



Samenvatting advies 'Langdurig in de tbs'

De RSJ is in dit advies nagegaan welke factoren de door- en uitstroom belemmeren van tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven maar die potentieel wel zouden kunnen door- en uitstromen en op welke manier de tbs-sector, de politiek en het landelijke en lokale bestuur kunnen bijdragen aan een oplossing.

Langdurig tbs-gestelden

Het doel van de tbs-maatregel is tweeledig: beveiliging van de maatschappij en – na behandeling – veilige resocialisatie. Er bestaat een inherente spanning tussen het beveiligen van de samenleving door tbs-gestelden voor lange tijd te behandelen binnen een intramurale hoog beveiligde setting en het streven om de behandelduur te beperken.

Voor een deel van de tbs-gestelden zal uitstroom niet mogelijk zijn vanwege aanhoudend ernstig delictgevaar. Voor een ander deel zien behandelverantwoordelijken wel perspectief, maar door diverse factoren stagneert de door- en uitstroom, waardoor deze tbs-gestelden langdurig in de klinieken blijven. Het feit dat TBS Nederland worstelt met deze groep langdurig tbs-gestelden vormt de aanleiding voor dit advies van de RSJ.

Langdurig tbs-gestelden zijn gedefinieerd als tbs-gestelden met een behandelduur langer dan acht jaar en die zich niet bevinden in de fase van transmuraal- of proefverlof. De onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen met de maatregel tbs zijn in dit advies buiten beschouwing gelaten.

Belemmerende factoren

Op basis van een uitgebreide materiaalverzameling en gesprekken zijn factoren achterhaald die de door- en uitstroom van langdurig tbs-gestelden belemmeren. Hoewel de nadrukkelijke focus lag op de groep tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven, is een deel van deze factoren ook van toepassing op de tbs-behandeling in het algemeen. Er kwamen vijf overkoepelende thema's naar voren.

Thema 1 Langdurig ter beschikking gestelden

Er is weinig informatie beschikbaar over de groep langdurig tbs-gestelden. Rapportage van de tbs-behandelduur richt zich doorgaans op de mediaan van bijvoorbeeld een instroomcohort: het moment waarop 50% van het cohort is uitgestroomd. Met beleidsmaatregelen en afspraken binnen de tbs-sector is de mediane behandelduur thans teruggebracht tot acht jaar. De mediaan geeft echter geen informatie over de behandelduur en eigenschappen van de tbs-gestelden die zich langer dan acht jaar in de tbs bevinden. Er zijn momenteel 690 tbs-gestelden die langer dan acht jaar in de tbs verblijven. Een deel van deze groep heeft wel perspectief op uitstroom. Dit blijkt bijvoorbeeld doordat zij zich in de fase van transmuraal- of proefverlof bevinden. Als deze groep buiten beschouwing wordt gelaten, bevinden zich 277 patiënten in de

behandelklinieken en 97 in de LFPZ. Dit aantal is exclusief tbs-gestelden die (langdurig) in het kader van transmuraal verlop in de longcare verblijven.

De problematiek van de langverblijvers is divers. Er is vaak sprake van allerlei combinaties van diagnoses en problemen. De meervoudige, complexe problematiek van de langverblijvende tbs-gestelde vergt een individuele behandeling en maatwerk door deskundigen en ervaren behandelaren. Maatwerk en het kunnen leren van een terugval in de behandeling, zoals bij het gebruik van middelen, vormen sleutelbegrippen in een adequate tbs-behandeling. Het restrictief veiligheidsdenken rondom de tbs-behandeling is hierbij complicerend en stagnerend voor het behandelverloop en de duur hiervan.

Thema 2 Personele problemen en financiën in de fpc's

De tbs-behandeling vraagt een stabiel, goed opgeleid en ervaren personeelsbestand. Nu het aantal opleggingen weer toeneemt wordt krapte in capaciteit, personeel en structurele financiering ervaren. Vacatures worden vaak opgevuld met minder ervaren personeel en relatief dure ZZP-ers. Het personeel ervaart een hoge werkdruk en administratieve last en een negatief imago van het werk in de forensische sector. Het tekort aan gedragsdeskundigen in de fpc's leidt tot onvoldoende continuïteit, wachttijden in de aanvang van behandelmodules van tbs-gestelden en tot risico's voor personeel en patiënten.

