



Aan de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie
Postbus 20301
2500 EH Den Haag

Afdeling : advisering
Betreft : aanbieding advies
Contactpersoon : mr.dr.s. M.Kuijs / mr.dr.s. Y. van der Kruit
Doorkiesnummer : 06-52872145
E-mail : m.a.t.kuijs@minvenj.nl
Datum : 10 augustus 2016
Ons kenmerk : RSJ/101/2784/16/MK/TvV
Uw kenmerk : 685562
Onderwerp : Advies conceptwijziging Beleidskader Langdurige Forensisch
Psychiatrische Zorg (LFPZ)

Geachte heer Dijkhoff,

Hierbij biedt de Afdeling advisering van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) u het gevraagde advies aan over de conceptwijziging van het Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ).

De conceptwijziging van het Beleidskader LFPZ (hierna: conceptbeleidskader) is, zo blijkt uit de inleiding, van toepassing op terbeschikkinggestelden die, wegens hun blijvende delictgevaarlijkheid, geïndiceerd zijn voor langdurige forensisch psychiatrische zorg.¹ In het conceptbeleidskader worden de plaatsingscriteria en -procedures, de hertoetsingsprocedure en de rechtspositie van LFPZ-patiënten beschreven. Daarnaast wordt ingegaan op differentiatie in beveiligingsniveaus en kwaliteit van leven en zorg in een LFPZ-voorziening. Het betreft een voorgestelde aanpassing van het huidige Beleidskader Longstay Forensische Zorg uit 2009.

Een aantal van de voorgestelde wijzigingen behoeft een wettelijke basis. Hiertoe is een voorstel gedaan voor de wijziging van de Verlofregeling tbs² evenals voor de wijziging van artikel 509o, vierde lid van het Wetboek van Strafvordering (WvSv).³ De Afdeling advisering van de RSJ (hierna: Afdeling advisering) heeft separaat over de wijziging van de Verlofregeling tbs geadviseerd⁴ en zal

¹ Conceptbeleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg, DJI, april 2016, p. 9.

² Conceptwijziging Verlofregeling tbs, bijlage bij de brief van de Directeur-Generaal Jeugd en Sanctietoepassing aan de RSJ met de adviesaanvraag voor de conceptwijziging Verlofregeling tbs, 15 juni 2016.

³ Artikel 509o lid 4 WvSv bepaalt dat na een periode van zes jaar of een veelvoud van zes jaar in het kader van de verlenging van de terbeschikkingstelling een multidisciplinaire rapportage plaatsvindt. De Taskforce behandelduur tbs heeft aanbevolen elke vier jaar een multidisciplinaire rapportage te laten plaatsvinden. In zijn brief d.d. 12 januari 2015 heeft de staatssecretaris toegezegd de wet op dit punt aan te passen.

⁴ Advies 'Conceptwijziging Verlofregeling tbs', RSJ, 10 augustus 2016.

binnenkort adviseren over enkele onderwerpen uit de verzamelwet⁵ waarmee onder andere artikel 509o WvSv wordt gewijzigd.

Hierna volgt eerst een beknopte samenvatting van het advies. Vervolgens wordt ingegaan op de aanleiding om het huidige beleidskader aan te passen en op de context waarbinnen de wijzigingen plaatsvinden (§1). In §2 worden de voorgestelde wijzigingen kort weergegeven. Daarna volgt onze inhoudelijke reactie (§3) en wordt het advies afgerond met enkele (concluderende) slotopmerkingen in §4.

Samenvatting

Uit het conceptbeleidskader blijkt een toenemende inzet op het bevorderen van de uitstroom uit de LFPZ, onder meer door het verruimen van de verlofmogelijkheden voor LFPZ-patiënten en een frequentere periodieke hertoetsing van de LFPZ-status. De Afdeling advisering vindt dit een positieve ontwikkeling. Tegelijkertijd wordt in dit advies een aantal kritische kanttekeningen geplaatst bij de beschreven procedures en begrippen, de blijvende beperkingen ten aanzien van het begeleid verlof en het gebrek aan aandacht voor de knelpunten en risico's in verband met het bestaan van slechts één kliniek met een LFPZ-voorziening. De Afdeling advisering beveelt de staatssecretaris aan het LFPZ-beleid op deze punten aan te passen.

1. Aanleiding en context

In het huidige beleidskader Longstay Forensische Zorg uit 2009 is vastgelegd dat het beleidskader maximaal twee jaar na inwerkingtreding zal worden geëvalueerd. Deze evaluatie is in 2013 uitgevoerd door onderzoeksbureau Significant in opdracht van het WODC.⁶

In het huidige beleidskader zijn, in vergelijking met het beleidskader uit 2005, onder meer de (driejaarlijkse) onafhankelijke toets door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg (LAP) en de interne differentiatie naar combinaties van drie beveiligings- en drie zorgniveaus geïntroduceerd. Significant constateert dat de rechtspositie van LFPZ-patiënten door invoering van de driejaarlijkse hertoetsing en het formaliseren van de rol van de LAP is verbeterd. Eén van de belangrijkste knelpunten bij de uitvoering van het huidige beleidskader, is de differentiatie naar combinaties van zorg- en beveiligingsniveau die tot spraakverwarring heeft geleid en in de praktijk niet functioneel is gebleken. Daarnaast concludeert Significant dat de doorlooptijd van de herbeoordelingen langer is dan beoogd en dat er in de praktijk problemen spelen bij het vinden van een geschikte uitstroomvoorziening nadat de longstaystatus is beëindigd.⁷ In reactie op de bevindingen uit de (proces)evaluatie heeft de (toenmalige) staatssecretaris van Veiligheid en Justitie geoordeeld dat de schematische beoordeling van tbs-longstaypatiënten aan de hand van een vastgesteld zorgniveau niet noodzakelijk is en heeft hij toegezegd het beleidskader op dit punt aan te zullen passen. Verder heeft hij aangekondigd met het NIFP afspraken te maken over de doorlooptijden van advisering bij herbeoordeling en dat het Forensisch Plaatsingsloket van DJI aan de klinieken ondersteuning zal bieden bij het vinden van een geschikte vervolgvoorziening.⁸

Aanvankelijk kondigde de (toenmalige) staatssecretaris in bovengenoemde reactie op de evaluatie aan al begin 2014 met een gewijzigd beleidskader te komen. Daarna volgde echter een aantal ontwikkelingen elkaar op. Deze ontwikkelingen dienden ook in het beleidskader verwerkt te worden en daarom werd het wijzigen van het beleidskader (steeds) uitgesteld. Het gaat – zo blijkt uit het conceptbeleidskader – om de volgende ontwikkelingen:

- Naar aanleiding van het Manifest van Lunteren⁹ en de rapportage van de Taskforce

5 Wijziging van het Wetboek van Strafvordering, de Penitentiaire beginselenwetten en enkele andere strafrechtelijke wetten met het oog op het aanbrengen van enkele hoofdzakelijk procedurele verbeteringen ten behoeve van de rechtspraak.

