hij dat nodig oordeelt. Voor illustraties van deze praktijk wordt verwezen naar het jurisprudentieoverzicht (bijlage 1 bij dit advies).

Van de genoemde opties brengt het verzwaren van de toets door de beroepscommissie overigens de minste verandering mee in het bestaande rechtswaarborgsysteem. Doordat de toetsing geconcentreerd blijft bij één orgaan, wordt expertise opgebouwd.

Het verzwaren van de plaatsingsbeslissing en de toetsing werkt het (verder) institutionaliseren van de longstay in de hand. De plaatsing wordt sterker gelegitimeerd: een rechterlijke beslissing tot longstayplaatsing heeft meer gewicht dan een administratieve, hetgeen afbreuk doet aan de procedure van toetsing van (het voortzetten van) de plaatsing. Het neerleggen van de plaatsingsbeslissing bij de penitentiaire kamer bij het Gerechtshof heeft overigens als bijkomend bezwaar dat er dan geen instantie meer zou zijn bij wie beroep tegen de beslissing kan worden aangetekend.

Bij het overhevelen van de plaatsingsbeslissing van de minister naar een rechterlijk college dan wel naar het Verlofadviescollege kan de positie en de taak van de LAP, die de minister aangaande longstayplaatsingen adviseert, niet buiten beschouwing blijven. In een door enkele respondenten ingebrachte variant waarbij de plaatsing bij de minister blijft maar het Verlofadviescollege hierover adviseert is dat nog sterker het geval, aangezien er dan twee adviesorganen naast elkaar zouden komen te bestaan. De onafhankelijkheid van de LAP staat niet geheel buiten discussie. Het feit dat drie van de vijf leden van de LAP directeuren van tbs-klinieken zijn, leidt enkele respondenten tot een pleidooi voor een meer onafhankelijk onderzoek en deskundigenadvies. Advisering door het Verlofadviescollege in plaats van door de LAP zou aan deze wens tegemoet kunnen komen. De Raad heeft aanvankelijk<sup>32</sup> ook vraagtekens geplaatst bij de onafhankelijkheid van

---

<sup>32</sup> *RSJ, advies van 18 september 2002.*

de LAP. Nadat hierop twee medewerkers van de FPD (inmiddels het NIFP) aan de LAP zijn toegevoegd, uitte de Raad in zijn advies van 23 maart 2004 dit bezwaar niet langer. Wel drong de Raad er in dit advies op aan dat de beoordeling van de longstaycasus ook de kwaliteit van de behandeling tot dan toe zou omvatten. De LAP heeft medio 2005 het onderzoek ten behoeve van haar advisering aangescherpt. Mede naar aanleiding van signalen uit onvangende inrichtingen over de terechtheid van de indicatie kwam de LAP tot het inzicht dat een toetsing op basis van het dossier niet langer volstond. Sindsdien moet er ofwel een recent onafhankelijk 'zesjaarsadvies' zijn of wordt tot een onafhankelijk onderzoek besloten. Onder verwijzing naar het format voor het LAP-advies, dat als bijlage 6 bij dit advies is gevoegd, concludeert de Raad dat dit punt nu expliciet wordt meegenomen.

#### *Longstayplaatsing betrekken bij de verlenging van de tbs-maatregel*

In de beslissing tot voortzetten dan wel beëindigen van de maatregel kan de longstayplaatsing mede worden betrokken door de verlengingsrechter ook daarover te laten beslissen. Dit kan echter tot ongewenst gevolg hebben dat de 'strijd' rond de verlenging ontaardt in een wapenwedloop tussen de kliniek enerzijds en de patiënt en diens raadsman anderzijds. Van beide kanten wordt zwaarder en diepgaander onderzoek ingebracht naar de vraag van behandelbaarheid en risicotaxatie. Dit is voor de patiënt belastend.

In hoeverre de groeiende instroom op deze manier daadwerkelijk wordt ingetoomd, staat intussen te bezien. Immers, de rechtspositie van de tbs-gestelde kan nog zo sterk zijn, als de longstay als 'instituut' zijn huidige (aantrekkings)kracht behoudt, is de instroom door middel van procedures nauwelijks te beïnvloeden. Het verlichten van de procedures kan daartegenover de manier zijn om het lange verblijf weer te integreren in de reguliere tenuitvoerlegging en een heilloze wapenwedloop te vermijden. De kwalificatie 'heileloos' wordt mede ingegeven door de ervaringen met het versterken van de rechtsbescherming krachtens de wet Bopz, die uiteindelijk geen gunstig effect voor de patiënt heeft meegebracht.

#### *3.4.2 Denkrichting 2: longstay geen externe differentiatie*

In de tweede denkrichting wordt het Longstaybeleidskader en daarmee de formele beslissing voor de longstayplaatsing losgelaten. Dat betekent niet dat de patiënten die nu als 'blijvend delictgevaarlijk' worden aangemerkt allemaal terug de samenleving in gaan. Beoogd wordt de situatie van vóór het (eerste) Longstaybeleidskader samen te laten gaan met de vele voorstellen voor verblijf en uitstroom die momenteel worden ingevoerd. Daarmee wordt de efficiencybenadering uit de jaren negentig losgelaten en vervangen door een kwalitatieve benadering.

Longstay is de resultante van beleid(sonderzoek) dat in de geest van de jaren negentig gedreven werd door beheersing van de kosten en het systeem. Het was onderdeel van een vooral kwantitatieve benadering. In die tijd was er nog geen verplichte risicotaxatie bij verloven, bestonden er nog geen DBBC's, was er geen professionele verloftoetsing maar een marginale goedkeuring door het ministerie van Justitie, geen dwangmedicatie en was er minder zicht op de veranderde samenstelling van de tbs-populatie. Bovendien is de groei van de longstay een uitstroomprobleem en moeten nieuw beleid en wetgeving de uitstroom verbeteren (o.a. door samenwerking met de ggz). Het huidige Longstaybeleidskader houdt geen rekening met de invoering van de vele verbetervoorstellen die nu op basis van het parlementair onderzoek door het departement worden ingevoerd. Een voorbeeld daarvan is de 9-jaarstermijn voor de voorwaardelijke beëindiging. Deze maatregel, die is ingegaan per 1 januari 2008, maakt het gemakkelijker om voorwaarden te stellen en langer te volgen. Daarnaast worden forensisch-psychiatrisch toezicht en een breder zorgaanbod

met meer nazorg ontwikkeld. De nieuwe financiële instrumenten en het budget hiervoor, dat bij het ministerie van Justitie is ondergebracht, dienen deze richting te ondersteunen. Bovendien worden er tbs-DBBC's ontwikkeld die mede zorg moeten dragen voor de aansluiting tussen forensische en reguliere psychiatrie. Het tijdpad behorend bij het plan van aanpak voor de verbetermaatregelen voorziet erin dat belangrijke stappen in de lopende kabinetsperiode, in onderlinge samenhang worden genomen. De nieuwe financieringssystematiek en het DBBC-model worden in 2008 verder voorbereid en moeten in 2009 zijn ingevoerd. Hetzelfde geldt voor de invoering van het forensisch-psychiatrisch toezicht. Op deze manier gaan structuurwijzigingen en het ontwikkelen van behandelinhoudelijke aspecten hand in hand.

Men kan daarom ook redeneren, dat als de kennis zoals die nu bestaat al in 1998 beschikbaar was geweest, er nu helemaal geen Longstaybeleidskader zou hebben bestaan. Dan was er dus ook geen formele regeling voor de plaatsing van een 'longstayer', laat staan een discussie over diens rechtspositie. Dan was de discussie gegaan over de toegenomen gemiddelde verblijfsduur en was dat fenomeen betrokken bij het overwegen van nut en noodzaak van verdere differentiatie en het toetsen van verlop voor risicopatiënten door het huidige professionele Adviescollege.

De tweede denkrichting mondt niet uit in verzwakking van de rechtspositie. Waarom zou de rechtspositie van een tbs-er die na 4 jaar in een 'longstayvoorziening' – volgens de huidige regelgeving – verblijft slechter zijn dan die van de tbs-er die na 8 jaar een reguliere behandelplaats inneemt? Toch zien de respondenten in het eerste geval wel een rechtspositioneel probleem, en in het tweede geval niet. Dat geeft aan dat de tweejaarsverlenging op zichzelf niet ter discussie staat, maar vooral problematisch wordt ervaren in relatie tot de formele longstayplaatsing; het zijn de procedure van longstayindicatie en de plaatsing op de longstayafdeling met zijn vergaande consequenties die op het principiële bezwaar van de verzwakte rechtspositie stuiten. Respondenten geven aan dat waar in de huidige longstay niet of nauwelijks behandeling plaatsvindt en verlop per definitie uitgesloten is, de verlengingszittingen tot 'spookzittingen' verworden. De patiënt heeft geen materiaal om inhoudelijk verweer te voeren tegen de verlenging, die (telkenmale) wordt gevorderd op grond van onveranderde gegevens. De Raad legt daar naast dat wanneer behandelen, begeleiden en beveiligen centraal komen te staan, ook de verlengingszitting meer inhoud krijgt. Tegenover het verhaal van de officier van justitie en de kliniek, kan de advocaat het verhaal van de patiënt, eventueel aangevuld met de visie van een onafhankelijk gedragskundige, beter onderbouwen.

Alle uitstroommogelijkheden blijven ook bij loslaten van het Longstaybeleidskader beschikbaar. Bovendien is het eenvoudiger om weer een verlofaanvraag te doen voor die patiënten wier situatie na verloop van tijd verbetert. Ook wordt het veel eenvoudiger tbs-ers door te plaatsen naar de ggz, als ze niet vooral beveiliging maar vooral verpleging/behandeling behoeven. Met het longstay-etiket is dat per definitie problematischer, en creëert het longstaybeleid zijn eigen, nieuwe problemen.

De tweede denkrichting vormt een voorbeeld van deregulering. Het draait in deze visie niet om de formele inrichting van de tenuitvoerlegging, niet om afdelingen of de beleidskaders daarvoor. Zoals gezegd, waar juridische structuren – en dus ook de longstay als instituut – kunnen worden gemist, dienen ze te verdwijnen. De structuur die hoe dan ook inherent is aan de tbs als behandelmaatregel, is behandeling en beveiliging. Deze blijft overeind. Voorts moet worden bedacht dat het versterken en verzwaren van procedures volgens de eerste denkrichting tal van wijzigingen in wet- en regelgeving vereist. Dat maakt zaken ingewikkelder en kost veel tijd. Het loslaten van de longstayplaatsing kent deze bezwaren niet.

Los van de keuze voor een van bovengenoemde richtingen acht de Raad meer aanpassingen in het beleid noodzakelijk. De aanbevelingen terzake, die zowel in de vorige paragrafen zijn te vinden als hierna nog aan de orde komen, staan min of meer los van bovenstaande denkrichtingen en kunnen in beide varianten worden toegepast.

### **3.5 De bejegening van ‘longstaypatiënten’**

#### *3.5.1 Een passende leefomgeving*

Het lijkt de Raad noodzakelijk dat voor patiënten die langdurig en in een aantal gevallen voorzienbaar permanent in een inrichting verblijven, een passende leefomgeving wordt geboden. Dat is aanvankelijk ook het primaire doel geweest van de longstay. Nu er over deze patiënten meer bekend is, kunnen gedifferentieerde verblijfsomgevingen verder worden ontwikkeld. Hieronder gaan we daar wat verder op in.

#### *3.5.2 Differentiëren en spreiden*

In het advies naar aanleiding van de nota Veilig en Wel<sup>33</sup> toonde de Raad zich voorstander van een differentiatie van longstayvoorzieningen, die recht doet aan de individuele zorgbehoefte. De Raad stelde daarbij een driedeling voor binnen de longstaypopulatie:

- a) een groep patiënten met pedoseksuele stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie die een rustig klimaat nodig hebben en daarbinnen relatief weinig medisch noodzakelijke zorg behoeven;
- b) een groep kwetsbare psychotische patiënten die veel medisch noodzakelijke zorg en verpleging zullen behoeven; en
- c) een groep veelal psychotische en persoonlijkheidsgestoorde, en daarbij vaak ook verslaafde patiënten die een sterk structurerend, veiligheid en grenzen bewakend milieu behoeven waarin relatief veel medisch noodzakelijke zorg kan worden gegeven.