Thema 3 Beleidsmaatregelen of wetgeving met een belemmerend effect op de behandelduur

Incidenten hebben geleid tot generieke beleidsmaatregelen of nieuwe wetgeving, vooral gericht op het vergroten van de veiligheid. Dergelijke maatregelen staan veelal haaks op het benodigde maatwerk en kunnen in individuele gevallen leiden tot stagnatie in de behandeling. Voorbeelden daarvan zijn de aangifteplicht voor klinieken bij een verdenking van een strafbaar feit en het niet verlenen van verlop binnen een jaar na een onttrekking. Deze maatregelen hebben effect op de hele sector maar leiden met name tot stagnatie van de behandeling van tbs-gestelden met complexe problematiek, die middels behandeling inzicht moeten verwerven in de gevolgen van ongewenst gedrag. Ook de steeds latere start van een behandeling (door het afschaffen van de Fokkensregeling en door recente plannen tot wijziging van de VI-regeling) zal zeker bij een aanzienlijke gevangenisstraf, de slagingskans van de behandeling verlagen en zodoende een negatief effect hebben op het verloop en de duur van de behandeling.

Thema 4 Krachtenveld van politiek, media en samenleving

De druk op het tbs-stelsel door de politiek, bestuur, media en de samenleving is groot, zeker vanwege de grote aandacht na incidenten. De indruk wordt gewekt dat incidenten altijd te voorkomen zijn en het gevolg zijn van vermijdbare foutieve beslissingen. Ook geringe incidenten, zonder ernstige gevolgen, leiden tot negatieve publiciteit. Het mijden van elk mogelijk risico, ook van risico's die weinig gevolgen hebben voor de veiligheid van de maatschappij, leidt tot een spreekwoordelijke kramp bij de diverse verantwoordelijken en belemmert de door- en uitstroom. Door de directe politieke verantwoordelijkheid moet de Minister zich in de Tweede Kamer verantwoorden terwijl de klinieken zelf weinig ruimte



hebben om informatie over incidenten te geven. De ministeriële verantwoordelijkheid voor individuele tbs-zaken vergroot het risico dat op basis van casuïstiek nieuwe generieke maatregelen worden genomen. Dit kan nadelige gevolgen hebben voor het stelsel als geheel inclusief de mogelijkheid om maatwerk te bieden.

Thema 5 Door- en uitstroomvoorzieningen

Uitbehandelde patiënten bij wie het recidiverisico nog bestaat, kunnen worden geplaatst in de LFPZ voor langdurig verblijf met een zeer beperkt verlofregiem. De tbs-sector heeft behoefte aan verruiming van de LFPZ als 'pauze- of perspectief-voorziening' met een lage behandel druk. Nu deze mogelijkheid ontbreekt, worden tbs-gestelden soms meerdere malen overgeplaatst naar andere klinieken, hetgeen kan leiden tot gebrek aan behandelcontinuïteit. Als alternatief voor de LFPZ 'als eindstation' heeft een aantal klinieken inmiddels een longcare voorziening gecreëerd voor langdurige behandeling met behoud van het risicomanagement.

Potentiële vervolgvorzieningen als fpk's, fvk's, fpa's en (forensische)-RIBW's lijken onvoldoende toegerust te zijn voor de complexe doelgroep die voortgezette behandeling en risicomanagement vraagt van onder meer zedenproblematiek, ernstig autisme of een verstandelijke beperking, vaak in combinatie met verslaving. Voor deze diagnoses zijn uitstroomplaatsen ook schaars. Daarnaast vormen het negatieve imago van tbs, het benodigde risicomanagement en de tarieven voor de behandeling een belemmering voor de uitstroom uit de tbs.

DJI heeft de afgelopen jaren voor tbs-gestelden die 15 jaar of meer in de tbs verblijven, '15+ zorgconferenties' georganiseerd om de kliniek te adviseren. Klinieken onderschrijven de meerwaarde van zorgconferenties. Onlangs zijn er maatregelen genomen om de conferenties ook na acht jaar in te kunnen zetten. Door zorgconferenties kan ook inzicht worden verkregen in de specifieke benodigde door- en uitstroomvoorzieningen (en bijbehorende financiering). Het is positief wanneer klinieken proactief zijn en nieuwe mogelijkheden creëren door externe deskundigheid in te zetten.