6 Evaluatie beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets, Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, onderzoeksbureau Significant, 21 mei 2013.

7 Evaluatie beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets, Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, onderzoeksbureau Significant, 21 mei 2013, samenvatting.

8 Brief aan de Tweede Kamer 'Evaluatie beleidskader Longstay Forensische Zorg' d.d. 2 september 2013 (TK 2012-2013, 33 628, nr.3)

9 Het Manifest van Lunteren is een set van afspraken om knelpunten bij de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel op te lossen en een gezamenlijk initiatief van directies FPC's en Directie Forensische Zorg van DJI. De afspraken zijn gemaakt tijdens de werkconferentie Recht en tbs op 8 november 2013 te Lunteren.

behandelduur tbs¹⁰ (hierna: taskforce) hebben de verschillende bij de tbs en de LFPZ betrokken organisaties afspraken gemaakt over het stimuleren van de uitstroom uit de LFPZ. In het kader van het Manifest van Lunteren is onder meer afgesproken dat DJI inzichtelijk maakt welk zorgaanbod ingezet kan worden ten behoeve van de doorstroom van LFPZ-patiënten en zijn de fpc's het gesprek gestart met de geestelijke gezondheidszorg (ggz) om draagvlak te creëren voor het opnemen van deze doelgroep. Daarnaast is onderzocht of het mogelijk is te komen tot harmonisatie van screenings- en verlengingsmomenten voor wat betreft terbeschikkinggestelden met een LFPZ-status.¹¹ Deze aandachtspunten zijn in samenhang met de aanbevelingen van de taskforce (zie derde gedachtestreepje) verwerkt in het conceptbeleidskader.

- Op 7 juli 2014 heeft de (toenmalig) staatssecretaris besloten dat ongewenst verklaarde vreemdelingen met een tbs-maatregel niet meer op een longstayafdeling zullen worden geplaatst.
- Een aantal van de bevindingen en aanbevelingen van de taskforce, die begin 2015 openbaar werden, betreft het verbeteren van de uitstroom uit de LFPZ. De taskforce beval ten eerste aan om plaatsing in de longstay zoveel mogelijk te vermijden om zo te voorkomen dat een terbeschikkinggestelde het negatieve label van ex-longstaypatiënt krijgt. Ten tweede werd aanbevolen ongebeleid verlof voor deze patiënten mogelijk te maken om zo stapsgewijze doorstroom naar de ggz gemakkelijker te maken.¹² In zijn reactie op het rapport heeft de (toenmalige) staatssecretaris toegezegd ongebeleid verlof met het oog op het vergemakkelijken van de overgang naar een vervolgvoorziening onder bepaalde voorwaarden toe te staan en hiertoe het verlofbeleid aan te passen.¹³
- In 2012 is de Verlofregeling tbs gewijzigd, waarmee is geregeld dat uitsluitend aan LFPZ-patiënten met een laag individueel beveiligingsniveau begeleid verlof kan worden verleend. LFPZ-patiënten met een gemiddeld of hoog individueel beveiligingsniveau kunnen als gevolg van deze wijziging niet langer met begeleid verlof. Deze wijziging vond al plaats voordat de staatssecretaris reageerde op de evaluatie van het beleidskader, maar moet ook nog verwerkt worden in het beleidskader.

Hoewel het conceptbeleidskader er geen melding van maakt, is ten slotte relevant hier het in 2015 door de RSJ uitgebrachte advies 'Risico's en knelpunten in de longstay' te noemen.¹⁴ In paragraaf 3.3. wordt nader ingegaan op dit advies in relatie tot het conceptbeleidskader.

2. Wijzigingen in het beleidskader LFPZ

De volgende aspecten zijn gewijzigd of nieuw ten opzichte van het huidige beleidskader:

- Nieuwe naamgeving: vanaf de inwerkingtreding van het beleidskader zal in plaats van de term 'longstay' de term 'langdurige forensisch psychiatrische zorg' (LFPZ) gehanteerd worden.¹⁵
- Verlofmogelijkheden:
 - o Ongebeleid verlof wordt op beperkte schaal toegestaan voor LFPZ-patiënten.
 - o Een aanscherping van de Verlofregeling tbs uit 2012 ten aanzien van begeleid verlof wordt nu ook in het beleidskader vastgelegd.
- De differentiatie naar combinaties van het zorgniveau en beveiligingsniveau is losgelaten.
- In het beleidskader worden de verschillende vormen van beveiliging met betrekking tot het proces rondom LFPZ-plaatsing (algemeen beveiligingsniveau, individueel beveiligingsniveau in het kader van risicomangement en individueel beveiligingsniveau bij verlof) toegelicht.
- De frequentie van de periodieke toets door de LAP is verhoogd van elke drie jaar

10 Taskforce Behandelduur tbs, Bevindingen en aanbevelingen, 22 december 2014. De taskforce gaf uitwerking aan de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017.

11 Zie Manifest van Lunteren, Agenda op basis van de werkconferentie Recht en tbs, op 8 november 2013 te Lunteren.

12 Taskforce Behandelduur tbs, Bevindingen en aanbevelingen, 22 december 2014.

13 Brief aan de Tweede Kamer d.d. 12 januari 2015 (TK 2014-2015, 29 452, nr. 187).

14 Advies 'Knelpunten en risico's in de longstay', RSJ, 26 november 2015.

15 Conceptbeleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg, DJI, april 2016, p.8.

- naar elke twee jaar. Hiermee is de frequentie gelijkgetrokken met de reguliere verlenging van de tbs.
- In het nieuwe beleidskader is - in tegenstelling tot het huidige beleidskader - de hertoetsingsprocedure uitgewerkt in processtappen met bijbehorende termijnen. De plaatsingsprocedure is op punten aangepast.
 - Het beleidskader introduceert een stappenplan voor doorstroom bij opheffing van de LFPZ-status.
 - Vreemdelingen met een tbs-maatregel die ongewenst zijn verklaard, maar vooralsnog niet uitzetbaar blijken, zijn uitgezonderd van plaatsing op een LFPZ-afdeling. Dit beleid is al van kracht (besluit d.d. 7 juli 2014) en wordt nu opgenomen in het beleidskader.