De Raad beval aan nader onderzoek te verrichten. Dat is inmiddels gebeurd. Voor de vraag naar de noodzaak van verdere differentiatie tussen longstayvoorzieningen leveren het onderzoek van De Kogel c.s. en de analyse van Van Kordelaar steekhoudende aanknopingspunten. In § 2.4. is hierover het nodige gezegd. Het beeld van de longstaypatiënt dat hieruit naar voren komt is er vooral één van diversiteit. Binnen de groep van blijvend delictgevaarlijke patiënten in tbs en ggz zijn subgroepen te onderscheiden met sterk uiteenlopende kenmerken, die relevant zijn voor de mate van beveiliging en zorg die hen dient te worden geboden. Het gemeenschappelijke is slechts dat er gedurende lange tijd en vaak zelfs blijvend, sprake zal moeten zijn van vrijheidsbeperking in de vorm van insluiting of intensieve controle. Van Kordelaar onderscheidt naar de aard van de problematiek zes subgroepen binnen de groep longstayers, voor wie beveiliging op het niveau van een tbs-inrichting noodzakelijk is. Ervan uitgaande dat voor de tbs-longstayer altijd zowel zorg als beveiliging noodzakelijk is, onderscheidt hij vier combinaties van longstayvoorzieningen van veel dan wel gemiddelde zorg en beveiliging (zie kwadrant in § 2.5). Dit wil niet zeggen dat vier differentiaties van longstayvoorzieningen voldoende zijn; de gewenste omvang en het karakter daarvan zijn afhankelijk van de te onderscheiden groepen longstayers. De vraag in hoeverre personen met verschillende achtergronden en persoonskenmerken zijn samen te plaatsen teneinde groepen en afdelingen met een humaan leefklimaat te creëren, valt niet binnen het kader van dit advies te beantwoorden. Niettemin dringt zich de vraag op hoe de differentiatie van longstayvoorzieningen er idealiter zou uitzien. Van Kordelaar laat zien dat in elk van de bestaande longstayafdelingen patiënten uit elk van de zes categorieën zijn geplaatst, waarbij het ‘profiel’ van

---

<sup>33</sup> RSJ, advies Rapport “Veilig en wel” d.d. 12 september 2001.



de afdelingen enigszins verschilt. In hoeverre de verschillen in populatie tussen de afdelingen voortvloeien uit bewust plaatsingsbeleid is niet bekend. Gelet op de gegeven verschillen tussen de niveaus van zowel beveiliging als zorg, die samenhangen met de accommodatie en het personeelsbestand, lijkt het zinvol van deze verschillen een nuttig gebruik te maken. De Raad beveelt op dit punt aan om te streven naar een eindsituatie, waarin iedere tbs-kliniek beschikt over voorzieningen – die naar omvang mogen variëren – voor verblijf van longstayers.

De argumenten hiervoor zijn de volgende:

1. het tbs-veld in zijn geheel draagt een gedeelde verantwoordelijkheid voor de longstay;
2. ieder van de klinieken draagt bij aan de beschikbaarheid en de ontwikkeling van longstaybeleid en -voorzieningen;
3. er ontstaat een zo groot mogelijke ruimte, zowel naar omvang als naar aard, voor een gedifferentieerd geheel van longstayvoorzieningen met behoud van kleinschaligheid en flexibiliteit:
  - kleinschaligheid en flexibiliteit zijn vereisten voor het scheppen van een humaan leefklimaat;
  - kleinschaligheid en flexibiliteit zijn tevens de wegen waarlangs kan worden gewaakt voor verdergaande ‘institutionalisering’ van de longstay;
4. er behoeft op termijn geen beroep meer te worden gedaan op het gevangeniswezen.

Op de vraag wat ‘goede voorzieningen’ zijn, gaan wij in dit advies niet verder in. Dit is veeleer een aangelegenheid voor deskundigen uit de praktijk van tbs en ggz. De gezamenlijke directies van de forensisch psychiatrische centra hebben hierover al de nodige behartenswaardige dingen gezegd<sup>34</sup>. De Raad heeft zich door middel van veldbezoeken een beeld van de huidige voorzieningen kunnen vormen, en heeft de longstayafdeling van Veldzicht en het Kempehuis (dat overigens inmiddels een andere bestemming heeft gekregen) als in dit opzicht goede accommodaties aangemerkt. De locaties die voorheen tot het gevangeniswezen behoorden, zijn naar het oordeel van de Raad slechts als tijdelijke noodvoorziening te gebruiken<sup>35</sup>.

De gewenste differentiatie zal een plaats moeten krijgen in het beleid. De commissie-Visser waarschuwde dat het Longstaybeleidskader van 2005 onvoldoende aangrijpingspunten biedt om onderscheid te maken in verschillen tussen zorg- en beveiligingsbehoefte. Van daaruit is ook onvoldoende onderscheid te maken tussen patiënten die binnen de structuur van een tbs-kliniek dienen te blijven en patiënten die, dankzij andere vormen van zeer hechte ambulante toezichtsconstructies, elders kunnen functioneren. In de woorden van de commissie:

“De komende jaren zal volgens de commissie blijken welk deel van de nieuwe tbs-gestelden uiteindelijk ook langdurig zorg- en beveiligingsafhankelijk is. Met andere woorden: welk deel de tbs-kliniek niet kan verlaten. In het nieuwe beleidskader wordt dit weliswaar onderkend, maar alleen gesteld dat hierop ‘tijdig’ zal worden ingespeeld. Het nieuwe beleidskader is met name gericht op onbehandelbaar gebleken patiënten die een hoge mate van beveiliging nodig hebben. .... De groep long care-patiënten zoals die door het WODC is vastgesteld, wordt verder niet genoemd.”

De Raad constateert dat deze situatie nog niet is veranderd.

---

<sup>34</sup> Brief 16 april 2007 directeurenoverleg forensisch psychiatrische centra.

<sup>35</sup> RSJ, advies Tbs in het gevangeniswezen, 31 januari 2006.

### 3.5.3 Financiering

De Raad waarschuwt ervoor, dat longstayplaatsen niet goedkoper zijn dan ‘behandelplaatsen’ (zie § 2.6). Beveiliging en zorg vragen, in allerlei combinaties, om adequate voorzieningen. In het interview met de behandelverantwoordelijken wezen dezen hier met nadruk op, aan de hand van hun eigen ervaringen hiermee. Om een mogelijke aanzuigende werking van ‘verblijfsplaatsen’ te vermijden, is het beter om niet structureel te werken met verschillende dagprijzen per afdeling. Niets werkt zo structurerend als het stuurmiddel van de financiering. De financiering op basis van individuele DBBC’s zal het werken met afdelingstarieven overigens overbodig maken. Ook het differentiëren van de longstayvoorzieningen, waarover in de voorgaande paragraaf is gesproken, zal op deze manier gemakkelijker kunnen worden geïndividualiseerd.

Het is een wijdverbreid misverstand dat het lagere dagtarief een van de bestaansgronden van de longstay zou zijn en ook de toestroom naar de longstay mede zou verklaren. In de interviews die voor dit advies zijn gehouden, bleek dit misverstand ook onder een aantal van de respondenten te leven. Zoals in § 2.6 is uiteengezet, vormt de lagere dagprijs die de kliniek ontvangt voor een patiënt die langer dan zes jaar in behandeling is, alleen een prikkel om de behandelduur te bekorten. Het gevaar van het misverstand is, dat men kostenbesparing gemakkelijk als doelstelling van de longstay gaat zien. Waarschijnlijk komt deze gedachte voort uit het argument, dat plaatsing op de longstay ‘kostbare’ behandelplaatsen vrijmaakt. In deze context zou ‘kostbaar’ moeten worden begrepen als ‘schaars’: de behandelcapaciteit van de tbs is, mede door de beperkte beschikbaarheid van behandelaars, begrensd.

### 3.6 Verlofbeleid en uitstroom

Patiënten die geen zware beveiliging vereisen, kunnen uit de longstay/tbs naar de ggz worden overgeplaatst. Het gaat om een aanzienlijk aantal mensen. Zoals in § 2.1.1 is aangegeven, merkten de behandelverantwoordelijken uit de groep van blijvend delictgevaarlijke tbs-ers de aantallen patiënten aan, die naar verwachting op den duur uit de tbs zouden kunnen uitstromen naar de ggz dan wel – onder toezicht – de vrije maatschappij. Het betrof 30% (naar de intramurale forensische ggz) en niet minder dan 39% (terug de maatschappij in) van deze patiënten.

In § 3.1 zijn enkele factoren beschreven, die uitstroom naar de ggz bemoeilijken. Daar is ook aangegeven dat aansluiting van strafrechtstoepassing en zorg dringend gewenst is. Voorzover de problemen voortvloeien uit verschillen in doelstellingen en inhoudelijke oriëntatie in de twee sectoren, zal daar aandacht voor moeten zijn. Langs de weg van financiële sturing, door middel de inkooprelatie, wordt getracht de aansluiting tussen Justitie en ggz te bevorderen. Daarnaast is er één moment in de procedure, namelijk de tweejaarlijkse verlengingszitting, waarop langs juridische weg aansluiting kan worden bewerkstelligd. Dit zou kunnen door de rechter bevoegd te maken een rechterlijke machtiging tot opname in de ggz te verlenen. De verlengingsrechter kan hiervan gebruik maken ingeval longstayplaatsing dreigt omdat uitplaatsing naar de ggz niet van de grond komt. De Raad beveelt aan deze mogelijkheid te onderzoeken.

Respondenten merkten op, dat van uitstroom naar de vrije maatschappij in de praktijk (nog) weinig sprake kan zijn. De tbs-er is gehospitaliseerd en de samenleving is niet toegerust op zijn terugkeer. Het zeer restrictieve verlofbeleid en het ontbreken van uitstroombmogelijkheden vormen belangrijke belemmerende factoren. Het onaanvaardbare perspectief van langdurig verblijf in de longstay dwingt er in de visie van de Raad toe, deze problemen aan te pakken.

Het verlofbeleid in de longstay is in het laatste Beleidskader verder ingeperkt en onnodig restrictief geworden. De longstayer kan slechts bij calamiteiten als een terminale ziekte of begrafenis van een familielid voor korte tijd de inrichting verlaten. Op deze wijze is er sprake van een vicieuze cirkel: geen verlof, geen resocialisatie. De minister heeft dit beleid in de Tweede Kamer toegelicht met het argument dat de longstay nu eenmaal niet op terugkeer in de maatschappij is gericht. De Raad geeft daartegenover in overweging dat verblijf in de longstay terugkeer in de samenleving ook niet onmogelijk moet maken. Het (weer) kunnen verlenen van verlof met een recreatief doel zou dan ten minste een stap in de goede richting zijn.

Waar uitstroombmogelijkheden momenteel ontbreken, moet uitdrukkelijk worden gekeken naar de totaliteit van hetgeen het transmurale forensische veld kan bieden. Wij sluiten aan bij de richting, die onder anderen Van Veldhuizen en Van Vliet hebben aangegeven (zie § 3.1.), waarbij maatschappelijke voorzieningen en verbanden op een samenhangende manier worden benut en zodanig worden aangeboden dat de (ex-)patiënt daarvan daadwerkelijk gebruik maakt.

### **3.7 Bronnenonderzoek en communicatie**

#### *3.7.1 Beschikbaarheid en nut van behandelgegevens*

Het bronnenonderzoek voor dit advies heeft een hoeveelheid nuttige informatie opgeleverd, maar heeft vooral pijnlijk duidelijk gemaakt hoe weinig informatie er beschikbaar is. Er worden veel patiëntgegevens vastgelegd, maar voor onderzoek zijn deze niet inzichtelijk. Dit maakt benchmarken onmogelijk. Een betere ontsluiting van informatie en meer uitwisseling tussen klinieken is hard nodig. Er moet een openbare vergelijking kunnen worden gemaakt tussen klinieken over ziektebeelden, gemiddelde verblijfsduur, verlopen en onttrekkingen en uitstroom. Dat stimuleert de professionele aanpak, maak research mogelijk en bevordert kwaliteit. Hierbij denkt de Raad niet aan een afrekensysteem met prestatie-indicatoren, maar aan een kwaliteitssysteem. Daarmee kunnen advocaten hun stellingen onderbouwen als ze ten behoeve van hun cliënt naar de rechter stappen. Dan moet de kliniek beter uitleggen wat ze doet, tegen de achtergrond van eigen gemiddelden en landelijke cijfers. Dat geeft kleur aan het individuele geval. Dat zet druk op het systeem.

Rondom de doelstellingen van de longstay binnen de context van tbs en ggz leven tal van misverstanden. Communicatie op basis van feiten tussen alle betrokkenen zal verkeerde beeldvorming moeten rechtbuigen.

#### *3.7.2 Internationale vergelijking*

Gegevens over de manier waarop in andere landen met vergelijkbare problematiek wordt omgegaan, is niet of nauwelijks voorhanden. Voor het advies 'Levenslang, perspectief op verandering' heeft de Raad uit internationale bronnen kunnen putten voor informatie over de levenslange gevangenisstraf, die voor het onderwerp longstay in de tbs niet in vergelijkbare mate beschikbaar zijn.

In het parlementair onderzoek van 2006 zijn sprekers uit Engeland en Duitsland aan het woord geweest, die inzicht hebben verschaft in de algemene kenmerken van de in die landen bestaande systemen. De verschillen tussen de stelsels in de ons omringende landen maken het vergelijken lastig. Alleen Nederland en Duitsland kennen een 'tweesporenbeleid', waarbij de rechter een combinatie van behandeling en straf kan opleggen. In Duitsland verschilt de tenuitvoerlegging dan weer van de Nederlandse, doordat daar met de behandeling wordt begonnen, terwijl in Nederland de behandeling op de straf volgt. In andere landen kent men een enkelsporig stelsel, waarbij de rechter moet kiezen tussen gevangenisstraf en dwangverpleging. Dat geldt ook voor België, dat beschikt over de maatregel van internering, die in grote lijnen vergelijkbaar is met de tbs in Nederland.

Verder wordt internationaal verschillend omgegaan met het begrip toerekeningsvatbaarheid. Nederland kent een zogenaamd 'schuldstrafrecht' waarin toerekeningsvatbaarheid en dus stoornis een rol speelt. In het Verenigd Koninkrijk en andere Angelsaksische landen is dit niet het geval. De populatie van de Nederlandse tbs-klinieken is niet te vergelijken met die van de Britse forensisch-psychiatrische klinieken. Tenslotte zijn er verschillen in het soort stoornis dat aanleiding kan geven tot een bepaalde mate van verminderde toerekeningsvatbaarheid<sup>36</sup>.

