

**EVALUATIE VERPLICHTE AANGIFTEN  
STRAFBARE FEITEN IN DE TBS**



## **COLOFON**

### **In opdracht van**

Ministerie van Veiligheid en Justitie (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum).

© 2012 WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie. Auteursrecht voorbehouden.

Het rapport is te downloaden vanaf [www.vanmontfoort.nl](http://www.vanmontfoort.nl).



# **EVALUATIE VERPLICHTE AANGIFTEN STRAFBARE FEITEN IN DE TBS**

Van Montfoort

Woerden, juli 2012

Mr. drs. B.J. de Jong  
Drs. A. E. van Burik





## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
Lijst met afkortingen.....	4
Voorwoord .....	6
1 Samenvatting en conclusies.....	8
2 Inleiding .....	18
3 Onderzoekverantwoording .....	20
3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen.....	20
3.2 Onderzoeksmethoden en verantwoording.....	21
3.2.1 Deskresearch.....	21
3.2.2 Analyse databestanden .....	21
3.2.3 Opstellen casebeschrijvingen .....	24
3.2.4 Afname interviews .....	25
3.3 Leeswijzer .....	28
4 Achtergrond en actuele ontwikkelingen gewijzigde regelgeving.....	30
4.1 Inleiding.....	30
4.2 De aanpassingen van het Rvt en de reikwijdte van de evaluatie .....	30
4.3 Verplichte aangifte en de registratie van incidenten .....	33
4.4 Verlof en verlofprocedures.....	34
4.5 Doelen wijziging Rvt.....	35
4.6 Principiële bezwaren en (on)gewenste neveneffecten die werden voorzien.....	36
4.6.1 Principiële bezwaren en ongewenste neveneffecten .....	36
4.6.2 Gewenste neveneffecten .....	37
4.7 Reikwijdte regelgeving, verbetervoorstellen en actuele ontwikkelingen.....	38
4.8 Samenvatting en conclusies .....	40
5 Implementatie regelgeving binnen de klinieken .....	42
5.1 Inleiding.....	42
5.2 Is de gewijzigde regelgeving vastgelegd in een protocol? .....	42
5.3 De werkwijze van de klinieken bij het doen van aangifte .....	44
5.4 Zijn medewerkers geïnformeerd en voldoende toegerust? .....	46
5.5 Zijn patiënten geïnformeerd? .....	47
5.6 Is er draagvlak voor de nieuwe regelgeving? .....	48
5.7 Zijn er voldoende financiële en personele middelen voor uitvoering regelgeving? ...	50
5.8 Samenvatting en conclusie .....	50
6 Beoordeling regelgeving op helderheid en uitvoerbaarheid.....	52
6.1 Inleiding.....	52
6.2 Regelgeving helder, eenduidig en juiste formulering?.....	52
6.3 Regelgeving uitvoerbaar? .....	53
6.4 De verplichting tot aangifte versus het beroepsgeheim/verschoningsrecht? .....	56



6.5	Samenvatting en conclusies .....	57
7	De uitvoering van de regelgeving.....	60
7.1	Inleiding.....	60
7.2	De doorlooptijd van de justitiële afhandeling .....	60
7.3	Voldoende mogelijkheden voor maatwerk?.....	61
7.4	Overwegingen om wel of geen aangifte te doen .....	63
7.5	De casebeschrijvingen.....	64
7.6	Samenvatting en conclusies .....	66
8	Beoordeling regelgeving.....	68
8.1	Inleiding.....	68
8.2	Toetsing vooraf verwachte ongewenste neveneffecten .....	68
8.3	Toetsing vooraf verwachte gewenste neveneffecten .....	70
8.4	Overige nadelen/ongewenste neveneffecten .....	70
8.5	Overige voordelen/gewenste neveneffecten van de regelgeving.....	71
8.6	Wat is er veranderd na de wijziging van de regelgeving en hoe moet het verder? ....	72
8.7	Samenvatting en conclusies .....	73
9	Uitvoering regelgeving bij politie en OM.....	76
9.1	Inleiding.....	76
9.2	Implementatie bij politie en OM.....	76
9.3	Uitvoering van de regelgeving .....	78
9.4	Knelpunten afhandeling aangiften .....	81
9.5	Communicatie en afstemming tussen kliniek, politie en OM. ....	83
9.6	Samenvatting en conclusies .....	84
10	Analyse aangiftecijfers .....	86
10.1	Inleiding.....	86
10.2	Verantwoording.....	86
10.3	De ontwikkeling van het aantal aangiften .....	88
10.4	Kenmerken aangiften en afdoening.....	90
10.5	De doorlooptijden vanaf datum plegen delict tot en met de afhandeling door justitie	95
10.6	Wat gebeurt er met het verlov en met de verlofmachtiging? .....	96
10.7	Samenvatting en conclusies .....	99
	Bijlage 1: Literatuurverwijzingen en overige bronnen .....	102
	Bijlage 2: Verantwoording verzameling aangiftecijfers .....	104
	Bijlage 3: Casebeschrijvingen .....	110



## Lijst met afkortingen

AVT Adviescollege	
Verloftoetsing tbs	
BPS	Bedrijfs Politie Systeem
BVH	Basisvoorziening Handhaving
Bvt	Beginnelsenwet Verpleging ter beschikking gestelden
College van PG	College van Procureurs Generaal
dd	De dato
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
JDS	Justitieel Documentatie Systeem
LBHIV	Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken
V&J	Veiligheid en Justitie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MITS	Monitor Informatie Terbeschikkingstelling
NB	Nota Bene
OM	Openbaar Ministerie
Opw	Opiumwet
P.I.	Penitentiaire Inrichting
RIBW	Regionale Instelling voor Begeleid Wonen
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Rvt	Reglement verpleging ter beschikking gestelden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SZOSM	Schuldigverklaring zonder oplegging straf of maatregel
SZOVS	Schuldigverklaring zonder oplegging van straf
tbs	Terbeschikkingstelling
VtsPN	Voorziening tot samenwerking Politie Nederland
Wet BOPZ	Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WWM	Wet Wapens en Munitie
ZM	Zittende Magistratuur







## Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de evaluatie van de gewijzigde regelgeving van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt). Voor het onderzoek en met name het verzamelen van alle benodigde informatie zijn wij afhankelijk geweest van diverse organisaties en mensen. Wij danken hen zeer voor hun inzet om ons te helpen bij het verzamelen van de informatie. Ten eerste willen wij graag de tbs-klinieken bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek. De juristen van de klinieken en de hoofden behandeling hebben ons de benodigde informatie verschaft, waarvoor zeer veel dank.

Een aantal mensen willen wij bij naam noemen; ten eerste willen wij graag de Voorziening tot samenwerking Politie Nederland (VtsPN) bedanken, met name Berry Bos en Newal Chierandjoe, voor hun doorzettingsvermogen in het achterhalen van de kwantitatieve informatie uit het systeem BlueView. Ook bedanken wij Barbara Hoekstra en Wibo Nijboer van de Justitiële Informatie Dienst voor de toegang tot JDS. Verder hebben Jolanda Tork en Jan Peter van Bodegraven zich ingezet voor de mogelijkheid tot het verkrijgen van toegang tot MITS en een bureau met computer om fysiek toegang te krijgen. Dank daarvoor.

Tenslotte bedanken we de begeleidingscommissie van het onderzoek die als volgt was samengesteld.

### Voorzitter:

prof. em. Constantijn Kelk

Universiteit Utrecht

### Leden:

dr. Joke Harte

Vrije Universiteit Amsterdam

mr. Jan Peter van Bodegraven

Directie Forensische Zorg

drs. Marije Brinkhuis (tot 1 juni 2011)

Directie Sanctie- en Preventiebeleid

drs. Maya van Gaal (vanaf 1 juni 2011)

Directie Sanctie- en Preventiebeleid

dr. Hendrien Kaal (tot 1 sept. 2011)

WODC

drs. Essy van Dijk (vanaf 1 sept. 2011)

WODC

Wij zijn voorzitter en leden erkentelijk voor hun bijdrage aan het onderzoek en de totstandkoming van het rapport.

### Het onderzoeksteam:

Agnes van Burik, Bart de Jong, Frouke Sondejker, Jaap van Vliet

Woerden, juli 2012





## 1 Samenvatting en conclusies

Op 26 juni 2008 zijn de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 van het Reglement verpleging terbeschikkinggestelden (Rvt) gewijzigd naar aanleiding van een onderzoek van de Inspectie voor de Sanctietoepassing en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit onderzoek richtte zich op twee onttrekkingen van begeleid verlof door tbs-gestelden, waarbij één tbs-gestelde er van werd verdacht tijdens de onttrekking meerdere ernstige strafbare feiten te hebben gepleegd. Tijdens het onderzoek blijkt dat de verlofmachtiging van deze tbs-gestelde van rechtswege vervallen had moeten zijn op basis van art. 53 lid 2 Rvt, aangezien deze tbs-gestelde een aantal maanden voor de onttrekking aan het begeleid verlof een gewelddadig dispuut had met een medepatiënt. Het hoofd behandeling van het Forensisch Psychiatrisch Centrum heeft dit incident ten onrechte niet beschouwd als een strafbaar feit. De Inspecties stellen dat de formulering van artikel 53 lid 2 Rvt een lastige constructie is, waardoor er niet altijd een duidelijk tijdstip te markeren is, waarop sprake is van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging. Met de wijziging van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 Rvt dient deze duidelijkheid er wel te komen.

Door de wijziging van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 Rvt is het hoofd van de inrichting verplicht binnen 24 uur aangifte te doen bij een opsporingsambtenaar van een strafbaar feit, waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, gepleegd door een tbs-gestelde. Dan gaat het bijvoorbeeld om ernstige ordeverstoringen zoals brandstichtingen en openlijke geweldpleging maar ook om diefstal. De verplichting tot het doen van aangifte heeft dus ook betrekking op relatief kleine vergrijpen als winkeldiefstal en diefstal van een fiets.

Als er sprake is van een verlofmachtiging dan dient het verlof van de tbs-gestelde ter stond te worden opgeschort. Op het moment dat het Openbaar Ministerie (OM) vervolgens meedeelt dat de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt, vervalt de bestaande verlofmachtiging van rechtswege. Als het OM meedeelt dat de tbs-gestelde niet als verdachte wordt aangemerkt, dan kan het verlof weer herleven.

Vanuit het tbs-veld is een aantal ongewenste neveneffecten genoemd die verwacht werden op te treden als gevolg van deze wijziging. Om tegemoet te komen aan de bezwaren vanuit het tbs-veld heeft de staatsecretaris toegezegd dat de gewijzigde regeling wordt geëvalueerd.

De gegevensverzameling voor de evaluatie is uitgevoerd in de periode mei 2011 – oktober 2011. Begin 2012 zijn nog enkele aanvullende interviews afgenomen.

De onderzoeksvragen hebben betrekking op de volgende thema's:

1. De achtergrond van de (aangescherpte) regelgeving (doelen en voorziene neveneffecten)
2. De implementatie en uitvoering van de regelgeving binnen de klinieken
3. De implementatie en uitvoering van de regelgeving bij politie en OM
4. De kwantitatieve analyse (van aangiften, afdoening en doorlooptijden)
5. De daadwerkelijke naleving van de regelgeving en de feitelijke gevolgen.



Alle onderzoeksvragen zijn beantwoord op basis van meerdere onderzoeksbronnen.

Achtergrond	Deskresearch; interviews vertegenwoordigers Verlofunit tbs, Adviescollege Verloftoetsing tbs en directie Wetgeving en raadpleging expert strafrecht
Implementatie en uitvoering binnen de klinieken	Deskresearch; interviews juristen en hoofden behandeling binnen de klinieken; interviews vertegenwoordiger Verlofunit tbs en Adviescollege Verloftoetsing tbs; beoordeling casebeschrijvingen
Implementatie en uitvoering bij politie en OM	Interviews met politiefunctionarissen en officieren van justitie
Kwantitatieve analyse	Analyse registratiesystemen van politie en OM en centrale tbs-registratie van incidenten, aangiften en verlofmachtigingen (MITS)
Naleving regelgeving en feitelijke neveneffecten	Alle onderzoeksbronnen

*Achtergrond: doelen en voorziene neveneffecten*

Feitelijk gaat het bij de aanscherping van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 Rvt om drie nieuwe aanwijzingen voor de klinieken:

1. Ze moeten verplicht aangifte doen (van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten).
2. Ze moeten deze aangifte binnen 24 uur doen.
3. Ze moeten het verlof van de betreffende tbs-gestelde terstond intrekken totdat het OM (als onafhankelijke derde) heeft beoordeeld of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt.

Dat het in art. 53 Rvt lid 2 gaat om 'strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en om het feit dat 'de verlofmachtiging vervalt op het moment dat de tbs-gestelde als verdachte is aangemerkt' is reeds bij een eerdere wijziging van art. 53 Rvt vastgelegd<sup>1</sup>. Het zijn wel essentiële onlosmakelijke onderdelen van de regelgeving. De onderhavige evaluatie heeft daarom betrekking op de gewijzigde regelgeving als geheel en niet alleen op de feitelijke wijzigingen/ aanscherpingen van 2008.

Het primaire doel van de aanscherpingen in de regelgeving die in 2008 werden doorgevoerd, was om duidelijkheid te creëren over het moment waarop de verlofmachtiging vervalt. Het vervallen van de verlofmachtiging stond in sommige gevallen ook na 2005 nog steeds ter discussie. Aanscherping van de regelgeving moest hier een einde aan maken.

<sup>1</sup> Bij besluit van 23 juni 2005 (Stb. 2005, 400).



Een aantal ongewenste neveneffecten werd vooraf voorzien door klinieken en de RSJ, deels gaat het ook om principiële bezwaren.

- De aangifteplicht strookt niet met behandelen op maat.
- De aangifteplicht kan in de praktijk tot knelpunten leiden: (1) bij klachtdelicten kan alleen de klachtgerechtigde aangifte doen (2) de plicht kan botsen met de wens van het slachtoffer om geen aangifte te doen (3) de plicht kan de behandelrelatie onder druk zetten.
- Het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten vraagt om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een FPC worden verwacht.
- Het aanmerken als verdachte is een moeilijk werkbaar begrip. Het geeft geen goede indicatie voor het bestaan van een stevige verdenking (art. 67 Sv). Het is ook onduidelijk op welk moment de officier van justitie iemand als verdachte aanmerkt.
- Als bij nadere toetsing geen sprake blijkt te zijn van een gegronde verdenking van betrokkenheid bij strafbare feiten of ongeoorloofde afwezigheid, dient de verlofmachtiging opnieuw aangevraagd te worden. Dit levert een substantiële vertraging op bij het toekennen van verlof en daarmee in de voortgang van de behandeling. Een dergelijke vertraging is nauwelijks te billijken indien de verpleegde geen verwijt treft.
- Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging heeft geen meerwaarde boven de mogelijkheden die het Rvt al kent, namelijk: het intrekken van het verlof door het hoofd van de inrichting en van de verlofmachtiging door de minister.

De RSJ noemt ook voordelen van de nieuwe aanscherping. Verondersteld wordt dat de nieuwe regelgeving minder ruimte biedt voor eigen interpretatie en dus de rechtsgelijkheid ten goede komt.

#### *De implementatie binnen de klinieken*

Alle klinieken zijn over de aanscherping van de regelgeving geïnformeerd middels een algemeen geformuleerde brief van het ministerie, gericht aan het hoofd van de inrichting. Veelal zijn de juristen vervolgens betrokken. Het onderwerp is besproken in verschillende overleggen (zoals de klankbordgroep forensische juristen en het LBHIV). Soms is er ook via interne berichtgeving (zoals een nieuwsbrief) bekendheid aan gegeven. De helft van de klinieken heeft eigen vormen van voorlichting georganiseerd om de medewerkers te informeren over de gewijzigde regelgeving. Bijna de helft van de klinieken heeft de tbs-gestelden geïnformeerd over de gewijzigde regelgeving en de consequenties hiervan voor het verlof. Deze hebben (volgens de geïnterviewden) over het algemeen grote moeite met dergelijke maatregelen, die raken aan hun verlof.

Ondanks de ingezette activiteiten in het kader van de implementatie, is uit het onderzoek naar voren gekomen dat binnen een aantal klinieken geen juist idee leeft van de reikwijdte van de regelgeving. Binnen twee van de vier niet-justitiële klinieken is niet voor iedereen duidelijk dat de regelgeving voor hen alleen geldt als een tbs-gestelde zich buiten de inrichting bevindt (dus tijdens het verlof). Daarnaast is bijna de helft van de juristen van de justitiële klinieken van mening dat de aangifteplicht alleen geldt voor tbs-gestelden met een verlofmachtiging. Dit staat inderdaad in de nota van toelichting als zodanig verwoord, het feitelijk besluit tot wijziging van het Rvt geeft echter duidelijk aan dat de aangifteplicht geldt voor alle tbs-gestelden.



De meeste klinieken hebben een algemeen aangifteprotocol, de aangescherpte regelgeving (artt. 53 en 57 Rvt) komt echter maar bij vier van de 13 klinieken expliciet aan de orde. In het algemeen laat de analyse van de protocollen zien dat er geen sprake is van consequent aangifte doen bij strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Zowel de specifieke als de algemene protocollen hinken in meer of mindere mate op twee gedachten: enerzijds de verplichting om aangifte te doen en anderzijds de ruimte om eigen afwegingen te maken. Zo staat in een van algemene aangifteprotocollen bijvoorbeeld dat bij fysieke schade toegebracht aan een patiënt of medewerker, altijd aangifte plaatsvindt tenzij dit direct tot de stoornis of een klinische situatie is te herleiden. De werkwijze van de klinieken voor het doen van aangifte kent een bepaalde variëteit. Een incident wordt altijd in een breder verband besproken maar dat kan zowel een multidisciplinair overleg zijn als ook een commissie incidentenoverleg waar ook vertegenwoordigers op directieniveau aanwezig zijn. Het besluit kan door een behandelcoördinator genomen worden maar ook door de directeur van de kliniek. De jurist heeft vaak maar niet altijd een adviesrol. Welke functionaris de feitelijke aangifte doet verschilt ook per kliniek. Kortom geen enkele kliniek is hetzelfde als het gaat om de processtappen die doorlopen worden bij het doen van aangifte.

Volgens de juristen blijft het lastig voor de behandelaars om te bepalen welke feiten wel en welke niet onder de aangifteplicht vallen. Behandelaars kunnen hiervoor de juridisch medewerkers binnen hun kliniek raadplegen maar we hebben niet de indruk gekregen dat dit vaak gebeurt. De juristen hebben overigens ook niet altijd op dergelijke en andere vragen een antwoord. Zij kunnen op hun beurt de Verlofunit tbs raadplegen maar ook dit gebeurt weinig. Anders dan in de nota van toelichting (p.4) staat vermeld, zijn er geen activiteiten ontplooid om de klinieken toe te rusten voor het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten.

#### *Het draagvlak binnen de klinieken*

Over de aanwezigheid van draagvlak bij de uitvoerende medewerkers om aangifte te doen, wordt wisselend gedacht door de hoofden behandeling. Volgens sommigen waarderen medewerkers het over het algemeen positief dat er aangifte wordt gedaan mede omdat het ook een erkenning is van het onrecht dat hen is aangedaan. Andere geïnterviewden benadrukken echter dat medewerkers het vaak heel vervelend vinden om aangifte te doen omdat het de behandelrelatie kan verstoren of omdat zij bang zijn voor represailles. In het algemeen bestaat er echter wel draagvlak voor het doen van aangifte hetgeen ook in het licht moet worden gezien van de veranderende cultuur binnen de klinieken (van gedogen naar grenzen stellen). Voor het doen van aangifte van een klein feit (omdat het nu eenmaal onder de delicten valt waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten) is echter weinig steun te vinden. Dat geldt voor alle betrokken partijen: dus niet alleen voor de hoofden behandeling en de medewerkers van de klinieken maar ook voor de geïnterviewden van de Verlofunit tbs en het Adviescollege Verloftoetsing tbs.

Enkele hoofden behandeling scharen zich zonder meer achter de huidige regelgeving. De meesten zouden echter graag de ruimte houden om een eigen afweging te maken. Een aantal van hen geeft niettemin expliciet aan dat zij de regelgeving in de praktijk wel uitvoeren. Dit vanuit het principe 'regel is



regel' of omdat zij hiertoe verplicht zijn ('het moet dan maar ...') of omdat zij hierop aangesproken zijn door de Verlofunit tbs toen zij in een specifieke situatie geen aangifte hadden gedaan.

#### *De uitvoerbaarheid van de regelgeving*

Ten aanzien van de (juridische) uitvoerbaarheid zijn de klinieken geconfronteerd met lastige vragen zoals 'wat te doen in situaties waarin zowel de kliniek als een patiënt aangifte wil doen' en 'hoe verhoudt de verplichting tot aangifte zich tot het beroepsgeheim'. Verder worden ook richtlijnen gemist ten aanzien van de incidenten die men alleen kent van horen zeggen, dus conflicten die onderling plaatsvinden buiten het zicht van de medewerkers. Sommige klinieken doen in dergelijke situaties geen aangifte, anderen maken een eigen inschatting van de betrouwbaarheid van hetgeen het slachtoffer vertelt. Meer in het algemeen wordt de weging van agressie en verbaal geweld als lastig punt genoemd. De suggestie is gedaan om hiervoor normen te gaan aanleggen door de uitkomsten van de wegingen die in gezamenlijk overleg binnen een kliniek worden gemaakt, vast te leggen.

Een ander punt waarop de regelgeving lastig uitvoerbaar is, betreft het feit dat het OM het hoofd van de kliniek moet laten weten of de tbs gestelde als verdachte wordt aangemerkt. Zoals reeds was voorzien door de RSJ sluit de formulering 'als verdachte aanmerken' niet goed aan bij de bestaande justitiële procesgang. Het OM heeft geen pogingen gedaan om hier een duidelijk herkenbaar moment binnen de procesgang van te maken. Men heeft in plaats hiervan een ander moment gekozen namelijk het moment dat het OM besluit of er wordt geseponneerd dan wel tot vervolging wordt overgegaan. Daarmee schuift het moment dat de verlofmachtiging vervalt of herleeft dus ook op. Dit leidt ertoe dat er geseponneerd kan worden en de verlofmachtiging herleeft terwijl het wel mogelijk is dat de tbs gestelde terecht als verdachte is aangemerkt (en er een andere reden was voor het niet vervolgen van de tbs-gestelde). Dit moment van de vervolgingsbeslissing heeft ook als nadeel dat het langer duurt voordat er duidelijkheid komt vanuit het OM voor de tbs-gestelde en de kliniek over de gevolgen van de aangifte voor het verlot.

Het moment van de vervolgingsbeslissing heeft als voordeel (voor de tbs gestelde en de kliniek) dat er een zekere rechtvaardigheid vanuit gaat. Het suggereert namelijk dat het feit dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt of herleeft, gekoppeld is aan het feit dat iemand schuldig is of onschuldig is. Het OM wijst er echter terecht op dat een sepot niet betekent dat iemand onschuldig is omdat er vele redenen zijn om te seponeren, dat kan zelfs gebeuren als er wettig en overtuigend bewijs is. Het is ook nooit de opzet geweest van de wetgever om het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt te koppelen aan de schuldvraag. Vanuit het oogpunt van veiligheid van de samenleving was het feit dat iemand als verdachte werd aangemerkt (door het OM) voldoende om de verlofmachtiging van rechtswege te laten vervallen.

#### *De (on)gewenste neveneffecten en gevolgen vanuit het perspectief van de klinieken*

Het meest centrale knelpunt, dat reeds van te voren werd voorzien, betreft de kritiek van klinieken (en de RSJ) dat de aangifteplicht niet strookt met het uitgangspunt 'behandelen op maat'. Voor sommigen is de verplichting om aangifte te doen het grootste knelpunt. Anderen vinden de vaststaande gevolgen van de aangifte voor het verlot te ongenueanceerd. De eerste groep vindt de verplichting tot aangifte een ongenueanceerde benadering die geen rekening houdt met de ernst en aard van het delict. Zij zijn



ook van mening dat aangifte doen niet altijd een effectieve manier is om het delictgedrag aan te pakken, behandeling kan soms beter werken. De pedagogische waarde van de justitiële afhandeling wordt extra gerelativeerd door twee andere knelpunten, de lange doorlooptijden en de beperkte variëteit in afhandeling: veel sepot's en relatief lichte afdoeningen. De lange doorlooptijd knelt des te meer omdat deze bijdraagt aan een toch al bestaand probleem namelijk de lange duur van de tbs. Deze lange verblijfsduur zou ertoe bijdragen dat de instroom in de tbs afneemt.

De tweede groep vindt vooral de gevolgen van de aangifte voor het verlov ongenueanceerd. Zij zouden graag zelf een afweging willen maken ten aanzien van de duur van het opschorten van het verlov. Hierin kunnen de ernst van het feit en de consequenties van het opschorten bij transmuraal verlov dan worden meegewogen. Nu is men op dit punt geheel afhankelijk van het OM. Zolang het OM niet laat weten of tot vervolging wordt overgegaan<sup>2</sup> blijft het verlov opgeschort en kan de patiënt niet naar buiten. Patiënt en kliniek weten daardoor vaak maandenlang niet waar ze aan toe zijn en het behandeltraject stagneert.

Naast de kritiek die vanuit de klinieken op de regelgeving wordt geuit, is er ook positieve waardering en worden positieve effecten genoemd. Deze hebben betrekking op (1) het uitgangspunt van de regelgeving dat een tbs-gestelde tegen wie een aangifte loopt niet vrij rond moet kunnen lopen (2) de externe druk die de mensen scherp houdt en tot meer aangiften leidt en (3) het feit dat de regelgeving tot meer uniformiteit in de aangiftepraktijk leidt.

Er zijn ook voorziene ongewenste neveneffecten die in de praktijk een minder grote rol blijken te spelen dan vooraf verwacht. Dan gaat het om 'het feit dat het doen van aangifte de behandelrelatie onder druk kan zetten', 'het feit dat aangifte tegen de wens van het slachtoffer in kan gaan' en de problemen die bij klachtdelicten kunnen ontstaan.

Eén vooraf voorzien neveneffect behoeft aparte aandacht. Bij de klinieken en de RSJ, leeft de opvatting dat als later blijkt dat de verdenking van een strafbaar feit onterecht was, de verlofmachtiging toch van rechtswege is vervallen. Er dient dan een nieuwe machtiging te worden aangevraagd en dat levert opnieuw vertraging op in de behandeling. In de nota van toelichting (p.5) staat echter (summier) aangegeven dat de verlofmachtiging in een dergelijke situatie herleeft. Dat wordt ook bevestigd door de juristen die wij hierover geraadpleegd hebben. Het zou hier gaan om een, in het civiele recht, gebruikelijke rechtsfiguur: bij een vergissing of omissie geldt de aanname dat de omissie of vergissing niet is gemaakt en dat de verlofmachtiging dus nog steeds geldt. Dit is alleen het geval als de tbs-gestelde ten onrechte als verdachte was aangemerkt. Het OM hanteert echter het moment van de vervolgingsbeslissing als moment van terugkoppeling naar de kliniek. Daarmee is het vervallen van de verlofmachtiging dus gekoppeld aan de vervolgingsbeslissing. Als de tbs-gestelde vervolgens wordt vrijgesproken, is er in beginsel echter geen sprake van herleving van de verlofmachtiging. Dit is alleen het geval als de zaak wordt afgedaan met een sepot met code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt). We concluderen dat de summiere uitleg in de nota van toelichting de duidelijkheid op dit

---

<sup>2</sup> Het OM hanteert in de praktijk niet het moment dat iemand als verdachte wordt aangemerkt, maar het moment dat besloten wordt of tot vervolging wordt overgegaan, als moment van terugkoppeling naar de kliniek. Dit wordt dan ook het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege kan vervallen. We gaan hier later in deze samenvatting nader op in.





punt niet heeft bevorderd. De vertaling van het OM van de regelgeving in de praktijk, heeft vervolgens geleid tot een lastig uit te leggen juridische constructie.

#### *De implementatie en uitvoering bij de ketenpartners*

De implementatie van de regelgeving bij politie en justitie is niet voldoende geweest. De bekendheid met de regelgeving is niet groot, noch bij de contactpersonen voor de klinieken noch binnen de bredere organisatie. Zowel politie als justitie leveren hun bijdrage in de uitvoering (nog) slechts in beperkte mate. Als een en ander in een convenant is vastgelegd dan lukt dat beter maar er zijn nog maar weinig van dergelijke convenanten.

Ondanks de gebrekkige implementatie staan politie en OM in principe wel positief tegenover de regelgeving. De uitvoering levert echter wel een aantal (deels fundamentele) knelpunten op. De uitvoering van de regelgeving wordt belemmerd door verschil in verwachtingen tussen klinieken enerzijds en politie en justitie anderzijds. De klinieken maken een eigen selectie van zaken waarvan zij vinden dat deze onder de aangifteplicht vallen en verwachten, gezien hun aangifteplicht, vervolgens van het OM dat er dan ook een sanctie volgt. Het OM maakt op haar beurt ook een eigen afweging en heeft geen vervolgingsplicht. De ernstige en zware zaken worden gewoon vervolgd maar bij veel zaken vraagt men zich af of het wel haalbaar is om te vervolgen en wat dit dan oplevert. De mogelijkheden van afdoening zijn beperkt. Disciplinaire maatregelen vanuit de kliniek zijn volgens verschillende officieren veelal te prefereren boven het opleggen van bijvoorbeeld een gevangenisstraf. Op dit punt hebben klinieken en OM dus eenzelfde opvatting.

Een specifiek punt waarop de communicatie tussen klinieken enerzijds en politie en justitie anderzijds niet goed loopt is de vraag naar de invloed van de stoornis op het delict. Voor de klinieken is dit een factor die meespeelt in hun afweging om wel of geen aangifte te doen. Vanuit het beroepsgeheim wil men hier echter geen informatie over geven aan politie en OM. Politie en OM op hun beurt geven aan graag te willen weten hoe de kliniek hier (als deskundige) tegenaan kijkt. Ook leeft binnen het OM de terechte opvatting dat het niet aan de kliniek is om te bepalen of het delict voortkomt uit de stoornis. De kliniek zou dit, volgens het OM, niet als criterium mogen gebruiken bij het besluit om wel of geen aangifte te doen.

#### *Wordt er aangifte gedaan zoals voorgeschreven?*

Twee van de tien geïnterviewde hoofden behandeling zeggen altijd aangifte te doen van strafbare feiten en dus geen eigen afwegingen te maken. De overigen noemen elk een eigen samenspel van overwegingen waarbij bepaalde aspecten (bijna) altijd terugkeren. Het betreft de ernst en de aard van het delict, de schade of het letsel dat teweeg is gebracht en de aard en ernst van de stoornis. Het merendeel van de geïnterviewde hoofden behandeling houdt zich dus niet aan (de aanscherping van) de regelgeving.

Bij voorlegging van een aantal casebeschrijvingen (van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten) blijkt dat er overeenstemming is in de beslissing om wél aangifte te doen bij de meest ernstige cases en geen aangifte te doen bij de minst ernstige cases. Ook hier zien we dus dat de regelgeving niet altijd wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven. Bij de ruime middengroep van cases (3 van de 6 cases) zijn de meningen verdeeld. Er is dus ook een grijs gebied waar geen sprake is van



uniformiteit in handelen. De factor 'wel of geen voorlopige hechtenis toegelaten' speelt bij geen de hoofden behandeling een rol in hun beoordeling van de cases.

#### *Aantallen aangiften en vergelijking kenmerken aangiften*

De door ons gehanteerde benadering van koppeling en analyse van registratiesystemen heeft voor een periode van 2 jaar na de aanscherping van de regelgeving van 2008, in totaal 89 aangiften opgeleverd. In de periode van twee jaar vóór de wijziging van de regelgeving zijn via onze benadering 60 aangiften bekend geworden. Voor beide periodes geldt dat globaal geschat, de helft van alle aangiften boven tafel zijn gekomen. Bij de nameting is het percentage aangiften dus met 48% gestegen. In absolute zin gaat het om een beperkte stijging van 29 aangiften. De toename geldt niet voor alle klinieken. Er zijn ook klinieken waar het aantal aangiften afnam.

Uit de vergelijking van aangiften van voor- en nameting kan geconcludeerd worden dat er na de wijziging van de regelgeving meer aangiften zijn gedaan tegen patiënten met een verlofmachtiging en dat het daarbij vaker om minder ernstige zaken ging die door de politie werden afgedaan (na overleg met het OM). De drempel voor het doen van aangifte tegen patiënten met een verlofmachtiging lijkt bij de nameting dus lager te liggen dan bij de voormeting. Het gaat hierbij overigens vooral om aangiften van patiënten met een verlofmachtiging begeleid verlov. Aangiften tegen patiënten met onbegeleid verlov, transmuraal verlov en proefverlov kwamen en komen nauwelijks voor. De door de klinieken geschetste negatieve effecten van de regelgeving op de resocialisatie van de tbs gestelden blijven binnen de huidige aangiftepraktijk dus beperkt.

Als er aangifte wordt gedaan dan gaat het (vermoedelijk) bijna altijd om feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. We moeten hier een slag om de arm houden omdat een kwart van de zaken (uit de nameting) niet in de registratie van het OM is teruggevonden. Een groot deel van deze zaken is vermoedelijk door de politie afgedaan (in overleg met het OM). Dit zijn vaak de 'lichtere' zaken. Van deze zaken is niet bekend of het om voorlopige hechteniswaardige feiten gaat.

Slechts een kwart van alle aangiften werd binnen 24 uur gedaan. Het feit dat dit in 2008 expliciet is voorgeschreven in de regelgeving heeft hier (nog) niets aan veranderd.

De cijfers bevestigen het beeld uit de interviews, dat er vaak wordt geseponeerd. Er wordt meestal geseponeerd wegens een stoornis van een patiënt of omdat de persoon al tbs heeft.

De doorlooptijd tussen het doen van aangifte en het moment van afdoening is bij de nameting gedaald van gemiddeld 9,5 maand naar gemiddeld ruim 7 maanden. De totale doorlooptijd van afhandeling lijkt dus korter te worden maar is nog steeds lang. De doorlooptijd tussen het doen van aangifte en het moment dat het OM beslist of wel of niet tot vervolging wordt overgegaan is ook nog steeds lang, zo blijkt uit de interviews.

#### *Wat betekent de toepassing van de regelgeving voor het verlov?*

In een periode van twee jaar na de wijziging van de regelgeving hebben we 29 aangiften gevonden die zijn opgemaakt tegen patiënten met een verlofmachtiging. Hiervan zijn er 14 waarschijnlijk afgedaan door de politie (in overleg met het OM). Van de 15 resterende aangiften werden er 11 geseponeerd; bij vier zaken werd vervolging ingesteld. Uitgaande van de veronderstelling dat de



werkelijke aantallen circa 50% hoger liggen, zouden jaarlijks circa 30 aangiften worden gedaan van patiënten met een verlofmachtiging waarbij het gewijzigde verlofbeleid dient te worden toegepast (globale schatting). De zaken waarvan ten onrechte geen aangifte worden gedaan blijven hier buiten beschouwing.

We weten niet of de kliniek in de 29 cases waar aangifte werd opgemaakt tegen een patiënt met een verlofmachtiging, het verlof terstond heeft ingetrokken en de patiënt niet meer op verlof heeft laten gaan. We hebben wel aanwijzingen die dat aannemelijk maken. Klinieken laten namelijk de verlofmachtiging aflopen of intrekken en zijn daarbij soms strenger dan de regelgeving voorschrijft. De klinieken hebben in de onderzochte gevallen wellicht niet (tijdig) geweten of tot vervolging werd overgegaan en de verlofmachtiging dus van rechtswege was vervallen. Het OM deelt dit vaak (nog) niet mee aan de kliniek. We veronderstellen dat de kliniek deze informatie op enig moment wel zelf heeft achterhaald bij het OM. In de vier onderzochte gevallen van patiënten met een verlofmachtiging waarbij tot vervolging is overgegaan, hebben de klinieken niet aan de Verlofunit tbs laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen. We concluderen dit omdat het feit dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen, niet in de registratie van verlofmachtigingen was terug te vinden. De klinieken hebben de verlofmachtiging in alle vier gevallen wel laten aflopen.

#### *Slotconclusies ten aanzien van de naleving van de regelgeving en de directe gevolgen*

Na wijziging van de regelgeving wordt vaker aangifte gedaan met name tegen patiënten met een verlofmachtiging. De gewijzigde regelgeving heeft op dit punt dus het gewenste effect. Zowel uit de afwegingen die worden genoemd om wel of geen aangifte te doen als ook uit de beoordeling van de casebeschrijvingen (die allemaal vallen onder de verplichting om aangifte te doen), blijkt echter dat er (nog) geen sprake is van strikte naleving van de verplichte aangifte en dus ook niet van gelijkheid in de uitvoeringspraktijk. Zolang er nog verschillen zijn tussen de klinieken in de beslissing om wel of geen aangifte te doen blijven er ook verschillen tussen de klinieken in het toepassen van de verlofregels. Een tbs-gestelde die een strafbaar feit heeft gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, kan zijn verlofmachtiging in kliniek A dus kwijt raken (omdat er aangifte is gedaan) en in kliniek B behouden (omdat er geen aangifte is gedaan). Dit laat onverlet dat kliniek B wel eigen maatregelen kan nemen naar aanleiding van het gepleegde feit die ook kunnen leiden tot intrekking van de verlofmachtiging. Een ernstig incident dient daarnaast altijd gemeld te worden bij het ministerie van V&J en de Verlofunit zal de kliniek er dan op wijzen dat er aangifte moet worden gedaan. Verder kan het AVT op basis van een overzicht van gepleegde incidenten besluiten om een aanvraag voor een nieuwe verlofmachtiging van de betreffende patiënt af te wijzen.

Wat betreft de naleving van de regelgeving is geconcludeerd dat deze ook op een aantal andere punten niet (geheel) wordt nageleefd.

- Een deel van de klinieken doet wel vaker aangifte tegen patiënten met een verlofmachtiging maar heeft de eigen regels ten aanzien van het doen van aangifte tegen patiënten zonder verlofmachtiging niet veranderd.
- Er wordt vaak niet binnen 24 uur aangifte gedaan.
- Aangiften worden niet altijd doorgestuurd naar het OM; een deel van de aangiften wordt door de politie afgedaan (in samenspraak met het OM).



- Het OM houdt zich vaak (nog) niet aan de regel dat zij het hoofd van de kliniek moet informeren. Het OM heeft voor deze terugkoppeling ook een ander moment gekozen namelijk het moment dat besloten is of tot vervolging wordt overgegaan. Daarmee is het moment van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging ook opgeschoven.
- De indruk bestaat dat de klinieken vaak zelf bij het OM achterhalen of tot vervolging wordt overgegaan. Het feit dat een verlofmachtiging van rechtswege is vervallen, geven zij vervolgens niet aan de Verlofunit tbs door. Dit feit is dan niet in de registratie van verlofmachtigingen vastgelegd.

De wijziging van de regelgeving had tot doel om duidelijkheid te creëren over het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt. Op papier is deze duidelijkheid gecreëerd hoewel niet geheel conform beoogd omdat het OM een ander beslissingsmoment heeft gekozen om deze duidelijkheid aan de klinieken te bieden, dan de regelgeving voorschrijft. In de praktijk komt er pas volledige duidelijkheid als de kliniek consequent aangifte doet en het OM de kliniek consequent en op het juiste moment informeert.

Ten aanzien van de directe gevolgen van de verplichting tot aangifte kan worden geconcludeerd dat deze verplichting de maatwerkenpak van de kliniek kan doorkruisen. De strafrechtelijke afhandeling (met al zijn beperkingen) komt in de plaats van eigen maatregelen vanuit de kliniek die meer rekening houden met de aard en ernst van het delict en meer pedagogische waarde kunnen hebben. Het pedagogisch effect van een aangifte gaat voor een belangrijk deel verloren omdat het vaak lang duurt voor er duidelijkheid komt over de afhandeling en er vaak wordt geseponneerd (om andere redenen dan gebrek aan bewijs). De lange wachttijd voordat duidelijk is of tot vervolging wordt overgegaan heeft ook een vertragend effect op de behandeling en leidt ertoe dat een plan van begeleid verlof vaak langere tijd stil ligt.



## 2 Inleiding

In oktober 2006 vonden te Rotterdam drie ernstige delicten plaats waarvan een tbs-gestelde werd verdacht die zich had onttrokken aan zijn begeleid verlof. Naar de gang van zaken in deze zaak en een tweede onttrekking aan begeleid verlof in dezelfde periode, is een diepgravend onderzoek gedaan, dat op 21 februari 2007 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Uit dit onderzoek, uitgevoerd door de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, komt naar voren dat de verlofmachtiging volgens de destijds geldende voorschriften was afgegeven (ISt, 2007). Daarnaast blijkt dat de betrokkene in juni 2006 een gewelddadig dispuut had met een medepatiënt binnen de kliniek. Het hoofd behandeling van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) heeft dit incident ten onrechte niet beschouwd als een strafbaar feit. De kliniek heeft geen aangifte gedaan, omdat het agressie- of geweldsdelict naar haar mening niet 'weloverwogen en met vooropgezet doel' veroorzaakt was.

De ISt concludeert echter dat de machtiging voor verlof op basis van de geldende wetgeving van rechtswege was komen te vervallen (ISt, 2007). Het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt) stelde ten tijde van het voorval namelijk dat een verlofmachtiging vervalt als de tbs-gestelde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (artikel 53 lid 2 Rvt). Er was sprake van een incident waarbij de betrokkene aangemerkt diende te worden als een verdachte van een delict waarvoor voorlopige hechtenis was toegelaten (betrokkene had een medepatiënt geslagen).

Naar aanleiding van het onderzoek van de ISt is artikel 53 Rvt aangepast. Dit gebeurde bij wijziging van 26 juni 2008 (*Stb.* 2008, 222). De aanpassing volgt uit de aanbeveling uit het onderzoek om de voorschriften en beleidskaders aan te scherpen met betrekking tot het doen van aangifte van strafbare feiten gepleegd door tbs-gestelden en het om die reden van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging. De Inspectie stelt namelijk dat de op dat moment bestaande formulering van artikel 53 Rvt een lastige constructie is. Er valt niet altijd duidelijk een tijdstip te markeren, waarop sprake is van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging.

De aanpassing houdt in dat het hoofd van de inrichting binnen 24 uur verplicht aangifte moet doen bij een opsporingsambtenaar van een strafbaar feit (gepleegd door een tbs-gestelde) waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Als er sprake is van een verlofmachtiging, dan dient het verlof van de tbs-gestelde terstond te worden opgeschort. Op het moment dat het OM (Openbaar Ministerie) aangeeft dat de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt, dient de verlofmachtiging te worden ingetrokken. Het OM beoordeelt de gebeurtenis, als onafhankelijke derde, aan de hand van de aangifte, alvorens de verlofmachtiging van rechtswege vervalt. In situaties waarin het OM meedeelt dat de betrokkene *niet* als verdachte wordt aangemerkt, blijft de bestaande verlofmachtiging van kracht. Als het OM meedeelt dat betrokkene *wel* als verdachte wordt aangemerkt vervalt de bestaande verlofmachtiging van rechtswege.



In reactie op de voorgenomen wijzigingen is vanuit het tbs-veld een aantal ongewenste neveneffecten genoemd die verwacht werden op te treden als gevolg van de genoemde wijzigingen. In de eerste plaats hadden de FPC's veel bezwaren. Zij gaven met name aan dat de aangifteplicht niet strookt met *behandelen op maat*. Uitgangspunt voor de klinieken is altijd geweest dat aangifte doen moet passen binnen de behandeling.<sup>3</sup>

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) bepleit in haar advies over het voorstel tot wijziging van het Rvt onder meer om de aangifteplicht te vervangen door een meldingsplicht ten aanzien van *alle* strafbare feiten (RSJ, 2008). Dit schept duidelijkheid voor de inrichtingen (geen onderscheid meer in feiten waarvoor *wel* en feiten waarvoor *geen* voorlopige hechtenis is toegelaten) en vermindert de kans op verstoring van de behandelrelatie.

Er bleek geen politiek draagvlak te zijn voor aanpassing van het voorstel tot wijziging van het Rvt op basis van de naar voren gebrachte bezwaren. Het feit dat de verlofmachtiging vervalt op het moment dat een tbs-gestelde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, is reeds in 2005 bij wijziging van het Rvt geregeld. Op basis van signalen vanuit de tbs-inrichtingen, de politiek en de maatschappij, is er toentertijd nadrukkelijk voor gekozen dat het intrekken van de verlofmachtiging in bepaalde gevallen niet meer ter discussie mag staan. Een nuancering of versoepeling van het verloffbeleid, zoals voorgesteld door de RSJ en de FPC's, zou geen positieve bijdrage leveren aan het creëren van de beoogde duidelijkheid en eenduidigheid voor de tbs-inrichtingen, over het moment waarop de verlofmachtiging vervalt.<sup>4</sup>

Het advies van de RSJ om de aangifteplicht te vervangen door een meldingsplicht ten aanzien van *alle* strafbare feiten werd niet uitvoerbaar geacht omdat alle meldingen dan onderzocht moeten worden. Dit zou teveel werk opleveren zowel voor de tbs-inrichtingen als voor het OM.<sup>5</sup>

De voorgestelde wijziging is medio 2008 door de Tweede kamer aangenomen. De staatssecretaris heeft wel aan het tbs-veld toegezegd de gewijzigde regelgeving van het Rvt te evalueren. Het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) heeft, namens de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Veiligheid en Justitie, Van Montfoort opdracht verleend om deze evaluatie uit te voeren.

---

<sup>3</sup> Bron: interne notitie Mesdagkliniek 'Aangiftebeleid voor incidenten aangescherpt'.

<sup>4</sup> Nota van toelichting op het besluit van 16 juni 2008 p. 5.

<sup>5</sup> Bron: interview vertegenwoordiger Directie Wetgeving. Zie paragraaf 3.2.4.



### 3 Onderzoekverantwoording

#### 3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

De probleemstelling van het onderzoek luidt: *'In hoeverre wordt de gewijzigde regeling van het Rvt uitgevoerd zoals beoogd en wat zijn hiervan de directe gevolgen?'*. De probleemstelling is uitgewerkt naar een aantal onderzoeksvragen.

##### 1. Achtergrond

- a. Wat zijn de beoogde doelen van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt?
- b. Welke gewenste en ongewenste neveneffecten werden voorzien?

##### 2. Implementatie en uitvoering

- a. Heeft de implementatie plaatsgevonden binnen de FPC's, OM en politie? Zo ja, op welke wijze? Hoe heeft bijvoorbeeld de toerusting van de FPC's plaatsgevonden?
- b. Welke gewenste en ongewenste neveneffecten doen zich voor? Hoe wordt daarmee omgegaan?
- c. Hoe wordt de 'verplichte aangifte strafbare feiten' in de praktijk uitgevoerd?
- d. Wie zijn er betrokken bij de beslissing om al dan niet aangifte te doen?
- e. Van welke voorvallen wordt daadwerkelijk aangifte gedaan en hoe vaak? Is er sprake van een grijs gebied, en zo ja, waaruit bestaat dit?
- f. Wat zijn de overwegingen van de verschillende betrokkenen om al dan niet aangifte te doen en hoe vaak komen die voor?
- g. Hoe gaat de politie om met door de FPC's gedane aangifte? Hoe gaat het OM om met de gedane aangiften? Wat zijn de doorlooptijden? Hoe vaak en wanneer komt er een sepot?
- h. Welke gevolgen hebben de sinds de wijziging van het Rvt gedane aangiften gehad, zowel voor het individu als in het algemeen?

##### 3. Kwantitatieve analyse

- a. Hoeveel aangiften zijn er in een periode van twee jaar na invoering van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt gedaan?
- b. Hoe verhouden de aantallen aangiften in de twee jaar vóór de wijziging zich tot de aangiften van na de wijziging? (bijv. aantal, wijze van afdoening, duur afdoening, type delicten).
- c. Hoe verhouden de aangiften zich tot de meldingen bijzondere voorvallen bij de minister van Veiligheid en Justitie, vóór en na de wijziging van het Rvt, zijn hieruit conclusies te trekken met betrekking tot eventuele wijzigingen in de aangiftepraktijk?
- d. Hoe verhouden de aangiften zich tot de in de Monitor Informatie Terbeschikkingstelling (MITS) geregistreerde voorvallen, zowel vóór als na de wijziging van het Rvt, zijn hieruit conclusies te trekken met betrekking tot eventuele wijzigingen in de aangiftepraktijk?



#### 4. Beschouwing

- a. Kan geconcludeerd worden dat de vernieuwde regeling daadwerkelijk wordt nageleefd?  
Waarom wel/niet?
- b. Lijkt er sprake te zijn van al dan niet voorziene neveneffecten?

### 3.2 Onderzoeksmethoden en verantwoording

De gegevensverzameling voor het onderzoek vond plaats in de periode mei 2011 – oktober 2011. Aanvullend zijn begin 2012 nog enkele interviews gehouden.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende onderzoeksmethoden ingezet:

- Deskresearch
- Analyse databestanden
- Opstellen casebeschrijvingen
- Afname interviews.

#### 3.2.1 Deskresearch

Met de bestudering en analyse van schriftelijke informatiebronnen is antwoord verkregen op vraag 1a, vraag 1b en vraag 2a. Voor de deskresearch zijn verschillende soorten bronnen geraadpleegd:

- (advies)rapporten van Inspecties en de RSJ
- relevante stukken op het gebied van Wetgeving
- documenten van de FPC's (jaarverslagen, procesbeschrijvingen en protocollen)
- relevante (beleids)notities van de ministeries van Veiligheid en Justitie (V&J) en Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

Voor een overzicht van de geraadpleegde bronnen verwijzen we naar bijlage 1.

#### 3.2.2 Analyse databestanden

De vragen onder 3: kwantitatieve analyse, verwijzen naar de aantallen aangiften, de kenmerken van de aangiften en de vraag of de aangiftepraktijk is veranderd sinds de aanscherping van de regelgeving. Voor beantwoording van de laatste vraag hebben we twee meetperiodes onderscheiden:

- Een periode van twee jaar vóór de aanscherping van de regelgeving: juni 2006 – juni 2008 (voormeting).
- Een periode van twee jaar na de aanscherping van de regelgeving: januari 2009 – januari 2011 (nameting).

Voor beantwoording van vraag 3a tot en met 3d zijn de volgende registratiesystemen van belang:

1. De centrale registratie MITS van het ministerie van Veiligheid en Justitie, een gegevensbestand waarin verlofmarges, incidenten en aangiften van alle tbs-gestelden dienen te worden vastgelegd.
2. De centrale registratie van de Meldingen bijzondere voorvallen. In artikel 24 Rvt is vastgelegd wat bijzondere voorvallen zijn en hoe en wanneer deze gemeld moeten worden aan de minister





van Veiligheid en Justitie. Onder de bijzondere voorvallen staan ook strafbare feiten genoemd die voorlopige hechtenis waardig zijn. Dan gaat het met name om ernstige geweldsincidenten in of buiten de inrichting.

3. Het landelijk politieregistratiesysteem BlueView dat gevoed wordt door de verschillende regionale registratiesystemen van politie (BPS, Xpol, Genesys en BHV) waarin alle aangiften zijn vastgelegd.
4. Het landelijk Justitieel Documentatie Systeem (JDS) waarin de justitiële afhandeling van alle misdrijven en overtredingen op persoonsniveau is vastgelegd.

We hebben de procedures voor het verkrijgen van toegang tot deze systemen doorlopen en onder de vastgelegde voorwaarden ter bescherming van de privacy van betrokkenen, toegang verkregen om de systemen op persoonsniveau te raadplegen.

#### *Bijstelling onderzoeksopzet*

Het was onze bedoeling om via MITS te achterhalen hoeveel aangiften er zijn gedaan tijdens de voor- en nameting tegen tbs-gestelden (al dan niet met een verlofmachtiging) voor feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan. Op basis van namen en geboortedata van de tbs-gestelden wilden we vervolgens een koppeling maken met BlueView en JDS om de kenmerken van de aangiften en van de afhandeling te achterhalen.

Mocht er sprake zijn van een toename van het aantal aangiften bij de nameting, dan zou deze toename niet zonder meer kunnen worden toegeschreven aan de wijziging van het Rvt. Immers het kan ook zijn dat er de afgelopen twee jaar meer ernstige incidenten (en daarom ook meer aangiften) zijn geweest dan in de jaren daarvoor.

Om te kunnen bepalen of er aanwijzingen zijn dat een geconstateerde toename van het aantal aangiften is toe te schrijven aan de aanscherping van de regelgeving wilden we als volgt te werk gaan:

- Voor beide periodes (voor- en nameting) zou via de registratie van meldingen bijzondere voorvallen, worden nagegaan (1) hoeveel meldingen er zijn gedaan van bijzondere voorvallen waar verplicht aangifte van moet worden gedaan en (2) hoe vaak er ook daadwerkelijk aangifte is gedaan van deze voorvallen. Als het percentage aangiften is toegenomen dan mocht dat toegeschreven worden aan de aanscherping van de regelgeving. (Beantwoording vraag 3c).
- Voor beide periodes (voor- en nameting) zou een steekproef getrokken worden van 100, in het centrale databestand van MITS geregistreerde incidenten (die tbs-gestelden met een verlofmachtiging betreffen). Vervolgens konden we via een kwalitatieve analyse van deze cases nagaan of er ná de wijziging van het Rvt vaker aangifte werd gedaan van de incidenten waarvoor de aangifteplicht van toepassing is, dan vóór de wijziging.<sup>6</sup> (Beantwoording vraag 3d).

---

<sup>6</sup> Om na te gaan of er naar verhouding meer aangiften zijn gedaan ná de wijziging van het Rvt, moeten we de incidenten in MITS selecteren die strafbare feiten betreffen waarvoor voorlopige hechtenis geldt. Op deze voorwaarde is waarschijnlijk niet op voorhand te selecteren omdat MITS een bredere groep incidenten bevat dan de registratie meldingen bijzondere voorvallen. Dat betekent dat een handmatige kwalitatieve analyse zou moeten plaats vinden.



We zijn gestart met een onderzoek naar de volledigheid en betrouwbaarheid van beide registratiesystemen (MITS en de registratie meldingen bijzondere voorvallen) wat betreft de incidenten, de aangiften en de verlofmarges. Op basis hiervan hebben we geconcludeerd dat MITS onvolledig is ingevuld wat betreft de incidenten en de aangiften. Vóór 2009 werd MITS op het punt van de incidenten nog niet of nauwelijks ingevuld. De laatste jaren is dat aanzienlijk verbeterd. Het item 'wel/geen aangifte gedaan' vormt echter pas vanaf 2010 een verplicht in te vullen item voor de klinieken. Voor een vergelijking in aantallen aangiften tussen voor- en nameting bleek MITS dus niet bruikbaar. MITS is wel compleet en betrouwbaar voor de gehele onderzoeksperiode wat betreft de geregistreerde verlofmarges. MITS bevat ook alle namen van tbs-gestelden gedurende de afgelopen 10 jaar.

NB: de klinieken zelf zijn vaak ook pas in 2009 of 2010 gestart met het intern verzamelen van aangiften anders dan in de dossiers van de individuele patiënten. In de praktijk worden de processen verbaal ook niet altijd bij de jurist ingeleverd. We konden de aangiften van de afzonderlijke klinieken dus ook niet als bron gebruiken voor ons onderzoek.

Ook de registratie bijzondere voorvallen is niet eenduidig en consequent ingevuld wat betreft de incidenten en de aangiften. We noemen enkele knelpunten:

- Het is niet voor alle klinieken duidelijk wat bijzondere voorvallen zijn en de melding hiervan aan het ministerie (de zogenaamde piketmelding) gebeurt niet eenduidig. Vaak wordt bijvoorbeeld alleen het zwaarste voorval als incident op het formulier vermeld (zoals een onttrekking). Een delict dat plaats vindt tijdens de onttrekking wordt dan niet apart vermeld maar zit in de toelichting (kwalitatieve beschrijving) 'verborgen'. De zorginkopers van het ministerie dienen de klinieken op dit soort zaken te attenderen. De mate waarin dat gebeurt, verschilt per inkoper.
- De piketmeldingen die binnenkomen, worden pas vanaf 2009 door een medewerker van het ministerie systematisch vastgelegd in Excel volgens een vast format. Het item wel of geen aangifte vormt geen onderdeel van dit format maar is alleen te achterhalen uit de beschrijvende informatie over het verloop van het incident.
- Het kan zijn dat alsnog aangifte wordt gedaan na de melding van het bijzondere voorval bij het ministerie. Dat staat dan niet vermeld op het formulier van de piketmelding.

Gezien de beperkingen van MITS en van de registratie van de meldingen bijzondere voorvallen hebben we de vragen 3c en 3d (naar de mogelijke verandering van de aangiftepraktijk) niet volgens de beschreven opzet kunnen beantwoorden. Ook voor beantwoording van de vragen 3a en 3b (naar de aantallen en kenmerken van de aangiften voor en na de wijziging van het Rvt) hebben we onze aanpak bijgesteld.

#### *Beantwoording vraag 3a en 3b*

Niet MITS maar BlueView (een programma waarmee politieregistratiesystemen bevraagd kunnen worden) is als primaire bron gebruikt om het aantal aangiften te achterhalen.

We hebben een lijst opgesteld van de adressen en postcodes van alle locaties van de 13 FPC's. Onze contactpersoon bij de VtsPN heeft via een opgestelde query, alle aangiften achterhaald die in de voor- en nameting door aangevers woonachtig of verblijvend op deze adressen zijn gedaan.



Niet relevante aangiften (zoals aangiften zonder verdachte en aangiften tegen patiënten anders dan tbs-gestelden) en aangiften waarvan we niet weten of ze relevant zijn omdat we niet weten of een kliniek het eens is met deze aangiften (zoals aangiften van patiënten (tbs-gestelden) tegen patiënten (tbs-gestelden) zijn verwijderd.

Vervolgens is er een controle uitgevoerd op de volledigheid van de verkregen lijst van aangiften door ook te kijken naar de aangiften in MITS. Om de aangiften in MITS zo compleet mogelijk te maken heeft de beheerder van MITS alle klinieken gevraagd om voor alle incidenten die zij geregistreerd hebben in MITS alsnog (teruggaande tot juni 2006<sup>7</sup>) aan te vinken of er wel of niet aangifte is gedaan. Op basis van de namen van de tbs-gestelden waartegen aangifte is gedaan, die vervolgens uit MITS naar voren kwamen, is een tweede query gedraaid bij de VtsPN. Hieruit zijn geen nieuwe relevante aangiften naar voren gekomen die via de eerste query niet bekend zijn geworden.

Langs deze weg zijn in totaal 149 aangiften (tegen 117 tbs-gestelden) achterhaald die door de klinieken zijn gedaan. We schatten dat hiermee ongeveer 50% van alle voor ons onderzoek relevante aangiften zijn achterhaald. Voor een verdere verantwoording verwijzen we naar bijlage 2 en naar paragraaf 10.2.

Om de vraag naar de kenmerken van de aangiften, de verdachten (wel/geen verlofmachtiging) en de afhandeling van de aangiften (aard afdoening en doorlooptijden) te kunnen beantwoorden hebben we het verkregen bestand van aangiften gekoppeld aan MITS (voor gegevens over de verlofmarges) en gekoppeld aan JDS (voor gegevens over de aard van het gepleegde delict (wel of niet voorlopige hechteniswaardig), de aard van de afdoening en de doorlooptijden van de afdoening).

#### *Beantwoording vraag 3c en 3d*

Om een indicatief antwoord te krijgen op de vraag of een toename van het aantal aangiften is toe te schrijven aan de aanscherping van de regelgeving, hebben we een aantal relevante gegevens verzameld:

- Cijfers over het aantal tbs-gestelden in de periode 2006-2010;
- Cijfers over het aantal verlofmachtigingen in de periode 2006-2010;
- Cijfers over het aantal incidenten binnen de tbs-klinieken gedurende de periode 2006-2010.

Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van het aantal incidenten hebben we de scores van de afzonderlijke klinieken op een aantal relevante prestatie-indicatoren achterhaald. Het betreft de prestatie-indicatoren die verwijzen naar aantallen incidenten.

#### *3.2.3 Opstellen casebeschrijvingen*

De Verlofunit tbs van het ministerie van Veiligheid en Justitie controleert sinds januari 2009 de piketmeldingen (van bijzondere voorvallen) die vanuit de klinieken bij hen binnenkomen, op de vraag of er incidenten bij zijn waarvoor ten onrechte geen aangifte is gedaan. De betreffende kliniek wordt vervolgens per brief verzocht om alsnog aangifte te doen.

---

<sup>7</sup> De start van de voormetingsperiode.



Er was geen overzicht beschikbaar van de verstuurde brieven voor ons onderzoek. Wel kon de Verlofunit ons een aantal actuele casebeschrijvingen aanleveren waarbij een kliniek (in eerste instantie) geen aangifte had gedaan. Hieruit zijn 6 uiteenlopende beschrijvingen geselecteerd. In de interviews met de hoofden behandeling van de klinieken hebben we steeds twee cases voorgelegd met de vraag wat redenen zijn voor de geïnterviewde om in de betreffende case wel of geen aangifte te doen en wat doorslaggevend was om uiteindelijk wel of geen aangifte te doen. De casebeschrijvingen zijn van tevoren toegestuurd aan de te interviewen hoofden behandeling.

#### 3.2.4 *Afname interviews*

Het onderzoek heeft in belangrijke mate het karakter van een procesevaluatie. De wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt betekenen voor de betrokken klinieken dat zij nieuwe (althans aangescherpte) regelgeving moeten implementeren. Onderzoek naar implementatieprocessen laat zien, dat het resultaat van een implementatietraject afhankelijk is van vier factoren (Greenhalgh et al., 2004):

- de nieuwe werkwijze (in dit geval nieuwe regelgeving);
- de mensen (die de regelgeving moeten adopteren);
- de organisatie (die de regelgeving moet ondersteunen en eventueel bijsturen);
- het netwerk van organisaties (waarbinnen de mensen en de organisaties opereren die bij de regelgeving betrokken zijn).

Om zicht te krijgen op deze factoren zijn interviews gehouden met de centrale partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de gewijzigde regelgeving: de FPC's (n=13), politie en OM, de Directie Forensische Zorg en de Verlofunit tbs van DJI en het onafhankelijke Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT).<sup>8</sup>

Hiermee is antwoord verkregen op vragenblok 2, de vragen naar de implementatie en uitvoering. Op basis van de conceptrapportage is aanvullend een interview gehouden met een vertegenwoordiger de directie Wetgeving van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

#### *Interviews met de afzonderlijke klinieken*

Deze interviews vormen de centrale bron van informatie voor de procesevaluatie. Met deze interviews is nagegaan (aan de hand van de vier factoren voor een goede implementatie) of de nieuwe regelgeving is geïmplementeerd en hoe deze in de praktijk wordt uitgevoerd.

Onze onderzoeksopzet voorzag in face to face interviews (n=3) binnen elke kliniek. We hebben deze opzet bijgesteld omdat het Landelijk Beraad van Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV) aangaf dat zij de afname van drie face to face interviews per kliniek te belastend vonden voor de klinieken. In overleg met het LBHIV is besloten tot de afname van telefonische interviews binnen de klinieken. We zijn daarbij als volgt te werk gegaan.

- Er is één voorgestructureerde vragenlijst gemaakt voor de gegevensverzameling binnen de klinieken (semigestructureerde interviews).

---

<sup>8</sup> Het Adviescollege Verloftoetsing tbs is verantwoordelijk voor de inhoudelijke toetsing van de verlofaanvragen (zie ook paragraaf 4.3).



- We zijn gestart met een telefonische interviewronde met een juridisch medewerker (veelal een jurist) van elke kliniek. In deze interviews is nagegaan wat de informatiepositie is van de juristen binnen de klinieken en welke eventuele andere partij ook nog benaderd zou moeten worden voor de beantwoording van de geformuleerde vragen. In deze eerste ronde is ook een deel van de vragenlijst reeds doorgenomen met de juristen.
- Op basis van deze eerste ronde is geconcludeerd dat een groot deel van de vragen beantwoord kan worden op basis van interviews met de juristen, maar dat een aanvullende interviewronde met hoofden behandeling<sup>9</sup> noodzakelijk is om zicht te krijgen op de inhoudelijke overwegingen om wel of geen aangifte te doen en het draagvlak bij medewerkers om de regelgeving uit te voeren.
- Vervolgens is de bestaande vragenlijst opgesplitst naar een vragenlijst voor de juristen en een vragenlijst voor de hoofden behandeling. Er is een interviewronde gehouden met de hoofden behandeling en een tweede interviewronde met de juristen.

Langs deze weg zijn alle klinieken bereikt.

- Er zijn interviews gehouden met de juristen of juridisch medewerkers<sup>10</sup> van alle 13 klinieken. Bijna altijd (in 12 van de 13 klinieken) zijn de juristen telefonisch geïnterviewd. Eén keer zijn de vragen schriftelijk beantwoord door de jurist.
- Er zijn telefonische interviews gehouden met een van de hoofden behandeling van 10 van de 13 klinieken. Eén keer is een interview voortijdig afgebroken omdat de geïnterviewde werd weggeroepen. Bij twee klinieken is het niet gelukt om binnen de gestelde tijd voor de dataverzameling een interview te organiseren.

Voor de meeste klinieken geldt dat zowel met één jurist en als ook met één hoofd behandeling is gesproken. De positie van de jurist in de toepassing van de regelgeving varieert. Zij worden niet altijd in de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen, betrokken. De hoofden behandeling hebben alleen zicht op de afhandeling van incidenten binnen hun eigen afdeling. Zij bepalen (mede) of er wel of geen aangifte van deze incidenten wordt gedaan maar kunnen meestal geen uitspraken doen voor de totale kliniek. Het onderzoek geeft dan ook geen volledig beeld, maar wel een goede indruk, van de uitvoering van de regelgeving binnen de afzonderlijke klinieken. Omdat informatie is verzameld binnen alle klinieken geeft het onderzoek ook een goed beeld van de variatie in de uitvoeringspraktijk binnen het tbs-veld.

#### *Interviews met politie en justitie*

Er zijn telefonische interview gehouden met de contactpersonen bij politie en het OM voor de klinieken. In totaal is met negen politiefunctionarissen en zes officieren van justitie gesproken. Doel was om tien politiefunctionarissen en tien officieren van justitie te spreken. Om agendatechnische redenen en

---

<sup>9</sup> We gebruiken de benaming hoofd behandeling. Er zijn echter ook andere benamingen voor gelijksoortige posities binnen de klinieken zoals: hoofd sociotherapeutisch milieu, zorginhoudelijk manager en behandelverantwoordelijke.

<sup>10</sup> Verder aangeduid als juristen.



wegens drukte en vakantie is het niet gelukt om binnen de beschikbare tijd voor de dataverzameling, met alle contactpersonen te spreken.

De politiefunctionarissen en officieren van justitie zijn benaderd na contact met de kliniek. Aan de jurist van elke kliniek is gevraagd wie hun contactpersoon is bij politie en justitie. Alle juristen konden ons de naam van hun contactpersoon bij de politie noemen. Voor wat betreft het OM was dat in eerste instantie lastig voor de meeste juristen. Omdat in de zomer 2011 een brief is rondgestuurd vanuit DJI naar de klinieken met de namen van alle vaste tbs-officieren in de verschillende arrondissementen (zie ook paragraaf 4.7) hebben we alsnog via de juristen vernomen wie de contactpersoon is bij het OM voor tbs-zaken.

De relatie tussen kliniek en geïnterviewde contactpersonen van politie en OM ziet er als volgt uit:

- Voor 6 klinieken geldt dat zowel met de contactpersoon van politie als met de contactpersoon van het OM is gesproken.
- Voor 3 klinieken geldt dat alleen met de contactpersoon van het OM werd gesproken.
- Voor 4 klinieken geldt dat met geen van beide contactpersonen is gesproken.

Er is met de politiefunctionarissen en de officieren van justitie gesproken over de bekendheid met de regelgeving, de uitvoering van de regelgeving en de beoordeling van de regelgeving. Verder is ook gekeken naar de communicatie en afstemming tussen de kliniek, politie en OM.

#### *Interviews met vertegenwoordigers van DJI, Verlofunit tbs en AVT*

Er zijn face to face interviews gehouden met een vertegenwoordiger van de Verlofunit tbs en een vertegenwoordiger van het Adviescollege op basis van een semi-voorgestructureerde vragenlijst. Er is verschillende malen gesproken met een medewerker van de Directie Forensische Zorg van DJI. Gesprekken en interviews hadden met name betrekking op de beoordeling van de aangescherpte regelgeving, de betekenis hiervan voor de procesmatige en inhoudelijke toetsing van de verlofaanvragen en de ondersteuning en mogelijke bijsturing van de uitvoering van de regelgeving vanuit het ministerie.

#### *Interviews met een vertegenwoordiger van de directie Wetgeving van het ministerie van V&J en met een expert op het gebied van strafrecht*

De directie Wetgeving heeft haar reactie op de conceptrapportage schriftelijk vastgelegd. Op basis van dit commentaar is vervolgens een face tot face interview gehouden met een vertegenwoordiger van de directie Wetgeving. De resultaten van dit interview zijn verwerkt in de eindversie van het rapport. Bij de afronding van het rapport zijn enkele juridische bevindingen voorgelegd aan een juridisch specialist op het gebied van het strafrecht (hoogleraar straf- en strafprocesrecht aan een universiteit) en op hun juistheid getoetst.



### 3.3 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 4 wordt de achtergrond en de inhoud van de gewijzigde regelgeving geschetst. De onderzoeksvragen 1a (beoogde doelen wijzigingen regelgeving) en 1b (gewenste en ongewenste neveneffecten) worden beantwoord. Tevens wordt ingegaan op de reikwijdte van de regelgeving en de actuele ontwikkelingen ten aanzien van de regelgeving. Ook wordt stil gestaan bij de reikwijdte van de evaluatie.
- In hoofdstuk 5 gaan we nader in op de implementatie van de gewijzigde regelgeving. Dan gaat het om de vraag of en hoe betrokkenen zijn geïnformeerd over de wijzigingen van 2008, de toerusting van de klinieken en het opstellen van protocollen. Verder komt de werkwijze bij het doen van aangifte aan de orde en we staan stil bij de randvoorwaarden voor uitvoering, te weten het draagvlak binnen de klinieken en de financiële en personele middelen om de regelgeving uit te voeren.
- In hoofdstuk 6 wordt stilgestaan bij de helderheid en uitvoerbaarheid van de regelgeving. Hier komt aan de orde of de regelgeving volgens de klinieken voldoende eenduidig is en in de praktijk uitvoerbaar is. We besteden daarbij aandacht aan de opvatting van de klinieken over de verhouding tussen enerzijds de verplichting tot aangifte en anderzijds het beroepsgeheim.
- In hoofdstuk 7 wordt beschreven hoe de klinieken naar eigen zeggen in de praktijk omgaan met de verplichting om aangifte te doen en wat hun overwegingen zijn om al dan niet aangifte te doen. Verder staan we stil bij twee belangrijke aspecten van de uitvoeringspraktijk, te weten de doorlooptijd van de justitiële afhandeling en het spanningsveld tussen enerzijds de verplichting om aangifte te doen anderzijds de wens van de klinieken om vanuit het behandelperspectief maatwerk te bieden voor elke patiënt.
- In hoofdstuk 8 staat de beoordeling van de regelgeving centraal. We gaan welke vooraf voorziene en eventuele andere ongewenste en gewenste neveneffecten zich in de praktijk ook voordoen. Tevens geven we weer wat er volgens de klinieken veranderd is met de invoering van de wijzigingen in 2008.
- In hoofdstuk 9 komen de politie en het OM aan het woord. We beschrijven of en hoe de regelgeving bij politie en OM is geïmplementeerd en in de praktijk wordt uitgevoerd. We besteden aandacht aan de communicatie en afstemming tussen politie, OM en klinieken en aan de knelpunten die politie en OM signaleren in de uitvoering.
- In hoofdstuk 10 tenslotte volgen de resultaten van de kwantitatieve analyse. We maken een vergelijking tussen aantal en aard van de aangiften vóór en na de invoering van de wijzigingen in de regelgeving in 2008. Tevens gaan we na of op basis van de cijfermatige gegevens blijkt dat de regelgeving in de praktijk wordt uitgevoerd zoals bedoeld.







## 4 Achtergrond en actuele ontwikkelingen gewijzigde regelgeving

### 4.1 Inleiding

De achtergrond en de actuele ontwikkelingen van de gewijzigde regelgeving worden beschreven op basis van de uitgevoerde deskresearch en de interviews met de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs, het AVT en de directie Wetgeving.

De onderzoeksvragen 1a en 1 b hebben betrekking hebben op de achtergrond van de gewijzigde regelgeving. Deze vragen luiden als volgt:

- Wat zijn de beoogde doelen van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt?
- Welke gewenste en ongewenste neveneffecten werden voorzien?