3. Reactie Afdeling advisering van de RSJ

3.1 Algemeen

De gemiddelde capaciteit en bezetting in de LFPZ-voorzieningen is de laatste jaren afgenomen.¹⁶ Deze afname hangt samen met de afname van de gehele tbs-populatie. Daarnaast is de afname van het aantal LFPZ-patiënten (mede) het gevolg van de in 2009 in het beleidskader geïntroduceerde driejaarlijkse hertoetsingsprocedure bij de LAP. In 2015 waren er 112 plaatsen. Het ministerie van Veiligheid en Justitie verwacht dat de dalende trend de komende jaren doorzet.¹⁷

De Afdeling advisering is positief over de ontwikkelingen die het veld in het kader van het Manifest van Lunteren en de taskforce in gang heeft gezet en die erop gericht zijn de uitstroom uit de LFPZ te bevorderen. Het verheugt de Afdeling advisering dat de afspraken en aanbevelingen nu ook een plaats in het nieuwe beleidskader krijgen en in het geval van het vergroten van de mogelijkheden van verlof, een wettelijke basis in de Verlofregeling tbs. Het uitgangspunt voor de LFPZ is een zo klein mogelijke populatie, die niet langer dan noodzakelijk met een LFPZ-status in een LFPZ-voorziening verblijft. Tegelijkertijd benadrukt de Afdeling advisering dat het evenzeer van belang is om voor de relatief kleine LFPZ-populatie een kwalitatief hoogwaardig leef- en zorgklimaat te realiseren.

In de afgelopen jaren is het beleid voor LFPZ-patiënten steeds strikter geworden: vrijheden en verlofmogelijkheden voor LFPZ-patiënten zijn steeds verder ingeperkt.¹⁸

De voorgestelde wijzigingen in het conceptbeleidskader zijn een stap in de richting van een ontwikkeling naar meer perspectief voor LFPZ-patiënten. De Afdeling advisering waardeert het dat explicieter dan in het huidige kader wordt bepaald dat resocialisatie tot de mogelijkheden blijft behoren. Er is aandacht voor het bevorderen van de uitstroom naar de ggz of terugkeer naar een behandelafdeling in een fpc. Het toestaan van onbegeleid verlof biedt behandelaars meer mogelijkheden om op het niveau van het individu een inhoudelijke afweging te maken, mede gebaseerd op risicotaxatie en risicomangement, met betrekking tot plaatsing, voortzetting plaatsing, verlof en uitstroom. Het is positief dat de ontwikkeling waarbij in de loop der jaren steeds meer beperkingen aan de LFPZ-status zijn gekoppeld, niet verder wordt doorgezet. Tegelijkertijd wordt helaas vastgehouden aan de wijziging van het verlofbeleid uit 2012 die inhoudt dat LFPZ-patiënten bij wie een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau is vastgesteld, niet meer in aanmerking komen voor begeleid verlof. Deze beperking ten aanzien van het begeleid verlof past naar mening van de Afdeling advisering niet bij het in het beleidskader genoemde uitgangspunt van kwaliteit van leven in combinatie met het blijven zoeken naar mogelijkheden tot eventuele nieuwe behandeling ter resocialisatie. In de volgende paragraaf, waarin per wijziging een reactie wordt gegeven, wordt onder andere op dit punt nader ingegaan.

3.2 Reactie per wijziging

3.2.1 Nieuwe naamgeving en afbakening LFPZ

In het voorwoord van het conceptbeleidskader wordt aangegeven dat "vanaf nu de

¹⁶ Zie Forensische zorg in getal 2010-2014 (mei 2015), DJI.

¹⁷ Conceptbeleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg, DJI, april 2016, p.7

¹⁸ Sinds de start van de eerste longstayafdeling eind jaren negentig zijn de vrijheden en verlofmogelijkheden voor LFPZ-patiënten sterk afgenomen. Dit was niet wat de fpc's destijds met het oprichten van longstayafdelingen hadden beoogd en wijkt ook af van de praktijk bij de start van de longstay (toen bijvoorbeeld onbegeleid naar werk op loopafstand kliniek nog mogelijk was). Zie 'Longstay out of the box', Van Kordelaar en Kluiters, 2013, p. 3-4

term langdurige forensisch psychiatrische zorg (LFPZ) gehanteerd [zal] worden". In het verleden hebben de RSJ en ook anderen¹⁹ voorgesteld de terminologie rondom longstay aan te passen vanwege het negatieve en stigmatiserende imago van longstay²⁰ en om uit te drukken dat het om een vorm van langdurige zorg gaat. De Afdeling advisering ondersteunt de nieuwe naamgeving 'langdurige forensisch psychiatrische zorg' (LFPZ) dan ook. Hierbij moet worden opgemerkt dat LFPZ in de praktijk een ruimer begrip is dat ook langdurige zorg aan andere forensische patiënten en aan ggz-cliënten kan omvatten, in zogenaamde longcarevoorzieningen. Het gebruik van de term LFPZ kan verwarring opleveren over de vorm van zorg waar het over gaat.²¹ Het verdient daarom aanbeveling aan te geven wat de verschillen en overeenkomsten zijn tussen de groep waarop het beleidskader van toepassing is en de groep LFPZ-patiënten die in longcarevoorzieningen van de ggz verblijft. In dat licht beveelt de Afdeling advisering aan de doelgroep van het beleidskader LFPZ explicieter in het conceptbeleidskader te definiëren en daarbij ook de juridische kaders die van toepassing zijn te noemen (het gaat om LFPZ-patiënten met tbs met dwangverpleging die onder de Bvt vallen). In verband met de nieuwe naamgeving geeft de Afdeling advisering in overweging om ook de naam van de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg (LAP) aan te passen.