Afgezien van al deze verschillen in stelsels en definities kan het toch echter niet anders zijn dan dat er overal mensen zijn die, zoals de longstaygroep in Nederland, zowel psychisch gestoord als langdurig of blijvend delictgevaarlijk zijn. Zowel het beleid als de praktijk in Nederland kunnen er baat bij hebben te weten hoe men deze problematiek in andere landen aanpakt. Welke voorzieningen zijn er, hoe werken ze samen, welke methoden en therapieën worden toegepast en hoe zijn maatschappelijke reïntegratie en nazorg georganiseerd? Teneinde ervaringen uit andere landen over deze factoren door middel van onderzoek op een gecoördineerde manier beschikbaar te krijgen en toegankelijk te maken zou het goed zijn als de verantwoordelijkheid hiervoor op een centrale plaats wordt gelegd, bijvoorbeeld bij het WODC of het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

### 3.8 Opsomming van aanbevelingen

In- en uitstroom, denkrichting 1

- Longstay als bijzondere wijze van tenuitvoerlegging regelen op het niveau van wetgeving; alleen de praktische uitwerking per ministeriële beleidsnota;
- handhaving van plaatsingsbeslissing door de minister heeft de voorkeur boven verplaatsen hiervan naar een ander orgaan;
- de plaatsingsbeslissing binnen de bestaande toetsingsgrondslag minder marginaal toetsen (ongeacht bij welk college de toetsing ligt);
- handhaven van de toetsing door de beroepscommissie van de RSJ vergt minder aanpassing van regelgeving dan overdragen aan de rechtbank/de penitentiaire kamer van het Hof Arnhem;
- de Raad adviseerde eerder al tot het introduceren van een afzonderlijke, bijvoorbeeld driejaarlijkse, toets op voortzetting van de longstayplaatsing. De minister onderschreef in zijn reactie dat een longstayindicatie periodiek dient te worden heroverwogen. Bij aanpassing van het Longstaybeleidskader dient hier aandacht voor te zijn;
- indien bovenstaande toets bij de rechter wordt gelegd, is deze te combineren met de beslissing aangaande voortzetting/beëindiging van de tbs-maatregel;
- teneinde bij deze toets over voldoende relevante informatie te beschikken, kan de patiënt gedurende enige tijd naar een behandelafdeling worden teruggeplaatst;
- deze tijdelijke terugplaatsing zou op eenvoudige wijze tot stand moeten komen. Ook het voor langere tijd terugplaatsen teneinde de behandeling weer op te pakken, zou procedureel kunnen worden vereenvoudigd.

In- en uitstroom, denkrichting 2

Longstayafdelingen aanmerken als interne in plaats van externe differentiatie. Het Longstaybeleidskader afschaffen.

---

<sup>36</sup> Hoeve, Blaauw & Van Marle 2004.

#### Voorzieningen voor blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden

- Deze pluriform samengestelde groep vraagt om een gedifferentieerd aanbod in uiteenlopende combinaties van beveiliging en zorg;
- de grootst mogelijke differentiatie is te bereiken door de langverblijvende tbs-gestelden over alle of zoveel mogelijk klinieken te spreiden.

#### Maatschappelijke reïntegratie

- Uitstroom van tbs naar ggz dient sterk te worden gestimuleerd. De kansen hiervoor zijn onder 'denkrichting 2' groter, aangezien veel minder tbs-gestelden het stempel van 'longstayer' krijgen opgedrukt;
- uitstroom naar de ggz kan mede worden vergemakkelijkt door de rechter die over de voortzetting/beëindiging van de tbs oordeelt tevens bevoegd te maken tot het verlenen van een machtiging krachtens de wet Bopz;
- bij het denken aan uitstroom uit 'longstay' nadrukkelijk de mogelijkheden van het gehele forensische veld (intra- en extramuraal) betrekken;
- een bepaalde groep kwetsbare mensen met een gecompliceerde problematiek is gebaat bij een minder bureaucratisch, beter gecoördineerd vooral 'aantrekkelijker' hulpaanbod. Bij 'aantrekkelijk' is vooral te denken aan zorg met bindende eigenschappen, waarbij de patiënt tot het ingaan op bemoezorg wordt 'verleid' doordat deze gekoppeld is aan voorzieningen als huisvesting, financiële zekerheid en werk;
- bij handhaven van het Longstaybeleidskader: uitbreiden van de mogelijkheden tot verlof.

#### Financiering

De financieringsmethodiek van dagprijzen per soort afdeling of categorie patiënten vervangen door een individueel systeem van DBBC's.

#### Onderzoek

Kennis over de groep van langverblijvende tbs-gestelden vormt een onmisbare basis voor ontwikkeling van behandeling, vergelijking van resultaten en het organiseren van doorstroom en maatschappelijke reïntegratie. Ervaringen uit andere landen zijn hierbij van grote waarde. Het verdient aanbeveling het verzamelen en beschikbaar maken van informatie op één centraal punt te leggen.



## Gebruikte bronnen

### Beleidsstukken en brieven

Brief 16 april 2007 directeurenoverleg forensisch psychiatrische centra

Brief 16 april 2007 Onderling directeurenoverleg Forensisch psychiatrische centra aan de Staatssecretaris van Justitie Beleid inzake longstay (RvB/JP/dvo/07.51)

Longstaybeleidskader, augustus 2005: Ministerie van Justitie (Bijlage bij Kamerstukken II, 2004-2005, 29452, nr.35)

Circulaire 25 januari 2002

Circulaire 25 januari 2002, Plaatsing van terbeschikking gestelden kenmerk 5126220/01/DJI (Instelling Landelijke Adviescommissie Plaatsing)

### Literatuur

Bleichrodt 2006

F.W. Bleichrodt, Een leven lang : de levenslange gevangenisstraf en de long stay in het kader van de terbeschikkingstelling in onderlinge samenhang bezien (oratie Groningen), Deventer: Kluwer, 2006

Blijvend delictgevaarlijk 1995

Blijvend delictgevaarlijk?, verslagbundel studiedagen TBS 21-22 maart 1995

Buruma 2007

Y. Buruma, Risico-inschatting: het smalle pad tussen sciëntisme en kwakzalverij, Delikt en Delinkwent 2007-4, p. 350

Commissie Beleidsvisie Tbs 2001

Commissie beleidsvisie tbs, Veilig en wel: Een beleidsvisie op de tbs. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2001.

Commissie 'Zorg voor vóórtdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden' 1998

Commissie 'Zorg voor vóórtdurend delictgevaarlijke TBS-verpleegden; Vóórt-durend delictgevaarlijke tbs-verpleegden; Den Haag: Ministerie van Justitie, 1998.

Dallinga & Van Marle 2002

R. Dallinga en H.J.C. van Marle, Longstay TBS in zijn juridische context: een toetsing aan de wetgeving, Sancties 2002, p. 21-34

Doddema 2002

E. Doddema, Levenslang verpleegd? Ervaringen met de eerste longstay-afdeling in Nederland, Directieve therapie 2002, nr. 1, p. 103-115

Drost 2006

Marijke Drost, Psychiatric assessment after every six years of the TBS order in the Netherlands, *International journal of law and psychiatry* 29 (2006) p. 257-261

Van Emmerik 2001

J.L. van Emmerik, De terbeschikking in maat en getal: een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, 2001

Feldbrugge 2007

J. Feldbrugge, Wat iedere Nederlander zou moeten weten over de tbs: Geschiedenis, achtergronden en werkwijze van een uniek systeem, Valkhof pers, 2007

Felsö & Theeuwes 2002

F.A. Felsö, F.A. en J.J.M. Theeuwes, De vraag naar tbs: Haalbaarheidsstudie naar een voorspelmodel voor de vraag naar tbs. SEO-rapport, nr. 649. Den Haag: WODC 2002

Gonzales 2007

I.E.W. Gonzales, TBS: de noodzaak tot balans van de diverse belangen, *Sancties* 2007, afl. 4, p. 219 - 227

Goorden & Oei 2007

J.C. Goorden & T.I. Oei, Tbs en internering, actuele ontwikkelingen in België, *Proces* 2007/1, p. 17-25

Den Hartogh, De Kogel & Bogaerts 2006

V.E. den Hartogh, C.H. de Kogel & S. Bogaerts, Psychische en lichamelijke pathologie bij een steekproef van 'blijvend delictgevaarlijke' forensisch psychiatrische patiënten (Cahier 2005-19), WODC, 2006.

Hoeve, Blaauw & Van Marle 2004

M. Hoeve, E. Blaauw en H. van Marle, De tbs vanuit internationaal perspectief : een vergelijking tussen systemen van omgang met psychisch gestoorde delinquenten in verschillende Westerse landen. *Proces* 2004/1, p. 18-29

Van Hintum 2005

M. van Hintum, Wij zijn afgeschreven, De mannen van de tbs-kliniek - afdeling longstay, *Vrij Nederland* 23 april 2005

Hofstee 2003

E.J. Hofstee, TBS, 2e dr., Deventer: Kluwer, 2003.

Kelk 2002

C. Kelk, De terbeschikkingstelling: geen halve maatregel, *Delikt en Delinkwent* 2002, afl. 3, p. 209 e.v.

Kelk 2004

C. Kelk, De zwaarst veroordeelden en hun perspectieven: geen vrijheidsbeneming zonder einde in: M. Boone e.a. (red.) *Discretie in het strafrecht*, Boom Juridische uitgeverij, 2004



Koenraadt & Dijs 2005

F. Koenraadt en D. Dijs. Maatregelen ter bewaring en behandeling : Oude wijn en nieuwe zakken, Sancties 2005, afl. 6, p. 313 – 329

De Kogel 2006

K. de Kogel, Terbeschikkingstelling (TBS) en forensisch psychiatrische zorg (Fact sheet 2006-26). WODC, 2006

De Kogel & Leeuw 2005

K. de Kogel & F. Leeuw, Het Monitor Informatiesysteem Terbeschikkinggestelden, in: J. Meyer, P.J. Greeven, prof. dr. H.J.C. van Marle (red.) Het Helend huis: dr. Henri van der hoeven Kliniek 1995 – 2005. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2005

De Kogel & Verwers 2003

C.H. de Kogel & C. Verwers, De longstay afdeling van Veldzicht, een evaluatie. Boom Juridische Uitgevers, WODC, 2003 (Onderzoek en beleid 207).

De Kogel, Verwers & Den Hartogh 2005

C.H. de Kogel, C. Verwers en V.E. den Hartogh, 'Blijvend delictgevaarlijk' – empirische schattingen en conceptuele verheldering. Boom Juridische Uitgevers, WODC, 2005 (Onderzoek en beleid 226).

De Kogel, Verwers & Bogaerts 2007

K. de Kogel, C. Verwers & S. Bogaerts, Differentiatie van longstay-voorzieningen: niet TBS alleen, Sancties 2007, nr. 2, p. 91 – 97

Van Kordelaar 2006

W.F.J.M. van Kordelaar, Longstay-getoetsten in maat en getal. In : Longstay in perspectief, Forum educatief, 2006

Van Kordelaar & Van Panhuis 2006

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

Van Kuijck 2003

Kuijck, Y.A.J.M., De longstayafdeling in de TBS kritisch gevolgd, Sancties 2003, afl. 6, p. 317-328

Van Kuijck 2007

Y.A.J.M. van Kuijck, De geestelijk gestoorde delinquent blijvend ontheemd?, Delict en Delinkwent 2007 afl. 8, p. 764-772

Van Lieshout 2006

M. van Lieshout, Beeld tbs-klinieken te veel bepaald door psychopaten, Psy 2006, afl. 3, p. 10

Long stay in perspectief 2006

Long stay in perspectief : studiedag TBS en rechterlijke macht (13 april 2006 Van der Hoevenkliniek). Forum educatief, 2006.

Longstay in de Forensische Psychiatrie 2002

H.J.C. van Marle e.a. Longstay in de forensische psychiatrie : presentaties van de diverse sprekers tijdens het congres Longstay in de Forensische Psychiatrie op 14 juli 2002

Van Marle 2001

H.J.C. van Marle, Het concept onbehandelbaarheid in de terbeschikkingstelling, Justitiële verkenningen 2001/6, p. 77-95

Mevis 2006

P.A.M. Mevis, Gevangeniswezen, TBS en GGZ: goede aansluiting, regievoering en verdere ontzuiling gewenst, Delikt en Delinkwent 2006, afl. 7, p. 719-733

Moolenaar & Choenni 2006

D.E.G. Moolenaar & R. Choenni, TBS-gestelden 1996-2010: de feiten en de ramingen (Memorandum 2006-3). WODC, 2006

Nieuwsbrief EFP 2005

Nieuwsbrief Expertisecentrum forensische psychiatrie 2005, nr. 4 (september), p. 2

Nijman 2005

H.L.I. Nijman, Kunnen we delinquenten niet beter behandelen? (oratie Nijmegen), Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2005

NJCM-standpunt tbs 2006

Standpunt NJCM over tbs, persbericht 13 juni 2006

Peeters 2006

Bram Peeters, Als pingpongballetjes tussen tbs en gevang, Psy 2006, nr. 7, p. 27-28

Perik 2000

J.C.A. Perik, Achtergronden en praktijk van chroniciteit in de TBS, Proces 2000, afl. 6/7, p. 99-102

Philipse 2006

M. Philipse, Evidence based practice in de tbs: Maatschappelijke aspiraties versus empirische realiteit, Pedagogiek 26(2006) 3, p. 274-290

Poll 2005

R. Poll, Longstay voor tbs niet goed gebruikt, NRC Handelsblad 29 augustus 2005

RMO 2007

RMO, Straf en zorg: een paar apart. Den Haag: RMO, 2007

Roede, Breetvelt & Nijssen 2002

E. Roede, I. Breetvelt & A. Nijssen, De asielbehoefte voor blijvend delictgevaarlijke en gestoorde patiënten en delinquenten in Nederland : kerngegevens blijvend gevaarlijke psychisch gestoorde delinquenten en patiënten, Amsterdam, SCO-Kohnstamm Instituut, 2002.

