

De oplopende duur van de tbs

Advies 17 februari 2011



Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding tot dit advies	7
1.2 De opbouw van dit advies	8
1.3 Verantwoording	8
2 Problemen met instroom, doorstroom en uitstroom	9
2.1 IBO-I en IBO-II	9
2.2 Commissie Kosto	9
2.3 Commissie Houtman	9
2.4 Commissie Visser	10
2.5 RSJ-adviezen over de longstay	11
3. Visie van de Raad	13
3.1 Visie op de problematiek	13
3.2 Factoren die de olopende behandelduur in de hand hebben gewerkt	14
3.2.1 Aanscherping verlofbeleid	14
3.2.2 Vertraging in start en uitvoering van de behandeling	16
3.2.3 Longstay	16
3.2.4 Een indirecte factor: publieke opinie en negatieve beeldvorming	17
3.3 Visie van de Raad op de aanpak van de problemen	17
4. Conclusies en aanbevelingen	23
4.1 Conclusies	23
4.2 Aanbevelingen	23
Literatuur	25

Samenvatting

De duur van de tbs vertoont een stijgende lijn en bedraagt inmiddels bijna tien jaar. De duur van de tbs lijkt een omslagpunt te hebben bereikt. Justitiabelen die tbs-waardige delicten hebben gepleegd, zouden sneller weer op vrije voeten zijn na een vrijheidsstraf dan na een tbs-behandeling. Met het oog hierop adviseren advocaten hun cliënten niet mee te werken aan het pro-Justitia-onderzoek zodat minder gemakkelijk tbs kan worden geëist en opgelegd. Ook bij de rechterlijke macht lijkt dit omslagpunt een zekere rol te spelen. Door de oplopende duur van het tbs-verblijf dreigt de maatregel steeds minder in verhouding te staan tot de ernst van de gepleegde feiten. De rechter zou steeds vaker een vrijheidsstraf boven de tbs-maatregel verkiezen. Deze analyse lijkt te worden ondersteund door de feiten. Het aantal weigeringen om aan pro-justitia-rapportages mee te werken, is de laatste tijd gestegen. Tegelijkertijd neemt het aantal opgelegde tbs-maatregelen sterk af, van 207 in 2005 tot 107 vier jaar later.

Er zijn verschillende factoren die de oplopende behandelduur in de hand gewerkt hebben. De op zich positieve ontwikkelingen rondom de verloftoekenning, te weten de aanscherpingen van het verlofbeleid en de invoering van risicotaxatie-instrumenten hebben onbedoeld echter ook bijgedragen aan het oplopen van de duur van de tbs. Een andere factor is gelegen bij de behandeling. Soms komt een behandeling traag op gang en soms treden stagnaties op bij reeds gestarte behandelingen. Verder draagt het stijgende aantal opnames in de longstay bij aan het oplopen van de gemiddelde verblijfsduur in de tbs en draagt het risico op plaatsing in een longstay-voorziening waarschijnlijk bij tot het negatieve beeld dat delinquenten, hun advocaten en ook officieren van justitie en rechters hebben ten aanzien van de tbs. Tot slot speelt in indirecte zin de maatschappij (de publieke opinie) een zekere rol. Het tbs-stelsel is gericht op enerzijds de bescherming van de maatschappij en anderzijds de behandeling van de tbs-gestelde. De heftige reacties vanuit de maatschappij op incidenten met tbs-gestelden doen de balans doorslaan in de richting van de maatschappijbescherming, wat ten koste gaat van de behandeling van tbs-gestelden.

De geschetste omstandigheden doen ernstig afbreuk aan de rechtspositie van tbs-gestelden. Tbs-patiënten hebben krachtens de wet recht op behandeling die zo snel als mogelijk is een aanvang neemt. Behandeling impliceert ook verlof. Dit geldt ook voor longstay-patiënten, die evenals de overige tbs-gestelden in principe behandeld dienen te worden met als doel hen te resocialiseren.

Met dit advies wil de Raad een bijdrage leveren aan het oplossen van deze problematiek. In dat verband wil de Raad met nadruk de aandacht vestigen op de rechtspositie van de tbs-gestelden. Met de problemen rondom de opgelopen behandelduur dreigt de rechtspositie van tbs-gestelden ernstig in de verdrukking te komen. Bovendien is de samenleving absoluut niet gebaat bij een oplopende behandelduur van de tbs. Het negatieve gevolg van de oplopende tbs-duur is immers dat justitiabelen met een ernstige psychische stoornis na het plegen van tbs-waardige feiten in toenemende mate tot een gevangenisstraf worden veroordeeld; na het uitzitten daarvan keren zij weer in de maatschappij terug zonder dat zij een adequate behandeling van hun stoornissen hebben ondergaan.

Aanbevelingen aan de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie

- Verlof

Bewerkstellig dat eerder dan voorheen wordt begonnen met het toekennen van verlof, uiteraard met inachtneming van de nodige veiligheidswaarborgen, en zorg dat daarbij meer transparantie ontstaat over

de doorlooptijden van het intramurale deel van de tbs-behandeling. De Raad sluit hiermee aan bij de voorstellen van de directeuren van de klinieken die recentelijk zijn gepubliceerd. Volgens die voorstellen zouden tbs-patiënten in principe al anderhalf jaar na aanvang van de behandeling de gelegenheid moeten krijgen op begeleid verlof, en na tweeënehalf jaar op onbegeleid verlof te gaan.

- **Behandeling**

Draag er zorg voor dat tbs-gestelden zo spoedig mogelijk na plaatsing in een tbs-kliniek met de behandeling kunnen aanvangen.

- **Longstay (I)**

Neem met het oog op het beperken van de groei van het aantal tbs-gestelden dat op longstay-afdelingen verblijft, de uitvoering van het nieuwe Beleidskader Longstay ter hand. Dit betekent voor tbs-gestelden o.a. een driejaarlijkse herbeoordeling inzake de voortzetting van het verblijf in de longstay.

- **Longstay (II)**

Het in uitvoering nemen van een op resocialisatie gericht verplegings- en behandelingsplan is voor alle tbs-patiënten wettelijk verplicht; Bewerkstellig dat hieraan bij long-stay-patiënten invulling wordt gegeven door het creëren van een motiverend klimaat dat is gericht op (toekomstige) hervatting van de daadwerkelijke behandeling.

- **Wetenschappelijk onderzoek**

Continueer de verbetering van de kwaliteit van behandelmethodes door de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek hiernaar te stimuleren.

- **Public relations**

Start een stevige en aanhoudende publiciteitscampagne om de maatschappij uitgebreid voor te lichten over de inhoud en achtergrond van het tbs-stelsel en de daarin gevolgde werkwijzen. Geef daarbij ook uitgebreid inzicht in de vele verlofbewegingen die zonder incidenten verlopen alsmede in de gun-stige recidivecijfers.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding tot dit advies

De huidige duur van de tbs en de daaraan gerelateerde problemen rondom verloftoekenning en behandeling dreigen de rechtspositie van tbs-gestelden in de verdrukking te brengen. De zorgen over de rechtspositie van deze kwetsbare groep justitiabelen zijn voor de Raad de primaire reden om dit advies uit te brengen. Daarnaast spelen zorgen over het voortbestaan van het tbs-stelsel en de veiligheid van de samenleving een rol.

Tbs met dwangverpleging is een strafrechtelijke maatregel die de rechter oplegt aan daders van feiten met een strafdreiging van ten minste vier jaar. Om tbs met dwangverpleging te kunnen opleggen moet bovendien zijn aangetoond dat de betrokkene (deels) ontoerekeningsvatbaar is vanwege een persoonlijkheidsstoornis en/of een ernstige psychische stoornis. Ten slotte moet de verwachting bestaan dat de psychische - en/of persoonlijkheidsstoornis de betrokkene er in de toekomst toe zullen brengen om delicten te plegen.

De tbs-maatregel kent een tweeledige doelstelling. Ten eerste dient de tbs ertoe om de *maatschappij te beschermen* tegen het risico dat een geestelijk gestoorde delinquent recidiveert en een zwaar misdrijf pleegt. Ten tweede dient de tbs ertoe om de *delinquent te behandelen* teneinde de kans op herhaling van het ongewenste gedrag tot een aanvaardbaar minimum te reduceren.