3.2.2 Begeleid verlot

Sinds 2012 komen uitsluitend LFPZ-patiënten voor wie een laag beveiligingsniveau is vastgesteld op grond van artikel 12 lid 2 Verlofregeling tbs in aanmerking voor begeleid verlot. LFPZ-patiënten waarvoor een gemiddeld of hoog beveiligingsniveau is vastgesteld komen niet meer voor begeleid verlot in aanmerking. Met deze wijziging werd uitvoering gegeven aan het beleidsvoornemen om de longstay te versoberen.²² In zijn advies van 14 november 2011 ontraadde de RSJ om diverse redenen de voorgestelde wijziging van de Verlofregeling tbs om alleen patiënten met een laag beveiligingsniveau in aanmerking te laten komen voor begeleid verlot.²³ De Afdeling advisering is onverminderd kritisch over het categoriaal uitsluiten van een groep LFPZ-patiënten van begeleid verlot. Het is een gemiste kans dat in het herziene beleidskader, waarin nadrukkelijker aandacht is voor resocialisatie en uitstroom van LFPZ-patiënten, is vastgehouden aan de aanscherping ten aanzien van het begeleid verlot uit 2012. De Afdeling advisering is van mening dat de beoordeling of een LFPZ-patiënt in het kader van kwaliteit van leven of hernieuwd perspectief op behandeling of uitstroom in aanmerking komt voor begeleid verlot, uitsluitend op geïndividualiseerde wijze moet plaatsvinden. Op gelijke wijze als bij reguliere tbs-patiënten²⁴ zijn behandelaren, het Adviescollege verlotoetsing tbs (Avt) en de LAP toegerust om hierover op individueel niveau adequaat te adviseren, waarbij de veiligheid van de maatschappij het belangrijkste aspect van hun afweging vormt. De Afdeling advisering stelt daarom voor de indeling in beveiligingsniveaus ten behoeve van verlot voor LFPZ-patiënten te laten vervallen.

In het conceptbeleidskader is opgenomen dat het begeleid verlot voor LFPZ-patiënten hoofdzakelijk een humanitaire functie heeft. De Afdeling advisering vraagt zich af met welk doel deze specificatie is opgenomen. Voor sommige LFPZ-patiënten zal begeleid verlot structureel worden verleend in het kader van kwaliteit van leven maar voor andere patiënten kan het een eerste stap zijn naar onbegeleid verlot en uitstroom uit de LFPZ, naar een op resocialisatie gerichte behandelvoorziening of een vervolgvoorziening in de ggz of de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daarnaast komen alle LFPZ-patiënten, net als reguliere terbeschikkinggestelden, op grond van artikel 13 Verlofregeling tbs in aanmerking voor incidenteel verlot om redenen van humanitaire aard.²⁵ Om verwarring met humanitair verlot op grond van artikel 13 te voorkomen

19 Longstay out of the box, Van Kordelaar en Kluiters, 2013, p.15-16 en Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Langdurig forensisch psychiatrische zorg, landelijk zorgprogramma versie 2.0, laatst gewijzigd 21-11-2014

20 Zie ook Rapportage Taskforce behandelduur tbs, 22 december 2014, p. 23-24.

21 Bij de evaluatie van het Beleidskader longstay 2009 wezen respondenten op de begripsverwarring ten aanzien van longcare en longstay. Zie Evaluatie beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets, Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, onderzoeksbureau Significant, 21 mei 2013, p. 43.

22 Zie brief aan de Tweede Kamer d.d. 17 februari 2011 (TK, 2010-2011, 29 452, nr. 138) en het Regeer- en gedoogakkoord van 30 september 2010.

23 Advies 'Reactie op de conceptregeling tot wijziging van de Verlofregeling tbs', RSJ, 14 november 2011.

24 Hiemeer wordt bedoeld tbs-patiënten zonder een LFPZ-status.

25 Incidenteel verlot om redenen van humanitaire aard is toegestaan voor alle LFPZ-patiënten, ongeacht het beveiligingsniveau (Verlofregeling tbs artikel 12 lid 1 jo, artikel 13 lid 1).

en omdat begeleid verlot voor LFPZ-patiënten óók een eerste stap richting uitstroom en resocialisatie kan zijn, beveelt de Afdeling advisering aan de toevoeging dat het begeleid verlot voor LFPZ-patiënten hoofdzakelijk een humanitaire functie heeft, uit het beleidskader te schrappen.

3.2.3 Onbegeleid verlot

In het conceptbeleidskader is opgenomen "In het kader van de voorbereiding van het opheffen van de LFPZ-status en een overplaatsing naar een vervolgssetting, kan, als onderdeel van het uitstroomplan, gekeken worden of tijdens de LFPZ-plaatsing op beperkte schaal kan worden geoefend met vormen van onbegeleid verlot voor de duur van maximaal een jaar".²⁶ De Afdeling advisering oarmt de mogelijkheid om onbegeleid verlot toe te kennen aan LFPZ-patiënten. Het toekennen van deze vorm van verlot, vanzelfsprekend in combinatie met adequate risicotaxatie en adequaat risicomangement, kan bijdragen aan het bevorderen van uitstroom uit de LFPZ-voorziening naar een behandelafdeling van een fpc, naar een lichtere vorm van forensische zorg en met name naar de reguliere ggz en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Uit de tekst van het beleidskader volgt dat onbegeleid verlot uitsluitend kan worden ingezet op voorwaarde van een concreet uitstroomplan dat binnen de hertoetsingsprocedure bij de LAP wordt opgesteld (zie hierover meer in §3.2.7). Het plan wordt opgesteld als de LAP perspectief ziet om te adviseren de LFPZ-status op te heffen. Dit betekent dat LFPZ-patiënten voor wie nog niet een dergelijk plan op verzoek van de LAP is opgesteld, niet via onbegeleid verlot kunnen tonen dat zij met dit type vrijheden kunnen omgaan. De Afdeling advisering beveelt aan om niet bij voorbaat patiënten die nog geen uitstroomplan hebben uit te sluiten van onbegeleid verlot, maar per individu te beoordelen of onbegeleid verlot een volgende stap in het behandelplan kan zijn. Uit de conceptwijziging van de Verlofregeling tbs, die een wettelijke basis biedt voor het verlenen van onbegeleid verlot, blijkt verder dat de machtiging onbegeleid verlot slechts eenmaal kan worden verleend voor de duur van maximaal een jaar. Hiermee wordt afgeweken van het beleid voor reguliere terbeschikkinggestelden voor wie geldt dat een verlofmachtiging bij een positieve evaluatie na verloop van een jaar opnieuw wordt verleend.²⁷ Een onderbouwing (anders dan "gelet op de aard van het verlot") voor het eenmaal verlenen van een machtiging ontbreekt in de toelichting bij de Verlofregeling tbs; in het conceptbeleidskader wordt helemaal niet vermeld dat de machtiging slechts eenmaal kan worden afgegeven. Met het oog op het behouden van perspectief en het bevorderen van uitstroom beveelt de Afdeling advisering aan ook voor LFPZ-patiënten het meermaals verlenen van een machtiging voor onbegeleid verlot mogelijk te maken. Voor een reactie op artikel 12 van de conceptwijziging van de Verlofregeling tbs, waarin bovenstaande wordt geregeld, wordt verder verwezen naar het advies over de Verlofregeling tbs van 10 augustus 2016.