Van Rooyen 2006

M. van Rooyen, Donner wil TBS'ers sneller selecteren : Straks zit de longstay vol met lastige mensen, Psy 2006 nr. 11, p. 30-32

De Ruiter 2007

C. de Ruiter, Ik heb niets beters te doen, rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan de Universiteit van Maastricht op 28 september 2007 (<http://www.trimbos.nl/Downloads/Actueel/Oratieboekje%20de%20Ruiter.pdf>)

SEO-rapport De kosten van criminaliteit 2007

I. Groot e.a, De kosten van criminaliteit: een onderzoek naar de kosten van criminaliteit voor tien verschillende delicttypen (SEO rapport 971), Amsterdam, SEO economisch onderzoek, 2007

De Terbeschikkingstelling in de middenpositie 2005

Flevo Future e.a. De terbeschikkingstelling in de middenpositie, 2005

Tervoort & Leuw 2007

M.G.A. Tervoort & Ed. Leuw, Criminaliteit, gestoordheid en forensisch psychiatrische interventies, WODC, 2007

Van Tuinen 2006

K. van Tuinen, Preventie en nazorg en aanzien van high risk forensisch psychiatrische patiënten als onontkoombare taak voor de GGZ, Sancties 2006, afl. 4, p. 236-240

Van Veldhuizen, Berkhout & Horsman 2006

J.R. van Veldhuizen, J.J. Berkhout & L.Th.Horsman, Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: check, check, double check, Proces 2006, afl. 5, p. 170-179

Van Vliet 2006

Jaap A. van Vliet De Tbs in zijn maatschappelijke context : de relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg (Diss. Tilburg), Nijmegen, Wolf legal publishers, 2006

Van Vliet 2007

Jaap A. van Vliet, Van algemene hulpverlening en zorg naar justitie. Zijn tbs-opleggingen te voorkomen?, Proces 2007 afl. 2, blz. 48-57

Van Vliet & Oei 2006

J. van Vliet & K. Oei, Van stoornis naar delict, *Pedagogiek* 2006, nr. 3, p. 301-316

Wartna, El Harchi & Essers 2006

B.S.J. Wartna, S. el Harchi & A.A.M. Essers, Strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden: welk percentage wordt na beëindiging van de maatregel opnieuw vervolgd voor een ernstig delict? (WODC-recidivestudies fact sheet 2006-8). WODC, 2006

Werkgroep IBO I 1996

Werkgroep Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van Forensisch Psychiatrische Hulpverlening, Doelmatig behandelen, Den Haag: Ministerie van Justitie, 1996

Werkgroep IBO II 1998

Werkgroep Interdepartementaal beleidsonderzoek Terbeschikkingstelling, 'Over stromen, in-, door- en uitstroom bij de TBS', Den Haag: Ministerie van Justitie 1998.

Werkgroep longstay 1995

Werkgroep longstay, Nota "Longstay", Balkbrug: Rijksinrichting Veldzicht, oktober 1995

Van der Wolf 2006

M.J.F. van der Wolf, Onbehandelbaar! Onbillijk? : verkenningen omtrent behandelbaarheid als criterium voor TBS. Den Haag, Boom juridische uitgevers, 2006.

Van der Wolf 2007

M.J.E. van der Wolf, Op het tweede gezicht: de tbs onder Donner en de parlementaire onderzoekscommissie, *Proces* 2007 nr. 3, p. 98 - 105

Zomer 2004

M. Zomer, De gebrekkige rechtsbescherming van terbeschikkinggestelden tegen plaatsing in een long stay afdeling, *Trema* 2004, nr. 9, p. 387-394

Van Zyl Smit 2006

D. van Zyl Smit, Life imprisonment : recent issues in national and international law, *International journal of law and psychiatry* 29(2006), p. 405-421

### **Kamerstukken**

Kamerstukken II 1980/1981, 11 932, nrs. 5-7, p. 4-5

Kamerstukken II 1991/1992, 22 329, nr. 2

Kamerstukken II 1993/1994, 23 445, nr. 3, p. 11

Kamerstukken II 1995/1996, 23 445 en 24 256, nr. 22

Kamerstukken II 1997/1998, 14 587, nr. 28

Kamerstukken II 1997/1998, 24 587, nr. 28

Kamerstukken II 1998/1999, 24 587, nr. 33

Kamerstukken II 1998/1999, 24 587, nr. 38

Kamerstukken II 1998/1999, 26 562, nr. 2  
Kamerstukken II 1999/2000, 24 587 en 26 562, nr. 42  
Kamerstukken II 2001/2002, 24 587, nr. 80, p. 4  
Kamerstukken II 2004/2005, 29 452, nr. 35  
Kamerstukken II 2004/2005, 29 452, nr. 35  
Kamerstukken II 2005/2006, 30 250, nr. 5  
Kamerstukken II 2005/2006, 30 250, nr. 6  
Kamerstukken II 2005/2006, 30 250, nr. 9  
Kamerstukken II 2006/2007, 29 452 en 30 250, nr. 48  
Kamerstukken I 2006/2007, 28237, nr. C

### **Adviezen RSJ**

Advies Nota "Longstay" Veldzicht, 28 maart 1996

Advies Adviesaanvraag d.d. 19 januari 1999, kenmerk 742139/98/PJS, over voorstellen van de Werkgroep IBO tbs, 19 februari 1999.

Advies Rapport „Veilig en wel“, 12 september 2001

Advies selectie longstay patiënten, 18 september 2002

Advies Rapport Plaatsingsystematiek en instelling van een Landelijke Adviescommissie Plaatsing, 15 april 2002.

Advies Capaciteit tbs sector en wachttijden passanten, 24 oktober 2003.

Advies Regeling Plaatsing en overplaatsing tbs , 27 oktober 2003.

Advies Longstay in de terbeschikkingstelling, 23 maart 2004

Advies tbs in het gevangeniswezen, 31 januari 2006

Advies Het tbs-stelsel na het parlementair onderzoek, 13 oktober 2006.

Advies Levenslang, perspectief op verandering, 30 november 2006.

Advies De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving, 2 april 2007



# **Bijlage 1. Overzicht rechtspraak beroepscommissie RSJ inzake beslissingen tot een longstayplaatsing**

## **Inleiding**

Sinds de komst van de landelijke longstayafdeling van FPC Veldzicht in 1999 behandelt de beroepscommissie beroepen tegen ministeriële beslissingen tot plaatsing op een landelijke longstayafdeling. De longstayafdeling wordt beschouwd als een externe differentiatie, ook als deze deel uitmaakt van een tbs-inrichting met reguliere behandelafdelingen (Pompestichting, De Rooyse Wissel en Veldzicht).

Als zodanig is een beslissing tot plaatsing op een longstayafdeling een beslissing tot (over)plaatsing als bedoeld in artikel 11 Bvt en staat daartegen op grond van artikel 69, eerste lid, aanhef en onder a, Bvt rechtstreeks beroep open bij de beroepscommissie.

Verder kan op grond van artikel 69, vierde lid jo artikel 64, eerste lid, Bvt hangende de beroepsprocedure een verzoek om schorsing van de (verdere) tenuitvoerlegging van de beslissing tot een longstayplaatsing worden ingediend.

Ingegaan wordt op de inhoudelijke behandeling van longstayberoepen door de beroepscommissie. Waar nodig wordt verwezen naar relevante uitspraken. De volledige uitspraken zijn wegens de omvang niet bijgevoegd, maar te vinden op de website [www.rsj.nl](http://www.rsj.nl).

## **De procedure**

Binnen de wettelijke beroepstermijn ingediende beroepen tegen een beslissing tot een longstayplaatsing worden ter zitting behandeld, waar partijen in elkaars aanwezigheid worden gehoord.

Het hoofd van de afdeling Individuele Tbs-zaken (ITZ) bij de sectordirectie tbs van de Dienst Justitiële Inrichtingen bij het ministerie van Justitie is met instemming van de beroepscommissie toestemming verleend een behandelaar van een tbs-inrichting als getuige-deskundige mee te nemen naar de zitting voor het inhoudelijke deel, zodat inhoudelijke vragen (van de beroepscommissie, klager of zijn advocaat) direct ter zitting beantwoord kunnen worden. Behandelaars mogen in principe gedurende de behandeling van een zaak ter zitting aanwezig zijn, tenzij er argumenten zijn om een behandelaar slechts gedurende een deel daarvan aanwezig te laten zijn.

## **Criteria voor longstayplaatsing; ontvankelijkheid**

De beroepscommissie toetst op grond van de wet (artikel 69, vijfde lid Bvt jo artikel 66, tweede lid, Bvt) of de beslissing tot plaatsing in een longstayvoorziening in redelijkheid en billijkheid kon worden genomen dan wel of die beslissing in strijd met de wet- en/of regelgeving of een geldend verdrag is genomen. In dit verband toetst zij mede aan de in de reactie op een beroep door de minister/staatssecretaris genoemde criteria die voor een longstayplaatsing zijn ontwikkeld. De beroepscommissie heeft nimmer zelf criteria voor een dergelijke plaatsing gegeven.

De beroepscommissie acht ook een beroep tegen het niet beslissen tot een longstayplaatsing ontvankelijk. Zie uitspraak 05/1278/TB van 7 april 2006, waarbij het beroep ook gegrond is verklaard: ondanks de omstandigheid dat bijna drie jaar eerder tot een longstayplaatsing was geadviseerd, nam de minister bewust geen plaatsingsbeslissing omdat een plaatsing wegens capaciteitstekort niet op korte termijn gerealiseerd kon

worden. De beroepscommissie heeft dit opgevat als een fictieve weigering, waardoor klager – die niet meer werd behandeld – een rechtsmiddel tegen een zeer ingrijpende beslissing is ontnomen.

De beroepscommissie acht verder ook beroepen tegen een afwijzing van een verzoek tot overplaatsing van de ene naar een andere longstayafdeling ontvankelijk (zie 03/2306/TB van 18 januari 2004, die hieronder in de periode 2003-mei 2006 inhoudelijk wordt besproken).

Ook ontvangt zij klagers in beroepen tegen een afwijzing van een verzoek tot overplaatsing van een longstayafdeling naar een behandelinrichting (zie 06/0467/TB van 9 augustus 2006 en 06/2646/TB van 12 juni 2007, waarop hieronder bij periode mei 2006-oktober 2007 inhoudelijk wordt ingegaan).

### **Inhoudelijke lijn beroepscommissie**

De inhoudelijke lijn van de beroepscommissie bij de beoordeling van de longstayberoepen is dat de minister/staatssecretaris van Justitie alleen in geval van een uit de stukken en het verhandelde ter zitting duidelijk blijkende longstayindicatie in redelijkheid tot plaatsing op een longstayafdeling of afwijzing van een verzoek om overplaatsing kan beslissen. Het beroep wordt dan ongegrond verklaard.

Ook kan zij direct het oordeel uitspreken dat op grond van de voorliggende stukken en het verhandelde ter zitting in redelijkheid niet tot een longstayplaatsing of voortzetting daarvan besloten had mogen worden, bijvoorbeeld omdat blijkens de stukken nog/weer een behandeling mogelijk is. Het beroep wordt dan gegrond verklaard. De beroepscommissie vernietigt in die gevallen de bestreden beslissing. Tot medio 2007 is daarbij altijd opdracht gegeven tot het nemen van een nieuwe beslissing, met inachtneming van de uitspraak. Afhankelijk van de inhoud van de beoordeling in de uitspraak kan die opdracht zonder meer plaatsing in de longstay inhouden (zie bijvoorbeeld 05/2579/TB van 18 juni 2007) dan wel enige nieuwe beslissing op basis van onderzoek (bijvoorbeeld 05/2788/TB van 17 juli 2006). In de tweede helft van 2007 heeft de beroepscommissie besloten om bedoelde opdracht niet meer te geven als zij van oordeel is dat alleen plaatsing uit de longstay aan de orde kan zijn (zie bijvoorbeeld 05/3014/TB van 27 september 2007).

In geval van twijfel over de longstayindicatie draagt de beroepscommissie de minister/staatssecretaris op de klager klinisch te laten onderzoeken of vraagt zij de minister/staatssecretaris om een nader deskundigenadvies, in afwachting waarvan de behandeling van het beroep doorgaans wordt aangehouden. Zie bijvoorbeeld uitspraak 99/0133/TB-I van 9 november 1999: de bestreden beslissing is niet met redenen omkleed en onderbouwd; derhalve verzoek om klinisch onderzoek van de klager in of onder auspiciën van het dr. F.S. Meijers Instituut (MI) terzake van de beoordeling van de – met inachtneming van de vereiste criteria – meest aangewezen plaats voor voortgezet verblijf in een tbs-inrichting, ook als dat een longstayafdeling zou zijn.