De duur van de tbs-behandeling vertoont een stijgende lijn.¹ De gemiddelde verblijfsduur van de tbs-patiënten die in 1998 zijn ingestroomd bedraagt inmiddels bijna tien jaar² en is daarmee ongeveer drie jaar langer dan het verblijf van degenen die in 1990 zijn ingestroomd.³

Alhoewel de duur van de tbs-behandeling al twintig jaar stijgt⁴, heeft de oplopende behandelduur in de afgelopen jaren sterk de aandacht getrokken. De reden hiervan is dat de duur van de tbs-behandeling een omslagpunt lijkt te hebben bereikt. Een punt dat gemarkeerd wordt door de duur van een langdurige vrijheidsstraf. Justitiabelen zouden sneller weer op vrije voeten zijn na een (langdurige) vrijheidsstraf dan na een tbs-behandeling. Uit de praktijk wordt vernomen dat advocaten hun cliënten met het oog hierop adviseren niet mee te werken aan het pro-Justitia-onderzoek zodat minder gemakkelijk tbs kan worden geëist en opgelegd.⁵

Ook bij de rechterlijke macht lijkt dit omslagpunt een zekere rol te spelen.⁶ De rechterlijke macht weegt in eis en vonnis de proportionaliteit van de afdoening mee. Door de oplopende duur van de tbs-behandeling dreigt deze steeds minder in verhouding komen te staan tot de ernst van de gepleegde feiten. De rechter zou om die reden steeds vaker een alternatief voor de tbs-maatregel kiezen.⁷ De oplopende duur van de tbs zou een sterke daling van het aantal opleggingen in de hand werken.⁸

1 De duur van het tbs-verblijf kan op verschillende wijzen worden berekend. Zie voor een uitleg o.a. Brand en Van Gemmert (2009), Van Gemmert e.a. (2010) of Nagtegaal e.a. (2010).

2 Zie Nagtegaal e.a., 2010; Van Gemmert e.a. 2010.

3 Deze cijfers zijn exclusief het verblijf van de tbs-gestelde als passant, in afwachting van een plaats in een tbs-kliniek, en exclusief een eventueel verblijf in de longstay.

4 Zie Brand en Van Gemmert, 2009.

5 Zie o.a. Van Gemmert e.a. (2010) of het Nyferrapport van Muis en Van der Geest, 2010.

6 Zie bijvoorbeeld Muis en Van der Geest, 2010, p.84.

7 Muis en Van der Geest, 2010, p.84; zie ook Anker, 2010.

8 Zie o.a. Muis en Van der Geest, 2010.

De volgende feiten ondersteunen deze signalen. Het aantal weigeringen om aan pro-justitiarapportages mee te werken, is de laatste tijd sterk gestegen.⁹ Tegelijkertijd valt een sterke afname van het aantal opgelegde tbs-maatregelen te constateren. Werden in 2005 nog 207 tbs-maatregelen opgelegd, in 2009 was dit aantal gedaald tot 107.¹⁰

Het gevolg van deze ontwikkeling is dat psychisch gestoorde delinquenten na het uitzitten van hun gevangenisstraf weer terugkeren in de maatschappij zonder een adequate behandeling van hun problemen te hebben ondergaan.¹¹ De doelstellingen van de tbs worden op deze manier niet bereikt. De gestoorde delinquent wordt nu immers niet behandeld en de maatschappij wordt niet beschermd tegen het gedrag van deze categorie delinquenten. De Raad acht dit een zorgelijke situatie, temeer omdat de teruglopende instroom op de langere termijn het voortbestaan van het tbs-stelsel in gevaar kan brengen.

1.2 De opbouw van dit advies

In dit eerste hoofdstuk is de aanleiding tot dit advies kort toegelicht en wordt verantwoord welke bronnen zijn geraadpleegd. In hoofdstuk 2 wordt de historie geschetst. Vervolgens geeft de Raad in hoofdstuk 3 zijn visie op de ontstane problematiek, direct gevolgd door zijn visie op de aanpak van de problemen. Hoofdstuk 4 sluit het advies af met conclusies en aanbevelingen.

1.3 Verantwoording

Bij het opstellen van dit advies is gebruik gemaakt van de volgende bronnen.

- Er is literatuur bestudeerd; zie de literatuurlijst achter in het advies.
- In de tweede plaats is gesproken met de voorzitter van de in 2005 ingestelde *Tijdelijke parlementaire onderzoekscommissie tbs*, de heer A. Visser.¹²
- Ten derde heeft de Raad voor dit advies een expertmeeting georganiseerd waar aan de hand van een aantal vragen en stellingen is overlegd over de olopende behandelduur. De bij deze meeting aanwezige deskundigen waren:
 - Mw. drs. M.H. van Binsbergen, directeur Van der Hoevenkliniek;
 - Dhr. mr. N.A. Heidanus, advocaat bij Yspeert VWL/Groningen;
 - Dhr. mr. Y.A.J.M. van Kuijck, vice-president Gerechtshof Arnhem;
 - Dhr. dr. Th. Rinne, medisch directeur, NIFP/Pieter Baan Centrum;
 - Mw. mr. G. van Roermund, beleidsmedewerker tbs, Expertisecentrum Penitentiaire Zaken, Openbaar ministerie Arnhem;
 - Dhr. mr. J.W.P. Verheugt, voorzitter Adviescollege Verloftoetsing tbs.

Verder namen aan deze bijeenkomst de leden van de met dit onderwerp belaste adviescommissie deel, alsmede de betrokken adviseurs.

⁹ Van Gemmert e.a., 2010, p.11.

¹⁰ Van Gemmert e.a. 2010, p.12.

¹¹ Zie o.a. Poelmann in: Adviescollege verloftoetsing TBS, 2009.

¹² De heer Visser is tevens lid van de RSJ, tot begin 2011 was hij voorzitter van de Sectie tbs van de Raad.

2. Problemen met instroom, doorstroom en uitstroom

Nog geen tien jaar geleden kampte de tbs-sector met een enorm capaciteitstekort wegens een toenemende instroom bij een afnemende uitstroom. Nu kampt de sector met een capaciteitsoverschot als gevolg van een sterk afnemende instroom bij een nog steeds afnemende uitstroom. De problematiek van de oplopende duur van de tbs heeft te maken met de beheersing van de instroom, doorstroom en uitstroom, en direct daaraan gerelateerde capaciteits- en kostenbeheersingproblemen. Diverse werkgroepen en onderzoekers hebben zich hier in de afgelopen vijftien jaren over gebogen.

2.1 IBO-I en IBO-II

In 1995 en 1998 zijn - kort na elkaar - twee Interdepartementale Beleidsonderzoeken (IBO's) naar de tbs uitgevoerd. Het eerste IBO-onderzoek richt zich op het vergroten van de effectiviteit, doelmatigheid en transparantie van het beleid. De interdepartementale werkgroep doet enkele aanbevelingen om de doelmatigheid van de sector te bevorderen: o.a. het introduceren van *incentives* die ertoe dienen de gemiddelde behandeltermijn te reduceren en de doorstroming naar het reguliere GGZ-circuit moeten bevorderen. Daarnaast beveelt de werkgroep aan te starten met het registreren van gegevens ten behoeve van de onderlinge vergelijkbaarheid van de forensische instellingen mede met het oog op de ontwikkeling van een bekostigingsnormering.¹³

Ernstige capaciteitsproblemen vormen de aanleiding tot IBO-II. Ondanks uitbreidingsprogramma's is er sprake van een toename van het aantal tbs-veroordeelden dat in een huis van bewaring verblijft in afwachting van een behandelplaats in een tbs-instelling. Naar aanleiding van IBO-II zijn diverse maatregelen ingevoerd. Er komt een andere financieringssysteem en de plaatsingssysteem wordt vereenvoudigd waardoor vergelijkbare populaties in de klinieken ontstaan. Hierdoor wordt het mogelijk de gemiddelde behandeluur te normeren en klinieken te vergelijken. Er wordt een integraal kwaliteitssysteem opgezet waardoor onder andere de transparantie van het behandelproces toeneemt. *Risk- en needassessmentinstrumenten* worden verder ontwikkeld en er komt een expertisecentrum om de wetenschappelijke fundering van de tbs-behandeling te verbeteren: het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie). Verder wordt de door- en uitstroom bevorderd door onder andere financiële prikkels.¹⁴

2.2 Commissie Kosto

In 2000 stelt het kabinet de Commissie Beleidsvisie Tbs in, onder voorzitterschap van voormalig staatssecretaris en minister van Justitie Aad Kosto. De commissie Kosto, zoals deze meestal wordt aangeduid, krijgt tot taak een beleidsvisie voor de tbs te ontwikkelen. In het rapport adviseert de commissie om de tbs te integreren met de GGZ.¹⁵ Het toenmalige kabinet heeft dit advies niet overgenomen maar heeft wel gepleit voor een verdergaande niet-vrijblijvende samenwerking tussen tbs-klinieken en de GGZ.