3.2.4 Verschillende begrippen en differentiaties met betrekking tot het beveiligingsniveau

In het huidige beleidskader is een matrix opgenomen van drie beveiligingsniveaus (hoog/midden/laag) gecombineerd met drie niveaus van zorg (hoog/matig en laag) die op de LFPZ-populatie van toepassing zijn. Per combinatie beveiligings- en zorgniveau is vervolgens gedefinieerd wat voor een type afdeling, met welk type (behandel)klimaat, voor welk type patiënt van toepassing is. Het was de bedoeling dat klinieken de matrix voor hun interne differentiatie zouden gebruiken. Uit de evaluatie van Significant blijkt dat klinieken met een LFPZ-voorziening een categorisering in een hoog, midden en laag zorg- en beveiligingsniveau niet gebruiken voor *interne* differentiatie.²⁸ De differentiatie naar zorgniveau en beveiligingsniveau wordt in de praktijk anders ingevuld en heeft tot spraakverwarring geleid (verschillen in invulling/interpretatie) en correspondeert niet met de praktijk waarin voor een kleine populatie op basis van verschillende factoren (zoals pathologie, risicovol gedrag,

²⁶ Conceptbeleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg, DJI, april 2016, p.22.

²⁷ Verloftoetsingskader tbs 2009

²⁸ De evaluatie is uitgevoerd in 2012 en 2013. Op dat moment waren er drie klinieken met een LFPZ-voorziening. Samen hadden deze klinieken 20 afdelingen: zes longstayafdelingen van locatie Vught van de Pompestichting (48 bedden), acht longstayafdelingen van locatie Zeeland van de Pompestichting (88 bedden), vier afdelingen in fpc Veldzicht (46 bedden) en twee afdelingen in de Van der Hoevenkliniek (20 bedden). Zie Evaluatie beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets, Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, onderzoeksbureau Significant, 21 mei 2013, p. 45-47.

kwetsbaarheid, zelfstandigheid, begeleidbaarheid, structuurbehoefte, verslaving en contact met medepatiënten) interne differentiatie plaatsvindt.²⁹ De Afdeling advisering onderschrijft het loslaten van de differentiatie naar *combinaties* van zorg- en beveiligingsniveau en benadrukt net als eerder dat een inhoudelijke individuele afweging door de kliniek het uitgangspunt zou moeten zijn.

In Hoofdstuk 4 van het conceptbeleidskader worden de verschillende vormen van beveiliging bij het proces rondom LFPZ-plaatsing toegelicht. Hoewel hiermee wordt beoogd verwarring te voorkomen, is (de noodzaak van) het onderscheid tussen de verschillende begrippen onduidelijk. Hiervoor werd al aanbevolen de indeling in beveiligingsniveaus ten behoeve van verlof ('het individuele beveiligingsniveau voor verlof' (4.4)) voor LFPZ-patiënten te laten vervallen. Dan blijven over het 'algemeen beveiligingsniveau' (4.2) en het 'individuele beveiligingsniveau in het kader van risicomanagement' (4.3).

Het algemeen beveiligingsniveau betreft het type instelling waar LFPZ-patiënten geplaatst kunnen worden. Dit is, zo blijkt uit het conceptbeleidskader, altijd een fpc met (inherent aan een kliniek met fpc-status) beveiligingsniveau 4. Hieruit blijkt dat het begrip 'algemeen beveiligingsniveau' ziet op het type instelling, samenvalt met de tbs met dwangverpleging / LFPZ-status en niet gebaseerd is op (individuele) patiëntgerelateerde aspecten.

Het 'individuele beveiligingsniveau in het kader van risicomanagement' gaat, zo blijkt uit het conceptbeleidskader, over de situatie "alvorens een tbs-gestelde een LFPZ-indicatie kan krijgen". Voordat de LFPZ-status kan worden toegekend dienen zowel het fpc als rapporteurs van het NIFP advies te geven over het individuele beveiligingsniveau in het kader van risicomanagement in de begeleiding van de patiënt. Hierbij komen punten aan de orde als het interne risicomanagement binnen de kliniek en de mate van beveiliging die nodig is in relatie tot het recidivegevaar en de kans op ontvluchting. Uit deze begripsdefiniëring vloeit volgens de Afdeling advisering voort dat het begrip 'individuele beveiligingsniveau in het kader van risicomanagement' iets anders inhoudt dan de interne differentiatie door de kliniek. Nadat de indicatiestelling heeft plaatsgevonden en de staatssecretaris de twee hiervoor genoemde beveiligingsniveaus heeft vastgesteld op advies van fpc en NIFP-rapporteurs, wordt de patiënt geplaatst in een kliniek met een LFPZ-voorziening (DJI/DIZ³⁰ beslist namens de staatssecretaris over plaatsing). Vervolgens bepaalt de kliniek zelf op grond van verschillende factoren (pathologie, risicovol gedrag, zelfstandigheid etc. zoals hiervoor aangeduid) op welke afdeling en/of in welke groep zij een patiënt plaatst. Deze interne differentiatie door de kliniek blijft onderbelicht in het conceptbeleidskader.

De Afdeling advisering beveelt aan de verschillende (overgebleven) begrippen, waaronder de interne differentiatie door de kliniek, nader te verduidelijken door per type beveiligingsniveau of differentiatie te beschrijven welke organisatie welke rol heeft bij welke processtap/fase en wie uiteindelijk de definitieve beslissing neemt. Dit kan meer helderheid bieden over functie en doel van de verschillende soorten beveiligingsniveaus en differentiaties binnen het proces rondom de LFPZ-plaatsing.