Deze vragen worden in paragraaf 4.5 (vraag 1a) en paragraaf 4.6 (vraag 1b) beantwoord.

### 4.2 De aanpassingen van het Rvt en de reikwijdte van de evaluatie

#### *Aanleiding*

Op basis van haar onderzoek naar twee onttrekkingen in twee tbs-klinieken (2007) doet de ISt de aanbeveling om de voorschriften en beleidskaders met betrekking tot het doen van aangifte van strafbare feiten gepleegd door tbs-gestelden en het om die reden van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging, aan te scherpen. Met name het tijdstip waarop sprake is van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging dient duidelijker gemarkeerd te worden. Daarnaast concludeert de ISt, naar aanleiding van de trage handelwijze van de politie en de niet doorgezette vervolging van het OM, dat beide instanties niet weten of zich niet voldoende hebben gerealiseerd dat vervolging voor een nieuw strafbaar feit (of het aangemerkt worden als verdachte van een nieuw strafbaar feit) invloed kan hebben op de verlofverlening van een tbs-gestelde (ISt, 2007, p. 29). Zij formuleert voor het OM en de politie de aanbeveling om een heldere beleidslijn te formuleren met betrekking tot het kennismaken van feiten, het opnemen van een aangifte en het al dan niet vervolgen van plegers van feiten die zich al bevinden in een tbs-kliniek.

#### *De wijzigingen*

Artikel 53 lid 2 Rvt is bij besluit van 16 juni 2008 (Stb. 2008, 222) gewijzigd.<sup>11</sup>

De oude tekst van art. 53 lid 2 Rvt luidde:

*2. Voordat het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden overgaat tot het verlenen van een vorm van verlof, bedoeld in het eerste lid, verzoekt deze Onze Minister schriftelijk een machtiging. De machtiging van Onze Minister kan mede omvatten het meermalen verlenen van de in het eerste lid*

<sup>11</sup> Art 57 Rvt ziet op het proefverlof en bij dit artikel is eenzelfde wijziging doorgevoerd als bij art. 53 Rvt.



*onderscheiden verlofsoort. De machtiging wordt verleend voor de duur van een jaar. Ten behoeve van het verlenen van een nieuwe machtiging draagt de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden twee maanden voor het verlopen van de machtiging zorg voor een evaluatie aan Onze Minister. Een nieuwe machtiging wordt slechts verleend indien een evaluatie afgegeven is.*

*De machtiging vervalt:*

***1°.** zodra de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde vierentwintig uur ongeoorloofd afwezig is, tenzij sprake is van overmacht, of*

***2°.** indien de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, begaan tijdens de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege.*

In de nieuwe redactie van art. 53 lid 2 Rvt wordt iets gewijzigd en toegevoegd aan het deel onder 2°;  
De nieuwe tekst luidt nu:

*2. Voordat het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden overgaat tot het verlenen van een vorm van verlof, bedoeld in het eerste lid, verzoekt deze Onze Minister schriftelijk een machtiging. De machtiging van Onze Minister kan mede omvatten het meermalen verlenen van de in het eerste lid onderscheiden verlofsoort. De machtiging wordt verleend voor de duur van een jaar. Ten behoeve van het verlenen van een nieuwe machtiging draagt de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden twee maanden voor het verlopen van de machtiging zorg voor een evaluatie aan Onze Minister. Een nieuwe machtiging wordt slechts verleend indien een evaluatie afgegeven is.*

*De machtiging vervalt:*

***1°.** zodra de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde vierentwintig uur ongeoorloofd afwezig is, tenzij sprake is van overmacht, of*

***2°.** zodra het Openbaar Ministerie aan het hoofd van de inrichting meldt dat de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, begaan tijdens de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege.*

*Het hoofd van de inrichting doet van een strafbaar feit als bedoeld in onderdeel 2° binnen vierentwintig uur aangifte bij een opsporingsambtenaar. Indien de ter beschikking gestelde ten aanzien van wie door het hoofd van de inrichting aangifte wordt gedaan, verlof is verleend, wordt dit verlof terstond ingetrokken door het hoofd van de inrichting. Het hoofd van de inrichting verleent geen verlof aan de ter beschikking gestelde ten aanzien van wie door het hoofd van de inrichting aangifte wordt gedaan, tot aan de mededeling van het Openbaar Ministerie als bedoeld in onderdeel 2°.*

Artikel 53 Rvt heeft betrekking op vier soorten verlof: begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en incidenteel verlof. Art. 57 lid 4 Rvt heeft betrekking op het proefverlof.



### *De reikwijdte van de evaluatie*

De aanscherping betekent voor de klinieken dat zij hun manier van werken op drie punten moeten aanpassen.

1. Ze moeten verplicht aangifte doen (van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten).
2. Ze moeten deze aangifte binnen 24 uur doen.
3. Ze moeten het verlop van de betreffende tbs-gestelde terstond intrekken totdat het OM (als onafhankelijke derde) heeft beoordeeld of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt.

Feitelijk gaat het dus om aanscherping op drie punten. Dat het in art. 53 Rvt lid 2 gaat om 'strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en om het feit dat 'de verlofmachtiging vervalt op het moment dat de tbs-gestelde als verdachte is aangemerkt' is bij een eerdere wijziging van art. 53 Rvt vastgelegd<sup>12</sup>. Dit zijn dus geen wijzigingen of aanscherpingen die in 2008 zijn doorgevoerd. Het zijn wel essentiële onlosmakelijke onderdelen van de regelgeving. De onderhavige evaluatie heeft daarom niet alleen betrekking op de aanscherpingen/ wijzigingen in de regelgeving van 2008 maar op de gewijzigde regelgeving als geheel. Daarin zijn dus ook de wijzigingen van 2005 verdisconteerd. Deze benadering sluit ook aan bij de formulering van de probleemstelling. Hierin wordt gesproken van *de gewijzigde regeling* en niet van de *wijzigingen in de regeling* (zie paragraaf 3.1).

### *Feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten*

Artikel 53 Rvt is eerder gewijzigd bij besluit van 23 juni 2005 (*Stb.* 2005, 400) als aanscherping van het verlopbeleid. Met deze wijziging is vastgelegd dat de machtiging van rechtswege vervalt bij een verdenking van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. In de nota van toelichting bij dit eerdere besluit is aangegeven dat sprake is van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten bij ernstige ordeverstoringen zoals brandstichtingen, openlijke geweldpleging tegen personeel of andere justitieel ingeslotenen dat lichamelijk of psychisch letsel tot gevolg heeft of het voorhanden hebben van vuurwapens. Of een dergelijke situatie zich voordoet dient te blijken uit een melding van opsporingsinstanties (zoals politie en OM) dat betrokkene wordt verdacht van een dergelijk strafbaar feit.

Toepassing van voorlopige hechtenis is aan een viertal wettelijke voorwaarden gebonden. Er moeten 1) ernstige bezwaren zijn; er moet sprake zijn van 2) een geval en 3) een grond en de rechter moet 4) een anticipatietoets uitvoeren<sup>13</sup>. In de wetwijziging van 2005 staat dat ten aanzien van de verdenking van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten wordt aangesloten bij artikel 67 van het Wetboek van Strafvordering (Sv). Dit artikel regelt zowel de gevallen (criteria 2) waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten alsmede de ernstige bezwaren (criteria 1) die blijken uit feiten en omstandigheden jegens verdachte moeten bestaan om voorlopige hechtenis toe te laten.

We merken op dat de groep van delicten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, groter is dan de groep delicten die is beschreven in de nota van toelichting (van 2005). Daarin zijn met name de zwaardere delicten genoemd. Delicten als mishandeling (art. 300 Wetboek van Strafrecht (Sr)) en bedreiging (art. 285 lid 1 Sr) zijn ook gevallen waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, zoals blijkt

<sup>12</sup> Bij besluit van 23 juni 2005 (*Stb.* 2005, 400).

<sup>13</sup> Corstens, G.J.M. (2008) *Het Nederlands Strafrecht*. Arnhem: Kluwer.



uit art. 67 lid 1 sub b Sv.<sup>14</sup> Daarnaast valt ook diefstal (art. 310 Sr) onder feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. De verplichting tot het doen van aangifte heeft dus ook betrekking op relatief kleine vergrijpen als winkeldiefstal en diefstal van een fiets. Er zal wel meer moeten zijn dan bijvoorbeeld een anonieme tip<sup>1</sup>.

#### *Het aanmerken als verdachte*

Op grond van de wijziging van art. 53 Rvt (2008) vervalt de verlofmachtiging op het moment dat het OM contact opneemt met het hoofd van de tbs-inrichting om te melden dat de betrokkene als verdachte wordt aangemerkt. In artikel 27 Sv staat aangegeven wie als verdachte wordt aangemerkt. Lid 1 geeft aan: *'Als verdachte wordt voordat de vervolging is aangevangen, aangemerkt degene te wiens aanzien uit feiten en omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan eenig strafbaar feit voorvloeit'*. Lid 2 vult daarop aan dat *'daarna als verdachte wordt aangemerkt degene tegen wien de vervolging is gericht'*.

Het begrip 'aanmerken als verdachte' wordt in de wijziging van art. 53 in 2005 voor het eerst gebruikt, maar pas bij de concrete aanscherpingen van de regelgeving in het besluit tot wijziging van 16 juli 2008, nader uitgewerkt. De nota van toelichting bij het besluit van 16 juni 2008 verwijst niet naar artikel 27 Sv, dat aangeeft wanneer een persoon als verdachte wordt aangemerkt. Uit deze nota van toelichting blijkt dat er drie momenten te onderscheiden zijn waarop iemand als verdachte kan worden aangemerkt: 1) bij ontdekking op heterdaad, 2) bij aangifte of 3) op het moment dat het OM contact opneemt met het hoofd van de kliniek naar aanleiding van het gepleegde strafbare feit, teneinde mede te delen dat de betrokkene als verdachte van een strafbaar feit (waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten) wordt aangemerkt. Dit laatste moment wordt in de nota van toelichting als het meeste gewenste moment genoemd om bij aan te sluiten. Als dit laatst genoemde moment bepalend is voor de vraag of iemand als verdachte wordt aangemerkt, is het voor de voortgang van de behandeling van de tbs-gestelde van groot belang dat het OM zo spoedig mogelijk laat weten of een betrokkene als verdachte wordt aangemerkt. Zodra het OM meedeelt dat de betrokkene *niet* als verdachte wordt aangemerkt, vervalt de opschorting van het verlof. Als het OM meedeelt dat betrokkene *wel* als verdachte wordt aangemerkt vervalt de bestaande verlofmachtiging van rechtswege.

### **4.3 Verplichte aangifte en de registratie van incidenten**

Naast de verplichte aangifte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, dient de inrichting elk incident te registreren in MITS en een piketmelding te doen bij het ministerie van V&J van elk ernstig incident (in het kader van verplichte registratie Meldingen bijzondere voorvallen<sup>15</sup>). Welke ernstige incidenten het betreft is als volgt omschreven: (1) ernstige geweldsincidenten in of

<sup>14</sup> Feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten staan genoemd in art. 67 lid 1 Sv sub a bevat de algemene regel dat het moet gaan om een misdrijf waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld. In sub b en c worden daarnaast nog andere strafbare feiten genoemd, waarop naar de wettelijke omschrijving geen gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld, maar waarvoor wel voorlopige hechtenis is toegelaten.

<sup>15</sup> Zie: Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden: *Stcrt.* 1999, 809711.



buiten de inrichting (2) elk ander incident in of buiten de inrichting van ernstige, politiek gevoelige of publiciteitsgevoelige aard.

De piketmeldingen gaan naar de bewindspersoon, de Verlofunit tbs ontvangt een afschrift van elke melding. Als uit de beschrijving blijkt dat geen aangifte is gedaan dan krijgt de kliniek een brief van de Verlofunit met de opmerking dat alsnog aangifte moet worden gedaan.

Tenslotte dienen bij een nieuwe aanvraag voor een verlofmachtiging of een aanvraag voor verlenging van verlofmachtiging (die elk jaar moet worden ingediend) middels een vast format alle incidenten gemeld te worden. Ook naar aanleiding van dit ingevulde format komt het voor dat de Verlofunit, die de verlofaanvragen procedureel toetst, de kliniek alsnog laat weten dat er aangifte dient te worden gedaan.

#### 4.4 Verlof en verlofprocedures

##### *Aanvraag*

Als een tbs-gestelde na een behandelperiode voldoende vooruitgang heeft geboekt en de kans op herhaling van het misdrijf tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht, komt hij in aanmerking voor verlof. Hiervoor stelt de behandelcoördinator of hoofd behandeling een verlofaanvraag op. De aanvraag wordt vervolgens besproken en onderworpen aan een professioneel inhoudelijke toets in de vorm van een intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld een verlofcommissie of verlofvergadering) binnen de kliniek. Na deze bespreking wordt de verlofaanvraag gestuurd naar de Verlofunit tbs van DJI. De Verlofunit beoordeelt of de aanvraag voldoet aan de formele vereisten zoals vastgelegd in het Verloftoetsingskader tbs.<sup>16</sup> Zodra de aanvraag compleet is en voldoet aan de formele vereisten, zendt de Verlofunit de aanvraag naar het AVT toetst de aanvraag inhoudelijk. Het beoordeelt welke risico's aan een bepaalde verlofaanvraag zijn verbonden. Er wordt gekeken naar het behandelplan dat de kliniek voor ogen heeft en de plaats van het verlof binnen dit plan. Ook is het mogelijk dat het Adviescollege een of twee deskundigen van het Nederland Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie inschakelt om te onderzoeken of het verlof verantwoord is, voordat ze een advies uitbrengt. Het Adviescollege stuurt vervolgens een positief of negatief advies naar de Verlofunit die namens de minister van Veiligheid en Justitie de uiteindelijke beslissing neemt. De Verlofunit kan van een positief advies afwijken (contraire beslissing), niet van een negatief advies.<sup>17</sup>

De verlofmachtiging voor begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof (zie *vormen*) wordt voor één jaar afgegeven (art. 53 lid 2 Rvt). De machtiging voor proefverlof wordt ook voor één jaar afgegeven (art. 54 lid 3 Rvt). Het forensische psychiatrisch centrum (de tbs-kliniek) moet dus elk jaar opnieuw een verlofaanvraag indienen die procesmatig wordt getoetst door de Verlofunit tbs van het ministerie van V&J en vervolgens inhoudelijk wordt getoetst door het AVT. Het AVT kijkt hierbij naar eventuele incidenten, of het verlof volgens het verlofplan verloopt en hoe ver de behandeling gevorderd is. De gehele procedure van externe toetsing duurt circa twee maanden.

---

<sup>16</sup> Zie: DJI (2009).

<sup>17</sup> Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs/tbs-verlof/verlofaanvraag>



De machtiging vervalt automatisch indien de termijn waarvoor de machtiging is afgegeven is verstreken en er geen verlenging komt.<sup>18</sup>

#### *Vormen*

Tijdens de intra- en extramurale fase van een tbs-traject zijn er verschillende vormen van verlof: (beveiligd) begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. Deze vormen worden verlofmarges genoemd. Bij begeleid verlof mag de tbs-gestelde onder begeleiding naar buiten, bijvoorbeeld om boodschappen te doen of te wandelen. De begeleiding wordt gefaseerd opgebouwd. Als het begeleid verlof goed is verlopen, mag de tbs-gestelde op onbegeleid verlof. Dit verlof varieert van een dag tot maximaal een week. Het is de bedoeling dat de tbs-gestelde tijdens deze periode werkervaring opdoet, een opleiding volgt of familie en vrienden bezoekt. Als het onbegeleid verlof goed is verlopen mag de tbs-gestelde op transmuraal verlof. Dit betekent dat het FPC (de tbs-kliniek), de tbs-gestelde op afstand begeleidt. De tbs-gestelde verblijft dan buiten de kliniek, bijvoorbeeld in een zelfstandige woning, bij een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) of op een forensisch psychiatrische afdeling van een psychiatrische instelling.<sup>19</sup> Naast deze vormen is er nog incidenteel begeleid verlof voor rechtbank- of ziekenhuisbezoek. Artikel 53 lid 2 Rvt heeft betrekking op bovenstaande vormen van verlof.

Belangrijk is het onderscheid met het proefverlof. Bij een machtiging voor proefverlof is er geen sprake meer van een intra- of extramurale fase. Bij proefverlof mag de tbs-gestelde terug in de samenleving. Hij gaat dan zelfstandig wonen en is vanaf dat moment ex-patiënt: de kliniek draagt dan ook het toezicht over aan de reclassering, maar de verantwoordelijkheid voor de patiënt blijft bij de kliniek liggen. Deze verlofmachtiging wordt alleen verleend als de tbs-kliniek kan aantonen dat het gevaar voor recidive zó ver is teruggebracht dat het verantwoord is om op proefverlof te gaan.<sup>20</sup> Art. 57 Rvt ziet op het proefverlof en bij dit artikel is eenzelfde wijziging doorgevoerd als bij art. 53 Rvt.

#### **4.5 Doelen wijziging Rvt**

In het *besluit van 16 juni 2008 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden in verband met een wijziging van de regels met betrekking tot verlof en proefverlof en enige andere bepalingen* wordt niet expliciet aangegeven wat de doelen van de wijziging van de artikelen 53 en 57 Rvt zijn. Wel kan op basis van de nota van toelichting worden geconcludeerd dat het primaire doel was om duidelijkheid te creëren over het moment waarop de verlofmachtiging vervalt. Het vervallen van de verlofmachtiging stond in sommige gevallen ook na 2005 nog steeds ter discussie. Aanscherping van de regelgeving moest hier een einde aan maken.

---

<sup>18</sup> Zie art. 15 lid 1 onder a Verlofregeling tbs.

<sup>19</sup> Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs/tbs-verlof/soorten-verlof>

<sup>20</sup> Bron: <http://www.dji.nl/Onderwerpen/Patienten-in-forensische-zorg/Straffen-en-maatregelen/Tbs-maatregel/>



Het overkoepelend doel van de regelgeving vastgelegd in de artt. 53 en 57 Rvt, is terug te vinden in het besluit van 23 juli 2005 tot wijziging van het Rvt. In de nota van toelichting bij dit besluit wordt uitgebreid beschreven dat de regelgeving ten aanzien van het vervallen van de verlofmachtiging is ingegeven door de noodzaak van het beschermen van de veiligheid in de samenleving. Dit sluit aan bij het bredere kader van de tbs-maatregel. Tbs kan uitsluitend worden opgelegd als de veiligheid van de samenleving gevaar loopt.

## **4.6 Principiële bezwaren en (on)gewenste neveneffecten die werden voorzien**

### *4.6.1 Principiële bezwaren en ongewenste neveneffecten*

In reactie op de voorgenomen wijzigingen in 2008, is vanuit het tbs-veld een aantal ongewenste neveneffecten naar voren gebracht die verwacht werden op te treden als gevolg van de genoemde wijzigingen. De bezwaren van de FPC's hadden met name betrekking op het feit dat de aangifteplicht niet strookt met *behandelen op maat*. Er zijn patiënten die vanuit hun ziektebeeld dagelijks dreigen met agressie. De klinieken zien het als hun taak om hiermee om te gaan en deze uiting van psychiatrische problematiek te behandelen. Aangifte doen in dergelijke situaties kan contraproductief werken. Ook achtte men het niet ondenkbaar dat patiënten 'valse aangiften' gaan doen om elkaar dwars te zitten.<sup>21</sup>

De bezwaren van de RSJ zijn uitgebreider beschreven. De RSJ heeft een advies uitgebracht aangaande het voorstel tot wijziging van artikelen 53 en 57 van de Rvt (RSJ, 2008). De RSJ voorziet knelpunten op vier punten: (1) de aangifteplicht, (2) het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (3) het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging en (4) 'het aan merken als verdachte' als moment voor vervallen van de verlofmachtiging.

#### *De aangifteplicht*

De aangifteplicht kan tot verschillende knelpunten leiden. Ten eerste kan het hoofd van de inrichting bij klachtdelicten geen aangifte doen, alleen de klachtgerechtigde. Daarnaast kan de aangifteplicht van de inrichting botsen met de wens van het slachtoffer, als deze om moverende redenen geen aangifte wenst te doen. Ten derde kan de aangifteplicht de behandelrelatie met de patiënt onder druk zetten temeer omdat het doen van aangifte nauw verbonden is met een verdenking. Aan de ene kant hebben de hoofden een aangifteplicht, maar aan de andere kant willen zij de behandelrelatie met hun patiënt niet riskeren. Het nastreven van dergelijke, tegenstrijdige belangen kan naar het oordeel van de RSJ niet telkens van de klinieken worden gevraagd.

#### *Het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten*

De voorwaarde dat aangifteplicht alleen geldt bij feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, vraagt naar de mening van de RSJ om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een tbs instelling worden verwacht.

---

<sup>21</sup> Bron: interne notitie Mesdagkliniek 'Aangiftebeleid voor incidenten aangescherpt'.



#### *Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging.*

De RSJ heeft principieel bezwaar tegen het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging, onder verwijzing naar haar advies van 31 januari 2005 (RSJ, 2005).<sup>22</sup> Het heeft naar het oordeel van de RSJ geen meerwaarde boven andere mogelijkheden die het Rvt al kent, zijnde de intrekking van het verlof door het hoofd van de inrichting of intrekking van de verlofmachtiging door de minister<sup>23</sup>.

Ook geeft de RSJ aan dat, indien bij nadere toetsing geen sprake blijkt te zijn van een gegronde verdenking van betrokkenheid bij strafbare feiten of ongeoorloofde afwezigheid, de verlofmachtiging opnieuw aangevraagd moet worden. Dit levert een substantiële vertraging op bij het toekennen van verlof en daarmee in de voortgang van de behandeling. Een dergelijke vertraging is volgens de RSJ nauwelijks te billijken indien de verpleegde geen verwijt treft. De tijd die het kost om een nieuwe verlofmachtiging te verkrijgen kan nadelige gevolgen hebben voor de behandeling van de patiënt.

#### *'Aanmerken als verdachte' als moment voor vervallen van de verlofmachtiging.*

De RSJ geeft aan dat het 'aanmerken als verdachte' een moeilijk werkbaar begrip is. Het redelijke vermoeden dat iemand betrokken is bij een strafbaar feit hoeft namelijk niet gebaseerd te zijn op een aangifte. Opsporingsdiensten en het OM kunnen iemand al in een vroeg stadium aanmerken als verdachte. Dit geeft op zichzelf nog geen goede indicatie voor het bestaan van een stevige verdenking. In de toelichting bij het besluit van 2005 staat echter wel aangegeven dat ten aanzien van een verdenking van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten wordt aangesloten bij art. 67 Sv.<sup>24</sup>

Ook blijft het onduidelijk op welk moment de tbs-gestelde, met het oog op het vervallen van de verlofmachtiging, precies als verdachte kan worden aangemerkt door de officier van justitie. Het risico bestaat dus dat tbs-gestelden al snel als zodanig worden aangemerkt, met verregaande gevolgen: de verlofmachtiging vervalt, de behandeling wordt vertraagd en de maatregel zal mogelijk langer duren. De RSJ stelt voor om aan te sluiten bij de vervolgingsbeslissing van het OM: dat wil zeggen elke andere beslissing dan een sepot.<sup>25</sup> Het vervallen van de verlofmachtiging op dit moment biedt meer waarborgen voor de belangen van de tbs-gestelden.

#### *4.6.2 Gewenste neveneffecten*

De RSJ ziet ook voordelen aan de nieuwe aanscherping. Verondersteld wordt dat de nieuwe regelgeving minder ruimte biedt voor eigen interpretatie en dus de rechtsgelijkheid ten goede komt (RSJ, 2008).

---

<sup>22</sup> Dit was een advies in het kader van de vorige wijziging van het Rvt in 2005.

<sup>23</sup> De Minister van veiligheid en Justitie kan te allen tijde gebruik maken van zijn/ haar bevoegdheid om op grond van Art.53, derde lid, de verlofmachtiging in te trekken.

<sup>24</sup> Dit artikel regelt zowel de gevallen waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten alsmede de *ernstige* bezwaren die blijkens feiten en omstandigheden jegens een verdachte moeten bestaan om voorlopige hechtenis toe te laten (nota van toelichting 2005, p.9).

<sup>25</sup> Dit betreft: dagvaarding, vordering gerechtelijke vooronderzoek, aanbieden transactie en strafbeschikking (OM-afdoening).





#### 4.7 Reikwijdte regelgeving, verbetervoorstellen en actuele ontwikkelingen

Vanuit de praktijk binnen de klinieken is op twee belangrijke punten verwarring ontstaan over de interpretatie van de gewijzigde regelgeving, te weten:

- de vraag of de regelgeving en dus ook de wijzigingen betrekking hebben op alle FPC's dat wil zeggen zowel op de justitiële inrichtingen (n=9) als de niet-justitiële inrichtingen (n=4);
- de vraag of de gewijzigde regelgeving betrekking heeft op alle tbs-gestelden of alleen op de tbs-gestelden met een verlofmachtiging.

Ten aanzien van de eerste vraag zou volgens de geïnterviewde vertegenwoordiger van de directie Wetgeving voor alle betrokkenen duidelijk moeten zijn dat de gewijzigde regelgeving niet van toepassing is op de niet-justitiële klinieken, te weten Arkin (Inforza), De Woenselse Poort, Hoeve Boschoord (Trajectum) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Drenthe, aangezien de aangifteplicht slechts geldt voor zover op de betrokken tbs-gestelde het Rvt van toepassing is.

Personen die verblijven in een justitiële inrichting vallen onder de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt). Voor hen geldt het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt). Personen die binnen een niet-justitiële inrichting verblijven vallen onder de Wet Bijzondere Opnemings in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). Voor deze tbs-gestelden is het Rvt alleen van toepassing als zij buiten de inrichting verblijven, dus tijdens het verlof. Het plegen van een strafbaar feit door een tbs-gestelde binnen een niet-justitiële inrichting, heeft dus ook geen gevolgen voor de verlofmachtiging. Dat laat onverlet dat er wel andere wegen zijn om in te grijpen in de bestaande verlofregeling van de betreffende patiënt.

Ten aanzien van de tweede vraag hebben DJI en de directie Wetgeving geconcludeerd dat de gewijzigde regelgeving geldt voor alle tbs-gestelden. Het besluit tot wijziging van het Rvt (2008) is op dit punt duidelijk. In de nota van toelichting staat daarentegen expliciet aangegeven dat de verplichte aangifte alleen geldt voor tbs-gestelden met een verlofmachtiging. Op basis van de plaats waar een en ander is vastgelegd (besluit versus nota van toelichting), is geconcludeerd dat de verplichte aangifte geldt voor alle tbs-gestelden.

Bij de uitvoering van het onderzoek hebben we echter gemerkt dat de niet-justitiële klinieken niet altijd bekend zijn met het feit dat de regelgeving voor hen alleen geldt als een tbs-gestelde uit hun kliniek, zich buiten de inrichting bevindt (dus tijdens het verlof). Ook hebben we gemerkt dat de justitiële klinieken niet altijd weten dat de regelgeving geldt voor al hun tbs-gestelden. Zie paragraaf 6.2.



### *Activiteiten naar aanleiding van de lange duur afhandeling politie en OM*

Het AVT heeft naar aanleiding van de lange duur van opschorting van het verlof begin 2010, middels een brief aan het College van Procureurs Generaal (PG) aandacht gevraagd voor het knelpunt van de lange doorlooptijden. Dit heeft geleid tot een aantal verbetervoorstellen vanuit het college van PG richting de regionale parketten.

- De tbs-officieren bij de parketten worden informatiepunt voor de directeuren van de FPC's over gedane aangiften.<sup>26</sup>
- Het parket zal met de politie moeten afspreken dat de aangifte van een strafbaar feit gepleegd door een tbs-gestelde, altijd wordt opgenomen en onderzocht, zodat het OM een vervolgingsbeslissing kan nemen. De zaak wordt dus niet door de politie afgedaan.
- Binnen de parketten zal een 'work around' moeten worden bedacht, omdat het niet gaat om standaardzaken, maar om maatwerkzaken die worden voorgelegd aan de tbs-officier.
- Als laatste wordt aanbevolen om een jaarlijks overleg tussen de behandeldirecteuren en de tbs-officieren van justitie te plannen met als doel de onderlinge communicatie te verbeteren.<sup>27</sup>

Om de mogelijkheden voor de klinieken te verbeteren om contact te leggen met het parket over de afhandeling een zaak, heeft DJI in juli 2011 een brief gestuurd naar alle klinieken met een opgave van de vaste tbs-officieren bij het OM. Via de eigen contactpersoon bij het OM kan elke kliniek gemakkelijker achterhalen hoe het met een bepaalde zaak is gesteld. In deze brief geeft het ministerie aan dat het lange wachten kan leiden tot schade in de resocialisatie van de patiënt.

### *Verdere aanscherping van de regelgeving*

Vanaf 1 januari 2011 is de regelgeving verder aangescherpt. Als de verlofmachtiging van rechtswege is vervallen wegens een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, mag een jaar lang geen nieuwe verlofaanvraag worden ingediend (Staatscourant 31 december 2010, nr. 21597). Vóór 1 januari 2011 was er geen termijn gesteld aan de mogelijkheid om in een dergelijke situatie een nieuwe verlofaanvraag in te dienen. Het was toen in principe mogelijk om direct na het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging een nieuwe verlofmachtiging aan te vragen. Deze nieuwe aanscherping valt feitelijk buiten de onderhavige evaluatie. Er wordt alleen melding van gemaakt voor zover naar voren gebracht door de geïnterviewden.

---

<sup>26</sup> Elk arrondissement kent een tbs-officier. Deze officieren behandelen de zogenaamde verlengingszittingen van tbs-gestelden. Zij handelen niet (altijd) zelf de aangiften af die betrekking hebben op tbs-gestelden. Zie ook paragraaf 9.1.1.

<sup>27</sup> Bron: verslag overleg aangifteplicht ter beschikking gestelden dd. 19 mei 2010.



#### 4.8 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk zijn de achtergrond en de actuele ontwikkelingen van de gewijzigde regelgeving beschreven op basis van deskresearch en interviews met de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs, het AVT en de directie Wetgeving. Twee onderzoeksvragen zijn beantwoord:

- Wat zijn de beoogde doelen van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt?
- Welke gewenste en ongewenste neveneffecten werden voorzien?

Een aantal relevante onderwerpen en begrippen is nader uitgewerkt. Het betreft: de inhoud van de wijzigingen, de begrippen 'feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en 'het aanmerken als verdachte', het verlof en de verlofprocedures en de registratie van incidenten.

Bij de aanscherping van de regelgeving gaat het om drie nieuwe aanwijzingen voor de klinieken:

1. Ze moeten verplicht aangifte doen (van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten).
2. Ze moeten deze aangifte binnen 24 uur doen.
3. Ze moeten het verlof van de betreffende tbs-gestelde terstond intrekken totdat het OM (als onafhankelijke derde) heeft beoordeeld of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt.

Dat het in art. 53 Rvt lid 2 gaat om 'strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en om het feit dat 'de verlofmachtiging vervalt op het moment dat de tbs-gestelde als verdachte is aangemerkt' is reeds bij een eerdere wijziging van art. 53 Rvt vastgelegd<sup>28</sup>. Het zijn wel essentiële onlosmakelijke onderdelen van de regelgeving. De onderhavige evaluatie heeft daarom betrekking op de gewijzigde regelgeving als geheel en niet alleen op de specifieke wijzigingen/ aanscherpingen die in 2008 zijn doorgevoerd.

Het primaire doel van de wijzigingen in de regelgeving die in 2008 werden doorgevoerd, was om volledige duidelijkheid te creëren over het moment waarop de verlofmachtiging vervalt.

Een aantal ongewenste neveneffecten werd vooraf voorzien door klinieken en de RSJ, deels gaat het ook om principiële bezwaren tegen de wijzigingen van 2008 (en de gewijzigde regelgeving als geheel):

- De aangifteplicht strookt niet met behandelen op maat.
- De aangifteplicht kan in de praktijk tot knelpunten leiden: (1) bij klachtdelicten kan alleen de klachtgerechtigde aangifte doen (2) de plicht kan botsen met de wens van het slachtoffer om geen aangifte te doen (3) de plicht kan de behandelrelatie onder druk zetten.
- Het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten vraagt om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een FPC worden verwacht.
- Het aanmerken als verdachte is een moeilijk werkbaar begrip.
- Als bij nadere toetsing geen sprake blijkt te zijn van een gegronde verdenking van betrokkenheid bij strafbare feiten of ongeoorloofde afwezigheid, dient de verlofmachtiging opnieuw aangevraagd te worden. Dit is niet te billijken.

---

<sup>28</sup> Bij besluit van 23 juni 2005 (*Stb.* 2005, 400).



- Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging heeft geen meerwaarde boven de mogelijkheden van intrekken van het verlof/ de verlofmachtiging.

De RSJ ziet ook voordelen aan de nieuwe aanscherping. Verondersteld wordt dat de nieuwe regelgeving minder ruimte biedt voor eigen interpretatie en dus de rechtsgelijkheid ten goede komt.

Binnen de klinieken is op twee belangrijke punten verwarring ontstaan over de reikwijdte van de gewijzigde regelgeving,

- Het is niet bij alle niet-justitiële inrichtingen (n=4) bekend dat de regelgeving bij hen alleen geldt als een tbs-gestelde zich buiten de inrichting bevindt;
- Het is niet bij alle justitiële klinieken (n=9) bekend dat de regelgeving geldt voor al hun tbs-gestelden.

Het AVT heeft naar aanleiding van de lange duur van opschorting van het verlof begin 2010, middels een brief aan het College van Procureurs Generaal (PG) aandacht gevraagd voor het knelpunt van de lange doorlooptijden. Dit heeft geleid tot een aantal verbetervoorstellen vanuit het college van PG richting de regionale parketten.

Vanaf 1 januari 2011 is de regelgeving verder aangescherpt. Als de verlofmachtiging van rechtswege is vervallen wegens een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, mag een jaar lang geen nieuwe verlofaanvraag worden ingediend (Staatscourant 31 december 2010, nr. 21597). Deze nieuwe aanscherping valt feitelijk buiten de onderhavige evaluatie. Er wordt alleen melding van gemaakt voor zover naar voren gebracht door de geïnterviewden.



## 5 Implementatie regelgeving binnen de klinieken

### 5.1 Inleiding

De onderzoeksvragen 2a (gedeeltelijk), 2c en 2d hebben betrekking hebben op de implementatie van de gewijzigde regelgeving binnen de klinieken en op de wijze waarop de werkwijze wordt toegepast.

De vragen luiden als volgt:

- 2a Heeft de implementatie plaatsgevonden binnen de FPC's, de politie en het OM? Zo ja, op welke wijze? Hoe heeft bijvoorbeeld de toerusting van de FPC's plaatsgevonden?
- 2c Hoe wordt de 'verplichte aangifte strafbare feiten' in de praktijk uitgevoerd?
- 2d Wie zijn er betrokken bij de beslissing om al dan niet aangifte te doen?

Voor de beantwoording van de vraag naar de implementatie (vraag 2a) en de uitvoering in de praktijk (vraag 2c) gaan we in op de aanwezigheid en de inhoud van protocollen (paragraaf 5.2), de wijze waarop de medewerkers zijn geïnformeerd en toegerust (paragraaf 5.4), de wijze waarop de patiënten zijn geïnformeerd (paragraaf 5.5), het draagvlak voor de uitvoering van de regelgeving (paragraaf 5.6) en de financiële en personele randvoorwaarden (paragraaf 5.7). De vraag wie er zijn betrokken bij de beslissing om aangifte te doen (vraag 2d) komt in paragraaf 5.3 aan de orde.

De resultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn voornamelijk gebaseerd op de uitgevoerde deskresearch (analyse protocollen) en op de interviews die zijn gehouden met primair de juristen en secundair de hoofden behandeling. Incidenteel komen ook de overige geïnterviewden aan het woord.

### 5.2 Is de gewijzigde regelgeving vastgelegd in een protocol?

Alle klinieken zeggen bekend te zijn met de gewijzigde regelgeving en hier ook mee te werken. Een aantal geïnterviewden (juristen en hoofden behandeling) geeft daarbij ook aan dat de aanscherping van de regelgeving in 2008 niets heeft veranderd in hun dagelijkse praktijk. Zij deden altijd al aangifte van strafbare feiten en doen dat nog steeds, zo wordt gezegd.

De gewijzigde regelgeving is niet altijd uitgewerkt in een intern protocol of aanwijzing. De stand van zaken op dit punt is als volgt:

- Vier klinieken hebben een specifiek protocol (n=1) of een specifiek onderdeel van een protocol (n=3) waarin de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt zijn uitgewerkt.
- Zes klinieken hebben een algemeen aangifteprotocol (en soms ook een algemeen verloffprotocol) maar hierin wordt geen specifieke aandacht besteed aan de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt.
- De overige drie klinieken hebben geen aangifteprotocol. Hiervan hebben er twee wel een verloffprotocol waarin is aangegeven wanneer de verloffmachtiging van rechtswege vervalt.



Er is maar één kliniek die een specifiek protocol heeft gericht op de artt. 53 en 57 Rvt. Het betreft een particuliere niet-justitiële instelling. In dit protocol is aangegeven dat de regels voor de betreffende kliniek anders zijn dan voor de justitiële klinieken en dat er alleen verplicht aangifte hoeft worden gedaan als een tbs-gestelde met een verlofmachtiging een strafbaar feit pleegt buiten de instelling. Of er aangifte gedaan wordt van strafbare feiten binnen de inrichting is ter beoordeling van de directeur behandelzaken.

Er zijn drie klinieken die de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt hebben opgenomen in hun algemene protocol ten aanzien van het doen van een aangifte tegen een patiënt of tegen een medewerker.

De eerste kliniek geeft in haar protocol expliciet aan dat er een aangifteplicht is ten aanzien van patiënten met een verlofmachtiging. Men wil echter geen onderscheid maken tussen patiënten mét en patiënten zonder verlofkader omdat dit ongewenste situaties (bijvoorbeeld uitlokken van agressie) in de hand zou kunnen werken. Om die reden acht de kliniek de nieuwe regelgeving ook van toepassing op patiënten zonder verlofkader. Het protocol is niet geheel duidelijk op het punt of bij feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten ook daadwerkelijk altijd aangifte wordt gedaan. Er worden namelijk ook richtlijnen beschreven voor de besluitvorming over het doen van aangifte. Deze hebben betrekking op de stornis van de patiënt, de impact van het feit op de afdelingsstaf en de houding van de patiënt na het incident.

Ook het protocol van de tweede kliniek hinkt enigszins op twee gedachten. Er wordt een uitgebreid overzicht gegeven van type delicten waarvan aangifte gedaan kan worden en wanneer dat gedaan kan worden. De afweging wordt gemaakt op basis van zorginhoudelijke criteria en ook het beroepsgeheim wordt uitgebreid behandeld. Er staat echter ook in het protocol dat er een verplichting is volgens de wet om binnen 24 uur aangifte te doen tegen een patiënt met een verlofmachtiging wanneer een strafbaar feit wordt gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan.

De juristen van beide klinieken geven in het interview echter wel aan dat *altijd* aangifte wordt gedaan van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, gepleegd door patiënten met een verlofmachtiging. We merken op dat de juriste van de eerste kliniek, anders dan in het protocol is vastgelegd, dus ook een onderscheid maakt tussen patiënten mét en patiënten zonder verlofmachtiging.

De derde kliniek heeft in haar protocol opgenomen dat er altijd aangifte moet worden gedaan als er sprake is van een tbs-gestelde met een verlofmachtiging en een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toelaten. Wel wordt het probleem van het beroepsgeheim hier aangestipt. Ten aanzien hiervan geeft het protocol echter aan dat de wettelijke regelgeving (in dit geval artt. 53 en 57 Rvt) doorgaans dient te prevaleren boven het beroepsgeheim.<sup>29</sup> Dat dit ook gebeurt wordt door de jurist bevestigd.

Van de negen klinieken die de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt niet hebben uitgewerkt in een bestaand aangifteprotocol of een dergelijk protocol nog niet hebben, zijn er drie wel van plan of al bezig om een protocol te maken of een bestaand protocol aan te passen. Daarnaast wordt er soms ook een aangifteberaad ingesteld voor de besluitvorming over het wel of niet doen van aangifte.

---

<sup>29</sup> Art 7:457 lid 1 BW bepaalt in de laatste volzin dat het beroepsgeheim niet geldt indien wettelijke bepalingen verplichten tot het verstrekken van informatie (zoals art. 53 Rvt).



In de bestaande algemene aangifteprotocollen wordt vaak enig voorbehoud gemaakt ten aanzien van het doen van aangifte. Zo staat in een van de protocollen bijvoorbeeld dat bij fysieke schade toegebracht aan een patiënt of medewerker, altijd aangifte plaatsvindt tenzij dit direct tot de stoornis of een klinische situatie is te herleiden. Bij een poging tot fysieke schade of dreiging - die niet duidelijk tot een ziektebeeld of klinische situatie is te herleiden - volgt na een weging en beoordeling door de stafvergadering een besluit over het wel dan niet doen van aangifte. In een ander protocol wordt als uitgangspunt genomen dat er aangifte wordt gedaan van strafbare feiten, behalve als er sprake is van het kennismaken van een delict door een medewerker in de behandelrelatie. Hierop rust het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim mag echter worden doorbroken op basis van wettelijk voorschrift. De artt. 53 en 57 Rvt zouden hieronder kunnen vallen. Interessant aan dit protocol is, dat er verscheidene delicten genoemd worden waarvan geen aangifte wordt gedaan, maar naar aanleiding waarvan wel spullen worden afgenomen van de patiënt en worden doorgegeven aan de politie. Het gaat hierbij om het aantreffen van wapens en het aantreffen van drugs. Bij het afgeven van de spullen bij de politie wordt geen informatie verstrekt over de patiënt, behalve als er een strafbaar feit is gepleegd met het wapen of als de patiënt als dealer van drugs optrad. Dit roept de vraag op of het aantreffen van drugs en wapens op zich al niet voldoende is om aangifte te doen.<sup>30</sup> Uit de analyse van de protocollen komt als algemeen beeld naar voren dat er geen sprake is van consequent aangifte doen van strafbare feiten.

### 5.3 De werkwijze van de klinieken bij het doen van aangifte

Er zijn geen twee klinieken die op precies dezelfde wijze en met dezelfde functionarissen vorm geven aan de processtappen die doorlopen worden bij het doen van aangifte. Er is wel een globale lijn aan te geven. Er zijn drie stappen die (bijna) altijd voorkomen:

1. Een uitvoerend medewerker constateert een strafbaar feit en meldt dit.
2. Het delict wordt besproken in een breder kader en er wordt een beslissing genomen over het wel of niet doen van aangifte.
3. De aangifte wordt gedaan.

---

<sup>30</sup> Het antwoord is te vinden in de Wet Wapens en Munitie (WWM), de Opiumwet (Opw) en art. 67 lid 1 Sv. Onze conclusie is dat het aantreffen van vuurwapens een feit oplevert waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (art. 26 lid 1 j° 55 lid 3 WWM: voorhanden hebben van een wapen van categorie II of een vuurwapen van categorie III). Ten aanzien van het aantreffen van drugs geldt dat het *opzettelijk* aanwezig hebben van harddrugs (lijst I) een feit oplevert waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (art. 2 onder C j° 10 lid 3 Opw.) Dit is namelijk een delict waar ten hoogste zes jaren gevangenisstraf op staat. Op het *opzettelijk* aanwezig hebben van softdrugs en medicijnen (lijst II) staat ten hoogste 2 jaren gevangenisstraf (art. 3 onder C j° 11 lid 2 Opw.). Evenwel wordt artikel 11 lid 2 Opiumwet genoemd in art. 67 lid 1 onder c Sv, waardoor het een feit is waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Overigens geldt dit niet bij het aanwezig hebben van minder van 5 gram softdrugs: daar volgt krachtens de aanwijzing Opiumwet<sup>30</sup> een politiesept.



### *Stap 1: constateren van een strafbaar feit en het melden daarvan*

De uitvoerend medewerkers (zoals behandelaars, sociotherapeuten) zijn dagelijks bezig met de patiënten en kunnen daarbij strafbare feiten constateren. Daarnaast kunnen zij zelf ook slachtoffer worden van een delict gepleegd door een patiënt. De incidenten worden opgetekend of gemeld. Het werk is zo georganiseerd dat weinig incidenten verborgen blijven, aldus verschillende geïnterviewden. Aan de andere kant wordt door sommige geïnterviewden ook gesteld dat 'lichtere' voorvallen (verbale agressie, dreigementen) waarschijnlijk wegens tijdgebrek en gewenning/normvervaging niet altijd worden opgetekend.

### *Stap 2: de bespreking van het delict en het nemen van de beslissing omtrent doen aangifte*

Een incident wordt altijd in breder verband besproken en de vraag of er aangifte moet worden gedaan komt dan ook aan de orde. De aard en de samenstelling van dit overleg varieert. Soms vindt deze bespreking plaats in het dagelijks patiëntenoverleg/multidisciplinaire overleg waar elke patiënt wordt besproken en alle bijzonderheden van het dicht gooien van een deur tot een vernieling of mishandeling wordt besproken. De behandelcoördinator kan dan, eventueel mede op basis van advies van de jurist, de beslissing nemen tot het doen van aangifte. Er zijn echter ook klinieken waar (ernstige) incidenten worden besproken in een speciaal daarvoor ingestelde commissie incidentenoverleg waar ook vertegenwoordigers op directieniveau aanwezig zijn. Ook kunnen naast de jurist, andere functionarissen om advies gevraagd worden als het gaat om de beslissing om wel of geen aangifte te doen. Dat kan bijvoorbeeld een manager beveiliging zijn. De uiteindelijke beslissing over het doen van aangifte wordt vaak genomen door het (plaatsvervangend) hoofd/de directeur van de inrichting of een leidinggevende. In één kliniek is sprake van een gezamenlijk besluit in een multidisciplinair overleg van de groepsleiding, hoofd behandeling, algemeen coördinator, werkplaatsbegeleider en (soms) jurist.

### *Stap 3: de aangifte wordt gedaan*

In stap 1 is al het onderscheid gemaakt tussen delicten die door de uitvoerend medewerkers zijn geconstateerd en medewerkers die zelf slachtoffer zijn geworden. Daarnaast kunnen ook medepatiënten slachtoffer zijn geworden. Ten aanzien van het doen van aangifte huldigen de klinieken verschillende uitgangspunten. Vier klinieken hebben het uitgangspunt dat er in eerste instantie door het slachtoffer zelf (medewerker of medepatiënt) aangifte moet worden gedaan. Als het slachtoffer dit niet wil, dan doet de kliniek namens het slachtoffer, aangifte. De overige klinieken hebben een functionaris die de aangifte doet. Zij hebben de ervaring dat medewerkers het over het algemeen prettig vinden dat de aangifte op naam van de kliniek wordt gesteld omdat hun eigen privacy dan beter is beschermd. Sommigen zien ook liever niet dat het slachtoffer aangifte doet maar 'dat houd je als inrichting niet tegen' zo wordt gesteld. Een slachtoffer kan namelijk altijd besluiten zelf aangifte te doen, daarvoor heeft hij geen toestemming nodig van de kliniek en ook de procedureregels in de kliniek staan dat niet in de weg. Dat geldt zowel voor een medepatiënt als voor een medewerker. Welke functionaris de aangifte doet, verschilt per kliniek. Genoemd zijn: de jurist, de afdelingsmanager, het hoofd risicomangement en behandeling, de beleidsmedewerker veiligheidszaken, de centrummanager en de algemeen coördinator. Allemaal doen ze aangifte namens de kliniek en op het adres van de kliniek.





Als een tbs-gestelde op transmuraal of proefverlof is verblijft hij meer niet in de kliniek, maar bijvoorbeeld bij een RIBW en (bij proefverlof) staat hij onder toezicht van de reclassering. Als er dan iets gebeurt, wordt er overlegd met de betrokken instelling en wordt gekeken of die instelling aangifte doet of dat de kliniek dat doet. Deze blijft namelijk wel verantwoordelijk. De voorkeur ligt bij het doen van aangifte door de kliniek omdat de meeste klinieken contactpersonen hebben bij de politie en justitie, waardoor het sneller gaat, dan wanneer de betrokken instelling aangifte doet. Als een andere instelling toch de aangifte doet en dat gebeurt in een ander arrondissement, dan wordt het extra moeilijk om te achterhalen hoe het met de afhandeling is gesteld. Een van de geïnterviewden geeft een voorbeeld van een dergelijke situatie waarbij ze al een half jaar bezig is om te achterhalen wat de stand van zaken is ten aanzien van deze aangifte.

#### **5.4 Zijn medewerkers geïnformeerd en voldoende toegerust?**

In de nota van toelichting (2008, p.4) staat aangegeven: “door het opnemen van een verplichting (...) aangifte te doen, is het essentieel dat gebeurtenissen in de inrichting altijd op de juiste wijze worden beoordeeld. De tbs-inrichtingen zullen hiervoor zo goed mogelijk worden toegerust. Hiermee kan worden voorkomen dat bepaalde feiten niet worden herkend als feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten”.

Uit de interviews wordt duidelijk dat er geen specifieke toerusting van de klinieken heeft plaats gevonden. Alle klinieken zijn over de aanscherping van de regelgeving geïnformeerd middels een algemeen geformuleerde brief van het ministerie, gericht aan het hoofd van de inrichting. Veelal zijn de juristen vervolgens betrokken. Het onderwerp is besproken in verschillende overleggen (zoals de klankbordgroep forensische juristen en het LBHIV). Soms is er ook via interne berichtgeving (zoals een nieuwsbrief) bekendheid aan gegeven.

Circa de helft van de klinieken laat weten dat er een informatiebijeenkomst is geweest voor de medewerkers. Bij de andere helft is dat niet gebeurd of men weet zich dat niet meer te herinneren. In enkele klinieken is er aandacht besteed aan het (gewijzigde) verlof- en aangiftebeleid tijdens bijscholingen of trainingen.

De geïnterviewde juristen hebben de ervaring dat het lastig blijft voor de behandelaars om te bepalen wanneer sprake is van een delict waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Het is ook lastig om de geboden uitleg vast te houden. Bij de zwaardere delicten zoals bedreigingen en brandstichting is het vaak wel duidelijk hoewel het juist bij bedreigingen weer lastig is om te bepalen wat nog 'normaal' is gezien de kenmerken van de populatie van tbs-gestelden. Eén van de geïnterviewden verwoordt dit als volgt: 'de medewerkers hebben dagelijks te maken met patiënten die dreigende taal uitslaan en soms een poging doen om een medewerker te slaan'.

Bij kleine diefstallen bijvoorbeeld is er vaak twijfel of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Behandelaars kunnen dan de interne jurist raadplegen. Maar men vraagt zich af of dit altijd gebeurt. Voor de verpleegkundigen van een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) waar ook patiënten zitten op een andere strafrechtelijke titel dan tbs, is het extra moeilijk om te bepalen met welke regelgeving zij bij welke patiënt te maken hebben en wat deze regelgeving inhoudt.



Als een en ander in een protocol is uitgewerkt dan staan daarin soms ook uitgewerkte voorbeelden van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Meer in het algemeen wordt opgemerkt dat een protocol goed werkt hoewel er, zoals overal het geval is, altijd mensen zijn die het niet kennen. Een van de juristen geeft aan dat er helaas in het aangifteprotocol van hun inrichting geen specifieke positie is toegekend aan de jurist. Een ander laat weten aan dat zij als jurist niet echt betrokken wordt in het aangifteproces hoewel dit wel is afgesproken en het naar haar mening ook beter zou zijn als dit wel gebeurde.

Verder geven verschillende juristen aan dat zij interne rapportages te lezen krijgen waar zij feiten uit kunnen halen die duiden op het eventueel moeten doen van aangifte. Zij nemen dan vervolgens contact op met de betreffende leidinggevende.

Maar ook het raadplegen van de juristen biedt niet altijd een oplossing. Voor verschillende juristen is het soms ook lastig om te bepalen of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan. Eén jurist is zelfs van mening dat deze beoordeling niet kan worden neergelegd bij de klinieken, omdat ze daar niet voor zijn toegerust. Hoewel de Verlofunit tbs zich niet als helpdesk presenteert kan men met vragen wel bij hen terecht. Volgens de geïnterviewde vertegenwoordiger van de Verlofunit komen er echter weinig vragen over de verplichte aangifte bij hen binnen. De vragen die wel worden gesteld gaan vooral over de schrijnende zaken zoals de diefstal van een pakje kaas door een tbs-gestelde die in paniek raakte toen zij bij het afrekenen aan de kassa ontdekte dat ze geen geld bij zich had.

## 5.5 Zijn patiënten geïnformeerd?

Bijna de helft van de klinieken (6 van de 13) heeft de tbs-gestelden geïnformeerd over de (aangescherpte) regelgeving inzake het doen van aangifte en de consequenties hiervan voor het verlof. Dat gebeurde via de daartoe geëigende overleggen zoals de kliniekraad, de patiëntenraad of via een speciaal belegde bijeenkomst over het verlofbeleid. Klinieken die de tbs-gestelden niet hebben geïnformeerd geven daarvoor verschillende verklaringen. Een van de hoofden behandeling geeft aan dat hun aangiftebeleid eigenlijk niet is veranderd door de aanscherping van de regelgeving in 2008. Sommigen laten weten dat er geen beleid is voor dit soort zaken maar dat het eigenlijk wel netjes zou zijn als patiënten hier wel over geïnformeerd werden. Men vraagt zich wel hardop af waar je een grens moet trekken: *“er hangt ook geen bordje in de openbare ruimte dat er aangifte wordt gedaan van strafbare feiten”* en *“patiënten zijn ook niet geïnformeerd over de beginselenwet...”*.

Eén van de hoofden behandeling zou graag zien dat er vanuit het ministerie een voorlichtingsfolder werd gemaakt, omdat het geen gemakkelijke materie is om uit te leggen.

Uit de interviews met de hoofden behandeling komt naar voren dat de tbs-gestelden in het algemeen grote moeite hebben met elke maatregel waarmee hun verlof wordt ingeperkt, zeker als ze dan ook nog lang moeten wachten tot ze weer op verlof kunnen. Ook is in dit verband gezegd dat tbs-gestelden, net als zoveel mensen, strenge regels goed vinden voor anderen maar niet voor zich zelf. Vanuit enkele klinieken wordt te kennen gegeven dat de patiënten door dit soort maatregelen



bevestigd worden in het idee dat zij weer onder de loep gelegd worden en opnieuw gestraft worden door de samenleving.

## 5.6 Is er draagvlak voor de nieuwe regelgeving?

Bij beantwoording van deze vraag spelen verschillende aspecten een rol. In de eerste plaats wordt door verschillende geïnterviewde hoofden behandeling gesteld dat er de laatste jaren binnen de klinieken een cultuur ontstaan is van verantwoordelijkheid nemen voor je eigen gedrag. Het feit dat iemand in een tbs-kliniek verblijft, betekent niet dat hij/zij ongestraft van alles kan doen. Vroeger was er sprake van gedogen, nu van grenzen stellen. De medewerkers volgen het management in deze verandering in denken. Het past ook in de aandacht die er moet zijn voor de veiligheid van de medewerkers. Volgens sommige geïnterviewden staan de meeste medewerkers ook positief ten opzichte van het doen van aangifte, hoewel de afhandeling soms wel een kater kan geven, aldus één van de geïnterviewden. Er volgt namelijk vaak een sepot of te lichte straf (zie ook paragraaf 7.3). Medewerkers vinden het doen van aangifte vaak ook een erkenning van het onrecht dat hen is aangedaan. Een van de geïnterviewden geeft zelfs aan dat de medewerkers eerder geneigd zijn om aangifte te doen dan het management.

Aan de andere kant kan er ook angst bestaan bij medewerkers om aangifte te doen of als getuige gehoord te worden. Enkele geïnterviewden geven aan dat medewerkers het heel vervelend vinden en vaak terughoudend zijn om aangifte te doen. De behandelrelatie kan worden verstoord (bijvoorbeeld als een patiënt een schadevergoeding moet betalen aan een medewerker) en er bestaat angst om met voor- en achternaam vermeld te worden in een aangifte als men zelf betrokken is bij een incident.<sup>31</sup> Behandelaars worden van oudsher in sommige klinieken alleen met hun voornaam aangeduid en bij een aangifte/getuigenverklaring wordt ook hun achternaam bekend (ook als de aangifte door de kliniek wordt gedaan). Deze medewerkers kunnen dus voor een dilemma komen te staan maar dat betekent niet dat er geen aangifte wordt gedaan. Dit wordt ook niet wenselijk geacht omdat het een negatief effect heeft op de veiligheid van collega's. Eén geïnterviewde geeft aan dat de argumenten van een medewerker om geen aangifte te willen doen, wel worden meegewogen in de besluitvorming. Er is in dit verband ook opgemerkt dat medewerkers volgens de interne gedragscode aangifte moeten doen. Medewerkers kunnen ook last hebben van loyaliteitsproblemen. Zo nodig krijgen ze ondersteuning vanuit de organisatie. Sommige geïnterviewden maken melding van een methodische aanpak (opvolgtraject, methodiek van Fiere) om ernstige incidenten te bespreken. Hoewel de anonimiteit van de medewerkers bij het doen van aangifte dus niet is gegarandeerd, is een meerderheid van de geïnterviewde hoofden behandeling van mening dat de veiligheid van de medewerkers voldoende is gegarandeerd door het feit dat zij op het adres van de kliniek aangifte

---

<sup>31</sup> We merken op dat er dat een politierechter in een zaak tegen een patiënt van het Slingerland Ziekenhuis een getuigenis van een medewerker op adres van het ziekenhuis met het personeelsnummer van de medewerker als toelaatbaar heeft geaccepteerd. (Uitspraak: 26 januari 2011).



kunnen doen of als getuige vermeld kunnen staan. Deze hoofden zijn ook van mening dat er nauwelijks angst bestaat bij medewerkers om aangifte te doen.

Ondanks de genoemde knelpunten is er in het algemeen wel draagvlak voor het doen van aangifte. Ten aanzien van de verplichting om aangifte te doen maken de meeste geïnterviewden wel een voorbehoud. Ook voor relatief kleine vergrijpen zoals een winkeldiefstal is voorlopige hechtenis toegelaten. Als aangifte gedaan moet worden van een klein vergrijp en dat heeft grote gevolgen dan is hier weinig of geen draagvlak voor bij medewerkers, zo wordt gesteld. Men noemt als voorbeeld een tbs-gestelde die in zijn resocialisatiefase een fiets steelt, hetgeen niets te maken heeft met zijn indexdelict. Men vindt het intrekken van het verlof dan een hele zware maatregel die een grote stagnatie in de behandeling geeft. Een behandeltechnische oplossing wordt in een dergelijke situatie als veel beter beschouwd dan een aangifte.

Enkele geïnterviewden laten weten zich zonder meer te scharen achter de huidige regelgeving. De meesten zouden echter graag de ruimte houden om een eigen afweging te maken. Een aantal van hen geeft expliciet aan dat zij de regelgeving in de praktijk wel uitvoeren. Dit vanuit het principe 'regel is regel' of omdat zij hiertoe verplicht zijn ('het moet dan maar ...') of omdat zij hierop aangesproken zijn door de Verlofunit tbs toen zij in een specifieke situatie geen aangifte wilden doen.

Deels ligt de pijn niet bij de verplichte aangifte maar bij het feit dat de consequenties ten aanzien van de verlofmachtiging vast liggen. Er wordt echter ook opgemerkt dat het pedagogisch effect van een aangifte geheel verloren gaat als er altijd aangifte moet worden gedaan (van bepaalde delicten) terwijl het (1) lang duurt voor er duidelijkheid komt over de afhandeling en (2) het meestal niet tot vervolging komt. Volgens deze redenering ligt het knelpunt ook of vooral bij de justitiële afhandeling van de aangifte.

Ook de geïnterviewde vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT merken in de praktijk dat de verplichting om aangifte te doen van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, in de praktijk niet goed werkt omdat hier ook hele kleine vergrijpen onder vallen en de afhandeling door politie en OM naar hun mening veel te lang duurt.

De geïnterviewde van de directie Wetgeving is daarentegen van mening dat er in 2005 vanuit een principieel oogpunt van gelijkheid, voor is gekozen aan te sluiten bij de categorie strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis (art. 67 Sv) is toegelaten. Elke burger in Nederland kan namelijk vastgezet worden als er sprake is van een verdenking van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten én er ernstige bezwaren tegen deze burger aanwezig zijn. Daarmee is het feit dat de verlofmachtiging van een tbs-gestelde vervalt in een dergelijke situatie, te billijken.

Wat betreft de te lange duur van de afhandeling door het OM wordt door deze geïnterviewde gesteld dat dit mede veroorzaakt wordt door het in de praktijk gekozen moment waarop er duidelijkheid is over het al dan niet van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging. Dat is namelijk het moment van de vervolgingsbeslissing geworden. Dit moment ligt later dan het beoogde moment. Daardoor duurt het dus langer tot de tbs-gestelde en de kliniek weten wat de consequenties zijn van de aangifte voor de verlofmachtiging van de tbs-gestelde.



## 5.7 Zijn er voldoende financiële en personele middelen voor uitvoering regelgeving?

Beantwoording van de vraag of men voldoende menskracht heeft om de gewijzigde regelgeving naar behoren uit te voeren hangt nauw samen met de manier waarop de samenwerking in de strafrechtsketen is georganiseerd. Als het doen van aangifte de kliniek veel tijd kost omdat men zelf naar het bureau moet komen op een niet zelf gekozen tijdstip en/of lang moet wachten, dan kost dat de kliniek tijd en geld. In sommige regio's is dat beter geregeld dan in andere. Verder noemen sommige geïnterviewden in dit verband ook het feit dat de jurist de afhandeling van de aangiften monitort om zicht te houden op de afhandeling bij politie en OM. Ook dit kan behoorlijk wat tijd vragen. Een mogelijke belasting in tijd en geld zit dus met name in de samenwerking in de keten.

## 5.8 Samenvatting en conclusie

### *De implementatie en de uitvoering in de praktijk*

Alle klinieken zeggen bekend te zijn met de gewijzigde regelgeving en hier ook mee te werken. Een aantal geïnterviewden voegt daaraan toe dat zij vóór de aanscherping van de regelgeving ook altijd al aangifte deden van strafbare feiten en dat na de aanscherping op dezelfde manier zijn blijven doen. Minimaal de helft van de klinieken heeft eigen vormen van voorlichting georganiseerd om de medewerkers te informeren over de gewijzigde regelgeving. Bijna de helft van de klinieken heeft de tbs-gestelden geïnformeerd over de gewijzigde regelgeving en de consequenties hiervan voor het verlop. Deze hebben (volgens de geïnterviewden) over het algemeen grote moeite met dergelijke maatregelen omdat het hun verlop beperkt.

De meeste klinieken hebben een algemeen aangifteprotocol, de aangescherpte regelgeving (artt. 53 en 57 Rvt) komt echter maar bij 4 van de 13 klinieken expliciet aan de orde. In het algemeen laat de analyse van de protocollen zien dat er geen sprake is van consequent aangifte doen bij strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. De protocollen komen dus niet overeen met de regelgeving. Zowel de specifieke als de algemene protocollen hinken in meer of mindere mate op twee gedachten: enerzijds de verplichting om aangifte te doen en anderzijds de ruimte om eigen afwegingen te maken. Zo staat in een van de algemene aangifteprotocollen bijvoorbeeld dat bij fysieke schade toegebracht aan een patiënt of medewerker, altijd aangifte plaatsvindt tenzij dit direct tot de stoornis of een klinische situatie is te herleiden.

Er is niet voor gekozen dat de klinieken alle strafbare feiten melden bij de politie, omdat dit teveel werk voor alle partijen met zich mee zou brengen. De kliniek dient dus zelf een eerste schifting te maken van feiten waarvan aangifte moet worden gedaan. Dan gaat het dus om feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Anders dan in de nota van toelichting (p.4) staat vermeld, zijn er geen activiteiten ontplooid om de klinieken toe te rusten op het herkennen van dergelijke feiten.

De geïnterviewde juristen hebben de ervaring dat het lastig blijft voor de behandelaars om te bepalen wanneer sprake is van een delict waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Het is ook lastig om de geboden uitleg vast te houden. Bij de zwaardere delicten zoals bedreigingen en brandstichting is het



vaak wel duidelijk hoewel het juist bij bedreigingen weer lastig is om te bepalen wat nog 'normaal' is gezien de kenmerken van de populatie van tbs-gestelden. De eigen jurist kan in geval van twijfel geraadpleegd worden maar dat gebeurt lang niet altijd. Het raadplegen van de juristen biedt echter ook niet altijd een oplossing. Verschillende juristen geven aan het soms ook lastig te vinden om te bepalen of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan. De Verlofunit tbs wordt weinig benaderd met dergelijke vragen maar stelt zich als helpdesk ook niet actief op richting klinieken.

Over de aanwezigheid van draagvlak bij de medewerkers om aangifte te doen, wordt wisselend gedacht door de hoofden behandeling. Sommigen geven aan dat de medewerkers het over het algemeen positief waarderen dat er aangifte wordt gedaan mede omdat het ook een erkenning is van het onrecht dat hen is aangedaan. Een en ander moet ook in het licht gezien worden van de verandering van cultuur binnen de klinieken (van gedogen naar grenzen stellen). Er zijn echter ook geïnterviewden die benadrukken dat medewerkers het vaak heel vervelend vinden om aangifte te doen omdat het de behandelrelatie kan verstoren of omdat zij bang zijn voor represailles.

In het algemeen bestaat er echter wel draagvlak voor het doen van aangifte maar met de verplichting om ook bij een klein feit aangifte te doen (omdat het onder de delicten valt waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten), hebben de meeste medewerkers veel moeite. Dat geldt ook voor de meeste geïnterviewden (hoofden behandeling en juristen) en voor de geïnterviewde onafhankelijke partijen, te weten de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT. De vertegenwoordiger van de directie Wetgeving motiveert de keuze voor de delicten die onder de aangifteplicht vallen vanuit het gelijkheidsprincipe. Voor alle burgers geldt dat ze vastgezet kunnen worden als ze verdacht worden van een dergelijk delict en er sprake is van een ernstige verdenking. Voor tbs-gestelden is, naar zijn mening, daarmee te billijken dat hun verlofmachtiging dan vervalt.

Enkele hoofden behandeling laten weten zich zonder meer te scharen achter de huidige regelgeving. De meesten zouden echter graag de ruimte houden om een eigen afweging te maken. Een aantal van hen geeft expliciet aan dat zij de regelgeving in de praktijk wel uitvoeren. Dit vanuit het principe 'regel is regel' of omdat zij hiertoe verplicht zijn ('het moet dan maar ...') of omdat zij hierop aangesproken zijn door de Verlofunit tbs toen zij in een specifieke situatie geen aangifte wilden doen.

Deels ligt de pijn voor de klinieken niet bij de verplichting tot aangifte maar bij de knelpunten in de justitiële afhandeling en/ of bij het feit dat de consequenties ten aanzien van de verlofmachtiging vast liggen.

#### *Wie zijn betrokken bij het doen van aangifte*

De werkwijze van de klinieken voor het doen van aangifte kent een grote variëteit. Een incident wordt wel altijd in een breder verband besproken maar dat kan zowel een multidisciplinair overleg zijn als ook een commissie incidentenoverleg waar ook vertegenwoordigers op directieniveau aanwezig zijn. Het besluit kan door een behandelcoördinator genomen worden maar ook door de directeur van de kliniek. De jurist heeft vaak maar niet altijd een adviesrol. Welke functionaris de feitelijke aangifte doet verschilt ook per kliniek. Kortom geen enkele kliniek is hetzelfde als het gaat om de processtappen die doorlopen worden bij het doen van aangifte.



## 6 Beoordeling regelgeving op helderheid en uitvoerbaarheid

### 6.1 Inleiding

Bij de implementatie van een nieuwe maatregel (zoals een wijziging in regelgeving) dient ook gekeken te worden naar de kwaliteit van de maatregel. Is deze helder, eenduidig en uitvoerbaar? (Zie ook paragraaf 3.2.4).

Er is geen onderzoeksvraag geformuleerd met betrekking tot de kwaliteit van de regelgeving. Wij beschouwen deze vraag als onderdeel van de bredere vragen naar de gewenste en ongewenste neveneffecten die zich in de praktijk voordoen (onderzoeksvraag 4b) en de gevolgen van deze neveneffecten voor het individu en in het algemeen (onderzoeksvraag 4h).

De onderzoeksresultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn primair gebaseerd op de interviews die met de juristen zijn gehouden. Aanvullend komen ook de hoofden behandeling aan het woord. Zij zijn (naast de juristen) met name bevraagd over de positie van het beroepsgeheim ten opzichte van de verplichting om aangifte te doen (paragraaf 6.4).

### 6.2 Regelgeving helder, eenduidig en juiste formulering?

We hebben aan de juristen van de FPC's gevraagd of de nieuwe regelgeving eenduidig is of dat er in de praktijk sprake is van een grijs gebied, multi-interpretabele situaties. Dezelfde vraag is ook aan de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT gesteld.

Enkele juristen geven aan dat de beschrijving van het besluit tot wijziging en de nota van toelichting (*Stb.* 2008, 222) helder en duidelijk is. Een meerderheid heeft op dit punt echter wel opmerkingen. Sommigen verwijzen naar de twee aspecten die reeds in paragraaf 4.7 zijn besproken. Dan gaat het om (1) de vraag of de regelgeving zowel voor de justitiële als voor de niet-justitiële klinieken geldt en (2) de vraag of de regelgeving alleen geldt voor tbs-patiënten met een verlofmachtiging of ook voor tbs-patiënten zonder verlofmachtiging. De klinieken die vragen hadden op deze punten hebben hierover contact gezocht met DJI. Dit heeft hun de gewenste duidelijkheid gegeven. Maar er zijn nog steeds klinieken waar onjuiste opvattingen hieromtrent leven. Binnen twee van de vier niet-justitiële klinieken is niet voor iedereen duidelijk dat de regelgeving voor hen alleen geldt als een tbs-gestelde zich buiten de inrichting bevindt (dus tijdens het verlof). Verder is bijna de helft van de juristen van de justitiële klinieken van mening dat de aangifteplicht alleen geldt voor tbs-gestelden met een verlofmachtiging. Dit laatste staat inderdaad in de nota van toelichting als zodanig verwoord, het feitelijk besluit tot wijziging van het Rvt geeft echter duidelijk aan dat de aangifteplicht geldt voor alle tbs-gestelden.

De hoofden behandeling van de niet-justitiële klinieken zijn blij met de beleidsruimte die zij nog steeds hebben om zelf te bepalen of ze aangifte willen doen.



De nota van toelichting heeft ook nog op een ander essentieel punt bij enkele geïnterviewde juristen tot verwarring geleid. In de nota van toelichting (p.5) wordt (summier) gesproken over het herleven van de machtiging als iemand ten onrechte als verdachte is aangemerkt. Een en ander is als volgt geformuleerd: *“Alleen in situaties waarin het openbaar ministerie meedeelt dat de betrokkene ten onrechte als verdachte is aangemerkt, herleeft de verlofmachtiging en behoeft geen nieuwe machtiging te worden aangevraagd”*. Dit is volgens deze juristen niet goed te rijmen met het feit dat de machtiging reeds van rechtswege is vervallen toen deze persoon als verdachte werd aangemerkt. Volgens de vertegenwoordiger van de directie Wetgeving gaat het hier echter om een, in het civiele recht, gebruikelijke rechtsfiguur: bij een vergissing of omissie geldt de aanname dat de omissie of vergissing niet is gemaakt en dat de verlofmachtiging dus nog steeds geldt. Dit wordt bevestigd door de expert op het gebied van het strafrecht die wij hierover hebben bevroegd. Hij geeft wel aan dat dit alleen geldt als iemand ten onrechte als verdachte is aangemerkt. Dat is niet hetzelfde als vrijspraak. Het is ook niet gelijk aan een sepot. Een zaak kan namelijk op verschillende gronden worden geseponeerd. Een sepot met de code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt) voldoet wel.

### 6.3 Regelgeving uitvoerbaar?

Het lastigste punt met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de regelgeving betreft de constructie ‘als verdachte aanmerken’. In de toelichting staat aangegeven dat de verlofmachtiging vervalt op het moment dat het OM contact opneemt met het hoofd van de tbs-inrichting om te melden dat de betrokkene *als verdachte wordt aangemerkt*. Dit is in de praktijk geen duidelijk markeringsmoment in het justitieel proces. Uit de interviews komt naar voren dat er in de praktijk wordt gewerkt met het moment dat het OM aan de kliniek meldt dat is besloten is om tot vervolging over te gaan. Maar er worden ook vragen over gesteld. Bijvoorbeeld door de jurist die stelt: *“het moment van het vervallen van rechtswege is nog steeds onduidelijk: is dat de datum van beslissing door OM wat er gebeurt met de verdachte of niet. Dit hangt af van welk criterium voor het aanmerken als verdachte wordt aangehangen: het materieelrechtelijke of het formeelrechtelijke”*.<sup>32</sup> Overigens komt het ook voor dat niet het OM maar de politie laat weten (na overleg met het OM) dat de aangifte niet verder wordt onderzocht omdat er bijvoorbeeld onvoldoende bewijs is.