2.3 Commissie Houtman

In 2005 is de interdepartementale werkgroep 'Besturing en financiering van zorg in een strafrechtelijk kader' (commissie Houtman) ingesteld. De commissie krijgt als taak om de behoefte aan zorg in strafrechtelijk kader te inventariseren en de mogelijke financieringswijze hiervan te onderzoeken. In het advies gaat de commissie in op de (toenmalige) capaciteitsproblemen en de noodzaak tot verbetering van de samenwerking tussen justitiële - en reguliere geestelijke gezondheidszorg. De commissie adviseert een apart - bij de

¹³ Werkgroep Forensische Psychiatrie, 1995.

¹⁴ Werkgroep IBO-II, 1998.

¹⁵ Commissie Beleidsvisie Tbs, 2001.

Justitiebegroting onder te brengen - budget te vormen voor zorg in een strafrechtelijk kader.¹⁶

2.4 Commissie Visser

In oktober 2005 is de Parlementaire onderzoekscommissie tbs geïnstalleerd, onder voorzitterschap van het toenmalige VVD-Tweede Kamerlid Arno Visser (verder aangeduid als de commissie Visser). Deze commissie, die naar aanleiding van enkele incidenten in de tbs-sector wordt ingesteld, krijgt als opdracht om 'de stand van de forensische zorg te verhelderen zodat de politiek de juiste keuzes kan maken op dit punt'.

In 2006 brengt de commissie Visser rapport uit.¹⁷ Bij dit rapport wordt in dit advies iets langer stilgestaan omdat het door de relatief recente verschijningsdatum nog heel actueel is en veel raakvlakken heeft met de problematiek van de oplopende tbs-duur. De commissie Visser ziet de 'verstopping' van het systeem als het belangrijkste probleem in de tbs. De instroom groeit terwijl de door- en uitstroom stagneren. De commissie onderscheidt vier ontwikkelingen die de uitvoering van de tbs-maatregel problematiseren.

"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", aldus het rapport van de Commissie Visser.

De tweede ontwikkeling die de Commissie Visser aanwijst, houdt verband met het verlot. Verlot is door de jaren heen steeds meer een onderdeel van de behandeling geworden. "Behandelaars realiseren zich dat binnen de kliniek van alles kan worden afgesproken maar dat elke vorm van gedrag binnen de muren toch "droogzwemmen" blijft. Buiten de kliniek moet blijken of de patiënt inderdaad datgene in de praktijk kan brengen waar de behandeling toe moest leiden: verminderde delictgevaarlijkheid.¹⁸ Er zijn in de loop der jaren verschillende vormen van verlot ontstaan. "Dit heeft echter niet tot gevolg dat tbs-patiënten daadwerkelijk sneller en vaker met verlot gaan. De samenleving staat steeds kritischer tegenover ex-delinquenten en dus ook tegenover de reïntegratie van tbs-ers".¹⁹

De derde lijn van problemen is volgens de Commissie Visser het feit dat een behandelpraktijk is ontstaan waarin nieuwe instrumenten ten behoeve van risicomanagement een onlosmakelijk onderdeel zijn. Het ontwikkelen en gebruiken van risicotaxatie-instrumenten is daar een voorbeeld van. Deze ontwikkeling heeft te maken met professionalisering van de sector. Behandelaars en klinieken zijn zelf kritischer geworden bij het vormen van een oordeel over het aanvragen van een verlofkader voor een tbs-gestelde. Ook bij het verlenen van de noodzakelijke ministeriële toestemming voor verlot wordt een kritischer blik geworpen op de aanvraag.

De meeste aandacht verdient volgens de commissie Visser²⁰ de vierde categorie moeilijkheden: de vele

¹⁶ Zie Commissie Houtman, 2006.

¹⁷ Kamerstukken II 2005/2006, 30350, nr. 5.

¹⁸ Kamerstukken II 2005/2006, 30350, nr. 5, p.110.

¹⁹ Kamerstukken II 2005/2006, 30350, nr. 5, p.110.

²⁰ Kamerstukken II 2005/2006, 30350, nr. 5, p.111.

actoren in het vastlopende tbs-stelsel preluderen op (mogelijke) handelingen van andere actoren, op een later moment, dan wel op (mogelijke) gebeurtenissen elders.

- De officier van justitie weegt de geschoktheid van de samenleving ten aanzien van het delict mee in zijn strafeis. Hij vordert een hoge(re) gevangenisstraf (naast tbs met dwangverpleging) met als resultaat dat de dwangverpleging op een later moment begint. Dat komt de behandeling niet ten goede.
- De rechter houdt op zijn beurt in zijn uitspraak zowel rekening met de capaciteit in tbs-klinieken als met de veiligheid van de samenleving. Een langere behandelduur maakt de samenleving voor een langere periode veilig (de verdachte in kwestie is langere tijd niet in staat delicten te plegen) en om die reden is de tbs ‘aantrekkelijk’.
- De volgende actor is het Ministerie van Justitie (de afdeling ITZ) dat preluderend op de maatschappelijke onrust en de politieke debatten, terughoudender wordt met geven van toestemming voor verloven.
- De klinieken op hun beurt worden terughoudender bij hun advisering inzake (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel.
- Advocaten trekken hun conclusies. Zij constateren lange, soms zelf oneindige tbs-maatregelen en adviseren hun cliënten niet mee te werken aan het pro-justitia-onderzoek.²¹

Deze problemen zijn volgens de commissie onderdeel van een breder maatschappelijk proces: het oordeel van instituties en autoriteiten wordt niet meer automatisch vertrouwd. De media brengen lastige beslissingen in eenvoudige, soms versimpelde vorm bij het publiek in de huiskamer. Ook de tbs-sector heeft daarmee te maken.

De commissie Visser doet zeventien aanbevelingen²² die deels zijn vertaald in concreet beleid of tastbare maatregelen en deels nog geen praktisch vervolg hebben gekregen.

2.5 RSJ-adviezen over de longstay

In de visie van de Raad houdt de problematiek van de oplopende behandelduur verband met de aanwezigheid van longstay-afdelingen in de tbs-sector (in hoofdstuk 3 wordt de visie van de Raad uitgebreid toegelicht). Om die reden wordt op deze plaats aandacht besteed aan enkele adviezen over de longstay die de Raad in de afgelopen jaren heeft uitgebracht.

Een ‘longstay forensische zorg-afdeling’ (verder aangeduid met longstay) is een afdeling in een tbs-kliniek waar de tbs-gestelde verblijft die niet kan terugkeren in de samenleving omdat het recidive-risico onvoldoende is afgenomen ondanks de tbs-behandeling. De patiënt wordt op de longstay niet meer behandeld voor zijn stoornis maar krijgt wél de nodige beveiliging en zowel psychische als medische zorg. Het verblijf in de longstay is echter niet gericht op resocialisatie. De eerste longstayplaatsen zijn in 1999 in Veldzicht gecreëerd en in gebruik genomen. In de daarop volgende jaren is het aantal longstayplaatsen flink uitgebreid.

Al in 1996 betoont de RSJ²³ zich in een advies aan de Minister van Justitie uiterst kritisch over de longstay. De longstay bestond toen alleen nog op papier. De Raad wijst op het gevaar van het ontstaan van een tweedeling in de patiëntenpopulatie: ten eerste de tijdelijk verblijvende patiënten en ten tweede de “uitbehandelde

²¹ Kamerstukken II 2005/2006, 30350, nr. 5.

²² Zie pp. 112-126 van het rapport van de commissie Visser.

²³ Het gaat hier om de voorloper van de RSJ: de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing;

tbs-patiënten” die het gevoel kunnen krijgen tot een “afgeschreven groep” te behoren.²⁴

Twaalf jaar later is de sterke groei van het aantal longstayplaatsen voor de RSJ aanleiding wederom een advies over de longstay uit te brengen.²⁵ De Raad wijst in het advies diverse factoren aan die resulteren in de groei van de longstay-afdelingen: “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 longstay-afdelingen.”²⁶

De Raad acht de situatie met betrekking tot de longstay dermate zorgelijk dat niet kan worden volstaan met het handhaven van de status quo in beleid en wetgeving, zo valt te lezen in het advies uit 2008.²⁷

Het advies *Longstay* is verkennend van aard en geeft twee denkrichtingen aan:

1. Handhaaf de longstay in zijn bestaande vorm - als externe differentiatie (dat wil zeggen dat plaatsing in de longstay en terugplaatsing naar een reguliere afdeling op last van de minister gebeurt) en verzwaar de toetsen op de toegang en de verlenging van het verblijf in de longstay;
2. Schaf de longstay af als externe differentiatie, integreer de longstay in de reguliere tbs, de-institutionaliseer de longstay, zet de behandeling centraal en laat het longstay-beleidskader los.