3.2.5 De toegenomen frequentie van de periodieke toets door de LAP

In het kader van het Manifest van Lunteren hebben de organisaties die betrokken zijn bij de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel afspraken gemaakt om een aantal knelpunten rondom de tbs aan te pakken. Zoals blijkt uit het conceptbeleidskader, vloeit het gelijktrekken van de frequentie van de periodieke toets door de LAP met de reguliere verlenging van de tbs die elke twee jaar plaatsvindt, voort uit het Manifest van Lunteren. De Afdeling advisering onderstreept het verwerken van deze afspraak in het conceptbeleidskader. Een periodieke toets elke twee jaar in plaats van elke drie jaar, betekent dat vaker periodiek wordt getoetst of uitstroom aan de orde is en is een verbetering van de rechtspositie. Daarnaast kan er efficiencywinst geboekt worden aangezien zowel de rechtbank of het hof als de LAP gebruik kan maken van de multidisciplinaire rapportage (elke 4 jaar) en het advies van de kliniek.

29 Evaluatie beleidskader Longstay. Differentiatie, herbeoordeling en verloftoets, Reitsma, Walberg, Jongebreur en Schrama, onderzoeksbureau Significant, 21 mei 2013, p. 43-49.

30 Dienst Justitiële Inrichtingen/Dienst Individuele Zaken.

Een aandachtspunt hierbij is de situatie waarin de rechter de tbs slechts voor een jaar verlengt. Het conceptbeleidskader gaat niet in op de consequenties hiervan voor de periodieke toets in het kader van de LFPZ-status. De Afdeling advisering beveelt aan dit alsnog te doen.

3.2.6 Procedures behoeven verduidelijking

In het conceptbeleidskader wordt een aantal procedures beschreven. Het betreft de plaatsingsprocedure (2.3), de periodieke hertoetsingsprocedure (3.2) en de procedure 'stappenplan doorstroom bij opheffing LFPZ-status' (3.3). De beschreven procedures zijn niet altijd helder. De Afdeling advisering vindt het van belang dat volstrekt helder is wie waarvoor op welk moment verantwoordelijk is en waarover een beslissing neemt, zodat hier geen misverstand over kan bestaan. Daarnaast wordt in de plaatsingsprocedure niet gespecificeerd over welk type beveiligingsniveau het gaat. Dit is verwarrend, aangezien verderop in het conceptbeleidskader verschillende soorten beveiligingsniveaus worden onderscheiden. In de hertoetsingsprocedure wordt verwezen naar stappen 3, 4 en 5, terwijl de stappen niet genummerd zijn. Hierna wordt dieper ingegaan op het 'stappenplan doorstroom bij opheffing LFPZ-status'. Met betrekking tot de procedures merkt de Afdeling advisering ten overvloede op dat deze uitvoerbaar moeten zijn voor de betrokken organisaties. Organisaties moeten in staat worden gesteld snel de gewenste stappen te zetten. Het begrenzen van termijnen is positief maar de termijnen moeten wel haalbaar zijn. De Afdeling advisering gaat ervan uit dat de procedures voorgelegd zijn aan de betreffende organisaties en dat zij deze werkbaar vinden.

3.2.7 Uitstroom uit de LFPZ en het 'stappenplan doorstroom bij opheffing LFPZ-status'

De continuïteit van zorg bij de overgang van de forensische zorg naar de reguliere ggz en de sector verstandelijk gehandicapten (VG) vormt al jaren een knelpunt. De taskforce constateerde dat de uitstroom van een LFPZ-patiënt nog lastiger is gezien "enerzijds het negatieve label van ex-longstayer, als ook met de vaak beperkte ervaringen die de patiënt heeft opgedaan met vrijheden".³¹ Op dit moment lopen er verschillende trajecten gericht op het vergemakkelijken van de overgang tussen de zorgsystemen.³² Een van deze trajecten is het programma 'Continuïteit van zorg door de (forensische) zorgketen' dat per januari 2016 van start is gegaan. Opdrachtgevers zijn GGZ Nederland, het ministerie van Veiligheid en Justitie, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten. Daarnaast beogen de wetsvoorstellen Wet forensische zorg (Wfz), Wet verplichte ggz (Wvoggz) en Wet zorg en dwang (Wzd), die het juridische sluitstuk vormen van de stelselherziening forensische zorg uit 2008, de doorstroom vanuit de forensische zorg naar de ggz en de verstandelijk gehandicaptenzorg te bevorderen.

De Afdeling advisering onderschrijft van harte de doelstelling van het bevorderen van de doorstroom van forensische patiënten, waaronder LFPZ-patiënten, en is verheugd dat in het conceptbeleidskader hier expliciet aandacht aan is besteed door een procedure in de vorm van een stappenplan voor doorstroom bij opheffing van de LFPZ-status te introduceren. Toch is de Afdeling advisering van mening dat de uitwerking van de procedure verbetering behoeft en heeft daarom een aantal opmerkingen en vragen bij het stappenplan.

De termen doorstroom(plan) en uitstroom(plan) worden in het conceptbeleidskader door elkaar gebruikt. Wordt met deze termen hetzelfde bedoeld? Het verdient aanbeveling te kiezen voor één term of het verschil tussen doorstroom en uitstroom aan te duiden. De Afdeling advisering hanteert in dit advies de term uitstroom, aangezien het gaat om uitstroom uit de LFPZ. In het verlengde hiervan adviseert de Afdeling om de verschillende uitstroomvoorzieningen te noemen: niet alleen de reguliere ggz³³ maar ook een behandelafdeling van een fpc, de overige forensische zorg³⁴ en de verstandelijk

31 Rapportage Taskforce behandelduur tbs, 22 december 2014, p. 23.

32 Naast de in dit advies genoemde trajecten, zijn ook relevant de Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg van ZonMw (2014), het rapport van de Commissie Hoekstra (2015) n.a.v. de dood van oud-minister Borst, de 'Aanpak Verwarde Personen' en het Verbeterprogramma maatschappelijke Veiligheid (beide lopende trajecten mede gevoed door het rapport van de Commissie Hoekstra). Voor zover van toepassing worden de aanbevelingen vanuit deze trajecten meegenomen in het wetgevingstraject m.b.t. de drie wetsvoorstellen gedwongen zorg (Wfz, Wvoggz, Wzd).