Door een aantal juristen zijn verder ook opmerkingen gemaakt over het feit dat de uitvoering van de regelgeving ook voor hen in de praktijk minder gemakkelijk is dan het lijkt. We geven enkele voorbeelden.

- Bij het antwoord op de vraag of voorlopige hechtenis is toegelaten speelt de kwalificatie van een gebeurtenis een rol. Bijvoorbeeld: is het opzettelijke brandstichting (wel voorlopige hechtenis toegelaten) of is het brand door schuld (geen voorlopige hechtenis toegelaten).
- Wat te doen met een incident dat bestaat uit meerdere feiten. Een van de geïnterviewden geeft het voorbeeld van een patiënt die een kopje gegooit heeft met het doel iemand te raken en het

<sup>32</sup> Het gaat hier om het onderscheid tussen art. 27 lid 1 Sv (materieel: verdachte uit feiten en omstandigheden schuldig aan eenig strafbaar feit) en art 27 lid 2 Sv (formeel: degene tegen wie de vervolging is gericht).





kopje vliegt door de ruit. Is dat een poging tot mishandeling of vernieling? En is het een voorlopig hechtenis waardig feit? De politie haakt vaak af bij dit soort vragen, er moet dan overlegd worden met de hulpofficier. De kliniek neemt dan zelf maatregelen conform de eigen huisregels/protocollen, aldus deze geïnterviewde.

- Wat dient er te gebeuren bij een klachtdelict? Men heeft dit nog niet meegemaakt maar de vraag leeft wel bij sommige juristen.

Meer in het algemeen wordt de weging van agressie en verbaal geweld als lastig punt genoemd. Dit soort gedrag vindt in de dagelijkse praktijk vaak plaats, zeker op een agressie-afdeling. Het bepalen van de grens van wat wel en wat niet meer getolereerd wordt, blijft een lastig punt. Een van de juristen geeft aan dat zij hiervoor binnen hun kliniek bepaalde normen willen gaan aanleggen. Dat betekent dat de uitkomsten van de wegingen die in het gezamenlijk overleg worden gemaakt, zullen worden vastgelegd.

#### *Aangifte doen van feiten die men niet zelf heeft gezien*

Een andere opmerking ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de regelgeving heeft betrekking op het feit dat in de nota van toelichting wordt gesteld dat er ook aangifte gedaan moet worden als er tijdens het verlof iets gebeurt. Daar zijn echter meestal geen medewerkers van de kliniek bij aanwezig. De kliniek moet dus aangifte doen van een incident dat men uit de tweede hand heeft vernomen. Hoe daarmee om te gaan? Dit wordt extra lastig als het slachtoffer zelf geen aangifte wil doen zodat de kliniek aangifte moet doen van iets dat zij niet zelf hebben gezien. Bijvoorbeeld een patiënt heeft zijn vriendin geslagen en de vriendin wil geen aangifte doen. De politie kan vaak weinig met dit soort aangiften, zo wordt gesteld.

Ook meer algemeen wordt door verschillende juristen de vraag gesteld wat te doen met incidenten van horen zeggen, dus conflicten die onderling plaatsvinden buiten het zicht van de medewerkers?

Hiervoor zijn geen richtlijnen. Sommige juristen (en hoofden behandeling) geven aan dat zij in dergelijke situaties zelf geen aangifte doen. Anderen gaan ervan uit dat zij een feit niet zelf gezien hoeven te hebben, maar maken wel een eigen inschatting van de betrouwbaarheid van hetgeen het slachtoffer vertelt. Enkele geïnterviewde hoofden behandeling laten weten dat er afspraken met het ministerie zouden zijn dat zij geen aangifte hoeven doen van incidenten tussen patiënten waar zij zelf geen getuige van zijn geweest. We hebben echter geen (mondelijke of schriftelijke) bevestiging gevonden dat dergelijke afspraken gemaakt zouden zijn.

#### *De onmogelijkheid om twee keer aangifte te doen van hetzelfde feit*

Als antwoord op de vraag naar onduidelijkheden in de regelgeving, is ook naar voren gebracht dat de regelgeving onduidelijk is in situaties waar het slachtoffer al aangifte heeft gedaan. De kliniek zou dan niet zelf ook nog aangifte kunnen doen. Wat betekent dit voor de verplichting van de kliniek om aangifte te doen? We hebben deze vraag ook expliciet aan de juristen gesteld. Verschillende juristen herkennen het knelpunt van de dubbele aangifte. Zij wilden ook aangifte doen als een patiënt (slachtoffer) al aangifte heeft gedaan maar de politie bood hen daarvoor niet de mogelijkheid. Sommigen maken wel het voorbehoud dat het knelpunt van de 'dubbele aangifte' alleen aan de orde is als het om feiten gaat die door medewerkers van de kliniek ook zelf geconstateerd zijn.



Niet alle klinieken ervaren het feit dat zij zelf geen aangifte kunnen doen als het slachtoffer dit al heeft gedaan, als een knelpunt. Er zijn zelfs klinieken waar het beleid is dat eerst wordt nagegaan of een patiënt aangifte wil doen. Pas als dat niet zo is doet de kliniek aangifte. Ook geeft een van de geïnterviewden aan dat zij, in situaties waar medewerkers van de kliniek het feit zelf ook hebben gezien, het voldoende vinden als getuige gehoord te worden (in plaats van zelf aangifte te doen).

Een enkeling heeft over het knelpunt van de 'dubbele aangifte' de Verlofunit tbs geraadpleegd. Deze huldigt, net als sommige klinieken, het standpunt dat een aangifte van een patiënt ook volstaat en de kliniek ontslaat van de verplichting zelf aangifte te doen. Het wordt dan pas lastig als een patiënt zijn verklaring intrekt, de kliniek vervolgens wel aangifte had willen doen maar niet is geïnformeerd over de intrekking door de politie. Zie hieronder.

#### *Aangiften door derden*

Er leven ook vragen over de consequenties van aangiften die door derden zijn gedaan. De kliniek is dan geen partij. Er is voor dit soort situaties niet geregeld dat zij op de hoogte worden gebracht indien er aangifte wordt gedaan tegen een tbs-gestelde met een verlofmachtiging. De kliniek zal hier dus niet altijd van op de hoogte zijn en kan dan dus ook geen maatregelen nemen met betrekking tot het verlov. Als dit wel bekend wordt binnen de kliniek en de kliniek onderschrijft deze aangifte niet, bijvoorbeeld omdat zij hier zelf geen getuige van zijn geweest, moeten zij dan toch het verlov opschorten totdat duidelijk is of het OM heeft besloten tot vervolging over te gaan? Dat kan immers erg lang duren, wordt door een van de geïnterviewden naar voren gebracht.

Hoe ingewikkeld het kan worden laten we zien aan de hand van de volgende casusbeschrijving van een van de juristen. Zij vraagt zich af wat de status is van de verlofmachtiging bij een artikel 12 Sr procedure? *"Wij hebben een patiënt tegen wie aangifte is gedaan (dader) door een medepatiënt (slachtoffer). De "dader" heeft inmiddels verlov. Ten aanzien van de aangifte die eerder tegen hem gedaan is, is na een lange weg besloten om niet te gaan vervolgen. Hier kwamen wij overigens bij toeval achter (ook dat er überhaupt een aangifte speelde) want de patiënten hadden ons niets verteld, ook niet dat de aangifte liep. Omdat wij geen partij waren word je dan verder ook door niemand anders geïnformeerd. In dit geval wilden wij een tijd nadat dit speelde, verlov aanvragen voor "de dader" en wij wilden het sepot daarom op papier hebben, toen we er eenmaal van wisten. Of we dat dan ook gekregen hadden weet ik niet.... want wij zijn geen partij in de ogen van politie en OM maar zover kwam het niet eens want toen bleek dat het slachtoffer een art. 12 Sr procedure had aangespannen, wat dus wil zeggen dat de beslissing van niet vervolgen is aangevochten. Wij hebben dit duidelijk gemaakt aan het ministerie en toch het verlov aangevraagd en wij hebben het verlov ook gekregen Maar ik vraag me nu eigenlijk af: staat het eigenlijk ergens of hoe zit het nu echt in zo'n geval?"*

#### *De verplichting om binnen 24 uur aangifte te doen*

Het lukt niet altijd om aan de verplichting te voldoen dat binnen 24 uur aangifte moet zijn gedaan. Dat heeft te maken met de procedures bij de politie voor het doen van aangifte maar ook met de gang van zaken binnen de kliniek. Wat betreft het opschorten van de verlofmachtiging wordt er direct gehandeld maar voorafgaand aan het doen van aangifte moet toch gebeuren wat is vastgelegd in het protocol



(afwegen en met elkaar bespreken). Dit lukt vaak niet binnen 24 uur. Waarom kan er binnen de regelgeving geen onderscheid gemaakt worden tussen intrekken verlov (direct) en aangifte doen (wat meer tijd), wordt door een van de geïnterviewden gesuggereerd. Ook een jurist van een kliniek met een elektronische procedure om aangifte te doen, dus een snelle procedure, geeft aan dat het lastig is om aan de termijn te voldoen. Zij schetst het volgende beeld. *“Medewerkers zijn zich soms niet bewust dat er een strafbaar feit is gepleegd waarvan aangifte gedaan moet worden, dus dan gaan er al heel wat uren voorbij. Dan wordt dat opgemerkt en wordt het verlov direct aangehouden, maar er moeten dan nog veel formaliteiten volgen. Incidentenoverleg, besluit nemen, aangifte invullen (allerlei gegevens moeten verzameld en op schrift gesteld worden en dit is belangrijk want je moet feitelijk blijven (beroepsgeheim) en dat vergt aandacht), soms zit je nog met het slachtoffer (bijv. patiënt of medewerker) die het eigenlijk niet wil of die je het niet kan vragen (wanneer die bijvoorbeeld naar het ziekenhuis is voor fysieke schade), niet dat je dan geen aangifte doet maar het zou fijn zijn als je wat ruimer in de tijd zou zitten om die dingen zorgvuldig te kunnen doen”.*

#### **6.4 De verplichting tot aangifte versus het beroepsgeheim/verschoningsrecht?**

Binnen een aantal inrichtingen is de vraag hoe de aangifteplicht zich verhoudt tot het beroepsgeheim regelmatig onderwerp van discussie. Desondanks zegt het merendeel van de juristen en hoofden behandeling dat ze hier in de praktijk wel mee om kunnen gaan. Zij huldigen het standpunt dat bij het doen van aangifte alleen feitelijk mag worden verteld wat er is gebeurd. Er wordt dus geen informatie gegeven over de delictgeschiedenis of de behandeling. Ook ligt het niet op de weg van de kliniek om de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid van de patiënt tijdens het plegen van het delict te beantwoorden. Het doen van aangifte versus het beroepsgeheim wordt voor hen pas echt een probleem als een patiënt in een vertrouwelijke setting (zoals een gesprek met de psychiater) een delict uit het verleden bekent. Dan moet er een afweging gemaakt worden tussen het maatschappelijk belang (is er sprake van acuut gevaar) en het beroepsgeheim. De verplichting tot aangifte zoals vastgelegd in de artt. 53 en 57 Rvt heeft echter betrekking op huidige delicten.

Er zijn ook geïnterviewden die hier anders tegenaan kijken. Dan gaat het in de eerste plaats om enkele geïnterviewden die aangeven dat het beroepsgeheim ondergeschikt is aan de wettelijke plicht om aangifte te doen. Sommige klinieken die ervan uitgaan dat de regelgeving niet van toepassing is op patiënten zonder verlovmachtiging en er dus geen wettelijke plicht tot aangifte is voor deze groep, laten het beroepsgeheim een belangrijke rol spelen in de afweging om wel of geen aangifte te doen. Deze afweging om wel of geen aangifte te doen gegeven het beroepsgeheim, moet volgens sommigen altijd expliciet gemaakt worden en intern worden vastgelegd.

Tenslotte is er één jurist die laat weten dat binnen hun kliniek de opvatting leeft dat de verplichting tot aangifte en het beroepsgeheim niet met elkaar te verenigen zijn.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Dit is een onjuiste opvatting. In boek 7 BW (Wgbo) is namelijk geregeld dat de aangifteplicht prevaleert boven het beroepsgeheim.



Verder signaleren sommige geïnterviewden in de praktijk dilemma's tussen de (terechte) opstelling van de klinieken om alleen feitelijke informatie te verstrekken en de verwachting van de politie. Een van hen verwoordt dit knelpunt als volgt: ... *"het zou ook kunnen dat wij een delict vanuit een psychose verklaren maar dat kan je niet vertellen want dat is behandelinformatie, maar de aangifte moet je wel doen..... Het OM wil overigens wel van ons, dat wij die behandelinformatie en visie ook verstrekken. Algemeen mededelen dat we zo'n afweging maken zonder verder iets te zeggen, doen we nu. Maar het OM .... staat er naar mijn idee meer zo in: jullie doen aangifte en willen dus blijkbaar dat er iets mee gedaan wordt maar zwijgen vervolgens in alle talen over de relatie met stoornis, toerekeningsvatbaarheid et cetera terwijl jullie wel een kliniek zijn vol psychologen en psychiaters. .... Ik van mening ben dat wij vanwege ons beroepsgeheim geen enkele informatie mogen verstrekken buiten de feitelijke informatie, ook als we als getuigen gehoord worden, en dat ze zelf maar onderzoekers (dus deskundigen die rapporteren pro justitia) op de zaak moeten zetten om te achterhalen wat de relatie met de stoornis was om tot het besluit tot wel of niet veroordelen te komen. Maar dat valt niet helemaal in goede aarde. ... Misschien kan het ministerie daar ook wat mee. Dat ze wel beseffen dat als je een aangifteplicht hebt, de politie ook een plicht heeft om te onderzoeken en het OM vervolgens om te beslissen en dat dit op basis van goede informatie moet gebeuren. En bij dit soort patiënten is een onderzoek naar relatie tussen stoornis en delict vaak heel erg gewenst om hier echt iets goed onderbouwd over te kunnen zeggen. Dat kost veel geld en tijd en gebeurt nu vaak niet".*

## 6.5 Samenvatting en conclusies

### *(On)gewenste (neven)effecten en de gevolgen*

De beoordeling van de regelgeving op helderheid, eenduidigheid en uitvoerbaarheid, levert een aantal knelpunten of ongewenste neveneffecten op. Er is sprake van respectievelijk tegenspraak tussen het besluit en de nota van toelichting en een onjuiste opvatting op de volgende punten:

- De reikwijdte van de regelgeving: alleen voor tbs-gestelden met verlofmachtiging of voor alle tbs-gestelden?
- De mogelijkheid van het herleven van de verlofmachtiging als blijkt dat de tbs-gestelde ten onrechte als verdachte is aangemerkt.

Met name dit laatste punt raakt aan de essentie van de regelgeving namelijk volstreekte helderheid geven over het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt. We hebben bij de afname van de interviews ook gemerkt dat de opvatting dat een verlofmachtiging niet meer kan herleven als later blijkt dat iemand ten onrechte als verdachte werd aangemerkt, breed leeft.

Over de reikwijdte van de regelgeving bestaat ook nog onduidelijkheid. Klinieken die zich met vragen tot de Verlofunit tbs hebben gewend hebben echter inmiddels wel de gewenste duidelijkheid verkregen. Dat geldt ook voor het vraag of de regelgeving alleen voor de justitiële klinieken geldt of ook voor de niet- justitiële klinieken. De verwarring die op dit punt ontstond is overigens niet toe te schrijven aan onduidelijkheid in het besluit of de toelichting van 2008 (of 2005).



Ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de regelgeving zijn ook enkele knelpunten genoemd. Het moment dat iemand als verdachte wordt aangemerkt door het OM blijkt in de praktijk een lastig te onderscheiden moment. Het moment dat wordt besloten om tot vervolging over te gaan is wel een gangbaar moment in de justitiële afhandeling. We zien dan ook dat de terugkoppeling naar de kliniek in de praktijk wordt verschoven naar het moment van de vervolgingsbeslissing. Daarmee schuift het moment dat de verlofmachtiging vervalt of herleeft dus ook op. Dit leidt ertoe dat er geseponeerd kan worden en de verlofmachtiging herleeft terwijl het wel mogelijk is dat de tbs gestelde terecht als verdachte is aangemerkt (en er een andere reden was voor het niet vervolgen van de tbs-gestelde).

Het leidt er ook toe dat, als de tbs-gestelde wordt vrijgesproken, dit in beginsel niet betekent dat de verlofmachtiging herleeft. Dit is alleen het geval als de zaak wordt afgedaan met een sepot met code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt). Dergelijke constructies zijn lastig te begrijpen voor de klinieken en zeker voor de tbs-gestelden.

De juristen van de tbs-klinieken stuiten bij de uitvoering van de regelgeving ook op verschillende juridische en inhoudelijke knelpunten waarvoor klinieken elk hun eigen oplossingen kiezen.

- Het is soms lastig om te bepalen welk delict van toepassing is; dat is echter wel nodig om te bepalen of er sprake is van voorlopige hechteniswaardigheid.
- Hoe om te gaan met feiten die men niet zelf heeft gezien?
- Hoe om te gaan met de verplichting om aangifte te doen als reeds aangifte is gedaan?
- Hoe geïnformeerd blijven over de afhandeling van zaken waarin de kliniek geen partij is omdat zij zelf geen aangifte heeft gedaan?

Meer in het algemeen wordt de weging van agressie en verbaal geweld als lastig punt genoemd, zeker op een agressie-afdeling. Het bepalen van de grens van wat wel en niet meer getolereerd wordt, blijft een lastig punt. De suggestie is gedaan om hiervoor normen te gaan aanleggen door de uitkomsten van de wegingen die in het gezamenlijk overleg worden gemaakt, vast te leggen.

Een van de drie concrete aanscherpingen van de regelgeving die in 2008 zijn doorgevoerd, betreft de verplichting om binnen 24 uur aangifte te doen. Dit blijkt in de praktijk niet altijd haalbaar omdat het de nodige tijd vraagt om een en ander goed voor te bereiden.

Tenslotte levert het beroepsgeheim ook knelpunten op bij de uitvoering van de regelgeving. Er wordt binnen de klinieken verschillend gedacht over het beroepsgeheim versus de aangifteplicht. De meeste hoofden behandeling en juristen huldigen het standpunt dat zij vanuit hun beroepsgeheim alleen feitelijke informatie mogen verstrekken over hetgeen is gebeurd. Dat betekent dus dat zij geen uitspraken mogen doen over de invloed van de stoornis op het delict. Dat spoot niet met de verwachting van de politie en kan daarom tot onvrede of onbegrip leiden in de samenwerking tussen beide partijen. Zie ook paragraaf 9.4. Verder leeft binnen één kliniek de (onjuiste) opvatting dat het beroepsgeheim en de verplichte aangifte niet met elkaar te verenigen zijn. Er zijn echter ook geïnterviewden die het standpunt huldigen dat het beroepsgeheim ondergeschikt is aan de regelgeving. Dit laatste is conform art. 7:457 lid 1 BW, dat het medische beroepsgeheim regelt en in de laatste volzin van het eerste lid aangeeft dat *de verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van*



*de beperkingen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht. Art. 53 Rvt is een dergelijke verplichting krachtens de wet.*



## 7 De uitvoering van de regelgeving

### 7.1 Inleiding

Eerst beschrijven we twee belangrijke aspecten van de uitvoering: (1) de doorlooptijd van de justitiële afhandeling en (2) de ruimte die de regelgeving biedt om maatwerk te leveren (paragraaf 7.2 en 7.3). De resultaten die in deze paragrafen worden beschreven, dragen bij aan beantwoording van onderzoeksvraag 2b en 2g, de vragen naar de gewenste en ongewenste neveneffecten en de gevolgen daarvan voor het individu en meer in het algemeen.

In paragraaf 7.4 geven we de overwegingen van de hoofden behandeling weer om wel of geen aangifte te doen. Tenslotte wordt aan de hand van een aantal concrete cases beschreven hoe de afweging van de hoofden behandeling om wel of geen aangifte te doen in de praktijk uitwerkt (paragraaf 7.5). De resultaten die in dit tweede deel van dit hoofdstuk worden beschreven geven antwoord op twee onderzoeksvragen (2e en 2f). Deze luiden als volgt:

- Van welke voorvallen wordt daadwerkelijk aangifte gedaan en hoe vaak? Is er sprake van een grijs gebied, en zo ja, waaruit bestaat dit?
- Wat zijn de overwegingen van de verschillende betrokkenen om al dan niet aangifte te doen en hoe vaak komen die voor?

Het merendeel van de resultaten die in die in dit hoofdstuk worden beschreven is ontleend aan de interviews die met de hoofden behandeling zijn gehouden. De juristen zijn met name bevraagd over de doorlooptijd van de justitiële afhandeling bij politie en OM (paragraaf 7.2).

### 7.2 De doorlooptijd van de justitiële afhandeling

Een groot deel van de geïnterviewde juristen en hoofden behandeling is van mening dat de ketensamenwerking met politie en met name het OM een groot knelpunt vormt in de uitvoering van de regelgeving. Drie klinieken maken melding van goede afspraken en/of een convenant. Hier loopt de samenwerking beter.

Voor enkele hoofden behandeling is dit het enige knelpunt, voor anderen (juristen en hoofden behandeling) het grootste knelpunt. In de toelichting bij het besluit (tot wijziging van de regelgeving) van 2008, wordt benadrukt dat het van groot belang is dat het OM zo spoedig mogelijk na de aangifte meedeelt aan het hoofd van de inrichting of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt. In de praktijk duurt het vaak maanden voor er duidelijkheid is over de aangifte en dus over het verlof. Dat heeft te maken met onbekendheid bij de politie van het feit dat een kliniek aangifte kan, ja zelfs moet doen. Men heeft de ervaring dat de politie niet begrijpt waarom een kliniek aangifte komt doen. Het OM geeft geen prioriteit aan dit soort zaken omdat de patiënt vastzit en er dus geen gevaar vormt. Daar komt bij, aldus enkele geïnterviewde juristen, dat ongeacht of er vanuit de Rvt verplicht aangifte wordt



gedaan of vanuit een andere overweging, de politie regelmatig niet uit de voeten kan met een aangifte door een ander dan het slachtoffer.

Zolang het OM niet laat weten of het tot vervolging overgaat, blijft het verlov opgeschort en kan de patiënt niet naar buiten. Patiënt en kliniek weten niet waar ze aan toe zijn en het behandeltraject stagneert. Als het vanuit behandel-inhoudelijk oogpunt niet passend is om een patiënt zo lang binnen te houden, betekent het lange wachten ook een verspilling van overheidsgeld.

Om de gewenste duidelijkheid te krijgen moet de kliniek er soms zelf achteraan, zeker als de aangifte in een ander arrondissement is gedaan. Sommige hoofden behandeling benadrukken dat het in de praktijk een omslachtige procedure is geworden die ook nog weinig oplevert omdat er vaak een sepot volgt. De woorden "bureaucratisch" en "onwerkbaar" zijn in dit verband gebruikt.

Geïnterviewden geven unaniem te kennen dat er sneller duidelijkheid moet komen vanuit politie of OM over het wel of niet vervolgen. Dat is ook voor het verlengingsadvies van belang. Bij een verlenging van een verlofmachtiging is een rechter betrokken die het dossier leest en vragen gaat stellen over de aangifte. Daarover kan dan geen duidelijkheid gegeven worden. Als een rechter vervolgens oordeelt dat het resocialisatietraject verder moet gaan, wordt dat lastig aangezien het verlov nog is opgeschort. Sommige geïnterviewden hebben goede hoop dat het beter zal gaan nu er vaste contactpersonen zijn voor de klinieken, bij politie en OM (zie ook paragraaf 4.7).

### **7.3 Voldoende mogelijkheden voor maatwerk?**

Met de aanscherping van de regelgeving werd beoogd dat het moment waarop de verlofmachtiging vervalt voor alle klinieken duidelijk is en dat er geen variatie meer is tussen de klinieken op dit punt. Dat betekent dat er geen ruimte meer is voor de klinieken om hun eigen afwegingen te maken. Dit is de essentie van de regelgeving en tegelijkertijd ook het grootste knelpunt voor de klinieken. Daarbij dient onderscheid gemaakt te worden naar (1) de aangifteverplichting zelf en (2) de gevolgen van de verplichting. Bij dit laatste gaat het om drie pijnpunten die onderling wel samenhangen:

- De lange wachttijd tot duidelijk is wat het OM heeft beslist.
- Het feit dat meestal een sepot volgt of een (te) lichte afhandeling.
- Het feit dat de verlofmachtiging altijd moet worden opgeschort (en dit vaak ook nog onnodig lang duurt) en het sinds 1 januari 2011 altijd een jaar duurt voordat een nieuwe verlofmachtiging mag worden aangevraagd (als deze van rechtswege is vervallen).

#### *De verplichting tot aangifte doen is te ongenueanceerd*

Enkelen geïnterviewden hebben kritische opmerkingen die primair de verplichting om aangifte te doen, betreffen. Zij stellen dat aangifte doen niet altijd een effectieve manier is om het delictgedrag aan te pakken. Bepaald gedrag kan ook een terugval in de behandeling betekenen. Een gedraging kan ook voortkomen uit de stoornis waarvoor reeds forensische behandeling wordt geboden. De hele procedure van aangifteplicht tot en met verval verlofmachtiging et cetera, is dan contraproductief, voegt dan niets toe, zo wordt gezegd.





Er is ook gezegd dat de kliniek zelf soms effectievere manieren heeft om met normoverschrijdend gedrag van patiënten om te gaan. Een kliniek kan, bij een actieve verlofmachtiging, zelf besluiten tijdelijk geen verlot toe te kennen in het kader van een disciplinaire maatregel of de dader tijdelijk separeren. Andere voorbeelden van eigen maatregelen zijn: de schade laten betalen door de dader of het gedrag intern bespreken bijvoorbeeld door een gesprek te organiseren tussen dader en slachtoffer, gericht op herstel van de relatie.

In dit kader past ook de opmerking van een van de hoofden behandeling die stelt dat in de samenleving ook niet van alle strafbare feiten aangifte wordt gedaan. *“Als iemand iets wordt aangedaan door zijn buurman (bijvoorbeeld een bedreiging) dan doe je ook niet altijd aangifte maar kan je er ook voor kiezen om de zaak niet verder te laten escaleren of om te zoeken naar een mogelijkheid om het anders op te lossen”*. Deze ruimte zou er in een kliniek ook moeten zijn, aldus deze geïnterviewde.

#### *De gevolgen van het aangifte doen zijn te ongenueanceerd*

Een grotere groep benadrukt de ongenueanceerde *uitwerking* van de verplichte aangifte. Dat zijn bijvoorbeeld de geïnterviewden die aangeven dat ook als het om relatief kleine feiten gaat, de behandeling stil staat zolang het OM niet heeft laten weten of tot vervolging wordt overgegaan. Er zijn voorbeelden genoemd van gevallen waarbij sprake was van wachttijden tot negen maanden. Met name de gevolgen voor patiënten met transmuraal en onbegeleid verlot zijn, volgens verschillende geïnterviewden, disproportioneel. Alle tijd en energie die is besteed aan begeleiding naar werk en huisvesting voor patiënten met transmuraal verlot, is dan voor niets geweest. *“Dat is een grote verspilling van tijd en van gemeenschapsgeld. Huisvesting en werkvoorziening kunnen geen zes maanden wachten op afhandeling van een aangifte. De plek is leeg en wordt dus opgevuld door een ander en je moet later weer opnieuw beginnen met deze patiënt”*.

Hoewel het in de praktijk weinig voorkomt dat het OM besluit om tot vervolging over te gaan, vinden verschillende geïnterviewden met name de laatste aanscherping (dat een jaar lang geen nieuwe verlofmachtiging mag worden aangevraagd als de machtiging van rechtswege is vervallen) veel te streng. Een jaar lang geen verlot is meer dan een jaar lang stagnatie van de behandeling.<sup>34</sup>

Het opschorten van het verlot kan extra ongunstig uitpakken voor patiënten waarvan de verlofmachtiging afloopt op het moment dat er ook een aangifte loopt. Een verlofmachtiging wordt altijd voor één jaar afgegeven. Elk jaar moet dus opnieuw een machtiging worden aangevraagd. Als er op dat moment een aangifte loopt dan wordt geen nieuwe verlofmachtiging afgegeven. Als later blijkt dat er geen vervolging wordt ingesteld dan kan de oude verlofmachtiging niet herleven maar moet alsnog een nieuwe verlofmachtiging worden aangevraagd. Een dergelijke aanvraag heeft een doorlooptijd van circa 3 maanden. Volgens de geïnterviewde vertegenwoordiger van het AVT komt het voor dat een kliniek in een dergelijke situatie toch een nieuwe verlofmachtiging aanvraagt. Het Adviescollege maakt dan een eigen afweging. Als het om een klein feit gaat, kan een nieuwe verlofmachtiging worden afgegeven die dan in kan gaan als de lopende opschorting van het verlot vervalt.

---

<sup>34</sup> Deze laatste aanscherping valt strikt genomen buiten de onderhavige evaluatie.



Een punt van onvrede is ook dat het verlies van verlof *altijd* plaatsvindt en dus niet aan het delict gerelateerd is, dat wil zeggen niet gekoppeld is aan het indexdelict. Tenslotte is er kritiek op de aard van de afhandeling. Hiermee worden verkeerde signalen afgegeven. Vaak gaat het om relatief lichte zaken die vervolgens worden geseponeerd, maar de hele gang van zaken heeft wel grote invloed gehad op de behandeling. Men vraagt zich af waar alle moeite dan voor is geweest. Maar de afhandeling kan volgens sommige geïnterviewden ook te licht uitvallen. Er wordt ook geseponeerd omdat iemand al een tbs heeft. Ook dat is geen goed signaal naar de patiënt. De regelgeving wordt daardoor ongeloofwaardig. Er zou bijvoorbeeld vaker gekozen kunnen worden voor een schuldigverklaring zonder strafoplegging, aldus een van de geïnterviewden. Het feit dat in ernstige zaken (als bezit van kinderporno en een moedwillige mishandeling van een medepatiënt) vaak wordt volstaan met een lichte straf wordt ook een kwalijke zaak genoemd. Hier leert een tbs-gestelde niets van, zo wordt gezegd.

#### 7.4 Overwegingen om wel of geen aangifte te doen

We hebben aan de hoofden behandeling gevraagd wat overwegingen zijn om wel of niet aangifte te doen van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten.<sup>35</sup>

Twee van de tien hoofden laten weten dat altijd aangifte wordt gedaan omdat dit nu eenmaal verplicht is. De overige acht geïnterviewden hebben een aantal overwegingen genoemd (tabel 1).

Tabel 1: Overwegingen om wel of geen aangifte te doen

FPC	Overwegingen
1	We maken zorgvuldige eigen afweging. Bij fysiek letsel altijd. Bij andere feiten wordt gekeken naar de fase behandeling, de stoornis van de patiënt, de aard van de problematiek en de omvang van de schade. Ook naar de politie toe willen we laten zien wanneer het om ernstige feiten gaat.
2	Overwegingen zijn: de aard van de stoornis, de impact van het delict op de staf en de houding van de patiënt na het incident. Als er geen verlofmachtiging is, zijn we minder snel geneigd om aangifte te doen.
3	Overwegingen zijn: de ernst van het delict en de aard van het delict, dat wil zeggen gaat het wel of niet om het indexdelict. Daarbij is de vraag of iemand gestraft moet worden voor een delict waar hij al voor vast zit. De verplichting tot aangifte weegt heel zwaar.

<sup>35</sup> In dit verband dient ook te worden opgemerkt dat geïnterviewden van twee klinieken melding maken van het feit dat er afspraken zouden zijn gemaakt met het ministerie (via een brief of via het LBHIV). Deze afspraken betreffen enige beleidsruimte die aan de klinieken zou zijn gegeven om zelf afwegingen te maken om wel of geen aangifte te doen. Het gaat dan om lastig te beoordelen situaties zoals incidenten tussen patiënten waar geen getuigen bij aanwezig zijn geweest en onbedoelde agressie (iemand die in paniek om zich heenslaat en per ongeluk een ander raakt). Wij hebben echter geen bevestiging gevonden dat dergelijke afspraken inderdaad zijn gemaakt.



Vervolg tabel 1: Overwegingen om wel of geen aangifte te doen

4	Overwegingen zijn: de ernst van de schade en wel/ geen fysieke schade; de ernst van ervaren gevoelens van bedreiging door personeel; de eigen verwijtbaarheid van de kliniek; de aard van de stoornis. Ook de verwachte reactie van de politie speelt een rol. Bij een verlofmachtiging wordt kritischer gekeken naar het feit of men het feit zeker weet. De gevolgen kunnen dan groter zijn.
5	Overwegingen zijn: de aard van de stoornis: hoe zeker de patiënt hoe minder snel aangifte, hoe meer een patiënt zelf kan bedenken dat hij verantwoordelijk is hoe sneller aangifte; de meerwaarde van opbouw van een dossier. De afweging ligt in het behandelperspectief versus de veiligheid van ieder binnen de kliniek.
6	Overwegingen zijn: de rol van de ziekte/ stoornis; de ernst van het feit; de doelmatigheid (voegt aangifte iets toe) en de zekerheid over het feit. Bij verlofmachtiging eerder aangifte.
7	Overwegingen zijn: altijd bij fysiek letsel (maar er blijft wel een grijs gebied); het feit dat de politie met een aangifte een dossier opbouwt; een aangifte moet een toegevoegde waarde bieden. Bij een verlofmachtiging wordt altijd aangifte gedaan
8	Overwegingen zijn: de ernst van het delict; de aard van het delict (altijd bij agressie en doelgerichte bedreiging). Wel of geen verlofmachtiging speelt geen rol.

Elke geïnterviewde noemt een eigen samenspel van overwegingen maar we zien dat bepaalde aspecten wel vaak terugkeren. Dan gaat het om de ernst en aard van het delict, de schade of het letsel van het delict en de aard en ernst van de stoornis. Over de aanwezigheid van een verlofmachtiging als factor om wel of geen aangifte te doen wordt ook wisselend gedacht.

- 4 van de 10 geïnterviewden vinden de verlofmachtiging geen factor van betekenis;
- 4 van de 10 geïnterviewden geven aan dat altijd of vaker aangifte volgt bij een verlofmachtiging;
- 1 geïnterviewde doet bij aanwezigheid van een verlofmachtiging juist minder snel aangifte;
- 1 geïnterviewde weet de vraag niet te beantwoorden.

## 7.5 De casebeschrijvingen

De geïnterviewde hoofden behandeling hebben voorafgaand aan het interview elk twee casebeschrijvingen toegestuurd gekregen. Het betrof cases die door de klinieken zelf, de afgelopen maanden, als bijzonder voorval aan het ministerie zijn gemeld. De Verlofunit tbs heeft geconcludeerd dat van deze cases ten onrechte (nog) geen aangifte was gedaan en de betreffende kliniek middels een brief verzocht om alsnog aangifte te doen. De volledige casebeschrijvingen zijn opgenomen in bijlage 3.

Elke case is door minimaal twee en maximaal vier hoofden behandeling beoordeeld op de vraag of men wel of geen aangifte zou doen. In totaal hebben 9 hoofden behandeling aan dit deel van het interview meegewerkt. De beoordelingen zijn in tabel 2 weergegeven. De eerste beoordeling van een case is steeds afkomstig van een hoofd behandeling werkzaam binnen de kliniek die de case als bijzonder voorval bij het ministerie heeft gemeld.



Tabel 2: Beoordeling zes cases op wel/ geen aangifte door de klinieken

FPC	Omschrijving cases en afwegingen om wel of geen aangifte te doen	Aangifte?
<b>Case 1: Seksueel overschrijdend gedrag van patiënt buiten kliniek.</b>		
1	Eerst met patiënt gesproken en nagegaan of verhaal aannemelijk is. Op basis zorgvuldige afweging: fase behandeling, aard stoornis en toegebrachte schade vervolgens aangifte gedaan	Ja
2	Is toegegeven door dader; wegens ernst delict geen twijfel over aangifte	Ja
3	Is toegegeven door dader; wegens ernst delict geen twijfel over aangifte	Ja
<b>Case 2: Onenigheid tussen patiënten loopt uit op vechtpartij met wederzijdse verantwoordelijkheid. Patiënt 1 loopt stijve knie op en patiënt 2 heeft kras in gezicht. OM adviseert om geen aangifte te doen.</b>		
1	Op basis advies OM: Patiënt teruggeplaatst naar gesloten unit. Patiënt krijgt spannings-regulatiegesprekken en er worden afspraken gemaakt over voorwaarden voor hervatten verlof	Nee
2	Melding bij politie ongeacht of betrokkenen daaraan mee willen werken. Politie houdt aangifte waarschijnlijk af maar er komt waarschijnlijk wel een mutatie in politieregistratiesysteem	Ja
3	Geen aangifte anders kan je wel bezig blijven	Nee
4	Hiervoor gaan we niet naar politie. Ook onduidelijk wie slachtoffer en wie dader is. Is uit de hand gelopen ruzie. Intrekken verlof ook geen goede zaak	Nee
<b>Case 3: Openlijke geweldpleging tegen medewerker.</b>		
1	Zeer ernstige normschending; fysiek geweld tegen sociotherapeut	Ja
2	Aanhoudende fysieke agressie tegen medewerker. Patiënt had op verschillende momenten kunnen stoppen	Ja
3	Openlijke geweldpleging. Gaat te ver. Je weet echter niet weet wat er allemaal speelt bij deze patiënt	Ja
<b>Case 4: Patiënt zou persoon in zijn netwerk met de dood hebben bedreigd. Slachtoffer heeft aangifte gedaan. kliniek is geïnformeerd over aangifte. Is indexdelict van patiënt.</b>		
1	Persoon zelf heeft al aangifte gedaan. Kliniek houdt patiënt binnen. Kliniek heeft zelf niets gehoord of gezien zou dus zelf geen aangifte doen	Nee
2	Gevaarlijke situatie wegens herhaling indexdelict. Grote recidivekans. Aangifte en vrijheid beperken	Ja
3	Kliniek weet niet wat er is gebeurd.	Nee
<b>Case 5: Patiënt steekt uit onvrede knuffeldier in de brand</b>		
1	Aangifte geen zin wegens ernstige pathologie patiënt. Wel preventieve maatregelen getroffen.	Nee
2	Geen leereffect van aangifte maar was wel groot risico voor veiligheid kliniek. Veiligheid gaat boven ziekte patiënt. Aangifte ook goed voor opbouwen dossier. Wel vraag aan OM om snel te beslissen.	Ja
<b>Case 6: Patiënt is boos, reageert onbeheerst en beschadigt vervolgens deur van afdelingskantoor</b>		
1	Schade deur was niet doelgericht en patiënt geef zelf aan dat beschadigen niet zijn opzet was. Patiënt moet schade betalen en verlof wordt tijdelijk ingehouden. Incident wordt besproken om herhaling te voorkomen	Nee
2	Agressie tegen goederen minder zwaar dan agressie tegen personen. Gedrag intern aan de orde stellen en schadevergoeding opleggen	Nee
3	Gaat om beloop incident. Patiënt toon reflectie op gedrag. Aangifte voegt niets toe. Duurt alleen lang.	Nee



De beoordeling van de cases illustreert het feit dat de hoofden behandeling zich bij hun beslissing om wel of geen aangifte te doen wel sterk laten leiden door de ernst en de gevolgen van het gepleegde feit maar niet door de vraag of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Een en ander betekent dat de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen ook niet bij alle cases unaniem is. Over de ernstigste en de minst ernstige cases is men het wel met elkaar eens, maar er is een middengroep van cases waarover verschillend wordt gedacht.

- Bij 2 van de 6 cases zijn de beoordelaars unaniem van mening dat aangifte wordt gedaan wegens: de ernst van het delict, de toegebrachte schade en het feit dat er geen twijfel is over wie de dader is.
- Bij 1 van de 6 cases zijn de beoordelaars unaniem van mening dat geen aangifte wordt gedaan wegens de (geringe) ernst van het delict, de reactie van de patiënt op zijn gedrag en de mogelijkheid om zelf een sanctie op te leggen (schadevergoeding betalen).
- Bij 3 van de 6 cases zijn de meningen over het wel of niet doen van aangifte verdeeld.

Het criterium of voor een feit voorlopige hechtenis is toegelaten, speelt voor de hoofden behandeling geen rol bij hun besluit om aangifte te doen. De juristen van de klinieken zullen dit criterium waarschijnlijk wel naar voren brengen als zij bij de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen worden betrokken. Uit het feit dat de hoofden behandeling het criterium 'wel of geen voorlopige hechtenis toegelaten' op geen enkel moment hebben aangestipt bij de bespreking van de cases, concluderen we dat de invloed van de juristen op de besluitvorming (nog) beperkt is.

## 7.6 Samenvatting en conclusies

### *(On)gewenste neveneffecten en gevolgen*

Voor sommigen is de verplichting om aangifte te doen het grootste knelpunt, anderen vinden de vaststaande gevolgen van de aangifte voor het verlov te ongenueanceerd. De eerste groep vindt de verplichting tot aangifte een ongenueanceerde benadering die geen rekening houdt met de ernst en aard van het delict en niet aansluit bij hetgeen gebeurt in de samenleving. Zij zijn ook van mening dat aangifte doen niet altijd een effectieve manier is om het delictgedrag aan te pakken, behandeling kan soms beter werken. De pedagogische waarde van de justitiële afhandeling wordt nog eens extra gerelativeerd door de lange doorlooptijd en de ongenueanceerde afhandeling: veel sepots en relatief lichte afdoeningen. De tweede groep vindt vooral de gevolgen van de aangifte voor het verlov ongenueanceerd. Zij zouden graag zelf een afweging willen maken ten aanzien van de duur van het opschorten van het verlov. Hierin kunnen de ernst van het feit en de consequenties van het opschorten bij transmuraal verlov dan worden meegewogen.

Het is echter juist deze praktijk van eigen, per kliniek wisselende afwegingen en eigen maatwerk waar de politiek een einde aan wilde maken met de regelgeving. Of en wanneer de verlofmachtiging vervalt, mag niet meer afhankelijk zijn van eigen afwegingen door een kliniek. Dat betekent een verplichte aangifte, direct opschorten van het verlov en beoordeling van de verdenking door een derde partij (het OM), al dan niet gevolgd door het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging.



### *Afwegingen om wel of geen aangifte te doen*

Op de vraag welke afwegingen een rol spelen bij het besluit om wel of geen aangifte te doen van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, geven twee van de tien hoofden behandeling aan dat zij geen eigen afweging maken maar *altijd* aangifte doen. De overigen noemen elk een eigen samenspel van overwegingen waarbij bepaalde aspecten (bijna) altijd terugkeren. Het betreft de ernst en de aard van het delict, de schade of het letsel dat teweeg is gebracht en de aard en ernst van de stoornis. Het merendeel van de geïnterviewde hoofden behandeling houdt zich dus niet aan (de aanscherping van) de regelgeving.

### *Van welke voorvallen wordt daadwerkelijk aangifte gedaan? Is er een grijs gebied?*

We hebben de vraag naar de eigen besluitvorming nog concreter gemaakt en een zestal cases van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, voorgelegd aan een wisselend aantal hoofden behandeling. De hoofden behandeling (die een case beoordeelden) zijn unaniem in hun beoordeling om wel of geen aangifte te doen bij de meest ernstige en de minst ernstige cases. Bij de ruime middengroep van cases (3 van de 6 cases) zijn de meningen verdeeld en is dus sprake van een grijs gebied. De factor 'wel of geen voorlopige hechtenis toegelaten' speelt bij de beoordeling van de cases geen rol. Dat geldt voor alle geïnterviewde hoofden behandeling die een of meer cases kregen voorgelegd (n=9).



## 8 Beoordeling regelgeving

### 8.1 Inleiding

De ongewenste (neven)effecten die vooraf werden voorzien zijn in paragraaf 4.6 beschreven. We gaan in dit hoofdstuk nader in op de vraag welke (on)gewenste neveneffecten zich in de praktijk voordoen. Een aantal ongewenste neveneffecten is als knelpunt door de juristen naar voren gebracht in paragraaf 6.3 (uitvoerbaarheid van de regelgeving). Andere ongewenste neveneffecten zijn al naar voren gekomen in paragraaf 7.3 waar wordt ingegaan op de (on)mogelijkheden om maatwerk te leveren. Een aantal neveneffecten, die vooraf werden voorzien, is ook expliciet voorgelegd aan de hoofden behandeling met de vraag in hoeverre men hier in de praktijk ook daadwerkelijk tegenaan loopt (paragraaf 8.2). In paragraaf 8.3 geven we aan of het voorziene positieve neveneffect in de praktijk wordt herkend door de juristen van de klinieken. In paragraaf 8.4 en paragraaf 8.5 zijn nog andere neveneffecten beschreven die zich volgens de juristen en de hoofden behandeling in de praktijk voordoen.

In de paragrafen 8.6 is breder naar de regelgeving gekeken. Dan gaat het om de vraag (die aan de juristen voorgelegd) wat er in de praktijk is veranderd en welke suggesties men heeft voor verbetering.

### 8.2 Toetsing vooraf verwachte ongewenste neveneffecten

*De aangifteplicht strookt niet met behandelen op maat, aangifte kan contraproductief werken.*  
Dit onderwerp is al uitgebreid aan de orde geweest in paragraaf 7.3. We hebben de vraag of dit voorziene ongewenste neveneffect in de praktijk bewaarheid wordt, echter ook expliciet voorgelegd aan de hoofden behandeling. Dan blijkt dat de meeste geïnterviewden van mening zijn dat dit inderdaad het geval is. Volgens twee van de tien geïnterviewde hoofden behandeling is dat niet het geval. De een zegt van het ministerie de ruimte te hebben gekregen om zelf te kunnen nuanceren. Hierover zou het ministerie een brief gestuurd hebben<sup>36</sup>. De ander is van mening dat behandelen op maat ook beveiligen betekent en dat aangifte doen dus past binnen behandelen.

*De kliniek kan bij een klachtdelict geen aangifte doen, alleen de klachtgerechtigde*  
Deze vraag leeft nog steeds bij sommige juristen maar men heeft er in de praktijk nog niet mee te maken gekregen. Zie ook paragraaf 6.3.

*De aangifteplicht kan botsen met de wens van het slachtoffer om geen aangifte te doen*  
Dit wordt beaamd maar ook gerelativeerd omdat de kliniek dan aangifte kan (moet) doen in plaats van het slachtoffer. Soms zeggen medewerkers bijvoorbeeld "hij bedoelde het niet zo. Dan nemen wij het

---

<sup>36</sup> Zie ook paragraaf 7.4. Hier is reeds vermeld dat wij het bestaan van een dergelijke brief niet hebben kunnen aantonen.



*over van het slachtoffer want die heeft andere belangen...". Het wordt wel lastig als niemand anders het incident heeft gezien.*

Er wordt ook door een van de geïnterviewden opgemerkt dat er ook andere mogelijkheden zijn, dan een aangifte, om de verlofmachtiging te laten intrekken, namelijk via een melding bij de Verlofunit tbs.

*De aangifteplicht kan de behandelrelatie onder druk zetten omdat aangifte nauw verbonden is met een verdenking.*

Hier wordt wisselend over gedacht. Verschillende geïnterviewden geven aan dat dit inderdaad het geval is. De kliniek raakt volgens een van hen betrokken in een systeem van waarheidsvinding, als er sprake is van een aangifte en dat is niet goed voor de behandelrelatie met de patiënt. Het vertrouwen kan daardoor verloren gaan. Ook het feit dat een behandelaar moet getuigen van een incident dat hij heeft gezien, heeft invloed op de samenwerking met de patiënt, aldus een van de geïnterviewden. Een andere geïnterviewde laat weten dat in zijn/haar kliniek bij de beslissing om wel of geen aangifte te doen, rekening wordt gehouden met de argumenten van de behandelaar. Weer een ander laat weten dat dit alleen speelt bij onduidelijke situaties waarin de patiënt ontkent. Door iemand binnen te houden geef je dan impliciet aan de patiënt niet te geloven. Er zijn echter ook geïnterviewden die menen dat er dan iets niet goed zit in de behandelrelatie. Een patiënt moet zich aan de regels houden. Een behandelaar hoeft een patiënt niet te beschermen, wordt door hen gezegd.

*De voorwaarde dat aangifteplicht alleen geldt bij feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, vraagt om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een tbs instelling worden verwacht.*

Ook hierover wordt wisselend gedacht. Verschillende hoofden behandeling geven aan hier geen rekening mee te houden, of men kent de bepaling niet of men doet van alle ernstige feiten aangifte. Verder zijn er ook hoofden behandeling die aangeven dat zij hiervoor de jurist in huis hebben en dat dat goed werkt. Soms wordt over een geanonimiseerde casus advies gevraagd aan het OM. Er zijn ook enkele hoofden behandeling die benadrukken dat dit inderdaad een knelpunt is in de praktijk.

*Als bij nadere toetsing alsnog blijkt dat de verpleegde geen blaam treft, dan is het vervallen van de verlofmachtiging en het opnieuw moeten aanvragen van een verlofmachtiging, niet te billijken.*

Dit wordt door alle geïnterviewden beaamd. Hoewel het in de praktijk weinig voorkomt, is aan een patiënt niet uit te leggen dat in situaties waarin uiteindelijk vrijspraak volgt, de verlofmachtiging toch is vervallen en (sinds de laatste wijziging van de regelgeving) een jaar gewacht moet worden tot een nieuwe machtiging mag worden aangevraagd. Eén geïnterviewde geeft wel aan dat de klinieken dat ook zelf in de hand hebben. De kliniek waar deze geïnterviewde werkzaam is, doet geen aangifte van zaken waar men zelf twijfel bij heeft. Een ander stelt dat de regelgeving op dit punt gewijzigd zou moeten worden. Als het OM meedeelt dat tot vervolging wordt overgegaan zou het verlof opgeschort moeten blijven. De machtiging zou pas moeten vervallen als er een veroordeling is uitgesproken. We merken op dat de regelgeving op dit punt feitelijk genuanceerder is maar niet geheel wordt begrepen (ook niet door de juristen). Als een tbs-gestelde ten onrechte als verdachte is aangemerkt herleeft de verlofmachtiging wel, bij vrijspraak of een andere grond voor een sepot dan code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt) herleeft de verlofmachtiging niet (zie ook paragraaf 6.2).





*Het 'aanmerken als verdachte' als moment voor vervallen van de verlofmachtiging geeft geen goede indicatie van een sterke verdenking én het is niet duidelijk wanneer dat moment plaatsvindt*

Deze ongewenste voorziene neveneffecten doen zich niet voor omdat er in de praktijk (conform de wens van de RSJ) gewerkt wordt met het moment dat het OM besluit dat tot vervolging wordt overgegaan en dus niet met het moment dat iemand als verdachte wordt aangemerkt. Omdat het moment dat wordt besloten dat tot vervolging wordt overgegaan een later moment is in het justitiële proces, vormt dit moment ook een betere indicatie van de aanwezigheid van een sterke verdenking. Aan het moment van de vervolgingsbeslissing kleven echter ook nadelen. Het duurt langer voordat tbs-gestelde en kliniek weten hoe de beoordeling van het OM uitvalt en wat er dus gebeurt met de verlofmachtiging. Daarnaast is inherent aan het opportuniteitsbeginsel en het sepotbeleid van het OM dat een besluit tot niet vervolgen (sepot), niet betekent dat de tbs-gestelde ten onrechte verdacht werd. Een besluit tot seponeren kan om verschillende redenen worden genomen. Er kan zelfs sprake zijn van wettig en overtuigend bewijs. Dit impliceert dat de verlofmachtiging kan herleven terwijl duidelijk is dat de tbs-gestelde het delict wel heeft gepleegd, maar om een bepaalde reden niet wordt vervolgd.

### **8.3 Toetsing vooraf verwachte gewenste neveneffecten**

*Meer eenvormigheid in uitvoering*

Een beperkt deel van de juristen beaamt dat de gewijzigde regelgeving de eenvormigheid en daarmee ook de rechtsgelijkheid bevordert. Een van de juristen bijvoorbeeld vindt het een goede zaak dat de kliniek niet zelf hoeft te overwegen of er aangifte gedaan moet worden. *"Die ruimte is er door de regelgeving niet en dat is goed. Als die ruimte er wel zou zijn bestaat er een kans van rechtsongelijkheid. Nu is het duidelijk: heb je een verlofmachtiging en pleeg je een voorlopige hechtenis waardig feit, dan volgt ongeacht waar je verblijft, aangifte en kun je je verlofmachtiging kwijtraken"*.

### **8.4 Overige nadelen/ongewenste neveneffecten**

Sommige hoofden behandeling en juristen zien nog andere nadelen of ongewenste neveneffecten dan in paragraaf 8.2 zijn besproken.

Een ongewenst neveneffect dat relatief vaak wordt genoemd betreft de duur van de tbs. De afname van de instroom in de tbs wordt geweten aan het feit dat de tbs te lang duurt. De betreffende regelgeving van het Rvt zorgt er echter voor dat de behandeling nog langer gaat duren, zo wordt gesteld.

De volgende nadelen/ongewenste neveneffecten zijn gebaseerd op individuele opvattingen omdat ze slechts door enkele geïnterviewden worden genoemd.

- Door de verplichting is er geen afweging meer van de belangen van de patiënt en die van de maatschappij (extra kosten).
- Het verplicht aangifte doen kan tot uitlokking leiden bij de patiënten. Een patiënt kan een medepatiënt benadelen door deze medepatiënt met opzet zodanig te tergen dat deze een



- strafbaar feit begaat waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Als vervolgens aangifte wordt gedaan tegen de medepatiënt kan ook het verlof van de medepatiënt worden ingetrokken.
- Er is te weinig ruimte voor een anonieme aangifte. Het OM ziet de behandelrelatie die iemand heeft met degene tegen wie aangifte wordt gedaan, niet als reden om niet met naam en toenaam en in openheid een getuigenverklaring af te kunnen leggen. Daar is iets voor te zeggen, maar door de verplichting om aangifte te doen kan je hierover dus geen eigen afweging maken en dat is in sommige gevallen vervelend. Er zijn immers slachtoffers die om wat voor reden dan ook niet willen dat er aangifte gedaan wordt.
  - De klinieken moeten aan tegenstrijdige opdrachten voldoen. Het is goed dat er een duidelijke externe druk is gekomen om aangifte te doen. Hierdoor is het 'vrijplaatskarakter' van een tbs-kliniek verdwenen. Aan de andere kant worden aangiften vanuit het perspectief van de prestatie-indicatoren, als iets negatiefs beschouwd. Hoe moet een kliniek daarmee omgaan?

## 8.5 Overige voordelen/gewenste neveneffecten van de regelgeving

Enkele juristen benadrukken de meerwaarde en voordelen van de regelgeving. Zij doelen dan met name op de eerder genoemde toename van de rechtsgelijkheid die door (de aanscherping van) de regelgeving is ontstaan. Daar staan echter ongeveer evenveel juristen tegenover die van mening zijn dat de regelgeving geen enkele toegevoegde waarde heeft maar alleen nadelen. Een van hen stelt dat de aangiftebevoegdheid er altijd al was. Zij konden dus aangifte doen als zij vonden dat dat moest. De beslissing lag bij hen. En als er iets ernstigs gebeurde deed men sowieso al aangifte ook zonder deze regelgeving. Een andere jurist is van mening dat het probleem waaruit de regelgeving is ontstaan niet door middel van deze regelgeving wordt opgelost. *"Het creëert alleen maar meer problemen. Er is al een verplichte melding bijzondere voorvallen. Een aangifteplicht is helemaal niet nodig. Het zijn voor politie en justitie kruimels: de verdachten zitten al vast. Het heeft geen meerwaarde. De machtiging kan al worden ingetrokken op basis van de informatie in de melding bijzonder voorval"*.

Een derde groep juristen (de grootste groep) vindt dat er naast nadelen ook voordelen verbonden zijn aan de regelgeving. Zij roemen met name de toegenomen externe druk om aangifte te doen:

- Er worden nu meer aangiften gedaan, bijvoorbeeld als er iets gebeurt tussen twee patiënten. Voorheen werd van dat soort incidenten geen aangifte gedaan.
- Het houdt de medewerkers alert op het signaleren van incidenten.
- De achtergrond van de regelgeving is goed. Het mag niet zo zijn dat een tbs-gestelde vrij rond loopt (omdat hij een verlofmachtiging heeft), terwijl hij een strafbaar feit gepleegd heeft en er dus nog een onderzoek naar hem loopt.
- Er is meer transparantie en minder willekeur gekomen omdat er bewuster wordt nagedacht. Als bijvoorbeeld een behandelaar geen aangifte wil doen om de behandelrelatie niet onder druk te zetten, is het een goede zaak dat er externe redenen zijn die hier toch toe nopen.
- Ook patiënten moeten leren zich aan de wet te houden en verantwoordelijkheid te dragen voor hun daden. Voor de patiënt wordt duidelijk dat bepaald gedrag niet geaccepteerd wordt in de kliniek. Signaal is dat de patiënt moet oppassen, want anders wordt zijn verlof ingetrokken.



## 8.6 Wat is er veranderd na de wijziging van de regelgeving en hoe moet het verder?

De hoofden behandeling is gevraagd wat er in de praktijk nu feitelijk is veranderd na wijziging van de regelgeving. De helft geeft aan dat er niets is veranderd omdat men altijd al aangifte deed van strafbare feiten. De andere helft zegt dat er meer besef is gekomen van ernstige feiten en/of er vaker aangifte wordt gedaan.

In dit verband is ook door verschillende geïnterviewden aangegeven dat men het jammer vindt dat er niet overlegd is met de klinieken over de implementatie van de regelgeving en dat er niet is nagedacht over de praktische consequenties van de uitvoering. Nu heeft iedereen zijn eigen koers gevolgd en blijven er verschillen bestaan in uitvoeringspraktijk tussen de klinieken.

Alle hoofden behandeling doen verbeteringsuggesties die betrekking hebben op nuancering. Dat geldt ook voor de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT. Een aantal geïnterviewden kiest vooral voor meer ruimte om zelf te beslissen of er wel of geen aangifte wordt gedaan. Bij voorbeeld in gevallen waarin de kliniek oordeelt dat aangifte te zwaar is zou eerst overlegd kunnen worden met een officier van justitie zodat het verlov niet altijd direct hoeft te worden opgeschort. Ook wordt voorgesteld dat de klinieken altijd een eigen afweging blijven maken over het doen van aangifte en het intrekken van verlov en hier periodiek verantwoording over afleggen aan het ministerie (de Verlofunit tbs). Een en ander vanuit het principe van onderling vertrouwen.

Ongeveer even vaak is de teneur van de antwoorden dat verplicht aangifte doen bij ernstig normoverschrijdend gedrag prima is en gehandhaafd moet blijven maar dat er wel iets in het vervolg op de aangifte moet veranderen. We merken op dat dit niet hoeft te betekenen dat men het eens is met de huidige regelgeving. Het gaat hier ook om hoofden die bij *ernstige* incidenten altijd aangifte doen (en daarmee dus feitelijk een eigen afweging maken) en om klinieken die menen dat de regelgeving alleen van toepassing is op patiënten met een verlofmachtiging.

Voor sommigen gaat het bij de noodzakelijk geachte aanpassingen na de aangifte, om nuanceringen in de consequenties voor het verlov; voor anderen om verbetering van de justitiële afhandeling. Er wordt bijvoorbeeld voorgesteld dat het verlov altijd wordt opgeschort na een aangifte maar dat een kliniek vervolgens zelf de afweging maakt of en wanneer het verlov weer geactiveerd zou moeten worden. Deze afweging kan dan worden voorgelegd aan een onafhankelijke partij, de Verlofunit tbs en/of het AVT, die dan de uiteindelijke beslissing neemt. Een andere suggestie die minder ver gaat komt van een geïnterviewde die voorstelt dat het verlov opgeschort blijft als vervolging wordt ingesteld en de machtiging pas wordt ingetrokken na een veroordeling. Daar koppelt hij wel een versnelling van de doorlooptijden bij justitie aan en een verbetering van de afhandeling door justitie.

Wat betreft verbetering van de afhandeling moet er sneller duidelijkheid komen over een zaak en de afhandeling zelf moet verbeteren. Volgens verschillende geïnterviewden is er tot nog toe niet of nauwelijks gecommuniceerd naar het OM dat de regelgeving gewijzigd is en wat dit betekent voor de rol van het OM. Een officier zit nu helemaal niet te wachten op dit soort zaken. Zijn/haar doel is er voor te zorgen dat mensen tegen wie een (ernstige) aangifte loopt, veilig opgeborgen worden. Tbs-



patiënten zitten al vast en daarom heeft het voor officieren geen prioriteit. Er moet een verandering in denken komen bij het OM, aldus een van de geïnterviewden.

De vraag naar verbeteringsuggesties is ook voorgelegd aan de juristen. Zij geven deels dezelfde suggesties als de hoofden behandeling. Uit de antwoorden van de juristen komt echter vooral het belang naar voren van meer landelijke uniformiteit. Dan gaat het om uniformiteit tussen de klinieken en om uniformiteit in de afhandeling door politie en justitie. Er wordt gesuggereerd dat er meer voorlichting moet komen aan politie en OM en dat er een landelijke richtlijn zou moeten komen voor het OM over hoe om te gaan met aangiften vanuit de FPC's. Er is nu sprake van rechtsongelijkheid omdat in sommige regio's vaker boetes worden opgelegd dan in andere. Ook wordt de wens geuit dat besluiten van het OM op papier worden vastgelegd. Dan kunnen er geen misverstanden ontstaan zoals in het verleden is voorgekomen.

## 8.7 Samenvatting en conclusies

### *Ongewenste neveneffecten*

Bij de invoering van de gewijzigde regelgeving werd een aantal ongewenste neveneffecten verwacht. Deze zijn volgens de klinieken deels uitgekomen. Twee ongewenste neveneffecten worden door de meeste of alle geïnterviewden in de praktijk herkend. Het betreft: (1) het feit dat de aangifteplicht niet strookt met behandelen op maat en (2) men vindt het niet te rechtvaardigen dat een tbs-gestelde die alsnog wordt vrijgesproken, geen verlofmachtiging meer heeft en (conform de laatste aanscherping) zelfs een jaar zou moeten wachten voordat een nieuwe machtiging mag worden aangevraagd. Dit laatste punt is overigens niet conform de vooraf geuite kritiek van de RSJ. Deze stelt dat het niet te billijken is dat een nieuwe verlofmachtiging moet worden aangevraagd als blijkt dat iemand ten onrechte als verdachte is aangemerkt. De geraadpleegde strafrechtsspecialist geeft echter aan dat in een dergelijke situatie de verlofmachtiging herleeft.

Andere eerder voorziene ongewenste neveneffecten blijken in de praktijk toch minder als een probleem te worden gezien, zich nog niet te hebben voorgedaan of slecht door een beperkt aantal geïnterviewden herkend te worden in de praktijk. Het (principiële) bezwaar dat door de RSJ is verwoord ten aanzien van 'het aanmerken als verdachte' als moment waarop de verlofmachtiging vervalt, blijkt in de praktijk niet aan de orde. Conform de wens van de RSJ wordt in de praktijk uitgegaan van het moment waarop is besloten tot vervolging over te gaan. Dat is een duidelijk moment in de justitiële afhandeling dat ook beter past bij het feit dat er sprake moet zijn van een sterke verdenking. Er kleven echter wel nadelen aan. Het duurt langer voordat er duidelijkheid is over de verlofmachtiging en de beslissing dat niet tot vervolging wordt overgegaan is geen verklaring dat iemand het feit niet heeft gepleegd. De verlofmachtiging kan dus herleven terwijl de verdenking niet is weggenomen of duidelijk is dat de tbs-gestelde het delict wel heeft gepleegd.

Er worden ook nog andere ongewenste neveneffecten genoemd, met name de verlenging van de duur van de tbs die door de aangescherpte regelgeving ontstaat.



### *Positieve neveneffecten*

De meeste geïnterviewden noemen naast ongewenste neveneffecten ook een of meer positieve neveneffecten. Dan gaat het om het feit dat er met de aanscherping van de regelgeving meer eenvormigheid in de uitvoeringspraktijk is ontstaan hetgeen ook de rechtsgelijkheid bevordert. Het gaat ook om het feit dat aangescherpte regelgeving leidt tot externe druk die de mensen scherp houdt en dus tot meer aangiften. Er gaat dus een bepaalde normstellende werking uit van de regelgeving. Ook het uitgangspunt van de regelgeving namelijk dat een tbs-gestelde tegen wie een aangifte loopt niet vrij rond moet kunnen lopen, wordt als positief punt genoemd.

### *Realisering beoogde doel*

Uit de interviews komt als algemeen beeld naar voren dat er vaker aangifte wordt gedaan sinds de wijziging van het Rvt in 2008 (zie ook hoofdstuk 10). De aanscherping van de regelgeving middels de aangifteplicht krijgt dus gestalte. Het komt echter ook voor dat geen aangifte wordt gedaan terwijl dat wel zou moeten volgens de regelgeving. De juristen geven met enig voorbehoud en enige aarzeling te kennen dat alle strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten ook daadwerkelijk worden aangegeven. Uit de interviews met de hoofden behandeling en de bespreking van de cases (paragraaf 7.5) komt echter een ander beeld naar voren.

### *Suggesties voor verbetering*

Alle geïnterviewden doen verbeteringsuggesties. Deze hebben betrekking op nuancering, dus meer ruimte voor eigen afweging door de klinieken en externe toetsing door de Verlofunit tbs en/ of het AVT in plaats van het OM. Deze suggesties staan snel op gespannen voet met de regelgeving. Met name de juristen doen ook verbeteringsuggesties gericht op meer uniformiteit tussen de klinieken. Dit zou tot stand kunnen komen door meer onderlinge uitwisseling en het gezamenlijk ontwikkelen van normen voor de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen. Dan gaat het niet om de ernstige situaties die voor iedereen duidelijk zijn, maar om het zogenaamde grijze gebied.

Ook zou er volgens een aantal geïnterviewden meer prioriteit aan dit soort zaken gegeven moeten worden door het OM en zou er meer uniformiteit in de justitiële afhandeling moeten komen. Hiervoor zou het OM landelijke richtlijnen moeten opstellen.





## 9 Uitvoering regelgeving bij politie en OM

### 9.1 Inleiding

De resultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn gebaseerd op negen interviews met politiefunctionarissen (vaste contactpersonen voor de klinieken) en zes interviews met officieren van justitie (de tbs-officieren die tevens aanspreekpunt zijn voor de klinieken over de gedane aangiften). De relatie tussen kliniek en geïnterviewde contactpersonen van politie en OM ziet er als volgt uit:

- Voor zes klinieken geldt dat zowel met de contactpersoon van politie als met de contactpersoon van het OM is gesproken
- Voor drie klinieken geldt dat alleen met de contactpersoon van het OM werd gesproken
- Voor vier klinieken geldt dat met geen van beide contactpersonen is gesproken.

Op basis van de interviews met politie en officieren van justitie, worden de onderzoeksvragen 2a (gedeeltelijk) en 2g (grotendeels) beantwoord.<sup>37</sup>

- Heeft de implementatie plaatsgevonden binnen de FPC's, OM en politie? Zo ja, op welke wijze? Hoe heeft bijvoorbeeld de toerusting van de FPC's plaatsgevonden?
- Hoe gaat de politie om met door de FPC's gedane aangifte? Hoe gaat het OM om met de gedane aangiften? Wat zijn de doorlooptijden? Hoe vaak en wanneer komt er een sepot?

### 9.2 Implementatie bij politie en OM

#### *Vaste contactpersonen bij politie en OM?*

Tijdens de eerste interviewronde met de juristen (mei 2011) is gevraagd of de klinieken vaste contactpersonen of aanspreekpunten hebben bij politie en OM. Op dat moment hadden 12 van de 13 klinieken een vaste contactpersoon bij politie. De jurist van de enige kliniek die geen vaste contactpersoon bij politie heeft, geeft aan dat het wel wenselijk is om een vast aanspreekpunt te hebben. Kort daarna is dat ook gerealiseerd.

Voor het OM lag dat anders. Tijdens de eerste interviewronde werd de afwezigheid van een vaste contactpersoon bij het OM als een probleem ervaren. Op dat moment waren er slechts vier klinieken die aangaven dat ze een vaste contactpersoon hadden bij het OM. Met name omdat het lang onduidelijk blijft wat er met een aangifte gebeurt, werd de afwezigheid van een vaste contactpersoon als een probleem ervaren. Dit probleem is ook gesignaleerd door het AVT. Overleg tussen het Parket Generaal, het Adviescollege Verloftoetsing tbs en de Directie Forensische Zorg heeft er uiteindelijk toe geleid dat in juli 2011 de klinieken schriftelijk zijn geïnformeerd over de namen van de tbs-officieren bij de verschillende parketten. Deze officieren behandelen de verlengingszittingen van tbs-gestelden<sup>38</sup>. Ze

<sup>37</sup> De vraag naar de doorlooptijden wordt in hoofdstuk 10 beantwoord.

<sup>38</sup> Op basis van deze zittingen doet de rechter een uitspraak over de (eventuele) verlenging van de tbs-maatregel.



handelen niet (altijd) zelf de aangiften af die betrekking hebben op tbs-gestelden maar fungeren wel als aanspreekpunt voor de klinieken over het verloop van deze zaken. Intern binnen hun eigen organisatie fungeren ze ook als vraagbaak voor tbs-zaken. Vanaf juli 2011 heeft elke kliniek dus een aanspreekpunt bij het OM.

#### *Bekendheid en draagvlak bij de politie.*

Uit de interviews komt naar voren dat vier van de negen geïnterviewde politiefunctionarissen (vaste contactpersonen) bekend zijn met de regelgeving. Zij zijn allen door de kliniek geïnformeerd over de regelgeving, ofwel op een georganiseerde informatiedag, ofwel door de actieve contacten die men met de kliniek heeft, ofwel doordat een eerste aangifte zich aandeed.

Twee politiefunctionarissen zijn deels op de hoogte van de regelgeving, waarbij de een niet bekend was met de gevolgen van het doen van de verplichte aangifte (te weten het eventueel van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging) en de ander niet wist dat het om voorlopige hechteniswaardige feiten gaat. Ze waren beiden wel op de hoogte van de verplichting tot het doen van aangifte. De overige drie politiefunctionarissen zijn niet bekend met de regelgeving. Opvallend is dat de laatste drie contactpersoon zijn van een niet justitiële inrichting (waar de regelgeving alleen geldt voor feiten die buiten de kliniek door tbs-gestelden zijn gepleegd). Het aantal tbs-gestelden in deze instellingen is naar verhouding klein. Contacten met de politie zijn er meer instellingsbreed, niet alleen gericht op de tbs-gestelden of op deze specifieke regelgeving.

De regelgeving blijkt weinig bekend binnen de politieorganisaties. Slechts twee geïnterviewden zeggen te weten dat er meerdere mensen zijn binnen hun organisatie die de regelgeving kennen. Bij de één zijn dat de medewerkers van de Intake en Servicebalie en bij de ander gaat het om de hele organisatie maar deze geïnterviewde voegt daar wel aan toe dat collega's bij onduidelijkheden altijd contact kunnen opnemen met hem als contactpersoon, of in het convenant kunnen kijken.

De zes geïnterviewden die de regelgeving zelf kennen, geven allen een positieve beoordeling aan de regelgeving. Men vindt dat de regels die in de gewone maatschappij gelden, ook moeten gelden in een tbs-kliniek. Daarnaast wijzen ze op het feit dat het een wettelijke verplichting is en om die reden passen zij de regelgeving toe. Wel wordt naar voren gebracht dat er soms aangifte gedaan wordt van incidenten die geen strafbaar feit opleveren. Dit kan invloed hebben op het draagvlak bij de politie. De politie heeft het erg druk en een aangifte van iets dat geen strafbaar feit oplevert is dan niet welkom. Meer in het algemeen geven de politiefunctionarissen echter aan dat er draagvlak is binnen hun organisatie om de regelgeving uit te voeren.

#### *Bekendheid en draagvlak binnen het OM*

Twee van de zes officieren zijn bekend met de regelgeving. Van de overige vier zegt één de regelgeving wel te kennen, maar deze niet gelezen te hebben. De andere drie kennen de regelgeving niet. Ook binnen de rest van het arrondissement is de regelgeving volgens de geïnterviewden niet bekend. Zij zijn als tbs-officieren het aanspreekpunt. Slechts één officier zegt dat haar vervanger weet heeft van de regelgeving. Wel geven sommigen aan als vraagbaak te functioneren, zowel intern als naar buiten toe.