Naar aanleiding van de bespreking op het RSJ-congres van 2008, waar het onderwerp centraal stond, heeft de RSJ een aanvullend advies uitgebracht waarin de Raad zijn voorkeur uitspreekt voor de tweede denkrichting.²⁸ In reactie hierop heeft de toenmalige Staatssecretaris van Justitie aangegeven, in het Beleidskader van 19 januari 2009, een voorkeur voor de eerste denkrichting te hebben. Het Justitiebeleid is conform die denkrichting vorm gegeven.

²⁴ Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing, 1996.

²⁵ Het betreft het advies *Longstay* van 1 februari 2008 en het bijbehorende aanvullende advies van 29 april 2008.

²⁶ Raad voor strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2008a, p.5.

²⁷ Raad voor strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2008a.

²⁸ Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2008b.

3. Visie van de Raad

In dit hoofdstuk wordt de visie van de Raad op de problematiek van de oplopende behandelduur uiteengezet waarna wordt ingegaan op de factoren die deze situatie in de hand hebben gewerkt en de - volgens de Raad - aangewezen weg om de problemen aan te pakken.

3.1 Visie op de problematiek

De duur van de tbs-behandeling loopt al twintig jaar op, dat is een onmiskenbaar gegeven. Welke berekeningswijze ook wordt gevolgd, op basis van instroom- of uitstroomcohorten, op basis van peilmomenten, al dan niet met meeweging van het verblijf in de longstay, de duur van de tbs-behandeling neemt toe.²⁹

Tbs minder populair

Met een gemiddelde behandelduur van 9,8 jaar³⁰ lijkt de duur van de tbs een omslagpunt te hebben bereikt. Een gemiddelde tbs-behandeling duurt tegenwoordig zo lang dat veroordeelden sneller weer op vrije voeten zijn na een (lange) gevangenisstraf dan na een tbs-behandeling. Advocaten adviseren hun cliënten met het oog hierop tegenwoordig vaak níet mee te werken aan het pro-Justitia-onderzoek zodat minder snel tbs wordt geëist en opgelegd.³¹ Bij het openbaar ministerie en de zittende magistratuur speelt een soortgelijk mechanisme, maar dan onder de noemer van de proportionaliteit van de afdoening. Door de oplopende duur van de tbs-behandeling dreigt deze steeds minder in verhouding te staan tot de ernst van de gepleegde feiten. De rechter kiest steeds vaker een alternatief voor de tbs-maatregel.³² De tbs wordt ‘impopulair’ bij alle betrokkenen: verdachten, advocaten, officieren van justitie en rechters. De oplegging van tbs met dwangverpleging zou beschouwd worden als een buitenproportioneel zware strafrechtelijke reactie. Al in 2006 spreekt de Commissie Visser over verdachten, advocatuur en rechterlijke macht die de tbs als “verkapt levenslang” gaan zien.³³

Dit verschijnsel lijkt zich te weerspiegelen in de instroomcijfers; die vertonen een neerwaartse trend. Werden in 2005 nog 207 tbs-maatregelen opgelegd, in 2010 was dit aantal gedaald tot 107 opleggingen.³⁴

Gevolgen

Zet deze ontwikkeling zich voort, dan zullen psychisch gestoorde delictplegers in toenemende mate zonder te zijn behandeld in de maatschappij terugkeren, na het uitzitten van een gevangenisstraf. De consequenties laten zich raden. De Raad ziet dit als een uiterst onwenselijke situatie temeer daar uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat de tbs-behandeling een sterk recidiveverminderend effect heeft. Recidivestudies³⁵ van het WODC laten zien dat de recidivecijfers van tbs-gestelden zeer gunstig afsteken bij die van gedetineerden die een (lange) gevangenisstraf hebben ondergaan. Zo ligt het percentage ex-tbs-patiënten dat binnen twee jaar na beëindiging van de maatregel een tbs-waardig misdrijf heeft gepleegd op minder dan 5%.³⁶ Van de volwassen daders die een lange vrijheidsstraf ondergingen, recidiveert ruim 46% binnen twee

²⁹ Zie Nagtegaal (2010) of Van Gemmert e.a. 2010.

³⁰ Zie het WODC-rapport van Nagtegaal e.a., 2010.

³¹ Zie o.a. Van Gemmert e.a., 2010; Muis en Van der Geest, 2010.

³² Zie Muis en Van der Geest, 2010, p.84; zie ook Anker, 2010.

³³ Kamerstukken II 2005/2006, 30350, nr. 5.

³⁴ Van Gemmert e.a. 2010, p. 12.

³⁵ Zie Wartna, 2009; Wartna e.a., 2009; Bregman en Wartna, 2010.

³⁶ Bregman en Wartna, 2010, p.7.

jaar.³⁷ De veiligheid van de maatschappij is dus wel degelijk gediend bij het bestaan van de tbs.³⁸ Wanneer de huidige ontwikkeling van een stijgende behandelduur en een dalende instroom zich voortzet, dreigt het tbs-stelsel gaandeweg ten onder te gaan. Daarbij moet bedacht worden dat eenmaal ‘afgebouwde’ behandelplaatsen zich niet zo gemakkelijk meer laten herstellen wanneer financiële middelen alsook specifieke deskundigheid en ervaring zijn weggevloeid.

3.2 Factoren die de oplopende behandelduur in de hand hebben gewerkt

Er is een aantal factoren dat de huidige situatie in de hand heeft gewerkt.

3.2.1 Aanscherping verlofbeleid

In de afgelopen jaren is het verlofbeleid in een aantal opzichten aangescherpt, zoals elders in dit advies is aangegeven. Hoewel de Raad de noodzaak van veiligheidswaarborgen in de verloftoekenning aan tbs-gestelden zonder twijfel onderschrijft, lijkt het erop dat de aanscherping van het verlofbeleid als onbedoeld neveneffect een toename van de verblijfsduur in de tbs tot gevolg heeft. Alvorens hierop in te gaan, volgt een korte uitleg van de rol van verlof in de tbs-behandeling.

rol van verlof

Een van de doelen van de tbs-behandeling is de terugkeer van de tbs-gestelde in de samenleving: resocialisatie. Als in het gedrag van de tbs-gestelde na een periode van behandeling voldoende vooruitgang is geboekt, kan het proces van terugkeer beginnen. Verlof speelt in dit proces een cruciale rol; het is een instrument dat deel uitmaakt van de tbs-behandeling. Tijdens verlof is het mogelijk om na te gaan of de met de behandeling beoogde gedragsverandering (vermindering van delictgevaar) stand houdt bij toenemende vrijheden en verantwoordelijkheden en hoe de vervolgbehandeling vorm moet krijgen. Voor de patiënt dient het verlof als ‘oefening’.

Verlof wordt gefaseerd toegepast waarbij de tbs-gestelde stapsgewijs meer vrijheden krijgt. Het begint met de fase van begeleid verlof. Begeleid verlof vindt buiten de inrichting plaats onder begeleiding van personeel. De begeleiding wordt verzorgd door sociotherapeutisch medewerkers en gedurende de (eerste) beveiligde (sub) fase door een beveiligingsmedewerker. Begeleid verlof omvat bijvoorbeeld boodschappen doen of het maken van een wandelingetje. Als het begeleid verlof goed verloopt, kan de fase van het onbegeleid verlof intreden. In die fase kan een verlobbeweging bestaan uit werk, opleiding of familiebezoek. Tijdens transmuraal verlof - de volgende fase - verblijft de tbs-gestelde buiten de beveiligde zone van de inrichting, bijvoorbeeld in een woning op het terrein van een psychiatrische instelling of op een forensisch psychiatrische afdeling van een psychiatrische instelling. De laatste stap is proefverlof. Als de tbs-gestelde tijdens het eerdere verlof heeft laten zien zelfstandig genoeg te zijn om terug te keren in de samenleving, mag hij op proef zelfstandig gaan wonen. De tbs-kliniek is nog wel verantwoordelijk voor de tbs-gestelde maar de reclassering houdt toezicht.

risicotaxatie en toetsing

Alleen als het recidivegevaar tot een aanvaardbaar minimum is gereduceerd, wordt verlof verleend. Om dit te bepalen worden o.a. gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten gebruikt. De minister van Justitie verleent de machtiging tot een bepaalde vorm van verlof, steeds voor de duur van maximaal één jaar.