Sinds het MI als advieskliniek is weggevallen, vraagt de beroepscommissie in dit soort gevallen om klinisch onderzoek van de klager in het Pieter Baan Centrum te Utrecht (PBC, thans onderdeel van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, het NIFP). Zie bijvoorbeeld uitspraak 05/2859/TB en 07/210/TB-tussenbeslissing van 18 april 2007.

Ook kan de beroepscommissie opdragen nader onderzoek door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) te laten verrichten: zie bijvoorbeeld uitspraak 05/2597/TB-tussenbeslissing van 3 mei 2006.

### **Marginale toets**

De toetsing door de beroepscommissie dient marginaal te zijn. Zij is niet bevoegd inhoudelijk te treden in



de (wijze van) behandeling. Wel kan zij op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting beoordelen of er al dan niet eensluidend is gerapporteerd over diagnose, behandeling en behandelresultaat en de delictgevaarlijkheid. Ook kan zij constateren of er wel of niet een behandel poging is ondernomen.

De beroepscommissie kan in individuele zaken oordelen dat de LAP (in dit specifieke geval) de betrokken tbs-gestelde dient te horen, maar niet dat de LAP in alle gevallen de betrokken tbs-gestelden zou moeten horen. In individuele zaken heeft zij verder geen instrumenten om aan te geven dat de in penitentiaire inrichtingen gelegen longstayvoorzieningen van tbs-klinieken aan meer dan slechts de minimale kwaliteitseisen dienen te voldoen en dat mogelijk verbeteringen wat betreft regime en personeel wenselijk zijn: dergelijke kwesties dienen aan de beklagcommissie bij de betreffende tbs-inrichting aan de orde te worden gesteld.

Zie bijvoorbeeld:

- uitspraak 05/2868/TB van 13 april 2006: volgens de minister is de betreffende longstayafdeling een volwaardige tbs-inrichting die aan de in regelingen vastgestelde standaarden voldoet, ook al zijn de kamers kleiner dan in andere tbs-klinieken; niet aannemelijk is gemaakt dat de afdeling niet voldoet aan de daaraan te stellen kwaliteitseisen;
- uitspraak 06/0540/TB van 22 januari 2007: stelling inzake onverantwoorde materiële omstandigheden op de longstayafdeling leent zich niet voor toetsing in het onderhavige beroep; verwezen wordt naar de in de Bvt opgenomen beklagprocedure waarin de beklagcommissie kan toetsen of een regime dan wel de materiële omstandigheden op een afdeling in strijd is met de wet- of regelgeving (uitspraak gevoegd in periode mei 2006 - oktober 2007).

Hieronder volgt een overzicht van de einduitspraken van de beroepscommissie in longstayberoepen vanaf 1999 tot en met oktober 2007, waarbij onderscheid wordt gemaakt naar de geldende criteria voor een longstayplaatsing, zoals die in individuele beroepszaken door de minister/staatssecretaris van Justitie zijn aangegeven, respectievelijk in de perioden van 1999 - 2002, 2003 - april 2006 en mei 2006 - oktober 2007.

Voor een goed overzicht worden deze drie perioden in aparte blokken beschreven.

### **Periode 1999 - 2002**

Bij de behandeling van longstayberoepen heeft de minister in deze periode aangegeven dat de volgende criteria voor een longstayplaatsing zijn ontwikkeld:

1. Vast staat dat een intramurale behandeling van ten minste zes jaar heeft plaatsgevonden,
2. betrokkene dient ten minste éénmaal ter herselectie te zijn aangeboden aan het (toenmalige) Dr. F.S. Meijers Instituut (MI), waarbij behandelingen in het kader van een eerder opgelegde tbs en voortgezet verblijf in het MI worden meegenomen,
3. aannemelijk moet zijn dat de gevolgde behandeltrajecten niet hebben geresulteerd in een substantiële vermindering van het delictgevaar en dat de stoornis, waaraan betrokkene leed ten tijde van het delict, nog steeds aanwezig is,
4. betrokkene komt niet in aanmerking voor doorplaatsing naar een (niet-justitiële) ggz-instelling gezien gevaar dat van hem uitgaat naar de samenleving.

In deze periode heeft de beroepscommissie zeven beroepen behandeld, waarbij in vijf daarvan bij eerdere tussenbeslissing nader onderzoek was opgedragen. Al deze beroepen zijn ongegrond verklaard.

Hieronder volgt een selectie.

De eerste uitspraak die de beroepscommissie heeft gedaan is een ongegrondverklaring van het beroep: uitspraak 99/0095/TB van 2 september 1999. Daarin is overwogen dat aannemelijk wordt geacht dat voortzetting van behandeling in een behandelinrichting niet langer aan haar doel beantwoordde en dat voor verdere, minder intensieve, behandeling de longstayafdeling als de meest aangewezen setting moest worden aangemerkt. Dit oordeel is gebaseerd op het gegeven dat volgens de behandelinrichting behandelinterventies niet tot vermindering van recidivegevaar hebben geleid, dat klager als voortdurend delictgevaarlijk wordt aangemerkt en dat de minister in redelijkheid op de zorgvuldig tot stand gekomen toetsing en advisering van het MI heeft mogen afgaan. Daarbij is in aanmerking genomen dat ook op een longstayafdeling individuele verplegings- en behandelingsplannen worden opgesteld die op de problematiek van de betrokkene zijn afgesteld.

Bij uitspraak 00/200/TB van 20 oktober 2000 is een longstayberoep ongegrond verklaard, gelet op de inhoud van de adviesrapportage van het MI, op klagers zeer langdurige behandelingstraject, op het ontbreken van enige behandelmotivatie bij klager en het ontbreken van enig behandelperspectief naar het oordeel van meerdere inrichtingen, alsmede gelet op het in het recente verleden tot tweemaal toe voortijdig afbreken van het resocialisatietraject door zijn desertie.

Het beroep van een dove, 32-jarige als adolescent functionerende, niet zwakbegaafde man, is ongegrond verklaard bij uitspraak 02/0868/TB van 23 oktober 2002. Overwogen is dat klager voldoet aan de longstaycriteria, dat de inrichting ten aanzien van de voorwaarden voor een humane verpleging van klager heeft toegezegd dat hem passende onderwijsvoorzieningen in het metaalvak zullen worden geboden, dat op het terrein van de inrichting voor klager de juiste werkfaciliteiten voorhanden zijn en dat naar verwachting de met zijn handicap samenhangende geïsoleerde positie zal verbeteren na het volgen van een cursus gebarentaal door de socio-therapeutisch medewerkers. De beroepscommissie heeft verder opgemerkt dat ook voor de verpleegde die verblijft op de longstayafdeling een verplegings- en behandelingsplan moet worden opgesteld, waarin de behandeldoelen zijn omschreven en dat de longstayafdeling niet mag worden beschouwd als een eindstation. Als zich in de toekomst een ontwikkeling voordoet waaruit blijkt dat klager toch intensief behandeld zou kunnen worden, dient dit moment daartoe te worden aangegrepen. Tenslotte heeft zij opgemerkt dat de mogelijkheid om klager te gelegener tijd op een andere longstayafdeling te plaatsen niet uitgesloten is.

### **Periode 2003 - april 2006**

In deze periode heeft de minister in individuele longstayberoepen aangegeven dat de volgende criteria voor een longstayplaatsing zijn ontwikkeld:

1. Er dient sprake te zijn van een intramurale behandeling van meer dan zes jaren, waarbij de duur van behandeling in het kader van een eerder opgelegde tbs wordt meegenomen;
2. er dient, bij voorkeur, sprake te zijn van meerdere behandelingspogingen;
3. het moet aannemelijk zijn geworden dat voornoemde behandeltrajecten niet hebben geresulteerd in een substantiële vermindering van het delictgevaar en dat de stoornis waaraan betrokkene leed ten tijde van het delict nog steeds aanwezig is;
4. de minister dient zich, alvorens een besluit tot plaatsing op een longstayafdeling te nemen, te laten adviseren middels een onafhankelijk onderzoek dat wordt uitgevoerd door de LAP die bestaat uit een

multidisciplinair team van onafhankelijke deskundigen. De LAP onderzoekt of de behandelaar, gelet op diens verantwoording in de aanmelding van de longstaykandidaat, in alle redelijkheid (dat wil zeggen met inachtneming van eisen die aan de indicatiestelling in professionele zin gesteld moeten worden) tot de longstayindicatie heeft kunnen komen;

5. in de overwegingen tot plaatsing op een longstayafdeling wordt meegenomen dat de ter beschikking gestelde (tbs-gestelde) niet in aanmerking komt voor doorplaatsing naar een (niet justitiële) ggz-instelling gezien het gevaar dat van hem uitgaat naar de samenleving.

De beroepscommissie heeft in elke individuele zaak getoetst of aan de door de minister opgestelde criteria wordt voldaan. Daarbij komt aan de orde of de minister in redelijkheid op de stukken, waaronder het LAP-advies, heeft mogen afdaan.

Bij uitspraak 03/2306/TB van 8 januari 2004 is het beroep tegen de afwijzing van een verzoek van een 34-jarige, dove klager tot overplaatsing van een longstayafdeling naar een andere longstayafdeling ongegrond verklaard. De minister heeft advies bij klagers behandelaar ingewonnen, waaruit blijkt dat hij goed functioneert. Het personeel heeft een cursus gebarentaal gevolgd om (beter) met klager te kunnen communiceren. Aan klagers veronderstelling dat het na overplaatsing beter met hem zal gaan, liggen geen behandelinhoudelijke overwegingen ten grondslag.

In deze periode heeft de beroepscommissie verder 21 beroepen tegen een longstayplaatsing inhoudelijk behandeld, waarvan er drie inhoudelijk gegrond zijn verklaard.

Hieronder volgen de gegrond verklaarde beroepen en een selectie van relevante uitspraken tot ongegrondverklaring.

#### *Gegrondverklaringen*

- 03/2877/TB van 23 april 2004: er is sprake van door de inrichting naar klager gewekte verwachtingen en rapportage over behandelingsmogelijkheid, waarvan de LAP niet op de hoogte was (het vervolgberoep 05/0449/TB is ongegrond verklaard en wordt hieronder bij de ongegrondverklaringen verder besproken).
- 03/1529/TB van 27 april 2004: na LAP-advies en bestreden beslissing is in de procedure tot verlenging van klagers tbs op verzoek van het hof Arnhem pro justitia rapportage uitgebracht over klagers delictgevaar en resocialisatiemogelijkheden; gelet op de inhoud daarvan en het oordeel van het hof is de grond aan de bestreden longstayplaatsing ontvallen.
- 04/1905/TB van 11 februari 2005: waar het PBC nog resocialisatiemogelijkheden ziet, dient de minister uit zorgvuldigheid op grond van de in artikel 11 Bvt genoemde en met elkaar samenhangende belangen, met de door het PBC genoemde klinieken eerst daadwerkelijk de (on)mogelijkheid van plaatsing en behandeling te bezien in plaats van op voorhand uit te gaan van de onmogelijkheid daarvan en over te gaan tot een zo ingrijpende beslissing als een longstayplaatsing.

#### *Ongegrondverklaringen*

- 03/0044/TB van 26 mei 2003: blijkens de stukken wordt klager ondanks meerdere behandelingspogingen als chronisch ernstig delictgevaarlijk beschouwd. De door de minister ingebrachte stukken ondersteunen klagers stelling dat er geen sprake is geweest van behandeling niet.
- 03/2062/TB van 24 november 2003: klager voldoet aan longstaycriteria. Geen aanleiding voor nader

onderzoek in het licht van het LAP-advies. Wel acht de beroepscommissie het van belang dat er een individueel verplegings- en behandelingsplan wordt opgesteld en dat er vrijheden zijn die verpleegden op andere gesloten afdelingen niet hebben. Klager kan dan laten zien hoe hij daarmee omgaat. Er wordt van uitgegaan dat periodiek zorgvuldig zal worden bezien in hoeverre klager alsnog in aanmerking zal kunnen komen voor plaatsing op een andere afdeling.