33 Binnen de reguliere ggz kan er onderscheid gemaakt worden tussen behandel- en woonafdelingen en ambulante zorg.

34 Onder overige forensische zorg wordt – conform de definitie van DJI – verstaan alle forensische zorg binnen het strafrechtelijk kader (forensische zorg titels) behalve tbs. De overige forensische zorg is te verdelen in drie segmenten: klinische zorg, beschermd wonen (RIBW's) en ambulante zorg. Zie ook 'Forensische zorg in getal 2010-2014', DJI, mei 2015.

gehandicaptenzorg. In het beleidskader wordt het belang van de uitstroom naar een vervolgvoorziening genoemd, maar er wordt niet vermeld in welke fase (moet de LFPZ-status al zijn opgeheven?) en op welke (juridische) titel dit mogelijk is (transmuraal verlof, proefverlof, voorwaardelijke beëindiging tbs) en welke rechtspositionele gevolgen dit voor de betrokken patiënt heeft. De procedure (het stappenplan) die beschreven wordt in paragraaf 3.3. is niet helder en niet concreet genoeg. Ook is onduidelijk hoe het uitstroomplan zich verhoudt tot het (reguliere) behandelplan en tot het trajectplan en verlofplan waar de taskforce aan refereert.³⁵ Het perspectief op uitstroom is ook voor een LFPZ-patiënt een belangrijk onderdeel van het behandelplan. Het blijven zoeken naar mogelijkheden voor een eventuele nieuwe behandeling ter resocialisatie en plaatsing van patiënten in een minder beveiligde omgeving vormen immers doelstellingen naast kwaliteit van leven en stabilisatie, zo blijkt uit het conceptbeleidskader. Het conceptbeleidskader geeft niet aan wie verantwoordelijk is voor het initiëren en organiseren van een zorgconferentie in het geval dat een patiënt na één jaar niet kan uitstromen. Daarnaast wekt het conceptbeleidskader de indruk dat er met plaatsing in een vervolgvoorziening altijd resocialisatie aan de orde is, terwijl dit niet zo hoeft te zijn (denk aan een longcarevoorziening). Beide punten behoeven verduidelijking.

Uit de introductie bij het stappenplan volgt dat het stappenplan ten behoeve van uitstroom uitsluitend binnen de hertoetsingsprocedure van de LAP, op initiatief van de LAP (nadat de LAP perspectief ziet om de LFPZ-status op te heffen en haar advies aanhoudt) kan worden ingezet. De Afdeling advisering beveelt aan op te nemen dat het stappenplan ook op initiatief van de kliniek en voorafgaand aan de hertoetsingsprocedure in gang kan worden gezet. Op deze manier kan ook de kliniek het opstellen van een uitstroomplan initiëren.

Ten slotte merkt de Afdeling advisering op dat de uitvoerbaarheid van het stappenplan, en daarmee de uitvoerbaarheid van het beleidskader als geheel, sterk afhangt van het aantal beschikbare plekken in de ggz respectievelijk de verstandelijk gehandicaptenzorg en de bereidheid en toerusting van deze sectoren om plekken voor (ex-)LFPZ-patiënten beschikbaar te stellen. De Afdeling advisering is zich ervan bewust dat er grote inzet wordt gepleegd om de uitstroom van forensische patiënten naar deze sectoren te bevorderen en waardeert deze inzet zeer, maar het blijft een aandachts- en zorgpunt. Wellicht ten overvloede bepleit de Afdeling advisering een blijvende en waar mogelijk nog voortvarender en intensievere inzet op dit punt.

3.2.8 Vreemdelingen met een tbs-maatregel

Vreemdelingen met een tbs-maatregel die ongewenst zijn verklaard kunnen sinds 7 juli 2014 niet meer op een LFPZ-afdeling worden geplaatst.³⁶ In zijn advies over het Beleidskader repatriëring vreemdelingen in de tbs uit 2012 heeft de RSJ zich kritisch uitgelaten over het plaatsen op een LFPZ-afdeling van vreemdelingen van wie de behandeling perspectief biedt op resocialisatie, maar die niet kunnen worden uitgezet. De RSJ was van oordeel dat een plaatsing om deze reden geen grond vindt in het beleidskader, aanzien een LFPZ-plaatsing in het leven is geroepen voor personen bij wie (op dat moment) geen behandeling met perspectief op resocialisatie (meer) bestaat.³⁷ Hoewel het positief is dat plaatsing op oneigenlijke gronden niet langer mogelijk is, beveelt de Afdeling advisering aan vreemdelingen niet categoriaal uit te sluiten van plaatsing in een LFPZ-voorziening. Vreemdelingen met een tbs-maatregel voor wie plaatsing in de LFPZ uitdrukkelijk de meest aangewezen of zelfs de enige passende optie is, zouden net als andere terbeschikkinggestelden in aanmerking moeten kunnen komen voor plaatsing in een LFPZ-voorziening. Het zal naar verwachting gaan om een beperkt aantal vreemdelingen. Gedacht kan worden aan vreemdelingen met een therapieresistente psychose die een hoog beveiligingsniveau nodig hebben.

35 Rapportage Taskforce behandelduur tbs, 22 december 2014, p. 24: "De taskforce pleit er daarnaast voor om onbegeleid verlof toe te staan voor patiënten met een longstaystatus. Dit ten behoeve van vertrek uit de longstayvoorziening. Hiermee kan worden toewerkt naar verblijf in een andere setting en verlobbewegingen kunnen daarvoor gericht worden ingezet. De noodzakelijkheid hiervan moet blijken uit een trajectplan met duidelijke tijdsindicatie en overeenkomstig opgestelde verlofdoelen. Met het succesvol doorlopen van het verlofplan kan worden aangetoond dat de tbs-gestelde kan omgaan met enige mate van vrijheid en in staat is zich aan de voorwaarden te houden. Dit zal naar verwachting van de taskforce de overgang naar de vervolgsitting vergemakkelijken."

36 Daarnaast geldt sinds 1 december 2014 de 'Aanwijzing TBS bij vreemdelingen' op grond waarvan door het OM bij vreemdelingen van wie vaststaat of aannemelijk is dat zij niet rechtmatig in Nederland kunnen verblijven na afloop van de tbs-maatregel, wordt afgezien van het vorderen van TBS, mits dat gelet op het belang van de veiligheid van de samenleving verantwoord is.