De officieren die bekend zijn met de regelgeving, beoordelen deze positief. Door de regelgeving hebben ze meer zicht op wat er allemaal gebeurt in een tbs-kliniek. Eén van deze officieren vindt echter ook dat de regelgeving niet werkbaar is omdat 'patiënten, wegens een bepaalde psychisch stoornis, in een tbs-kliniek uitageren in de behandeling'. Een patiënt roept dan van alles en nog wat en kan fysiek agressief zijn, maar dat hoort bij de stoornis. Aan de andere kant zijn bedreiging en mishandeling beide feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten en dan ligt er een plicht om aangifte te doen', aldus deze officier.

### 9.3 Uitvoering van de regelgeving

#### *Afspraken omtrent uitvoering binnen politie en OM*

Uit de interviews komt naar voren dat in één van de zes arrondissementen, waar met alle drie partijen (kliniek, politie en OM) is gesproken, een convenant bestaat over het doen van aangifte, dat door alle drie partijen wordt genoemd.

Als we alleen afgaan op de interviews met politie dan zeggen twee politiefunctionarissen dat er een specifiek convenant ligt met afspraken omtrent het doen van aangifte. Twee andere politiefunctionarissen laten weten dat er wel iets op papier staat omtrent afspraken met de kliniek, maar dat dit een veel bredere strekking heeft. Bij de één gaat het om een calamiteitenplan, bij de ander om een instellingsbreed<sup>39</sup> protocol. In het calamiteitenplan is wel opgenomen wat er gedaan moet worden als een patiënt aangifte wil doen, maar niet wat er gedaan moet worden als de kliniek aangifte doet.

Volgens de overige vijf politiefunctionarissen zijn er geen afspraken op papier vastgelegd. Volgens twee van hen zijn er wel informele afspraken gemaakt met de kliniek.

Van de geïnterviewde officieren maken er twee melding van een convenant waarin afspraken zijn vastgelegd. Bij de een ligt ook de procesbeschrijving vast in het convenant. Bij de ander gaat het alleen om het vastleggen van afspraken op papier. De overige vier officieren geven aan dat er geen afspraken zijn gemaakt noch een convenant is opgesteld.

In het arrondissement waar een convenant bestaat dat door alle drie partijen is ondertekend, loopt de uitvoering van beschreven procesafspraken volgens de betreffende politiefunctionaris goed. Ze zijn gemaakt omdat de politie het erg druk heeft. Gewoonlijk moet er een afspraak gemaakt worden om aangifte te doen maar door dit convenant hoeft dat niet meer. Hiermee kan de kliniek voldoen aan de 24-uurs eis, aldus deze politiefunctionaris. De betreffende officier is van mening dat de uitvoering redelijk goed loopt. Zij merkt wel dat de werkwijze nog moet inslijten, maar het is zeker al een verbetering ten opzichte van de situatie voor het convenant.

---

<sup>39</sup> Het betreft een GGZ instelling.



Als voorbeeld van een uitwerking geven we onderstaand kader de tekst weer van de procesbeschrijving in het betreffende convenant

*De aangifte wordt via mail, per post of in persoon gedaan door de kliniek bij de hoofdmedewerker Intake Service Ondersteuning en die zorgt ervoor dat de aangifte in BVH wordt opgemaakt. Indien informatie ontbreekt, neemt deze medewerker contact op met de kliniek.*

*Vervolgens wordt de aangifte ter ondertekening gezonden naar de kliniek. Als deze retour is, wordt de aangifte ingescand doorgestuurd naar de Politie Parket Secretaris. Deze beoordeelt de aangifte in eerste instantie en kijkt daarbij naar de betrokkenen. Bij een incident tussen een patiënt en een medewerker of derde wordt er (bij voldoende opsporingsindicatie) nader onderzoek verricht. Bij een incident tussen patiënten onderling gebeurt dit indien sprake is van een ernstig delict (zoals mishandeling met zwaar lichamelijk letsel). Bij lichte vergrijpen (zoals eenvoudige mishandeling) wordt de zaak door de politie in overleg met de districtsofficier van justitie geseponneerd.*

*Indien nader onderzoek is ingezet, wordt, nadat het onderzoek is afgerond, proces-verbaal opgemaakt. Het dossier wordt met een 'tbs-label' op de geleidelijst ingezonden naar het OM ter attentie van de tbs-officier van justitie.*

*De tbs-officier van justitie neemt vervolgens de beslissing omtrent het al dan niet vervolgen van de verdachte en deelt het besluit schriftelijk mede aan alle betrokkene (politie, kliniek, slachtoffer, verdachte en advocaat verdachte).*

#### *Het opmaken van de aangifte*

Ook al kent men de regelgeving niet, de geïnterviewde politiefunctionarissen hebben allen ervaring met het opmaken van aangiften die door medewerkers of patiënten van de kliniek in hun regio zijn gedaan. Van de zes geïnterviewde officieren hebben er twee zelf aangiften afgehandeld die vanuit de kliniek in hun arrondissement zijn gedaan. Volgens de politiefunctionarissen wordt de aangifte gedaan op het bureau of in de kliniek zelf. Dit hangt af van de zwaarte van de zaak, maar ook van praktische zaken, zoals de aanwezigheid van een verlofmachtiging. Indien een tbs-gestelde zonder verlofmachtiging, aangifte wil doen of als getuige aanwezig is, moet de aangifte in de kliniek plaatsvinden. Het opsturen van de aangifte per mail is ook een mogelijkheid, aldus enkele functionarissen. Zij hebben dan een standaard aangifte opgesteld waarin de informatie over de feitelijke gang van zaken alleen maar ingevuld dient te worden. Eén van hen zegt dat hij de meeste informatie haalt uit de 'melding bijzonder voorval' die altijd wordt meegestuurd.

Na de aangifte wordt bepaald of er nader onderzoek wordt gedaan naar de zaak. Hierover komt uit de interviews met politie het volgende beeld naar voren. Of nader onderzoek wordt gedaan hangt af van de zwaarte van de zaak en de opsporingsindicatie. Als er nader onderzoek wordt ingesteld dan worden aangever, verdachte en getuigen gehoord. Afhankelijk van aanwezig verlof gebeurt dit op het bureau of in de kliniek. Nadat het onderzoek is afgerond wordt het dossier opgemaakt en doorgestuurd naar het OM. Het kan voorkomen dat de politie geen nader onderzoek instelt, omdat er geen sprake is van een strafbaar feit waarvan aangifte is gedaan of onvoldoende opsporingsindicatie is. Verder is het ook mogelijk dat de politie zelf de zaak afdoet in overleg met het OM, zonder dat de zaak wordt



doorgestuurd naar het OM. Dit gebeurt op het moment dat het OM laat weten toch niets met de zaak te gaan doen, bijvoorbeeld omdat het bewijs te beperkt is. Volgens één van de geïnterviewde politiefunctionarissen is dit aan de orde bij twee tegenstrijdige verklaringen en als ander bewijs ontbreekt. Daar kun je niet zo veel mee, aldus deze politiefunctionaris. Ook doet de politie de zaak wel eens af als er geen daderindicatie is of als er geen handvatten voor onderzoek zijn.

Volgens de juristen en hoofden behandeling van de klinieken zijn medewerkers soms angstig om aangifte te doen tegen patiënten. Daarom kan de aangifte door de kliniek zelf gedaan worden en op het adres van de kliniek worden gezet. Hier maken de klinieken inderdaad gebruik van. Desondanks kan het voorkomen dat een medewerker toch als getuige wordt gehoord en met naam en toenaam in het dossier terecht komt. Om dit te voorkomen, zo zegt één van de politiefunctionarissen, hebben zij een afspraak gemaakt met het OM dat in het dossier alleen achternamen en het adres van de kliniek worden genoteerd. Het is in de betreffende kliniek gebruikelijk om de medewerkers alleen bij hun voornaam te noemen.<sup>40</sup>

#### *Het informeren van de klinieken*

Aan de officieren is gevraagd hoe zij het begrip 'aanmerken als verdachte' invulling geven. Ze zeggen allemaal dat zij uitgaan van art. 27 lid 1 Sv: als uit feiten en omstandigheden blijkt dat iemand zich schuldig heeft gemaakt aan een strafbaar feit. Eén van hen vindt dat geen werkbaar begrip is voor deze regelgeving omdat iemand als verdachte kan worden aangemerkt als er aangifte is gedaan, maar ook als er vervolging wordt ingesteld. Een enkele aangifte is hiervoor, volgens twee officieren, niet voldoende. Er kan namelijk sprake zijn van een leugenachtige, valse aangifte. Een eerste onderzoek naar de aangifte moet daarover uitsluitsel geven.

Geen van de officieren heeft de regelgeving zoals omschreven, namelijk dat ze de kliniek moeten laten weten of betrokkene is aangemerkt als verdachte, in de praktijk toegepast. Eén officier zegt wel zelf contact op te nemen met een kliniek op het moment dat er een beslissing tot seponeren of vervolging is genomen. Hij/zij meldt dit niet aan de directeur van de kliniek maar aan de jurist. Dit is ook zo vastgelegd in hun convenant. Eén andere officier geeft aan dat zij deze melding doet aan DJI. De overige officieren geven aan dat de officier die de zaak onder zich heeft of de parketsecretaris contact opneemt met de kliniek om te melden of er wel of niet tot vervolging wordt overgegaan.

#### *Vervallen van de verlofmachtiging*

Twee officieren merken expliciet op het geen goede zaak te vinden dat het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging gekoppeld wordt aan de vervolgingsbeslissing. Als een officier een zaak seponereert betekent dit niet dat een verdachte niet strafbaar is. Er zijn diverse redenen waarom een officier een zaak kan seponeren. Zelfs bij wettig en overtuigend bewijs kan er een sepot volgen. Een

---

<sup>40</sup> Zie ook paragraaf 5.6 waarin is aangegeven dat een politierechter in een zaak tegen een patiënt van een ziekenhuis een getuigenis van een medewerker op het adres van de instelling met het personeelnummer van de medewerker ook als toelaatbaar heeft beoordeeld.



voorbeeld is een sepot wegens lopende tbs (code 23). Hierbij dient er wel een vorm van straf/maatregel voor de tbs-gestelde te komen, alleen het strafrecht is daarvoor niet de geëigende weg, aangezien de persoon al in tbs zit.

Er is volgens een van de officieren maar één type sepot waarbij het terecht is dat de verlofmachtiging niet vervalt en dat is een sepot omdat de tbs-gestelde ten onrechte is aangemerkt als verdachte. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen als een medewerker zich heeft vergist in welke patiënt had geslagen of bedreigd.

#### *De afwegingen die de officieren maken bij hun afdoeningsbeslissing*

Bij de juristen van de klinieken overheerst het idee dat veel aangiften met een sepot worden afgedaan. De officieren van justitie benadrukken echter dat bij zware zaken zeker vervolgd wordt en dus geen sepot volgt. Wel merken ze op dat bepalend is of een zaak haalbaar is en of het zin heeft om iemand te vervolgen. Ze kijken naar de ernst van de onderliggende feiten en naar de toerekeningsvatbaarheid van de persoon in kwestie. De toestand van de tbs-gestelde ten tijde van het plegen van het feit is dus van belang. Ook het doel van de vervolging is een meewegende factor: als er toch weer tbs wordt opgelegd, is het dan opportuun om nogmaals te vervolgen? De consequenties van het vervolgen (uit de tbs-behandeling halen) spelen ook een rol. Een aantal officieren benadrukt dat het van belang is dat de behandeling van de tbs-gestelde verder gaat en niet stagneert. De duur van de tbs is de laatste jaren al veel langer geworden (van gemiddeld 6 naar 9 jaar). Stagnatie van de behandeling door een vervolging voor een licht feit is in dit licht niet te prefereren.

De officieren van justitie bevestigen overigens ook dat er vaak een sepot volgt. Dat een tbs-gestelde in tbs zit is een meewegende factor, maar geen beslissende factor. Het zijn lastige kwesties<sup>41</sup>, zo geeft men aan. Een van de officieren geeft het voorbeeld van een tbs-gestelde die volledig ontoerekeningsvatbaar was verklaard, maar wiens zaak door het OM toch werd aangebracht bij de rechter, teneinde het slachtoffer in de gelegenheid te stellen zich te voegen in het strafproces. De rechter heeft vervolgens het OM niet ontvankelijk verklaard omdat de rechter vond dat er in deze zaak geen rechterlijk oordeel nodig was: de persoon zat al in tbs.

## **9.4 Knelpunten afhandeling aangiften**

### *Knelpunten bij de politie*

In de interviews met de politiefunctionarissen wordt een aantal knelpunten genoemd ten aanzien van de regelgeving en de afhandeling van de aangiften. Een eerste knelpunt betreft de voorfase. Drie politiefunctionarissen laten weten dat ze geen zicht hebben op wat er allemaal gebeurt in de kliniek en dus afhankelijk zijn van de afweging die in de kliniek wordt gemaakt om wel of geen aangifte te doen. Ze hebben het idee dat niet alles wat voorlopige hechteniswaardig is, wordt aangegeven. Verder wordt door een aantal politiefunctionarissen aangegeven dat de samenwerking met de kliniek soms lastig is. Er is vaak sprake van eenrichtingsverkeer vanuit de kliniek: als er bijvoorbeeld buiten de kliniek een delict plaatsvindt en de politie vraagt om informatie, dan beroept de kliniek zich op het beroepsgeheim.

---

<sup>41</sup> Zie ook paragraaf 9.3.2: Knelpunten bij het OM.



Ook heeft een politiefunctionaris het idee dat de kliniek denkt dat de politie de patiënt gelijk meeneemt en opsluit als zij aangifte doen. Maar zij zijn als politie gebonden aan het Wetboek van Strafvordering en kunnen dit dus niet zomaar doen.

Voor het overige noemen de politiefunctionarissen met name praktische zaken die in hun ogen een probleem kunnen vormen, zoals het horen van de verdachte. Een politiefunctionaris brengt naar voren dat het verhoor audio/visueel opgenomen moet worden. Dat kan haast niet in de kliniek, omdat de kamers daar niet geschikt voor zijn, maar de patiënt mag niet uit de kliniek, dus moet het verhoor toch op de een of andere manier in de kliniek plaatsvinden. Ook het maken van afspraken en de afstemming met de kliniek wordt soms als lastig ervaren. Daarnaast vindt een aantal politiefunctionarissen het moeilijk om te bepalen wat er met een zaak gedaan moet worden. De patiënten hebben al tbs, maar was de patiënt ontoerekeningsvatbaar tijdens dit delict? Daar moet weer onderzoek naar worden gedaan door het Pieter Baan Centrum en dat is een kostbare en langdurige aangelegenheid.

#### *Knelpunten binnen het OM*

Hoe om te gaan met een aangifte tegen een tbs-gestelde vormt het grootste knelpunt voor de officieren van justitie. Bij zware en ernstige zaken zegt men het wel te weten: dan wordt er gewoon vervolgd. Maar de meeste aangiften die gedaan worden zijn niet van een dermate grote ernst en dan blijft de vraag staan: wat doe je met een dergelijke zaak?

Vaak vindt dan een sepot plaats. Bepalend is of een zaak haalbaar is of niet en of het zin heeft om iemand te vervolgen. Een aantal officieren benadrukt een goede voorzetting van de behandeling van de patiënt zeer belangrijk te vinden en vraagt zich af wat een vervolging op dat moment nog toevoegt? Bovendien zijn de afdoeningsmogelijkheden beperkt. Een geldboete is een goede optie aangezien de tbs-gestelden vaak een vorm van zakgeld hebben en dit dus in hun portemonnee voelen. Het opleggen van een taakstraf is niet mogelijk: want hoe moet een tbs-gestelde een taakstraf uitvoeren als hij geen verlofmachtiging meer heeft en dus de kliniek niet uit mag. De oplegging van een gevangenisstraf is wel mogelijk maar is praktisch lastiger. De duur van de gevangenisstraf is redelijk kort en moet een tbs-gestelde dan tijdelijk in een huis van bewaring gezet worden en daarna weer verder gaan met zijn behandeling? Volgens een van de officieren is dit juist niet goed voor de behandeling van de patiënt en dus ook niet bevorderlijk voor de duur van de tbs. Disciplinaire maatregelen door de kliniek zelf genomen, zijn dan te prefereren boven het opleggen van een gevangenisstraf.

We merken op dat uit de interviews binnen de klinieken is gebleken dat dit aansluit aan bij wat de meeste klinieken zelf ook graag willen.

Eén van de officieren plaatst dit probleem in het perspectief van de strafdoelen van het strafrecht: (1) vergelding, (2) generale preventie en (3) speciale preventie. De strafdoelen vergelding en generale preventie zouden in een specifiek geval kunnen leiden tot een paar weken gevangenisstraf bovenop de tbs, maar het strafdoel speciale preventie noopt daar zeker niet toe. Het is dan, volgens deze officier, zaak om de sancties en disciplinaire maatregelen die de kliniek zelf in huis heeft, in te zetten. Als dergelijke sancties en maatregelen al zijn toegepast, is dat voor officieren ook een reden om de zaak te seponeren.



Verder wordt het gebrek aan openheid van de kant van de klinieken, als een knelpunt ervaren door de officieren van justitie. Dit heeft te maken met het beroepsgeheim dat ook in de interviews binnen de klinieken aan de orde is gekomen (zie paragraaf 6.4). De officieren willen juist graag weten of bepaald gedrag van een tbs-gestelde voortkomt uit een psychose of niet. Eén officier zegt te weten dat de klinieken niet altijd aangifte doen. De betreffende kliniek doet volgens deze officier alleen aangifte als zij vinden dat de daad toerekenbaar is aan de tbs-patiënt. Dit is volgens de officier niet ter bepaling van de kliniek, hetgeen een punt van strijd is tussen de kliniek en het OM, aldus deze officier.

## **9.5 Communicatie en afstemming tussen kliniek, politie en OM**

### *Vanuit het oogpunt van de politie*

Alle politiefunctionarissen vinden dat de communicatie en afstemming met de kliniek goed verloopt. Er zijn vaste aanspreekpunten en dat werkt positief. Al wijst één van hen wel op het verloop van personeel, wat de communicatie lastig kan maken. Een andere politiefunctionaris wijst op de borging van de opgestelde protocollen. Deze moeten niet in een la verdwijnen.

Ook over de communicatie en afstemming met het OM zijn de politiefunctionarissen over het algemeen positief. Het grootste deel van de geïnterviewden is van mening dat de communicatie goed loopt doordat er een vaste tbs-officier is waar men contact mee heeft. Sommigen hebben geen vaste contactpersoon bij het OM maar zijn aangewezen op de piketdienst. Dan is het contact minder goed. De meeste politiefunctionarissen hebben geen zicht op wat er met de zaken gebeurt binnen het OM. Zij maken dossier op, sturen dit in en horen er vervolgens niets meer van. Dit is niet specifiek voor deze zaken maar komt ook geregeld voor bij zaken die niets te maken hebben met tbs-gestelden, zo wordt gezegd.

### *Vanuit het oogpunt van het OM*

Volgens de officieren van justitie verloopt het contact met de kliniek goed, al is het contact beperkt. Eén officier geeft aan dat de communicatie met de kliniek nog verbetering behoeft, men weet elkaar nog onvoldoende te vinden. Anderen noemen diverse vormen van contact.

- Een officier heeft, nadat zij de portefeuille van een collega had overgenomen, een rondleiding gehad in de kliniek om kennis te maken.
- Een officier heeft standaard twee keer in het jaar overleg met de kliniek en tussendoor is er mailcontact.
- Een officier wijst op het goede contact met de jurist van de kliniek.

De samenwerking met de politie gaat volgens de officieren ook goed, al gaat het dan niet specifiek om de onderhavige regelgeving. Omdat een officier van justitie leider is van het opsporingsonderzoek is de politie haar natuurlijke samenwerkingspartner, zo wordt gezegd. Eén officier geeft wel aan dat het soms lang duurt voordat het onderzoek bij politie is afgerond. Bovendien zijn de aangiften via de mail vaak onvolledig en moet de politie toch nog naar de kliniek om het onderzoek te doen. Daardoor duurt het langer voordat de zaak kan worden ingestuurd naar het OM.



### *Voorstellen voor verbetering*

De geïnterviewden wijzen op het belang van vaste aanspreekpunten zowel bij de kliniek, de politie als het OM. Dit is sinds kort gerealiseerd. Verder geven de geïnterviewden niet veel suggesties voor verbetering. De officier die aangaf dat de communicatie en afstemming nog niet optimaal verloopt, is van mening dat er kortere lijnen moeten komen en dat er heldere afspraken gemaakt moeten worden. Een andere officier zou graag verbetering zien in de informatieverstrekking door de klinieken. Het is vaak lastig om een korte samenvatting te krijgen van de kliniek over hetgeen is gebeurd. Er is ook een officier die de hand in eigen boezem steekt en toegeeft dat zij, als OM, ook meer en helderder kunnen communiceren naar de kliniek toe. Eén van de officieren tenslotte, doet de suggestie om het probleem van de lange doorlooptijden op te lossen door prioritering van deze zaken of door wellicht eens in de zoveel tijd een Taakstraf Openbaar Ministerie-zitting<sup>42</sup> te houden, desnoods in de kliniek. Dan kunnen meerdere zaken tegelijk behandeld worden.

Een van de politiefunctionarissen wijst er op dat er verbeteringen nodig zijn in het operationele proces, dus waar de mensen elkaar treffen. Dan gaat het om het contactleggen met medewerkers van de kliniek om afspraken te maken voor verhoor en dergelijke.

## **9.6 Samenvatting en conclusies**

### *Implementatie bij politie en OM*

Uit de interviews met de juristen van de klinieken, de politiefunctionarissen en de officieren van justitie kan geconcludeerd worden dat er ingezet is en wordt op het contact tussen kliniek, politie en OM. Er zijn vaste contactpersonen aangewezen bij zowel politie en OM (de tbs-officieren). Ook is het grootste deel van de politiefunctionarissen en de officieren van justitie van mening dat het contact met de kliniek goed verloopt. Dit neemt niet weg dat de implementatie van de gewijzigde regelgeving nog onvoldoende heeft plaatsgevonden binnen politie en OM. De bekendheid met de regelgeving is niet groot, noch bij de contactpersonen noch binnen de organisaties als geheel. Dat geldt ook voor de vaste tbs-officieren. Het zal dan ook vaak niet bekend zijn binnen het OM dat een officier van justitie zo snel mogelijk aan de kliniek moet laten weten of een tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt (dan wel is besloten dat tot vervolging wordt overgegaan).

Er zijn nog maar weinig klinieken waar afspraken zijn geformaliseerd middels een convenant. Als dat wel zo is dan is er meer garantie dat het lukt om binnen 24 uur aangifte te doen en meer kans dat er ook vaste terugkoppeling plaatsvindt vanuit het OM naar de kliniek.

We signaleren wel in de procesbeschrijving van het convenant dat is afgesloten dat op sommige punten een eigen invulling wordt gegeven, zoals het onderscheid in de benadering van incidenten tussen patiënten onderling en incidenten tussen een medewerker en een patiënt. Om te voorkomen dat er rechtsongelijkheid ontstaat, is het daarom van belang dat convenanten onderling worden afgestemd.

---

<sup>42</sup> Bij een dergelijke zitting wordt er door de officier van justitie een taakstraf of geldboete aangeboden. Indien de verdachte daar op ingaat, wordt de persoon niet gedagvaard.



### *Hoe gaat men om met de door de FPC's gedane aangiften?*

Er is draagvlak voor de uitvoering van de regelgeving. Men vindt dat de regels die in de gewone maatschappij gelden, ook moeten gelden in een tbs-kliniek. Toch benoemt men ten aanzien van de uitvoering een aantal (soms fundamentele) knelpunten. Zowel politie als officieren maken melding van hun vermoeden dat niet alles wat voorlopige hechteniswaardig is, ook wordt aangegeven door de klinieken. Beide partijen vinden ook dat de samenwerking met de klinieken wordt belemmerd door het feit dat de klinieken zich snel beroepen op hun beroepsgeheim als hun om nadere informatie wordt gevraagd.

Ook de handelingsverlegenheid ten aanzien van de (afhandeling van) aangiften springt in het oog. Daarbij gaat het om de mogelijkheden maar vooral de beperkingen van het strafrecht versus de mogelijkheden die de klinieken zelf hebben voor eigen maatregelen en sancties. De officieren van justitie benadrukken wel dat bij zwaardere zaken zeker vervolgd wordt. Anderzijds bevestigen ze ook dat er vaak een sepot volgt. Een van de officieren geeft ook aan dat als een kliniek al eigen disciplinaire maatregelen heeft genomen een officier daar zeker rekening mee houdt in de eigen afdoening.

De politie is belast met de uitvoering van het nader onderzoek dat gedaan moet worden binnen de kliniek. De politiefunctionarissen geven hierbij een aantal praktische aandachtspunten aan, zoals het maken van afspraken met de klinieken en de (on)mogelijkheid tot het audio/visueel horen van tbs-gestelden in de kliniek.

Enkele officieren zijn niet gelukkig met het feit dat het moment waarop iemand als verdachte wordt aangemerkt, is vertaald naar het moment waarop het OM meedeelt dat tot vervolging wordt overgegaan. Dat impliceert namelijk dat de verlofmachtiging herleeft als een zaak wordt geseponeerd. Een zaak kan echter om vele redenen worden geseponeerd, dat kan zelfs gebeuren als er wettig en overtuigend bewijs is.

Last but not least, er zijn verschillen van mening tussen enerzijds officieren en politie en anderzijds klinieken als het gaat om de vraag of een kliniek wel of niet zelf moet bepalen of een delict moet worden toegeschreven aan een stoornis. De kliniek zou dit niet zelf moeten bepalen althans niet als criterium moeten hanteren bij haar besluit om wel of geen aangifte te doen. Politie en OM willen wel graag gebruik maken van de deskundigheid die de klinieken op dit punt in huis hebben en willen dus wel graag dat de kliniek hierover een uitspraak doet. De klinieken willen daar echter veelal niets over zeggen omdat het beroepsgeheim hun dat niet toestaat.





## 10 Analyse aangiftecijfers

### 10.1 Inleiding

De onderzoeksvragen die betrekking hebben op de 'kwantitatieve analyse' worden in dit hoofdstuk beantwoord. Het betreft de vragen 3a en 3b en de vragen 3c en 3d in aangepaste vorm (zie paragraaf 3.2.2). De (aangepaste) vragen luiden als volgt.

- Hoeveel aangiften zijn er in een periode van twee jaar na invoering van de wijziging gedaan?
- Hoe verhouden de aangiften in de twee jaar vóór de wijziging zich tot de aangiften van na de wijziging? (bijv. aantal, wijze van afdoening, duur afdoening, type delicten)?
- Zijn uit de vergelijking tussen de periode vóór de wijziging en de periode na de wijziging conclusies te trekken met betrekking tot eventuele wijzingen in de aangiftepraktijk?

### 10.2 Verantwoording

Via BlueView, een programma waarmee gegevens kunnen worden opgevraagd uit alle politieregistratiesystemen, zijn aangiften achterhaald over twee perioden: juni 2006 – juni 2008 (voormeting) en januari 2009 – januari 2011 (nameting). Er is voor deze benadering gekozen omdat de klinieken ons geen gegevens konden aanleveren over hun aangiften gedurende de totale meetperiode van voor- en nameting en andere registratiesystemen teveel onvolkomenheden bevatten (zie ook paragraaf 3.2.2).

Via BlueView (in combinatie met MITS) konden de aangiften worden achterhaald die door de klinieken zijn gedaan tegen een tbs-gestelde. Daarbij dient voor de particuliere niet-justitiële klinieken te worden opgemerkt dat de aangiften van medepatiënten (met een andere strafrechtelijke titel dan tbs) tegen een tbs-gestelde niet konden worden uitgesloten. Binnen de aangiften van deze vier klinieken kan dus sprake zijn van enige 'overschatting'.

Bevraging van BlueView heeft in totaal 149 aangiften (tegen 117 tbs-gestelden) opgeleverd die aan bovengenoemde omschrijving voldoen. Deze 149 aangiften vormen een ondergrens. Om verschillende redenen zijn niet alle relevante aangiften meegeteld of bekend geworden in ons onderzoek.

In de eerste plaats sluit de door ons gehanteerde omschrijving twee groepen uit die voor ons onderzoek wel relevant zijn. Het was echter niet mogelijk om deze groepen (goed) in beeld te krijgen via de beschikbare registratiesystemen. Het betreft:

- de aangiften die vanaf een ander adres, dus door derden (instanties of particulieren) zijn gedaan tegen een tbs-gestelde (en door de kliniek worden onderschreven);
- de aangiften die door een patiënt (tbs-gestelde) zijn gedaan tegen een andere patiënt (tbs-gestelde) (en door de klinieken worden onderschreven).



Daarnaast is gebleken dat ook door administratieve fouten en registratiefouten een (onbekend) aantal aangiften is gemist. Zie hiervoor ook de uitgebreidere verantwoording in bijlage 2.

We hebben aanwijzingen dat door bovengenoemde beperkingen circa 50% van alle relevante aangiften, dus alle aangiften tegen tbs-gestelden die (1) door de kliniek zelf zijn gedaan en (2) door anderen zijn gedaan en door klinieken worden onderschreven, via de door ons gehanteerde ingangen zijn achterhaald. Deze aanwijzingen komen voort uit de vergelijking die we voor twee klinieken hebben gemaakt tussen het aantal aangiften dat de klinieken naar eigen zeggen zelf hebben gedaan (of hebben onderschreven) en het aantal aangiften dat via bevraging van BlueView bekend is geworden. Er is dus sprake van een zogenaamd 'dark number' van naar ruwe schatting 50%. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat er sprake is van een selectieve vertekening, dat wil zeggen dat het dark number bij de voormeting groter of kleiner is dan bij de nameting.

Het gegevensbestand verkregen via BlueView, is gekoppeld aan MITS (het registratiesysteem van incidenten en verlofmachtigingen van de tbs) om de verloffgegevens te achterhalen en gekoppeld aan JDS (het registratiesysteem van het OM) om de afdoeninggegevens te achterhalen.

Bij de koppeling met JDS is gebleken dat niet alle aangiften opgemaakt door politie, zijn terug te vinden in JDS. Dat geldt voor 8 van de 60 aangiften (13%) uit de voormeting en 24 van de 89 aangiften (24%) uit de nameting. Wij hebben datzelfde eerder ook gemerkt bij een ander onderzoek<sup>43</sup>. Hiervoor zijn drie verklaringen.

- Sommige aangiften (uit de nameting) waren nog niet administratief vastgelegd in JDS ten tijde van ons onderzoek.
- Een deel van de aangiften is (anders dan de aangescherpte regelgeving voorschrijft) toch afgedaan door de politie. Uit de interviews met politie en OM blijkt dat de aangiften die de politie zelf afdoet (na overleg met het OM) niet (altijd) worden doorgestuurd naar het OM en dan dus ook niet vastgelegd in JDS.
- Een deel van de aangiften is door administratieve fouten niet in JDS vastgelegd.

Een en ander heeft consequenties voor de interpretatie van de resultaten van ons onderzoek. Bij de gegevens uit JDS (over aard delict en type afdoening) ontbreken de zaken die door de politie zijn afgedaan. Het zal hierbij vaak om de 'lichtere' zaken gaan. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat iets vaker dan de onderzoeksresultaten aangeven, van een feit aangifte is gedaan waarvoor *geen* voorlopige hechtenis is toegelaten. Ook ligt het aantal sepots hoger dan nu op basis van analyse van JDS naar voren komt omdat de 'politiesepts' niet zijn meegeteld.

De lezer dient bij de interpretatie van de resultaten die in de volgende paragrafen worden weergegeven, rekening te houden met alle genoemde beperkingen.

---

<sup>43</sup> Het betreft een onderzoek naar de justitiële afhandeling van aangiften van kindermishandeling. Hier bleek 24% van de aangiften niet terug te vinden in JDS (Van Vianen et al., 2010, p. 96).



### 10.3 De ontwikkeling van het aantal aangiften

We zijn nagegaan of er na de aanscherping van de regelgeving (in 2008) vaker aangifte wordt gedaan. In de totale meetperiode zijn in totaal 149 aangiften gedaan<sup>44</sup>, te weten 60 aangiften in de voormeting en 89 aangiften in de nameting. Dat betekent een stijging van 48%.

In diezelfde periode is het aantal op enig moment aanwezige tbs-gestelden binnen de FPC's met 8% gestegen (DJI, 2010, p. 20). De toename van het aantal aangiften wordt hiermee dus niet verklaard. Het aantal incidenten daalde met naar schatting 15%<sup>45</sup>. Dit versterkt het idee dat de toename van het aantal aangiften (mede) mag worden toegeschreven aan de gewijzigde regelgeving.

We weten, uit de voorgaande hoofdstukken, dat de uitvoering van de regelgeving per kliniek verschilt. Sommige geïnterviewden zeggen vaker aangifte te doen, anderen geven aan dat hiervan geen sprake is omdat men altijd al aangifte deed. In tabel 3 en 4 zijn daarom de aantallen aangiften per kliniek weergegeven. We hebben onderscheid gemaakt naar de justitiële klinieken en de niet-justitiële klinieken.

Tabel 3: Aantallen aangiften per kliniek: voor- en nameting (justitiële klinieken)

Soort kliniek	Kliniek	Aantal voormeting	Aantal nameting	Afname/ toename	
Justitieel	1	2	5	+3	
	2	8	13	+5	
	3	3	11	+7	
	4	4	9	+5	
	5	2	11	+9	
	6	0	0	-	
	7	5	2	-3	
	8	13	9	-4	
	9	10	5	-5	
<b>Totaal</b>		<b>47</b>	<b>65</b>	<b>+18</b>	<b>+38%</b>

Bij de justitiële klinieken is het aantal aangiften toegenomen (van 47 naar 65). Dit is een stijging van 38%. Deze toename heeft betrekking op meerdere klinieken maar er is geen sprake van een toename over de gehele linie. Bij 5 klinieken is het aantal aangiften toegenomen, bij 4 klinieken is het aantal afgenomen of gelijk gebleven.

Het aantal aangiften in de niet-justitiële klinieken is gestegen met 85% (van 13 naar 24). Deze stijging is echter volledig toe te schrijven aan de grote toename van het aantal aangiften in één kliniek. Zie tabel 4.

<sup>44</sup> Zoals eerder is aangegeven bedoelen we hier (en in het gehele hoofdstuk) feitelijk het aantal aangiften dat is *achterhaald*.

<sup>45</sup> Voor 6 van de 13 klinieken konden we, voor de voormeting én de nameting, de jaarlijkse scores achterhalen op de prestatie-indicatoren: 'bijzonder voorval', 'geweldpleging tussen patienten' en 'geweldpleging tegen personeel'. Tijdens de voormeting lag het totale aantal incidenten voor deze 6 klinieken op 262, tijdens de nameting op 225. Dit betekent een afname van 15%.



Tabel 4: Aantallen aangiften per kliniek: voor- en nameting (niet-justitiële klinieken)

Soort kliniek	Kliniek	Aantal voormeting	Aantal nameting	Afname/toename	
Niet-justitieel	1	3	14	+11	
	2	3	4	+1	
	3	2	2	-	
	4	5	4	-1	
<b>Totaal</b>		<b>13</b>	<b>24</b>	<b>+11</b>	<b>+85%</b>

#### Ontwikkeling aantal aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging

Na aanscherping van de regelgeving in 2008 werd vaker aangifte gedaan tegen een tbs-gestelde met een verlofmachtiging dan voor de aanscherping.

- Bij de voormeting hadden 7 van de 60 aangiften (12%) betrekking op tbs-gestelden met een verlofmachtiging.
- Bij de nameting hadden 29 van de 89 aangiften (33%) betrekking op tbs-gestelden met een verlofmachtiging.

Het aantal aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging steeg dus aanzienlijk (van 7 naar 29) terwijl het aantal aangiften tegen een patiënt zonder verlofmachtiging veel minder toenam (van 53 naar 60). Dit verschil is significant (Chi-kwadraat=8.558; df=1; p=.003). De toename betreft echter alleen de aangiften tegen patiënten met een machtiging voor begeleid verlof, dit aantal steeg namelijk van 2 (voormeting) naar 23 (nameting). Het aantal aangiften tegen patiënten met een andersoortige machtiging (onbegeleid en transmuraal verlof) was al laag en bleef laag (onbegeleid: was 2 en bleef 2, transmuraal: van 3 naar 4).

De toename wordt enigszins gerelativeerd door het feit dat er in de nametingsperiode meer geregistreerde verlofmachtigingen waren dan in de voormetingsperiode maar wordt hier niet volledig door verklaard. Het gemiddeld aantal per maand geregistreerde verlofmachtigingen steeg van 759 (voormeting) naar 1034 (nameting). Dat is een stijging van 36% (DJI, 2010, p. 24). De verschillende soorten verlofmachtigingen stegen ongeveer in gelijke mate (begeleid verlof 36%; transmuraal verlof 38% en onbegeleid verlof 42%).



## 10.4 Kenmerken aangiften en afdoening

### *Aard feiten volgens politieregistraties*

De feiten waarvan aangifte is gedaan, zijn door de politie in vastliggende categorieën geregistreerd. Tabel 5 geeft een overzicht van de feiten tijdens voor- en nameting.

*Tabel 5: Feiten waarvan aangifte is gedaan (politieregistratie)*

Aard feiten	Voormeting (n=60)		Nameting (n=89)	
	Abs.	%	Abs.	%
Bedreiging	8	13	19	21
Brand/ ontploffing materiële schade	8	13	1	1
Brand/ ontploffing met letsel/ dodelijk	1	2		
Brandstichting	3	5	12	13
Doodslag/ moord	1	2	3	4
Eenvoudige mishandeling	8	13	31	35
Zware mishandeling	1	2	9	10
Overige mishandeling			1	1
Geweld met letsel met wapen	5	8	2	2
Geweld met letsel zonder wapen	11	18		
Geweld zonder letsel met wapen	2	3		
Geweld zonder letsel zonder wapen	5	8		
Gijzeling/ ontvoering	1	2	2	2
Kinderpornografie	1	2	1	1
Ontsnapt/ ontvlucht persoon heterdaad	1	2		
Vernieling van/ aan openbaar gebouw	1	2		
Overige vernielingen/ beschadigingen	2	3	3	4
Verkrachting	1	2		
Handel e.d. harddrugs lijst 1			1	1
Overige delicten openbare orde			1	1
Misdrijven anders			1	1
Algemene mutatie			2	2
<b>Totaal*</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.

De meest voorkomende categorieën zijn:

- Bij de voormeting: bedreiging (13%), eenvoudige mishandeling (13%), geweld zonder letsel/ zonder wapen (8%) geweld met letsel en zonder/met wapen (26%) en brand met materiële schade (13%). (Tezamen 73% van alle feiten).
- Bij de nameting: bedreiging (21%), eenvoudige mishandeling (35%), zware mishandeling (10%) en brandstichting (13%). (Tezamen 79% van alle feiten).



We vermoeden dat de verschillen tussen voor- en nameting deels veroorzaakt worden door het gebruik van verschillende omschrijvingen in de verschillende registratiesystemen van de politie. Verder lijkt er op het eerste gezicht geen sprake van verschillen in zwaarte van feiten tussen voor- en nameting.

- Bij de voormeting heeft 52% van de aangiften betrekking op de 'lichtere' feiten: (bedreiging, eenvoudige mishandeling en geweld zonder en met letsel (maar zonder wapen).
- Bij de nameting heeft 56% van de aangiften betrekking op de 'lichtere' feiten: bedreiging en eenvoudige mishandeling.

#### *In hoeverre hebben aangiften betrekking op feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten?*

In JDS (de overkoepelende registratie van het OM) worden de artikelnummers vastgelegd van de feiten die door de zaakofficier ten laste zijn gelegd. Via deze artikelnummers kan worden vastgesteld of voor de gepleegde feiten wel of geen voorlopige hechtenis is toegelaten. In JDS zijn 52 van de 60 aangiften uit de voormeting en 65 van de 89 aangiften uit de nameting teruggevonden (zie paragraaf 10.2). De in JDS teruggevonden aangiften hebben nagenoeg allemaal betrekking op feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Zowel bij de voormeting als bij de nameting was slechts één keer sprake van een aangifte van een feit waarvoor voorlopige hechtenis niet is toegelaten. Beide aangiften zijn gedaan tegen een patiënt zonder verlofmachtiging. Het betrof:

- Een feit ten laste gelegd onder art. 139A lid 1 onder 1 Sr (*Afluisteren gesprek in woning, anders dan in opdracht van een deelnemer aan dat gesprek*) en door de politie geclassificeerd als 'overige delicten openbare orde' (voormeting).
- Een feit ten laste gelegd onder art 284 lid 1 onder 1 Sr (*Door geweld of dreiging met geweld iemand dwingen iets te doen, niet te doen of te dulden*) en door de politie geclassificeerd als 'bedreiging' (nameting).

#### *Wijze van afdoening*

Hoeveel zaken door het OM en hoeveel door de rechterlijke macht (ZM) werden afgedaan is weergegeven in tabel 6.

*Tabel 6: Afdoening door OM en ZM*

Door wie afgedaan?	Voormeting (n=52)		Nameting (n=65)	
	Abs.	%	Abs.	%
OM	32	62	39	65
ZM	20	38	21	35
Voordocumentatie (loopt nog)	-	-	5	-
<b>Totaal</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

We zien dat er nauwelijks verschil is tussen de voor- en nameting. In totaal werd 63% van alle zaken afgedaan door het OM en 37% door de ZM.



De aard van de afhandeling van de aangiften is weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Aard afdoening

Aard afdoening	Voormeting (n=52)		Nameting (n=65)	
	Abs.	%	Abs.	%
Sepot	26	50	36	67
Voorwaardelijk sepot	5	10	3	6
Transactie	1	2		
Dagvaarding			6	-
OM niet ontvankelijk	2	4		
Vrijspraak	1	2		
Ontslag van alle rechtsvervolgning, niet strafbaar	2	4		
Ontslag van alle rechtsvervolgning, strafbaar				
Ontslag van alle rechtsvervolgning + tbs			1	1
Tbs met dwangverpleging			2	4
Gevangenisstraf	6	12	6	11
Gevangenisstraf en geldboete	1	2		
Gevangenisstraf en maatregel schadevergoeding	1	1	2	4
Geldboete	1	2	1	2
Schuldigverklaring zonder oplegging straf (of maatregel)	5	10	3	6
Nog niet bekend			5	-
<b>Totaal*</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.

De tabel laat zien dat naar aanleiding van respectievelijk 15 van de 52 aangiften tijdens de voormeting (29%) en 15 van de 54 aangiften tijdens de nameting (28%) een vorm van straf of maatregel werd opgelegd of dat er bepaalde voorwaarden zijn gesteld. Het gaat hierbij om:

- Voormeting: gevangenisstraf (al dan niet met geldboete/schadevergoeding) (n=8), voorwaardelijk sepot (n=5), transactie (n=1), en geldboete (n=1).
- Nameting gevangenisstraf al dan niet met schadevergoeding (n=8), voorwaardelijk sepot (n=3), tbs (n=3) en geldboete (n=1).

Het percentage sepot ligt op respectievelijk 50% bij de voormeting en 67% bij de nameting. Dit verschil is (net) niet significant (chi-kwadraat=3.031; df=1; p=.082).

Bij de sepot is steeds een toelichting (en soms ook een tweede toelichting) gegeven. Bij de 26 sepot van de voormeting zijn in totaal 37 toelichtingen gegeven. Bij de nameting gaat het om 46 toelichtingen bij 36 sepot. Zie tabel 8.



Tabel 8: Toelichtingen bij de septs

Toelichtingen	Aantal septs (n=26)		Aantal septs (n=36)	
	Abs.	%	Abs.	%
Tbs	19	73	15	42
Gezondheidstoestand	10	38	20	55
Ander dan strafrechtelijk ingrijpen	4	15	5	14
Geen wettig bewijs	1	4	4	11
Dader niet strafbaar	1	4	1	3
Overig	2	8	1	3
<b>Totaal*</b>	<b>37</b>	<b>142</b>	<b>46</b>	<b>128</b>

\* Het totaalpercentage in de tabel ligt boven 100% omdat er soms meer dan één toelichting is gegeven.

De verschillen tussen voor- en nameting zijn beperkt. Bij de meeste septs is (naast eventuele andere toelichtingen) de toelichting 'tbs' of 'gezondheidstoestand' gegeven. Een sepot is dan gegeven omdat er reeds een tbs-maatregel loopt of wegens de gezondheidssituatie van de verdachte. Met dit laatste wordt waarschijnlijk verwezen naar de aanwezigheid van een stoornis bij de verdachte.

Het komt weinig voor dat een sepot plaatsvindt omdat de dader niet strafbaar wordt geacht.

De cijfers bevestigen wat eerder door enkele geïnterviewde officieren van justitie werd opgemerkt namelijk dat de koppeling van 'sepot' en 'herleven van de verlofmachtiging' inhoudelijk discutabel is omdat een sepot meestal niet betekent dat de tbs-gestelde niet schuldig is.

Als we de zaken die door het OM geseponeerd zijn (gedurende beide metingen) afzetten tegen de classificering door de politie, dan blijkt (voor de meest voorkomende categorieën) dat:

- 9 van de 20 zaken (45%) die door de politie zijn geclassificeerd als 'bedreiging' zijn geseponeerd.
- 20 van de 28 zaken (71%) die door de politie zijn geclassificeerd als 'eenvoudige mishandeling', zijn geseponeerd.
- 8 van de 13 zaken (61%) die door de politie zijn geclassificeerd als 'geweld zonder letsel met wapen' zijn geseponeerd.

Enkele juristen hebben erop gewezen (zie paragraaf 8.7) dat er verschil in afdoening is tussen de arrondissementen. De aantallen per arrondissement zijn te klein om hier op basis van de cijfers een uitspraak over te doen.

#### *De afdoening van de aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging*

De aantallen aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging zijn te klein voor een verantwoorde onderlinge vergelijking tussen voor- en nameting. Bij de voormeting gaat het om 8 aangiften, bij de nameting om 29 aangiften. In totaal gaat het dus om 37 aangiften, hiervan zijn er 23 teruggevonden in JDS. Van deze 23 zaken zijn er 15 geseponeerd, 7 keer werd vervolging ingesteld. Bij één zaak is de afdoening niet bekend.





We hebben de aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging wel vergeleken met de aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging. Op basis van de interviews hebben we namelijk de indruk gekregen dat sommige klinieken sinds de aanscherping van de regelgeving eerder aangifte doen van feiten begaan door patiënten met een verlofmachtiging. We zijn nagegaan of we dit terugzien in de registratiegegevens, dat wil zeggen of er aanwijzingen zijn dat er vaker van minder ernstige feiten aangifte wordt gedaan tegen patiënten met een verlofmachtiging.

We vinden een bevestiging van deze veronderstelling in het feit dat aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging vaker teruggevonden zijn in JDS dan aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging. Het verschil is significant (Chi-kwadraat 6.028; df=1;p=.014).

- Van alle aangiften van patiënten zonder verlofmachtiging werd 83% (94 van de 113) teruggevonden in JDS.
- Van alle aangiften van patiënten *met* een verlofmachtiging werd 64% (23 van de 36) teruggevonden in JDS.

Het lijkt er dus op dat aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging relatief vaker door de politie worden afgedaan (na overleg met het OM). Als de drempel voor het doen van aangifte lager ligt dan wordt de kans groter dat de politie geen mogelijkheden of redenen ziet om nader onderzoek te doen of een zaak wegens het geringe feit zelf seponereert (na overleg met het OM). Dat dit te maken heeft met de aanscherping van de regelgeving wordt aannemelijk als we kijken naar het verschil tussen voor- en nameting.

- Voormeting: alle 8 aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn in JDS teruggevonden.
- Nameting: slechts 15 van de 29 aangiften (52%) tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn in JDS teruggevonden.

We hebben de aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging die in JDS zijn vastgelegd vergeleken met de aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging die in JDS zijn vastgelegd. Dan blijken er geen significante verschillen te zijn in afdoening.

- De aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging worden even vaak door het OM afgedaan als de aangiften tegen patiënten zonder verlofmachtiging (respectievelijk 74% en 69%).
- De aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging resulteren iets vaker in een sepot dan de aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging (respectievelijk 68% en 56%). Dit verschil is echter niet significant.



## 10.5 De doorlooptijden vanaf datum plegen delict tot en met de afhandeling door justitie

Volgens de regelgeving moet binnen 24 uur na het plegen van het delict aangifte gedaan zijn. De klinieken hebben aangegeven dat dit in de praktijk lastig is te realiseren. Tabel 9 geeft de doorlooptijd tussen de datum van het delict en de datum van de aangifte bij de politie.

Tabel 9: Tijd tussen plegen delict en doen van aangifte

Tijdsduur	Voormeting (n=60)		Nameting (n=89)	
	Abs.	%	Abs.	%
Maximaal 24 uur	17	29	17	24
Tussen 1 en 10 dagen	21	36	25	35
Meer dan 10 dagen	21	36	29	41
Onbekend	1	-	18	-
<b>Totaal*</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.

Het lukt in circa een kwart van alle gevallen om binnen 24 uur aangifte te doen bij politie. Bij ruim een derde van de delicten ligt er meer dan 10 dagen tussen het moment waarop het delict wordt gepleegd en het moment waarop de politie in kennis wordt gesteld door het doen van aangifte. Er zijn nauwelijks verschillen tussen voor- en nameting. De aanscherping van de regelgeving op dit punt heeft dus (nog) niet tot verbetering geleid.

Voor de kliniek en de patiënten is het van belang dat er zo snel mogelijk duidelijkheid komt over de afdoening door justitie. Partijen weten dan waar ze aan toe zijn. Tabel 10 geeft de doorlooptijd tussen datum delict en datum afdoeningsbeslissing. Het gaat hier alleen om de zaken die in JDS zijn vastgelegd.

Tabel 10: Tijd tussen plegen delict en datum afdoening

Tijdsduur	Voormeting (n=52)			Nameting (n=65)		
	Abs.	%	Cum.%	Abs.	%	Cum.%
Maximaal 3 maanden	4	8	8	10	20	20
Tussen 3 en 6 maanden	13	25	33	12	24	44
Tussen 6 en 9 maanden	12	23	56	5	10	54
Tussen 9 en 12 maanden	10	19	75	13	26	80
Tussen 12 maanden en 18 maanden	8	15	90	8	16	96
Meer dan 18 maanden	6	12	100	2	4	100
Onbekend	-	-	-	15	-	-
<b>Totaal*</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.



Bij de nameting werd 20% van alle zaken afgedaan binnen 3 maanden. Bij de voormeting ligt dit percentage op 8%. Bij de voormeting duurde het bij 6 op de 10 zaken langer dan een half jaar voor de afdoening bekend was. Bij de nameting gold dat voor bijna 4 op de 10 zaken.

Bij de nameting was de gemiddelde doorlooptijd ruim 7 maanden, bij de voormeting 9,5 maand. Er is dus een tendens zichtbaar dat de doorlooptijd korter wordt. Het verschil tussen voor- en nameting is echter (net) niet significant.

### **10.6 Wat gebeurt er met het verlov en met de verlofmachtiging?**

Een kliniek kan bij elke tbs-gestelde met een verlofmachtiging zelf bepalen of en hoe lang zij het verlov wil intrekken. Zij dient daarbij wel binnen de regelgeving te blijven. Als het OM laat weten dat zij tot vervolging overgaat dan moet de kliniek aan de Verlofunit tbs laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege is vervallen en dus als vervallen moet worden geregistreerd.

Wij hebben geen cijfermatige gegevens over het intrekken en van het verlov door de inrichting, wel over de status van de verlofmachtiging. Dergelijke gegevens worden vastgelegd in MITS.

Eerder is aangegeven (zie paragraaf 10.4) dat er 23 aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging zijn teruggevonden in JDS (voor- én nameting).

- Bij 7 van deze 23 cases heeft het OM besloten om tot vervolging over te gaan.
- Bij 15 van de 23 cases werd besloten om *niet* tot vervolging over te gaan.

Tabel 11 geeft een overzicht van het verloop van de zeven aangiften waarbij tot vervolging werd overgegaan. De eerste drie cases hebben betrekking op de voormeting. De laatste vier op de nameting.



Tabel 11: Verloop van de 7 aangiften tegen patiënten met verlofmachtiging (niet geseponneerd)

Nr	Aard feit	Pleegdatum	Datum intrekken verlofmachtiging	Datum afdoening	Aard afdoening	Datum aflopen verlofmachtiging
1	Geweld met letsel met wapen	2 november 2006		11 juni 2007	Gevangenisstraf en geldboete	18 september 2007
2	Geweld met letsel	21 februari 2007	23 febr. 2007	14 mei 2007	voorwaardelijk sepot	
3	Verkrachting	9 nov. 2006	10 nov. 2006	4 juli 2008	Gevangenisstraf 18 maanden	
4	Eenvoudige mishandeling	12 juni 2009		15 december 2010	SZOSM/ SZOVS*	19 december 2009
5	Bedreiging	27 juli 2010		22 april 2011	SZOSM/ SZOVS	30 maart 2011
6	Eenvoudige mishandeling	31 aug. 2010		9 augustus 2011	SZOSM/ SZOVS	30 maart 2011
7	Eenvoudige mishandeling	28 augustus 2010		8 november 2010	Gevangenisstraf 35 dagen waarvan 24 voorwaardelijk	16 december 2010

\*Schuldigverklaring zonder oplegging straf of maatregel.

De tabel laat zien dat de klinieken zelf de momenten bepalen waarop ze de Verlofunit laten weten dat een machtiging dient te worden ingetrokken, dan wel de machtiging vanzelf laten verlopen.

- Twee keer (case 2 en 3) laat de kliniek de verlofmachtiging direct intrekken na het delict. Het gaat hier om cases van de voormeting toen er nog geen moment was vastgesteld waarop de verlofmachtiging van rechtswege vervalt.
- Bij vier cases (case 1, 4, 5 en 7) is het aannemelijk dat de inrichting de machtiging ten onrechte *niet* heeft laten intrekken op het moment dat het OM besloot dat tot vervolging wordt overgegaan.
  - Bij case 4: is de machtiging vanzelf afgelopen enkele dagen na de afdoeningsbeslissing
  - Bij case 5 is de machtiging vanzelf afgelopen vlak voor de afdoeningsdatum.<sup>46</sup>
  - Bij case 1 en 7 is de machtiging vanzelf afgelopen pas enkele maanden na de afdoeningsdatum. NB: deze twee tbs-gestelden hebben beiden gevangenisstraf gekregen.
- Bij case 6 heeft de inrichting de machtiging ook niet laten intrekken maar het is goed mogelijk dat het moment van aflopen van de machtiging ongeveer overeenkomt met het moment dat het OM besluit heeft genomen om te vervolgen.

<sup>46</sup> Bij cases die niet zijn geseponneerd ligt de datum waarop het OM beslist over vervolging waarschijnlijk ruim vóór de afdoeningsdatum.



Wij hebben bij geen van de vier cases een aantekening in MITS aangetroffen dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen. We concluderen hieruit dat de inrichting niet aan de Verlofunit heeft laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen toen zij te horen kreeg dat het OM had besloten om tot vervolging over te gaan. Het is overigens waarschijnlijk dat het OM het besluit dat tot vervolging wordt overgegaan ook niet (tijdig) heeft medegedeeld aan de inrichting. In dergelijke situaties is een kliniek alleen op de hoogte van het feit dat de machtiging van rechtswege is vervallen als zij dit zelf heeft nagevraagd bij het OM.

Het duurde bijna altijd geruime tijd (soms jaren) voor een nieuwe machtiging werd aangevraagd en toegekend. Eén keer (bij case 7) werd direct na aflopen van de verlofmachtiging een nieuwe machtiging aangevraagd en toegekend. De aard van de machtiging werd wel beperkt: van transmuraal verlof naar begeleid verlof.

Dat de kliniek wellicht niet tijdig heeft geweten dat de machtiging van rechtswege was vervallen (en dat ook niet aan de Verlofunit heeft medegedeeld), laat onverlet dat het verlof van alle tbs-gestelden waarschijnlijk wel direct is opgeschort. Uit het hiernavolgende blijkt dat de inrichting soms strenger optreedt dan de regelgeving voorschrijft.

Er zijn 15 cases van tbs-gestelden met een verlofmachtiging die werden geseponeerd. Het gaat hier om vier cases uit de voormeting en 11 uit de nameting. Bij vier van deze 15 cases heeft de kliniek de verlofmachtiging na het plegen van het delict laten intrekken. Bij deze cases heeft de kliniek dus een eigen beslissing genomen die strenger is dan de regelgeving voorschrijft. Het betreft twee cases uit de voormeting en twee cases uit de nameting.

- Een keer werd vervolgens een nieuwe verlofmachtiging aangevraagd en toegekend met minder vrijheid (van onbegeleid naar begeleid).
- Bij de overige 3 cases werd respectievelijk enkele maanden, een jaar en enkele jaren later weer een verlofmachtiging aangevraagd en toegekend.



## 10.7 Samenvatting en conclusies

### *Aantal aangiften na de wijziging regelgeving van 2008*

De door ons gehanteerde benadering heeft voor een periode van 2 jaar na de aanscherping van de regelgeving van 2008 (de nameting), in totaal 89 aangiften (tegen 72 tbs-gestelden) opgeleverd. Hiermee is, globaal geschat, de helft van alle aangiften in die periode, boven tafel gekomen.

### *Vergelijking aantallen en kenmerken aangiften tussen voor- en nameting*

Bij de nameting is het percentage aangiften met 48% gestegen (in vergelijking met de voormeting). In absolute zin gaat het om een beperkte stijging van 29 aangiften (van 60 naar 89 aangiften). De toename geldt niet voor alle klinieken. Er zijn ook klinieken waar het aantal aangiften afnam. In totaal heeft het onderzoek dus 149 aangiften opgeleverd (tegen 117 tbs-gestelden). Voor alle aantallen geldt een zogenaamd dark number van circa 50% (globaal geschat).

De vergelijking tussen voor en nameting heeft op twee punten significante verschillen opgeleverd:

- De aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn bij de nameting meer toegenomen dan de aangiften van patiënten *zonder* verlofmachtiging. De toename betreft alleen de machtigingen 'begeleid verlof'.
- De aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn bij de nameting minder vaak teruggevonden in JDS. Het lijkt er dus op dat deze zaken vaker werden afgedaan door de politie. Dat zou betekenen dat het vaker om minder ernstige feiten gaat.

Uit beide bevindingen kan geconcludeerd worden dat er na de wijziging van de regelgeving meer aangiften zijn gedaan tegen patiënten met een verlofmachtiging en dat het daarbij vaker om minder ernstige zaken ging die door de politie werden afgedaan (na overleg met het OM). De drempel voor het doen van aangifte tegen patiënten met een verlofmachtiging lijkt bij de nameting dus lager te liggen dan bij de voormeting. Dat is een positief effect van de wijziging van de regelgeving. Het gaat hierbij overigens vooral om aangiften van patiënten met een verlofmachtiging begeleid verlof. Aangiften tegen patiënten met onbegeleid verlof, transmuraal en proefverlof kwamen en komen nauwelijks voor.

Als er aangifte wordt gedaan dan gaat het (vermoedelijk) bijna altijd om feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. We moeten hier een slag om de arm houden omdat een kwart van de zaken (uit de nameting) niet in de registratie van het OM is teruggevonden. Een groot deel van deze zaken is vermoedelijk door de politie afgedaan (in overleg met het OM). Dit zijn vaak de 'lichtere' zaken en van deze zaken is niet bekend of het om voorlopige hechteniswaardige feiten gaat.

De cijfers bevestigen het beeld dat uit de interviews naar voren komt dat het (1) vaak niet lukt om binnen 24 uur aangifte te doen en (2) er vaak een sepot volgt.

- Een kwart van alle aangiften werd binnen 24 uur gedaan. Het feit dat dit in 2008 expliciet is voorgeschreven in de regelgeving heeft hier (nog) niets aan veranderd.
- Tweederde van alle zaken uit de nameting die in de registratie van het OM zijn teruggevonden, is afgedaan met een sepot. Er wordt meestal geseponeerd wegens een stoornis van een patiënt



of omdat de persoon al tbs heeft. We zien de uitspraak van enkele officieren dat een sepot van het OM niet betekent dat de verdachte niet strafbaar is dus terug in de cijfers.

We konden niet nagaan wat de doorlooptijd is tussen het doen van aangifte en het moment dat het OM beslist of wel of niet tot vervolging wordt overgegaan. De doorlooptijd tussen het doen van aangifte en het moment van afdoening is wel achterhaald. Bij de voormeting duurde het gemiddeld 9,5 maand voor een zaak werd afgedaan, bij de nameting was dit gedaald naar ruim 7 maanden. De doorlooptijd is dus nog steeds lang, maar lijkt wel korter te worden.

*Hoe vaak zijn de gewijzigde regels met betrekking tot verlof, toegepast?*

In een periode van twee jaar na de wijziging van de regelgeving hebben we 29 aangiften gevonden die zijn opgemaakt tegen patiënten met een verlofmachtiging. Hiervan zijn er 14 waarschijnlijk afgedaan door de politie (in overleg met het OM). Van de 15 resterende aangiften werden er 11 geseponeerd; bij vier zaken werd vervolging ingesteld.

Uitgaande van de veronderstelling dat de werkelijke aantallen circa 50% hoger liggen zou het jaarlijks om circa 30 aangiften gaan van patiënten met een verlofmachtiging waarbij het door de regelgeving gewijzigde verlofbeleid dient te worden toegepast (globale schatting). Afgaande op bovenstaande cijfers zou vervolgens bij circa 5 zaken tot vervolging worden overgegaan. Deze cijfers hebben alleen een indicatieve waarde. Het aantal zaken waarbij ten onrechte geen aangifte is gedaan is niet meegeteld (en ook niet bekend).

*Wordt er conform de regelgeving gehandeld?*

We kijken hier alleen naar de feitelijke wijzigingen in de regelgeving die in 2008 zijn doorgevoerd (zie paragraaf 4.2). Op basis hiervan kan het volgende worden geconcludeerd.

- In het merendeel van de gevallen werd niet binnen 24 uur aangifte gedaan.
- Het is aannemelijk dat het verlof terstond werd ingetrokken en de patiënten niet meer met verlof zijn geweest mede gezien het feit dat de klinieken in alle voorkomende gevallen de verlofmachtiging liet verlopen.
- De kliniek heeft wellicht niet (tijdig) geweten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen omdat het OM vaak nog niet meedeelt aan de kliniek of tot vervolging wordt overgegaan. Uit de interviews komt wel het beeld naar voren dat de kliniek deze informatie vaak zelf achterhaalt bij het OM.
- Als tot vervolging werd overgegaan heeft de inrichting niet aan de Verlofunit tbs laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen.







## **Bijlage 1    Literatuurverwijzingen en overige bronnen**

### **1.    Aangehaalde literatuur**

DJI (2009) *Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden: Beleidsregels met betrekking tot de verlofverlening aan ter beschikking gestelden*. DJI, Directie Forensische zorg.

DJI (2010a) *tbs in getal 2005 – 2009*. DJI, Directie Forensische zorg.

Inspectie voor de Sanctietoepassing/ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007) *Incidentenonderzoek – de Kijvelanden*. Ist/Igz.

RSJ (2005) *Advies betreffende concept Amvb houdende wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt)*. RSJ.

RSJ (2008) *Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging in de tbs. Advies over het voorstel tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden*. RSJ.

Staatsblad 2005, 400, *Besluit van 23 juli 2005 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden in verband met een wijziging van de regels met betrekking tot verlof en proefverlof en enige andere bepalingen*.

Staatsblad 2008, 222, *Besluit van 16 juni 2008 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden in verband met een wijziging van de regels met betrekking tot verlof en proefverlof en enige andere bepalingen*.

Staatscourant 1999, 8029711, *Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden*.

Vianen, R.T., van, Boer, R. de, Jong, B.J. de & Amersfoort, P. van (2010) *De inzet van het strafrecht bij kindermishandeling*. Den Haag/Woerden, WODC/Van Montfoort.

### **2.    Overige geraadpleegde bronnen**

#### **Documenten FPC's**

- 1)    Jaarverslag Oldenkotte, 2009.
- 2)    Nieuwsbericht Van Mesdagkliniek: *Aangiftebeleid voor Incidenten aangescherpt*. 2008.

#### **Protocollen aangifte klinieken**

- 3)    *Verplicht aangifte (binnen 24 uur) bij gepleegde strafbare feiten buiten de WP door tbs-gestelden met een verlofmachtiging, FPC (v3.0)*. Woenselse Poort 2010.



- 4) *Protocol aangifte*. Oldenkotte, Centrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg, juni 2010.
- 5) *Protocol verlot patiënten*. Oostvaarderskliniek, juli 2008.
- 6) *Protocol Strafbare feiten*. GGZ Drenthe, december 2010.
- 7) *Protocol tbs verlot: procedures rond verlotfregeling van patiënten met tbs dwangverpleging*. GGZ Drenthe, juni 2010.
- 8) *Aangifteprotocol*. De Rooyse Wissel.
- 9) *Aangifte doen: procesbeschrijvingen*. De Kijvelanden, Forensisch Psychiatrisch Centrum.
- 10) *Aangifte*. Trajectum Hoeve Boschoord.
- 11) *Aangiftebeleid*. FPC Dr. S. van Mesdag, december 2008.
- 12) *Aangifteprotocol*. Pompestichting, mei 2010.
- 13) *Aangiftebeleid Van der Hoevenstichting*. Van der Hoevenstichting, juni 2010.

#### **Documenten ministerie van V&J**

- 14) Adviescollege Verlofmachtiging tbs (2010) *Nieuwsbrief nummer 4*.
- 15) DJI (2010) *Verslag Werkconferentie Verlot*. DJI.
- 16) DJI (2010) Brief aangifte van alle gevallen van grensoverschrijdend seksueel gedrag.
- 17) Forensische zorg landkaart 2010, DJI.
- 18) Koenraadt, F., Langbroek, Ph., Tichelaar, J., & Velde, M. van der (2010) *Het verlot van de ter beschikking gestelde*. Utrecht/Den Haag, Montaigne Centrum/WODC.
- 19) Verslag werkgroep SSC DJI, 26 mei 2010.
- 20) Verslag vergadering DJI/Avt/Parket Generaal, 19 mei 2010.
- 21) Brief Directeur.
- 22) Brief Directeur Forensische Zorg, 19 juli 2011.

#### **Documenten ministerie van VWS**

- 23) RIVM (2010) *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. RIVM, VWS.



## Bijlage 2 Verantwoording verzameling aangiftecijfers

### *Stap 1: Voorbereiding achterhalen gegevens via BlueView*

Omdat de eigen gegevens van de klinieken over aangiften en het registratiesysteem MITS (registratiesysteem incidenten en verlofmachtigingen tbs) niet bruikbaar waren voor ons onderzoek, hebben we ervoor gekozen om de aangiften tegen tbs-gestelden te achterhalen via de politieregistraties. Daarbij is gebruik gemaakt van BlueView, een programma dat gegevens aanlevert uit alle onderliggende registratiesystemen die de politie in de praktijk gebruikt of gebruikte in de meetperiode (juni 2006- juni 2008 en januari 2009- januari 2011).

Als ingang voor het achterhalen van de aangiften is het adres van de aangever (dus de adressen van de klinieken) gebruikt. We zijn gestart met de vraag aan de juristen van alle klinieken wie aangifte doen en op welke naam en adres de aangifte gesteld wordt. Uit de antwoorden bleek dat verschillende functionarissen aangifte doen, maar dat de aangifte wel altijd op het adres van de kliniek wordt gezet. Vervolgens is een lijst opgesteld met alle adressen van de klinieken gedurende de voormetings- en de nametingsperiode. Gaandeweg is gebleken dat achter het adres van sommige klinieken meerdere instellingen of een grotere instelling dan alleen de tbs-kliniek schuil gaat of het gaat om een adres (kliniek) waar niet alleen tbs-ers maar ook patiënten met een strafrechtelijke titel verblijven. Dat is het geval bij de vier particuliere niet-justitiële klinieken (GGZ Drenthe, De Woenselse Poort, Arkin (Inforza) en Hoeve Boschoord). Het is ook het geval bij de Pompestichting (locatie Lunettenlaan is tevens het adres van P.I. Vught) en bij de Oostvaarderskliniek (locatie H.J.E Wenckebachweg is ook het adres van de P.I. Amsterdam Over-Amstel). Bij het opschonen van het bestand en de verantwoording van de data dienden we hiermee rekening te houden.

### *Stap 2: Draaien query bij de VtsPN en eerste analyse*

In samenspraak met de VtsPN is een query opgesteld die zoekt naar aangiften die in de twee onderzoeksperiodes op de adressen van de klinieken zijn gesteld. Naast gegevens over de aangever, zijn ook gegeven omtrent de verdachte, de datum van het incident en de datum van kennisname van het incident werden meegenomen. Ook is gevraagd naar het type delict dat gepleegd is.

Dit leverde een bestand op van 1852 aangiften dat nader is bekeken. Het bestand bestond uit 1222 aangiften zonder verdachten en 630 aangiften met verdachten.

Het grote aantal aangiften zonder namen van verdachten heeft ons verbaasd. We hebben dan ook gezocht naar verklaringen en konden er twee bedenken:

1. Er is sprake van een registratiefout. Er is wel een verdachte bekend maar deze is per abuis niet ingevoerd in de politieregistratie.
2. Er is aangifte gedaan van een delict met een onbekende verdachte. Dit komt vaker voor bij bepaalde type delicten zoals diefstal en vernieling

Een registratiefout is hoogstens een verklaring voor een beperkt deel van alle aangiften zonder verdachte. We zijn nagegaan of we bevestiging konden vinden voor de tweede verklaring. Hiervoor



hebben we 813 van de 1222 aangiften zonder verdachten (67%) nader bekeken. Daaruit is naar voren gekomen dat:

- Bij bijna 80% procent van deze aangiften sprake is van diefstal, vernieling of het aantreffen/vermissen van goederen.
- Bijna 90% van deze aangiften afkomstig is van drie adressen, te weten twee adressen van een grote GGZ instelling (met een tbs-kliniek) en een adres van een Penitentiaire Instelling (P.I.) (met een tbs-kliniek).

Dit resultaat maakt de tweede verklaring aannemelijk. Bovendien is duidelijk geworden dat bijna al deze aangiften zonder namen verdachten van drie adressen komt waar een veel bredere groep van aangevers achter zit namelijk: GGZ patiënten, gedetineerden en werknemers van grote GGZ instellingen en een P.I. Voor ons onderzoek heeft deze overigens wel opmerkelijke bevinding, geen consequentie. De te evalueren regelgeving heeft alleen betrekking op aangiften met verdachten (te weten tbs-gestelden). De eerste verklaring, een registratiefout, heeft wel gevolgen voor ons onderzoek. Hiermee wordt een (onbekend) deel van aangiften die voor ons wel relevant zijn gemist.

### *Stap 3: Opschonen bestand van 630 aangiften*

Het bestand van 630 aangiften is opgeschoond. Dit is gebeurd door de namen van alle aangevers en de namen van alle verdachten in dit bestand te controleren in MITS. MITS bevat de namen van alle huidige en gewezen tbs-gestelden sinds 2001. We zijn via MITS voor alle 630 aangiften nagegaan: (1) of de aangevers geregistreerd staan in MITS en (2) of de verdachten geregistreerd staan in MITS. Alle aangiften gedaan door een tbs-gestelde zijn verwijderd. Dit zijn de aangiften die gedaan zijn door een patiënt tegen een patiënt. Het is namelijk niet duidelijk of deze aangiften worden onderschreven door de kliniek. Ook de aangiften tegen anderen dan een tbs-gestelde zijn verwijderd. Deze zijn niet relevant voor ons onderzoek. Het gaat hier bijvoorbeeld om aangiften vanuit de niet-justitiële klinieken tegen een patiënt met een andere strafrechtelijke titel dan een tbs-maatregel.