- 03/0767/TB van 4 december 2003: er is sprake van voortdurende delictgevaarlijkheid, ook na het stellen van een nieuwe diagnose is er sprake van een uiterst gering behandelperspectief en onvoldoende basis om op langere termijn toe te werken naar een transmurale setting. De stelling dat de minister niet van de nieuwe diagnose op de hoogte is gesteld is onjuist, nu de nieuwe diagnose en behandelingspoging blijken uit het advies tot verlenging van klagers tbs en uit de aanmelding voor een longstayplaatsing.
- 03/0654/TB-II van 18 november 2004: het door de minister optellen van tbs-opleggingen van klager voor het berekenen van de intramurale behandelingsduur is aanvaardbaar; de beroepscommissie is met de minister van oordeel dat niet het delict, maar de aard van de stoornis ten tijde van de delicten daarvoor bepalend is. Op verzoek van de beroepscommissie heeft het PBC nader klinisch onderzoek verricht, waaruit blijkt dat ook volgens het PBC sprake is van onbehandelbaarheid en van onverminderd delictgevaar. Er is geen aanleiding aan verzoek van klager te voldoen tot in feite een tweede contra-expertise.
- 04/3116/TB van 9 mei 2005: los van de eventuele uitkomsten van het ingestelde politieonderzoek waren er ten tijde van de beslissing tot klagers overplaatsing van het Kempehuis naar de longstayafdeling van Veldzicht voldoende ernstige aanwijzingen en bevindingen die noodzaakten tot die overplaatsing.
- 05/0302/TB van 4 augustus 2005: hoewel klager in maar één kliniek langdurig is behandeld, kon hij voor een longstayplaatsing worden aangemeld gezien het ontbreken van behandelperspectief en de aanwezigheid van hoge delictgevaarlijkheid. Er is geen sprake van 'afschrijving' van klager: er wordt een verplegings- en behandelingsplan opgesteld en periodiek wordt bezien welke behandeling mogelijk is of voortgezet kan worden en in hoeverre klagers verblijf in de longstay voortgezet dient te worden.
- 05/0449/TB van 28 november 2005: Het PBC heeft in nader onderzoek geconcludeerd dat een longstayplaatsing onvermijdelijk is.
- 05/2799/TB van 3 maart 2006: klager voldoet aan de longstaycriteria. Aanbeveling aan behandelaar om voorzichtig om te gaan met algemene uitspraken over uitstroom uit de longstay om geen valse hoop daarover te geven.
- 05/2466/TB van 7 april 2006: het is op zichzelf zorgvuldig als een oud LAP-advies wordt geactualiseerd, maar gelet op de stukken is er in dit geval geen aanleiding te veronderstellen dat de LAP in een meer actueel advies tot een andere conclusie inzake longstayindicatie zou komen.
- 05/2467/TB van 7 april 2006: behandeling in drie klinieken is door klagers verzet niet tot stand gekomen en klager is blijvend delictgevaarlijk. Er is geen aanleiding voor nader klinisch onderzoek van klager in het PBC; voor de aannemelijkheid van klagers stelling dat hem na het aanslaan van medicatie onvoldoende

verdere behandeling is aangeboden, wordt in de stukken geen grond gevonden.

### Periode mei 2006 - oktober 2007

De minister heeft de criteria voor longstayplaatsing in gewijzigde vorm neergelegd in het Longstaybeleidskader van augustus 2005:

1. Betrokkene 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 LAP de tweede behandel poging vervangen);
2. er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de ggz vanwege het vereiste beveiligingsniveau.

In één zaak is het beroep niet gericht tegen de beslissing tot de longstayplaatsing zelf, maar tegen de plaats van de longstayvoorziening, omdat klager geplaatst wil worden in een andere longstayvoorziening waarin zijn echtgenoot verblijft:

- 05/3025/TB van 30 mei 2006: er is geen wettelijk afdwingbaar recht van gehuwde ter beschikking gestelden op plaatsing in eenzelfde longstayvoorziening en overnachtingen bij elkaar. Er is sprake van een gerechtvaardigde inbreuk op het in artikel 8 EVRM neergelegde recht op respect voor het familie- en gezinsleven. Van belang is hierbij dat de inrichting gezamenlijke overnachtingen onwenselijk acht vanwege een met bezoeken samenhangende toename van delictgerelateerd gedrag en dat het effect van gezamenlijke overnachtingen op medepatiënten binnen een relatief klein leefmilieu van een longstayvoorziening aanzienlijk zal zijn.  
Wel kan de beroepscommissie zich voorstellen dat beide longstayvoorzieningen zoeken naar een gepaste bezoekregeling, waarbij voorwaarden gesteld kunnen worden.

In een andere zaak is het beroep gericht tegen de weigering te beslissen op het verzoek van de klager tot overplaatsing van de ene naar een andere longstayvoorziening:

- 06/1391/TB van 28 september 2006: de beroepscommissie heeft klager in dit beroep ontvangen en het beroep gegrond verklaard: de weigering is zeer onzorgvuldig nu door de huidige longstayafdeling eerder is getracht klager te ruilen en thans wordt onderzocht of klager voor overplaatsing in aanmerking kan komen.

In twee zaken was een afwijzing van een verzoek tot overplaatsing uit de longstay aan de orde; beide beroepen zijn ongegrond verklaard:

- 06/0467/TB van 9 augustus 2006: blijkens info van het Kempehuis is er geen reden om een verzoek tot opheffing longstaystatus in te dienen vanwege nog immer aanwezig delictgevaar en gebrek aan behandel mogelijkheden en perspectieven; klager veronderstelt slechts dat het hem in behandelkliniek beter zal afgaan; geen aanleiding voor nader onderzoek.
- 06/2646/TB van 12 juni 2007: blijkens de stukken is er sprake van onveranderde psychopathologie, onverminderde delictgevaarlijkheid en onverminderd hoog recidivegevaar; klager is niet gemotiveerd voor behandeling; momenteel is er geen aanleiding voor nader onderzoek.

De beroepscommissie heeft daarnaast 56 beroepen tegen een longstayplaatsing inhoudelijk afgehandeld, waarvan er 24 gegrond zijn verklaard.

Van die 24 zaken zijn er 15 gegrond verklaard omdat de minister ondanks rappel in die zaken geen reactie en stukken had toegezonden en de beroepscommissie daarmee niet in de gelegenheid heeft gesteld die beroepen naar behoren te kunnen beoordelen (in de overige zaken zijn wel stukken en een reactie op de beroepen verstrekt). In 11 van deze 15 zaken heeft de minister een nieuwe longstaybeslissing genomen, waartegen beroep is ingediend. Drie daarvan zijn gegrond verklaard (zie hieronder 06/1654, 06/1671 en 06/1743), vijf ongegrond (waarvan vier hieronder opgenomen: 06/1716, 06/1723, 06/1754 en 06/2118). In drie van de elf zaken is de behandeling aangehouden en bij het opstellen van dit overzicht nog niet afgerond.

Van dezelfde 24 zaken zijn er negen om inhoudelijke redenen gegrond verklaard. Hieronder volgt een opsomming van deze gegrondverklaringen met een korte weergave van de relevantie van de uitspraak.

#### *Gegrondverklaringen*

- 05/2788/TB van 17 juli 2006: op grond van de stukken en het behandelde ter zitting wordt overwogen dat een geïndiceerde tweede behandel poging om onduidelijke redenen niet volwaardig is ingezet in de tweede behandelkliniek, die al snel concludeerde tot onbehandelbaarheid van klager, terwijl er nog resocialisatiemogelijkheden aanwezig lijken te zijn. De zorgvuldigheid vereist dat de minister die mogelijkheden vanuit een FPK of FPA onderzoekt.
- 06/0217/TB van 3 augustus 2006: op zich is er sprake van een longstayindicatie, maar een eerder nog kansrijk geachte plaatsing in Hoeve Boschoord is gestrand op door die kliniek gestelde voorwaarden. Er dient nader onderzoek naar plaatsingsmogelijkheid in Hoeve Boschoord en daarmee het mogelijk vervallen van de longstayindicatie te worden gedaan.
- 06/0484/TB van 10 augustus 2006: gelet op de uitgebrachte rapportages en adviezen is niet komen vast te staan dat klager daadwerkelijk een 'state of the art' behandeling heeft ondergaan. Het is met name de vraag of in de behandeling voldoende rekening is gehouden met klagers autistische stoornis. Bovendien heeft de LAP geadviseerd om klager de mogelijkheid te bieden door te stromen naar een ggz-voorziening gericht op autismespectrumstoornissen, mogelijk met gebruik van een langlopende proefverlofsituatie.
- 06/1654/TB van 24 november 2006: gelet op de uitgebrachte rapportages en adviezen is niet komen vast te staan dat klager daadwerkelijk een 'state of the art' behandeling heeft ondergaan. Al na acht weken verblijf in tweede behandelkliniek is klager geconfronteerd met een longstayprognose, wat haaks staat op de uitgebrachte pro justitia rapportage waarin is aangegeven dat
  - een longstayplaatsing prematuur is;
  - aan de longstayindicatie kan worden getwijfeld omdat er nog geen serieuze resocialisatiepoging is ondernomen
  - een eventuele resocialisatie alleen kan plaatsvinden in een zeer langzaam tempo en waarschijnlijk met gebruik van libidoremmende medicatie.
- 06/1173/TB van 12 januari 2007: klager is behandeld in één kliniek, die vrij lang het perspectief van resocialisatie richting een beschermde woonvorm voor ogen had. De beroepscommissie acht het

onbegrijpelijk dat de kliniek zes maanden nadat in het verlengingsadvies was aangegeven dat de prognose gunstig was, concludeert tot een longstayplaatsing wegens stagnatie van de behandeling als gevolg van klagers ernstige verslaving. Het ligt in een dergelijke situatie op de weg van de minister over te gaan tot een overplaatsing naar een andere behandelinstelling om te onderzoeken of een nieuwe behandelingspoging daar beter aanslaat. Klagers frequente terugval in middelengebruik heeft in de kliniek lange tijd niet aan resocialisatie weg gestaan. De minister heeft niet aannemelijk gemaakt dat een overplaatsing als bedoeld geen toegevoegde waarde heeft.

- 06/1671/TB van 15 mei 2007: na opheffing van een eerdere longstayindicatie is klager vanuit de longstay in een begeleid wonen project nabij de longstayafdeling geplaatst onder voorwaarde van onthouding van alcohol- en drugsgebruik en dagelijks gebruik van Refusal. Na vondst van 15 lege bierblikken op zijn kamer en klagers weigering om openheid van zaken te geven, is klagers transmurale verlof opgeschort en is klager weer aangemeld voor een longstayplaatsing. De beroepscommissie overweegt dat het aantreffen van die bierblikken voor meerderlei uitleg vatbaar is en dat de instelling onvoldoende onderzoek heeft gedaan naar de herkomst van die blikken, mede gelet op de stelselmatige ontkenning van klager dat die blikken van hem waren en de onweersproken door klager gestelde uitslagen van blaastesten. Gelet op de zeer verstrekkende gevolgen voor klager had een deugdelijk vaststellen van de feiten door de instelling in de rede gelegen. Verder is de beroepscommissie van oordeel dat er ook andere mogelijkheden zijn, zoals het onder toezicht verstrekken van Refusal.
- 05/3124/TB van 7 juni 2007: de beroepscommissie constateert een wezenlijk verschil van mening tussen kliniek en PBC over de diagnose met betrekking tot verslavingsproblematiek van klager en de behandelingsprognose. In de visie van het PBC ziet de beroepscommissie voldoende aanknopingspunten voor een hernieuwde resocialisatiepoging in een andere kliniek. Het feit dat de behandeling sinds enige jaren is gestagneerd had gegeven de omstandigheden moeten leiden tot een overplaatsing van klager naar een andere kliniek om te trachten de behandeling vlot te trekken.
- 05/2579/TB van 18 juni 2007: klager is langdurig behandeld in één kliniek die verschillende diagnoses heeft gesteld, maar destijds waren er gezien de rapportages voldoende aanknopingspunten voor een longstayplaatsing. Na de longstayplaatsing heeft de LAP de bezwaren van de instelling daartegen grotendeels bevestigd, maar op grond van de onverminderde delictgevaarlijkheid van klager toch geadviseerd tot handhaving van klagers longstaystatus zolang er geen duidelijkheid is over de bereidheid van de instelling een tweede behandelingspoging vorm te geven. De beslissing van de minister tot voortzetting van klagers verblijf in de longstay komt er in wezen op neer dat de delictgevaarlijkheid daarvoor voldoende grondslag biedt, terwijl eventuele behandelingsmogelijkheden meer terzake doen. De minister miskent daarmee de mening van zowel de instelling als de LAP ten aanzien van eventuele behandelingsmogelijkheden.
- 06/1743/TB van 3 juli 2007: bij wijze van uitzondering heeft de beroepscommissie het beroep tegen de beslissing tot een longstayplaatsing uitsluitend schriftelijk behandeld, nu klagers longstayindicatie is opgeheven omdat er blijkens nadere rapportage voldoende basis voor een nieuwe resocialisatiepoging aanwezig wordt geacht. Vanwege de opgelopen behandelachterstand is een tegemoetkoming toegekend.

Dan volgt nu een selectie van relevante uitspraken waarin het beroep ongegrond is verklaard op de grond dat

de beslissing tot een longstayplaatsing in redelijkheid kon worden genomen in het licht van de stukken en het verhandelde ter zitting.