³⁷ Wartna, e.a. 2009, p. 5.

³⁸ De WODC-onderzoekers plaatsen de nodige relativerende kanttekeningen bij de interpretatie van deze cijfers en de betekenissen hiervan voor de effectiviteit van de recidive-cijfers.

Incidenten rondom het verlof van tbs-gestelden kunnen doorgaans op veel maatschappelijke - negatiefgetoonzette - aandacht rekenen. Naar aanleiding van een incident met een ontsnapte tbs-gestelde kondigde de minister van Justitie in juni 2005 in de Tweede Kamer een aantal aanscherpingen in het verlofbeleid aan.³⁹

De aanscherpingen zijn:

- Bij twijfel wordt geen verlof verleend. Twijfel is er wanneer deskundigen in de twee jaar voorafgaand aan het moment van aanvraag aanmerkelijk verschillend hebben geadviseerd;
- Proeven met het gebruik van elektronische volgsystemen;
- Begeleide verloven met dubbele begeleiding in de startfase van het verlof;
- Verscherping van het opsporingsbeleid;
- Het stopzetten van alle verloven, indien bij een kliniek een patroon bestaat van onttrekkingen.

Korte tijd later zorgt het rapport van de Commissie Visser voor nog meer maatregelen op dit terrein. Eén van de aanbevelingen uit het rapport van de Commissie Visser behelst de verdere professionalisering van de verloftoetsing. Deze aanbeveling heeft geleid tot de oprichting van het Adviescollege Verloftoetsing TBS (AVT). Sinds 1 januari 2008 toetst het AVT alle door de tbs-klinieken ingediende verlofaanvragen en brengt hierover advies uit aan de Minister van Justitie. Per jaar brengt het AVT ongeveer 1.400 adviezen over verlofaanvragen uit aan de Minister van Justitie. In de periode van 1 januari tot 1 september 2010 heeft het adviescollege in totaal 1.080 adviezen uitgebracht. Het AVT oordeelde 960 maal positief, 59 maal negatief en 61 verlofaanvragen werden aangehouden in afwachting van aanvullende informatie van de tbs-kliniek.

De nadruk op de veiligheid van de samenleving en alle waarborgen die zijn gecreëerd rondom de verlening van verlof maken dat steeds later met verlof wordt begonnen. Verschillende bronnen bevestigen dit beeld. Cijfers van de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) laten zien dat van de tbs-gestelden die in 1996 zijn ingestroomd ongeveer de helft na drie jaar voor het eerst met onbegeleid is verlof gegaan. Van de tbs-patiënten die in 2005 zijn ingestroomd, is dat percentage gedaald tot onder de 20%.⁴⁰ Recent gepubliceerde cijfers⁴¹ maken duidelijk dat ongeveer de helft van degenen die in een tbs-kliniek verblijven, geen enkele verlofstatus heeft. Als er al sprake is van verlof, dan wordt begeleid verlof meestal in de periode tussen twee en drie jaar na aanvang van de tbs-behandeling aangevraagd. Volgens dezelfde bron wordt onbegeleid verlof meestal tussen vier en zes jaar na aanvang van de behandeling aangevraagd. Deze auteurs laten een geluid horen dat sterk overeenstemt met de visie van de Raad. De auteurs vinden het aannemelijk dat de terughoudendheid met het verlof samenhangt met de toegenomen angst voor incidenten waardoor klinieken langer wachten met het aanvragen van verlof. Klinieken hebben - zo stellen de auteurs - "steeds vaker een strenge interne verlofcommissie die alle verlofaanvragen uit de kliniek toetst en kan voorkomen dat deze ingediend worden. Wellicht dat ook de vrees voor afkeuring van de aanvragen door het AVT een rol speelt bij het uitstellen van verlofaanvragen" (Waij, Spronk en Canton 2010, p.231).

Resumerend: het feit dat verlof een wezenlijk onderdeel van de behandeling is, impliceert dat met het uitstellen van verlof, de behandeling opschuift in de tijd en de tbs vervolgens in een later stadium wordt beëindigd. Dit betekent onvermijdelijk een langere behandelduur. Naar het oordeel van de Raad hebben

³⁹ Zie o.a. Brink e.a., 2006, p. 22-23.

⁴⁰ Inspectie voor de Sanctietoepassing, 2009, p. 42.

⁴¹ Waij, Spronk en Canton 2010, p.228.

de ontwikkelingen rondom de verloftoekenning, te weten de aanscherpingen van het verlofbeleid en de invoering van risicotaxatie-instrumenten, hoe zinnig en terecht die ook in de visie van de Raad zijn, onbedoeld bijgedragen aan het oplopen van de duur van de tbs.

3.2.2 *Vertraging in start en uitvoering van de behandeling*

In de tbs-klinieken komt de behandeling de laatste jaren soms traag op gang. Tijdens de expertmeeting die de Raad voor dit advies organiseerde, werd dit punt ook naar voren gebracht. Recent materiaal van de Inspectie voor de Sanctietoepassing illustreert dit. De ISt verrichtte een doorlichting van acht fpc's waaruit blijkt dat in de helft van deze klinieken de uitvoering van het behandelplan regelmatig stagneert. "Er zijn daar soms lange wachttijden voordat tbs-gestelden aan therapeutische interventies kunnen deelnemen".⁴² Het ISt-rapport geeft daarvoor diverse oorzaken aan. Soms is er een tekort aan psychotherapeuten, soms duurt het enige tijd voor er voldoende deelnemers zijn om een groepstraining te kunnen starten. Een gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel wordt ook in het Nyferrapport in verband met de oplopende behandelduur genoemd (Muis en Van der Geest, 2010). Een gebrek aan gekwalificeerd personeel kan volgens deze auteurs leiden tot: te weinig behandeling, een verkeerde behandeling, besluiteloosheid over de vraag welke behandeling in te zetten en besluiteloosheid over het aanvragen van verlof.

Ook is er soms onvoldoende afstemming tussen vraag en aanbod van trainingen en therapieën en ontbreekt een voortgangsbewaking (ISt, 2009). Het afgerond hebben van bepaalde interventies is soms een voorwaarde voor verlof. Vertraging in de uitvoering van het behandelplan heeft daarom direct consequenties voor de start van het verlof, zo stelt de ISt. Hierbij tekent de Raad nadrukkelijk aan dat bij dit probleem niet de grootste bijdrage aan de oplopende verblijfsduur in de tbs zal liggen. De opgelopen verblijfsduur is een kwestie van enkele jaren terwijl de vertraging in de start van de behandeling veeleer een kwestie van weken of maanden is.

3.2.3 *Longstay*

De instelling van longstay-afdelingen is naar het oordeel van de Raad een andere belangrijke factor die de oplopende behandelduur in de hand heeft gewerkt. Als de tbs-gestelde - ondanks behandeling - delictgevaarlijk blijft, kan hij niet terugkeren in de samenleving. Hij wordt dan geplaatst op een afdeling voor langdurig verblijf, de zogenaamde longstay-afdeling. Hier wordt hij niet meer intensief behandeld voor zijn stoornis, wèl krijgt hij de nodige beveiliging en zowel psychische als medische zorg. Omdat zijn verblijf niet gericht is op resocialisatie, komt hij alleen in aanmerking voor incidenteel begeleid verlof op humanitaire gronden. Het aantal longstay-plaatsen is in 2005 flink uitgebreid.⁴³ Verblijf op een longstay-afdeling verkleint de kans op terugkeer in de maatschappij en impliceert een langere behandelduur.⁴⁴

Aan alle kanten valt te beluisteren dat er de laatste jaren te overvloedig gebruik gemaakt zou zijn van de longstay-voorziening.⁴⁵ Waar voorheen bij tbs-ers eerder een nieuwe behandeling geprobeerd zou worden, vindt nu plaatsing op de longstay plaats. De longstay zou volgens het Nyferrapport 'een parkeerplaats voor onhandelbare en lastige patiënten zijn geworden'. Er zouden hierdoor zelfs patiënten verblijven die daar niet thuis horen.⁴⁶ De auteurs concluderen dat er grote onvrede over de longstay bestaat onder diverse actoren. "De longstay is ontaard in levenslange vrijheidsbeneming met geen of zeer beperkte verlofmogelijkheden