Via deze opschoning is het bestand van 630 aangiften teruggebracht tot 149 aangiften. Hiermee is een bestand gecreëerd van aangiften waarvan we (1) zeker weten dat ze gedaan zijn tegen een tbs-gestelde en (2) voor het merendeel van de klinieken zeker weten dat de aangifte gedaan is door een medewerker/directeur van een kliniek. Voor zover het aangiften betreft van de vier niet-justitiële klinieken (GGZ Drenthe, De Woenselse Poort, Arkin (Inforza) en Hoeve Boschoord), de Pompestichting (locatie Lunettenbaan) en de Oostvaarderskliniek (locatie HJE Wenckebachweg) blijft het in theorie mogelijk dat er sprake is van een aangever anders dan een medewerker/directeur van een tbs-kliniek. De aangifte kan in principe ook gedaan zijn door: (1) een patiënt die op een andere strafrechtelijke titel dan tbs verblijft in een FPK, (2) een GGZ patiënt of een gedetineerde (verblijvend in de P.I.) en (3) een medewerker van een andere afdeling dan de tbs- kliniek. Medewerkers van andere afdelingen van de grotere instelling en GGZ patiënten en gedetineerden binnen een P.I. zullen naar onze inschatting niet snel met een tbs-patiënt te maken krijgen. Resteert een mogelijke vervuiling van het bestand omdat de aangiften van patiënten op een andere strafrechtelijke titel (dan tbs) tegen een tbs-gestelde (binnen een FPK), niet verwijderd konden worden via controle in MITS. Dit is aan de orde binnen de vier niet-justitiële inrichtingen. Het effect van deze vervuiling blijft beperkt omdat de invloed ervan op de voormeting even groot is als op de nameting.



#### *Stap 4: Een extra controle op het bestand van 149 aangiften.*

We hebben een externe controle uitgevoerd op de volledigheid van het verkregen bestand van 149 aangiften. Daarbij zijn we als volgt te werk gegaan. Aan de klinieken is gevraagd om voor alle incidenten die zij hebben geregistreerd in MITS alsnog met terugwerkende kracht aan te geven of er wel of niet aangifte is gedaan. Alle klinieken hebben dit gedaan, waarbij een aantal wel expliciet aangaf dit een lastige opgave te vinden.

Er zijn uit MITS 135 namen van tbs-gestelden naar voren gekomen tegen wie in de voormeting of nameting (volgens opgave van de klinieken) aangifte is gedaan. Met deze namen (en de geboortedata) is opnieuw een query in BlueView gedraaid om de bijbehorende aangiften te achterhalen. Hieruit is gebleken dat 42<sup>47</sup> van de 135 namen ófwel niet bekend waren bij de politie ófwel wel bekend waren maar met aangiften op sterk afwijkende data en voor andere delicten. Deze namen hebben we soms wel teruggevonden in ons oorspronkelijke bestand van 1852 aangiften maar niet met de juiste aangifte. Deels ook waren ze niet terug te vinden.

Wij hebben dit als volgt verklaard: (1) de namen (en aangiften) zijn deels niet terug te vinden wegens de schrijfwijze van namen<sup>48</sup> of omdat er fouten zijn gemaakt bij de invoer van namen, (2) de medewerkers van de klinieken die de gegevens in MITS hebben aangevuld hebben wellicht niet altijd zicht gehad op het feit of er wel daadwerkelijk aangifte is gedaan.

De resterende 93 van de 135 namen (en bijbehorende aangiften) komen ook voor in het eerder opgebouwde bestand van 149 aangiften. Er zijn dus geen nieuwe (nog gemiste) aangiften voortgekomen uit de uitgevoerde controle via MITS.

#### *Stap 5: Bepalen onbrekende aangiften (dark number)*

De (noodgedwongen) door ons gehanteerde werkwijze sluit twee groepen uit die voor ons onderzoek wel relevant zijn. Het betreft:

- de aangiften die vanaf een ander adres, dus door derden (instanties of particulieren) zijn gedaan tegen een tbs-gestelde (en door de kliniek worden onderschreven);
- de aangiften die door een patiënt (tbs-gestelden) zijn gedaan tegen een andere patiënt (tbs-gestelde) (en door de klinieken worden onderschreven).

Verder komt uit de hiervoor beschreven verantwoording ook naar voren dat door administratieve fouten en registratiefouten een (onbekend) aantal aangiften is gemist.

Om een globale inschatting te kunnen maken van het percentage aangiften dat is gemist (dark number) hebben we aan twee klinieken (die een overzicht hebben bijgehouden van hun aangiften in 2010) gevraagd om hun gegevens over hun aangiften over 2010 aan ons aan te leveren. Het betreft twee justitiële klinieken (zonder bijzonderheden wat betreft het adres van de locatie van de kliniek). We hebben deze gegevens vergeleken met onze gegevens (tabel 12).

---

<sup>47</sup> Tegen deze 42 unieke personen zijn volgens MITS 47 aangiften gedaan.

<sup>48</sup> Het is bijvoorbeeld gebleken dat samengestelde namen (bijvoorbeeld beginnend met EL) en namen met bijzondere lettertekens (zoals een ü) lastig zijn terug te vinden via BlueView.



Tabel 12: *Vergelijking aantallen en soort aangiften tussen kliniek A en politieregistraties (2010)*

<b>Volgens eigen opgave Kliniek A</b>	<b>Achterhaald uit politieregistraties via BlueView</b>
Totaal 4 aangiften in 2010	Totaal 4 aangiften: 3 uit 2010 en 1 uit 2009. Geen van deze aangiften is door ons meegenomen.
2 aangiften van kliniek tegen patiënt	
2 aangiften van patiënt tegen patiënt	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 aangifte (2009) door een tbs-patiënt tegen een persoon die geen tbs-patiënt is.</li><li>- 3 aangiften (2010) door een tbs-patiënt tegen een onbekende/ niet geregistreerde verdachte. Het betreft steeds vermissing goederen of diefstal.</li></ul>

De vier aangiften die de kliniek heeft opgegeven blijken alle terug te vinden in de politieregistraties maar met afwijkende gegevens. Bij één aangifte is een verschil in het jaar waarin de aangifte is gedaan, bij alle vier aangiften is er een verschil in de registratie van de verdachte. Het gevolg is dat wij over 2010 geen enkele aangifte van deze kliniek hebben meegenomen terwijl er volgens de kliniek vier voor ons relevante aangiften zijn gedaan in 2010.

Tabel 12: *Vergelijking aantallen en soort aangiften tussen kliniek B en politieregistraties (2010)*

<b>Opgave Kliniek B</b>	<b>Achterhaald uit politieregistraties via BlueView</b>
Totaal 16 aangiften in 2010	9 van de 16 aangiften zijn door ons meegenomen
Het is niet bekend welke aangiften vanaf het adres van de kliniek zijn gedaan en welke vanaf een ander adres.	Redenen waarom 7 aangiften werden gemist: <ul style="list-style-type: none"><li>- 2 aangiften vonden plaats in een ander arrondissement en dus vanaf een ander adres (dan de kliniek).</li><li>- 1 aangifte heeft niet geleid tot nader onderzoek door politie. Is wellicht daarom niet vastgelegd in politieregistratie.</li><li>- 4 aangiften staan wel in MITS en maken onderdeel uit van de 42 namen in MITS die niet of niet met een aangifte zijn teruggevonden via BlueView.</li></ul>

Alle gemiste aangiften van Kliniek B konden verklaard worden. Een en ander maakt echter wel duidelijk dat de twee klinieken aangifte hebben gedaan van in totaal 20 aangiften en dat er hiervan maar 9 door ons zijn betrokken in ons onderzoek. Een eerste globale schatting is daarom dat we circa de helft van de aangiften hebben gemist (dark number).

#### *Stap 6: Koppeling met MITS en JDS*

Het bestand van 149 aangiften is gekoppeld aan MITS om de verloffgegevens van de verdachten te achterhalen en gekoppeld aan JDS (het overkoepelend registratiesysteem van het OM) om de delictgegevens en de afdoeninggegevens te achterhalen.



Bij koppeling met JDS bleken niet alle aangiften terug te vinden. Dat geldt voor 8 van de 60 aangiften (13%) uit de voormeting en 24 van de 89 aangiften (24%) uit de nameting. Wij hebben datzelfde eerder ook gemerkt bij een ander onderzoek<sup>49</sup>. Hiervoor zijn drie verklaringen:

- Sommige aangiften (uit de nameting) zijn nog niet administratief vastgelegd in JDS ten tijde van ons onderzoek.
- Een deel van de aangiften is (anders dan de aangescherpte regelgeving voorschrijft) toch afgedaan door de politie en niet doorgestuurd naar het OM.
- Een deel van de aangiften is door administratieve fouten niet in JDS vastgelegd.

Een en ander heeft consequenties voor de interpretatie van de resultaten van ons onderzoek. Met name de 'lichtere zaken' worden door de politie afgedaan. Deze categorie wordt daarom gemist in de cijfers van JDS over de afdoening.

---

<sup>49</sup> Het betreft een onderzoek naar de justitiële afhandeling van aangiften van kindermishandeling. Hier bleek 24% van de aangiften niet terug te vinden in JDS ( Van Vianen et al, 2010, p. 96).







## Bijlage 3 Casebeschrijvingen

### Casus 1

#### *Feitelijk relaas*

Er komt een telefoontje binnen van een van de netwerkleden aangaande seksueel overschrijdend gedrag van de patiënt. Het netwerklid, een alleenstaande moeder met twee dochters, is een goede vriendin van de patiënt. De ex-vriend van deze vrouw, die tevens de (stief)vader is van de twee dochter is ook een bekende van de patiënt. De aantijgingen betreffen het ongepast betasten van en binnendringen bij de (ten tijde van het gebeuren) 11-jarige dochter.

Op verzoek van de kliniek keert deze patiënt terug naar de kliniek op een vrijdag. De aantijgingen zijn met de patiënt besproken en in eerste instantie ontkent hij de aantijgingen. Aan het einde van het weekend geeft hij toe seksueel overschrijdend gedrag te hebben vertoond naar dit meisje. Hij geeft hierbij het volgende toe: het wederzijds betasten van de geslachtsdelen, zoenen, bij het meisje in bed gaan liggen en het blootstellen van zijn lichaam aan het meisje. De patiënt ontkent het binnendringen van het lichaam van het meisje. De patiënt stelt dat hij seksueel werd uitgedaagd door het meisje, dat hij dit prettig vond en er moeilijk, dan wel geen weerstand tegen kon bieden. De patiënt wordt sinds de aantijgingen bedreigd door de ex-partner van de moeder van het 11-jarige meisje.

Op de vrijdag is de patiënt teruggekeerd naar de kliniek. Hij heeft sinds dat moment geen verlofmogelijkheden meer en verblijft op een crisiskamer. Er is een MITS maatregel (afdelingsarrest) gemaakt.

#### *Achtergrondinformatie patiënt*

Er is sprake van een patiënt met onbegeleid verlof en een aanvraag transmuraal verlof. Hij heeft tbs met verpleging en zit vast wegens verkrachting van een volwassen vrouw. Het voorval is nieuw gedrag voor de patiënt, waar het de leeftijd van het slachtoffer betreft.

### Casus 2

#### *Feitelijke relaas*

Er heeft een onenigheid plaatsgevonden tussen de patiënt en een medepatiënt. De onenigheid is ontstaan uit plagen, wat uitmondde in sarren en elkaar uitschelden. De medepatiënt zou de patiënt hebben uitgescholden voor 'psychoman', waarop de patiënt reageert met 'satan'. Tijdens de lunch op dezelfde dag is de onenigheid weer opgelaid. Na afloop van de maaltijd is de medepatiënt in de rookruimte gaan staan om een sigaret te roken. De patiënt is met een pak melk naar de rookruimte gegaan en heeft het pak melk over de medepatiënt heen gegoten. Hierop is er een vechtpartij ontstaan, waarbij sprake is van wederzijdse verantwoordelijkheid. De patiënt heeft een stijve knie en de medepatiënt heeft een kras in zijn gezicht. De medepatiënt heeft aangifte gedaan, de patiënt niet. Het verplegend personeel was niet op de hoogte van de onenigheid die al een periode speelde tussen



beide patiënten en hebben derhalve het voorval niet kunnen voorkomen. Beide patiënten hebben niets gemeld over de onenigheid bij het verplegend personeel.

Naar aanleiding van het delict is contact opgenomen met een Officier van Justitie. Die heeft de kliniek geadviseerd om het gebeuren te classificeren als een fysieke aanvaring en niet als een strafbaar feit. Zij heeft hierbij geadviseerd om geen aangifte te doen van het voorval. Dit advies is door de kliniek opgevolgd. De kliniek heeft overleg gehad met het behandelteam van de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) waar de patiënt verbleef en de reclassering. Beide partijen staan achter het besluit van de kliniek om geen aangifte te doen. Er is een gesprek geweest tussen de patiënt en zijn behandeld psychiater. De conclusie is dat het voorval passend is in de pathologie van de patiënt. Hij heeft spanningen niet bespreekbaar gemaakt en te lang op laten lopen. Er is besloten het risicomanagement te wijzigen. De reden hiertoe is gelegen in het feit dat de patiënt sinds 2002 buiten de kliniek verblijft en voor dit incident nog geen incidenten veroorzaakt. Terugplaatsing naar de kliniek staat niet in verhouding tot hetgeen is voorgevallen. Ook is het in het kader van verantwoorde zorg van belang om de patiënt te behandelen in de huidige setting waar hij goed ingebed is.

De uitgezette lijn wordt voortgezet en de FPA wordt verzocht de patiënt binnen te houden. Hij is teruggeplaatst naar de gesloten unit van de FPA. Hij krijgt spanningsregulatiegesprekken, meerdere malen per dag, die tevens als observatiemoment dienen. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt over de voorwaarden waaronder het verlof kan worden voortgezet.

### **Casus 3**

#### *Feitelijk relaas*

De patiënt wil graag bellen. De sociotherapeute vraagt hem te wachten, omdat iemand anders moest bellen. De patiënt werd daarop boos en wilde direct bellen. Hij werd door de sociotherapeute gewezen op de manier waarop hij dit eiste. De patiënt vertrok en kwam even later terug en eiste op een hoge toon een aardappelschilmesje. Wederom werd hij door de sociotherapeute gewezen op zijn manier van doen. Hierna begint de patiënt met verheven stem te praten en naar een andere sociotherapeut te wijzen. Deze zegt dat de patiënt niet zo hoeft te wijzen. De patiënt geeft vervolgens aan dat de sociotherapeut zich helemaal stil moet houden en loopt zonder pardon met een snelle pas het kantoor binnen. Hij staat recht voor de desbetreffende sociotherapeut, wijst hem nog meer naar het gezicht en zegt: 'Wat wil je nou dan?!'. De sociotherapeut geeft aan dat hij het kantoor uit moet gaan. Tot twee keer toe vraagt hij dat, maar tevergeefs. De derde keer kondigt hij aan dat hij op zijn pieper zal drukken als hij het kantoor niet verlaat. Hierna loopt de patiënt achteruit, kijkt om zich heen, pakt een stoel, slaat met de stoel tegen het hoofd van de sociotherapeut aan en gooit de stoel naar hem toe en roept dat hij niet over zijn moeder moet beginnen. De patiënt bleef herhalen dat de sociotherapeut niet over zijn moeder moest beginnen.

Een te hulp geschoten collega van de sociotherapeut probeert de betrokkene vast te houden, wat maar deels lukt omdat de patiënt een grote man is. Alles wat op tafel ligt gaat door het kantoor. De patiënt blijft (behoorlijk hard) op de sociotherapeut in slaan met zijn vuisten. De sociotherapeut staat ingesloten in een hoek van het kantoor en ondanks dat een collega probeert de patiënt vast te houden



en deze probeert te kalmeren, blijft hij op het hoofd/gezicht van de sociotherapeut inslaan met zijn vuisten. Collegae blijven op de pieper drukken en een medepatiënt schiet de sociotherapeuten te hulp door ook de armen van de patiënt vast te houden. Uiteindelijk slagen de collega en de medepatiënt erin om de patiënt uit het kantoor te krijgen en hem naar zijn verblijf te sturen, waarna de collega de deur op slot doet. Inmiddels waren de medewerkers van de dienst geïntegreerde beveiliging en de dienstdoend coördinator gearriveerd en is de patiënt meegelopen naar de separeer.

#### *Achtergrondinformatie patiënt*

De patiënt heeft tbs met dwangverpleging opgelegd gekregen wegens opzettelijke brandstichting.

#### **Casus 4**

##### *Feitelijk relaas*

Er is een melding binnengekomen dat er een aangifte tegen de patiënt loopt in verband met bedreigingen met de dood jegens de nieuwe vriendin van de ex-partner van de vriendin van de patiënt. De bedreigingen zijn dermate ernstig volgens de politie dat in overleg met het hoofd behandeling, de patiënt weer is teruggeplaatst in de kliniek. De patiënt zou hebben gezegd vaker vast te hebben gezeten voor geweld en niet bang te zijn weer te moeten zitten. Hij zou gezegd hebben vaker iemand te hebben vermoord en nu de ex-partner van zijn vriendin ook te zullen doden en onder de grond te stoppen. Verder heeft hij de nieuwe vriendin van de ex-partner (van zijn vriendin) uitgescholden voor hoer. Volgens de nieuwe vriendin van de ex-partner zouden de gemoederen bij de patiënt steeds verder zijn opgelopen en werd de patiënt steeds wilder en bedreigender. De politie heeft bevestigd dat er aangifte gedaan is tegen de patiënt.

De toegekende vrijheden op basis van zijn machtiging transmuraal verlof zijn ingetrokken.

##### *Achtergrondinformatie patiënt*

Het gaat om een patiënt met transmurale verlofmogelijkheden. Hij heeft tbs met bevel tot verpleging van overheidswege opgelegd gekregen, wegens meerdere malen bedreiging met de dood of zware mishandeling, mishandeling en vernieling. Ook heeft hij een inspecteur van de regiopolitie bedreigd met zware mishandeling.

De aangifte is gerelateerd aan het indexdelict (delict waarvoor hij in tbs zit). Hij is gediagnosticeerd met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Tevens waren er ernstige problemen met het gebruik van middelen. Tijdens het plegen van de delicten was er sprake van een paranoïde waanstoornis, die waarschijnlijk gerelateerd was aan zijn cocaïnegebruik.

Betrokkene toont nog regelmatig impulsief en vijandig gedrag. Bij teleurstellingen reageert hij vaak fel en geïrriteerd. Wel weet hij zich fysiek te beheersen en komt hij over het algemeen al snel terug op zijn gedrag. Zijn sociale en copingsvaardigheden zijn voldoende gebleken. Betrokkene probeert zijn aangeleerde vaardigheden steeds meer toe te passen waardoor verbetering op het gebied van sociale en relationele vaardigheden zichtbaar is. Tevens heeft hij het afgelopen jaar geregeld laten zien bij irritaties op adequate wijze te kunnen handelen. Wel bestaat er enige twijfel over de stabiliteit, aangezien betrokkene bij langdurige spanningen of irritaties nog geneigd is (verbaal) vijandig en/of impulsief te reageren.



## Casus 5

### *Feitelijk relaas*

De patiënt loopt onder begeleiding terug van de muziekactiviteit naar de afdeling. De patiënt wil graag nog wat spullen. Hij krijgt niet het door hem gewenste antwoord, reageert agressief en dreigt met geweld. De patiënt heeft een aansteker in zijn jaszak. Hij weigert deze in te leveren en gaat in zijn kamer klaar staan om tegen te werken. Zijn kamerdeur wordt gesloten. Een medewerker probeert de patiënt via het luikje in de deur toe te spreken. Vervolgens steekt de patiënt een knuffeldier in brand. Het bureaublad vat vlam en er ontstaat rook en een synthetische stank. De BHV wordt erbij geroepen en ook de brandweer. De MGB heeft vervolgens de patiënt gesepareerd.

Alle betrokkenen zijn onderzocht door de medisch dienst. Dankzij de BHV en de brandweerinzet is het incident tot een goed einde gebracht.

Na een periode van intern overleg is besloten dat het doen van aangifte in het geval van de patiënt zinloos is. De belangrijkste reden is de persoon en de ernstige meervoudige pathologie van patiënt, die erin resulteert dat hij functioneert op een sociaal emotioneel niveau van een 5- jarige. Strafrechtelijke afhandeling schiet hierbij het doel volkomen voorbij. Ook omdat de uitkomst uiteindelijk, na lang wachten en niet op verlof kunnen, een sepot zal zijn. De ervaring van de kliniek is dat dit in vrijwel alle gevallen de gang van zaken is, zelfs bij ernstige zaken als geplande en gerichte zeer ernstige agressie richting personeel. Bij de patiënt zal er echter ook geen sprake zijn van een positief leereffect. De patiënt krijgt de aansteker niet meer in bezit, waardoor brandstichting is uitgesloten. Het roken vond altijd al plaats onder toezicht, waarbij hij zijn shag of sigaretten en een aansteker verstrekt kreeg. Het verband tussen brandstichting en niet meer op verlof kunnen, ziet de patiënt allang niet meer.

## Casus 6

### *Feitelijk relaas*

De patiënt is boos omdat hij niet gehoord werd in zijn verzoek om met een teamcoördinator van zijn eigen afdeling zijn verlof voor te bespreken. De patiënt reageert in eerste instantie door het gesprek te weigeren met de coördinator die beschikbaar is en probeert daarna bij het afdelingskantoor alsnog gehoor te krijgen voor zijn wens. Aan de patiënt wordt duidelijk gemaakt dat er op dat moment geen tijd voor hem is in verband met dienstoverdracht. De patiënt reageert onbeheerst, waarbij hij de deur van het afdelingskantoor heeft beschadigd. Er komt alarm en de patiënt wordt naar zijn kamer gebracht. Later op de avond is er een gesprek met de patiënt waarin hij aangeeft spijt te hebben van zijn actie. Hij is in staat uitleg te geven over de frustraties die hebben bijgedragen aan zijn reactie en geeft aan dit niet te willen, maar zich machteloos te voelen.

Na intern overleg is besloten om het voorval te classificeren als een (ernstige) normschending. Hoewel het gedrag past binnen de problematiek van de patiënt is er voor gekozen het gebeuren wel heel serieus op te pakken, mede vanuit pedagogisch oogpunt. Het voorval is een uiting van hoog opgelopen spanningen bij de patiënt, omdat hij recent een aantal tegenslagen te verwerken heeft gekregen, met name in zijn traject op weg naar een transmurale voorziening en er zit een



verlengingszitting aan te komen. Binnen het risicomanagement van patiënt is duidelijkheid en overzichtelijkheid een belangrijk aspect; onzekerheid roept bij hem onveranderlijk spanning en irritatie op. Door ongunstige berichten over het traject van patiënt (wegvallen werk en beoogde vervolgvoorziening) in combinatie met dagelijkse situatie ergernissen, schiet de frustratietolerantie bij de patiënt te kort. Op het moment dat daar in de dagelijkse situatie ergernissen bij komen schiet de frustratietolerantie van de patiënt te kort.

De door de patiënt toegebrachte schade aan de deur is niet doelgericht geweest om toegang te verkrijgen tot het stafkantoor met het oogmerk de staf aan te vallen of om opzettelijk schade toe te brengen aan kliniekeigendommen. Vrij snel na het voorval heeft patiënt aangegeven dat hij niet had verwacht dat zijn reactie schade aan de deur tot gevolg zou hebben en dat het slechts zijn bedoeling was om 'statement' te maken om aandacht te krijgen.

Er is besloten op basis van multidisciplinair overleg de patiënt aansprakelijk te stellen voor de veroorzaakte schade aan de deur. Daarnaast wordt het verlof tijdelijk aangehouden teneinde eerst met het te bespreken hoe in de toekomst voorkomen kan worden dat hij wederom zo onbehouwen reageert op tegenslag.





**EVALUATIE VERPLICHTE AANGIFTEN  
STRAFBARE FEITEN IN DE TBS**





## **COLOFON**

### **In opdracht van**

Ministerie van Veiligheid en Justitie (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum).

© 2012 WODC, ministerie van Veiligheid en Justitie. Auteursrecht voorbehouden.

Het rapport is te downloaden vanaf [www.vanmontfoort.nl](http://www.vanmontfoort.nl).





# **EVALUATIE VERPLICHTE AANGIFTEN STRAFBARE FEITEN IN DE TBS**

Van Montfoort

Woerden, juli 2012

Mr. drs. B.J. de Jong  
Drs. A. E. van Burik





## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
Lijst met afkortingen.....	4
Voorwoord .....	6
1 Samenvatting en conclusies.....	8
2 Inleiding .....	18
3 Onderzoekverantwoording .....	20
3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen.....	20
3.2 Onderzoeksmethoden en verantwoording.....	21
3.2.1 Deskresearch.....	21
3.2.2 Analyse databestanden .....	21
3.2.3 Opstellen casebeschrijvingen .....	24
3.2.4 Afname interviews .....	25
3.3 Leeswijzer .....	28
4 Achtergrond en actuele ontwikkelingen gewijzigde regelgeving.....	30
4.1 Inleiding.....	30
4.2 De aanpassingen van het Rvt en de reikwijdte van de evaluatie .....	30
4.3 Verplichte aangifte en de registratie van incidenten .....	33
4.4 Verlof en verlofprocedures.....	34
4.5 Doelen wijziging Rvt.....	35
4.6 Principiële bezwaren en (on)gewenste neveneffecten die werden voorzien.....	36
4.6.1 Principiële bezwaren en ongewenste neveneffecten .....	36
4.6.2 Gewenste neveneffecten .....	37
4.7 Reikwijdte regelgeving, verbetervoorstellen en actuele ontwikkelingen.....	38
4.8 Samenvatting en conclusies .....	40
5 Implementatie regelgeving binnen de klinieken .....	42
5.1 Inleiding.....	42
5.2 Is de gewijzigde regelgeving vastgelegd in een protocol? .....	42
5.3 De werkwijze van de klinieken bij het doen van aangifte .....	44
5.4 Zijn medewerkers geïnformeerd en voldoende toegerust? .....	46
5.5 Zijn patiënten geïnformeerd? .....	47
5.6 Is er draagvlak voor de nieuwe regelgeving? .....	48
5.7 Zijn er voldoende financiële en personele middelen voor uitvoering regelgeving? ...	50
5.8 Samenvatting en conclusie .....	50
6 Beoordeling regelgeving op helderheid en uitvoerbaarheid.....	52
6.1 Inleiding.....	52
6.2 Regelgeving helder, eenduidig en juiste formulering?.....	52
6.3 Regelgeving uitvoerbaar? .....	53
6.4 De verplichting tot aangifte versus het beroepsgeheim/verschoningsrecht? .....	56



6.5	Samenvatting en conclusies .....	57
7	De uitvoering van de regelgeving.....	60
7.1	Inleiding.....	60
7.2	De doorlooptijd van de justitiële afhandeling .....	60
7.3	Voldoende mogelijkheden voor maatwerk?.....	61
7.4	Overwegingen om wel of geen aangifte te doen .....	63
7.5	De casebeschrijvingen.....	64
7.6	Samenvatting en conclusies .....	66
8	Beoordeling regelgeving.....	68
8.1	Inleiding.....	68
8.2	Toetsing vooraf verwachte ongewenste neveneffecten .....	68
8.3	Toetsing vooraf verwachte gewenste neveneffecten .....	70
8.4	Overige nadelen/ongewenste neveneffecten .....	70
8.5	Overige voordelen/gewenste neveneffecten van de regelgeving.....	71
8.6	Wat is er veranderd na de wijziging van de regelgeving en hoe moet het verder? ....	72
8.7	Samenvatting en conclusies .....	73
9	Uitvoering regelgeving bij politie en OM.....	76
9.1	Inleiding.....	76
9.2	Implementatie bij politie en OM.....	76
9.3	Uitvoering van de regelgeving .....	78
9.4	Knelpunten afhandeling aangiften .....	81
9.5	Communicatie en afstemming tussen kliniek, politie en OM. ....	83
9.6	Samenvatting en conclusies .....	84
10	Analyse aangiftecijfers .....	86
10.1	Inleiding.....	86
10.2	Verantwoording.....	86
10.3	De ontwikkeling van het aantal aangiften .....	88
10.4	Kenmerken aangiften en afdoening.....	90
10.5	De doorlooptijden vanaf datum plegen delict tot en met de afhandeling door justitie	95
10.6	Wat gebeurt er met het verlov en met de verlofmachtiging? .....	96
10.7	Samenvatting en conclusies .....	99
	Bijlage 1: Literatuurverwijzingen en overige bronnen .....	102
	Bijlage 2: Verantwoording verzameling aangiftecijfers .....	104
	Bijlage 3: Casebeschrijvingen .....	110



## Lijst met afkortingen

AVT Adviescollege	
Verloftoetsing tbs	
BPS	Bedrijfs Politie Systeem
BVH	Basisvoorziening Handhaving
Bvt	Beginnelsenwet Verpleging ter beschikking gestelden
College van PG	College van Procureurs Generaal
dd	De dato
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
JDS	Justitieel Documentatie Systeem
LBHIV	Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken
V&J	Veiligheid en Justitie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MITS	Monitor Informatie Terbeschikkingstelling
NB	Nota Bene
OM	Openbaar Ministerie
Opw	Opiumwet
P.I.	Penitentiaire Inrichting
RIBW	Regionale Instelling voor Begeleid Wonen
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Rvt	Reglement verpleging ter beschikking gestelden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
SZOSM	Schuldigverklaring zonder oplegging straf of maatregel
SZOVS	Schuldigverklaring zonder oplegging van straf
tbs	Terbeschikkingstelling
VtsPN	Voorziening tot samenwerking Politie Nederland
Wet BOPZ	Wet Bijzondere Opneming in Psychiatrische Ziekenhuizen
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WWM	Wet Wapens en Munitie
ZM	Zittende Magistratuur





## Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de evaluatie van de gewijzigde regelgeving van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt). Voor het onderzoek en met name het verzamelen van alle benodigde informatie zijn wij afhankelijk geweest van diverse organisaties en mensen. Wij danken hen zeer voor hun inzet om ons te helpen bij het verzamelen van de informatie. Ten eerste willen wij graag de tbs-klinieken bedanken voor hun medewerking aan het onderzoek. De juristen van de klinieken en de hoofden behandeling hebben ons de benodigde informatie verschaft, waarvoor zeer veel dank.

Een aantal mensen willen wij bij naam noemen; ten eerste willen wij graag de Voorziening tot samenwerking Politie Nederland (VtsPN) bedanken, met name Berry Bos en Newal Chierandjoe, voor hun doorzettingsvermogen in het achterhalen van de kwantitatieve informatie uit het systeem BlueView. Ook bedanken wij Barbara Hoekstra en Wibo Nijboer van de Justitiële Informatie Dienst voor de toegang tot JDS. Verder hebben Jolanda Tork en Jan Peter van Bodegraven zich ingezet voor de mogelijkheid tot het verkrijgen van toegang tot MITS en een bureau met computer om fysiek toegang te krijgen. Dank daarvoor.

Tenslotte bedanken we de begeleidingscommissie van het onderzoek die als volgt was samengesteld.

### Voorzitter:

prof. em. Constantijn Kelk

Universiteit Utrecht

### Leden:

dr. Joke Harte

Vrije Universiteit Amsterdam

mr. Jan Peter van Bodegraven

Directie Forensische Zorg

drs. Marije Brinkhuis (tot 1 juni 2011)

Directie Sanctie- en Preventiebeleid

drs. Maya van Gaal (vanaf 1 juni 2011)

Directie Sanctie- en Preventiebeleid

dr. Hendrien Kaal (tot 1 sept. 2011)

WODC

drs. Essy van Dijk (vanaf 1 sept. 2011)

WODC

Wij zijn voorzitter en leden erkentelijk voor hun bijdrage aan het onderzoek en de totstandkoming van het rapport.

### Het onderzoeksteam:

Agnes van Burik, Bart de Jong, Frouke Sondejker, Jaap van Vliet

Woerden, juli 2012







## 1 Samenvatting en conclusies

Op 26 juni 2008 zijn de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 van het Reglement verpleging terbeschikkinggestelden (Rvt) gewijzigd naar aanleiding van een onderzoek van de Inspectie voor de Sanctietoepassing en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit onderzoek richtte zich op twee onttrekkingen van begeleid verlof door tbs-gestelden, waarbij één tbs-gestelde er van werd verdacht tijdens de onttrekking meerdere ernstige strafbare feiten te hebben gepleegd. Tijdens het onderzoek blijkt dat de verlofmachtiging van deze tbs-gestelde van rechtswege vervallen had moeten zijn op basis van art. 53 lid 2 Rvt, aangezien deze tbs-gestelde een aantal maanden voor de onttrekking aan het begeleid verlof een gewelddadig dispuut had met een medepatiënt. Het hoofd behandeling van het Forensisch Psychiatrisch Centrum heeft dit incident ten onrechte niet beschouwd als een strafbaar feit. De Inspecties stellen dat de formulering van artikel 53 lid 2 Rvt een lastige constructie is, waardoor er niet altijd een duidelijk tijdstip te markeren is, waarop sprake is van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging. Met de wijziging van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 Rvt dient deze duidelijkheid er wel te komen.

Door de wijziging van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 Rvt is het hoofd van de inrichting verplicht binnen 24 uur aangifte te doen bij een opsporingsambtenaar van een strafbaar feit, waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, gepleegd door een tbs-gestelde. Dan gaat het bijvoorbeeld om ernstige ordeverstoringen zoals brandstichtingen en openlijke geweldpleging maar ook om diefstal. De verplichting tot het doen van aangifte heeft dus ook betrekking op relatief kleine vergrijpen als winkeldiefstal en diefstal van een fiets.

Als er sprake is van een verlofmachtiging dan dient het verlof van de tbs-gestelde ter stond te worden opgeschort. Op het moment dat het Openbaar Ministerie (OM) vervolgens meedeelt dat de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt, vervalt de bestaande verlofmachtiging van rechtswege. Als het OM meedeelt dat de tbs-gestelde niet als verdachte wordt aangemerkt, dan kan het verlof weer herleven.

Vanuit het tbs-veld is een aantal ongewenste neveneffecten genoemd die verwacht werden op te treden als gevolg van deze wijziging. Om tegemoet te komen aan de bezwaren vanuit het tbs-veld heeft de staatsecretaris toegezegd dat de gewijzigde regeling wordt geëvalueerd.

De gegevensverzameling voor de evaluatie is uitgevoerd in de periode mei 2011 – oktober 2011. Begin 2012 zijn nog enkele aanvullende interviews afgenomen.

De onderzoeksvragen hebben betrekking op de volgende thema's:

1. De achtergrond van de (aangescherpte) regelgeving (doelen en voorziene neveneffecten)
2. De implementatie en uitvoering van de regelgeving binnen de klinieken
3. De implementatie en uitvoering van de regelgeving bij politie en OM
4. De kwantitatieve analyse (van aangiften, afdoening en doorlooptijden)
5. De daadwerkelijke naleving van de regelgeving en de feitelijke gevolgen.



Alle onderzoeksvragen zijn beantwoord op basis van meerdere onderzoeksbronnen.

Achtergrond	Deskresearch; interviews vertegenwoordigers Verlofunit tbs, Adviescollege Verloftoetsing tbs en directie Wetgeving en raadpleging expert strafrecht
Implementatie en uitvoering binnen de klinieken	Deskresearch; interviews juristen en hoofden behandeling binnen de klinieken; interviews vertegenwoordiger Verlofunit tbs en Adviescollege Verloftoetsing tbs; beoordeling casebeschrijvingen
Implementatie en uitvoering bij politie en OM	Interviews met politiefunctionarissen en officieren van justitie
Kwantitatieve analyse	Analyse registratiesystemen van politie en OM en centrale tbs-registratie van incidenten, aangiften en verlofmachtigingen (MITS)
Naleving regelgeving en feitelijke neveneffecten	Alle onderzoeksbronnen

*Achtergrond: doelen en voorziene neveneffecten*

Feitelijk gaat het bij de aanscherping van de artikelen 53 lid 2 en 57 lid 4 Rvt om drie nieuwe aanwijzingen voor de klinieken:

1. Ze moeten verplicht aangifte doen (van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten).
2. Ze moeten deze aangifte binnen 24 uur doen.
3. Ze moeten het verlof van de betreffende tbs-gestelde terstond intrekken totdat het OM (als onafhankelijke derde) heeft beoordeeld of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt.

Dat het in art. 53 Rvt lid 2 gaat om 'strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en om het feit dat 'de verlofmachtiging vervalt op het moment dat de tbs-gestelde als verdachte is aangemerkt' is reeds bij een eerdere wijziging van art. 53 Rvt vastgelegd<sup>1</sup>. Het zijn wel essentiële onlosmakelijke onderdelen van de regelgeving. De onderhavige evaluatie heeft daarom betrekking op de gewijzigde regelgeving als geheel en niet alleen op de feitelijke wijzigingen/ aanscherpingen van 2008.

Het primaire doel van de aanscherpingen in de regelgeving die in 2008 werden doorgevoerd, was om duidelijkheid te creëren over het moment waarop de verlofmachtiging vervalt. Het vervallen van de verlofmachtiging stond in sommige gevallen ook na 2005 nog steeds ter discussie. Aanscherping van de regelgeving moest hier een einde aan maken.

<sup>1</sup> Bij besluit van 23 juni 2005 (Stb. 2005, 400).



Een aantal ongewenste neveneffecten werd vooraf voorzien door klinieken en de RSJ, deels gaat het ook om principiële bezwaren.

- De aangifteplicht strookt niet met behandelen op maat.
- De aangifteplicht kan in de praktijk tot knelpunten leiden: (1) bij klachtdelicten kan alleen de klachtgerechtigde aangifte doen (2) de plicht kan botsen met de wens van het slachtoffer om geen aangifte te doen (3) de plicht kan de behandelrelatie onder druk zetten.
- Het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten vraagt om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een FPC worden verwacht.
- Het aanmerken als verdachte is een moeilijk werkbaar begrip. Het geeft geen goede indicatie voor het bestaan van een stevige verdenking (art. 67 Sv). Het is ook onduidelijk op welk moment de officier van justitie iemand als verdachte aanmerkt.
- Als bij nadere toetsing geen sprake blijkt te zijn van een gegronde verdenking van betrokkenheid bij strafbare feiten of ongeoorloofde afwezigheid, dient de verlofmachtiging opnieuw aangevraagd te worden. Dit levert een substantiële vertraging op bij het toekennen van verlop en daarmee in de voortgang van de behandeling. Een dergelijke vertraging is nauwelijks te billijken indien de verpleegde geen verwijt treft.
- Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging heeft geen meerwaarde boven de mogelijkheden die het Rvt al kent, namelijk: het intrekken van het verlop door het hoofd van de inrichting en van de verlofmachtiging door de minister.

De RSJ noemt ook voordelen van de nieuwe aanscherping. Verondersteld wordt dat de nieuwe regelgeving minder ruimte biedt voor eigen interpretatie en dus de rechtsgelijkheid ten goede komt.

#### *De implementatie binnen de klinieken*

Alle klinieken zijn over de aanscherping van de regelgeving geïnformeerd middels een algemeen geformuleerde brief van het ministerie, gericht aan het hoofd van de inrichting. Veelal zijn de juristen vervolgens betrokken. Het onderwerp is besproken in verschillende overleggen (zoals de klankbordgroep forensische juristen en het LBHIV). Soms is er ook via interne berichtgeving (zoals een nieuwsbrief) bekendheid aan gegeven. De helft van de klinieken heeft eigen vormen van voorlichting georganiseerd om de medewerkers te informeren over de gewijzigde regelgeving. Bijna de helft van de klinieken heeft de tbs-gestelden geïnformeerd over de gewijzigde regelgeving en de consequenties hiervan voor het verlop. Deze hebben (volgens de geïnterviewden) over het algemeen grote moeite met dergelijke maatregelen, die raken aan hun verlop.

Ondanks de ingezette activiteiten in het kader van de implementatie, is uit het onderzoek naar voren gekomen dat binnen een aantal klinieken geen juist idee leeft van de reikwijdte van de regelgeving. Binnen twee van de vier niet-justitiële klinieken is niet voor iedereen duidelijk dat de regelgeving voor hen alleen geldt als een tbs-gestelde zich buiten de inrichting bevindt (dus tijdens het verlop). Daarnaast is bijna de helft van de juristen van de justitiële klinieken van mening dat de aangifteplicht alleen geldt voor tbs-gestelden met een verlofmachtiging. Dit staat inderdaad in de nota van toelichting als zodanig verwoord, het feitelijk besluit tot wijziging van het Rvt geeft echter duidelijk aan dat de aangifteplicht geldt voor alle tbs-gestelden.



De meeste klinieken hebben een algemeen aangifteprotocol, de aangescherpte regelgeving (artt. 53 en 57 Rvt) komt echter maar bij vier van de 13 klinieken expliciet aan de orde. In het algemeen laat de analyse van de protocollen zien dat er geen sprake is van consequent aangifte doen bij strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Zowel de specifieke als de algemene protocollen hinken in meer of mindere mate op twee gedachten: enerzijds de verplichting om aangifte te doen en anderzijds de ruimte om eigen afwegingen te maken. Zo staat in een van algemene aangifteprotocollen bijvoorbeeld dat bij fysieke schade toegebracht aan een patiënt of medewerker, altijd aangifte plaatsvindt tenzij dit direct tot de stoornis of een klinische situatie is te herleiden. De werkwijze van de klinieken voor het doen van aangifte kent een bepaalde variëteit. Een incident wordt altijd in een breder verband besproken maar dat kan zowel een multidisciplinair overleg zijn als ook een commissie incidentenoverleg waar ook vertegenwoordigers op directieniveau aanwezig zijn. Het besluit kan door een behandelcoördinator genomen worden maar ook door de directeur van de kliniek. De jurist heeft vaak maar niet altijd een adviesrol. Welke functionaris de feitelijke aangifte doet verschilt ook per kliniek. Kortom geen enkele kliniek is hetzelfde als het gaat om de processtappen die doorlopen worden bij het doen van aangifte.

Volgens de juristen blijft het lastig voor de behandelaars om te bepalen welke feiten wel en welke niet onder de aangifteplicht vallen. Behandelaars kunnen hiervoor de juridisch medewerkers binnen hun kliniek raadplegen maar we hebben niet de indruk gekregen dat dit vaak gebeurt. De juristen hebben overigens ook niet altijd op dergelijke en andere vragen een antwoord. Zij kunnen op hun beurt de Verlofunit tbs raadplegen maar ook dit gebeurt weinig. Anders dan in de nota van toelichting (p.4) staat vermeld, zijn er geen activiteiten ontplooid om de klinieken toe te rusten voor het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten.

#### *Het draagvlak binnen de klinieken*

Over de aanwezigheid van draagvlak bij de uitvoerende medewerkers om aangifte te doen, wordt wisselend gedacht door de hoofden behandeling. Volgens sommigen waarderen medewerkers het over het algemeen positief dat er aangifte wordt gedaan mede omdat het ook een erkenning is van het onrecht dat hen is aangedaan. Andere geïnterviewden benadrukken echter dat medewerkers het vaak heel vervelend vinden om aangifte te doen omdat het de behandelrelatie kan verstoren of omdat zij bang zijn voor represailles. In het algemeen bestaat er echter wel draagvlak voor het doen van aangifte hetgeen ook in het licht moet worden gezien van de veranderende cultuur binnen de klinieken (van gedogen naar grenzen stellen). Voor het doen van aangifte van een klein feit (omdat het nu eenmaal onder de delicten valt waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten) is echter weinig steun te vinden. Dat geldt voor alle betrokken partijen: dus niet alleen voor de hoofden behandeling en de medewerkers van de klinieken maar ook voor de geïnterviewden van de Verlofunit tbs en het Adviescollege Verloftoetsing tbs.

Enkele hoofden behandeling scharen zich zonder meer achter de huidige regelgeving. De meesten zouden echter graag de ruimte houden om een eigen afweging te maken. Een aantal van hen geeft niettemin expliciet aan dat zij de regelgeving in de praktijk wel uitvoeren. Dit vanuit het principe 'regel is



regel' of omdat zij hiertoe verplicht zijn ('het moet dan maar ...') of omdat zij hierop aangesproken zijn door de Verlofunit tbs toen zij in een specifieke situatie geen aangifte hadden gedaan.

#### *De uitvoerbaarheid van de regelgeving*

Ten aanzien van de (juridische) uitvoerbaarheid zijn de klinieken geconfronteerd met lastige vragen zoals 'wat te doen in situaties waarin zowel de kliniek als een patiënt aangifte wil doen' en 'hoe verhoudt de verplichting tot aangifte zich tot het beroepsgeheim'. Verder worden ook richtlijnen gemist ten aanzien van de incidenten die men alleen kent van horen zeggen, dus conflicten die onderling plaatsvinden buiten het zicht van de medewerkers. Sommige klinieken doen in dergelijke situaties geen aangifte, anderen maken een eigen inschatting van de betrouwbaarheid van hetgeen het slachtoffer vertelt. Meer in het algemeen wordt de weging van agressie en verbaal geweld als lastig punt genoemd. De suggestie is gedaan om hiervoor normen te gaan aanleggen door de uitkomsten van de wegingen die in gezamenlijk overleg binnen een kliniek worden gemaakt, vast te leggen.

Een ander punt waarop de regelgeving lastig uitvoerbaar is, betreft het feit dat het OM het hoofd van de kliniek moet laten weten of de tbs gestelde als verdachte wordt aangemerkt. Zoals reeds was voorzien door de RSJ sluit de formulering 'als verdachte aanmerken' niet goed aan bij de bestaande justitiële procesgang. Het OM heeft geen pogingen gedaan om hier een duidelijk herkenbaar moment binnen de procesgang van te maken. Men heeft in plaats hiervan een ander moment gekozen namelijk het moment dat het OM besluit of er wordt geseponneerd dan wel tot vervolging wordt overgegaan. Daarmee schuift het moment dat de verlofmachtiging vervalt of herleeft dus ook op. Dit leidt ertoe dat er geseponneerd kan worden en de verlofmachtiging herleeft terwijl het wel mogelijk is dat de tbs gestelde terecht als verdachte is aangemerkt (en er een andere reden was voor het niet vervolgen van de tbs-gestelde). Dit moment van de vervolgingsbeslissing heeft ook als nadeel dat het langer duurt voordat er duidelijkheid komt vanuit het OM voor de tbs-gestelde en de kliniek over de gevolgen van de aangifte voor het verlot.

Het moment van de vervolgingsbeslissing heeft als voordeel (voor de tbs gestelde en de kliniek) dat er een zekere rechtvaardigheid vanuit gaat. Het suggereert namelijk dat het feit dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt of herleeft, gekoppeld is aan het feit dat iemand schuldig is of onschuldig is. Het OM wijst er echter terecht op dat een sepot niet betekent dat iemand onschuldig is omdat er vele redenen zijn om te seponeren, dat kan zelfs gebeuren als er wettig en overtuigend bewijs is. Het is ook nooit de opzet geweest van de wetgever om het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt te koppelen aan de schuldvraag. Vanuit het oogpunt van veiligheid van de samenleving was het feit dat iemand als verdachte werd aangemerkt (door het OM) voldoende om de verlofmachtiging van rechtswege te laten vervallen.

#### *De (on)gewenste neveneffecten en gevolgen vanuit het perspectief van de klinieken*

Het meest centrale knelpunt, dat reeds van te voren werd voorzien, betreft de kritiek van klinieken (en de RSJ) dat de aangifteplicht niet strookt met het uitgangspunt 'behandelen op maat'. Voor sommigen is de verplichting om aangifte te doen het grootste knelpunt. Anderen vinden de vaststaande gevolgen van de aangifte voor het verlot te ongenueanceerd. De eerste groep vindt de verplichting tot aangifte een ongenueanceerde benadering die geen rekening houdt met de ernst en aard van het delict. Zij zijn



ook van mening dat aangifte doen niet altijd een effectieve manier is om het delictgedrag aan te pakken, behandeling kan soms beter werken. De pedagogische waarde van de justitiële afhandeling wordt extra gerelativeerd door twee andere knelpunten, de lange doorlooptijden en de beperkte variëteit in afhandeling: veel sepot's en relatief lichte afdoeningen. De lange doorlooptijd knelt des te meer omdat deze bijdraagt aan een toch al bestaand probleem namelijk de lange duur van de tbs. Deze lange verblijfsduur zou ertoe bijdragen dat de instroom in de tbs afneemt.

De tweede groep vindt vooral de gevolgen van de aangifte voor het verlov ongenueanceerd. Zij zouden graag zelf een afweging willen maken ten aanzien van de duur van het opschorten van het verlov. Hierin kunnen de ernst van het feit en de consequenties van het opschorten bij transmuraal verlov dan worden meegewogen. Nu is men op dit punt geheel afhankelijk van het OM. Zolang het OM niet laat weten of tot vervolging wordt overgegaan<sup>2</sup> blijft het verlov opgeschort en kan de patiënt niet naar buiten. Patiënt en kliniek weten daardoor vaak maandenlang niet waar ze aan toe zijn en het behandeltraject stagneert.

Naast de kritiek die vanuit de klinieken op de regelgeving wordt geuit, is er ook positieve waardering en worden positieve effecten genoemd. Deze hebben betrekking op (1) het uitgangspunt van de regelgeving dat een tbs-gestelde tegen wie een aangifte loopt niet vrij rond moet kunnen lopen (2) de externe druk die de mensen scherp houdt en tot meer aangiften leidt en (3) het feit dat de regelgeving tot meer uniformiteit in de aangiftepraktijk leidt.

Er zijn ook voorziene ongewenste neveneffecten die in de praktijk een minder grote rol blijken te spelen dan vooraf verwacht. Dan gaat het om 'het feit dat het doen van aangifte de behandelrelatie onder druk kan zetten', 'het feit dat aangifte tegen de wens van het slachtoffer in kan gaan' en de problemen die bij klachtdelicten kunnen ontstaan.

Eén vooraf voorzien neveneffect behoeft aparte aandacht. Bij de klinieken en de RSJ, leeft de opvatting dat als later blijkt dat de verdenking van een strafbaar feit onterecht was, de verlofmachtiging toch van rechtswege is vervallen. Er dient dan een nieuwe machtiging te worden aangevraagd en dat levert opnieuw vertraging op in de behandeling. In de nota van toelichting (p.5) staat echter (summier) aangegeven dat de verlofmachtiging in een dergelijke situatie herleeft. Dat wordt ook bevestigd door de juristen die wij hierover geraadpleegd hebben. Het zou hier gaan om een, in het civiele recht, gebruikelijke rechtsfiguur: bij een vergissing of omissie geldt de aanname dat de omissie of vergissing niet is gemaakt en dat de verlofmachtiging dus nog steeds geldt. Dit is alleen het geval als de tbs-gestelde ten onrechte als verdachte was aangemerkt. Het OM hanteert echter het moment van de vervolgingsbeslissing als moment van terugkoppeling naar de kliniek. Daarmee is het vervallen van de verlofmachtiging dus gekoppeld aan de vervolgingsbeslissing. Als de tbs-gestelde vervolgens wordt vrijgesproken, is er in beginsel echter geen sprake van herleving van de verlofmachtiging. Dit is alleen het geval als de zaak wordt afgedaan met een sepot met code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt). We concluderen dat de summiere uitleg in de nota van toelichting de duidelijkheid op dit

---

<sup>2</sup> Het OM hanteert in de praktijk niet het moment dat iemand als verdachte wordt aangemerkt, maar het moment dat besloten wordt of tot vervolging wordt overgegaan, als moment van terugkoppeling naar de kliniek. Dit wordt dan ook het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege kan vervallen. We gaan hier later in deze samenvatting nader op in.



punt niet heeft bevorderd. De vertaling van het OM van de regelgeving in de praktijk, heeft vervolgens geleid tot een lastig uit te leggen juridische constructie.

#### *De implementatie en uitvoering bij de ketenpartners*

De implementatie van de regelgeving bij politie en justitie is niet voldoende geweest. De bekendheid met de regelgeving is niet groot, noch bij de contactpersonen voor de klinieken noch binnen de bredere organisatie. Zowel politie als justitie leveren hun bijdrage in de uitvoering (nog) slechts in beperkte mate. Als een en ander in een convenant is vastgelegd dan lukt dat beter maar er zijn nog maar weinig van dergelijke convenanten.

Ondanks de gebrekkige implementatie staan politie en OM in principe wel positief tegenover de regelgeving. De uitvoering levert echter wel een aantal (deels fundamentele) knelpunten op. De uitvoering van de regelgeving wordt belemmerd door verschil in verwachtingen tussen klinieken enerzijds en politie en justitie anderzijds. De klinieken maken een eigen selectie van zaken waarvan zij vinden dat deze onder de aangifteplicht vallen en verwachten, gezien hun aangifteplicht, vervolgens van het OM dat er dan ook een sanctie volgt. Het OM maakt op haar beurt ook een eigen afweging en heeft geen vervolgingsplicht. De ernstige en zware zaken worden gewoon vervolgd maar bij veel zaken vraagt men zich af of het wel haalbaar is om te vervolgen en wat dit dan oplevert. De mogelijkheden van afdoening zijn beperkt. Disciplinaire maatregelen vanuit de kliniek zijn volgens verschillende officieren veelal te prefereren boven het opleggen van bijvoorbeeld een gevangenisstraf. Op dit punt hebben klinieken en OM dus eenzelfde opvatting.

Een specifiek punt waarop de communicatie tussen klinieken enerzijds en politie en justitie anderzijds niet goed loopt is de vraag naar de invloed van de stoornis op het delict. Voor de klinieken is dit een factor die meespeelt in hun afweging om wel of geen aangifte te doen. Vanuit het beroepsgeheim wil men hier echter geen informatie over geven aan politie en OM. Politie en OM op hun beurt geven aan graag te willen weten hoe de kliniek hier (als deskundige) tegenaan kijkt. Ook leeft binnen het OM de terechte opvatting dat het niet aan de kliniek is om te bepalen of het delict voortkomt uit de stoornis. De kliniek zou dit, volgens het OM, niet als criterium mogen gebruiken bij het besluit om wel of geen aangifte te doen.

#### *Wordt er aangifte gedaan zoals voorgeschreven?*

Twee van de tien geïnterviewde hoofden behandeling zeggen altijd aangifte te doen van strafbare feiten en dus geen eigen afwegingen te maken. De overigen noemen elk een eigen samenspel van overwegingen waarbij bepaalde aspecten (bijna) altijd terugkeren. Het betreft de ernst en de aard van het delict, de schade of het letsel dat teweeg is gebracht en de aard en ernst van de stoornis. Het merendeel van de geïnterviewde hoofden behandeling houdt zich dus niet aan (de aanscherping van) de regelgeving.

Bij voorlegging van een aantal casebeschrijvingen (van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten) blijkt dat er overeenstemming is in de beslissing om wél aangifte te doen bij de meest ernstige cases en geen aangifte te doen bij de minst ernstige cases. Ook hier zien we dus dat de regelgeving niet altijd wordt uitgevoerd zoals voorgeschreven. Bij de ruime middengroep van cases (3 van de 6 cases) zijn de meningen verdeeld. Er is dus ook een grijs gebied waar geen sprake is van



uniformiteit in handelen. De factor 'wel of geen voorlopige hechtenis toegelaten' speelt bij geen de hoofden behandeling een rol in hun beoordeling van de cases.

#### *Aantallen aangiften en vergelijking kenmerken aangiften*

De door ons gehanteerde benadering van koppeling en analyse van registratiesystemen heeft voor een periode van 2 jaar na de aanscherping van de regelgeving van 2008, in totaal 89 aangiften opgeleverd. In de periode van twee jaar vóór de wijziging van de regelgeving zijn via onze benadering 60 aangiften bekend geworden. Voor beide periodes geldt dat globaal geschat, de helft van alle aangiften boven tafel zijn gekomen. Bij de nameting is het percentage aangiften dus met 48% gestegen. In absolute zin gaat het om een beperkte stijging van 29 aangiften. De toename geldt niet voor alle klinieken. Er zijn ook klinieken waar het aantal aangiften afnam.

Uit de vergelijking van aangiften van voor- en nameting kan geconcludeerd worden dat er na de wijziging van de regelgeving meer aangiften zijn gedaan tegen patiënten met een verlofmachtiging en dat het daarbij vaker om minder ernstige zaken ging die door de politie werden afgedaan (na overleg met het OM). De drempel voor het doen van aangifte tegen patiënten met een verlofmachtiging lijkt bij de nameting dus lager te liggen dan bij de voormeting. Het gaat hierbij overigens vooral om aangiften van patiënten met een verlofmachtiging begeleid verlov. Aangiften tegen patiënten met onbegeleid verlov, transmuraal verlov en proefverlov kwamen en komen nauwelijks voor. De door de klinieken geschetste negatieve effecten van de regelgeving op de resocialisatie van de tbs gestelden blijven binnen de huidige aangiftepraktijk dus beperkt.

Als er aangifte wordt gedaan dan gaat het (vermoedelijk) bijna altijd om feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. We moeten hier een slag om de arm houden omdat een kwart van de zaken (uit de nameting) niet in de registratie van het OM is teruggevonden. Een groot deel van deze zaken is vermoedelijk door de politie afgedaan (in overleg met het OM). Dit zijn vaak de 'lichtere' zaken. Van deze zaken is niet bekend of het om voorlopige hechteniswaardige feiten gaat.

Slechts een kwart van alle aangiften werd binnen 24 uur gedaan. Het feit dat dit in 2008 expliciet is voorgeschreven in de regelgeving heeft hier (nog) niets aan veranderd.

De cijfers bevestigen het beeld uit de interviews, dat er vaak wordt geseponeerd. Er wordt meestal geseponeerd wegens een stoornis van een patiënt of omdat de persoon al tbs heeft.

De doorlooptijd tussen het doen van aangifte en het moment van afdoening is bij de nameting gedaald van gemiddeld 9,5 maand naar gemiddeld ruim 7 maanden. De totale doorlooptijd van afhandeling lijkt dus korter te worden maar is nog steeds lang. De doorlooptijd tussen het doen van aangifte en het moment dat het OM beslist of wel of niet tot vervolging wordt overgegaan is ook nog steeds lang, zo blijkt uit de interviews.

#### *Wat betekent de toepassing van de regelgeving voor het verlov?*

In een periode van twee jaar na de wijziging van de regelgeving hebben we 29 aangiften gevonden die zijn opgemaakt tegen patiënten met een verlofmachtiging. Hiervan zijn er 14 waarschijnlijk afgedaan door de politie (in overleg met het OM). Van de 15 resterende aangiften werden er 11 geseponeerd; bij vier zaken werd vervolging ingesteld. Uitgaande van de veronderstelling dat de





werkelijke aantallen circa 50% hoger liggen, zouden jaarlijks circa 30 aangiften worden gedaan van patiënten met een verlofmachtiging waarbij het gewijzigde verlofbeleid dient te worden toegepast (globale schatting). De zaken waarvan ten onrechte geen aangifte worden gedaan blijven hier buiten beschouwing.

We weten niet of de kliniek in de 29 cases waar aangifte werd opgemaakt tegen een patiënt met een verlofmachtiging, het verlof terstond heeft ingetrokken en de patiënt niet meer op verlof heeft laten gaan. We hebben wel aanwijzingen die dat aannemelijk maken. Klinieken laten namelijk de verlofmachtiging aflopen of intrekken en zijn daarbij soms strenger dan de regelgeving voorschrijft. De klinieken hebben in de onderzochte gevallen wellicht niet (tijdig) geweten of tot vervolging werd overgegaan en de verlofmachtiging dus van rechtswege was vervallen. Het OM deelt dit vaak (nog) niet mee aan de kliniek. We veronderstellen dat de kliniek deze informatie op enig moment wel zelf heeft achterhaald bij het OM. In de vier onderzochte gevallen van patiënten met een verlofmachtiging waarbij tot vervolging is overgegaan, hebben de klinieken niet aan de Verlofunit tbs laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen. We concluderen dit omdat het feit dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen, niet in de registratie van verlofmachtigingen was terug te vinden. De klinieken hebben de verlofmachtiging in alle vier gevallen wel laten aflopen.

#### *Slotconclusies ten aanzien van de naleving van de regelgeving en de directe gevolgen*

Na wijziging van de regelgeving wordt vaker aangifte gedaan met name tegen patiënten met een verlofmachtiging. De gewijzigde regelgeving heeft op dit punt dus het gewenste effect. Zowel uit de afwegingen die worden genoemd om wel of geen aangifte te doen als ook uit de beoordeling van de casebeschrijvingen (die allemaal vallen onder de verplichting om aangifte te doen), blijkt echter dat er (nog) geen sprake is van strikte naleving van de verplichte aangifte en dus ook niet van gelijkheid in de uitvoeringspraktijk. Zolang er nog verschillen zijn tussen de klinieken in de beslissing om wel of geen aangifte te doen blijven er ook verschillen tussen de klinieken in het toepassen van de verlofregels. Een tbs-gestelde die een strafbaar feit heeft gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, kan zijn verlofmachtiging in kliniek A dus kwijt raken (omdat er aangifte is gedaan) en in kliniek B behouden (omdat er geen aangifte is gedaan). Dit laat onverlet dat kliniek B wel eigen maatregelen kan nemen naar aanleiding van het gepleegde feit die ook kunnen leiden tot intrekking van de verlofmachtiging. Een ernstig incident dient daarnaast altijd gemeld te worden bij het ministerie van V&J en de Verlofunit zal de kliniek er dan op wijzen dat er aangifte moet worden gedaan. Verder kan het AVT op basis van een overzicht van gepleegde incidenten besluiten om een aanvraag voor een nieuwe verlofmachtiging van de betreffende patiënt af te wijzen.

Wat betreft de naleving van de regelgeving is geconcludeerd dat deze ook op een aantal andere punten niet (geheel) wordt nageleefd.

- Een deel van de klinieken doet wel vaker aangifte tegen patiënten met een verlofmachtiging maar heeft de eigen regels ten aanzien van het doen van aangifte tegen patiënten zonder verlofmachtiging niet veranderd.
- Er wordt vaak niet binnen 24 uur aangifte gedaan.
- Aangiften worden niet altijd doorgestuurd naar het OM; een deel van de aangiften wordt door de politie afgedaan (in samenspraak met het OM).



- Het OM houdt zich vaak (nog) niet aan de regel dat zij het hoofd van de kliniek moet informeren. Het OM heeft voor deze terugkoppeling ook een ander moment gekozen namelijk het moment dat besloten is of tot vervolging wordt overgegaan. Daarmee is het moment van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging ook opgeschoven.
- De indruk bestaat dat de klinieken vaak zelf bij het OM achterhalen of tot vervolging wordt overgegaan. Het feit dat een verlofmachtiging van rechtswege is vervallen, geven zij vervolgens niet aan de Verlofunit tbs door. Dit feit is dan niet in de registratie van verlofmachtigingen vastgelegd.

De wijziging van de regelgeving had tot doel om duidelijkheid te creëren over het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt. Op papier is deze duidelijkheid gecreëerd hoewel niet geheel conform beoogd omdat het OM een ander beslissingsmoment heeft gekozen om deze duidelijkheid aan de klinieken te bieden, dan de regelgeving voorschrijft. In de praktijk komt er pas volledige duidelijkheid als de kliniek consequent aangifte doet en het OM de kliniek consequent en op het juiste moment informeert.

Ten aanzien van de directe gevolgen van de verplichting tot aangifte kan worden geconcludeerd dat deze verplichting de maatwerkenpak van de kliniek kan doorkruisen. De strafrechtelijke afhandeling (met al zijn beperkingen) komt in de plaats van eigen maatregelen vanuit de kliniek die meer rekening houden met de aard en ernst van het delict en meer pedagogische waarde kunnen hebben. Het pedagogisch effect van een aangifte gaat voor een belangrijk deel verloren omdat het vaak lang duurt voor er duidelijkheid komt over de afhandeling en er vaak wordt geseponneerd (om andere redenen dan gebrek aan bewijs). De lange wachttijd voordat duidelijk is of tot vervolging wordt overgegaan heeft ook een vertragend effect op de behandeling en leidt ertoe dat een plan van begeleid verlof vaak langere tijd stil ligt.



## 2 Inleiding

In oktober 2006 vonden te Rotterdam drie ernstige delicten plaats waarvan een tbs-gestelde werd verdacht die zich had onttrokken aan zijn begeleid verlof. Naar de gang van zaken in deze zaak en een tweede onttrekking aan begeleid verlof in dezelfde periode, is een diepgravend onderzoek gedaan, dat op 21 februari 2007 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Uit dit onderzoek, uitgevoerd door de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg, komt naar voren dat de verlofmachtiging volgens de destijds geldende voorschriften was afgegeven (ISt, 2007). Daarnaast blijkt dat de betrokkene in juni 2006 een gewelddadig dispuut had met een medepatiënt binnen de kliniek. Het hoofd behandeling van het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) heeft dit incident ten onrechte niet beschouwd als een strafbaar feit. De kliniek heeft geen aangifte gedaan, omdat het agressie- of geweldsdelict naar haar mening niet 'weloverwogen en met vooropgezet doel' veroorzaakt was.

De ISt concludeert echter dat de machtiging voor verlof op basis van de geldende wetgeving van rechtswege was komen te vervallen (ISt, 2007). Het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt) stelde ten tijde van het voorval namelijk dat een verlofmachtiging vervalt als de tbs-gestelde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (artikel 53 lid 2 Rvt). Er was sprake van een incident waarbij de betrokkene aangemerkt diende te worden als een verdachte van een delict waarvoor voorlopige hechtenis was toegelaten (betrokkene had een medepatiënt geslagen).

Naar aanleiding van het onderzoek van de ISt is artikel 53 Rvt aangepast. Dit gebeurde bij wijziging van 26 juni 2008 (*Stb.* 2008, 222). De aanpassing volgt uit de aanbeveling uit het onderzoek om de voorschriften en beleidskaders aan te scherpen met betrekking tot het doen van aangifte van strafbare feiten gepleegd door tbs-gestelden en het om die reden van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging. De Inspectie stelt namelijk dat de op dat moment bestaande formulering van artikel 53 Rvt een lastige constructie is. Er valt niet altijd duidelijk een tijdstip te markeren, waarop sprake is van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging.

De aanpassing houdt in dat het hoofd van de inrichting binnen 24 uur verplicht aangifte moet doen bij een opsporingsambtenaar van een strafbaar feit (gepleegd door een tbs-gestelde) waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Als er sprake is van een verlofmachtiging, dan dient het verlof van de tbs-gestelde terstond te worden opgeschort. Op het moment dat het OM (Openbaar Ministerie) aangeeft dat de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt, dient de verlofmachtiging te worden ingetrokken. Het OM beoordeelt de gebeurtenis, als onafhankelijke derde, aan de hand van de aangifte, alvorens de verlofmachtiging van rechtswege vervalt. In situaties waarin het OM meedeelt dat de betrokkene *niet* als verdachte wordt aangemerkt, blijft de bestaande verlofmachtiging van kracht. Als het OM meedeelt dat betrokkene *wel* als verdachte wordt aangemerkt vervalt de bestaande verlofmachtiging van rechtswege.



In reactie op de voorgenomen wijzigingen is vanuit het tbs-veld een aantal ongewenste neveneffecten genoemd die verwacht werden op te treden als gevolg van de genoemde wijzigingen. In de eerste plaats hadden de FPC's veel bezwaren. Zij gaven met name aan dat de aangifteplicht niet strookt met *behandelen op maat*. Uitgangspunt voor de klinieken is altijd geweest dat aangifte doen moet passen binnen de behandeling.<sup>3</sup>

De Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) bepleit in haar advies over het voorstel tot wijziging van het Rvt onder meer om de aangifteplicht te vervangen door een meldingsplicht ten aanzien van *alle* strafbare feiten (RSJ, 2008). Dit schept duidelijkheid voor de inrichtingen (geen onderscheid meer in feiten waarvoor *wel* en feiten waarvoor *geen* voorlopige hechtenis is toegelaten) en vermindert de kans op verstoring van de behandelrelatie.

Er bleek geen politiek draagvlak te zijn voor aanpassing van het voorstel tot wijziging van het Rvt op basis van de naar voren gebrachte bezwaren. Het feit dat de verlofmachtiging vervalft op het moment dat een tbs-gestelde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, is reeds in 2005 bij wijziging van het Rvt geregeld. Op basis van signalen vanuit de tbs-inrichtingen, de politiek en de maatschappij, is er toentertijd nadrukkelijk voor gekozen dat het intrekken van de verlofmachtiging in bepaalde gevallen niet meer ter discussie mag staan. Een nuancering of versoepeling van het verlofbeleid, zoals voorgesteld door de RSJ en de FPC's, zou geen positieve bijdrage leveren aan het creëren van de beoogde duidelijkheid en eenduidigheid voor de tbs-inrichtingen, over het moment waarop de verlofmachtiging vervalft.<sup>4</sup>

Het advies van de RSJ om de aangifteplicht te vervangen door een meldingsplicht ten aanzien van *alle* strafbare feiten werd niet uitvoerbaar geacht omdat alle meldingen dan onderzocht moeten worden. Dit zou teveel werk opleveren zowel voor de tbs-inrichtingen als voor het OM.<sup>5</sup>

De voorgestelde wijziging is medio 2008 door de Tweede kamer aangenomen. De staatssecretaris heeft wel aan het tbs-veld toegezegd de gewijzigde regelgeving van het Rvt te evalueren. Het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) heeft, namens de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Veiligheid en Justitie, Van Montfoort opdracht verleend om deze evaluatie uit te voeren.

---

<sup>3</sup> Bron: interne notitie Mesdagkliniek 'Aangiftebeleid voor incidenten aangescherpt'.

<sup>4</sup> Nota van toelichting op het besluit van 16 juni 2008 p. 5.

<sup>5</sup> Bron: interview vertegenwoordiger Directie Wetgeving. Zie paragraaf 3.2.4.



### 3 Onderzoekverantwoording

#### 3.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

De probleemstelling van het onderzoek luidt: *'In hoeverre wordt de gewijzigde regeling van het Rvt uitgevoerd zoals beoogd en wat zijn hiervan de directe gevolgen?'*. De probleemstelling is uitgewerkt naar een aantal onderzoeksvragen.

##### 1. Achtergrond

- a. Wat zijn de beoogde doelen van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt?
- b. Welke gewenste en ongewenste neveneffecten werden voorzien?

##### 2. Implementatie en uitvoering

- a. Heeft de implementatie plaatsgevonden binnen de FPC's, OM en politie? Zo ja, op welke wijze? Hoe heeft bijvoorbeeld de toerusting van de FPC's plaatsgevonden?
- b. Welke gewenste en ongewenste neveneffecten doen zich voor? Hoe wordt daarmee omgegaan?
- c. Hoe wordt de 'verplichte aangifte strafbare feiten' in de praktijk uitgevoerd?
- d. Wie zijn er betrokken bij de beslissing om al dan niet aangifte te doen?
- e. Van welke voorvallen wordt daadwerkelijk aangifte gedaan en hoe vaak? Is er sprake van een grijs gebied, en zo ja, waaruit bestaat dit?
- f. Wat zijn de overwegingen van de verschillende betrokkenen om al dan niet aangifte te doen en hoe vaak komen die voor?
- g. Hoe gaat de politie om met door de FPC's gedane aangifte? Hoe gaat het OM om met de gedane aangiften? Wat zijn de doorlooptijden? Hoe vaak en wanneer komt er een sepot?
- h. Welke gevolgen hebben de sinds de wijziging van het Rvt gedane aangiften gehad, zowel voor het individu als in het algemeen?

##### 3. Kwantitatieve analyse

- a. Hoeveel aangiften zijn er in een periode van twee jaar na invoering van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt gedaan?
- b. Hoe verhouden de aantallen aangiften in de twee jaar vóór de wijziging zich tot de aangiften van na de wijziging? (bijv. aantal, wijze van afdoening, duur afdoening, type delicten).
- c. Hoe verhouden de aangiften zich tot de meldingen bijzondere voorvallen bij de minister van Veiligheid en Justitie, vóór en na de wijziging van het Rvt, zijn hieruit conclusies te trekken met betrekking tot eventuele wijzigingen in de aangiftepraktijk?
- d. Hoe verhouden de aangiften zich tot de in de Monitor Informatie Terbeschikkingstelling (MITS) geregistreerde voorvallen, zowel vóór als na de wijziging van het Rvt, zijn hieruit conclusies te trekken met betrekking tot eventuele wijzigingen in de aangiftepraktijk?



#### 4. Beschouwing

- a. Kan geconcludeerd worden dat de vernieuwde regeling daadwerkelijk wordt nageleefd?  
Waarom wel/niet?
- b. Lijkt er sprake te zijn van al dan niet voorziene neveneffecten?

### 3.2 Onderzoeksmethoden en verantwoording

De gegevensverzameling voor het onderzoek vond plaats in de periode mei 2011 – oktober 2011. Aanvullend zijn begin 2012 nog enkele interviews gehouden.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende onderzoeksmethoden ingezet:

- Deskresearch
- Analyse databestanden
- Opstellen casebeschrijvingen
- Afname interviews.

#### 3.2.1 Deskresearch

Met de bestudering en analyse van schriftelijke informatiebronnen is antwoord verkregen op vraag 1a, vraag 1b en vraag 2a. Voor de deskresearch zijn verschillende soorten bronnen geraadpleegd:

- (advies)rapporten van Inspecties en de RSJ
- relevante stukken op het gebied van Wetgeving
- documenten van de FPC's (jaarverslagen, procesbeschrijvingen en protocollen)
- relevante (beleids)notities van de ministeries van Veiligheid en Justitie (V&J) en Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

Voor een overzicht van de geraadpleegde bronnen verwijzen we naar bijlage 1.