#### *Ongegrondverklaringen*

- 05/2883/TB van 2 mei 2006: blijkens de stukken is de klager aangeboden behandeling niet aangeslagen; klager geeft aan zich bereidwillig op te stellen, maar uit de stukken blijkt het tegendeel. De stukken bevatten verder geen aanknopingspunten voor een nader onderzoek naar eventuele nieuwe behandelperspectieven.
- 05/2581/TB van 30 mei 2006: er heeft in één kliniek een langdurige behandeling plaatsgevonden van een vreemdeling met verblijfstitel; proefverlof is binnen drie maanden misgegaan met ernstige recidive; klager wordt als voortdurend delictgevaarlijk en niet behandelbaar aangemerkt; kan niet in geestelijke gezondheidszorg worden geplaatst en ook niet naar het geboorteland worden uitgezet.
- 05/2875/TB d.d. 30 mei 2006: klager wordt vanwege zijn organische en functionele beperkingen en handicaps niet behandelbaar en voortdurend delictgevaarlijk geacht. Er is sprake van onverminderd hoog recidiverisico. Gezien de stukken bestaat er geen aanleiding voor nader extern klinisch onderzoek in bijvoorbeeld het PBC. Hoewel het op zich zorgvuldig voorkomt dat een advies van de LAP met het oog op het drie jaar later nemen van een longstaybeslissing wordt geactualiseerd, is er in het licht van de stukken en met name de herbevestiging van de longstaystatus door de behandelinrichting geen aanleiding te veronderstellen dat de LAP in een tweede, recent advies tot een andere conclusie zou zijn gekomen dan verwoord in het eerste advies.
- 05/2955/TB van 8 augustus 2006: volgens het Longstaybeleidskader dient er bij voorkeur sprake te zijn van meer dan één behandel poging, maar dit betekent niet dat bij één poging en het mislukken daarvan de minister niet tot een longstayplaatsing kan besluiten. In klagers geval kan de minister na één mislukte behandel poging daartoe beslissen vanwege het blijkens de stukken ontbreken van een reëel behandel perspectief en klagers hoge delictgevaarlijkheid. De stukken bevatten verder geen aanknopingspunten voor nader onderzoek naar eventuele resocialisatiemogelijkheden.
- 06/0170/TB van 8 augustus 2006: de kernproblematiek is nauwelijks behandelbaar en klager is voortdurend delictgevaarlijk wat betreft pedoseksuele delicten. Dat blijkt uit alle stukken op de door hem overgelegde contra-expertise na. Gezien de onderbouwing van de contra-expertise heeft de minister meer waarde mogen hechten aan de andere stukken. Er is geen aanleiding voor nader onderzoek. Ten overvloede wordt overwogen dat het longstayregime op zich niet uitsluit dat medicatie wordt gegeven en dat op basis daarvan wordt overwogen of verlof en op termijn eventuele overplaatsing naar een behandelkliniek tot de mogelijkheden behoren.
- 06/0547/TB van 15 augustus 2006: klager is vanwege een persoonlijkheidsstoornis en geringe begaafdheid niet behandelbaar en voortdurend delictgevaarlijk; voor aannemelijkheid van klagers stelling dat thans nog een behandel mogelijkheid richting plaatsing in een beschermde woonvoorziening mogelijk moet worden geacht nu hij zich niet meer tegen het behandelingsplan verzet, wordt in de stukken noch in hetgeen de behandelaar ter zitting naar voren heeft gebracht grond gevonden. Op grond daarvan kan immers ten zeerste worden betwijfeld in hoeverre klager een nieuwe behandel poging aan zal kunnen,



alsmede in hoeverre een derde behandel poging een reële kans van slagen kan hebben, juist gezien klagers persoonlijkheidsproblematiek en hoge delictgevaarlijkheid. Ook op een longstayafdeling wordt een behandelingsplan opgesteld en worden eventuele mogelijkheden van (medicamenteuze) behandeling en uitplaatsing naar een andere inrichting gezien.

- 06/0606/TB van 19 september 2006: klager is niet behandelbaar vanwege gebrekkige intellectuele vermogens in combinatie met ernstige persoonlijkheidsproblematiek; hij is ondanks medicatiegebruik voortdurend delictgevaarlijk. Pogingen tot doorplaatsing naar de ggz zijn afgestuit op het niet kunnen bieden van voor klager benodigde beveiliging. Gezien stukken en verhandelde ter zitting niet aannemelijk dat klager onvoldoende behandeling is geboden.
- 06/1754/TB van 15 november 2006: de zorgvuldigheid vereist dat de LAP bij beoordeling van een longstayindicatie de door het PBC aanwezig geachte resocialisatiemogelijkheid – waarnaar in de procedure van verlenging van de tbs door de rechter en het hof is verwezen – meeneemt, wat achteraf alsnog is gebeurd. De LAP is van oordeel dat longstayplaatsing is geïndiceerd en dat vanuit longstay in alle rust kan worden gezien of een zorgvuldig opgebouwd resocialisatietraject in de tijd tot de mogelijkheden behoort. Klager ondergaat zijn tweede tbs, is lange tijd van zijn leven geïnstitutionaliseerd en er zijn behandel pogingen in drie klinieken ondernomen. De door het PBC genoemde positieve behandel effecten zijn volgens de laatste behandelklinik eerder toe te schrijven aan de gecontroleerde setting dan aan de behandeling. De mogelijkheid van verblijf buiten de laatste kliniek is onderzocht, maar klager heeft geen zicht op totstandkoming en voortbestaan van delict risico's; hij reageert niet op noodzakelijk geachte behandeling. Hij wil wel resocialiseren, maar is vanwege zijn problematiek niet in staat om zelfs aan zeer lage eisen van behandeling te voldoen en tot een zodanige behandelrelatie en -resultaat te komen dat het starten van een resocialisatietraject, gezien klagers delictgevaarlijkheid, verantwoord kan worden geacht. Ook vanuit de longstay zal worden gezien in hoeverre op termijn alsnog een op resocialisatie gerichte behandeling aan de orde zal kunnen zijn.
- 06/1086/TB van 21 november 2006: tevergeefs is getracht klager in een meer dan twaalf jaar durende behandeling te resocialiseren. De LAP twijfelde aanvankelijk aan de longstayindicatie voor zover nog medicatieaanpassing mogelijk zou zijn, maar onderschrijft de longstayindicatie toch, na inlichtingen van de behandelinrichting, inhoudende dat medicatieaanpassing geen optie is in verband met de combinatie van ernstige pathologie, gebrekkige leerbaarheid, vluchtgevaarlijkheid, en de mogelijk averechtse bijwerking van de door de LAP voorgestelde medicatie. Daarbij heeft de LAP benadrukt een plaatsing in een medium care/medium securitysetting voor de SGLVG-categorie geïndiceerd te achten. De beroepscommissie merkt op het wat dat betreft zeer wenselijk te achten dat in het kader van het ontwikkelen van differentiaties van longstayvoorzieningen ook aandacht wordt besteed aan de door de LAP bedoelde differentiatiemogelijkheid.
- 06/1355/TB van 24 november 2006: er is sprake van meerdere mislukte resocialisatiepogingen, waarbij klager is ontvlucht en is teruggevallen in alcoholmisbruik. Plaatsing op een FPA is niet mogelijk: klager heeft geen psychiatrische stoornis in engere zin, is zwakbegaafd en moeilijk te hanteren en te begrenzen. De LAP achtte aanvankelijk voortzetting van de op verandering gerichte behandeling niet langer zinvol, maar een longstayplaatsing te zwaar en adviseerde tot nader onderzoek door de behandelinrichting. Op grond van nadere inlichtingen van die inrichting onderschrijft de LAP de longstayindicatie alsnog, maar

adviseert zij tevens opnieuw de weg te bewandelen van zeer geleidelijke verruiming van vrijheden in het kader van een langdurig resocialisatietraject. De beroepscommissie merkt op het wat dat betreft zeer wenselijk te achten dat bij het ontwikkelen van differentiatie in longstayvoorzieningen ook aandacht wordt besteed aan de door de LAP bedoelde differentiatiemogelijkheid.

- 06/1716/TB van 24 november 2006: zeer moeizaam verloop van langdurige behandeling die niet is aangeslagen wegens weerstand en gebrek aan openheid van klager, die geen inzicht wil geven in zijn seksuele belevingswereld terwijl dit van wezenlijk belang is voor de behandeling. Er is sprake van ernstige persoonlijkheidspathologie en alcoholafhankelijkheid. Delictgerelateerde incidenten. Delictgevaar is onverminderd aanwezig. Behandeling in twee behandelsettingen heeft volgens het beleidskader wel de voorkeur, maar is niet vereist om als 'state of the art' te kunnen worden aangemerkt. Ook in de longstay wordt een verplegings- en behandelingsplan opgesteld en wordt getoetst of eventuele vooruitgang alsnog zou kunnen leiden tot overplaatsing naar een behandelinrichting.
- 06/0540/TB van 22 januari 2007: klager is vanwege handicap en persoonlijkheidsstoornis niet behandelbaar gebleken en wordt als voortdurend delictgevaarlijk aangemerkt. Het PBC gaat in zijn advies in op een longstayplaatsing van klager en vraagt zich daarbij af of vrijheden met medicamenteuze behandeling en langdurig toezicht, eventueel onder elektronisch toezicht, klagers delictgevaar zouden kunnen beteugelen. De beroepscommissie oordeelt dat dit PBC-advies niet inhoudt dat het genoemde resocialisatietraject ook eerst gevolgd zou moeten worden, wat wordt bevestigd door de vertegenwoordiger van het PBC ter zitting. Een dergelijk traject is pas aan de orde als eerst een vertrouwens- en behandelrelatie tussen klager en de behandelinrichting is opgebouwd. Klager weigert medewerking en wil alleen libidoremmende medicatie innemen onder voorwaarde van resocialisatie. Volgens de laatste behandelinrichting kan medicamenteuze behandeling het libido wel doen afnemen, maar bij klager lijken ook andere elementen – waarop de medicatie geen effect heeft – mee te spelen in het seksueel misbruik. De beroepscommissie overweegt ook in deze zaak dat op een longstayafdeling wordt bekeken of het delictrisico is verminderd en of er zich behandel mogelijkheden voordoen.
- 06/1723/TB van 5 februari 2007: de LAP geeft aan dat in de afgelopen tien jaar vele pogingen zijn gedaan de ernstige en vroege persoonlijkheids- en seksuele problematiek te beïnvloeden zonder dat dit heeft geleid tot vergroting van ziekteinzicht en probleembesef bij klager, bij wie de compliance met zijn behandeling dan ook immer volstrekt onvoldoende is gebleven. Door zijn opstelling blokkeert klager zijn vooruitzichten op een terugkeer in de maatschappij. Klager acht zichzelf niet delictgevaarlijk, terwijl alle bij zijn behandeling betrokken deskundigen en externe rapporteurs het recidiverisico hoog achten. Van belang is verder dat de minister en de longstayafdeling hebben afgesproken dat, indien volgens die afdeling zich behandel mogelijkheden voordoen en klager toe is aan een nieuw traject, in dat geval een andere tbs-kliniek advies zal uitbrengen over klagers behandel- en resocialisatiemogelijkheden. De beroepscommissie gaat in deze uitspraak verder in op het door klagers advocaat naar voren gebrachte feit dat het LAP-advies door twee leden van de LAP is ondertekend: blijkens het Reglement van de LAP bestaat de LAP uit vijf leden, waaronder drie behandel directeuren van tbs-inrichtingen en is niet voorgeschreven dat alle adviezen steeds door alle leden worden opgesteld en ondertekend. Dit zou ook wat betreft de objectiviteit al op bezwaren stuiten indien de klager afkomstig is uit een tbs-inrichting waarvan één van die directeuren lid van de LAP is. Wezenlijk is dat advisering vanuit multidisciplinair kader en onafhankelijk plaatsvindt. Niet gebleken is dat dit in de onderhavige zaak niet het geval is geweest.

06/2118/TB van 12 maart 2007: ter zitting hebben de vertegenwoordiger van klagers longstayafdeling aangevoerd dat op afzienbare termijn een hernieuwde risicotaxatie afgerond zal worden en dat aan de hand daarvan zal worden nagegaan of alternatieven voor de longstayplaatsing van klager voorhanden zijn. De beroepscommissie onderschrijft de wenselijkheid daarvan. Dit betekent echter niet dat de plaatsingsbeslissing onredelijk of onbillijk zou zijn. Het is wenselijk dat de voortzetting van de longstayplaatsing aan de orde komt bij de evaluatie van die plaatsing.

- 06/1803/TB van 23 mei 2007: klager is door ontbrekende behandelmotivatie en geringe cognitieve vaardigheden slecht bereikbaar voor behandeling; er is sprake van een ernstige meervoudige chronische psychiatrische aandoening in combinatie met voortdurende verslavingsproblematiek. Het delictgevaar is onverminderd hoog. Uit de omstandigheid dat klager in één kliniek is behandeld kan niet tot onvoldoende behandeling worden geconcludeerd. Het thans geldende beleidskader spreekt wel een voorkeur uit voor behandeling in minimaal twee behandelsettingen, maar dit is geen hard vereiste waaraan een behandeling moet voldoen om als 'state of the art' aangemerkt te kunnen worden.
- 06/0641/TB van 7 juni 2007: de minister heeft op grond van de overgelegde stukken in redelijkheid kunnen beslissen tot een longstayplaatsing. Ter zitting blijkt dat de longstayafdeling een positieve ontwikkeling bij klager ziet, wat vragen oproept omtrent de eerder gestelde diagnose, alsmede dat thans diagnostisch onderzoek wordt gedaan waar enige tijd mee gemoeid zal zijn. Bij de beoordeling van het beroep kunnen ook de ontwikkelingen die zich na het nemen van de longstaybeslissing hebben voorgedaan worden meegewogen, zoals in dit geval. Uit de genoemde positieve ontwikkeling is echter (nog) niet voldoende komen vast te staan dat de behandelprognose zich in gunstige zin heeft gewijzigd: dat zal voormeld onderzoek moeten uitwijzen. Gunstige behandelprognoses moeten betrokken worden bij de tussentijdse evaluaties.
- 06/0028/TB van 13 juni 2007: klagers langdurige behandeling heeft geen daadwerkelijke vooruitgang opgeleverd; er is sprake van een schijnaanpassing en nog immer hoog tot zeer hoog recidiverisico. Voldoende vast staat dat klager in twee klinieken een volwaardige tbs-behandeling is geboden, niettegenstaande het feit dat klagers eerste behandelaar een van klagers slachtoffers kende. Deze behandelaar heeft aangegeven dat er geen sprake was van een vriendschappelijke relatie, maar enkel van een werkrelatie. Het is niet aannemelijk dat deze behandelaar, die overigens slechts korte tijd als zodanig is opgetreden, niet integer zou hebben gehandeld. Daarom is niet aannemelijk dat de langdurige behandeling niet als overeenkomstig 'state of the art' zou kunnen worden aangemerkt. Verder wordt ook op een longstayafdeling een verplegings- en behandelingsplan opgesteld en wordt getoetst of eventuele vooruitgang alsnog zou kunnen leiden tot overplaatsing naar een behandelinrichting.
- 05/3014/TB van 27 september 2007: de 66-jarige klager is niet behandelbaar gebleken en wordt als chronisch delictgevaarlijk aangemerkt; op verzoek van de beroepscommissie heeft nader onderzoek plaatsgevonden naar de vraag of medicamenteuze behandeling tot een wezenlijk andere prognose zou kunnen leiden. De desbetreffende psychiater geeft in zijn rapportage aan dat klager de longstaystatus zal moeten behouden, alsmede dat plaatsing op een psychiatrische ouderenafdeling op een ggz-terrein buiten de bebouwde kom, maandelijks reclasseringstoezicht, eventuele beperking in de bewegingsvrijheid en toediening van intramusculaire libidoremmende medicatie voldoende afscherming en toezicht