37 Advies 'Beleidskader repatriëring vreemdelingen in de tbs', RSJ, 30 november 2012.

3.3 Risico op eenzijdige visie in verband met één instelling met een LFPZ-voorziening blijft onbelicht

In het hiervoor genoemde advies 'Risico's en knelpunten in de longstay'³⁸ heeft de RSJ onder de aandacht gebracht dat er als gevolg van het Masterplan DJI³⁹ nog maar één kliniek⁴⁰ is met LFPZ-voorzieningen voor terbeschikkinggestelden. In het advies wordt beargumenteerd dat het verblijf van de gehele populatie van LFPZ-patiënten in één enkele kliniek, die daarmee een 'monopoliepositie' heeft, tot verschillende risico's en knelpunten leidt, die moeten worden ondervangen omdat anders de uitstroom uit de LFPZ kan worden belemmerd. Het betreft het risico op het ontwikkelen van een te eenzijdige visie op een LFPZ-patiënt en knelpunten zoals onvoldoende bekendheid met time-outmogelijkheden, het ontbreken van een rechtsmiddel bij interne overplaatsing en het niet extern kunnen overplaatsen.

De Afdeling advisering betreurt het dat bovengenoemde knelpunten en risico's, die samenhangen met het beschikbaar zijn van één kliniek voor LFPZ-patiënten, in het geheel niet geadresseerd worden in het conceptbeleidskader. In zijn reactie op het advies heeft de staatssecretaris aangegeven dat er de komende tijd geen LFPZ-voorziening in een tweede kliniek zal komen.⁴¹ In het beleidskader wordt (überhaupt) niet aangegeven dat er op dit moment en ook de komende tijd nog maar één instelling is met een LFPZ-voorziening, terwijl er wel maatregelen zijn aangekondigd om de risico's die deze situatie meebrengt te ondervangen. De staatssecretaris heeft in zijn reactie aangegeven conform het advies van de RSJ te zullen starten met het bevorderen van aandacht voor de zogeheten 'time-out-plaatsingen'⁴² in andere klinieken. Gezien het feit dat in het conceptbeleidskader achtergrondinformatie bij de LFPZ is opgenomen, had een passage over time-out-plaatsingen en de voorwaarden waaronder deze mogelijk zijn, zeker ook een plek kunnen krijgen. De Afdeling advisering beveelt aan hierover alsnog een passage op te nemen. Dit zal ook bijdragen aan de bekendheid van de regeling.

De staatssecretaris gaat in zijn beleidsreactie niet in op de aanbeveling om interne overplaatsing van LFPZ-patiënten beklagwaardig te maken (nu externe overplaatsing feitelijk niet mogelijk is). Met de toezegging om de locatie Vught te sluiten, waarbij alleen locatie Zeeland zou overblijven, leek deze aanbeveling ook niet meer opportuun. Echter, inmiddels is duidelijk geworden dat er LFPZ-patiënten van Vught naar Nijmegen zullen worden overgeplaatst (met behoud van de LFPZ-status). Dit maakt deze aanbeveling weer actueel. De Afdeling advisering adviseert de staatssecretaris daarom opnieuw om interne overplaatsing van LFPZ-patiënten (van LFPZ-locatie Nijmegen naar LFPZ-locatie Zeeland en omgekeerd) beklagwaardig te maken.

Ten slotte zou in het conceptbeleidskader ook aandacht moeten worden besteed aan de vraag hoe om te gaan met de LFPZ-patiënten die op de ZISZ-afdeling⁴³ in Vught (blijven) zitten (het ministerie is voornemens de ZISZ-afdeling te koppelen aan het PPC). De Afdeling advisering beveelt aan – met verwijzing naar bovengenoemd advies – hier in het beleidskader aandacht aan te besteden.

4. Tot slot

Concluderend ziet de Afdeling advisering op grond van het conceptbeleidskader een positieve ontwikkeling ten aanzien het LFPZ-beleid. De toenemende inzet op het bevorderen van uitstroom uit de LFPZ, waaronder het verlenen van onbegeleid verlof aan LFPZ-patiënten en een frequentere periodieke hertoetsing van de LFPZ-status, betekent een verbetering van de rechtspositie en het perspectief van LFPZ-patiënten. Met het oog hierop verdient het wel aanbeveling om in het vervolg toegezegde beleidswijzigingen sneller te evalueren, verwerken en implementeren. Hoewel de Afdeling advisering positief is over de voorgestelde beleidswijziging, betreurt zij de

38 Advies 'Risico's en knelpunten in de longstay', RSJ, 26 november 2015.

39 Masterplan Dienst Justitiële Inrichtingen 2013-2018.

40 De betreffende kliniek, de Pompestichting, heeft twee longstaylocaties (in Zeeland en Vught) die in de huidige situatie niet vergelijkbaar zijn wat betreft de jegeening en het begeleidingsniveau. Hierdoor is overplaatsing van tbs-longstaypatiënten, in verband met bijvoorbeeld een impasse of incident, niet (altijd) mogelijk.

41 Zie brief aan de Tweede Kamer 'Rapport 'Risico's en knelpunten in de longstay' d.d. 12 februari 2016 (TK 2015-2016, 29 452, nr. 199).

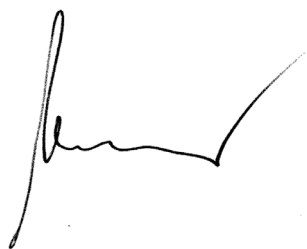
42 Hiermee wordt bedoeld een observatieplaatsing op grond van artikel 13 Bvt.

43 Zeer Intensieve Specialistische Zorgafdeling.

blijvende beperkingen voor LFPZ-patiënten met betrekking tot het begeleid verlov en het gebrek aan aandacht voor de knelpunten en risico's die het bestaan van slechts één kliniek met een LFPZ-voorziening meebrengt. We bevelen aan de beleidskeuzen op deze punten te heroverwegen of in ieder geval (nader) toe te lichten in de definitieve wijziging van het beleidskader.

Hoogachtend,

namens de Afdeling advisering van de
Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L.A.J.M. de Wit', written in a cursive style.

mr. L.A.J.M. de Wit, voorzitter