⁴² *Inspectie voor de Sanctietoepassing, p. 29.*

⁴³ *Aldus de Commissie Visser (Kamerstukken II 2005/2006, 30350, nr. 5.).*

⁴⁴ *Brink e.a.; 2006; Muis en Van der Geest, 2010.*

⁴⁵ *Muis en Van der Geest, 2010, p.87; ook tijdens de expertmeeting kwam dit naar voren.*

⁴⁶ *Muis en Van der Geest, 2010, p.87.*

zonder dat daar een rechterlijke toetsing aan te pas komt. Het risico van longstay heeft bij advocaten en verdachten tot groeiende weerstand tegen tbs met bevel tot dwangverpleging geleid, en bij rechters tot terughoudendheid in het aantal tbs-opleggingen”.⁴⁷

Die weerstand wordt - naar het oordeel van de Raad - mede gevoed door de behandelpraktijk in de longstay, of liever gezegd het ontbreken daarvan. Patiënten in de longstay worden niet meer behandeld voor delictgevaar (maar krijgen wel de nodige psychische en medische zorg). Het verblijf en de behandeling in de longstay zijn echter uitdrukkelijk niet gericht op resocialisatie. Dit is opmerkelijk aangezien het niet spoort met de wetgeving op dit terrein. De Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) stelt immers dat voor alle tbs-patiënten een verplegings- en behandelingsplan dient te worden opgesteld, dat is gericht op terugkeer in de samenleving.

Naar het oordeel van de Raad speelt de longstay zelfs een dubbelrol in de oplopende duur van de tbs. Enerzijds bewerkstelligt het stijgende aantal opnames in longstayvoorzieningen het oplopen van de gemiddelde verblijfsduur in de tbs (wanneer de longstay-patiënten worden meegeteld). Anderzijds draagt de aanwezigheid van de longstay en het risico op plaatsing in een longstay-voorziening in sterke mate bij tot het negatieve beeld dat delinquenten, hun advocaten en ook officieren van justitie en rechters hebben ten aanzien van de tbs. De kans op opname in de longstay lijkt voor verdachten een schrikbeeld te worden in verband met de daaraan verbonden dreiging van levenslange opsluiting.

3.2.4 Een indirecte factor: publieke opinie en negatieve beeldvorming

De maatschappij is een belangrijke speler in deze problematiek, zij het in een indirecte rol. Het tbs-stelsel draait om de veiligheid van de maatschappij. De heftige reacties op incidenten vanuit de maatschappij bewerkstelligen een nadruk op de maatschappijbeschermingsgedachte en van daaruit een terughoudend verloffbeleid. Die terughoudendheid werkt de oplopende behandelduur mede in de hand en leidt zodoende tot een negatief beeld van de tbs: tbs als een verkaptte vorm van ‘levenslang’. In 2006 waarschuwde de commissie Visser er al voor dat advocaten, rechterlijke macht maar ook verdachten de tbs zouden gaan beschouwen als een levenslange vrijheidsstraf in verkaptte vorm. Ook de longstay werkt - zoals hierboven reeds uiteengezet - in op die negatieve beeldvorming. De longstay heeft de naam dat ‘je er niet meer uit komt’. Vanwege dit negatieve beeld heeft de tbs een slecht imago gekregen. Dit lijkt zijn weerslag te hebben op de teruglopende instroom in de tbs.

3.3 Visie van de Raad op de aanpak van de problemen

De Raad acht het tbs-stelsel van groot belang, zoals uitgelegd in de voorgaande paragrafen. Het voortbestaan van de tbs staat momenteel onder druk. In deze paragraaf geeft de Raad zijn visie op de vraag hoe de duur van de tbs kan worden gereduceerd en hoe het negatieve beeld van de tbs in positieve richting worden omgebogen.

De Raad neemt daarbij in aanmerking dat nog niet zo lang geleden, in 2006, door de Commissie Visser aanbevelingen op dit gebied zijn gedaan, onder andere over de uitstroom. Die aanbevelingen sorteren nog lang niet allemaal (maximaal) effect, voorzover ze al zijn doorgevoerd. De Raad wil voorkomen dat aanbevelingen en commissies als het ware over elkaar heen buitelen en een nieuwe visie alweer het licht ziet voor een oude visie is doorgewerkt. Sinds het verschijnen van het rapport van de Commissie Visser zijn de omstandigheden echter wel enigszins gewijzigd. De Raad doelt hiermee op de terugloop van het aantal

⁴⁷ Muis en Van der Geest, p.88.

opgelegde tbs-maatregelen en het gebrek aan populariteit van de maatregel. Die gewijzigde omstandigheden rechtvaardigen het uitbrengen van dit advies, in aanvulling op hetgeen door de Commissie Visser in gang gezet is.

Met dit advies wil de Raad een bijdrage leveren aan het oplossen van de geschetste problematiek. Daarbij wil de Raad met nadruk de aandacht vestigen op de rechtspositie van de tbs-gestelden. Met de problemen rondom de opgelopen behandelduur dreigt de rechtspositie van deze ingeslotenen in de verdrukking te komen.

Behandeling en verlof

De gang van zaken tijdens de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel is geregeld in de Bvt. Volgens artikel 2 van de Bvt moet de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel zoveel mogelijk dienstbaar zijn aan de behandeling van de veroordeelde en de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij. Artikel 16 van de Bvt stelt dat het hoofd van de inrichting er zorg voor draagt dat daartoe zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen drie maanden na binnenkomst van de verpleegde in de inrichting een verplegings- en behandelingsplan is vastgesteld.

Uit feitenmateriaal (zie vorige paragraaf) blijkt dat de behandeling niet altijd even snel op gang komt en dat voor het verlof hetzelfde geldt. Ook de tbs-klinieken zèlf geven aan dat 'verlofverlening niet of veel te traag op gang komt'.⁴⁸ De klinieken spreken van een scheefgroei tussen de wettelijke opdracht tot resocialisatie en de opdracht tot beveiliging.

De Raad stelt zich op het standpunt dat de klinieken ervoor zorg zouden moeten dragen dat de behandeling van tbs-gestelden zo spoedig mogelijk kan beginnen en dat het verlof - aangezien dit een cruciaal onderdeel van de behandeling is - eveneens eerder kan beginnen. De praktijk is hieraan gehouden gezien de rechtspositie van de tbs-gestelden zoals vastgelegd in de Bvt. Bovendien kan aldus worden bijgedragen aan het bekorten van de verblijfsduur.

De directeurs van de tbs-klinieken hebben recentelijk, in september 2010, vijf voorstellen voor wijziging van de tbs-praktijk gedaan.⁴⁹ De Raad adviseert deze voorstellen serieus in overweging te nemen. Eén van de voorstellen betreft het creëren van transparantie over de doorlooptijden van het intramurale deel van de tbs-behandeling en het versoepelen van de verlofregeling. De directeurs zijn van mening dat tbs-patiënten in principe al anderhalf jaar na het begin van hun behandeling de gelegenheid moeten krijgen op begeleid verlof te gaan. Na tweeënhalf jaar moeten ze ook het recht krijgen op verlof zonder begeleiding. In de vorige paragraaf is met cijfers aangetoond dat verlof in de huidige praktijk pas in een veel later stadium wordt toegepast.

De Raad meent bovendien dat de mogelijkheid van voorwaardelijke beëindiging van de tbs sneller toegepast zou kunnen worden, waar nodig met ambulante behandeling als voorwaarde. Zowel de feitelijke intramurale tbs als de perceptie van de duur van de tbs, (belangrijk in verband met het imago van de maatregel) zouden hierdoor positief beïnvloed worden. Aangezien de duur van de proeftijd van de voorwaardelijke beëindiging

⁴⁸ Zie het rapport *Forensische zorg in perspectief* (p.10) van Verwaaijen en Polak (2010).

⁴⁹ Zie Verwaaijen en Polak, 2010.

van de tbs recentelijk is verlengd van drie naar negen jaar, blijft de betrokkene nog vele jaren in het vizier van justitie en kan bij overtreding van de voorwaarden een passende reactie volgen, zoals hervatting van de verpleging.