#### 3.2.2 Analyse databestanden

De vragen onder 3: kwantitatieve analyse, verwijzen naar de aantallen aangiften, de kenmerken van de aangiften en de vraag of de aangiftepraktijk is veranderd sinds de aanscherping van de regelgeving. Voor beantwoording van de laatste vraag hebben we twee meetperiodes onderscheiden:

- Een periode van twee jaar vóór de aanscherping van de regelgeving: juni 2006 – juni 2008 (voormeting).
- Een periode van twee jaar na de aanscherping van de regelgeving: januari 2009 – januari 2011 (nameting).

Voor beantwoording van vraag 3a tot en met 3d zijn de volgende registratiesystemen van belang:

1. De centrale registratie MITS van het ministerie van Veiligheid en Justitie, een gegevensbestand waarin verlofmarges, incidenten en aangiften van alle tbs-gestelden dienen te worden vastgelegd.
2. De centrale registratie van de Meldingen bijzondere voorvallen. In artikel 24 Rvt is vastgelegd wat bijzondere voorvallen zijn en hoe en wanneer deze gemeld moeten worden aan de minister



van Veiligheid en Justitie. Onder de bijzondere voorvallen staan ook strafbare feiten genoemd die voorlopige hechtenis waardig zijn. Dan gaat het met name om ernstige geweldsincidenten in of buiten de inrichting.

3. Het landelijk politieregistratiesysteem BlueView dat gevoed wordt door de verschillende regionale registratiesystemen van politie (BPS, Xpol, Genesys en BHV) waarin alle aangiften zijn vastgelegd.
4. Het landelijk Justitieel Documentatie Systeem (JDS) waarin de justitiële afhandeling van alle misdrijven en overtredingen op persoonsniveau is vastgelegd.

We hebben de procedures voor het verkrijgen van toegang tot deze systemen doorlopen en onder de vastgelegde voorwaarden ter bescherming van de privacy van betrokkenen, toegang verkregen om de systemen op persoonsniveau te raadplegen.

#### *Bijstelling onderzoeksopzet*

Het was onze bedoeling om via MITS te achterhalen hoeveel aangiften er zijn gedaan tijdens de voor- en nameting tegen tbs-gestelden (al dan niet met een verlofmachtiging) voor feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan. Op basis van namen en geboortedata van de tbs-gestelden wilden we vervolgens een koppeling maken met BlueView en JDS om de kenmerken van de aangiften en van de afhandeling te achterhalen.

Mocht er sprake zijn van een toename van het aantal aangiften bij de nameting, dan zou deze toename niet zonder meer kunnen worden toegeschreven aan de wijziging van het Rvt. Immers het kan ook zijn dat er de afgelopen twee jaar meer ernstige incidenten (en daarom ook meer aangiften) zijn geweest dan in de jaren daarvoor.

Om te kunnen bepalen of er aanwijzingen zijn dat een geconstateerde toename van het aantal aangiften is toe te schrijven aan de aanscherping van de regelgeving wilden we als volgt te werk gaan:

- Voor beide periodes (voor- en nameting) zou via de registratie van meldingen bijzondere voorvallen, worden nagegaan (1) hoeveel meldingen er zijn gedaan van bijzondere voorvallen waar verplicht aangifte van moet worden gedaan en (2) hoe vaak er ook daadwerkelijk aangifte is gedaan van deze voorvallen. Als het percentage aangiften is toegenomen dan mocht dat toegeschreven worden aan de aanscherping van de regelgeving. (Beantwoording vraag 3c).
- Voor beide periodes (voor- en nameting) zou een steekproef getrokken worden van 100, in het centrale databestand van MITS geregistreerde incidenten (die tbs-gestelden met een verlofmachtiging betreffen). Vervolgens konden we via een kwalitatieve analyse van deze cases nagaan of er ná de wijziging van het Rvt vaker aangifte werd gedaan van de incidenten waarvoor de aangifteplicht van toepassing is, dan vóór de wijziging.<sup>6</sup> (Beantwoording vraag 3d).

---

<sup>6</sup> Om na te gaan of er naar verhouding meer aangiften zijn gedaan ná de wijziging van het Rvt, moeten we de incidenten in MITS selecteren die strafbare feiten betreffen waarvoor voorlopige hechtenis geldt. Op deze voorwaarde is waarschijnlijk niet op voorhand te selecteren omdat MITS een bredere groep incidenten bevat dan de registratie meldingen bijzondere voorvallen. Dat betekent dat een handmatige kwalitatieve analyse zou moeten plaats vinden.



We zijn gestart met een onderzoek naar de volledigheid en betrouwbaarheid van beide registratiesystemen (MITS en de registratie meldingen bijzondere voorvallen) wat betreft de incidenten, de aangiften en de verlofmarges. Op basis hiervan hebben we geconcludeerd dat MITS onvolledig is ingevuld wat betreft de incidenten en de aangiften. Vóór 2009 werd MITS op het punt van de incidenten nog niet of nauwelijks ingevuld. De laatste jaren is dat aanzienlijk verbeterd. Het item 'wel/geen aangifte gedaan' vormt echter pas vanaf 2010 een verplicht in te vullen item voor de klinieken. Voor een vergelijking in aantallen aangiften tussen voor- en nameting bleek MITS dus niet bruikbaar. MITS is wel compleet en betrouwbaar voor de gehele onderzoeksperiode wat betreft de geregistreerde verlofmarges. MITS bevat ook alle namen van tbs-gestelden gedurende de afgelopen 10 jaar.

NB: de klinieken zelf zijn vaak ook pas in 2009 of 2010 gestart met het intern verzamelen van aangiften anders dan in de dossiers van de individuele patiënten. In de praktijk worden de processen verbaal ook niet altijd bij de jurist ingeleverd. We konden de aangiften van de afzonderlijke klinieken dus ook niet als bron gebruiken voor ons onderzoek.

Ook de registratie bijzondere voorvallen is niet eenduidig en consequent ingevuld wat betreft de incidenten en de aangiften. We noemen enkele knelpunten:

- Het is niet voor alle klinieken duidelijk wat bijzondere voorvallen zijn en de melding hiervan aan het ministerie (de zogenaamde piketmelding) gebeurt niet eenduidig. Vaak wordt bijvoorbeeld alleen het zwaarste voorval als incident op het formulier vermeld (zoals een onttrekking). Een delict dat plaats vindt tijdens de onttrekking wordt dan niet apart vermeld maar zit in de toelichting (kwalitatieve beschrijving) 'verborgen'. De zorginkopers van het ministerie dienen de klinieken op dit soort zaken te attenderen. De mate waarin dat gebeurt, verschilt per inkoper.
- De piketmeldingen die binnenkomen, worden pas vanaf 2009 door een medewerker van het ministerie systematisch vastgelegd in Excel volgens een vast format. Het item wel of geen aangifte vormt geen onderdeel van dit format maar is alleen te achterhalen uit de beschrijvende informatie over het verloop van het incident.
- Het kan zijn dat alsnog aangifte wordt gedaan na de melding van het bijzondere voorval bij het ministerie. Dat staat dan niet vermeld op het formulier van de piketmelding.

Gezien de beperkingen van MITS en van de registratie van de meldingen bijzondere voorvallen hebben we de vragen 3c en 3d (naar de mogelijke verandering van de aangiftepraktijk) niet volgens de beschreven opzet kunnen beantwoorden. Ook voor beantwoording van de vragen 3a en 3b (naar de aantallen en kenmerken van de aangiften voor en na de wijziging van het Rvt) hebben we onze aanpak bijgesteld.

#### *Beantwoording vraag 3a en 3b*

Niet MITS maar BlueView (een programma waarmee politieregistratiesystemen bevraagd kunnen worden) is als primaire bron gebruikt om het aantal aangiften te achterhalen.

We hebben een lijst opgesteld van de adressen en postcodes van alle locaties van de 13 FPC's. Onze contactpersoon bij de VtsPN heeft via een opgestelde query, alle aangiften achterhaald die in de voor- en nameting door aangevers woonachtig of verblijvend op deze adressen zijn gedaan.





Niet relevante aangiften (zoals aangiften zonder verdachte en aangiften tegen patiënten anders dan tbs-gestelden) en aangiften waarvan we niet weten of ze relevant zijn omdat we niet weten of een kliniek het eens is met deze aangiften (zoals aangiften van patiënten (tbs-gestelden) tegen patiënten (tbs-gestelden) zijn verwijderd.

Vervolgens is er een controle uitgevoerd op de volledigheid van de verkregen lijst van aangiften door ook te kijken naar de aangiften in MITS. Om de aangiften in MITS zo compleet mogelijk te maken heeft de beheerder van MITS alle klinieken gevraagd om voor alle incidenten die zij geregistreerd hebben in MITS alsnog (teruggaande tot juni 2006<sup>7</sup>) aan te vinken of er wel of niet aangifte is gedaan. Op basis van de namen van de tbs-gestelden waartegen aangifte is gedaan, die vervolgens uit MITS naar voren kwamen, is een tweede query gedraaid bij de VtsPN. Hieruit zijn geen nieuwe relevante aangiften naar voren gekomen die via de eerste query niet bekend zijn geworden.

Langs deze weg zijn in totaal 149 aangiften (tegen 117 tbs-gestelden) achterhaald die door de klinieken zijn gedaan. We schatten dat hiermee ongeveer 50% van alle voor ons onderzoek relevante aangiften zijn achterhaald. Voor een verdere verantwoording verwijzen we naar bijlage 2 en naar paragraaf 10.2.

Om de vraag naar de kenmerken van de aangiften, de verdachten (wel/geen verlofmachtiging) en de afhandeling van de aangiften (aard afdoening en doorlooptijden) te kunnen beantwoorden hebben we het verkregen bestand van aangiften gekoppeld aan MITS (voor gegevens over de verlofmarges) en gekoppeld aan JDS (voor gegevens over de aard van het gepleegde delict (wel of niet voorlopige hechteniswaardig), de aard van de afdoening en de doorlooptijden van de afdoening).

#### *Beantwoording vraag 3c en 3d*

Om een indicatief antwoord te krijgen op de vraag of een toename van het aantal aangiften is toe te schrijven aan de aanscherping van de regelgeving, hebben we een aantal relevante gegevens verzameld:

- Cijfers over het aantal tbs-gestelden in de periode 2006-2010;
- Cijfers over het aantal verlofmachtigingen in de periode 2006-2010;
- Cijfers over het aantal incidenten binnen de tbs-klinieken gedurende de periode 2006-2010.

Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van het aantal incidenten hebben we de scores van de afzonderlijke klinieken op een aantal relevante prestatie-indicatoren achterhaald. Het betreft de prestatie-indicatoren die verwijzen naar aantallen incidenten.

#### *3.2.3 Opstellen casebeschrijvingen*

De Verlofunit tbs van het ministerie van Veiligheid en Justitie controleert sinds januari 2009 de piketmeldingen (van bijzondere voorvallen) die vanuit de klinieken bij hen binnenkomen, op de vraag of er incidenten bij zijn waarvoor ten onrechte geen aangifte is gedaan. De betreffende kliniek wordt vervolgens per brief verzocht om alsnog aangifte te doen.

---

<sup>7</sup> De start van de voormetingsperiode.



Er was geen overzicht beschikbaar van de verstuurde brieven voor ons onderzoek. Wel kon de Verlofunit ons een aantal actuele casebeschrijvingen aanleveren waarbij een kliniek (in eerste instantie) geen aangifte had gedaan. Hieruit zijn 6 uiteenlopende beschrijvingen geselecteerd. In de interviews met de hoofden behandeling van de klinieken hebben we steeds twee cases voorgelegd met de vraag wat redenen zijn voor de geïnterviewde om in de betreffende case wel of geen aangifte te doen en wat doorslaggevend was om uiteindelijk wel of geen aangifte te doen. De casebeschrijvingen zijn van tevoren toegestuurd aan de te interviewen hoofden behandeling.

#### 3.2.4 *Afname interviews*

Het onderzoek heeft in belangrijke mate het karakter van een procesevaluatie. De wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt betekenen voor de betrokken klinieken dat zij nieuwe (althans aangescherpte) regelgeving moeten implementeren. Onderzoek naar implementatieprocessen laat zien, dat het resultaat van een implementatietraject afhankelijk is van vier factoren (Greenhalgh et al., 2004):

- de nieuwe werkwijze (in dit geval nieuwe regelgeving);
- de mensen (die de regelgeving moeten adopteren);
- de organisatie (die de regelgeving moet ondersteunen en eventueel bijsturen);
- het netwerk van organisaties (waarbinnen de mensen en de organisaties opereren die bij de regelgeving betrokken zijn).

Om zicht te krijgen op deze factoren zijn interviews gehouden met de centrale partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de gewijzigde regelgeving: de FPC's (n=13), politie en OM, de Directie Forensische Zorg en de Verlofunit tbs van DJI en het onafhankelijke Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT).<sup>8</sup>

Hiermee is antwoord verkregen op vragenblok 2, de vragen naar de implementatie en uitvoering. Op basis van de conceptrapportage is aanvullend een interview gehouden met een vertegenwoordiger de directie Wetgeving van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

#### *Interviews met de afzonderlijke klinieken*

Deze interviews vormen de centrale bron van informatie voor de procesevaluatie. Met deze interviews is nagegaan (aan de hand van de vier factoren voor een goede implementatie) of de nieuwe regelgeving is geïmplementeerd en hoe deze in de praktijk wordt uitgevoerd.

Onze onderzoeksopzet voorzag in face to face interviews (n=3) binnen elke kliniek. We hebben deze opzet bijgesteld omdat het Landelijk Beraad van Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV) aangaf dat zij de afname van drie face to face interviews per kliniek te belastend vonden voor de klinieken. In overleg met het LBHIV is besloten tot de afname van telefonische interviews binnen de klinieken. We zijn daarbij als volgt te werk gegaan.

- Er is één voorgestructureerde vragenlijst gemaakt voor de gegevensverzameling binnen de klinieken (semigestructureerde interviews).

---

<sup>8</sup> Het Adviescollege Verloftoetsing tbs is verantwoordelijk voor de inhoudelijke toetsing van de verlofaanvragen (zie ook paragraaf 4.3).



- We zijn gestart met een telefonische interviewronde met een juridisch medewerker (veelal een jurist) van elke kliniek. In deze interviews is nagegaan wat de informatiepositie is van de juristen binnen de klinieken en welke eventuele andere partij ook nog benaderd zou moeten worden voor de beantwoording van de geformuleerde vragen. In deze eerste ronde is ook een deel van de vragenlijst reeds doorgenomen met de juristen.
- Op basis van deze eerste ronde is geconcludeerd dat een groot deel van de vragen beantwoord kan worden op basis van interviews met de juristen, maar dat een aanvullende interviewronde met hoofden behandeling<sup>9</sup> noodzakelijk is om zicht te krijgen op de inhoudelijke overwegingen om wel of geen aangifte te doen en het draagvlak bij medewerkers om de regelgeving uit te voeren.
- Vervolgens is de bestaande vragenlijst opgesplitst naar een vragenlijst voor de juristen en een vragenlijst voor de hoofden behandeling. Er is een interviewronde gehouden met de hoofden behandeling en een tweede interviewronde met de juristen.

Langs deze weg zijn alle klinieken bereikt.

- Er zijn interviews gehouden met de juristen of juridisch medewerkers<sup>10</sup> van alle 13 klinieken. Bijna altijd (in 12 van de 13 klinieken) zijn de juristen telefonisch geïnterviewd. Eén keer zijn de vragen schriftelijk beantwoord door de jurist.
- Er zijn telefonische interviews gehouden met een van de hoofden behandeling van 10 van de 13 klinieken. Eén keer is een interview voortijdig afgebroken omdat de geïnterviewde werd weggeroepen. Bij twee klinieken is het niet gelukt om binnen de gestelde tijd voor de dataverzameling een interview te organiseren.

Voor de meeste klinieken geldt dat zowel met één jurist en als ook met één hoofd behandeling is gesproken. De positie van de jurist in de toepassing van de regelgeving varieert. Zij worden niet altijd in de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen, betrokken. De hoofden behandeling hebben alleen zicht op de afhandeling van incidenten binnen hun eigen afdeling. Zij bepalen (mede) of er wel of geen aangifte van deze incidenten wordt gedaan maar kunnen meestal geen uitspraken doen voor de totale kliniek. Het onderzoek geeft dan ook geen volledig beeld, maar wel een goede indruk, van de uitvoering van de regelgeving binnen de afzonderlijke klinieken. Omdat informatie is verzameld binnen alle klinieken geeft het onderzoek ook een goed beeld van de variatie in de uitvoeringspraktijk binnen het tbs-veld.

#### *Interviews met politie en justitie*

Er zijn telefonische interview gehouden met de contactpersonen bij politie en het OM voor de klinieken. In totaal is met negen politiefunctionarissen en zes officieren van justitie gesproken. Doel was om tien politiefunctionarissen en tien officieren van justitie te spreken. Om agendatechnische redenen en

---

<sup>9</sup> We gebruiken de benaming hoofd behandeling. Er zijn echter ook andere benamingen voor gelijksoortige posities binnen de klinieken zoals: hoofd sociotherapeutisch milieu, zorginhoudelijk manager en behandelverantwoordelijke.

<sup>10</sup> Verder aangeduid als juristen.



wegens drukte en vakantie is het niet gelukt om binnen de beschikbare tijd voor de dataverzameling, met alle contactpersonen te spreken.

De politiefunctionarissen en officieren van justitie zijn benaderd na contact met de kliniek. Aan de jurist van elke kliniek is gevraagd wie hun contactpersoon is bij politie en justitie. Alle juristen konden ons de naam van hun contactpersoon bij de politie noemen. Voor wat betreft het OM was dat in eerste instantie lastig voor de meeste juristen. Omdat in de zomer 2011 een brief is rondgestuurd vanuit DJI naar de klinieken met de namen van alle vaste tbs-officieren in de verschillende arrondissementen (zie ook paragraaf 4.7) hebben we alsnog via de juristen vernomen wie de contactpersoon is bij het OM voor tbs-zaken.

De relatie tussen kliniek en geïnterviewde contactpersonen van politie en OM ziet er als volgt uit:

- Voor 6 klinieken geldt dat zowel met de contactpersoon van politie als met de contactpersoon van het OM is gesproken.
- Voor 3 klinieken geldt dat alleen met de contactpersoon van het OM werd gesproken.
- Voor 4 klinieken geldt dat met geen van beide contactpersonen is gesproken.

Er is met de politiefunctionarissen en de officieren van justitie gesproken over de bekendheid met de regelgeving, de uitvoering van de regelgeving en de beoordeling van de regelgeving. Verder is ook gekeken naar de communicatie en afstemming tussen de kliniek, politie en OM.

#### *Interviews met vertegenwoordigers van DJI, Verlofunit tbs en AVT*

Er zijn face to face interviews gehouden met een vertegenwoordiger van de Verlofunit tbs en een vertegenwoordiger van het Adviescollege op basis van een semi-voorgestructureerde vragenlijst. Er is verschillende malen gesproken met een medewerker van de Directie Forensische Zorg van DJI. Gesprekken en interviews hadden met name betrekking op de beoordeling van de aangescherpte regelgeving, de betekenis hiervan voor de procesmatige en inhoudelijke toetsing van de verlofaanvragen en de ondersteuning en mogelijke bijsturing van de uitvoering van de regelgeving vanuit het ministerie.

#### *Interviews met een vertegenwoordiger van de directie Wetgeving van het ministerie van V&J en met een expert op het gebied van strafrecht*

De directie Wetgeving heeft haar reactie op de conceptrapportage schriftelijk vastgelegd. Op basis van dit commentaar is vervolgens een face tot face interview gehouden met een vertegenwoordiger van de directie Wetgeving. De resultaten van dit interview zijn verwerkt in de eindversie van het rapport. Bij de afronding van het rapport zijn enkele juridische bevindingen voorgelegd aan een juridisch specialist op het gebied van het strafrecht (hoogleraar straf- en strafprocesrecht aan een universiteit) en op hun juistheid getoetst.



### 3.3 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 4 wordt de achtergrond en de inhoud van de gewijzigde regelgeving geschetst. De onderzoeksvragen 1a (beoogde doelen wijzigingen regelgeving) en 1b (gewenste en ongewenste neveneffecten) worden beantwoord. Tevens wordt ingegaan op de reikwijdte van de regelgeving en de actuele ontwikkelingen ten aanzien van de regelgeving. Ook wordt stil gestaan bij de reikwijdte van de evaluatie.
- In hoofdstuk 5 gaan we nader in op de implementatie van de gewijzigde regelgeving. Dan gaat het om de vraag of en hoe betrokkenen zijn geïnformeerd over de wijzigingen van 2008, de toerusting van de klinieken en het opstellen van protocollen. Verder komt de werkwijze bij het doen van aangifte aan de orde en we staan stil bij de randvoorwaarden voor uitvoering, te weten het draagvlak binnen de klinieken en de financiële en personele middelen om de regelgeving uit te voeren.
- In hoofdstuk 6 wordt stilgestaan bij de helderheid en uitvoerbaarheid van de regelgeving. Hier komt aan de orde of de regelgeving volgens de klinieken voldoende eenduidig is en in de praktijk uitvoerbaar is. We besteden daarbij aandacht aan de opvatting van de klinieken over de verhouding tussen enerzijds de verplichting tot aangifte en anderzijds het beroepsgeheim.
- In hoofdstuk 7 wordt beschreven hoe de klinieken naar eigen zeggen in de praktijk omgaan met de verplichting om aangifte te doen en wat hun overwegingen zijn om al dan niet aangifte te doen. Verder staan we stil bij twee belangrijke aspecten van de uitvoeringspraktijk, te weten de doorlooptijd van de justitiële afhandeling en het spanningsveld tussen enerzijds de verplichting om aangifte te doen anderzijds de wens van de klinieken om vanuit het behandelperspectief maatwerk te bieden voor elke patiënt.
- In hoofdstuk 8 staat de beoordeling van de regelgeving centraal. We gaan welke vooraf voorziene en eventuele andere ongewenste en gewenste neveneffecten zich in de praktijk ook voordoen. Tevens geven we weer wat er volgens de klinieken veranderd is met de invoering van de wijzigingen in 2008.
- In hoofdstuk 9 komen de politie en het OM aan het woord. We beschrijven of en hoe de regelgeving bij politie en OM is geïmplementeerd en in de praktijk wordt uitgevoerd. We besteden aandacht aan de communicatie en afstemming tussen politie, OM en klinieken en aan de knelpunten die politie en OM signaleren in de uitvoering.
- In hoofdstuk 10 tenslotte volgen de resultaten van de kwantitatieve analyse. We maken een vergelijking tussen aantal en aard van de aangiften vóór en na de invoering van de wijzigingen in de regelgeving in 2008. Tevens gaan we na of op basis van de cijfermatige gegevens blijkt dat de regelgeving in de praktijk wordt uitgevoerd zoals bedoeld.





## 4 Achtergrond en actuele ontwikkelingen gewijzigde regelgeving

### 4.1 Inleiding

De achtergrond en de actuele ontwikkelingen van de gewijzigde regelgeving worden beschreven op basis van de uitgevoerde deskresearch en de interviews met de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs, het AVT en de directie Wetgeving.

De onderzoeksvragen 1a en 1 b hebben betrekking hebben op de achtergrond van de gewijzigde regelgeving. Deze vragen luiden als volgt:

- Wat zijn de beoogde doelen van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt?
- Welke gewenste en ongewenste neveneffecten werden voorzien?

Deze vragen worden in paragraaf 4.5 (vraag 1a) en paragraaf 4.6 (vraag 1b) beantwoord.

### 4.2 De aanpassingen van het Rvt en de reikwijdte van de evaluatie

#### *Aanleiding*

Op basis van haar onderzoek naar twee onttrekkingen in twee tbs-klinieken (2007) doet de ISt de aanbeveling om de voorschriften en beleidskaders met betrekking tot het doen van aangifte van strafbare feiten gepleegd door tbs-gestelden en het om die reden van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging, aan te scherpen. Met name het tijdstip waarop sprake is van het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging dient duidelijker gemarkeerd te worden. Daarnaast concludeert de ISt, naar aanleiding van de trage handelwijze van de politie en de niet doorgezette vervolging van het OM, dat beide instanties niet weten of zich niet voldoende hebben gerealiseerd dat vervolging voor een nieuw strafbaar feit (of het aangemerkt worden als verdachte van een nieuw strafbaar feit) invloed kan hebben op de verlofverlening van een tbs-gestelde (ISt, 2007, p. 29). Zij formuleert voor het OM en de politie de aanbeveling om een heldere beleidslijn te formuleren met betrekking tot het kennismaken van feiten, het opnemen van een aangifte en het al dan niet vervolgen van plegers van feiten die zich al bevinden in een tbs-kliniek.

#### *De wijzigingen*

Artikel 53 lid 2 Rvt is bij besluit van 16 juni 2008 (Stb. 2008, 222) gewijzigd.<sup>11</sup>

De oude tekst van art. 53 lid 2 Rvt luidde:

*2. Voordat het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden overgaat tot het verlenen van een vorm van verlof, bedoeld in het eerste lid, verzoekt deze Onze Minister schriftelijk een machtiging. De machtiging van Onze Minister kan mede omvatten het meermalen verlenen van de in het eerste lid*

<sup>11</sup> Art 57 Rvt ziet op het proefverlof en bij dit artikel is eenzelfde wijziging doorgevoerd als bij art. 53 Rvt.



*onderscheiden verlofsoort. De machtiging wordt verleend voor de duur van een jaar. Ten behoeve van het verlenen van een nieuwe machtiging draagt de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden twee maanden voor het verlopen van de machtiging zorg voor een evaluatie aan Onze Minister. Een nieuwe machtiging wordt slechts verleend indien een evaluatie afgegeven is.*

*De machtiging vervalt:*

***1°.** zodra de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde vierentwintig uur ongeoorloofd afwezig is, tenzij sprake is van overmacht, of*

***2°.** indien de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, begaan tijdens de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege.*

In de nieuwe redactie van art. 53 lid 2 Rvt wordt iets gewijzigd en toegevoegd aan het deel onder 2°;  
De nieuwe tekst luidt nu:

*2. Voordat het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden overgaat tot het verlenen van een vorm van verlof, bedoeld in het eerste lid, verzoekt deze Onze Minister schriftelijk een machtiging. De machtiging van Onze Minister kan mede omvatten het meermalen verlenen van de in het eerste lid onderscheiden verlofsoort. De machtiging wordt verleend voor de duur van een jaar. Ten behoeve van het verlenen van een nieuwe machtiging draagt de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden twee maanden voor het verlopen van de machtiging zorg voor een evaluatie aan Onze Minister. Een nieuwe machtiging wordt slechts verleend indien een evaluatie afgegeven is.*

*De machtiging vervalt:*

***1°.** zodra de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde vierentwintig uur ongeoorloofd afwezig is, tenzij sprake is van overmacht, of*

***2°.** zodra het Openbaar Ministerie aan het hoofd van de inrichting meldt dat de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, begaan tijdens de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege.*

*Het hoofd van de inrichting doet van een strafbaar feit als bedoeld in onderdeel 2° binnen vierentwintig uur aangifte bij een opsporingsambtenaar. Indien de ter beschikking gestelde ten aanzien van wie door het hoofd van de inrichting aangifte wordt gedaan, verlof is verleend, wordt dit verlof terstond ingetrokken door het hoofd van de inrichting. Het hoofd van de inrichting verleent geen verlof aan de ter beschikking gestelde ten aanzien van wie door het hoofd van de inrichting aangifte wordt gedaan, tot aan de mededeling van het Openbaar Ministerie als bedoeld in onderdeel 2°.*

Artikel 53 Rvt heeft betrekking op vier soorten verlof: begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en incidenteel verlof. Art. 57 lid 4 Rvt heeft betrekking op het proefverlof.





### *De reikwijdte van de evaluatie*

De aanscherping betekent voor de klinieken dat zij hun manier van werken op drie punten moeten aanpassen.

1. Ze moeten verplicht aangifte doen (van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten).
2. Ze moeten deze aangifte binnen 24 uur doen.
3. Ze moeten het verlop van de betreffende tbs-gestelde terstond intrekken totdat het OM (als onafhankelijke derde) heeft beoordeeld of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt.

Feitelijk gaat het dus om aanscherping op drie punten. Dat het in art. 53 Rvt lid 2 gaat om 'strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en om het feit dat 'de verlofmachtiging vervalt op het moment dat de tbs-gestelde als verdachte is aangemerkt' is bij een eerdere wijziging van art. 53 Rvt vastgelegd<sup>12</sup>. Dit zijn dus geen wijzigingen of aanscherpingen die in 2008 zijn doorgevoerd. Het zijn wel essentiële onlosmakelijke onderdelen van de regelgeving. De onderhavige evaluatie heeft daarom niet alleen betrekking op de aanscherpingen/ wijzigingen in de regelgeving van 2008 maar op de gewijzigde regelgeving als geheel. Daarin zijn dus ook de wijzigingen van 2005 verdisconteerd. Deze benadering sluit ook aan bij de formulering van de probleemstelling. Hierin wordt gesproken van *de gewijzigde regeling* en niet van de *wijzigingen in de regeling* (zie paragraaf 3.1).

### *Feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten*

Artikel 53 Rvt is eerder gewijzigd bij besluit van 23 juni 2005 (*Stb.* 2005, 400) als aanscherping van het verlopbeleid. Met deze wijziging is vastgelegd dat de machtiging van rechtswege vervalt bij een verdenking van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. In de nota van toelichting bij dit eerdere besluit is aangegeven dat sprake is van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten bij ernstige ordeverstoringen zoals brandstichtingen, openlijke geweldpleging tegen personeel of andere justitieel ingeslotenen dat lichamelijk of psychisch letsel tot gevolg heeft of het voorhanden hebben van vuurwapens. Of een dergelijke situatie zich voordoet dient te blijken uit een melding van opsporingsinstanties (zoals politie en OM) dat betrokkene wordt verdacht van een dergelijk strafbaar feit.

Toepassing van voorlopige hechtenis is aan een viertal wettelijke voorwaarden gebonden. Er moeten 1) ernstige bezwaren zijn; er moet sprake zijn van 2) een geval en 3) een grond en de rechter moet 4) een anticipatietoets uitvoeren<sup>13</sup>. In de wetwijziging van 2005 staat dat ten aanzien van de verdenking van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten wordt aangesloten bij artikel 67 van het Wetboek van Strafvordering (Sv). Dit artikel regelt zowel de gevallen (criteria 2) waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten alsmede de ernstige bezwaren (criteria 1) die blijken uit feiten en omstandigheden jegens verdachte moeten bestaan om voorlopige hechtenis toe te laten.

We merken op dat de groep van delicten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, groter is dan de groep delicten die is beschreven in de nota van toelichting (van 2005). Daarin zijn met name de zwaardere delicten genoemd. Delicten als mishandeling (art. 300 Wetboek van Strafrecht (Sr)) en bedreiging (art. 285 lid 1 Sr) zijn ook gevallen waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, zoals blijkt

<sup>12</sup> Bij besluit van 23 juni 2005 (*Stb.* 2005, 400).

<sup>13</sup> Corstens, G.J.M. (2008) *Het Nederlands Strafrecht*. Arnhem: Kluwer.



uit art. 67 lid 1 sub b Sv.<sup>14</sup> Daarnaast valt ook diefstal (art. 310 Sr) onder feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. De verplichting tot het doen van aangifte heeft dus ook betrekking op relatief kleine vergrijpen als winkeldiefstal en diefstal van een fiets. Er zal wel meer moeten zijn dan bijvoorbeeld een anonieme tip<sup>1</sup>.

#### *Het aanmerken als verdachte*

Op grond van de wijziging van art. 53 Rvt (2008) vervalt de verlofmachtiging op het moment dat het OM contact opneemt met het hoofd van de tbs-inrichting om te melden dat de betrokkene als verdachte wordt aangemerkt. In artikel 27 Sv staat aangegeven wie als verdachte wordt aangemerkt. Lid 1 geeft aan: *'Als verdachte wordt voordat de vervolging is aangevangen, aangemerkt degene te wiens aanzien uit feiten en omstandigheden een redelijk vermoeden van schuld aan eenig strafbaar feit voortvloeit'*. Lid 2 vult daarop aan dat *'daarna als verdachte wordt aangemerkt degene tegen wien de vervolging is gericht'*.

Het begrip 'aanmerken als verdachte' wordt in de wijziging van art. 53 in 2005 voor het eerst gebruikt, maar pas bij de concrete aanscherpingen van de regelgeving in het besluit tot wijziging van 16 juli 2008, nader uitgewerkt. De nota van toelichting bij het besluit van 16 juni 2008 verwijst niet naar artikel 27 Sv, dat aangeeft wanneer een persoon als verdachte wordt aangemerkt. Uit deze nota van toelichting blijkt dat er drie momenten te onderscheiden zijn waarop iemand als verdachte kan worden aangemerkt: 1) bij ontdekking op heterdaad, 2) bij aangifte of 3) op het moment dat het OM contact opneemt met het hoofd van de kliniek naar aanleiding van het gepleegde strafbare feit, teneinde mede te delen dat de betrokkene als verdachte van een strafbaar feit (waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten) wordt aangemerkt. Dit laatste moment wordt in de nota van toelichting als het meeste gewenste moment genoemd om bij aan te sluiten. Als dit laatste genoemde moment bepalend is voor de vraag of iemand als verdachte wordt aangemerkt, is het voor de voortgang van de behandeling van de tbs-gestelde van groot belang dat het OM zo spoedig mogelijk laat weten of een betrokkene als verdachte wordt aangemerkt. Zodra het OM meedeelt dat de betrokkene *niet* als verdachte wordt aangemerkt, vervalt de opschorting van het verlof. Als het OM meedeelt dat betrokkene *wel* als verdachte wordt aangemerkt vervalt de bestaande verlofmachtiging van rechtswege.

### **4.3 Verplichte aangifte en de registratie van incidenten**

Naast de verplichte aangifte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, dient de inrichting elk incident te registreren in MITS en een piketmelding te doen bij het ministerie van V&J van elk ernstig incident (in het kader van verplichte registratie Meldingen bijzondere voorvallen<sup>15</sup>). Welke ernstige incidenten het betreft is als volgt omschreven: (1) ernstige geweldsincidenten in of

<sup>14</sup> Feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten staan genoemd in art. 67 lid 1 Sv sub a bevat de algemene regel dat het moet gaan om een misdrijf waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld. In sub b en c worden daarnaast nog andere strafbare feiten genoemd, waarop naar de wettelijke omschrijving geen gevangenisstraf van vier jaren of meer is gesteld, maar waarvoor wel voorlopige hechtenis is toegelaten.

<sup>15</sup> Zie: Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden: *Stcrt.* 1999, 809711.



buiten de inrichting (2) elk ander incident in of buiten de inrichting van ernstige, politiek gevoelige of publiciteitsgevoelige aard.

De piketmeldingen gaan naar de bewindspersoon, de Verlofunit tbs ontvangt een afschrift van elke melding. Als uit de beschrijving blijkt dat geen aangifte is gedaan dan krijgt de kliniek een brief van de Verlofunit met de opmerking dat alsnog aangifte moet worden gedaan.

Tenslotte dienen bij een nieuwe aanvraag voor een verlofmachtiging of een aanvraag voor verlenging van verlofmachtiging (die elk jaar moet worden ingediend) middels een vast format alle incidenten gemeld te worden. Ook naar aanleiding van dit ingevulde format komt het voor dat de Verlofunit, die de verlofaanvragen procedureel toetst, de kliniek alsnog laat weten dat er aangifte dient te worden gedaan.

#### 4.4 Verlof en verlofprocedures

##### *Aanvraag*

Als een tbs-gestelde na een behandelperiode voldoende vooruitgang heeft geboekt en de kans op herhaling van het misdrijf tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht, komt hij in aanmerking voor verlof. Hiervoor stelt de behandelcoördinator of hoofd behandeling een verlofaanvraag op. De aanvraag wordt vervolgens besproken en onderworpen aan een professioneel inhoudelijke toets in de vorm van een intercollegiale toetsing (bijvoorbeeld een verlofcommissie of verlofvergadering) binnen de kliniek. Na deze bespreking wordt de verlofaanvraag gestuurd naar de Verlofunit tbs van DJI. De Verlofunit beoordeelt of de aanvraag voldoet aan de formele vereisten zoals vastgelegd in het Verloftoetsingskader tbs.<sup>16</sup> Zodra de aanvraag compleet is en voldoet aan de formele vereisten, zendt de Verlofunit de aanvraag naar het AVT toetst de aanvraag inhoudelijk. Het beoordeelt welke risico's aan een bepaalde verlofaanvraag zijn verbonden. Er wordt gekeken naar het behandelplan dat de kliniek voor ogen heeft en de plaats van het verlof binnen dit plan. Ook is het mogelijk dat het Adviescollege een of twee deskundigen van het Nederland Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie inschakelt om te onderzoeken of het verlof verantwoord is, voordat ze een advies uitbrengt. Het Adviescollege stuurt vervolgens een positief of negatief advies naar de Verlofunit die namens de minister van Veiligheid en Justitie de uiteindelijke beslissing neemt. De Verlofunit kan van een positief advies afwijken (contraire beslissing), niet van een negatief advies.<sup>17</sup>

De verlofmachtiging voor begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof (zie *vormen*) wordt voor één jaar afgegeven (art. 53 lid 2 Rvt). De machtiging voor proefverlof wordt ook voor één jaar afgegeven (art. 54 lid 3 Rvt). Het forensische psychiatrisch centrum (de tbs-kliniek) moet dus elk jaar opnieuw een verlofaanvraag indienen die procesmatig wordt getoetst door de Verlofunit tbs van het ministerie van V&J en vervolgens inhoudelijk wordt getoetst door het AVT. Het AVT kijkt hierbij naar eventuele incidenten, of het verlof volgens het verlofplan verloopt en hoe ver de behandeling gevorderd is. De gehele procedure van externe toetsing duurt circa twee maanden.

---

<sup>16</sup> Zie: DJI (2009).

<sup>17</sup> Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs/tbs-verlof/verlofaanvraag>



De machtiging vervalt automatisch indien de termijn waarvoor de machtiging is afgegeven is verstreken en er geen verlenging komt.<sup>18</sup>

#### Vormen

Tijdens de intra- en extramurale fase van een tbs-traject zijn er verschillende vormen van verlof: (beveiligd) begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. Deze vormen worden verlofmarges genoemd. Bij begeleid verlof mag de tbs-gestelde onder begeleiding naar buiten, bijvoorbeeld om boodschappen te doen of te wandelen. De begeleiding wordt gefaseerd afgebouwd. Als het begeleid verlof goed is verlopen, mag de tbs-gestelde op onbegeleid verlof. Dit verlof varieert van een dag tot maximaal een week. Het is de bedoeling dat de tbs-gestelde tijdens deze periode werkervaring opdoet, een opleiding volgt of familie en vrienden bezoekt. Als het onbegeleid verlof goed is verlopen mag de tbs-gestelde op transmuraal verlof. Dit betekent dat het FPC (de tbs-kliniek), de tbs-gestelde op afstand begeleidt. De tbs-gestelde verblijft dan buiten de kliniek, bijvoorbeeld in een zelfstandige woning, bij een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) of op een forensisch psychiatrische afdeling van een psychiatrische instelling.<sup>19</sup> Naast deze vormen is er nog incidenteel begeleid verlof voor rechtbank- of ziekenhuisbezoek. Artikel 53 lid 2 Rvt heeft betrekking op bovenstaande vormen van verlof.

Belangrijk is het onderscheid met het proefverlof. Bij een machtiging voor proefverlof is er geen sprake meer van een intra- of extramurale fase. Bij proefverlof mag de tbs-gestelde terug in de samenleving. Hij gaat dan zelfstandig wonen en is vanaf dat moment ex-patiënt: de kliniek draagt dan ook het toezicht over aan de reclassering, maar de verantwoordelijkheid voor de patiënt blijft bij de kliniek liggen. Deze verlofmachtiging wordt alleen verleend als de tbs-kliniek kan aantonen dat het gevaar voor recidive zó ver is teruggebracht dat het verantwoord is om op proefverlof te gaan.<sup>20</sup> Art. 57 Rvt ziet op het proefverlof en bij dit artikel is eenzelfde wijziging doorgevoerd als bij art. 53 Rvt.

#### 4.5 Doelen wijziging Rvt

In het *besluit van 16 juni 2008 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden in verband met een wijziging van de regels met betrekking tot verlof en proefverlof en enige andere bepalingen* wordt niet expliciet aangegeven wat de doelen van de wijziging van de artikelen 53 en 57 Rvt zijn. Wel kan op basis van de nota van toelichting worden geconcludeerd dat het primaire doel was om duidelijkheid te creëren over het moment waarop de verlofmachtiging vervalt. Het vervallen van de verlofmachtiging stond in sommige gevallen ook na 2005 nog steeds ter discussie. Aanscherping van de regelgeving moest hier een einde aan maken.

<sup>18</sup> Zie art. 15 lid 1 onder a Verlofregeling tbs.

<sup>19</sup> Bron: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs/tbs-verlof/soorten-verlof>

<sup>20</sup> Bron: <http://www.dji.nl/Onderwerpen/Patienten-in-forensische-zorg/Straffen-en-maatregelen/Tbs-maatregel/>



Het overkoepelend doel van de regelgeving vastgelegd in de artt. 53 en 57 Rvt, is terug te vinden in het besluit van 23 juli 2005 tot wijziging van het Rvt. In de nota van toelichting bij dit besluit wordt uitgebreid beschreven dat de regelgeving ten aanzien van het vervallen van de verlofmachtiging is ingegeven door de noodzaak van het beschermen van de veiligheid in de samenleving. Dit sluit aan bij het bredere kader van de tbs-maatregel. Tbs kan uitsluitend worden opgelegd als de veiligheid van de samenleving gevaar loopt.

## **4.6 Principiële bezwaren en (on)gewenste neveneffecten die werden voorzien**

### *4.6.1 Principiële bezwaren en ongewenste neveneffecten*

In reactie op de voorgenomen wijzigingen in 2008, is vanuit het tbs-veld een aantal ongewenste neveneffecten naar voren gebracht die verwacht werden op te treden als gevolg van de genoemde wijzigingen. De bezwaren van de FPC's hadden met name betrekking op het feit dat de aangifteplicht niet strookt met *behandelen op maat*. Er zijn patiënten die vanuit hun ziektebeeld dagelijks dreigen met agressie. De klinieken zien het als hun taak om hiermee om te gaan en deze uiting van psychiatrische problematiek te behandelen. Aangifte doen in dergelijke situaties kan contraproductief werken. Ook achtte men het niet ondenkbaar dat patiënten 'valse aangiften' gaan doen om elkaar dwars te zitten.<sup>21</sup>

De bezwaren van de RSJ zijn uitgebreider beschreven. De RSJ heeft een advies uitgebracht aangaande het voorstel tot wijziging van artikelen 53 en 57 van de Rvt (RSJ, 2008). De RSJ voorziet knelpunten op vier punten: (1) de aangifteplicht, (2) het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (3) het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging en (4) 'het aan merken als verdachte' als moment voor vervallen van de verlofmachtiging.

#### *De aangifteplicht*

De aangifteplicht kan tot verschillende knelpunten leiden. Ten eerste kan het hoofd van de inrichting bij klachtdelicten geen aangifte doen, alleen de klachtgerechtigde. Daarnaast kan de aangifteplicht van de inrichting botsen met de wens van het slachtoffer, als deze om moverende redenen geen aangifte wenst te doen. Ten derde kan de aangifteplicht de behandelrelatie met de patiënt onder druk zetten temeer omdat het doen van aangifte nauw verbonden is met een verdenking. Aan de ene kant hebben de hoofden een aangifteplicht, maar aan de andere kant willen zij de behandelrelatie met hun patiënt niet riskeren. Het nastreven van dergelijke, tegenstrijdige belangen kan naar het oordeel van de RSJ niet telkens van de klinieken worden gevraagd.

#### *Het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten*

De voorwaarde dat aangifteplicht alleen geldt bij feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, vraagt naar de mening van de RSJ om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een tbs instelling worden verwacht.

---

<sup>21</sup> Bron: interne notitie Mesdagkliniek 'Aangiftebeleid voor incidenten aangescherpt'.



#### *Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging.*

De RSJ heeft principieel bezwaar tegen het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging, onder verwijzing naar haar advies van 31 januari 2005 (RSJ, 2005).<sup>22</sup> Het heeft naar het oordeel van de RSJ geen meerwaarde boven andere mogelijkheden die het Rvt al kent, zijnde de intrekking van het verlof door het hoofd van de inrichting of intrekking van de verlofmachtiging door de minister<sup>23</sup>.

Ook geeft de RSJ aan dat, indien bij nadere toetsing geen sprake blijkt te zijn van een gegronde verdenking van betrokkenheid bij strafbare feiten of ongeoorloofde afwezigheid, de verlofmachtiging opnieuw aangevraagd moet worden. Dit levert een substantiële vertraging op bij het toekennen van verlof en daarmee in de voortgang van de behandeling. Een dergelijke vertraging is volgens de RSJ nauwelijks te billijken indien de verpleegde geen verwijt treft. De tijd die het kost om een nieuwe verlofmachtiging te verkrijgen kan nadelige gevolgen hebben voor de behandeling van de patiënt.

#### *'Aanmerken als verdachte' als moment voor vervallen van de verlofmachtiging.*

De RSJ geeft aan dat het 'aanmerken als verdachte' een moeilijk werkbaar begrip is. Het redelijke vermoeden dat iemand betrokken is bij een strafbaar feit hoeft namelijk niet gebaseerd te zijn op een aangifte. Opsporingsdiensten en het OM kunnen iemand al in een vroeg stadium aanmerken als verdachte. Dit geeft op zichzelf nog geen goede indicatie voor het bestaan van een stevige verdenking. In de toelichting bij het besluit van 2005 staat echter wel aangegeven dat ten aanzien van een verdenking van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten wordt aangesloten bij art. 67 Sv.<sup>24</sup>

Ook blijft het onduidelijk op welk moment de tbs-gestelde, met het oog op het vervallen van de verlofmachtiging, precies als verdachte kan worden aangemerkt door de officier van justitie. Het risico bestaat dus dat tbs-gestelden al snel als zodanig worden aangemerkt, met verregaande gevolgen: de verlofmachtiging vervalt, de behandeling wordt vertraagd en de maatregel zal mogelijk langer duren. De RSJ stelt voor om aan te sluiten bij de vervolgingsbeslissing van het OM: dat wil zeggen elke andere beslissing dan een sepot.<sup>25</sup> Het vervallen van de verlofmachtiging op dit moment biedt meer waarborgen voor de belangen van de tbs-gestelden.

#### *4.6.2 Gewenste neveneffecten*

De RSJ ziet ook voordelen aan de nieuwe aanscherping. Verondersteld wordt dat de nieuwe regelgeving minder ruimte biedt voor eigen interpretatie en dus de rechtsgelijkheid ten goede komt (RSJ, 2008).

---

<sup>22</sup> Dit was een advies in het kader van de vorige wijziging van het Rvt in 2005.

<sup>23</sup> De Minister van veiligheid en Justitie kan te allen tijde gebruik maken van zijn/ haar bevoegdheid om op grond van Art.53, derde lid, de verlofmachtiging in te trekken.

<sup>24</sup> Dit artikel regelt zowel de gevallen waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten alsmede de *ernstige* bezwaren die blijkens feiten en omstandigheden jegens een verdachte moeten bestaan om voorlopige hechtenis toe te laten (nota van toelichting 2005, p.9).

<sup>25</sup> Dit betreft: dagvaarding, vordering gerechtelijke vooronderzoek, aanbieden transactie en strafbeschikking (OM-afdoening).



#### 4.7 Reikwijdte regelgeving, verbetervoorstellen en actuele ontwikkelingen

Vanuit de praktijk binnen de klinieken is op twee belangrijke punten verwarring ontstaan over de interpretatie van de gewijzigde regelgeving, te weten:

- de vraag of de regelgeving en dus ook de wijzigingen betrekking hebben op alle FPC's dat wil zeggen zowel op de justitiële inrichtingen (n=9) als de niet-justitiële inrichtingen (n=4);
- de vraag of de gewijzigde regelgeving betrekking heeft op alle tbs-gestelden of alleen op de tbs-gestelden met een verlofmachtiging.

Ten aanzien van de eerste vraag zou volgens de geïnterviewde vertegenwoordiger van de directie Wetgeving voor alle betrokkenen duidelijk moeten zijn dat de gewijzigde regelgeving niet van toepassing is op de niet-justitiële klinieken, te weten Arkin (Inforza), De Woenselse Poort, Hoeve Boschoord (Trajectum) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) Drenthe, aangezien de aangifteplicht slechts geldt voor zover op de betrokken tbs-gestelde het Rvt van toepassing is.

Personen die verblijven in een justitiële inrichting vallen onder de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt). Voor hen geldt het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt). Personen die binnen een niet-justitiële inrichting verblijven vallen onder de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). Voor deze tbs-gestelden is het Rvt alleen van toepassing als zij buiten de inrichting verblijven, dus tijdens het verlof. Het plegen van een strafbaar feit door een tbs-gestelde binnen een niet-justitiële inrichting, heeft dus ook geen gevolgen voor de verlofmachtiging. Dat laat onverlet dat er wel andere wegen zijn om in te grijpen in de bestaande verlofregeling van de betreffende patiënt.

Ten aanzien van de tweede vraag hebben DJI en de directie Wetgeving geconcludeerd dat de gewijzigde regelgeving geldt voor alle tbs-gestelden. Het besluit tot wijziging van het Rvt (2008) is op dit punt duidelijk. In de nota van toelichting staat daarentegen expliciet aangegeven dat de verplichte aangifte alleen geldt voor tbs-gestelden met een verlofmachtiging. Op basis van de plaats waar een en ander is vastgelegd (besluit versus nota van toelichting), is geconcludeerd dat de verplichte aangifte geldt voor alle tbs-gestelden.

Bij de uitvoering van het onderzoek hebben we echter gemerkt dat de niet-justitiële klinieken niet altijd bekend zijn met het feit dat de regelgeving voor hen alleen geldt als een tbs-gestelde uit hun kliniek, zich buiten de inrichting bevindt (dus tijdens het verlof). Ook hebben we gemerkt dat de justitiële klinieken niet altijd weten dat de regelgeving geldt voor al hun tbs-gestelden. Zie paragraaf 6.2.



### *Activiteiten naar aanleiding van de lange duur afhandeling politie en OM*

Het AVT heeft naar aanleiding van de lange duur van opschorting van het verlof begin 2010, middels een brief aan het College van Procureurs Generaal (PG) aandacht gevraagd voor het knelpunt van de lange doorlooptijden. Dit heeft geleid tot een aantal verbetervoorstellen vanuit het college van PG richting de regionale parketten.

- De tbs-officieren bij de parketten worden informatiepunt voor de directeuren van de FPC's over gedane aangiften.<sup>26</sup>
- Het parket zal met de politie moeten afspreken dat de aangifte van een strafbaar feit gepleegd door een tbs-gestelde, altijd wordt opgenomen en onderzocht, zodat het OM een vervolgingsbeslissing kan nemen. De zaak wordt dus niet door de politie afgedaan.
- Binnen de parketten zal een 'work around' moeten worden bedacht, omdat het niet gaat om standaardzaken, maar om maatwerkzaken die worden voorgelegd aan de tbs-officier.
- Als laatste wordt aanbevolen om een jaarlijks overleg tussen de behandeldirecteuren en de tbs-officieren van justitie te plannen met als doel de onderlinge communicatie te verbeteren.<sup>27</sup>

Om de mogelijkheden voor de klinieken te verbeteren om contact te leggen met het parket over de afhandeling een zaak, heeft DJI in juli 2011 een brief gestuurd naar alle klinieken met een opgave van de vaste tbs-officieren bij het OM. Via de eigen contactpersoon bij het OM kan elke kliniek gemakkelijker achterhalen hoe het met een bepaalde zaak is gesteld. In deze brief geeft het ministerie aan dat het lange wachten kan leiden tot schade in de resocialisatie van de patiënt.

### *Verdere aanscherping van de regelgeving*

Vanaf 1 januari 2011 is de regelgeving verder aangescherpt. Als de verlofmachtiging van rechtswege is vervallen wegens een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, mag een jaar lang geen nieuwe verlofaanvraag worden ingediend (Staatscourant 31 december 2010, nr. 21597). Vóór 1 januari 2011 was er geen termijn gesteld aan de mogelijkheid om in een dergelijke situatie een nieuwe verlofaanvraag in te dienen. Het was toen in principe mogelijk om direct na het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging een nieuwe verlofmachtiging aan te vragen. Deze nieuwe aanscherping valt feitelijk buiten de onderhavige evaluatie. Er wordt alleen melding van gemaakt voor zover naar voren gebracht door de geïnterviewden.

---

<sup>26</sup> Elk arrondissement kent een tbs-officier. Deze officieren behandelen de zogenaamde verlengingszittingen van tbs-gestelden. Zij handelen niet (altijd) zelf de aangiften af die betrekking hebben op tbs-gestelden. Zie ook paragraaf 9.1.1.

<sup>27</sup> Bron: verslag overleg aangifteplicht ter beschikking gestelden dd. 19 mei 2010.





#### 4.8 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk zijn de achtergrond en de actuele ontwikkelingen van de gewijzigde regelgeving beschreven op basis van deskresearch en interviews met de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs, het AVT en de directie Wetgeving. Twee onderzoeksvragen zijn beantwoord:

- Wat zijn de beoogde doelen van de wijzigingen in de artikelen 53 en 57 Rvt?
- Welke gewenste en ongewenste neveneffecten werden voorzien?

Een aantal relevante onderwerpen en begrippen is nader uitgewerkt. Het betreft: de inhoud van de wijzigingen, de begrippen 'feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en 'het aanmerken als verdachte', het verlof en de verlofprocedures en de registratie van incidenten.

Bij de aanscherping van de regelgeving gaat het om drie nieuwe aanwijzingen voor de klinieken:

1. Ze moeten verplicht aangifte doen (van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten).
2. Ze moeten deze aangifte binnen 24 uur doen.
3. Ze moeten het verlof van de betreffende tbs-gestelde terstond intrekken totdat het OM (als onafhankelijke derde) heeft beoordeeld of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt.

Dat het in art. 53 Rvt lid 2 gaat om 'strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten' en om het feit dat 'de verlofmachtiging vervalt op het moment dat de tbs-gestelde als verdachte is aangemerkt' is reeds bij een eerdere wijziging van art. 53 Rvt vastgelegd<sup>28</sup>. Het zijn wel essentiële onlosmakelijke onderdelen van de regelgeving. De onderhavige evaluatie heeft daarom betrekking op de gewijzigde regelgeving als geheel en niet alleen op de specifieke wijzigingen/ aanscherpingen die in 2008 zijn doorgevoerd.

Het primaire doel van de wijzigingen in de regelgeving die in 2008 werden doorgevoerd, was om volledige duidelijkheid te creëren over het moment waarop de verlofmachtiging vervalt.

Een aantal ongewenste neveneffecten werd vooraf voorzien door klinieken en de RSJ, deels gaat het ook om principiële bezwaren tegen de wijzigingen van 2008 (en de gewijzigde regelgeving als geheel):

- De aangifteplicht strookt niet met behandelen op maat.
- De aangifteplicht kan in de praktijk tot knelpunten leiden: (1) bij klachtdelicten kan alleen de klachtgerechtigde aangifte doen (2) de plicht kan botsen met de wens van het slachtoffer om geen aangifte te doen (3) de plicht kan de behandelrelatie onder druk zetten.
- Het herkennen van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten vraagt om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een FPC worden verwacht.
- Het aanmerken als verdachte is een moeilijk werkbaar begrip.
- Als bij nadere toetsing geen sprake blijkt te zijn van een gegronde verdenking van betrokkenheid bij strafbare feiten of ongeoorloofde afwezigheid, dient de verlofmachtiging opnieuw aangevraagd te worden. Dit is niet te billijken.

---

<sup>28</sup> Bij besluit van 23 juni 2005 (*Stb.* 2005, 400).



- Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging heeft geen meerwaarde boven de mogelijkheden van intrekken van het verlof/ de verlofmachtiging.

De RSJ ziet ook voordelen aan de nieuwe aanscherping. Verondersteld wordt dat de nieuwe regelgeving minder ruimte biedt voor eigen interpretatie en dus de rechtsgelijkheid ten goede komt.

Binnen de klinieken is op twee belangrijke punten verwarring ontstaan over de reikwijdte van de gewijzigde regelgeving,

- Het is niet bij alle niet-justitiële inrichtingen (n=4) bekend dat de regelgeving bij hen alleen geldt als een tbs-gestelde zich buiten de inrichting bevindt;
- Het is niet bij alle justitiële klinieken (n=9) bekend dat de regelgeving geldt voor al hun tbs-gestelden.

Het AVT heeft naar aanleiding van de lange duur van opschorting van het verlof begin 2010, middels een brief aan het College van Procureurs Generaal (PG) aandacht gevraagd voor het knelpunt van de lange doorlooptijden. Dit heeft geleid tot een aantal verbetervoorstellen vanuit het college van PG richting de regionale parketten.

Vanaf 1 januari 2011 is de regelgeving verder aangescherpt. Als de verlofmachtiging van rechtswege is vervallen wegens een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, mag een jaar lang geen nieuwe verlofaanvraag worden ingediend (Staatscourant 31 december 2010, nr. 21597). Deze nieuwe aanscherping valt feitelijk buiten de onderhavige evaluatie. Er wordt alleen melding van gemaakt voor zover naar voren gebracht door de geïnterviewden.



## 5 Implementatie regelgeving binnen de klinieken

### 5.1 Inleiding

De onderzoeksvragen 2a (gedeeltelijk), 2c en 2d hebben betrekking hebben op de implementatie van de gewijzigde regelgeving binnen de klinieken en op de wijze waarop de werkwijze wordt toegepast.

De vragen luiden als volgt:

- 2a Heeft de implementatie plaatsgevonden binnen de FPC's, de politie en het OM? Zo ja, op welke wijze? Hoe heeft bijvoorbeeld de toerusting van de FPC's plaatsgevonden?
- 2c Hoe wordt de 'verplichte aangifte strafbare feiten' in de praktijk uitgevoerd?
- 2d Wie zijn er betrokken bij de beslissing om al dan niet aangifte te doen?

Voor de beantwoording van de vraag naar de implementatie (vraag 2a) en de uitvoering in de praktijk (vraag 2c) gaan we in op de aanwezigheid en de inhoud van protocollen (paragraaf 5.2), de wijze waarop de medewerkers zijn geïnformeerd en toegerust (paragraaf 5.4), de wijze waarop de patiënten zijn geïnformeerd (paragraaf 5.5), het draagvlak voor de uitvoering van de regelgeving (paragraaf 5.6) en de financiële en personele randvoorwaarden (paragraaf 5.7). De vraag wie er zijn betrokken bij de beslissing om aangifte te doen (vraag 2d) komt in paragraaf 5.3 aan de orde.

De resultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn voornamelijk gebaseerd op de uitgevoerde deskresearch (analyse protocollen) en op de interviews die zijn gehouden met primair de juristen en secundair de hoofden behandeling. Incidenteel komen ook de overige geïnterviewden aan het woord.

### 5.2 Is de gewijzigde regelgeving vastgelegd in een protocol?

Alle klinieken zeggen bekend te zijn met de gewijzigde regelgeving en hier ook mee te werken. Een aantal geïnterviewden (juristen en hoofden behandeling) geeft daarbij ook aan dat de aanscherping van de regelgeving in 2008 niets heeft veranderd in hun dagelijkse praktijk. Zij deden altijd al aangifte van strafbare feiten en doen dat nog steeds, zo wordt gezegd.

De gewijzigde regelgeving is niet altijd uitgewerkt in een intern protocol of aanwijzing. De stand van zaken op dit punt is als volgt:

- Vier klinieken hebben een specifiek protocol (n=1) of een specifiek onderdeel van een protocol (n=3) waarin de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt zijn uitgewerkt.
- Zes klinieken hebben een algemeen aangifteprotocol (en soms ook een algemeen verloffprotocol) maar hierin wordt geen specifieke aandacht besteed aan de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt.
- De overige drie klinieken hebben geen aangifteprotocol. Hiervan hebben er twee wel een verloffprotocol waarin is aangegeven wanneer de verloffmachtiging van rechtswege vervalt.



Er is maar één kliniek die een specifiek protocol heeft gericht op de artt. 53 en 57 Rvt. Het betreft een particuliere niet-justitiële instelling. In dit protocol is aangegeven dat de regels voor de betreffende kliniek anders zijn dan voor de justitiële klinieken en dat er alleen verplicht aangifte hoeft worden gedaan als een tbs-gestelde met een verlofmachtiging een strafbaar feit pleegt buiten de instelling. Of er aangifte gedaan wordt van strafbare feiten binnen de inrichting is ter beoordeling van de directeur behandelzaken.

Er zijn drie klinieken die de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt hebben opgenomen in hun algemene protocol ten aanzien van het doen van een aangifte tegen een patiënt of tegen een medewerker.

De eerste kliniek geeft in haar protocol expliciet aan dat er een aangifteplicht is ten aanzien van patiënten met een verlofmachtiging. Men wil echter geen onderscheid maken tussen patiënten mét en patiënten zonder verlofkader omdat dit ongewenste situaties (bijvoorbeeld uitlokken van agressie) in de hand zou kunnen werken. Om die reden acht de kliniek de nieuwe regelgeving ook van toepassing op patiënten zonder verlofkader. Het protocol is niet geheel duidelijk op het punt of bij feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten ook daadwerkelijk altijd aangifte wordt gedaan. Er worden namelijk ook richtlijnen beschreven voor de besluitvorming over het doen van aangifte. Deze hebben betrekking op de stroom van de patiënt, de impact van het feit op de afdelingsstaf en de houding van de patiënt na het incident.

Ook het protocol van de tweede kliniek hinkt enigszins op twee gedachten. Er wordt een uitgebreid overzicht gegeven van type delicten waarvan aangifte gedaan kan worden en wanneer dat gedaan kan worden. De afweging wordt gemaakt op basis van zorginhoudelijke criteria en ook het beroepsgeheim wordt uitgebreid behandeld. Er staat echter ook in het protocol dat er een verplichting is volgens de wet om binnen 24 uur aangifte te doen tegen een patiënt met een verlofmachtiging wanneer een strafbaar feit wordt gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan.

De juristen van beide klinieken geven in het interview echter wel aan dat *altijd* aangifte wordt gedaan van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, gepleegd door patiënten met een verlofmachtiging. We merken op dat de juriste van de eerste kliniek, anders dan in het protocol is vastgelegd, dus ook een onderscheid maakt tussen patiënten mét en patiënten zonder verlofmachtiging.

De derde kliniek heeft in haar protocol opgenomen dat er altijd aangifte moet worden gedaan als er sprake is van een tbs-gestelde met een verlofmachtiging en een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toelaten. Wel wordt het probleem van het beroepsgeheim hier aangestipt. Ten aanzien hiervan geeft het protocol echter aan dat de wettelijke regelgeving (in dit geval artt. 53 en 57 Rvt) doorgaans dient te prevaleren boven het beroepsgeheim.<sup>29</sup> Dat dit ook gebeurt wordt door de jurist bevestigd.

Van de negen klinieken die de bepalingen van de artt. 53 en 57 Rvt niet hebben uitgewerkt in een bestaand aangifteprotocol of een dergelijk protocol nog niet hebben, zijn er drie wel van plan of al bezig om een protocol te maken of een bestaand protocol aan te passen. Daarnaast wordt er soms ook een aangifteberaad ingesteld voor de besluitvorming over het wel of niet doen van aangifte.

---

<sup>29</sup> Art 7:457 lid 1 BW bepaalt in de laatste volzin dat het beroepsgeheim niet geldt indien wettelijke bepalingen verplichten tot het verstrekken van informatie (zoals art. 53 Rvt).



In de bestaande algemene aangifteprotocollen wordt vaak enig voorbehoud gemaakt ten aanzien van het doen van aangifte. Zo staat in een van de protocollen bijvoorbeeld dat bij fysieke schade toegebracht aan een patiënt of medewerker, altijd aangifte plaatsvindt tenzij dit direct tot de stoornis of een klinische situatie is te herleiden. Bij een poging tot fysieke schade of dreiging - die niet duidelijk tot een ziektebeeld of klinische situatie is te herleiden - volgt na een weging en beoordeling door de stafvergadering een besluit over het wel dan niet doen van aangifte. In een ander protocol wordt als uitgangspunt genomen dat er aangifte wordt gedaan van strafbare feiten, behalve als er sprake is van het kennismaken van een delict door een medewerker in de behandelrelatie. Hierop rust het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim mag echter worden doorbroken op basis van wettelijk voorschrift. De artt. 53 en 57 Rvt zouden hieronder kunnen vallen. Interessant aan dit protocol is, dat er verscheidene delicten genoemd worden waarvan geen aangifte wordt gedaan, maar naar aanleiding waarvan wel spullen worden afgenomen van de patiënt en worden doorgegeven aan de politie. Het gaat hierbij om het aantreffen van wapens en het aantreffen van drugs. Bij het afgeven van de spullen bij de politie wordt geen informatie verstrekt over de patiënt, behalve als er een strafbaar feit is gepleegd met het wapen of als de patiënt als dealer van drugs optrad. Dit roept de vraag op of het aantreffen van drugs en wapens op zich al niet voldoende is om aangifte te doen.<sup>30</sup> Uit de analyse van de protocollen komt als algemeen beeld naar voren dat er geen sprake is van consequent aangifte doen van strafbare feiten.

### 5.3 De werkwijze van de klinieken bij het doen van aangifte

Er zijn geen twee klinieken die op precies dezelfde wijze en met dezelfde functionarissen vorm geven aan de processtappen die doorlopen worden bij het doen van aangifte. Er is wel een globale lijn aan te geven. Er zijn drie stappen die (bijna) altijd voorkomen:

1. Een uitvoerend medewerker constateert een strafbaar feit en meldt dit.
2. Het delict wordt besproken in een breder kader en er wordt een beslissing genomen over het wel of niet doen van aangifte.
3. De aangifte wordt gedaan.

---

<sup>30</sup> Het antwoord is te vinden in de Wet Wapens en Munitie (WWM), de Opiumwet (Opw) en art. 67 lid 1 Sv. Onze conclusie is dat het aantreffen van vuurwapens een feit oplevert waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (art. 26 lid 1 j° 55 lid 3 WWM: voorhanden hebben van een wapen van categorie II of een vuurwapen van categorie III). Ten aanzien van het aantreffen van drugs geldt dat het *opzettelijk* aanwezig hebben van harddrugs (lijst I) een feit oplevert waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten (art. 2 onder C j° 10 lid 3 Opw.) Dit is namelijk een delict waar ten hoogste zes jaren gevangenisstraf op staat. Op het *opzettelijk* aanwezig hebben van softdrugs en medicijnen (lijst II) staat ten hoogste 2 jaren gevangenisstraf (art. 3 onder C j° 11 lid 2 Opw.). Evenwel wordt artikel 11 lid 2 Opiumwet genoemd in art. 67 lid 1 onder c Sv, waardoor het een feit is waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Overigens geldt dit niet bij het aanwezig hebben van minder van 5 gram softdrugs: daar volgt krachtens de aanwijzing Opiumwet<sup>30</sup> een politiesept.



### *Stap 1: constateren van een strafbaar feit en het melden daarvan*

De uitvoerend medewerkers (zoals behandelaars, sociotherapeuten) zijn dagelijks bezig met de patiënten en kunnen daarbij strafbare feiten constateren. Daarnaast kunnen zij zelf ook slachtoffer worden van een delict gepleegd door een patiënt. De incidenten worden opgetekend of gemeld. Het werk is zo georganiseerd dat weinig incidenten verborgen blijven, aldus verschillende geïnterviewden. Aan de andere kant wordt door sommige geïnterviewden ook gesteld dat 'lichtere' voorvallen (verbale agressie, dreigementen) waarschijnlijk wegens tijdgebrek en gewenning/normvervaging niet altijd worden opgetekend.

### *Stap 2: de bespreking van het delict en het nemen van de beslissing omtrent doen aangifte*

Een incident wordt altijd in breder verband besproken en de vraag of er aangifte moet worden gedaan komt dan ook aan de orde. De aard en de samenstelling van dit overleg varieert. Soms vindt deze bespreking plaats in het dagelijks patiëntenoverleg/multidisciplinaire overleg waar elke patiënt wordt besproken en alle bijzonderheden van het dicht gooien van een deur tot een vernieling of mishandeling wordt besproken. De behandelcoördinator kan dan, eventueel mede op basis van advies van de jurist, de beslissing nemen tot het doen van aangifte. Er zijn echter ook klinieken waar (ernstige) incidenten worden besproken in een speciaal daarvoor ingestelde commissie incidentenoverleg waar ook vertegenwoordigers op directieniveau aanwezig zijn. Ook kunnen naast de jurist, andere functionarissen om advies gevraagd worden als het gaat om de beslissing om wel of geen aangifte te doen. Dat kan bijvoorbeeld een manager beveiliging zijn. De uiteindelijke beslissing over het doen van aangifte wordt vaak genomen door het (plaatsvervangend) hoofd/de directeur van de inrichting of een leidinggevende. In één kliniek is sprake van een gezamenlijk besluit in een multidisciplinair overleg van de groepsleiding, hoofd behandeling, algemeen coördinator, werkplaatsbegeleider en (soms) jurist.

### *Stap 3: de aangifte wordt gedaan*

In stap 1 is al het onderscheid gemaakt tussen delicten die door de uitvoerend medewerkers zijn geconstateerd en medewerkers die zelf slachtoffer zijn geworden. Daarnaast kunnen ook medepatiënten slachtoffer zijn geworden. Ten aanzien van het doen van aangifte huldigen de klinieken verschillende uitgangspunten. Vier klinieken hebben het uitgangspunt dat er in eerste instantie door het slachtoffer zelf (medewerker of medepatiënt) aangifte moet worden gedaan. Als het slachtoffer dit niet wil, dan doet de kliniek namens het slachtoffer, aangifte. De overige klinieken hebben een functionaris die de aangifte doet. Zij hebben de ervaring dat medewerkers het over het algemeen prettig vinden dat de aangifte op naam van de kliniek wordt gesteld omdat hun eigen privacy dan beter is beschermd. Sommigen zien ook liever niet dat het slachtoffer aangifte doet maar 'dat houd je als inrichting niet tegen' zo wordt gesteld. Een slachtoffer kan namelijk altijd besluiten zelf aangifte te doen, daarvoor heeft hij geen toestemming nodig van de kliniek en ook de procedureregels in de kliniek staan dat niet in de weg. Dat geldt zowel voor een medepatiënt als voor een medewerker. Welke functionaris de aangifte doet, verschilt per kliniek. Genoemd zijn: de jurist, de afdelingsmanager, het hoofd risicomangement en behandeling, de beleidsmedewerker veiligheidszaken, de centrummanager en de algemeen coördinator. Allemaal doen ze aangifte namens de kliniek en op het adres van de kliniek.



Als een tbs-gestelde op transmuraal of proefverlof is verblijft hij meer niet in de kliniek, maar bijvoorbeeld bij een RIBW en (bij proefverlof) staat hij onder toezicht van de reclassering. Als er dan iets gebeurt, wordt er overlegd met de betrokken instelling en wordt gekeken of die instelling aangifte doet of dat de kliniek dat doet. Deze blijft namelijk wel verantwoordelijk. De voorkeur ligt bij het doen van aangifte door de kliniek omdat de meeste klinieken contactpersonen hebben bij de politie en justitie, waardoor het sneller gaat, dan wanneer de betrokken instelling aangifte doet. Als een andere instelling toch de aangifte doet en dat gebeurt in een ander arrondissement, dan wordt het extra moeilijk om te achterhalen hoe het met de afhandeling is gesteld. Een van de geïnterviewden geeft een voorbeeld van een dergelijke situatie waarbij ze al een half jaar bezig is om te achterhalen wat de stand van zaken is ten aanzien van deze aangifte.

#### **5.4 Zijn medewerkers geïnformeerd en voldoende toegerust?**

In de nota van toelichting (2008, p.4) staat aangegeven: “door het opnemen van een verplichting (...) aangifte te doen, is het essentieel dat gebeurtenissen in de inrichting altijd op de juiste wijze worden beoordeeld. De tbs-inrichtingen zullen hiervoor zo goed mogelijk worden toegerust. Hiermee kan worden voorkomen dat bepaalde feiten niet worden herkend als feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten”.