bieden om pedoseksuele recidive te voorkomen. Ook na het kennis nemen van deze rapportage adviseert de LAP tot een longstayplaatsing van klager; zij geeft aan dat – gezien de ernst en aard van klagers problematiek in relatie tot zijn tbs-delicten – goede forensisch-psychiatrische expertise en voldoende controlemogelijkheden in materiële en regelgevende zin wezenlijk zijn om toekomstig recidiverisico tijdig te kunnen waarnemen, en dat dit betekent dat een ggz-instelling niet voldoende veiligheidsborging zal kunnen bieden. De LAP wijst in dit verband op “het te mogen vooronderstellen gebrek aan forensisch psychiatrische expertise en de aard van de setting”. Verder is de LAP van mening dat overplaatsing naar een ggz-instelling impliceert dat de longstaystatus opgeheven zou moeten worden, wat niet opportuun is. De beroepscommissie is van mening dat de minister in redelijkheid op deze stukken heeft mogen afgaan. De door de psychiater genoemde alternatieve plaatsingsmogelijkheid lijkt thans onvoldoende beveiliging te kunnen bieden. Blijkens het meest recente verlengingsadvies komt klager op de HCR-20 en de SVR-20 tot een hoge score wat betreft het risico tot terugval in delictgedrag. De beoordeling van de verschillende schalen van de beoordelingsinstrumenten laten nauwelijks enige verandering zien in vergelijking met eerdere evaluaties in voorgaande behandelperioden. Klagers problematiek blijkt in de tijd stabiel en therapieresistent, welk beeld door de genoemde risicotaxatie-instrumenten wordt bevestigd.

## Bijlage 2. Interviews met functiegroepen

Ten behoeve van dit advies interviewde de Raad in zeven sessies tussen 23 oktober en 8 november 2007 de volgende personen, werkzaam in rechtspraak, tbs-praktijk en wetenschap:

Naam	Functie
Anker, mr. W.	strafrechtadvocaat
Bakker, mr. drs.F.A.M.	lid beroepscommissie RSJ
Bartelds, mr. J.I.M.W.	lid van de Penitentiaire Kamer/Hof Arnhem
Donker, mr. S.L.	lid beroepscommissie RSJ
Drost, dr. M.	behandeldirecteur Pompekliniek
Heidanus, mr. N.	strafrechtadvocaat
Heijs, mr. H.	lid beroepscommissie RSJ
Huitema, F.	behandeldirecteur Veldzicht
Kordelaar, dr. W.F. van	gedragskundige, oud-lid LAP
Kuijck, mr. Y.A.J.M. van	(verlengings)rechter
Lely-van Goch, mr. T.	(verlengings)rechter
Schudel, Prof. dr. W.J.	gedragskundige van de Penitentiaire Kamer/Hof Arnhem
Stikkelbroeck, mr. H.	voorzitter van de Penitentiaire Kamer/Hof Arnhem
Vaart, mr. M. van der	(verlengings)rechter
Verwaayen, S.	behandeldirecteur Rooyse Wissel
Woensel, mr. S. van	lid beroepscommissie RSJ



## Bijlage 3. Statistieken gemiddelde behandelduur

<i>Betreft:</i>																			
naam	:	geboren	:	leeftijd:	kliniek	:													
Beschikbaarheid gegevens:																			
<input type="checkbox"/> voldoende																			
<input type="checkbox"/> onvoldoende gemist wordt :																			
<i>Delict en duur tenuitvoerlegging maatregel:</i>																			
delict :																			
duur :																			
LS-criterium :																			
over/onderschrijdig :																			
chronologie klinieken/resocialisatietrajecten/behandelingspogingen																			
<i>Diagnostische gegevens</i>																			
descr. diagnose:																			
As-I	As-II	As-III	As-IV	As-V															
co-morbiditeit :																			
diff.diagn :																			
zekerheid :																			
<i>Persoonsbeeld</i>																			
<i>Behandelingsbeeld:</i>																			
primair milieu:																			
beveiligen/ controleren/ beheersen .....																			
structureren/ stabiliseren.....																			
steunen/ prothese bieden/ ontwrichting voorkomen.....																			

confronteren/ontwikkelen/oefenen/toetsen.....  
 ..

gerichte interventies:

medicatie.....  
 ..

therapieën/trainingen.....  
 ..

delictbehandelingen.....  
 ..

delictbeheersing.....  
 ..

resocialisatie

poging(en).....  
 ..

beloop.....  
 ..

condities.....  
 ..

prognose

blijvendheid

risico.....

verwachte kenmerken

verblijf.....

beïnvloedbaarheid

prognose.....

Resultaat toetsing

indicatie

geen indicatie want:

gegevens  
 :.....

duur  
 :.....

diagnostiek  
 :.....

beloop  
 :.....

prognose  
 :.....



Geachte heer

Ministerie van Justitie  
DJI  
Sectordirectie tbs  
Postbus 30132  
2500 GC DEN HAAG

Contactpersoon

Datum

Ons kenmerk

Onderwerp

aanmelding longstay

Naam:

Geboortedatum:

Op xx xxxxxxx 200x hebben de ondergetekenden xxxxxxxxxxxxxxxx en xxxxxxxxxxxxxxxx ter toetsing voorgelegd gekregen een aanmeldingsbrief vergezeld van een dossier over opgemelde tbs-gestelde. Dit dossier is door hen getoetst ter beantwoording van de vraag:

*of de eindverantwoordelijke behandelaar naar geldend psychiatrisch inzicht in alle redelijkheid tot de vaststelling heeft kunnen komen dat een voortzetting van op verandering gerichte behandeling thans niet langer zinvol is en dat moet worden overgegaan tot op stabiliteit en op kwaliteit van leven gerichte zorg in het kader van de terbeschikkingstelling met last tot verpleging.*

Hiertoe is nagegaan met welke intensiteit en over wat voor tijdsbestek de in het kader van de lopende tbs voorgenomen behandelingspogingen zijn ondernomen. Ook of er sprake is van meerdere terbeschikkingstellingen. Bovendien is op basis van het aangeboden dossier nagegaan of aannemelijk is gemaakt dat er in de afzienbare toekomst geen bekende behandelmogelijkheden zijn, waarvan relevant resultaat te verwachten is.

**1. Ondergetekenden hadden de beschikking over**

- aanmelding long-stay dd. xx xxxxxxxxxx 200x van xxxxxxxxxxxxxxxx
- behandelingsplan, xxxxxxx 200x
- verlengingsadvies d.d. xx xxxxxxx 200x
- risicotaxatie HKT-30/HCR-20, xxxxxxx 200x
- xxx

- xxx
- xxx

**Conclusie:**

*ondergetekenden achten zich met de beschikbare stukken voldoende/onvoldoende voorgelicht.*

**2. Met betrekking tot oplegging en verloop van de maatregel blijkt**

1. dat de maatregel van de terbeschikkingstelling op xx xxxxxx xxxx door de Arrondissementsrechtbank/het Gerechtshof te xxxxxxxx werd opgelegd wegens xxxxxxxxxxxx;
2. dat de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling een aanvang nam op xx xxxxxxxx xxxx;
3. dat betrokkene gedurende de tenuitvoerlegging van de maatregel ter behandeling was opgenomen in:
  - 3.1. xxxxxxxx van xx xxxxx xxxx tot xx xxxxxxxx xxxx (x jaar en xx maanden)
  - 3.2. xxxxxxxx van xx xxxxx xxxx tot xx xxxxxxxx xxxx (x jaar en xx maanden)
  - 3.3. xxxxxxxx van xx xxxxx xxxx tot xx xxxxxxxx xxxx (x jaar en xx maanden)
4. dat de ten uitvoerlegging van de maatregel tot heden derhalve xx jaar en xx maanden duurt.

**Conclusie:**

uit de stukken blijkt dat de intramurale fase van de tenuitvoerlegging van de maatregel zich uitstrekt over een periode van xx jaar.

**3. Met betrekking tot de diagnostiek blijkt**

Een uitvoerige beschrijvende diagnose gaat vergezeld van de onderstaande classificatie volgens DSM-IV:

- As I        xxxxx  
              xxxxx
- As II       xxxxx  
              xxxxx
- As III      xxxxx
- As IV      xxxxx
- As V        GAF xxxxx

**Conclusie:**

uit de beoordeling van de stukken blijkt dat onzekerheid/twijfel/zekerheid bestaat over de diagnostiek. Hierbij dient opgemerkt te worden dat .....

**4. Met betrekking tot het verloop van de behandeling blijkt**

- dat de begeleiding in het primaire leefmilieu .....
- dat de op verandering gerichte behandelingsactiviteiten, waaronder ..... wel/gedeeltelijk/niet zijn aangeslagen wegens .....
- dat een x pogingen om betrokkene te resocialiseren naar xxxxxxxx zijn afgebroken/mislukt;

**Conclusie:**

uit de beoordeling van de stukken blijkt dat de behandeling is gekenmerkt door ..... en tot heden onvoldoende/gedeeltelijk/niet is aangeslagen.

**5. Met betrekking tot de behandelingsprognose blijkt**

- dat betrokkene beschouwd wordt als blijvend delictgevaarlijk;
- dat het verblijf in hoge mate gekenmerkt wordt door .....
- dat thans geen behandelingsmethodieken voorhanden zijn om deze prognose in gunstige zin bij te stellen.

**andere casusspecifieke overwegingen**

1. ....
2. ....

**Conclusie:**

uit de beoordeling van de stukken blijkt dat de op verandering gerichte behandelingsprognose ..... is.

**Resultaat van de toetsing:**

Op grond van het bovenstaande zijn ondergetekenden van oordeel dat de eindverantwoordelijke behandelaar naar geldend psychiatrisch inzicht in alle redelijkheid tot de vaststelling heeft kunnen komen dat een voortzetting van op verandering gerichte behandeling thans niet langer zinvol is en dat moet worden overgegaan tot op stabiliteit en op kwaliteit van leven gerichte zorg in het kader van de terbeschikkingstelling met last tot verpleging.

De ondergetekenden overwegen daarbij hetgeen onder de punten x en x vermeld staat.

Op grond van het bovenstaande zijn ondergetekenden van oordeel dat de eindverantwoordelijke behandelaar naar geldend psychiatrisch inzicht in alle redelijkheid niet tot de vaststelling heeft kunnen komen dat een voortzetting van op verandering gerichte behandeling thans niet langer zinvol is en dat moet worden overgegaan tot op stabiliteit en op kwaliteit van leven gerichte zorg in het kader van de terbeschikkingstelling met last tot verpleging.

De redenen voor deze vaststelling zijn de volgende

beschikbare stukken.....

duur en behandelingspogingen.....

- diagnostiek.....
  - behandelinhoudelijk.....
  - condities resocialisatietraject
- conclusie prognose.....

xxxxxxx, xx xxxxxxxx 2xx, xx xxxxxxxx 200x

**De gemiddelde verblijfsduur in jaren van tbs-populatie  
op peilmoment 31 december**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Soort kliniek							
Justitiële tbs kliniek Rijks	4,53	4,54	4,80	4,77	5,1	5,7	5,6
Justitiële tbs kliniek Particulier	3,50	3,71	3,85	4,21	4,7	5,0	4,9
Niet Justitiële kliniek	4,18	4,79	4,97	4,93	4,8	5,2	5,2
<b>Totaal</b>	<b>4,01</b>	<b>4,19</b>	<b>4,36</b>	<b>4,51</b>	<b>4,8</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>

**De gemiddelde verblijfsduur in jaren van patiënten met een longstayindicatie  
op peilmoment 31 december**

	2004	2005	2006
Soort kliniek			
Justitiële tbs-kliniek rijks	12,9	12,8	14,9
Justitiële tbs-kliniek particulier	11,8	11,0	10,9
Niet-justitiële kliniek	13,7	9,5	10,5
<b>Totaal</b>	<b>12,3</b>	<b>11,7</b>	<b>12,1</b>

**De gemiddelde verblijfsduur in jaren van patiënten zonder een longstayindicatie  
op peilmoment 31 december**

	2004	2005	2006
Soort kliniek			
Justitiële tbs-kliniek rijks	4,3	4,6	4,8
Justitiële tbs-kliniek particulier	4,1	4,3	4,1
Niet-justitiële kliniek	4,5	4,8	5,0
<b>Totaal</b>	<b>4,2</b>	<b>4,5</b>	<b>4,5</b>

Bron: DJI 2007