Ook meent de Raad dat vaker overwogen zou kunnen worden de maatregel definitief te beëindigen door plaatsing in een GGZ-instelling onder het regime van de Wet Bopz. Bij de rechterlijke macht en de reclassering bestaat ten aanzien hiervan een zekere terughoudendheid. Deze komt voort uit het gegeven dat in die gevallen Justitie onvoldoende invloed heeft op de voortzetting van de behandeling aangezien de geneesheer-directeur van de GGZ-instelling daarover beslist. Wanneer de zorgwetten (Wfz en Wvvgz) in werking zijn getreden, naar verwachting medio 2011, is die hindernis weggenomen.

Tot slot brengt de Raad artikel 13 lid 2 van het Wetboek van Strafrecht onder de aandacht. Toepassing van dit artikel maakt het mogelijk om bij veroordeelden met een combinatievonnis (vrijheidsstraf en tbs) eerder met de tbs-behandeling te beginnen. Voorzover hiermee de behandelbaarheid gediend is, kan dit tot een verkorting van de duur van de tbs leiden.

Longstay

De geschetste problematiek rondom verlof en behandeling doet zich ook voor bij de longstay-ers. In de visie van de Raad is de longstay een belangrijk element van de problematiek van de olopende behandelduur. Zoals elders in dit advies aangegeven, heeft de Raad de opheffing van de longstay nog niet zo lang geleden bepleit, in april 2008. Die lijn is door het ministerie niet overgenomen en nadien is een nieuw beleidskader voor de longstay opgesteld dat sinds juni 2009 van kracht is. Het afschaffen van de longstay als externe differentiatie zou naar het oordeel van de Raad nog steeds te verkiezen zijn. De Raad acht zijn adviezen dienaangaande echter genoegzaam bekend.

Met klem adviseert de Raad om - hoe dan ook - te bewerkstelligen dat de huidige groei van de longstay een halt wordt toegeroepen. Met de implementatie van het nieuwe beleidskader⁵⁰ is tot op heden nauwelijks een begin gemaakt. Aangezien dat beleidskader goede mogelijkheden biedt om het aantal patiënten in de longstay te doen krimpen en daarmee het negatieve imago om te buigen, acht de Raad het van groot belang dat de uitvoering van het beleidskader ter hand wordt genomen. De Raad brengt dit punt met nadruk onder de aandacht omdat niet alleen aanknopingspunten onbenut blijven om de onderhavige problematiek aan te pakken, maar ook omdat de rechten van de tbs-patiënten in het geding zijn. Overigens heeft de Raad hierover al in november 2009 zijn zorgen geuit in een brief aan de Minister van Justitie. De brief wordt hieronder kort in herinnering gebracht.⁵¹

Het nieuwe longstay-beleidskader gaat uit van differentiatie binnen de longstay-voorzieningen en daarmee ook binnen de longstay-populatie. Verder introduceert het beleidskader een driejaarlijkse beslissing (herbeoordeling) over de voortzetting van een longstay-verblijf. Patiënten die langer dan drie jaar in de longstay verblijven, hebben volgens het nieuwe beleidskader recht op een herbeoordeling. Met de herbeoordeling is echter nog maar nauwelijks gestart. Als gevolg van het nieuwe beleid zou een deel van hen in aanmerking komen voor overplaatsing naar longcare-voorzieningen, bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg. Eenmaal uitgevoerd, zou deze herbeoordeling tot gevolg hebben dat de betreffende

⁵⁰ *Beleidskader Longstay Forensische Zorg, 19 januari 2009.*

⁵¹ *Het betreft een brief van 18 november 2009 van de RSJ aan de minister van Justitie.*

tbs-gestelden in uiteenlopende voorzieningen geplaatst moeten worden. Dit vraagt ingrijpende veranderingen in de forensisch psychiatrische centra en andere zorginstellingen. De Raad begrijpt dat deze voorzieningen voorlopig nog heel beperkt beschikbaar zijn. Aldus zullen herbeoordelingen en de daarop volgende plaatsingsbeslissingen spoedig tot specifieke, aan differentiatie gerelateerde capaciteitsproblemen kunnen leiden. Ook op de terreinen van de herbeoordeling en plaatsing is nog veel te doen. De beoordelingscriteria voor de rapporteurs van de LAP⁵² en de fpc's zijn nog niet duidelijk en een indicatiestellinginstrument, dat naar de mening van de Raad een belangrijk middel is voor herbeoordeling, is nog niet beschikbaar.

Het in uitvoering nemen van een op resocialisatie gericht verplegings- en behandelingsplan is voor alle tbs-patiënten wettelijk verplicht. De Raad meent dat hieraan bij longstay-patiënten invulling gegeven kan worden door het creëren van een motiverend klimaat dat is gericht op (toekomstige) hervatting van de daadwerkelijke behandeling.

Onderzoek naar de kwaliteit van de behandeling

Een kwestie waar de Raad slechts kort bij stil wil staan, is het verbeteren van de kwaliteit van behandelmethodes door middel van wetenschappelijk onderzoek. De Raad vindt dit van groot belang. Naar aanleiding van de aanbevelingen van de commissie Visser is bij het WODC van het Ministerie van Justitie een onderzoeksprogramma voor het tbs-veld ontwikkeld en in uitvoering genomen dat onder meer moet leiden tot de ontwikkeling van *evidence based* behandelmethoden. De Raad juicht dit toe.

Daarbij constateert de Raad dat tot op heden geen effectstudies per kliniek zijn uitgevoerd, terwijl er op allerlei terreinen - bijvoorbeeld de behandelduur, de hoeveelheid plaatsingen in de longstay, het percentage patiënten met een verlofstatus - wel grote verschillen tussen klinieken bestaan. Systematisch onderzoek naar de verschillen in resultaten van klinieken zou wellicht tot inzichten kunnen leiden die een kortere behandelduur dichterbij kunnen brengen.

Public relations

De Raad meent - zoals reeds eerder aangegeven - dat de rol van de maatschappij heel cruciaal is in de problematiek van de oplopende behandelduur. De maatschappij reageert zeer heftig op incidenten⁵³, waarbij een vast patroon aan reacties zich ontrolt. De eerste is dat de maatschappelijke veiligheid gevaar loopt en vervolgens dat 'het systeem faalt'. Vervolgens is de valkuil dat politici grootschalige systeemaanpassingen aankondigen terwijl het systeem eigenlijk goed werkt. De commissie Visser heeft aan deze problematiek ook aandacht besteed en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling verzocht hier een studie over te maken. De commissie Visser zegt hierover: "De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) noemt het begrijpelijk dat tbs-incidenten tot maatschappelijke onrust (kunnen) leiden. Toch is het gevaar van (onevenredig) veel berichtgeving, dat het bij burgers een onrealistisch veiligheidsverlangen oproept en bij politici een contraproductief veiligheidsstreven aanwakkert." Voor meer informatie over deze fenomenen wordt verwezen naar de rapportage van de RMO.⁵⁴

De Raad krijgt op grond van de maatschappelijke reacties op tbs-incidenten en de vaak ongenueanceerde roep om het 'achter slot en grendel houden' van tbs-patiënten de stellige indruk dat een meerderheid van de maatschappij weliswaar goed op de hoogte is van de beveiligingsdoelstelling van de tbs maar geen kennis

⁵² LAP staat voor Landelijke Adviescommissie Plaatsing.

⁵³ Het resultaat is het rapport 'Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming'; RMO, 2006.

⁵⁴ Zie: Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming, RMO, 2006.

heeft van de resocialisatiedoelstelling en de wijze waarop die gestalte zou moeten krijgen, laat staan van de effectiviteit van het tbs-stelsel en de relatief lage recidivecijfers.

Evenmin is het publiek op de hoogte van de negatieve spiraal waar het tbs-stelsel in terecht is gekomen.

Daarmee doelt de Raad op de nadruk op beveiliging die de duur van de tbs-behandeling heeft doen stijgen en daarmee het negatieve imago van de tbs in de hand gewerkt heeft ('verkapt levenslang'). Uiteindelijk heeft dat geresulteerd in een dusdanig afnemende populariteit dat de instroom sterk is afgenomen en het voortbestaan van het tbs-stelsel in gevaar komt. De veiligheid van de maatschappij is met deze ontwikkeling niet gediend aangezien in toenemende mate psychisch gestoorde delinquenten na het uitzitten van hun gevangenisstraf, onbehandeld in de maatschappij terugkeren.