Samenvattende conclusie

Dit advies heeft betrekking op tbs-gestelden die langdurig in de tbs verblijven, maar die potentieel wel zouden kunnen door- en uitstromen. Verschillende van de belemmerende factoren hebben echter betrekking op de gehele tbs-populatie. Vanwege de aard en complexiteit van de problematiek van de langdurig tbs-gestelden zijn deze factoren extra belemmerend voor deze specifieke groep. Het betreft relatief vaak tbs-gestelden die vanwege hun problematiek moeite hebben zich aan regels te houden en de gevolgen van beslissingen te overzien. De voor de behandeling van deze tbs-gestelden benodigde ruimte voor maatwerk en het leren van terugval is beperkt en staat onder druk door generieke maatregelen die een stagnerend effect hebben op de behandelduur. Wachttijden voor specifieke behandelingen, wisseling van personeel en gebrek aan hoog gekwalificeerd en ervaren personeel is extra problematisch voor deze groep. Ook de grote aandacht vanuit de media en politiek voor relatief geringe incidenten en de nadruk op vermijding van alle mogelijke risico's, inclusief risico's op minder ernstige misstappen,



maakt door- en uitstroom lastig. Daarnaast is gebleken dat er onvoldoende passende door- en uitstroom voorzieningen zijn voor deze tbs-gestelden. Forensische en reguliere instellingen kunnen en durven het financiële risico van innovatie niet te nemen. Voorgenoemde factoren kunnen (in combinatie) leiden tot een (soms oneigenlijke) verlenging van de tbs-maatregel.

Aanbevelingen

Onderzocht is op welke manier de tbs-sector zelf, de politiek en het landelijke en lokale bestuur kunnen bijdragen aan het oplossen van genoemde knelpunten. De RSJ komt, in volgorde van dit rapport, tot de volgende negen aanbevelingen:

1. Rapporteer niet alleen de mediane behandelduur van de tbs, maar monitor ook de behandelduur van tbs-gestelden die langer dan acht jaar behandeld worden in het kader van de tbs-maatregel. Onderzoek de eigenschappen en specifieke problematiek van deze groep.
2. Investeer, samen met de sector, in de personele capaciteit (formatie, scholing en arbeidsomstandigheden, verminderen bureaucratie) en draag zorg voor structureel budget voor voldoende en ervaren medewerkers, voor voldoende plaatsen en voor innovatie. Bezie opnieuw de financiële situatie en de tarieven en handhaaf een beperkte buffer in de capaciteit waardoor fluctuaties kunnen worden opgevangen.
3. Heroverweeg de genoemde generieke beleidsmaatregelen en wetgeving die inbreuk maken op het vereiste maatwerk in de individuele behandeling en op de professionaliteit van de behandelaren. Schaf in dit kader de regel één jaar geen verlof bij onttrekkingen en het begaan van een strafbaar feit en de aangifteplicht af. Geef vertrouwen aan professionals in de keten en monitor de kwaliteit van de beslissingen achteraf.
4. Regel voor tbs-gestelden dat na de invoering van de gewijzigde VI-regeling, structureel eerder kan worden gestart met de behandeling, waardoor het behandelperspectief wordt vergroot met een gunstig effect op de behandelduur. Overweeg de herinvoering van de Fokkensregeling met een begin van de behandeling na een derde deel van de straf.
5. Heroverweeg de directe verantwoordelijkheid van de Minister bij individuele verlof- en voortgangsbeslissingen, en geef het AVT en de LAP eigenstandige beslissingsbevoegdheid. Hierdoor wordt de Minister systeemverantwoordelijk en neemt de politieke druk af.
6. Zorg voor continue investering, door alle stakeholders (klinieken, Minister, burgemeesters), in een positieve relatie met politiek en media. Bevorder het creëren van een reëel beeld van het tbs-stelsel in de samenleving. Zorg voor goede voorlichting over tbs, waarbij het reële verhaal (het belangrijke werk, de goede resultaten, weinig recidive maar niet risicoloos) uitgedragen wordt en wees transparant bij incidenten.
7. Herdefinieer de LFPZ (evt. deels) zodanig dat een "perspectiefafdeling" ontstaat (zonder behandeldruk en met passende verlofmogelijkheden) voor tbs-gestelden waarvan de behandeling zich in een impasse bevindt, opdat zij daar ter bezinning en



motivering (tijdelijk) kunnen verblijven. Hiertoe dient het verlofkader en de procedure tot plaatsing te worden aangepast.

8. Faciliteer en organiseer bij stagnerende behandelingen in een relatief vroeg stadium een zorgconferentie (al dan niet in afgeslankte vorm) ter doorbreking van een impasse en zorg daarbij dat het budget geen belemmering vormt om een oplossing te realiseren. Maak bij stagnatie (eerder) gebruik van een driegesprek met een advocaat en deskundigheid van buiten.
9. Gebruik de zorgconferenties mede om de behoefte aan ontbrekende door- en uitstroomplaatsen te inventariseren. Zorg via het inkoopbeleid dat forensische en reguliere instellingen het risico van innovatie verantwoord kunnen en willen nemen.