Uit de interviews wordt duidelijk dat er geen specifieke toerusting van de klinieken heeft plaats gevonden. Alle klinieken zijn over de aanscherping van de regelgeving geïnformeerd middels een algemeen geformuleerde brief van het ministerie, gericht aan het hoofd van de inrichting. Veelal zijn de juristen vervolgens betrokken. Het onderwerp is besproken in verschillende overleggen (zoals de klankbordgroep forensische juristen en het LBHIV). Soms is er ook via interne berichtgeving (zoals een nieuwsbrief) bekendheid aan gegeven.

Circa de helft van de klinieken laat weten dat er een informatiebijeenkomst is geweest voor de medewerkers. Bij de andere helft is dat niet gebeurd of men weet zich dat niet meer te herinneren. In enkele klinieken is er aandacht besteed aan het (gewijzigde) verlof- en aangiftebeleid tijdens bijscholingen of trainingen.

De geïnterviewde juristen hebben de ervaring dat het lastig blijft voor de behandelaars om te bepalen wanneer sprake is van een delict waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Het is ook lastig om de geboden uitleg vast te houden. Bij de zwaardere delicten zoals bedreigingen en brandstichting is het vaak wel duidelijk hoewel het juist bij bedreigingen weer lastig is om te bepalen wat nog 'normaal' is gezien de kenmerken van de populatie van tbs-gestelden. Eén van de geïnterviewden verwoordt dit als volgt: 'de medewerkers hebben dagelijks te maken met patiënten die dreigende taal uitslaan en soms een poging doen om een medewerker te slaan'.

Bij kleine diefstallen bijvoorbeeld is er vaak twijfel of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Behandelaars kunnen dan de interne jurist raadplegen. Maar men vraagt zich af of dit altijd gebeurt. Voor de verpleegkundigen van een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) waar ook patiënten zitten op een andere strafrechtelijke titel dan tbs, is het extra moeilijk om te bepalen met welke regelgeving zij bij welke patiënt te maken hebben en wat deze regelgeving inhoudt.



Als een en ander in een protocol is uitgewerkt dan staan daarin soms ook uitgewerkte voorbeelden van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Meer in het algemeen wordt opgemerkt dat een protocol goed werkt hoewel er, zoals overal het geval is, altijd mensen zijn die het niet kennen. Een van de juristen geeft aan dat er helaas in het aangifteprotocol van hun inrichting geen specifieke positie is toegekend aan de jurist. Een ander laat weten aan dat zij als jurist niet echt betrokken wordt in het aangifteproces hoewel dit wel is afgesproken en het naar haar mening ook beter zou zijn als dit wel gebeurde.

Verder geven verschillende juristen aan dat zij interne rapportages te lezen krijgen waar zij feiten uit kunnen halen die duiden op het eventueel moeten doen van aangifte. Zij nemen dan vervolgens contact op met de betreffende leidinggevende.

Maar ook het raadplegen van de juristen biedt niet altijd een oplossing. Voor verschillende juristen is het soms ook lastig om te bepalen of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan. Eén jurist is zelfs van mening dat deze beoordeling niet kan worden neergelegd bij de klinieken, omdat ze daar niet voor zijn toegerust. Hoewel de Verlofunit tbs zich niet als helpdesk presenteert kan men met vragen wel bij hen terecht. Volgens de geïnterviewde vertegenwoordiger van de Verlofunit komen er echter weinig vragen over de verplichte aangifte bij hen binnen. De vragen die wel worden gesteld gaan vooral over de schrijnende zaken zoals de diefstal van een pakje kaas door een tbs-gestelde die in paniek raakte toen zij bij het afrekenen aan de kassa ontdekte dat ze geen geld bij zich had.

## 5.5 Zijn patiënten geïnformeerd?

Bijna de helft van de klinieken (6 van de 13) heeft de tbs-gestelden geïnformeerd over de (aangescherpte) regelgeving inzake het doen van aangifte en de consequenties hiervan voor het verlof. Dat gebeurde via de daartoe geëigende overleggen zoals de kliniekraad, de patiëntenraad of via een speciaal belegde bijeenkomst over het verlofbeleid. Klinieken die de tbs-gestelden niet hebben geïnformeerd geven daarvoor verschillende verklaringen. Een van de hoofden behandeling geeft aan dat hun aangiftebeleid eigenlijk niet is veranderd door de aanscherping van de regelgeving in 2008. Sommigen laten weten dat er geen beleid is voor dit soort zaken maar dat het eigenlijk wel netjes zou zijn als patiënten hier wel over geïnformeerd werden. Men vraagt zich wel hardop af waar je een grens moet trekken: *“er hangt ook geen bordje in de openbare ruimte dat er aangifte wordt gedaan van strafbare feiten”* en *“patiënten zijn ook niet geïnformeerd over de beginselenwet...”*.

Eén van de hoofden behandeling zou graag zien dat er vanuit het ministerie een voorlichtingsfolder werd gemaakt, omdat het geen gemakkelijke materie is om uit te leggen.

Uit de interviews met de hoofden behandeling komt naar voren dat de tbs-gestelden in het algemeen grote moeite hebben met elke maatregel waarmee hun verlof wordt ingeperkt, zeker als ze dan ook nog lang moeten wachten tot ze weer op verlof kunnen. Ook is in dit verband gezegd dat tbs-gestelden, net als zoveel mensen, strenge regels goed vinden voor anderen maar niet voor zich zelf. Vanuit enkele klinieken wordt te kennen gegeven dat de patiënten door dit soort maatregelen





bevestigd worden in het idee dat zij weer onder de loep gelegd worden en opnieuw gestraft worden door de samenleving.

## 5.6 Is er draagvlak voor de nieuwe regelgeving?

Bij beantwoording van deze vraag spelen verschillende aspecten een rol. In de eerste plaats wordt door verschillende geïnterviewde hoofden behandeling gesteld dat er de laatste jaren binnen de klinieken een cultuur ontstaan is van verantwoordelijkheid nemen voor je eigen gedrag. Het feit dat iemand in een tbs-kliniek verblijft, betekent niet dat hij/zij ongestraft van alles kan doen. Vroeger was er sprake van gedogen, nu van grenzen stellen. De medewerkers volgen het management in deze verandering in denken. Het past ook in de aandacht die er moet zijn voor de veiligheid van de medewerkers. Volgens sommige geïnterviewden staan de meeste medewerkers ook positief ten opzichte van het doen van aangifte, hoewel de afhandeling soms wel een kater kan geven, aldus één van de geïnterviewden. Er volgt namelijk vaak een sepot of te lichte straf (zie ook paragraaf 7.3). Medewerkers vinden het doen van aangifte vaak ook een erkenning van het onrecht dat hen is aangedaan. Een van de geïnterviewden geeft zelfs aan dat de medewerkers eerder geneigd zijn om aangifte te doen dan het management.

Aan de andere kant kan er ook angst bestaan bij medewerkers om aangifte te doen of als getuige gehoord te worden. Enkele geïnterviewden geven aan dat medewerkers het heel vervelend vinden en vaak terughoudend zijn om aangifte te doen. De behandelrelatie kan worden verstoord (bijvoorbeeld als een patiënt een schadevergoeding moet betalen aan een medewerker) en er bestaat angst om met voor- en achternaam vermeld te worden in een aangifte als men zelf betrokken is bij een incident.<sup>31</sup> Behandelaren worden van oudsher in sommige klinieken alleen met hun voornaam aangeduid en bij een aangifte/getuigenverklaring wordt ook hun achternaam bekend (ook als de aangifte door de kliniek wordt gedaan). Deze medewerkers kunnen dus voor een dilemma komen te staan maar dat betekent niet dat er geen aangifte wordt gedaan. Dit wordt ook niet wenselijk geacht omdat het een negatief effect heeft op de veiligheid van collega's. Een geïnterviewde geeft aan dat de argumenten van een medewerker om geen aangifte te willen doen, wel worden meegewogen in de besluitvorming. Er is in dit verband ook opgemerkt dat medewerkers volgens de interne gedragscode aangifte moeten doen. Medewerkers kunnen ook last hebben van loyaliteitsproblemen. Zo nodig krijgen ze ondersteuning vanuit de organisatie. Sommige geïnterviewden maken melding van een methodische aanpak (opvolgtraject, methodiek van Fiere) om ernstige incidenten te bespreken. Hoewel de anonimiteit van de medewerkers bij het doen van aangifte dus niet is gegarandeerd, is een meerderheid van de geïnterviewde hoofden behandeling van mening dat de veiligheid van de medewerkers voldoende is gegarandeerd door het feit dat zij op het adres van de kliniek aangifte

---

<sup>31</sup> We merken op dat er dat een politierechter in een zaak tegen een patiënt van het Slingerland Ziekenhuis een getuigenis van een medewerker op adres van het ziekenhuis met het personeelsnummer van de medewerker als toelaatbaar heeft geaccepteerd. (Uitspraak: 26 januari 2011).



kunnen doen of als getuige vermeld kunnen staan. Deze hoofden zijn ook van mening dat er nauwelijks angst bestaat bij medewerkers om aangifte te doen.

Ondanks de genoemde knelpunten is er in het algemeen wel draagvlak voor het doen van aangifte. Ten aanzien van de verplichting om aangifte te doen maken de meeste geïnterviewden wel een voorbehoud. Ook voor relatief kleine vergrijpen zoals een winkeldiefstal is voorlopige hechtenis toegelaten. Als aangifte gedaan moet worden van een klein vergrijp en dat heeft grote gevolgen dan is hier weinig of geen draagvlak voor bij medewerkers, zo wordt gesteld. Men noemt als voorbeeld een tbs-gestelde die in zijn resocialisatiefase een fiets steelt, hetgeen niets te maken heeft met zijn indexdelict. Men vindt het intrekken van het verlof dan een hele zware maatregel die een grote stagnatie in de behandeling geeft. Een behandeltechnische oplossing wordt in een dergelijke situatie als veel beter beschouwd dan een aangifte.

Enkele geïnterviewden laten weten zich zonder meer te scharen achter de huidige regelgeving. De meesten zouden echter graag de ruimte houden om een eigen afweging te maken. Een aantal van hen geeft expliciet aan dat zij de regelgeving in de praktijk wel uitvoeren. Dit vanuit het principe 'regel is regel' of omdat zij hiertoe verplicht zijn ('het moet dan maar ...') of omdat zij hierop aangesproken zijn door de Verlofunit tbs toen zij in een specifieke situatie geen aangifte wilden doen.

Deels ligt de pijn niet bij de verplichte aangifte maar bij het feit dat de consequenties ten aanzien van de verlofmachtiging vast liggen. Er wordt echter ook opgemerkt dat het pedagogisch effect van een aangifte geheel verloren gaat als er altijd aangifte moet worden gedaan (van bepaalde delicten) terwijl het (1) lang duurt voor er duidelijkheid komt over de afhandeling en (2) het meestal niet tot vervolging komt. Volgens deze redenering ligt het knelpunt ook of vooral bij de justitiële afhandeling van de aangifte.

Ook de geïnterviewde vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT merken in de praktijk dat de verplichting om aangifte te doen van alle feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, in de praktijk niet goed werkt omdat hier ook hele kleine vergrijpen onder vallen en de afhandeling door politie en OM naar hun mening veel te lang duurt.

De geïnterviewde van de directie Wetgeving is daarentegen van mening dat er in 2005 vanuit een principieel oogpunt van gelijkheid, voor is gekozen aan te sluiten bij de categorie strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis (art. 67 Sv) is toegelaten. Elke burger in Nederland kan namelijk vastgezet worden als er sprake is van een verdenking van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten én er ernstige bezwaren tegen deze burger aanwezig zijn. Daarmee is het feit dat de verlofmachtiging van een tbs-gestelde vervalt in een dergelijke situatie, te billijken.

Wat betreft de te lange duur van de afhandeling door het OM wordt door deze geïnterviewde gesteld dat dit mede veroorzaakt wordt door het in de praktijk gekozen moment waarop er duidelijkheid is over het al dan niet van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging. Dat is namelijk het moment van de vervolgingsbeslissing geworden. Dit moment ligt later dan het beoogde moment. Daardoor duurt het dus langer tot de tbs-gestelde en de kliniek weten wat de consequenties zijn van de aangifte voor de verlofmachtiging van de tbs-gestelde.



## 5.7 Zijn er voldoende financiële en personele middelen voor uitvoering regelgeving?

Beantwoording van de vraag of men voldoende menskracht heeft om de gewijzigde regelgeving naar behoren uit te voeren hangt nauw samen met de manier waarop de samenwerking in de strafrechtsketen is georganiseerd. Als het doen van aangifte de kliniek veel tijd kost omdat men zelf naar het bureau moet komen op een niet zelf gekozen tijdstip en/of lang moet wachten, dan kost dat de kliniek tijd en geld. In sommige regio's is dat beter geregeld dan in andere. Verder noemen sommige geïnterviewden in dit verband ook het feit dat de jurist de afhandeling van de aangiften monitort om zicht te houden op de afhandeling bij politie en OM. Ook dit kan behoorlijk wat tijd vragen. Een mogelijke belasting in tijd en geld zit dus met name in de samenwerking in de keten.

## 5.8 Samenvatting en conclusie

### *De implementatie en de uitvoering in de praktijk*

Alle klinieken zeggen bekend te zijn met de gewijzigde regelgeving en hier ook mee te werken. Een aantal geïnterviewden voegt daaraan toe dat zij vóór de aanscherping van de regelgeving ook altijd al aangifte deden van strafbare feiten en dat na de aanscherping op dezelfde manier zijn blijven doen. Minimaal de helft van de klinieken heeft eigen vormen van voorlichting georganiseerd om de medewerkers te informeren over de gewijzigde regelgeving. Bijna de helft van de klinieken heeft de tbs-gestelden geïnformeerd over de gewijzigde regelgeving en de consequenties hiervan voor het verlov. Deze hebben (volgens de geïnterviewden) over het algemeen grote moeite met dergelijke maatregelen omdat het hun verlov beperkt.

De meeste klinieken hebben een algemeen aangifteprotocol, de aangescherpte regelgeving (artt. 53 en 57 Rvt) komt echter maar bij 4 van de 13 klinieken expliciet aan de orde. In het algemeen laat de analyse van de protocollen zien dat er geen sprake is van consequent aangifte doen bij strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. De protocollen komen dus niet overeen met de regelgeving. Zowel de specifieke als de algemene protocollen hinken in meer of mindere mate op twee gedachten: enerzijds de verplichting om aangifte te doen en anderzijds de ruimte om eigen afwegingen te maken. Zo staat in een van de algemene aangifteprotocollen bijvoorbeeld dat bij fysieke schade toegebracht aan een patiënt of medewerker, altijd aangifte plaatsvindt tenzij dit direct tot de stoornis of een klinische situatie is te herleiden.

Er is niet voor gekozen dat de klinieken alle strafbare feiten melden bij de politie, omdat dit teveel werk voor alle partijen met zich mee zou brengen. De kliniek dient dus zelf een eerste schifting te maken van feiten waarvan aangifte moet worden gedaan. Dan gaat het dus om feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Anders dan in de nota van toelichting (p.4) staat vermeld, zijn er geen activiteiten ontplooid om de klinieken toe te rusten op het herkennen van dergelijke feiten.

De geïnterviewde juristen hebben de ervaring dat het lastig blijft voor de behandelaars om te bepalen wanneer sprake is van een delict waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Het is ook lastig om de geboden uitleg vast te houden. Bij de zwaardere delicten zoals bedreigingen en brandstichting is het



vaak wel duidelijk hoewel het juist bij bedreigingen weer lastig is om te bepalen wat nog 'normaal' is gezien de kenmerken van de populatie van tbs-gestelden. De eigen jurist kan in geval van twijfel geraadpleegd worden maar dat gebeurt lang niet altijd. Het raadplegen van de juristen biedt echter ook niet altijd een oplossing. Verschillende juristen geven aan het soms ook lastig te vinden om te bepalen of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegestaan. De Verlofunit tbs wordt weinig benaderd met dergelijke vragen maar stelt zich als helpdesk ook niet actief op richting klinieken.

Over de aanwezigheid van draagvlak bij de medewerkers om aangifte te doen, wordt wisselend gedacht door de hoofden behandeling. Sommigen geven aan dat de medewerkers het over het algemeen positief waarderen dat er aangifte wordt gedaan mede omdat het ook een erkenning is van het onrecht dat hen is aangedaan. Een en ander moet ook in het licht gezien worden van de verandering van cultuur binnen de klinieken (van gedogen naar grenzen stellen). Er zijn echter ook geïnterviewden die benadrukken dat medewerkers het vaak heel vervelend vinden om aangifte te doen omdat het de behandelrelatie kan verstoren of omdat zij bang zijn voor represailles.

In het algemeen bestaat er echter wel draagvlak voor het doen van aangifte maar met de verplichting om ook bij een klein feit aangifte te doen (omdat het onder de delicten valt waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten), hebben de meeste medewerkers veel moeite. Dat geldt ook voor de meeste geïnterviewden (hoofden behandeling en juristen) en voor de geïnterviewde onafhankelijke partijen, te weten de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT. De vertegenwoordiger van de directie Wetgeving motiveert de keuze voor de delicten die onder de aangifteplicht vallen vanuit het gelijkheidsprincipe. Voor alle burgers geldt dat ze vastgezet kunnen worden als ze verdacht worden van een dergelijk delict en er sprake is van een ernstige verdenking. Voor tbs-gestelden is, naar zijn mening, daarmee te billijken dat hun verlofmachtiging dan vervalt.

Enkele hoofden behandeling laten weten zich zonder meer te scharen achter de huidige regelgeving. De meesten zouden echter graag de ruimte houden om een eigen afweging te maken. Een aantal van hen geeft expliciet aan dat zij de regelgeving in de praktijk wel uitvoeren. Dit vanuit het principe 'regel is regel' of omdat zij hiertoe verplicht zijn ('het moet dan maar ...') of omdat zij hierop aangesproken zijn door de Verlofunit tbs toen zij in een specifieke situatie geen aangifte wilden doen.

Deels ligt de pijn voor de klinieken niet bij de verplichting tot aangifte maar bij de knelpunten in de justitiële afhandeling en/ of bij het feit dat de consequenties ten aanzien van de verlofmachtiging vast liggen.

#### *Wie zijn betrokken bij het doen van aangifte*

De werkwijze van de klinieken voor het doen van aangifte kent een grote variëteit. Een incident wordt wel altijd in een breder verband besproken maar dat kan zowel een multidisciplinair overleg zijn als ook een commissie incidentenoverleg waar ook vertegenwoordigers op directieniveau aanwezig zijn. Het besluit kan door een behandelcoördinator genomen worden maar ook door de directeur van de kliniek. De jurist heeft vaak maar niet altijd een adviesrol. Welke functionaris de feitelijke aangifte doet verschilt ook per kliniek. Kortom geen enkele kliniek is hetzelfde als het gaat om de processtappen die doorlopen worden bij het doen van aangifte.



## 6 Beoordeling regelgeving op helderheid en uitvoerbaarheid

### 6.1 Inleiding

Bij de implementatie van een nieuwe maatregel (zoals een wijziging in regelgeving) dient ook gekeken te worden naar de kwaliteit van de maatregel. Is deze helder, eenduidig en uitvoerbaar? (Zie ook paragraaf 3.2.4).

Er is geen onderzoeksvraag geformuleerd met betrekking tot de kwaliteit van de regelgeving. Wij beschouwen deze vraag als onderdeel van de bredere vragen naar de gewenste en ongewenste neveneffecten die zich in de praktijk voordoen (onderzoeksvraag 4b) en de gevolgen van deze neveneffecten voor het individu en in het algemeen (onderzoeksvraag 4h).

De onderzoeksresultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn primair gebaseerd op de interviews die met de juristen zijn gehouden. Aanvullend komen ook de hoofden behandeling aan het woord. Zij zijn (naast de juristen) met name bevraagd over de positie van het beroepsgeheim ten opzichte van de verplichting om aangifte te doen (paragraaf 6.4).

### 6.2 Regelgeving helder, eenduidig en juiste formulering?

We hebben aan de juristen van de FPC's gevraagd of de nieuwe regelgeving eenduidig is of dat er in de praktijk sprake is van een grijs gebied, multi-interpretabele situaties. Dezelfde vraag is ook aan de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT gesteld.

Enkele juristen geven aan dat de beschrijving van het besluit tot wijziging en de nota van toelichting (*Stb.* 2008, 222) helder en duidelijk is. Een meerderheid heeft op dit punt echter wel opmerkingen. Sommigen verwijzen naar de twee aspecten die reeds in paragraaf 4.7 zijn besproken. Dan gaat het om (1) de vraag of de regelgeving zowel voor de justitiële als voor de niet-justitiële klinieken geldt en (2) de vraag of de regelgeving alleen geldt voor tbs-patiënten met een verlofmachtiging of ook voor tbs-patiënten zonder verlofmachtiging. De klinieken die vragen hadden op deze punten hebben hierover contact gezocht met DJI. Dit heeft hun de gewenste duidelijkheid gegeven. Maar er zijn nog steeds klinieken waar onjuiste opvattingen hieromtrent leven. Binnen twee van de vier niet-justitiële klinieken is niet voor iedereen duidelijk dat de regelgeving voor hen alleen geldt als een tbs-gestelde zich buiten de inrichting bevindt (dus tijdens het verlof). Verder is bijna de helft van de juristen van de justitiële klinieken van mening dat de aangifteplicht alleen geldt voor tbs-gestelden met een verlofmachtiging. Dit laatste staat inderdaad in de nota van toelichting als zodanig verwoord, het feitelijk besluit tot wijziging van het Rvt geeft echter duidelijk aan dat de aangifteplicht geldt voor alle tbs-gestelden.

De hoofden behandeling van de niet-justitiële klinieken zijn blij met de beleidsruimte die zij nog steeds hebben om zelf te bepalen of ze aangifte willen doen.



De nota van toelichting heeft ook nog op een ander essentieel punt bij enkele geïnterviewde juristen tot verwarring geleid. In de nota van toelichting (p.5) wordt (summier) gesproken over het herleven van de machtiging als iemand ten onrechte als verdachte is aangemerkt. Een en ander is als volgt geformuleerd: *“Alleen in situaties waarin het openbaar ministerie meedeelt dat de betrokkene ten onrechte als verdachte is aangemerkt, herleeft de verlofmachtiging en behoeft geen nieuwe machtiging te worden aangevraagd”*. Dit is volgens deze juristen niet goed te rijmen met het feit dat de machtiging reeds van rechtswege is vervallen toen deze persoon als verdachte werd aangemerkt. Volgens de vertegenwoordiger van de directie Wetgeving gaat het hier echter om een, in het civiele recht, gebruikelijke rechtsfiguur: bij een vergissing of omissie geldt de aanname dat de omissie of vergissing niet is gemaakt en dat de verlofmachtiging dus nog steeds geldt. Dit wordt bevestigd door de expert op het gebied van het strafrecht die wij hierover hebben bevroegd. Hij geeft wel aan dat dit alleen geldt als iemand ten onrechte als verdachte is aangemerkt. Dat is niet hetzelfde als vrijspraak. Het is ook niet gelijk aan een sepot. Een zaak kan namelijk op verschillende gronden worden geseponeerd. Een sepot met de code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt) voldoet wel.

### 6.3 Regelgeving uitvoerbaar?

Het lastigste punt met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de regelgeving betreft de constructie ‘als verdachte aanmerken’. In de toelichting staat aangegeven dat de verlofmachtiging vervalt op het moment dat het OM contact opneemt met het hoofd van de tbs-inrichting om te melden dat de betrokkene *als verdachte wordt aangemerkt*. Dit is in de praktijk geen duidelijk markeringsmoment in het justitieel proces. Uit de interviews komt naar voren dat er in de praktijk wordt gewerkt met het moment dat het OM aan de kliniek meldt dat is besloten is om tot vervolging over te gaan. Maar er worden ook vragen over gesteld. Bijvoorbeeld door de jurist die stelt: *“het moment van het vervallen van rechtswege is nog steeds onduidelijk: is dat de datum van beslissing door OM wat er gebeurt met de verdachte of niet. Dit hangt af van welk criterium voor het aanmerken als verdachte wordt aangehangen: het materieelrechtelijke of het formeelrechtelijke”*.<sup>32</sup> Overigens komt het ook voor dat niet het OM maar de politie laat weten (na overleg met het OM) dat de aangifte niet verder wordt onderzocht omdat er bijvoorbeeld onvoldoende bewijs is.

Door een aantal juristen zijn verder ook opmerkingen gemaakt over het feit dat de uitvoering van de regelgeving ook voor hen in de praktijk minder gemakkelijk is dan het lijkt. We geven enkele voorbeelden.

- Bij het antwoord op de vraag of voorlopige hechtenis is toegelaten speelt de kwalificatie van een gebeurtenis een rol. Bijvoorbeeld: is het opzettelijke brandstichting (wel voorlopige hechtenis toegelaten) of is het brand door schuld (geen voorlopige hechtenis toegelaten).
- Wat te doen met een incident dat bestaat uit meerdere feiten. Een van de geïnterviewden geeft het voorbeeld van een patiënt die een kopje gegooid heeft met het doel iemand te raken en het

<sup>32</sup> Het gaat hier om het onderscheid tussen art. 27 lid 1 Sv (materieel: verdachte uit feiten en omstandigheden schuldig aan eenig strafbaar feit) en art 27 lid 2 Sv (formeel: degene tegen wie de vervolging is gericht).



kopje vliegt door de ruit. Is dat een poging tot mishandeling of vernieling? En is het een voorlopig hechtenis waardig feit? De politie haakt vaak af bij dit soort vragen, er moet dan overlegd worden met de hulpofficier. De kliniek neemt dan zelf maatregelen conform de eigen huisregels/protocollen, aldus deze geïnterviewde.

- Wat dient er te gebeuren bij een klachtdelict? Men heeft dit nog niet meegemaakt maar de vraag leeft wel bij sommige juristen.

Meer in het algemeen wordt de weging van agressie en verbaal geweld als lastig punt genoemd. Dit soort gedrag vindt in de dagelijkse praktijk vaak plaats, zeker op een agressie-afdeling. Het bepalen van de grens van wat wel en wat niet meer getolereerd wordt, blijft een lastig punt. Een van de juristen geeft aan dat zij hiervoor binnen hun kliniek bepaalde normen willen gaan aanleggen. Dat betekent dat de uitkomsten van de wegingen die in het gezamenlijk overleg worden gemaakt, zullen worden vastgelegd.

#### *Aangifte doen van feiten die men niet zelf heeft gezien*

Een andere opmerking ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de regelgeving heeft betrekking op het feit dat in de nota van toelichting wordt gesteld dat er ook aangifte gedaan moet worden als er tijdens het verlof iets gebeurt. Daar zijn echter meestal geen medewerkers van de kliniek bij aanwezig. De kliniek moet dus aangifte doen van een incident dat men uit de tweede hand heeft vernomen. Hoe daarmee om te gaan? Dit wordt extra lastig als het slachtoffer zelf geen aangifte wil doen zodat de kliniek aangifte moet doen van iets dat zij niet zelf hebben gezien. Bijvoorbeeld een patiënt heeft zijn vriendin geslagen en de vriendin wil geen aangifte doen. De politie kan vaak weinig met dit soort aangiften, zo wordt gesteld.

Ook meer algemeen wordt door verschillende juristen de vraag gesteld wat te doen met incidenten van horen zeggen, dus conflicten die onderling plaatsvinden buiten het zicht van de medewerkers?

Hiervoor zijn geen richtlijnen. Sommige juristen (en hoofden behandeling) geven aan dat zij in dergelijke situaties zelf geen aangifte doen. Anderen gaan ervan uit dat zij een feit niet zelf gezien hoeven te hebben, maar maken wel een eigen inschatting van de betrouwbaarheid van hetgeen het slachtoffer vertelt. Enkele geïnterviewde hoofden behandeling laten weten dat er afspraken met het ministerie zouden zijn dat zij geen aangifte hoeven doen van incidenten tussen patiënten waar zij zelf geen getuige van zijn geweest. We hebben echter geen (mondelijke of schriftelijke) bevestiging gevonden dat dergelijke afspraken gemaakt zouden zijn.

#### *De onmogelijkheid om twee keer aangifte te doen van hetzelfde feit*

Als antwoord op de vraag naar onduidelijkheden in de regelgeving, is ook naar voren gebracht dat de regelgeving onduidelijk is in situaties waar het slachtoffer al aangifte heeft gedaan. De kliniek zou dan niet zelf ook nog aangifte kunnen doen. Wat betekent dit voor de verplichting van de kliniek om aangifte te doen? We hebben deze vraag ook expliciet aan de juristen gesteld. Verschillende juristen herkennen het knelpunt van de dubbele aangifte. Zij wilden ook aangifte doen als een patiënt (slachtoffer) al aangifte heeft gedaan maar de politie bood hen daarvoor niet de mogelijkheid. Sommigen maken wel het voorbehoud dat het knelpunt van de 'dubbele aangifte' alleen aan de orde is als het om feiten gaat die door medewerkers van de kliniek ook zelf geconstateerd zijn.



Niet alle klinieken ervaren het feit dat zij zelf geen aangifte kunnen doen als het slachtoffer dit al heeft gedaan, als een knelpunt. Er zijn zelfs klinieken waar het beleid is dat eerst wordt nagegaan of een patiënt aangifte wil doen. Pas als dat niet zo is doet de kliniek aangifte. Ook geeft een van de geïnterviewden aan dat zij, in situaties waar medewerkers van de kliniek het feit zelf ook hebben gezien, het voldoende vinden als getuige gehoord te worden (in plaats van zelf aangifte te doen).

Een enkeling heeft over het knelpunt van de 'dubbele aangifte' de Verlofunit tbs geraadpleegd. Deze huldigt, net als sommige klinieken, het standpunt dat een aangifte van een patiënt ook volstaat en de kliniek ontslaat van de verplichting zelf aangifte te doen. Het wordt dan pas lastig als een patiënt zijn verklaring intrekt, de kliniek vervolgens wel aangifte had willen doen maar niet is geïnformeerd over de intrekking door de politie. Zie hieronder.

#### *Aangiften door derden*

Er leven ook vragen over de consequenties van aangiften die door derden zijn gedaan. De kliniek is dan geen partij. Er is voor dit soort situaties niet geregeld dat zij op de hoogte worden gebracht indien er aangifte wordt gedaan tegen een tbs-gestelde met een verlofmachtiging. De kliniek zal hier dus niet altijd van op de hoogte zijn en kan dan dus ook geen maatregelen nemen met betrekking tot het verlov. Als dit wel bekend wordt binnen de kliniek en de kliniek onderschrijft deze aangifte niet, bijvoorbeeld omdat zij hier zelf geen getuige van zijn geweest, moeten zij dan toch het verlov opschorten totdat duidelijk is of het OM heeft besloten tot vervolging over te gaan? Dat kan immers erg lang duren, wordt door een van de geïnterviewden naar voren gebracht.

Hoe ingewikkeld het kan worden laten we zien aan de hand van de volgende casusbeschrijving van een van de juristen. Zij vraagt zich af wat de status is van de verlofmachtiging bij een artikel 12 Sr procedure? *“Wij hebben een patiënt tegen wie aangifte is gedaan (dader) door een medepatiënt (slachtoffer). De “dader” heeft inmiddels verlov. Ten aanzien van de aangifte die eerder tegen hem gedaan is, is na een lange weg besloten om niet te gaan vervolgen. Hier kwamen wij overigens bij toeval achter (ook dat er überhaupt een aangifte speelde) want de patiënten hadden ons niets verteld, ook niet dat de aangifte liep. Omdat wij geen partij waren word je dan verder ook door niemand anders geïnformeerd. In dit geval wilden wij een tijd nadat dit speelde, verlov aanvragen voor “de dader” en wij wilden het sepot daarom op papier hebben, toen we er eenmaal van wisten. Of we dat dan ook gekregen hadden weet ik niet... want wij zijn geen partij in de ogen van politie en OM maar zover kwam het niet eens want toen bleek dat het slachtoffer een art. 12 Sr procedure had aangespannen, wat dus wil zeggen dat de beslissing van niet vervolgen is aangevochten. Wij hebben dit duidelijk gemaakt aan het ministerie en toch het verlov aangevraagd en wij hebben het verlov ook gekregen Maar ik vraag me nu eigenlijk af: staat het eigenlijk ergens of hoe zit het nu echt in zo'n geval?”*

#### *De verplichting om binnen 24 uur aangifte te doen*

Het lukt niet altijd om aan de verplichting te voldoen dat binnen 24 uur aangifte moet zijn gedaan. Dat heeft te maken met de procedures bij de politie voor het doen van aangifte maar ook met de gang van zaken binnen de kliniek. Wat betreft het opschorten van de verlofmachtiging wordt er direct gehandeld maar voorafgaand aan het doen van aangifte moet toch gebeuren wat is vastgelegd in het protocol





(afwegen en met elkaar bespreken). Dit lukt vaak niet binnen 24 uur. Waarom kan er binnen de regelgeving geen onderscheid gemaakt worden tussen intrekken verlov (direct) en aangifte doen (wat meer tijd), wordt door een van de geïnterviewden gesuggereerd. Ook een jurist van een kliniek met een elektronische procedure om aangifte te doen, dus een snelle procedure, geeft aan dat het lastig is om aan de termijn te voldoen. Zij schetst het volgende beeld. *“Medewerkers zijn zich soms niet bewust dat er een strafbaar feit is gepleegd waarvan aangifte gedaan moet worden, dus dan gaan er al heel wat uren voorbij. Dan wordt dat opgemerkt en wordt het verlov direct aangehouden, maar er moeten dan nog veel formaliteiten volgen. Incidentenoverleg, besluit nemen, aangifte invullen (allerlei gegevens moeten verzameld en op schrift gesteld worden en dit is belangrijk want je moet feitelijk blijven (beroepsgeheim) en dat vergt aandacht), soms zit je nog met het slachtoffer (bijv. patiënt of medewerker) die het eigenlijk niet wil of die je het niet kan vragen (wanneer die bijvoorbeeld naar het ziekenhuis is voor fysieke schade), niet dat je dan geen aangifte doet maar het zou fijn zijn als je wat ruimer in de tijd zou zitten om die dingen zorgvuldig te kunnen doen”.*

#### **6.4 De verplichting tot aangifte versus het beroepsgeheim/verschoningsrecht?**

Binnen een aantal inrichtingen is de vraag hoe de aangifteplicht zich verhoudt tot het beroepsgeheim regelmatig onderwerp van discussie. Desondanks zegt het merendeel van de juristen en hoofden behandeling dat ze hier in de praktijk wel mee om kunnen gaan. Zij huldigen het standpunt dat bij het doen van aangifte alleen feitelijk mag worden verteld wat er is gebeurd. Er wordt dus geen informatie gegeven over de delictgeschiedenis of de behandeling. Ook ligt het niet op de weg van de kliniek om de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid van de patiënt tijdens het plegen van het delict te beantwoorden. Het doen van aangifte versus het beroepsgeheim wordt voor hen pas echt een probleem als een patiënt in een vertrouwelijke setting (zoals een gesprek met de psychiater) een delict uit het verleden bekent. Dan moet er een afweging gemaakt worden tussen het maatschappelijk belang (is er sprake van acuut gevaar) en het beroepsgeheim. De verplichting tot aangifte zoals vastgelegd in de artt. 53 en 57 Rvt heeft echter betrekking op huidige delicten.

Er zijn ook geïnterviewden die hier anders tegenaan kijken. Dan gaat het in de eerste plaats om enkele geïnterviewden die aangeven dat het beroepsgeheim ondergeschikt is aan de wettelijke plicht om aangifte te doen. Sommige klinieken die ervan uitgaan dat de regelgeving niet van toepassing is op patiënten zonder verlovmachtiging en er dus geen wettelijke plicht tot aangifte is voor deze groep, laten het beroepsgeheim een belangrijke rol spelen in de afweging om wel of geen aangifte te doen. Deze afweging om wel of geen aangifte te doen gegeven het beroepsgeheim, moet volgens sommigen altijd expliciet gemaakt worden en intern worden vastgelegd.

Tenslotte is er één jurist die laat weten dat binnen hun kliniek de opvatting leeft dat de verplichting tot aangifte en het beroepsgeheim niet met elkaar te verenigen zijn.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Dit is een onjuiste opvatting. In boek 7 BW (Wgbo) is namelijk geregeld dat de aangifteplicht prevaleert boven het beroepsgeheim.



Verder signaleren sommige geïnterviewden in de praktijk dilemma's tussen de (terechte) opstelling van de klinieken om alleen feitelijke informatie te verstrekken en de verwachting van de politie. Een van hen verwoordt dit knelpunt als volgt: ... *"het zou ook kunnen dat wij een delict vanuit een psychose verklaren maar dat kan je niet vertellen want dat is behandelinformatie, maar de aangifte moet je wel doen..... Het OM wil overigens wel van ons, dat wij die behandelinformatie en visie ook verstrekken. Algemeen mededelen dat we zo'n afweging maken zonder verder iets te zeggen, doen we nu. Maar het OM .... staat er naar mijn idee meer zo in: jullie doen aangifte en willen dus blijkbaar dat er iets mee gedaan wordt maar zwijgen vervolgens in alle talen over de relatie met stoornis, toerekeningsvatbaarheid et cetera terwijl jullie wel een kliniek zijn vol psychologen en psychiaters. .... Ik van mening ben dat wij vanwege ons beroepsgeheim geen enkele informatie mogen verstrekken buiten de feitelijke informatie, ook als we als getuigen gehoord worden, en dat ze zelf maar onderzoekers (dus deskundigen die rapporteren pro justitia) op de zaak moeten zetten om te achterhalen wat de relatie met de stoornis was om tot het besluit tot wel of niet veroordelen te komen. Maar dat valt niet helemaal in goede aarde. ... Misschien kan het ministerie daar ook wat mee. Dat ze wel beseffen dat als je een aangifteplicht hebt, de politie ook een plicht heeft om te onderzoeken en het OM vervolgens om te beslissen en dat dit op basis van goede informatie moet gebeuren. En bij dit soort patiënten is een onderzoek naar relatie tussen stoornis en delict vaak heel erg gewenst om hier echt iets goed onderbouwd over te kunnen zeggen. Dat kost veel geld en tijd en gebeurt nu vaak niet".*

## 6.5 Samenvatting en conclusies

### *(On)gewenste (neven)effecten en de gevolgen*

De beoordeling van de regelgeving op helderheid, eenduidigheid en uitvoerbaarheid, levert een aantal knelpunten of ongewenste neveneffecten op. Er is sprake van respectievelijk tegenspraak tussen het besluit en de nota van toelichting en een onjuiste opvatting op de volgende punten:

- De reikwijdte van de regelgeving: alleen voor tbs-gestelden met verlofmachtiging of voor alle tbs-gestelden?
- De mogelijkheid van het herleven van de verlofmachtiging als blijkt dat de tbs-gestelde ten onrechte als verdachte is aangemerkt.

Met name dit laatste punt raakt aan de essentie van de regelgeving namelijk volstreekte helderheid geven over het moment dat de verlofmachtiging van rechtswege vervalt. We hebben bij de afname van de interviews ook gemerkt dat de opvatting dat een verlofmachtiging niet meer kan herleven als later blijkt dat iemand ten onrechte als verdachte werd aangemerkt, breed leeft.

Over de reikwijdte van de regelgeving bestaat ook nog onduidelijkheid. Klinieken die zich met vragen tot de Verlofunit tbs hebben gewend hebben echter inmiddels wel de gewenste duidelijkheid verkregen. Dat geldt ook voor het vraag of de regelgeving alleen voor de justitiële klinieken geldt of ook voor de niet- justitiële klinieken. De verwarring die op dit punt ontstond is overigens niet toe te schrijven aan onduidelijkheid in het besluit of de toelichting van 2008 (of 2005).



Ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de regelgeving zijn ook enkele knelpunten genoemd. Het moment dat iemand als verdachte wordt aangemerkt door het OM blijkt in de praktijk een lastig te onderscheiden moment. Het moment dat wordt besloten om tot vervolging over te gaan is wel een gangbaar moment in de justitiële afhandeling. We zien dan ook dat de terugkoppeling naar de kliniek in de praktijk wordt verschoven naar het moment van de vervolgingsbeslissing. Daarmee schuift het moment dat de verlofmachtiging vervalt of herleeft dus ook op. Dit leidt ertoe dat er geseponeerd kan worden en de verlofmachtiging herleeft terwijl het wel mogelijk is dat de tbs gestelde terecht als verdachte is aangemerkt (en er een andere reden was voor het niet vervolgen van de tbs-gestelde).

Het leidt er ook toe dat, als de tbs-gestelde wordt vrijgesproken, dit in beginsel niet betekent dat de verlofmachtiging herleeft. Dit is alleen het geval als de zaak wordt afgedaan met een sepot met code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt). Dergelijke constructies zijn lastig te begrijpen voor de klinieken en zeker voor de tbs-gestelden.

De juristen van de tbs-klinieken stuiten bij de uitvoering van de regelgeving ook op verschillende juridische en inhoudelijke knelpunten waarvoor klinieken elk hun eigen oplossingen kiezen.

- Het is soms lastig om te bepalen welk delict van toepassing is; dat is echter wel nodig om te bepalen of er sprake is van voorlopige hechteniswaardigheid.
- Hoe om te gaan met feiten die men niet zelf heeft gezien?
- Hoe om te gaan met de verplichting om aangifte te doen als reeds aangifte is gedaan?
- Hoe geïnformeerd blijven over de afhandeling van zaken waarin de kliniek geen partij is omdat zij zelf geen aangifte heeft gedaan?

Meer in het algemeen wordt de weging van agressie en verbaal geweld als lastig punt genoemd, zeker op een agressie-afdeling. Het bepalen van de grens van wat wel en niet meer getolereerd wordt, blijft een lastig punt. De suggestie is gedaan om hiervoor normen te gaan aanleggen door de uitkomsten van de wegingen die in het gezamenlijk overleg worden gemaakt, vast te leggen.

Een van de drie concrete aanscherpingen van de regelgeving die in 2008 zijn doorgevoerd, betreft de verplichting om binnen 24 uur aangifte te doen. Dit blijkt in de praktijk niet altijd haalbaar omdat het de nodige tijd vraagt om een en ander goed voor te bereiden.

Tenslotte levert het beroepsgeheim ook knelpunten op bij de uitvoering van de regelgeving. Er wordt binnen de klinieken verschillend gedacht over het beroepsgeheim versus de aangifteplicht. De meeste hoofden behandeling en juristen huldigen het standpunt dat zij vanuit hun beroepsgeheim alleen feitelijke informatie mogen verstrekken over hetgeen is gebeurd. Dat betekent dus dat zij geen uitspraken mogen doen over de invloed van de stoornis op het delict. Dat spoort niet met de verwachting van de politie en kan daarom tot onvrede of onbegrip leiden in de samenwerking tussen beide partijen. Zie ook paragraaf 9.4. Verder leeft binnen één kliniek de (onjuiste) opvatting dat het beroepsgeheim en de verplichte aangifte niet met elkaar te verenigen zijn. Er zijn echter ook geïnterviewden die het standpunt huldigen dat het beroepsgeheim ondergeschikt is aan de regelgeving. Dit laatste is conform art. 7:457 lid 1 BW, dat het medische beroepsgeheim regelt en in de laatste volzin van het eerste lid aangeeft dat *de verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van*



*de beperkingen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht. Art. 53 Rvt is een dergelijke verplichting krachtens de wet.*



## 7 De uitvoering van de regelgeving

### 7.1 Inleiding

Eerst beschrijven we twee belangrijke aspecten van de uitvoering: (1) de doorlooptijd van de justitiële afhandeling en (2) de ruimte die de regelgeving biedt om maatwerk te leveren (paragraaf 7.2 en 7.3). De resultaten die in deze paragrafen worden beschreven, dragen bij aan beantwoording van onderzoeksvraag 2b en 2g, de vragen naar de gewenste en ongewenste neveneffecten en de gevolgen daarvan voor het individu en meer in het algemeen.

In paragraaf 7.4 geven we de overwegingen van de hoofden behandeling weer om wel of geen aangifte te doen. Tenslotte wordt aan de hand van een aantal concrete cases beschreven hoe de afweging van de hoofden behandeling om wel of geen aangifte te doen in de praktijk uitwerkt (paragraaf 7.5). De resultaten die in dit tweede deel van dit hoofdstuk worden beschreven geven antwoord op twee onderzoeksvragen (2e en 2f). Deze luiden als volgt:

- Van welke voorvallen wordt daadwerkelijk aangifte gedaan en hoe vaak? Is er sprake van een grijs gebied, en zo ja, waaruit bestaat dit?
- Wat zijn de overwegingen van de verschillende betrokkenen om al dan niet aangifte te doen en hoe vaak komen die voor?

Het merendeel van de resultaten die in die in dit hoofdstuk worden beschreven is ontleend aan de interviews die met de hoofden behandeling zijn gehouden. De juristen zijn met name bevraagd over de doorlooptijd van de justitiële afhandeling bij politie en OM (paragraaf 7.2).

### 7.2 De doorlooptijd van de justitiële afhandeling

Een groot deel van de geïnterviewde juristen en hoofden behandeling is van mening dat de ketensamenwerking met politie en met name het OM een groot knelpunt vormt in de uitvoering van de regelgeving. Drie klinieken maken melding van goede afspraken en/of een convenant. Hier loopt de samenwerking beter.

Voor enkele hoofden behandeling is dit het enige knelpunt, voor anderen (juristen en hoofden behandeling) het grootste knelpunt. In de toelichting bij het besluit (tot wijziging van de regelgeving) van 2008, wordt benadrukt dat het van groot belang is dat het OM zo spoedig mogelijk na de aangifte meedeelt aan het hoofd van de inrichting of de tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt. In de praktijk duurt het vaak maanden voor er duidelijkheid is over de aangifte en dus over het verlof. Dat heeft te maken met onbekendheid bij de politie van het feit dat een kliniek aangifte kan, ja zelfs moet doen. Men heeft de ervaring dat de politie niet begrijpt waarom een kliniek aangifte komt doen. Het OM geeft geen prioriteit aan dit soort zaken omdat de patiënt vastzit en er dus geen gevaar vormt. Daar komt bij, aldus enkele geïnterviewde juristen, dat ongeacht of er vanuit de Rvt verplicht aangifte wordt



gedaan of vanuit een andere overweging, de politie regelmatig niet uit de voeten kan met een aangifte door een ander dan het slachtoffer.

Zolang het OM niet laat weten of het tot vervolging overgaat, blijft het verlov opgeschort en kan de patiënt niet naar buiten. Patiënt en kliniek weten niet waar ze aan toe zijn en het behandeltraject stagneert. Als het vanuit behandel-inhoudelijk oogpunt niet passend is om een patiënt zo lang binnen te houden, betekent het lange wachten ook een verspilling van overheidsgeld.

Om de gewenste duidelijkheid te krijgen moet de kliniek er soms zelf achteraan, zeker als de aangifte in een ander arrondissement is gedaan. Sommige hoofden behandeling benadrukken dat het in de praktijk een omslachtige procedure is geworden die ook nog weinig oplevert omdat er vaak een sepot volgt. De woorden "bureaucratisch" en "onwerkbaar" zijn in dit verband gebruikt.

Geïnterviewden geven unaniem te kennen dat er sneller duidelijkheid moet komen vanuit politie of OM over het wel of niet vervolgen. Dat is ook voor het verlengingsadvies van belang. Bij een verlenging van een verlofmachtiging is een rechter betrokken die het dossier leest en vragen gaat stellen over de aangifte. Daarover kan dan geen duidelijkheid gegeven worden. Als een rechter vervolgens oordeelt dat het resocialisatietraject verder moet gaan, wordt dat lastig aangezien het verlov nog is opgeschort. Sommige geïnterviewden hebben goede hoop dat het beter zal gaan nu er vaste contactpersonen zijn voor de klinieken, bij politie en OM (zie ook paragraaf 4.7).

### 7.3 Voldoende mogelijkheden voor maatwerk?

Met de aanscherping van de regelgeving werd beoogd dat het moment waarop de verlofmachtiging vervalt voor alle klinieken duidelijk is en dat er geen variatie meer is tussen de klinieken op dit punt. Dat betekent dat er geen ruimte meer is voor de klinieken om hun eigen afwegingen te maken. Dit is de essentie van de regelgeving en tegelijkertijd ook het grootste knelpunt voor de klinieken. Daarbij dient onderscheid gemaakt te worden naar (1) de aangifteverplichting zelf en (2) de gevolgen van de verplichting. Bij dit laatste gaat het om drie pijnpunten die onderling wel samenhangen:

- De lange wachttijd tot duidelijk is wat het OM heeft beslist.
- Het feit dat meestal een sepot volgt of een (te) lichte afhandeling.
- Het feit dat de verlofmachtiging altijd moet worden opgeschort (en dit vaak ook nog onnodig lang duurt) en het sinds 1 januari 2011 altijd een jaar duurt voordat een nieuwe verlofmachtiging mag worden aangevraagd (als deze van rechtswege is vervallen).

#### *De verplichting tot aangifte doen is te ongenueanceerd*

Enkelen geïnterviewden hebben kritische opmerkingen die primair de verplichting om aangifte te doen, betreffen. Zij stellen dat aangifte doen niet altijd een effectieve manier is om het delictgedrag aan te pakken. Bepaald gedrag kan ook een terugval in de behandeling betekenen. Een gedraging kan ook voortkomen uit de stoornis waarvoor reeds forensische behandeling wordt geboden. De hele procedure van aangifteplicht tot en met verval verlofmachtiging et cetera, is dan contraproductief, voegt dan niets toe, zo wordt gezegd.



Er is ook gezegd dat de kliniek zelf soms effectievere manieren heeft om met normoverschrijdend gedrag van patiënten om te gaan. Een kliniek kan, bij een actieve verlofmachtiging, zelf besluiten tijdelijk geen verlot toe te kennen in het kader van een disciplinaire maatregel of de dader tijdelijk separeren. Andere voorbeelden van eigen maatregelen zijn: de schade laten betalen door de dader of het gedrag intern bespreken bijvoorbeeld door een gesprek te organiseren tussen dader en slachtoffer, gericht op herstel van de relatie.

In dit kader past ook de opmerking van een van de hoofden behandeling die stelt dat in de samenleving ook niet van alle strafbare feiten aangifte wordt gedaan. *“Als iemand iets wordt aangedaan door zijn buurman (bijvoorbeeld een bedreiging) dan doe je ook niet altijd aangifte maar kan je er ook voor kiezen om de zaak niet verder te laten escaleren of om te zoeken naar een mogelijkheid om het anders op te lossen”*. Deze ruimte zou er in een kliniek ook moeten zijn, aldus deze geïnterviewde.

#### *De gevolgen van het aangifte doen zijn te ongenueanceerd*

Een grotere groep benadrukt de ongenueanceerde *uitwerking* van de verplichte aangifte. Dat zijn bijvoorbeeld de geïnterviewden die aangeven dat ook als het om relatief kleine feiten gaat, de behandeling stil staat zolang het OM niet heeft laten weten of tot vervolging wordt overgegaan. Er zijn voorbeelden genoemd van gevallen waarbij sprake was van wachttijden tot negen maanden. Met name de gevolgen voor patiënten met transmuraal en onbegeleid verlot zijn, volgens verschillende geïnterviewden, disproportioneel. Alle tijd en energie die is besteed aan begeleiding naar werk en huisvesting voor patiënten met transmuraal verlot, is dan voor niets geweest. *“Dat is een grote verspilling van tijd en van gemeenschapsgeld. Huisvesting en werkvoorziening kunnen geen zes maanden wachten op afhandeling van een aangifte. De plek is leeg en wordt dus opgevuld door een ander en je moet later weer opnieuw beginnen met deze patiënt”*.

Hoewel het in de praktijk weinig voorkomt dat het OM besluit om tot vervolging over te gaan, vinden verschillende geïnterviewden met name de laatste aanscherping (dat een jaar lang geen nieuwe verlofmachtiging mag worden aangevraagd als de machtiging van rechtswege is vervallen) veel te streng. Een jaar lang geen verlot is meer dan een jaar lang stagnatie van de behandeling.<sup>34</sup>

Het opschorten van het verlot kan extra ongunstig uitpakken voor patiënten waarvan de verlofmachtiging afloopt op het moment dat er ook een aangifte loopt. Een verlofmachtiging wordt altijd voor één jaar afgegeven. Elk jaar moet dus opnieuw een machtiging worden aangevraagd. Als er op dat moment een aangifte loopt dan wordt geen nieuwe verlofmachtiging afgegeven. Als later blijkt dat er geen vervolging wordt ingesteld dan kan de oude verlofmachtiging niet herleven maar moet alsnog een nieuwe verlofmachtiging worden aangevraagd. Een dergelijke aanvraag heeft een doorlooptijd van circa 3 maanden. Volgens de geïnterviewde vertegenwoordiger van het AVT komt het voor dat een kliniek in een dergelijke situatie toch een nieuwe verlofmachtiging aanvraagt. Het Adviescollege maakt dan een eigen afweging. Als het om een klein feit gaat, kan een nieuwe verlofmachtiging worden afgegeven die dan in kan gaan als de lopende opschorting van het verlot vervalt.

---

<sup>34</sup> Deze laatste aanscherping valt strikt genomen buiten de onderhavige evaluatie.



Een punt van onvrede is ook dat het verlies van verlof *altijd* plaatsvindt en dus niet aan het delict gerelateerd is, dat wil zeggen niet gekoppeld is aan het indexdelict. Tenslotte is er kritiek op de aard van de afhandeling. Hiermee worden verkeerde signalen afgegeven. Vaak gaat het om relatief lichte zaken die vervolgens worden geseponeerd, maar de hele gang van zaken heeft wel grote invloed gehad op de behandeling. Men vraagt zich af waar alle moeite dan voor is geweest. Maar de afhandeling kan volgens sommige geïnterviewden ook te licht uitvallen. Er wordt ook geseponeerd omdat iemand al een tbs heeft. Ook dat is geen goed signaal naar de patiënt. De regelgeving wordt daardoor ongeloofwaardig. Er zou bijvoorbeeld vaker gekozen kunnen worden voor een schuldigverklaring zonder strafoplegging, aldus een van de geïnterviewden. Het feit dat in ernstige zaken (als bezit van kinderporno en een moedwillige mishandeling van een medepatiënt) vaak wordt volstaan met een lichte straf wordt ook een kwalijke zaak genoemd. Hier leert een tbs-gestelde niets van, zo wordt gezegd.

#### 7.4 Overwegingen om wel of geen aangifte te doen

We hebben aan de hoofden behandeling gevraagd wat overwegingen zijn om wel of niet aangifte te doen van strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten.<sup>35</sup>

Twee van de tien hoofden laten weten dat altijd aangifte wordt gedaan omdat dit nu eenmaal verplicht is. De overige acht geïnterviewden hebben een aantal overwegingen genoemd (tabel 1).

Tabel 1: Overwegingen om wel of geen aangifte te doen

FPC	Overwegingen
1	We maken zorgvuldige eigen afweging. Bij fysiek letsel altijd. Bij andere feiten wordt gekeken naar de fase behandeling, de stoornis van de patiënt, de aard van de problematiek en de omvang van de schade. Ook naar de politie toe willen we laten zien wanneer het om ernstige feiten gaat.
2	Overwegingen zijn: de aard van de stoornis, de impact van het delict op de staf en de houding van de patiënt na het incident. Als er geen verlof machtiging is, zijn we minder snel geneigd om aangifte te doen.
3	Overwegingen zijn: de ernst van het delict en de aard van het delict, dat wil zeggen gaat het wel of niet om het indexdelict. Daarbij is de vraag of iemand gestraft moet worden voor een delict waar hij al voor vast zit. De verplichting tot aangifte weegt heel zwaar.

<sup>35</sup> In dit verband dient ook te worden opgemerkt dat geïnterviewden van twee klinieken melding maken van het feit dat er afspraken zouden zijn gemaakt met het ministerie (via een brief of via het LBHIV). Deze afspraken betreffen enige beleidsruimte die aan de klinieken zou zijn gegeven om zelf afwegingen te maken om wel of geen aangifte te doen. Het gaat dan om lastig te beoordelen situaties zoals incidenten tussen patiënten waar geen getuigen bij aanwezig zijn geweest en onbedoelde agressie (iemand die in paniek om zich heenslaat en per ongeluk een ander raakt). Wij hebben echter geen bevestiging gevonden dat dergelijke afspraken inderdaad zijn gemaakt.





Vervolg tabel 1: Overwegingen om wel of geen aangifte te doen

4	Overwegingen zijn: de ernst van de schade en wel/ geen fysieke schade; de ernst van ervaren gevoelens van bedreiging door personeel; de eigen verwijtbaarheid van de kliniek; de aard van de stoornis. Ook de verwachte reactie van de politie speelt een rol. Bij een verlofmachtiging wordt kritischer gekeken naar het feit of men het feit zeker weet. De gevolgen kunnen dan groter zijn.
5	Overwegingen zijn: de aard van de stoornis: hoe zeker de patiënt hoe minder snel aangifte, hoe meer een patiënt zelf kan bedenken dat hij verantwoordelijk is hoe sneller aangifte; de meerwaarde van opbouw van een dossier. De afweging ligt in het behandelperspectief versus de veiligheid van ieder binnen de kliniek.
6	Overwegingen zijn: de rol van de ziekte/ stoornis; de ernst van het feit; de doelmatigheid (voegt aangifte iets toe) en de zekerheid over het feit. Bij verlofmachtiging eerder aangifte.
7	Overwegingen zijn: altijd bij fysiek letsel (maar er blijft wel een grijs gebied); het feit dat de politie met een aangifte een dossier opbouwt; een aangifte moet een toegevoegde waarde bieden. Bij een verlofmachtiging wordt altijd aangifte gedaan
8	Overwegingen zijn: de ernst van het delict; de aard van het delict (altijd bij agressie en doelgerichte bedreiging). Wel of geen verlofmachtiging speelt geen rol.

Elke geïnterviewde noemt een eigen samenspel van overwegingen maar we zien dat bepaalde aspecten wel vaak terugkeren. Dan gaat het om de ernst en aard van het delict, de schade of het letsel van het delict en de aard en ernst van de stoornis. Over de aanwezigheid van een verlofmachtiging als factor om wel of geen aangifte te doen wordt ook wisselend gedacht.

- 4 van de 10 geïnterviewden vinden de verlofmachtiging geen factor van betekenis;
- 4 van de 10 geïnterviewden geven aan dat altijd of vaker aangifte volgt bij een verlofmachtiging;
- 1 geïnterviewde doet bij aanwezigheid van een verlofmachtiging juist minder snel aangifte;
- 1 geïnterviewde weet de vraag niet te beantwoorden.

## 7.5 De casebeschrijvingen

De geïnterviewde hoofden behandeling hebben voorafgaand aan het interview elk twee casebeschrijvingen toegestuurd gekregen. Het betrof cases die door de klinieken zelf, de afgelopen maanden, als bijzonder voorval aan het ministerie zijn gemeld. De Verlofunit tbs heeft geconcludeerd dat van deze cases ten onrechte (nog) geen aangifte was gedaan en de betreffende kliniek middels een brief verzocht om alsnog aangifte te doen. De volledige casebeschrijvingen zijn opgenomen in bijlage 3.

Elke case is door minimaal twee en maximaal vier hoofden behandeling beoordeeld op de vraag of men wel of geen aangifte zou doen. In totaal hebben 9 hoofden behandeling aan dit deel van het interview meegewerkt. De beoordelingen zijn in tabel 2 weergegeven. De eerste beoordeling van een case is steeds afkomstig van een hoofd behandeling werkzaam binnen de kliniek die de case als bijzonder voorval bij het ministerie heeft gemeld.



Tabel 2: Beoordeling zes cases op wel/ geen aangifte door de klinieken

FPC	Omschrijving cases en afwegingen om wel of geen aangifte te doen	Aangifte?
<b>Case 1: Seksueel overschrijdend gedrag van patiënt buiten kliniek.</b>		
1	Eerst met patiënt gesproken en nagegaan of verhaal aannemelijk is. Op basis zorgvuldige afweging: fase behandeling, aard stoornis en toegebrachte schade vervolgens aangifte gedaan	Ja
2	Is toegegeven door dader; wegens ernst delict geen twijfel over aangifte	Ja
3	Is toegegeven door dader; wegens ernst delict geen twijfel over aangifte	Ja
<b>Case 2: Onenigheid tussen patiënten loopt uit op vechtpartij met wederzijdse verantwoordelijkheid. Patiënt 1 loopt stijve knie op en patiënt 2 heeft kras in gezicht. OM adviseert om geen aangifte te doen.</b>		
1	Op basis advies OM: Patiënt teruggeplaatst naar gesloten unit. Patiënt krijgt spannings-regulatiegesprekken en er worden afspraken gemaakt over voorwaarden voor hervatten verlof	Nee
2	Melding bij politie ongeacht of betrokkenen daaraan mee willen werken. Politie houdt aangifte waarschijnlijk af maar er komt waarschijnlijk wel een mutatie in politieregistratiesysteem	Ja
3	Geen aangifte anders kan je wel bezig blijven	Nee
4	Hiervoor gaan we niet naar politie. Ook onduidelijk wie slachtoffer en wie dader is. Is uit de hand gelopen ruzie. Intrekken verlof ook geen goede zaak	Nee
<b>Case 3: Openlijke geweldpleging tegen medewerker.</b>		
1	Zeer ernstige normschending; fysiek geweld tegen sociotherapeut	Ja
2	Aanhoudende fysieke agressie tegen medewerker. Patiënt had op verschillende momenten kunnen stoppen	Ja
3	Openlijke geweldpleging. Gaat te ver. Je weet echter niet weet wat er allemaal speelt bij deze patiënt	Ja
<b>Case 4: Patiënt zou persoon in zijn netwerk met de dood hebben bedreigd. Slachtoffer heeft aangifte gedaan. kliniek is geïnformeerd over aangifte. Is indexdelict van patiënt.</b>		
1	Persoon zelf heeft al aangifte gedaan. Kliniek houdt patiënt binnen. Kliniek heeft zelf niets gehoord of gezien zou dus zelf geen aangifte doen	Nee
2	Gevaarlijke situatie wegens herhaling indexdelict. Grote recidivekans. Aangifte en vrijheid beperken	Ja
3	Kliniek weet niet wat er is gebeurd.	Nee
<b>Case 5: Patiënt steekt uit onvrede knuffeldier in de brand</b>		
1	Aangifte geen zin wegens ernstige pathologie patiënt. Wel preventieve maatregelen getroffen.	Nee
2	Geen leereffect van aangifte maar was wel groot risico voor veiligheid kliniek. Veiligheid gaat boven ziekte patiënt. Aangifte ook goed voor opbouwen dossier. Wel vraag aan OM om snel te beslissen.	Ja
<b>Case 6: Patiënt is boos, reageert onbeheerst en beschadigt vervolgens deur van afdelingskantoor</b>		
1	Schade deur was niet doelgericht en patiënt geef zelf aan dat beschadigen niet zijn opzet was. Patiënt moet schade betalen en verlof wordt tijdelijk ingehouden. Incident wordt besproken om herhaling te voorkomen	Nee
2	Agressie tegen goederen minder zwaar dan agressie tegen personen. Gedrag intern aan de orde stellen en schadevergoeding opleggen	Nee
3	Gaat om beloop incident. Patiënt toon reflectie op gedrag. Aangifte voegt niets toe. Duurt alleen lang.	Nee



De beoordeling van de cases illustreert het feit dat de hoofden behandeling zich bij hun beslissing om wel of geen aangifte te doen wel sterk laten leiden door de ernst en de gevolgen van het gepleegde feit maar niet door de vraag of er sprake is van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Een en ander betekent dat de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen ook niet bij alle cases unaniem is. Over de ernstigste en de minst ernstige cases is men het wel met elkaar eens, maar er is een middengroep van cases waarover verschillend wordt gedacht.

- Bij 2 van de 6 cases zijn de beoordelaars unaniem van mening dat aangifte wordt gedaan wegens: de ernst van het delict, de toegebrachte schade en het feit dat er geen twijfel is over wie de dader is.
- Bij 1 van de 6 cases zijn de beoordelaars unaniem van mening dat geen aangifte wordt gedaan wegens de (geringe) ernst van het delict, de reactie van de patiënt op zijn gedrag en de mogelijkheid om zelf een sanctie op te leggen (schadevergoeding betalen).
- Bij 3 van de 6 cases zijn de meningen over het wel of niet doen van aangifte verdeeld.

Het criterium of voor een feit voorlopige hechtenis is toegelaten, speelt voor de hoofden behandeling geen rol bij hun besluit om aangifte te doen. De juristen van de klinieken zullen dit criterium waarschijnlijk wel naar voren brengen als zij bij de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen worden betrokken. Uit het feit dat de hoofden behandeling het criterium 'wel of geen voorlopige hechtenis toegelaten' op geen enkel moment hebben aangestipt bij de bespreking van de cases, concluderen we dat de invloed van de juristen op de besluitvorming (nog) beperkt is.

## 7.6 Samenvatting en conclusies

### *(On)gewenste neveneffecten en gevolgen*

Voor sommigen is de verplichting om aangifte te doen het grootste knelpunt, anderen vinden de vaststaande gevolgen van de aangifte voor het verlov te ongenueanceerd. De eerste groep vindt de verplichting tot aangifte een ongenueanceerde benadering die geen rekening houdt met de ernst en aard van het delict en niet aansluit bij hetgeen gebeurt in de samenleving. Zij zijn ook van mening dat aangifte doen niet altijd een effectieve manier is om het delictgedrag aan te pakken, behandeling kan soms beter werken. De pedagogische waarde van de justitiële afhandeling wordt nog eens extra gerelativeerd door de lange doorlooptijd en de ongenueanceerde afhandeling: veel septs en relatief lichte afdoeningen. De tweede groep vindt vooral de gevolgen van de aangifte voor het verlov ongenueanceerd. Zij zouden graag zelf een afweging willen maken ten aanzien van de duur van het opschorten van het verlov. Hierin kunnen de ernst van het feit en de consequenties van het opschorten bij transmuraal verlov dan worden meegewogen.

Het is echter juist deze praktijk van eigen, per kliniek wisselende afwegingen en eigen maatwerk waar de politiek een einde aan wilde maken met de regelgeving. Of en wanneer de verlofmachtiging vervalt, mag niet meer afhankelijk zijn van eigen afwegingen door een kliniek. Dat betekent een verplichte aangifte, direct opschorten van het verlov en beoordeling van de verdenking door een derde partij (het OM), al dan niet gevolgd door het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging.



#### *Afwegingen om wel of geen aangifte te doen*

Op de vraag welke afwegingen een rol spelen bij het besluit om wel of geen aangifte te doen van een feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, geven twee van de tien hoofden behandeling aan dat zij geen eigen afweging maken maar *altijd* aangifte doen. De overigen noemen elk een eigen samenspel van overwegingen waarbij bepaalde aspecten (bijna) altijd terugkeren. Het betreft de ernst en de aard van het delict, de schade of het letsel dat teweeg is gebracht en de aard en ernst van de stoornis. Het merendeel van de geïnterviewde hoofden behandeling houdt zich dus niet aan (de aanscherping van) de regelgeving.

#### *Van welke voorvallen wordt daadwerkelijk aangifte gedaan? Is er een grijs gebied?*

We hebben de vraag naar de eigen besluitvorming nog concreter gemaakt en een zestal cases van feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, voorgelegd aan een wisselend aantal hoofden behandeling. De hoofden behandeling (die een case beoordeelden) zijn unaniem in hun beoordeling om wel of geen aangifte te doen bij de meest ernstige en de minst ernstige cases. Bij de ruime middengroep van cases (3 van de 6 cases) zijn de meningen verdeeld en is dus sprake van een grijs gebied. De factor 'wel of geen voorlopige hechtenis toegelaten' speelt bij de beoordeling van de cases geen rol. Dat geldt voor alle geïnterviewde hoofden behandeling die een of meer cases kregen voorgelegd (n=9).



## 8 Beoordeling regelgeving

### 8.1 Inleiding

De ongewenste (neven)effecten die vooraf werden voorzien zijn in paragraaf 4.6 beschreven. We gaan in dit hoofdstuk nader in op de vraag welke (on)gewenste neveneffecten zich in de praktijk voordoen. Een aantal ongewenste neveneffecten is als knelpunt door de juristen naar voren gebracht in paragraaf 6.3 (uitvoerbaarheid van de regelgeving). Andere ongewenste neveneffecten zijn al naar voren gekomen in paragraaf 7.3 waar wordt ingegaan op de (on)mogelijkheden om maatwerk te leveren. Een aantal neveneffecten, die vooraf werden voorzien, is ook expliciet voorgelegd aan de hoofden behandeling met de vraag in hoeverre men hier in de praktijk ook daadwerkelijk tegenaan loopt (paragraaf 8.2). In paragraaf 8.3 geven we aan of het voorziene positieve neveneffect in de praktijk wordt herkend door de juristen van de klinieken. In paragraaf 8.4 en paragraaf 8.5 zijn nog andere neveneffecten beschreven die zich volgens de juristen en de hoofden behandeling in de praktijk voordoen.

In de paragrafen 8.6 is breder naar de regelgeving gekeken. Dan gaat het om de vraag (die aan de juristen voorgelegd) wat er in de praktijk is veranderd en welke suggesties men heeft voor verbetering.

### 8.2 Toetsing vooraf verwachte ongewenste neveneffecten

*De aangifteplicht strookt niet met behandelen op maat, aangifte kan contraproductief werken.*

Dit onderwerp is al uitgebreid aan de orde geweest in paragraaf 7.3. We hebben de vraag of dit voorziene ongewenste neveneffect in de praktijk bewaarheid wordt, echter ook expliciet voorgelegd aan de hoofden behandeling. Dan blijkt dat de meeste geïnterviewden van mening zijn dat dit inderdaad het geval is. Volgens twee van de tien geïnterviewde hoofden behandeling is dat niet het geval. De een zegt van het ministerie de ruimte te hebben gekregen om zelf te kunnen nuanceren. Hierover zou het ministerie een brief gestuurd hebben<sup>36</sup>. De ander is van mening dat behandelen op maat ook beveiligen betekent en dat aangifte doen dus past binnen behandelen.

*De kliniek kan bij een klachtdelict geen aangifte doen, alleen de klachtgerechtigde*

Deze vraag leeft nog steeds bij sommige juristen maar men heeft er in de praktijk nog niet mee te maken gekregen. Zie ook paragraaf 6.3.

*De aangifteplicht kan botsen met de wens van het slachtoffer om geen aangifte te doen*

Dit wordt beaamd maar ook gerelativeerd omdat de kliniek dan aangifte kan (moet) doen in plaats van het slachtoffer. Soms zeggen medewerkers bijvoorbeeld "hij bedoelde het niet zo. Dan nemen wij het

---

<sup>36</sup> Zie ook paragraaf 7.4. Hier is reeds vermeld dat wij het bestaan van een dergelijke brief niet hebben kunnen aantonen.



*over van het slachtoffer want die heeft andere belangen...". Het wordt wel lastig als niemand anders het incident heeft gezien.*

Er wordt ook door een van de geïnterviewden opgemerkt dat er ook andere mogelijkheden zijn, dan een aangifte, om de verlofmachtiging te laten intrekken, namelijk via een melding bij de Verlofunit tbs.

*De aangifteplicht kan de behandelrelatie onder druk zetten omdat aangifte nauw verbonden is met een verdenking.*

Hier wordt wisselend over gedacht. Verschillende geïnterviewden geven aan dat dit inderdaad het geval is. De kliniek raakt volgens een van hen betrokken in een systeem van waarheidsvinding, als er sprake is van een aangifte en dat is niet goed voor de behandelrelatie met de patiënt. Het vertrouwen kan daardoor verloren gaan. Ook het feit dat een behandelaar moet getuigen van een incident dat hij heeft gezien, heeft invloed op de samenwerking met de patiënt, aldus een van de geïnterviewden.

Een andere geïnterviewde laat weten dat in zijn/haar kliniek bij de beslissing om wel of geen aangifte te doen, rekening wordt gehouden met de argumenten van de behandelaar. Weer een ander laat weten dat dit alleen speelt bij onduidelijke situaties waarin de patiënt ontkent. Door iemand binnen te houden geef je dan impliciet aan de patiënt niet te geloven. Er zijn echter ook geïnterviewden die menen dat er dan iets niet goed zit in de behandelrelatie. Een patiënt moet zich aan de regels houden. Een behandelaar hoeft een patiënt niet te beschermen, wordt door hen gezegd.

*De voorwaarde dat aangifteplicht alleen geldt bij feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, vraagt om een zorgvuldig juridisch oordeel. Dit mag niet van een tbs instelling worden verwacht.*

Ook hierover wordt wisselend gedacht. Verschillende hoofden behandeling geven aan hier geen rekening mee te houden, of men kent de bepaling niet of men doet van alle ernstige feiten aangifte. Verder zijn er ook hoofden behandeling die aangeven dat zij hiervoor de jurist in huis hebben en dat dat goed werkt. Soms wordt over een geanonimiseerde casus advies gevraagd aan het OM. Er zijn ook enkele hoofden behandeling die benadrukken dat dit inderdaad een knelpunt is in de praktijk.