De Raad is er daarom voorstander van een stevige en aanhoudende publiciteitscampagne te doen starten die erop is gericht de maatschappij uitgebreid voor te lichten over de inhoud en achtergrond van het tbs-stelsel en de daarin gevolgde werkwijzen. Daarbij zou ook uitgebreid inzicht gegeven moeten worden in de vele verlobbewegingen die zonder incidenten verlopen, alsmede in de gunstige recidivecijfers van tbs-gestelden.

4. Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

De duur van de tbs neemt onmiskenbaar toe. Deze toename heeft er naar het oordeel van de Raad voor gezorgd dat de tbs een negatief imago heeft. Dit negatieve imago lijkt tot een afname van de populariteit van de tbs te leiden, zowel onder verdachten, hun advocaten als bij het openbaar ministerie en de zittende magistratuur. Dit zou een belangrijke oorzaak voor de huidige afname van de instroom in de tbs kunnen zijn. In toenemende mate wordt in plaats van tbs een gevangenisstraf opgelegd. Het gevaar van deze ontwikkeling is dat psychisch ernstig gestoorde delinquenten na het uitzitten van hun vrijheidsstraf in de maatschappij terugkeren zonder dat zij zijn behandeld voor hun stoornis, zoals in de tbs wèl gebeurt. De veiligheid van de maatschappij is daarmee niet gediend.

Factoren die de opgelopen duur van de tbs in de hand gewerkt hebben, zijn veiligheidswaarborgen rondom de verloftoekenning, die de Raad op zich vanzelfsprekend onderschrijft, alsmede de vertraging die soms optreedt in de behandeling of in de aanloop daar naar toe. Verder draagt het stijgende aantal opnames in de longstay bij aan het oplopen van de gemiddelde verblijfsduur in de tbs. Bovendien draagt de aanwezigheid van de longstay en het risico op plaatsing in een longstay-voorziening in sterke mate bij aan het negatieve beeld dat delinquenten, hun advocaten en ook officieren van justitie en rechters hebben ten aanzien van de tbs. De geschetste omstandigheden doen ernstig afbreuk aan de rechtspositie van tbs-gestelden. Tbs-patiënten hebben krachtens de wet recht op behandeling die zo snel als mogelijk is een aanvang neemt. Ook hebben zij in het kader van de behandeling recht op verlof.

4.2 Aanbevelingen aan de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie

Verlof

Bewerkstellig dat eerder dan voorheen wordt begonnen met het toekennen van verlof, uiteraard met inachtneming van de nodige veiligheidswaarborgen, en zorg dat daarbij meer transparantie ontstaat over de doorlooptijden van het intramurale deel van de tbs-behandeling. De Raad sluit hiermee aan bij de voorstellen van de directeuren van de klinieken die recentelijk zijn gepubliceerd. Volgens die voorstellen zouden tbs-patiënten in principe al anderhalf jaar na aanvang van de behandeling de gelegenheid moeten krijgen op begeleid verlof, en na tweeënehalf jaar op onbegeleid verlof te gaan.

Behandeling

Draag er zorg voor dat tbs-gestelden zo spoedig mogelijk na plaatsing in een tbs-kliniek met de behandeling kunnen aanvangen.

Longstay (I)

Neem met het oog op het beperken van de groei van het aantal tbs-gestelden dat op longstay-afdelingen verblijft, de uitvoering van het nieuwe Beleidskader Longstay ter hand. Dit betekent voor tbs-gestelden o.a. een driejaarlijkse herbeoordeling inzake de voortzetting van het verblijf in de longstay.

Longstay (II)

Het in uitvoering nemen van een op resocialisatie gericht verplegings- en behandelingsplan is voor alle tbs-patiënten wettelijk verplicht; Bewerkstellig dat hieraan bij longstay-patiënten invulling wordt gegeven door het creëren van een motiverend klimaat dat is gericht op (toekomstige) hervatting van de daadwerkelijke behandeling.

Wetenschappelijk onderzoek

Continueer de verbetering van de kwaliteit van behandelmethodes door de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek hiernaar te stimuleren.

Public relations

Start een stevige en aanhoudende publiciteitscampagne om de maatschappij uitgebreid voor te lichten over de inhoud en achtergrond van het tbs-stelsel en de daarin gevolgde werkwijzen. Geef daarbij ook uitgebreid inzicht in de vele verlobbewegingen die zonder incidenten verlopen alsmede in de gunstige recidivecijfers.

Literatuur

Adviescollege Verloftoetsing TBS 2009

Adviescollege Verloftoetsing TBS

Behandelduur en verlof in de tbs. Verslag seminar 5 november 2009.

Utrecht: Adviescollege Verloftoetsing TBS, 2009.

Anker 2010

Anker, Wim

Wie de tbs-kliniek kwijt wil, kent de feiten niet

NRC-handelsblad 19-10-2010

Brand en Van Gemmert 2009

Brand, E.F.J.M. en A.A. van Gemmert

Toenemende verblijfsduur in de tbs. De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar

Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), 2009

Bregman en Wartna 2010

Bregman, I.M. en B.S.J. Wartna

Recidive TBS 1974-2006. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden: een tussenverslag (*factsheet 2010-4*)

Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC, 2010

Brink, Van der Wel, Hissel en Koning 2006

Brink, M., J.J. van der Wel, S. Hissel, en C.C. Koning

TBS in Beeld. Een beschrijving van het Nederlandse tbs-stelsel

Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek, 2006

Centrale Raad voor strafrechtstoepassing 1996

Centrale Raad voor strafrechtstoepassing

Brief d.d. 28 maart 1996 inzake nota "Longstay" Veldzicht

Commissie Beleidsvisie TBS (Commissie Kosto) 2001

Commissie Beleidsvisie TBS

Veilig en wel: een beleidsvisie op de tbs

Den Haag: 2001

Commissie Houtman 2005

Commissie Houtman

Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader

Den Haag: Ministeries van Justitie, Financiën en VWS, 2005

Gemmert, Van, Van Schijndel en Van Loenen 2010

Gemmert, Nol van; Cyril van Schijndel en Dick van Loenen

TBS in getal 2005-2009

Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), 2010

Inspectie voor de Sanctietoepassing 2009

Inspectie voor de Sanctietoepassing

De tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Acht forensisch psychiatrische centra doorgelicht (Inspectiebericht).

Den Haag: Inspectie voor de Sanctietoepassing, 2009

Kamerstukken II

Kamerstukken II 2005/2005, 30350, nr. 5 (Parlementair onderzoek TBS)

(Eindrapport van de Commissie Visser)

Nagtegaal, Van der Horst en Schönberger 2010

Nagtegaal, M.H., R.P. van der Horst en H.J.M. Schönberger

Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden. Cijfers en mogelijke verklaringen.

Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC, 2010

Muis en Van der Geest 2010

Muis, K.P.M.A. en L. van der Geest

TBS uit de gratie

Utrecht: Nyfer, 2010

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) 2008a

Longstay

Den Haag: Raad voor strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 1 februari 2008

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) 2008b

Longstay. Aanvulling op het advies Longstay d.d. 1 februari 2008

Den Haag: Raad voor strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 29 april 2008

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) 2006

Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming

Amsterdam: SWP, 2006

Verwaaijen en Polak 2010

Verwaaijen, Sanne; en Machiel Polak

Forensische zorg in perspectief-een inhoudelijke toekomstvisie op de forensische zorg

Amersfoort: 2010

Waij, Spronk en Canton 2010

Waij, E.M., B.E.L. Spronk en W.J. Canton

De verlofpraktijk in de TBS

Sancties afl. 5 2010, pp. 225-232

Wartna 2009

Wartna, B.S.J.

In de oude fout. Over het meten van recidive en het vaststellen van het succes van strafrechtelijke interventies
(*academisch proefschrift*)

Den Haag: Boom, 2009

Wartna 2009

Wartna, B.S.J., M. Blom, N. Tollenaar, S.M. Alma, A.A.M. Essers, D.L. Alberda & I.M. Bregman

Recidivebericht 1997-2006. Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van Nederlandse justitiabelen
(*factsheet 2009-5*)

Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC, 2009

Werkgroep Forensische Psychiatrie (Werkgroep IBO-I) 1995

Werkgroep Forensische Psychiatrie

Doelmatig behandelen: Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening; Interdepartementaal Beleidsonderzoek terbeschikkingstelling (IBO-I)

Den Haag: 1995

Werkgroep IBO-II 1998

Werkgroep IBO-II

Over stromen. In- door- en uitstroom bij de TBS; Interdepartementaal Beleidsonderzoek terbeschikkingstelling (IBO-II)

Den Haag: 1998