*Als bij nadere toetsing alsnog blijkt dat de verpleegde geen blaam treft, dan is het vervallen van de verlofmachtiging en het opnieuw moeten aanvragen van een verlofmachtiging, niet te billijken.*

Dit wordt door alle geïnterviewden beaamd. Hoewel het in de praktijk weinig voorkomt, is aan een patiënt niet uit te leggen dat in situaties waarin uiteindelijk vrijspraak volgt, de verlofmachtiging toch is vervallen en (sinds de laatste wijziging van de regelgeving) een jaar gewacht moet worden tot een nieuwe machtiging mag worden aangevraagd. Eén geïnterviewde geeft wel aan dat de klinieken dat ook zelf in de hand hebben. De kliniek waar deze geïnterviewde werkzaam is, doet geen aangifte van zaken waar men zelf twijfel bij heeft. Een ander stelt dat de regelgeving op dit punt gewijzigd zou moeten worden. Als het OM meedeelt dat tot vervolging wordt overgegaan zou het verlof opgeschort moeten blijven. De machtiging zou pas moeten vervallen als er een veroordeling is uitgesproken. We merken op dat de regelgeving op dit punt feitelijk genuanceerder is maar niet geheel wordt begrepen (ook niet door de juristen). Als een tbs-gestelde ten onrechte als verdachte is aangemerkt herleeft de verlofmachtiging wel, bij vrijspraak of een andere grond voor een sepot dan code 01 (ten onrechte als verdachte aangemerkt) herleeft de verlofmachtiging niet (zie ook paragraaf 6.2).



*Het 'aanmerken als verdachte' als moment voor vervallen van de verlofmachtiging geeft geen goede indicatie van een sterke verdenking én het is niet duidelijk wanneer dat moment plaatsvindt*

Deze ongewenste voorziene neveneffecten doen zich niet voor omdat er in de praktijk (conform de wens van de RSJ) gewerkt wordt met het moment dat het OM besluit dat tot vervolging wordt overgegaan en dus niet met het moment dat iemand als verdachte wordt aangemerkt. Omdat het moment dat wordt besloten dat tot vervolging wordt overgegaan een later moment is in het justitiële proces, vormt dit moment ook een betere indicatie van de aanwezigheid van een sterke verdenking. Aan het moment van de vervolgingsbeslissing kleven echter ook nadelen. Het duurt langer voordat tbs-gestelde en kliniek weten hoe de beoordeling van het OM uitvalt en wat er dus gebeurt met de verlofmachtiging. Daarnaast is inherent aan het opportuniteitsbeginsel en het sepotbeleid van het OM dat een besluit tot niet vervolgen (sepot), niet betekent dat de tbs-gestelde ten onrechte verdacht werd. Een besluit tot seponeren kan om verschillende redenen worden genomen. Er kan zelfs sprake zijn van wettig en overtuigend bewijs. Dit impliceert dat de verlofmachtiging kan herleven terwijl duidelijk is dat de tbs-gestelde het delict wel heeft gepleegd, maar om een bepaalde reden niet wordt vervolgd.

### **8.3 Toetsing vooraf verwachte gewenste neveneffecten**

#### *Meer eenvormigheid in uitvoering*

Een beperkt deel van de juristen beaamt dat de gewijzigde regelgeving de eenvormigheid en daarmee ook de rechtsgelijkheid bevordert. Een van de juristen bijvoorbeeld vindt het een goede zaak dat de kliniek niet zelf hoeft te overwegen of er aangifte gedaan moet worden. *"Die ruimte is er door de regelgeving niet en dat is goed. Als die ruimte er wel zou zijn bestaat er een kans van rechtsongelijkheid. Nu is het duidelijk: heb je een verlofmachtiging en pleeg je een voorlopige hechtenis waardig feit, dan volgt ongeacht waar je verblijft, aangifte en kun je je verlofmachtiging kwijtraken"*.

### **8.4 Overige nadelen/ongewenste neveneffecten**

Sommige hoofden behandeling en juristen zien nog andere nadelen of ongewenste neveneffecten dan in paragraaf 8.2 zijn besproken.

Een ongewenst neveneffect dat relatief vaak wordt genoemd betreft de duur van de tbs. De afname van de instroom in de tbs wordt geweten aan het feit dat de tbs te lang duurt. De betreffende regelgeving van het Rvt zorgt er echter voor dat de behandeling nog langer gaat duren, zo wordt gesteld.

De volgende nadelen/ongewenste neveneffecten zijn gebaseerd op individuele opvattingen omdat ze slechts door enkele geïnterviewden worden genoemd.

- Door de verplichting is er geen afweging meer van de belangen van de patiënt en die van de maatschappij (extra kosten).
- Het verplicht aangifte doen kan tot uitlokking leiden bij de patiënten. Een patiënt kan een medepatiënt benadelen door deze medepatiënt met opzet zodanig te tergen dat deze een



strafbaar feit begaat waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Als vervolgens aangifte wordt gedaan tegen de medepatiënt kan ook het verlof van de medepatiënt worden ingetrokken.

- Er is te weinig ruimte voor een anonieme aangifte. Het OM ziet de behandelrelatie die iemand heeft met degene tegen wie aangifte wordt gedaan, niet als reden om niet met naam en toenaam en in openheid een getuigenverklaring af te kunnen leggen. Daar is iets voor te zeggen, maar door de verplichting om aangifte te doen kan je hierover dus geen eigen afweging maken en dat is in sommige gevallen vervelend. Er zijn immers slachtoffers die om wat voor reden dan ook niet willen dat er aangifte gedaan wordt.
- De klinieken moeten aan tegenstrijdige opdrachten voldoen. Het is goed dat er een duidelijke externe druk is gekomen om aangifte te doen. Hierdoor is het 'vrijplaatskarakter' van een tbs-kliniek verdwenen. Aan de andere kant worden aangiften vanuit het perspectief van de prestatie-indicatoren, als iets negatiefs beschouwd. Hoe moet een kliniek daarmee omgaan?

## 8.5 Overige voordelen/gewenste neveneffecten van de regelgeving

Enkele juristen benadrukken de meerwaarde en voordelen van de regelgeving. Zij doelen dan met name op de eerder genoemde toename van de rechtsgelijkheid die door (de aanscherping van) de regelgeving is ontstaan. Daar staan echter ongeveer evenveel juristen tegenover die van mening zijn dat de regelgeving geen enkele toegevoegde waarde heeft maar alleen nadelen. Een van hen stelt dat de aangiftebevoegdheid er altijd al was. Zij konden dus aangifte doen als zij vonden dat dat moest. De beslissing lag bij hen. En als er iets ernstigs gebeurde deed men sowieso al aangifte ook zonder deze regelgeving. Een andere jurist is van mening dat het probleem waaruit de regelgeving is ontstaan niet door middel van deze regelgeving wordt opgelost. *"Het creëert alleen maar meer problemen. Er is al een verplichte melding bijzondere voorvallen. Een aangifteplicht is helemaal niet nodig. Het zijn voor politie en justitie kruimels: de verdachten zitten al vast. Het heeft geen meerwaarde. De machtiging kan al worden ingetrokken op basis van de informatie in de melding bijzonder voorval"*.

Een derde groep juristen (de grootste groep) vindt dat er naast nadelen ook voordelen verbonden zijn aan de regelgeving. Zij roemen met name de toegenomen externe druk om aangifte te doen:

- Er worden nu meer aangiften gedaan, bijvoorbeeld als er iets gebeurt tussen twee patiënten. Voorheen werd van dat soort incidenten geen aangifte gedaan.
- Het houdt de medewerkers alert op het signaleren van incidenten.
- De achtergrond van de regelgeving is goed. Het mag niet zo zijn dat een tbs-gestelde vrij rond loopt (omdat hij een verlofmachtiging heeft), terwijl hij een strafbaar feit gepleegd heeft en er dus nog een onderzoek naar hem loopt.
- Er is meer transparantie en minder willekeur gekomen omdat er bewuster wordt nagedacht. Als bijvoorbeeld een behandelaar geen aangifte wil doen om de behandelrelatie niet onder druk te zetten, is het een goede zaak dat er externe redenen zijn die hier toch toe nopen.
- Ook patiënten moeten leren zich aan de wet te houden en verantwoordelijkheid te dragen voor hun daden. Voor de patiënt wordt duidelijk dat bepaald gedrag niet geaccepteerd wordt in de kliniek. Signaal is dat de patiënt moet oppassen, want anders wordt zijn verlof ingetrokken.





## 8.6 Wat is er veranderd na de wijziging van de regelgeving en hoe moet het verder?

De hoofden behandeling is gevraagd wat er in de praktijk nu feitelijk is veranderd na wijziging van de regelgeving. De helft geeft aan dat er niets is veranderd omdat men altijd al aangifte deed van strafbare feiten. De andere helft zegt dat er meer besef is gekomen van ernstige feiten en/of er vaker aangifte wordt gedaan.

In dit verband is ook door verschillende geïnterviewden aangegeven dat men het jammer vindt dat er niet overlegd is met de klinieken over de implementatie van de regelgeving en dat er niet is nagedacht over de praktische consequenties van de uitvoering. Nu heeft iedereen zijn eigen koers gevolgd en blijven er verschillen bestaan in uitvoeringspraktijk tussen de klinieken.

Alle hoofden behandeling doen verbeteringsuggesties die betrekking hebben op nuancering. Dat geldt ook voor de vertegenwoordigers van de Verlofunit tbs en het AVT. Een aantal geïnterviewden kiest vooral voor meer ruimte om zelf te beslissen of er wel of geen aangifte wordt gedaan. Bij voorbeeld in gevallen waarin de kliniek oordeelt dat aangifte te zwaar is zou eerst overlegd kunnen worden met een officier van justitie zodat het verlov niet altijd direct hoeft te worden opgeschort. Ook wordt voorgesteld dat de klinieken altijd een eigen afweging blijven maken over het doen van aangifte en het intrekken van verlov en hier periodiek verantwoording over afleggen aan het ministerie (de Verlofunit tbs). Een en ander vanuit het principe van onderling vertrouwen.

Ongeveer even vaak is de teneur van de antwoorden dat verplicht aangifte doen bij ernstig normoverschrijdend gedrag prima is en gehandhaafd moet blijven maar dat er wel iets in het vervolg op de aangifte moet veranderen. We merken op dat dit niet hoeft te betekenen dat men het eens is met de huidige regelgeving. Het gaat hier ook om hoofden die bij *ernstige* incidenten altijd aangifte doen (en daarmee dus feitelijk een eigen afweging maken) en om klinieken die menen dat de regelgeving alleen van toepassing is op patiënten met een verlofmachtiging.

Voor sommigen gaat het bij de noodzakelijk geachte aanpassingen na de aangifte, om nuanceringen in de consequenties voor het verlov; voor anderen om verbetering van de justitiële afhandeling. Er wordt bijvoorbeeld voorgesteld dat het verlov altijd wordt opgeschort na een aangifte maar dat een kliniek vervolgens zelf de afweging maakt of en wanneer het verlov weer geactiveerd zou moeten worden. Deze afweging kan dan worden voorgelegd aan een onafhankelijke partij, de Verlofunit tbs en/of het AVT, die dan de uiteindelijke beslissing neemt. Een andere suggestie die minder ver gaat komt van een geïnterviewde die voorstelt dat het verlov opgeschort blijft als vervolging wordt ingesteld en de machtiging pas wordt ingetrokken na een veroordeling. Daar koppelt hij wel een versnelling van de doorlooptijden bij justitie aan en een verbetering van de afhandeling door justitie.

Wat betreft verbetering van de afhandeling moet er sneller duidelijkheid komen over een zaak en de afhandeling zelf moet verbeteren. Volgens verschillende geïnterviewden is er tot nog toe niet of nauwelijks gecommuniceerd naar het OM dat de regelgeving gewijzigd is en wat dit betekent voor de rol van het OM. Een officier zit nu helemaal niet te wachten op dit soort zaken. Zijn/haar doel is er voor te zorgen dat mensen tegen wie een (ernstige) aangifte loopt, veilig opgeborgen worden. Tbs-



patiënten zitten al vast en daarom heeft het voor officieren geen prioriteit. Er moet een verandering in denken komen bij het OM, aldus een van de geïnterviewden.

De vraag naar verbeteringsuggesties is ook voorgelegd aan de juristen. Zij geven deels dezelfde suggesties als de hoofden behandeling. Uit de antwoorden van de juristen komt echter vooral het belang naar voren van meer landelijke uniformiteit. Dan gaat het om uniformiteit tussen de klinieken en om uniformiteit in de afhandeling door politie en justitie. Er wordt gesuggereerd dat er meer voorlichting moet komen aan politie en OM en dat er een landelijke richtlijn zou moeten komen voor het OM over hoe om te gaan met aangiften vanuit de FPC's. Er is nu sprake van rechtsongelijkheid omdat in sommige regio's vaker boetes worden opgelegd dan in andere. Ook wordt de wens geuit dat besluiten van het OM op papier worden vastgelegd. Dan kunnen er geen misverstanden ontstaan zoals in het verleden is voorgekomen.

## 8.7 Samenvatting en conclusies

### *Ongewenste neveneffecten*

Bij de invoering van de gewijzigde regelgeving werd een aantal ongewenste neveneffecten verwacht. Deze zijn volgens de klinieken deels uitgekomen. Twee ongewenste neveneffecten worden door de meeste of alle geïnterviewden in de praktijk herkend. Het betreft: (1) het feit dat de aangifteplicht niet strookt met behandelen op maat en (2) men vindt het niet te rechtvaardigen dat een tbs-gestelde die alsnog wordt vrijgesproken, geen verlofmachtiging meer heeft en (conform de laatste aanscherping) zelfs een jaar zou moeten wachten voordat een nieuwe machtiging mag worden aangevraagd. Dit laatste punt is overigens niet conform de vooraf geuite kritiek van de RSJ. Deze stelt dat het niet te billijken is dat een nieuwe verlofmachtiging moet worden aangevraagd als blijkt dat iemand ten onrechte als verdachte is aangemerkt. De geraadpleegde strafrechtsspecialist geeft echter aan dat in een dergelijke situatie de verlofmachtiging herleeft.

Andere eerder voorziene ongewenste neveneffecten blijken in de praktijk toch minder als een probleem te worden gezien, zich nog niet te hebben voorgedaan of slecht door een beperkt aantal geïnterviewden herkend te worden in de praktijk. Het (principiële) bezwaar dat door de RSJ is verwoord ten aanzien van 'het aanmerken als verdachte' als moment waarop de verlofmachtiging vervalt, blijkt in de praktijk niet aan de orde. Conform de wens van de RSJ wordt in de praktijk uitgegaan van het moment waarop is besloten tot vervolging over te gaan. Dat is een duidelijk moment in de justitiële afhandeling dat ook beter past bij het feit dat er sprake moet zijn van een sterke verdenking. Er kleven echter wel nadelen aan. Het duurt langer voordat er duidelijkheid is over de verlofmachtiging en de beslissing dat niet tot vervolging wordt overgegaan is geen verklaring dat iemand het feit niet heeft gepleegd. De verlofmachtiging kan dus herleven terwijl de verdenking niet is weggenomen of duidelijk is dat de tbs-gestelde het delict wel heeft gepleegd.

Er worden ook nog andere ongewenste neveneffecten genoemd, met name de verlenging van de duur van de tbs die door de aangescherpte regelgeving ontstaat.



### *Positieve neveneffecten*

De meeste geïnterviewden noemen naast ongewenste neveneffecten ook een of meer positieve neveneffecten. Dan gaat het om het feit dat er met de aanscherping van de regelgeving meer eenvormigheid in de uitvoeringspraktijk is ontstaan hetgeen ook de rechtsgelijkheid bevordert. Het gaat ook om het feit dat aangescherpte regelgeving leidt tot externe druk die de mensen scherp houdt en dus tot meer aangiften. Er gaat dus een bepaalde normstellende werking uit van de regelgeving. Ook het uitgangspunt van de regelgeving namelijk dat een tbs-gestelde tegen wie een aangifte loopt niet vrij rond moet kunnen lopen, wordt als positief punt genoemd.

### *Realisering beoogde doel*

Uit de interviews komt als algemeen beeld naar voren dat er vaker aangifte wordt gedaan sinds de wijziging van het Rvt in 2008 (zie ook hoofdstuk 10). De aanscherping van de regelgeving middels de aangifteplicht krijgt dus gestalte. Het komt echter ook voor dat geen aangifte wordt gedaan terwijl dat wel zou moeten volgens de regelgeving. De juristen geven met enig voorbehoud en enige aarzeling te kennen dat alle strafbare feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten ook daadwerkelijk worden aangegeven. Uit de interviews met de hoofden behandeling en de bespreking van de cases (paragraaf 7.5) komt echter een ander beeld naar voren.

### *Suggesties voor verbetering*

Alle geïnterviewden doen verbeteringsuggesties. Deze hebben betrekking op nuancering, dus meer ruimte voor eigen afweging door de klinieken en externe toetsing door de Verlofunit tbs en/ of het AVT in plaats van het OM. Deze suggesties staan snel op gespannen voet met de regelgeving. Met name de juristen doen ook verbeteringsuggesties gericht op meer uniformiteit tussen de klinieken. Dit zou tot stand kunnen komen door meer onderlinge uitwisseling en het gezamenlijk ontwikkelen van normen voor de besluitvorming om wel of geen aangifte te doen. Dan gaat het niet om de ernstige situaties die voor iedereen duidelijk zijn, maar om het zogenaamde grijze gebied.

Ook zou er volgens een aantal geïnterviewden meer prioriteit aan dit soort zaken gegeven moeten worden door het OM en zou er meer uniformiteit in de justitiële afhandeling moeten komen. Hiervoor zou het OM landelijke richtlijnen moeten opstellen.





## 9 Uitvoering regelgeving bij politie en OM

### 9.1 Inleiding

De resultaten die in dit hoofdstuk worden beschreven zijn gebaseerd op negen interviews met politiefunctionarissen (vaste contactpersonen voor de klinieken) en zes interviews met officieren van justitie (de tbs-officieren die tevens aanspreekpunt zijn voor de klinieken over de gedane aangiften). De relatie tussen kliniek en geïnterviewde contactpersonen van politie en OM ziet er als volgt uit:

- Voor zes klinieken geldt dat zowel met de contactpersoon van politie als met de contactpersoon van het OM is gesproken
- Voor drie klinieken geldt dat alleen met de contactpersoon van het OM werd gesproken
- Voor vier klinieken geldt dat met geen van beide contactpersonen is gesproken.

Op basis van de interviews met politie en officieren van justitie, worden de onderzoeksvragen 2a (gedeeltelijk) en 2g (grotendeels) beantwoord.<sup>37</sup>

- Heeft de implementatie plaatsgevonden binnen de FPC's, OM en politie? Zo ja, op welke wijze? Hoe heeft bijvoorbeeld de toerusting van de FPC's plaatsgevonden?
- Hoe gaat de politie om met door de FPC's gedane aangifte? Hoe gaat het OM om met de gedane aangiften? Wat zijn de doorlooptijden? Hoe vaak en wanneer komt er een sepot?

### 9.2 Implementatie bij politie en OM

#### *Vaste contactpersonen bij politie en OM?*

Tijdens de eerste interviewronde met de juristen (mei 2011) is gevraagd of de klinieken vaste contactpersonen of aanspreekpunten hebben bij politie en OM. Op dat moment hadden 12 van de 13 klinieken een vaste contactpersoon bij politie. De jurist van de enige kliniek die geen vaste contactpersoon bij politie heeft, geeft aan dat het wel wenselijk is om een vast aanspreekpunt te hebben. Kort daarna is dat ook gerealiseerd.

Voor het OM lag dat anders. Tijdens de eerste interviewronde werd de afwezigheid van een vaste contactpersoon bij het OM als een probleem ervaren. Op dat moment waren er slechts vier klinieken die aangaven dat ze een vaste contactpersoon hadden bij het OM. Met name omdat het lang onduidelijk blijft wat er met een aangifte gebeurt, werd de afwezigheid van een vaste contactpersoon als een probleem ervaren. Dit probleem is ook gesignaleerd door het AVT. Overleg tussen het Parket Generaal, het Adviescollege Verloftoetsing tbs en de Directie Forensische Zorg heeft er uiteindelijk toe geleid dat in juli 2011 de klinieken schriftelijk zijn geïnformeerd over de namen van de tbs-officieren bij de verschillende parketten. Deze officieren behandelen de verlengingszittingen van tbs-gestelden<sup>38</sup>. Ze

<sup>37</sup> De vraag naar de doorlooptijden wordt in hoofdstuk 10 beantwoord.

<sup>38</sup> Op basis van deze zittingen doet de rechter een uitspraak over de (eventuele) verlenging van de tbs-maatregel.



handelen niet (altijd) zelf de aangiften af die betrekking hebben op tbs-gestelden maar fungeren wel als aanspreekpunt voor de klinieken over het verloop van deze zaken. Intern binnen hun eigen organisatie fungeren ze ook als vraagbaak voor tbs-zaken. Vanaf juli 2011 heeft elke kliniek dus een aanspreekpunt bij het OM.

#### *Bekendheid en draagvlak bij de politie.*

Uit de interviews komt naar voren dat vier van de negen geïnterviewde politiefunctionarissen (vaste contactpersonen) bekend zijn met de regelgeving. Zij zijn allen door de kliniek geïnformeerd over de regelgeving, ofwel op een georganiseerde informatiedag, ofwel door de actieve contacten die men met de kliniek heeft, ofwel doordat een eerste aangifte zich aandeed.

Twee politiefunctionarissen zijn deels op de hoogte van de regelgeving, waarbij de een niet bekend was met de gevolgen van het doen van de verplichte aangifte (te weten het eventueel van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging) en de ander niet wist dat het om voorlopige hechteniswaardige feiten gaat. Ze waren beiden wel op de hoogte van de verplichting tot het doen van aangifte. De overige drie politiefunctionarissen zijn niet bekend met de regelgeving. Opvallend is dat de laatste drie contactpersoon zijn van een niet justitiële inrichting (waar de regelgeving alleen geldt voor feiten die buiten de kliniek door tbs-gestelden zijn gepleegd). Het aantal tbs-gestelden in deze instellingen is naar verhouding klein. Contacten met de politie zijn er meer instellingsbreed, niet alleen gericht op de tbs-gestelden of op deze specifieke regelgeving.

De regelgeving blijkt weinig bekend binnen de politieorganisaties. Slechts twee geïnterviewden zeggen te weten dat er meerdere mensen zijn binnen hun organisatie die de regelgeving kennen. Bij de één zijn dat de medewerkers van de Intake en Servicebalie en bij de ander gaat het om de hele organisatie maar deze geïnterviewde voegt daar wel aan toe dat collega's bij onduidelijkheden altijd contact kunnen opnemen met hem als contactpersoon, of in het convenant kunnen kijken.

De zes geïnterviewden die de regelgeving zelf kennen, geven allen een positieve beoordeling aan de regelgeving. Men vindt dat de regels die in de gewone maatschappij gelden, ook moeten gelden in een tbs-kliniek. Daarnaast wijzen ze op het feit dat het een wettelijke verplichting is en om die reden passen zij de regelgeving toe. Wel wordt naar voren gebracht dat er soms aangifte gedaan wordt van incidenten die geen strafbaar feit opleveren. Dit kan invloed hebben op het draagvlak bij de politie. De politie heeft het erg druk en een aangifte van iets dat geen strafbaar feit oplevert is dan niet welkom. Meer in het algemeen geven de politiefunctionarissen echter aan dat er draagvlak is binnen hun organisatie om de regelgeving uit te voeren.

#### *Bekendheid en draagvlak binnen het OM*

Twee van de zes officieren zijn bekend met de regelgeving. Van de overige vier zegt één de regelgeving wel te kennen, maar deze niet gelezen te hebben. De andere drie kennen de regelgeving niet. Ook binnen de rest van het arrondissement is de regelgeving volgens de geïnterviewden niet bekend. Zij zijn als tbs-officieren het aanspreekpunt. Slechts één officier zegt dat haar vervanger weet heeft van de regelgeving. Wel geven sommigen aan als vraagbaak te functioneren, zowel intern als naar buiten toe.



De officieren die bekend zijn met de regelgeving, beoordelen deze positief. Door de regelgeving hebben ze meer zicht op wat er allemaal gebeurt in een tbs-kliniek. Eén van deze officieren vindt echter ook dat de regelgeving niet werkbaar is omdat 'patiënten, wegens een bepaalde psychisch stoornis, in een tbs-kliniek uitageren in de behandeling'. Een patiënt roept dan van alles en nog wat en kan fysiek agressief zijn, maar dat hoort bij de stoornis. Aan de andere kant zijn bedreiging en mishandeling beide feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten en dan ligt er een plicht om aangifte te doen', aldus deze officier.

### 9.3 Uitvoering van de regelgeving

#### *Afspraken omtrent uitvoering binnen politie en OM*

Uit de interviews komt naar voren dat in één van de zes arrondissementen, waar met alle drie partijen (kliniek, politie en OM) is gesproken, een convenant bestaat over het doen van aangifte, dat door alle drie partijen wordt genoemd.

Als we alleen afgaan op de interviews met politie dan zeggen twee politiefunctionarissen dat er een specifiek convenant ligt met afspraken omtrent het doen van aangifte. Twee andere politiefunctionarissen laten weten dat er wel iets op papier staat omtrent afspraken met de kliniek, maar dat dit een veel bredere strekking heeft. Bij de één gaat het om een calamiteitenplan, bij de ander om een instellingsbreed<sup>39</sup> protocol. In het calamiteitenplan is wel opgenomen wat er gedaan moet worden als een patiënt aangifte wil doen, maar niet wat er gedaan moet worden als de kliniek aangifte doet.

Volgens de overige vijf politiefunctionarissen zijn er geen afspraken op papier vastgelegd. Volgens twee van hen zijn er wel informele afspraken gemaakt met de kliniek.

Van de geïnterviewde officieren maken er twee melding van een convenant waarin afspraken zijn vastgelegd. Bij de een ligt ook de procesbeschrijving vast in het convenant. Bij de ander gaat het alleen om het vastleggen van afspraken op papier. De overige vier officieren geven aan dat er geen afspraken zijn gemaakt noch een convenant is opgesteld.

In het arrondissement waar een convenant bestaat dat door alle drie partijen is ondertekend, loopt de uitvoering van beschreven procesafspraken volgens de betreffende politiefunctionaris goed. Ze zijn gemaakt omdat de politie het erg druk heeft. Gewoonlijk moet er een afspraak gemaakt worden om aangifte te doen maar door dit convenant hoeft dat niet meer. Hiermee kan de kliniek voldoen aan de 24-uurs eis, aldus deze politiefunctionaris. De betreffende officier is van mening dat de uitvoering redelijk goed loopt. Zij merkt wel dat de werkwijze nog moet inslijten, maar het is zeker al een verbetering ten opzichte van de situatie voor het convenant.

---

<sup>39</sup> Het betreft een GGZ instelling.



Als voorbeeld van een uitwerking geven we onderstaand kader de tekst weer van de procesbeschrijving in het betreffende convenant

*De aangifte wordt via mail, per post of in persoon gedaan door de kliniek bij de hoofdmedewerker Intake Service Ondersteuning en die zorgt ervoor dat de aangifte in BVH wordt opgemaakt. Indien informatie ontbreekt, neemt deze medewerker contact op met de kliniek.*

*Vervolgens wordt de aangifte ter ondertekening gezonden naar de kliniek. Als deze retour is, wordt de aangifte ingescand doorgestuurd naar de Politie Parket Secretaris. Deze beoordeelt de aangifte in eerste instantie en kijkt daarbij naar de betrokkenen. Bij een incident tussen een patiënt en een medewerker of derde wordt er (bij voldoende opsporingsindicatie) nader onderzoek verricht. Bij een incident tussen patiënten onderling gebeurt dit indien sprake is van een ernstig delict (zoals mishandeling met zwaar lichamelijk letsel). Bij lichte vergrijpen (zoals eenvoudige mishandeling) wordt de zaak door de politie in overleg met de districtsofficier van justitie geseponeerd.*

*Indien nader onderzoek is ingezet, wordt, nadat het onderzoek is afgerond, proces-verbaal opgemaakt. Het dossier wordt met een 'tbs-label' op de geleidelijst ingezonden naar het OM ter attentie van de tbs-officier van justitie.*

*De tbs-officier van justitie neemt vervolgens de beslissing omtrent het al dan niet vervolgen van de verdachte en deelt het besluit schriftelijk mede aan alle betrokkene (politie, kliniek, slachtoffer, verdachte en advocaat verdachte).*

#### *Het opmaken van de aangifte*

Ook al kent men de regelgeving niet, de geïnterviewde politiefunctionarissen hebben allen ervaring met het opmaken van aangiften die door medewerkers of patiënten van de kliniek in hun regio zijn gedaan. Van de zes geïnterviewde officieren hebben er twee zelf aangiften afgehandeld die vanuit de kliniek in hun arrondissement zijn gedaan. Volgens de politiefunctionarissen wordt de aangifte gedaan op het bureau of in de kliniek zelf. Dit hangt af van de zwaarte van de zaak, maar ook van praktische zaken, zoals de aanwezigheid van een verlofmachtiging. Indien een tbs-gestelde zonder verlofmachtiging, aangifte wil doen of als getuige aanwezig is, moet de aangifte in de kliniek plaatsvinden. Het opsturen van de aangifte per mail is ook een mogelijkheid, aldus enkele functionarissen. Zij hebben dan een standaardaangifte opgesteld waarin de informatie over de feitelijke gang van zaken alleen maar ingevuld dient te worden. Eén van hen zegt dat hij de meeste informatie haalt uit de 'melding bijzonder voorval' die altijd wordt meegestuurd.

Na de aangifte wordt bepaald of er nader onderzoek wordt gedaan naar de zaak. Hierover komt uit de interviews met politie het volgende beeld naar voren. Of nader onderzoek wordt gedaan hangt af van de zwaarte van de zaak en de opsporingsindicatie. Als er nader onderzoek wordt ingesteld dan worden aangever, verdachte en getuigen gehoord. Afhankelijk van aanwezig verlof gebeurt dit op het bureau of in de kliniek. Nadat het onderzoek is afgerond wordt het dossier opgemaakt en doorgestuurd naar het OM. Het kan voorkomen dat de politie geen nader onderzoek instelt, omdat er geen sprake is van een strafbaar feit waarvan aangifte is gedaan of onvoldoende opsporingsindicatie is. Verder is het ook mogelijk dat de politie zelf de zaak afdoet in overleg met het OM, zonder dat de zaak wordt





doorgestuurd naar het OM. Dit gebeurt op het moment dat het OM laat weten toch niets met de zaak te gaan doen, bijvoorbeeld omdat het bewijs te beperkt is. Volgens één van de geïnterviewde politiefunctionarissen is dit aan de orde bij twee tegenstrijdige verklaringen en als ander bewijs ontbreekt. Daar kun je niet zo veel mee, aldus deze politiefunctionaris. Ook doet de politie de zaak wel eens af als er geen daderindicatie is of als er geen handvatten voor onderzoek zijn.

Volgens de juristen en hoofden behandeling van de klinieken zijn medewerkers soms angstig om aangifte te doen tegen patiënten. Daarom kan de aangifte door de kliniek zelf gedaan worden en op het adres van de kliniek worden gezet. Hier maken de klinieken inderdaad gebruik van. Desondanks kan het voorkomen dat een medewerker toch als getuige wordt gehoord en met naam en toenaam in het dossier terecht komt. Om dit te voorkomen, zo zegt één van de politiefunctionarissen, hebben zij een afspraak gemaakt met het OM dat in het dossier alleen achternamen en het adres van de kliniek worden genoteerd. Het is in de betreffende kliniek gebruikelijk om de medewerkers alleen bij hun voornaam te noemen.<sup>40</sup>

#### *Het informeren van de klinieken*

Aan de officieren is gevraagd hoe zij het begrip 'aanmerken als verdachte' invulling geven. Ze zeggen allemaal dat zij uitgaan van art. 27 lid 1 Sv: als uit feiten en omstandigheden blijkt dat iemand zich schuldig heeft gemaakt aan een strafbaar feit. Eén van hen vindt dat geen werkbaar begrip is voor deze regelgeving omdat iemand als verdachte kan worden aangemerkt als er aangifte is gedaan, maar ook als er vervolging wordt ingesteld. Een enkele aangifte is hiervoor, volgens twee officieren, niet voldoende. Er kan namelijk sprake zijn van een leugenachtige, valse aangifte. Een eerste onderzoek naar de aangifte moet daarover uitsluitsel geven.

Geen van de officieren heeft de regelgeving zoals omschreven, namelijk dat ze de kliniek moeten laten weten of betrokkene is aangemerkt als verdachte, in de praktijk toegepast. Eén officier zegt wel zelf contact op te nemen met een kliniek op het moment dat er een beslissing tot seponeren of vervolging is genomen. Hij/zij meldt dit niet aan de directeur van de kliniek maar aan de jurist. Dit is ook zo vastgelegd in hun convenant. Eén andere officier geeft aan dat zij deze melding doet aan DJI. De overige officieren geven aan dat de officier die de zaak onder zich heeft of de parketsecretaris contact opneemt met de kliniek om te melden of er wel of niet tot vervolging wordt overgegaan.

#### *Vervallen van de verlofmachtiging*

Twee officieren merken expliciet op het geen goede zaak te vinden dat het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging gekoppeld wordt aan de vervolgingsbeslissing. Als een officier een zaak seponereert betekent dit niet dat een verdachte niet strafbaar is. Er zijn diverse redenen waarom een officier een zaak kan seponeren. Zelfs bij wettig en overtuigend bewijs kan er een sepot volgen. Een

---

<sup>40</sup> Zie ook paragraaf 5.6 waarin is aangegeven dat een politierechter in een zaak tegen een patiënt van een ziekenhuis een getuigenis van een medewerker op het adres van de instelling met het personeelnummer van de medewerker ook als toelaatbaar heeft beoordeeld.



voorbeeld is een sepot wegens lopende tbs (code 23). Hierbij dient er wel een vorm van straf/maatregel voor de tbs-gestelde te komen, alleen het strafrecht is daarvoor niet de geëigende weg, aangezien de persoon al in tbs zit.

Er is volgens een van de officieren maar één type sepot waarbij het terecht is dat de verlofmachtiging niet vervalt en dat is een sepot omdat de tbs-gestelde ten onrechte is aangemerkt als verdachte. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen als een medewerker zich heeft vergist in welke patiënt had geslagen of bedreigd.

#### *De afwegingen die de officieren maken bij hun afdoeningsbeslissing*

Bij de juristen van de klinieken overheerst het idee dat veel aangiften met een sepot worden afgedaan. De officieren van justitie benadrukken echter dat bij zware zaken zeker vervolgd wordt en dus geen sepot volgt. Wel merken ze op dat bepalend is of een zaak haalbaar is en of het zin heeft om iemand te vervolgen. Ze kijken naar de ernst van de onderliggende feiten en naar de toerekeningsvatbaarheid van de persoon in kwestie. De toestand van de tbs-gestelde ten tijde van het plegen van het feit is dus van belang. Ook het doel van de vervolging is een meewegende factor: als er toch weer tbs wordt opgelegd, is het dan opportuun om nogmaals te vervolgen? De consequenties van het vervolgen (uit de tbs-behandeling halen) spelen ook een rol. Een aantal officieren benadrukt dat het van belang is dat de behandeling van de tbs-gestelde verder gaat en niet stagneert. De duur van de tbs is de laatste jaren al veel langer geworden (van gemiddeld 6 naar 9 jaar). Stagnatie van de behandeling door een vervolging voor een licht feit is in dit licht niet te prefereren.

De officieren van justitie bevestigen overigens ook dat er vaak een sepot volgt. Dat een tbs-gestelde in tbs zit is een meewegende factor, maar geen beslissende factor. Het zijn lastige kwesties<sup>41</sup>, zo geeft men aan. Een van de officieren geeft het voorbeeld van een tbs-gestelde die volledig ontoerekeningsvatbaar was verklaard, maar wiens zaak door het OM toch werd aangebracht bij de rechter, teneinde het slachtoffer in de gelegenheid te stellen zich te voegen in het strafproces. De rechter heeft vervolgens het OM niet ontvankelijk verklaard omdat de rechter vond dat er in deze zaak geen rechterlijk oordeel nodig was: de persoon zat al in tbs.

## **9.4 Knelpunten afhandeling aangiften**

### *Knelpunten bij de politie*

In de interviews met de politiefunctionarissen wordt een aantal knelpunten genoemd ten aanzien van de regelgeving en de afhandeling van de aangiften. Een eerste knelpunt betreft de voorfase. Drie politiefunctionarissen laten weten dat ze geen zicht hebben op wat er allemaal gebeurt in de kliniek en dus afhankelijk zijn van de afweging die in de kliniek wordt gemaakt om wel of geen aangifte te doen. Ze hebben het idee dat niet alles wat voorlopige hechteniswaardig is, wordt aangegeven. Verder wordt door een aantal politiefunctionarissen aangegeven dat de samenwerking met de kliniek soms lastig is. Er is vaak sprake van eenrichtingsverkeer vanuit de kliniek: als er bijvoorbeeld buiten de kliniek een delict plaatsvindt en de politie vraagt om informatie, dan beroept de kliniek zich op het beroepsgeheim.

---

<sup>41</sup> Zie ook paragraaf 9.3.2: Knelpunten bij het OM.



Ook heeft een politiefunctionaris het idee dat de kliniek denkt dat de politie de patiënt gelijk meeneemt en opsluit als zij aangifte doen. Maar zij zijn als politie gebonden aan het Wetboek van Strafvordering en kunnen dit dus niet zomaar doen.

Voor het overige noemen de politiefunctionarissen met name praktische zaken die in hun ogen een probleem kunnen vormen, zoals het horen van de verdachte. Een politiefunctionaris brengt naar voren dat het verhoor audio/visueel opgenomen moet worden. Dat kan haast niet in de kliniek, omdat de kamers daar niet geschikt voor zijn, maar de patiënt mag niet uit de kliniek, dus moet het verhoor toch op de een of andere manier in de kliniek plaatsvinden. Ook het maken van afspraken en de afstemming met de kliniek wordt soms als lastig ervaren. Daarnaast vindt een aantal politiefunctionarissen het moeilijk om te bepalen wat er met een zaak gedaan moet worden. De patiënten hebben al tbs, maar was de patiënt ontoerekeningsvatbaar tijdens dit delict? Daar moet weer onderzoek naar worden gedaan door het Pieter Baan Centrum en dat is een kostbare en langdurige aangelegenheid.

#### *Knelpunten binnen het OM*

Hoe om te gaan met een aangifte tegen een tbs-gestelde vormt het grootste knelpunt voor de officieren van justitie. Bij zware en ernstige zaken zegt men het wel te weten: dan wordt er gewoon vervolgd. Maar de meeste aangiften die gedaan worden zijn niet van een dermate grote ernst en dan blijft de vraag staan: wat doe je met een dergelijke zaak?

Vaak vindt dan een sepot plaats. Bepalend is of een zaak haalbaar is of niet en of het zin heeft om iemand te vervolgen. Een aantal officieren benadrukt een goede voorzetting van de behandeling van de patiënt zeer belangrijk te vinden en vraagt zich af wat een vervolging op dat moment nog toevoegt? Bovendien zijn de afdoeningsmogelijkheden beperkt. Een geldboete is een goede optie aangezien de tbs-gestelden vaak een vorm van zakgeld hebben en dit dus in hun portemonnee voelen. Het opleggen van een taakstraf is niet mogelijk: want hoe moet een tbs-gestelde een taakstraf uitvoeren als hij geen verlofmachtiging meer heeft en dus de kliniek niet uit mag. De oplegging van een gevangenisstraf is wel mogelijk maar is praktisch lastiger. De duur van de gevangenisstraf is redelijk kort en moet een tbs-gestelde dan tijdelijk in een huis van bewaring gezet worden en daarna weer verder gaan met zijn behandeling? Volgens een van de officieren is dit juist niet goed voor de behandeling van de patiënt en dus ook niet bevorderlijk voor de duur van de tbs. Disciplinaire maatregelen door de kliniek zelf genomen, zijn dan te prefereren boven het opleggen van een gevangenisstraf.

We merken op dat uit de interviews binnen de klinieken is gebleken dat dit aansluit aan bij wat de meeste klinieken zelf ook graag willen.

Eén van de officieren plaatst dit probleem in het perspectief van de strafdoelen van het strafrecht: (1) vergelding, (2) generale preventie en (3) speciale preventie. De strafdoelen vergelding en generale preventie zouden in een specifiek geval kunnen leiden tot een paar weken gevangenisstraf bovenop de tbs, maar het strafdoel speciale preventie noopt daar zeker niet toe. Het is dan, volgens deze officier, zaak om de sancties en disciplinaire maatregelen die de kliniek zelf in huis heeft, in te zetten. Als dergelijke sancties en maatregelen al zijn toegepast, is dat voor officieren ook een reden om de zaak te seponeren.



Verder wordt het gebrek aan openheid van de kant van de klinieken, als een knelpunt ervaren door de officieren van justitie. Dit heeft te maken met het beroepsgeheim dat ook in de interviews binnen de klinieken aan de orde is gekomen (zie paragraaf 6.4). De officieren willen juist graag weten of bepaald gedrag van een tbs-gestelde voortkomt uit een psychose of niet. Eén officier zegt te weten dat de klinieken niet altijd aangifte doen. De betreffende kliniek doet volgens deze officier alleen aangifte als zij vinden dat de daad toerekenbaar is aan de tbs-patiënt. Dit is volgens de officier niet ter bepaling van de kliniek, hetgeen een punt van strijd is tussen de kliniek en het OM, aldus deze officier.

## **9.5 Communicatie en afstemming tussen kliniek, politie en OM**

### *Vanuit het oogpunt van de politie*

Alle politiefunctionarissen vinden dat de communicatie en afstemming met de kliniek goed verloopt. Er zijn vaste aanspreekpunten en dat werkt positief. Al wijst één van hen wel op het verloop van personeel, wat de communicatie lastig kan maken. Een andere politiefunctionaris wijst op de borging van de opgestelde protocollen. Deze moeten niet in een la verdwijnen.

Ook over de communicatie en afstemming met het OM zijn de politiefunctionarissen over het algemeen positief. Het grootste deel van de geïnterviewden is van mening dat de communicatie goed loopt doordat er een vaste tbs-officier is waar men contact mee heeft. Sommigen hebben geen vaste contactpersoon bij het OM maar zijn aangewezen op de piketdienst. Dan is het contact minder goed. De meeste politiefunctionarissen hebben geen zicht op wat er met de zaken gebeurt binnen het OM. Zij maken dossier op, sturen dit in en horen er vervolgens niets meer van. Dit is niet specifiek voor deze zaken maar komt ook geregeld voor bij zaken die niets te maken hebben met tbs-gestelden, zo wordt gezegd.

### *Vanuit het oogpunt van het OM*

Volgens de officieren van justitie verloopt het contact met de kliniek goed, al is het contact beperkt. Eén officier geeft aan dat de communicatie met de kliniek nog verbetering behoeft, men weet elkaar nog onvoldoende te vinden. Anderen noemen diverse vormen van contact.

- Een officier heeft, nadat zij de portefeuille van een collega had overgenomen, een rondleiding gehad in de kliniek om kennis te maken.
- Een officier heeft standaard twee keer in het jaar overleg met de kliniek en tussendoor is er mailcontact.
- Een officier wijst op het goede contact met de jurist van de kliniek.

De samenwerking met de politie gaat volgens de officieren ook goed, al gaat het dan niet specifiek om de onderhavige regelgeving. Omdat een officier van justitie leider is van het opsporingsonderzoek is de politie haar natuurlijke samenwerkingspartner, zo wordt gezegd. Eén officier geeft wel aan dat het soms lang duurt voordat het onderzoek bij politie is afgerond. Bovendien zijn de aangiften via de mail vaak onvolledig en moet de politie toch nog naar de kliniek om het onderzoek te doen. Daardoor duurt het langer voordat de zaak kan worden ingestuurd naar het OM.



### *Voorstellen voor verbetering*

De geïnterviewden wijzen op het belang van vaste aanspreekpunten zowel bij de kliniek, de politie als het OM. Dit is sinds kort gerealiseerd. Verder geven de geïnterviewden niet veel suggesties voor verbetering. De officier die aangaf dat de communicatie en afstemming nog niet optimaal verloopt, is van mening dat er kortere lijnen moeten komen en dat er heldere afspraken gemaakt moeten worden. Een andere officier zou graag verbetering zien in de informatieverstrekking door de klinieken. Het is vaak lastig om een korte samenvatting te krijgen van de kliniek over hetgeen is gebeurd. Er is ook een officier die de hand in eigen boezem steekt en toegeeft dat zij, als OM, ook meer en helderder kunnen communiceren naar de kliniek toe. Eén van de officieren tenslotte, doet de suggestie om het probleem van de lange doorlooptijden op te lossen door prioritering van deze zaken of door wellicht eens in de zoveel tijd een Taakstraf Openbaar Ministerie-zitting<sup>42</sup> te houden, desnoods in de kliniek. Dan kunnen meerdere zaken tegelijk behandeld worden.

Een van de politiefunctionarissen wijst er op dat er verbeteringen nodig zijn in het operationele proces, dus waar de mensen elkaar treffen. Dan gaat het om het contactleggen met medewerkers van de kliniek om afspraken te maken voor verhoor en dergelijke.

## **9.6 Samenvatting en conclusies**

### *Implementatie bij politie en OM*

Uit de interviews met de juristen van de klinieken, de politiefunctionarissen en de officieren van justitie kan geconcludeerd worden dat er ingezet is en wordt op het contact tussen kliniek, politie en OM. Er zijn vaste contactpersonen aangewezen bij zowel politie en OM (de tbs-officieren). Ook is het grootste deel van de politiefunctionarissen en de officieren van justitie van mening dat het contact met de kliniek goed verloopt. Dit neemt niet weg dat de implementatie van de gewijzigde regelgeving nog onvoldoende heeft plaatsgevonden binnen politie en OM. De bekendheid met de regelgeving is niet groot, noch bij de contactpersonen noch binnen de organisaties als geheel. Dat geldt ook voor de vaste tbs-officieren. Het zal dan ook vaak niet bekend zijn binnen het OM dat een officier van justitie zo snel mogelijk aan de kliniek moet laten weten of een tbs-gestelde als verdachte wordt aangemerkt (dan wel is besloten dat tot vervolging wordt overgegaan).

Er zijn nog maar weinig klinieken waar afspraken zijn geformaliseerd middels een convenant. Als dat wel zo is dan is er meer garantie dat het lukt om binnen 24 uur aangifte te doen en meer kans dat er ook vaste terugkoppeling plaatsvindt vanuit het OM naar de kliniek.

We signaleren wel in de procesbeschrijving van het convenant dat is afgesloten dat op sommige punten een eigen invulling wordt gegeven, zoals het onderscheid in de benadering van incidenten tussen patiënten onderling en incidenten tussen een medewerker en een patiënt. Om te voorkomen dat er rechtsongelijkheid ontstaat, is het daarom van belang dat convenanten onderling worden afgestemd.

---

<sup>42</sup> Bij een dergelijke zitting wordt er door de officier van justitie een taakstraf of geldboete aangeboden. Indien de verdachte daar op ingaat, wordt de persoon niet gedagvaard.



### *Hoe gaat men om met de door de FPC's gedane aangiften?*

Er is draagvlak voor de uitvoering van de regelgeving. Men vindt dat de regels die in de gewone maatschappij gelden, ook moeten gelden in een tbs-kliniek. Toch benoemt men ten aanzien van de uitvoering een aantal (soms fundamentele) knelpunten. Zowel politie als officieren maken melding van hun vermoeden dat niet alles wat voorlopige hechteniswaardig is, ook wordt aangegeven door de klinieken. Beide partijen vinden ook dat de samenwerking met de klinieken wordt belemmerd door het feit dat de klinieken zich snel beroepen op hun beroepsgeheim als hun om nadere informatie wordt gevraagd.

Ook de handelingsverlegenheid ten aanzien van de (afhandeling van) aangiften springt in het oog. Daarbij gaat het om de mogelijkheden maar vooral de beperkingen van het strafrecht versus de mogelijkheden die de klinieken zelf hebben voor eigen maatregelen en sancties. De officieren van justitie benadrukken wel dat bij zwaardere zaken zeker vervolgd wordt. Anderzijds bevestigen ze ook dat er vaak een sepot volgt. Een van de officieren geeft ook aan dat als een kliniek al eigen disciplinaire maatregelen heeft genomen een officier daar zeker rekening mee houdt in de eigen afdoening.

De politie is belast met de uitvoering van het nader onderzoek dat gedaan moet worden binnen de kliniek. De politiefunctionarissen geven hierbij een aantal praktische aandachtspunten aan, zoals het maken van afspraken met de klinieken en de (on)mogelijkheid tot het audio/visueel horen van tbs-gestelden in de kliniek.

Enkele officieren zijn niet gelukkig met het feit dat het moment waarop iemand als verdachte wordt aangemerkt, is vertaald naar het moment waarop het OM meedeelt dat tot vervolging wordt overgegaan. Dat impliceert namelijk dat de verlofmachtiging herleeft als een zaak wordt geseponeerd. Een zaak kan echter om vele redenen worden geseponeerd, dat kan zelfs gebeuren als er wettig en overtuigend bewijs is.

Last but not least, er zijn verschillen van mening tussen enerzijds officieren en politie en anderzijds klinieken als het gaat om de vraag of een kliniek wel of niet zelf moet bepalen of een delict moet worden toegeschreven aan een stoornis. De kliniek zou dit niet zelf moeten bepalen althans niet als criterium moeten hanteren bij haar besluit om wel of geen aangifte te doen. Politie en OM willen wel graag gebruik maken van de deskundigheid die de klinieken op dit punt in huis hebben en willen dus wel graag dat de kliniek hierover een uitspraak doet. De klinieken willen daar echter veelal niets over zeggen omdat het beroepsgeheim hun dat niet toestaat.



## 10 Analyse aangiftecijfers

### 10.1 Inleiding

De onderzoeksvragen die betrekking hebben op de 'kwantitatieve analyse' worden in dit hoofdstuk beantwoord. Het betreft de vragen 3a en 3b en de vragen 3c en 3d in aangepaste vorm (zie paragraaf 3.2.2). De (aangepaste) vragen luiden als volgt.

- Hoeveel aangiften zijn er in een periode van twee jaar na invoering van de wijziging gedaan?
- Hoe verhouden de aangiften in de twee jaar vóór de wijziging zich tot de aangiften van na de wijziging? (bijv. aantal, wijze van afdoening, duur afdoening, type delicten)?
- Zijn uit de vergelijking tussen de periode vóór de wijziging en de periode na de wijziging conclusies te trekken met betrekking tot eventuele wijzingen in de aangiftepraktijk?

### 10.2 Verantwoording

Via BlueView, een programma waarmee gegevens kunnen worden opgevraagd uit alle politieregistratiesystemen, zijn aangiften achterhaald over twee perioden: juni 2006 – juni 2008 (voormeting) en januari 2009 – januari 2011 (nameting). Er is voor deze benadering gekozen omdat de klinieken ons geen gegevens konden aanleveren over hun aangiften gedurende de totale meetperiode van voor- en nameting en andere registratiesystemen teveel onvolkomenheden bevatten (zie ook paragraaf 3.2.2).

Via BlueView (in combinatie met MITS) konden de aangiften worden achterhaald die door de klinieken zijn gedaan tegen een tbs-gestelde. Daarbij dient voor de particuliere niet-justitiële klinieken te worden opgemerkt dat de aangiften van medepatiënten (met een andere strafrechtelijke titel dan tbs) tegen een tbs-gestelde niet konden worden uitgesloten. Binnen de aangiften van deze vier klinieken kan dus sprake zijn van enige 'overschatting'.

Bevraging van BlueView heeft in totaal 149 aangiften (tegen 117 tbs-gestelden) opgeleverd die aan bovengenoemde omschrijving voldoen. Deze 149 aangiften vormen een ondergrens. Om verschillende redenen zijn niet alle relevante aangiften meegeteld of bekend geworden in ons onderzoek.

In de eerste plaats sluit de door ons gehanteerde omschrijving twee groepen uit die voor ons onderzoek wel relevant zijn. Het was echter niet mogelijk om deze groepen (goed) in beeld te krijgen via de beschikbare registratiesystemen. Het betreft:

- de aangiften die vanaf een ander adres, dus door derden (instanties of particulieren) zijn gedaan tegen een tbs-gestelde (en door de kliniek worden onderschreven);
- de aangiften die door een patiënt (tbs-gestelde) zijn gedaan tegen een andere patiënt (tbs-gestelde) (en door de klinieken worden onderschreven).



Daarnaast is gebleken dat ook door administratieve fouten en registratiefouten een (onbekend) aantal aangiften is gemist. Zie hiervoor ook de uitgebreidere verantwoording in bijlage 2.

We hebben aanwijzingen dat door bovengenoemde beperkingen circa 50% van alle relevante aangiften, dus alle aangiften tegen tbs-gestelden die (1) door de kliniek zelf zijn gedaan en (2) door anderen zijn gedaan en door klinieken worden onderschreven, via de door ons gehanteerde ingangen zijn achterhaald. Deze aanwijzingen komen voort uit de vergelijking die we voor twee klinieken hebben gemaakt tussen het aantal aangiften dat de klinieken naar eigen zeggen zelf hebben gedaan (of hebben onderschreven) en het aantal aangiften dat via bevraging van BlueView bekend is geworden. Er is dus sprake van een zogenaamd 'dark number' van naar ruwe schatting 50%. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat er sprake is van een selectieve vertekening, dat wil zeggen dat het dark number bij de voormeting groter of kleiner is dan bij de nameting.

Het gegevensbestand verkregen via BlueView, is gekoppeld aan MITS (het registratiesysteem van incidenten en verlofmachtigingen van de tbs) om de verloffgegevens te achterhalen en gekoppeld aan JDS (het registratiesysteem van het OM) om de afdoeninggegevens te achterhalen.

Bij de koppeling met JDS is gebleken dat niet alle aangiften opgemaakt door politie, zijn terug te vinden in JDS. Dat geldt voor 8 van de 60 aangiften (13%) uit de voormeting en 24 van de 89 aangiften (24%) uit de nameting. Wij hebben datzelfde eerder ook gemerkt bij een ander onderzoek<sup>43</sup>. Hiervoor zijn drie verklaringen.

- Sommige aangiften (uit de nameting) waren nog niet administratief vastgelegd in JDS ten tijde van ons onderzoek.
- Een deel van de aangiften is (anders dan de aangescherpte regelgeving voorschrijft) toch afgedaan door de politie. Uit de interviews met politie en OM blijkt dat de aangiften die de politie zelf afdoet (na overleg met het OM) niet (altijd) worden doorgestuurd naar het OM en dan dus ook niet vastgelegd in JDS.
- Een deel van de aangiften is door administratieve fouten niet in JDS vastgelegd.

Een en ander heeft consequenties voor de interpretatie van de resultaten van ons onderzoek. Bij de gegevens uit JDS (over aard delict en type afdoening) ontbreken de zaken die door de politie zijn afgedaan. Het zal hierbij vaak om de 'lichtere' zaken gaan. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat iets vaker dan de onderzoeksresultaten aangeven, van een feit aangifte is gedaan waarvoor *geen* voorlopige hechtenis is toegelaten. Ook ligt het aantal sepots hoger dan nu op basis van analyse van JDS naar voren komt omdat de 'politiesepts' niet zijn meegeteld.

De lezer dient bij de interpretatie van de resultaten die in de volgende paragrafen worden weergegeven, rekening te houden met alle genoemde beperkingen.

---

<sup>43</sup> Het betreft een onderzoek naar de justitiële afhandeling van aangiften van kindermishandeling. Hier bleek 24% van de aangiften niet terug te vinden in JDS (Van Vianen et al., 2010, p. 96).





### 10.3 De ontwikkeling van het aantal aangiften

We zijn nagegaan of er na de aanscherping van de regelgeving (in 2008) vaker aangifte wordt gedaan. In de totale meetperiode zijn in totaal 149 aangiften gedaan<sup>44</sup>, te weten 60 aangiften in de voormeting en 89 aangiften in de nameting. Dat betekent een stijging van 48%.

In diezelfde periode is het aantal op enig moment aanwezige tbs-gestelden binnen de FPC's met 8% gestegen (DJI, 2010, p. 20). De toename van het aantal aangiften wordt hiermee dus niet verklaard. Het aantal incidenten daalde met naar schatting 15%<sup>45</sup>. Dit versterkt het idee dat de toename van het aantal aangiften (mede) mag worden toegeschreven aan de gewijzigde regelgeving.

We weten, uit de voorgaande hoofdstukken, dat de uitvoering van de regelgeving per kliniek verschilt. Sommige geïnterviewden zeggen vaker aangifte te doen, anderen geven aan dat hiervan geen sprake is omdat men altijd al aangifte deed. In tabel 3 en 4 zijn daarom de aantallen aangiften per kliniek weergegeven. We hebben onderscheid gemaakt naar de justitiële klinieken en de niet-justitiële klinieken.

Tabel 3: Aantallen aangiften per kliniek: voor- en nameting (justitiële klinieken)

Soort kliniek	Kliniek	Aantal voormeting	Aantal nameting	Afname/ toename	
Justitieel	1	2	5	+3	
	2	8	13	+5	
	3	3	11	+7	
	4	4	9	+5	
	5	2	11	+9	
	6	0	0	-	
	7	5	2	-3	
	8	13	9	-4	
	9	10	5	-5	
<b>Totaal</b>		<b>47</b>	<b>65</b>	<b>+18</b>	<b>+38%</b>

Bij de justitiële klinieken is het aantal aangiften toegenomen (van 47 naar 65). Dit is een stijging van 38%. Deze toename heeft betrekking op meerdere klinieken maar er is geen sprake van een toename over de gehele linie. Bij 5 klinieken is het aantal aangiften toegenomen, bij 4 klinieken is het aantal afgenomen of gelijk gebleven.

Het aantal aangiften in de niet-justitiële klinieken is gestegen met 85% (van 13 naar 24). Deze stijging is echter volledig toe te schrijven aan de grote toename van het aantal aangiften in één kliniek. Zie tabel 4.

<sup>44</sup> Zoals eerder is aangegeven bedoelen we hier (en in het gehele hoofdstuk) feitelijk het aantal aangiften dat is *achterhaald*.

<sup>45</sup> Voor 6 van de 13 klinieken konden we, voor de voormeting én de nameting, de jaarlijkse scores achterhalen op de prestatie-indicatoren: 'bijzonder voorval', 'geweldpleging tussen patienten' en 'geweldpleging tegen personeel'. Tijdens de voormeting lag het totale aantal incidenten voor deze 6 klinieken op 262, tijdens de nameting op 225. Dit betekent een afname van 15%.



Tabel 4: Aantallen aangiften per kliniek: voor- en nameting (niet-justitiële klinieken)

Soort kliniek	Kliniek	Aantal voormeting	Aantal nameting	Afname/toename	
Niet-justitieel	1	3	14	+11	
	2	3	4	+1	
	3	2	2	-	
	4	5	4	-1	
<b>Totaal</b>		<b>13</b>	<b>24</b>	<b>+11</b>	<b>+85%</b>

#### Ontwikkeling aantal aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging

Na aanscherping van de regelgeving in 2008 werd vaker aangifte gedaan tegen een tbs-gestelde met een verlofmachtiging dan voor de aanscherping.

- Bij de voormeting hadden 7 van de 60 aangiften (12%) betrekking op tbs-gestelden met een verlofmachtiging.
- Bij de nameting hadden 29 van de 89 aangiften (33%) betrekking op tbs-gestelden met een verlofmachtiging.

Het aantal aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging steeg dus aanzienlijk (van 7 naar 29) terwijl het aantal aangiften tegen een patiënt zonder verlofmachtiging veel minder toenam (van 53 naar 60). Dit verschil is significant (Chi-kwadraat=8.558; df=1; p=.003). De toename betreft echter alleen de aangiften tegen patiënten met een machtiging voor begeleid verlof, dit aantal steeg namelijk van 2 (voormeting) naar 23 (nameting). Het aantal aangiften tegen patiënten met een andersoortige machtiging (onbegeleid en transmuraal verlof) was al laag en bleef laag (onbegeleid: was 2 en bleef 2, transmuraal: van 3 naar 4).

De toename wordt enigszins gerelativeerd door het feit dat er in de nametingsperiode meer geregistreerde verlofmachtigingen waren dan in de voormetingsperiode maar wordt hier niet volledig door verklaard. Het gemiddeld aantal per maand geregistreerde verlofmachtigingen steeg van 759 (voormeting) naar 1034 (nameting). Dat is een stijging van 36% (DJI, 2010, p. 24). De verschillende soorten verlofmachtigingen stegen ongeveer in gelijke mate (begeleid verlof 36%; transmuraal verlof 38% en onbegeleid verlof 42%).



## 10.4 Kenmerken aangiften en afdoening

### *Aard feiten volgens politieregistraties*

De feiten waarvan aangifte is gedaan, zijn door de politie in vastliggende categorieën geregistreerd. Tabel 5 geeft een overzicht van de feiten tijdens voor- en nameting.

*Tabel 5: Feiten waarvan aangifte is gedaan (politieregistratie)*

Aard feiten	Voormeting (n=60)		Nameting (n=89)	
	Abs.	%	Abs.	%
Bedreiging	8	13	19	21
Brand/ ontploffing materiële schade	8	13	1	1
Brand/ ontploffing met letsel/ dodelijk	1	2		
Brandstichting	3	5	12	13
Doodslag/ moord	1	2	3	4
Eenvoudige mishandeling	8	13	31	35
Zware mishandeling	1	2	9	10
Overige mishandeling			1	1
Geweld met letsel met wapen	5	8	2	2
Geweld met letsel zonder wapen	11	18		
Geweld zonder letsel met wapen	2	3		
Geweld zonder letsel zonder wapen	5	8		
Gijzeling/ ontvoering	1	2	2	2
Kinderpornografie	1	2	1	1
Ontsnapt/ ontvlucht persoon heterdaad	1	2		
Vernieling van/ aan openbaar gebouw	1	2		
Overige vernielingen/ beschadigingen	2	3	3	4
Verkrachting	1	2		
Handel e.d. harddrugs lijst 1			1	1
Overige delicten openbare orde			1	1
Misdrijven anders			1	1
Algemene mutatie			2	2
<b>Totaal*</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.

De meest voorkomende categorieën zijn:

- Bij de voormeting: bedreiging (13%), eenvoudige mishandeling (13%), geweld zonder letsel/ zonder wapen (8%) geweld met letsel en zonder/met wapen (26%) en brand met materiële schade (13%). (Tezamen 73% van alle feiten).
- Bij de nameting: bedreiging (21%), eenvoudige mishandeling (35%), zware mishandeling (10%) en brandstichting (13%). (Tezamen 79% van alle feiten).



We vermoeden dat de verschillen tussen voor- en nameting deels veroorzaakt worden door het gebruik van verschillende omschrijvingen in de verschillende registratiesystemen van de politie. Verder lijkt er op het eerste gezicht geen sprake van verschillen in zwaarte van feiten tussen voor- en nameting.

- Bij de voormeting heeft 52% van de aangiften betrekking op de 'lichtere' feiten: (bedreiging, eenvoudige mishandeling en geweld zonder en met letsel (maar zonder wapen).
- Bij de nameting heeft 56% van de aangiften betrekking op de 'lichtere' feiten: bedreiging en eenvoudige mishandeling.

#### *In hoeverre hebben aangiften betrekking op feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten?*

In JDS (de overkoepelende registratie van het OM) worden de artikelnummers vastgelegd van de feiten die door de zaakofficier ten laste zijn gelegd. Via deze artikelnummers kan worden vastgesteld of voor de gepleegde feiten wel of geen voorlopige hechtenis is toegelaten. In JDS zijn 52 van de 60 aangiften uit de voormeting en 65 van de 89 aangiften uit de nameting teruggevonden (zie paragraaf 10.2). De in JDS teruggevonden aangiften hebben nagenoeg allemaal betrekking op feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. Zowel bij de voormeting als bij de nameting was slechts één keer sprake van een aangifte van een feit waarvoor voorlopige hechtenis niet is toegelaten. Beide aangiften zijn gedaan tegen een patiënt zonder verlofmachtiging. Het betrof:

- Een feit ten laste gelegd onder art. 139A lid 1 onder 1 Sr (*Afluisteren gesprek in woning, anders dan in opdracht van een deelnemer aan dat gesprek*) en door de politie geclassificeerd als 'overige delicten openbare orde' (voormeting).
- Een feit ten laste gelegd onder art 284 lid 1 onder 1 Sr (*Door geweld of dreiging met geweld iemand dwingen iets te doen, niet te doen of te dulden*) en door de politie geclassificeerd als 'bedreiging' (nameting).

#### *Wijze van afdoening*

Hoeveel zaken door het OM en hoeveel door de rechterlijke macht (ZM) werden afgedaan is weergegeven in tabel 6.

*Tabel 6: Afdoening door OM en ZM*

Door wie afgedaan?	Voormeting (n=52)		Nameting (n=65)	
	Abs.	%	Abs.	%
OM	32	62	39	65
ZM	20	38	21	35
Voordocumentatie (loopt nog)	-	-	5	-
<b>Totaal</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

We zien dat er nauwelijks verschil is tussen de voor- en nameting. In totaal werd 63% van alle zaken afgedaan door het OM en 37% door de ZM.



De aard van de afhandeling van de aangiften is weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Aard afdoening

Aard afdoening	Voormeting (n=52)		Nameting (n=65)	
	Abs.	%	Abs.	%
Sepot	26	50	36	67
Voorwaardelijk sepot	5	10	3	6
Transactie	1	2		
Dagvaarding			6	-
OM niet ontvankelijk	2	4		
Vrijspraak	1	2		
Ontslag van alle rechtsvervolgning, niet strafbaar	2	4		
Ontslag van alle rechtsvervolgning, strafbaar				
Ontslag van alle rechtsvervolgning + tbs			1	1
Tbs met dwangverpleging			2	4
Gevangenisstraf	6	12	6	11
Gevangenisstraf en geldboete	1	2		
Gevangenisstraf en maatregel schadevergoeding	1	1	2	4
Geldboete	1	2	1	2
Schuldigverklaring zonder oplegging straf (of maatregel)	5	10	3	6
Nog niet bekend			5	-
<b>Totaal*</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.

De tabel laat zien dat naar aanleiding van respectievelijk 15 van de 52 aangiften tijdens de voormeting (29%) en 15 van de 54 aangiften tijdens de nameting (28%) een vorm van straf of maatregel werd opgelegd of dat er bepaalde voorwaarden zijn gesteld. Het gaat hierbij om:

- Voormeting: gevangenisstraf (al dan niet met geldboete/schadevergoeding) (n=8), voorwaardelijk sepot (n=5), transactie (n=1), en geldboete (n=1).
- Nameting gevangenisstraf al dan niet met schadevergoeding (n=8), voorwaardelijk sepot (n=3), tbs (n=3) en geldboete (n=1).

Het percentage sepot ligt op respectievelijk 50% bij de voormeting en 67% bij de nameting. Dit verschil is (net) niet significant (chi-kwadraat=3.031; df=1; p=.082).

Bij de sepot is steeds een toelichting (en soms ook een tweede toelichting) gegeven. Bij de 26 sepot van de voormeting zijn in totaal 37 toelichtingen gegeven. Bij de nameting gaat het om 46 toelichtingen bij 36 sepot. Zie tabel 8.



Tabel 8: Toelichtingen bij de septs

Toelichtingen	Aantal septs (n=26)		Aantal septs (n=36)	
	Abs.	%	Abs.	%
Tbs	19	73	15	42
Gezondheidstoestand	10	38	20	55
Ander dan strafrechtelijk ingrijpen	4	15	5	14
Geen wettig bewijs	1	4	4	11
Dader niet strafbaar	1	4	1	3
Overig	2	8	1	3
<b>Totaal*</b>	<b>37</b>	<b>142</b>	<b>46</b>	<b>128</b>

\* Het totaalpercentage in de tabel ligt boven 100% omdat er soms meer dan één toelichting is gegeven.

De verschillen tussen voor- en nameting zijn beperkt. Bij de meeste septs is (naast eventuele andere toelichtingen) de toelichting 'tbs' of 'gezondheidstoestand' gegeven. Een sepot is dan gegeven omdat er reeds een tbs-maatregel loopt of wegens de gezondheidssituatie van de verdachte. Met dit laatste wordt waarschijnlijk verwezen naar de aanwezigheid van een stoornis bij de verdachte.

Het komt weinig voor dat een sepot plaatsvindt omdat de dader niet strafbaar wordt geacht.

De cijfers bevestigen wat eerder door enkele geïnterviewde officieren van justitie werd opgemerkt namelijk dat de koppeling van 'sepot' en 'herleven van de verlofmachtiging' inhoudelijk discutabel is omdat een sepot meestal niet betekent dat de tbs-gestelde niet schuldig is.

Als we de zaken die door het OM geseponeerd zijn (gedurende beide metingen) afzetten tegen de classificering door de politie, dan blijkt (voor de meest voorkomende categorieën) dat:

- 9 van de 20 zaken (45%) die door de politie zijn geclassificeerd als 'bedreiging' zijn geseponeerd.
- 20 van de 28 zaken (71%) die door de politie zijn geclassificeerd als 'eenvoudige mishandeling', zijn geseponeerd.
- 8 van de 13 zaken (61%) die door de politie zijn geclassificeerd als 'geweld zonder letsel met wapen' zijn geseponeerd.

Enkele juristen hebben erop gewezen (zie paragraaf 8.7) dat er verschil in afdoening is tussen de arrondissementen. De aantallen per arrondissement zijn te klein om hier op basis van de cijfers een uitspraak over te doen.

#### *De afdoening van de aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging*

De aantallen aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging zijn te klein voor een verantwoorde onderlinge vergelijking tussen voor- en nameting. Bij de voormeting gaat het om 8 aangiften, bij de nameting om 29 aangiften. In totaal gaat het dus om 37 aangiften, hiervan zijn er 23 teruggevonden in JDS. Van deze 23 zaken zijn er 15 geseponeerd, 7 keer werd vervolging ingesteld. Bij één zaak is de afdoening niet bekend.



We hebben de aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging wel vergeleken met de aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging. Op basis van de interviews hebben we namelijk de indruk gekregen dat sommige klinieken sinds de aanscherping van de regelgeving eerder aangifte doen van feiten begaan door patiënten met een verlofmachtiging. We zijn nagegaan of we dit terugzien in de registratiegegevens, dat wil zeggen of er aanwijzingen zijn dat er vaker van minder ernstige feiten aangifte wordt gedaan tegen patiënten met een verlofmachtiging.

We vinden een bevestiging van deze veronderstelling in het feit dat aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging vaker teruggevonden zijn in JDS dan aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging. Het verschil is significant (Chi-kwadraat 6.028; df=1;p=.014).

- Van alle aangiften van patiënten zonder verlofmachtiging werd 83% (94 van de 113) teruggevonden in JDS.
- Van alle aangiften van patiënten *met* een verlofmachtiging werd 64% (23 van de 36) teruggevonden in JDS.

Het lijkt er dus op dat aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging relatief vaker door de politie worden afgedaan (na overleg met het OM). Als de drempel voor het doen van aangifte lager ligt dan wordt de kans groter dat de politie geen mogelijkheden of redenen ziet om nader onderzoek te doen of een zaak wegens het geringe feit zelf seponereert (na overleg met het OM). Dat dit te maken heeft met de aanscherping van de regelgeving wordt aannemelijk als we kijken naar het verschil tussen voor- en nameting.

- Voormeting: alle 8 aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn in JDS teruggevonden.
- Nameting: slechts 15 van de 29 aangiften (52%) tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn in JDS teruggevonden.

We hebben de aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging die in JDS zijn vastgelegd vergeleken met de aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging die in JDS zijn vastgelegd. Dan blijken er geen significante verschillen te zijn in afdoening.

- De aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging worden even vaak door het OM afgedaan als de aangiften tegen patiënten zonder verlofmachtiging (respectievelijk 74% en 69%).
- De aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging resulteren iets vaker in een sepot dan de aangiften tegen patiënten *zonder* verlofmachtiging (respectievelijk 68% en 56%). Dit verschil is echter niet significant.



## 10.5 De doorlooptijden vanaf datum plegen delict tot en met de afhandeling door justitie

Volgens de regelgeving moet binnen 24 uur na het plegen van het delict aangifte gedaan zijn. De klinieken hebben aangegeven dat dit in de praktijk lastig is te realiseren. Tabel 9 geeft de doorlooptijd tussen de datum van het delict en de datum van de aangifte bij de politie.

Tabel 9: Tijd tussen plegen delict en doen van aangifte

Tijdsduur	Voormeting (n=60)		Nameting (n=89)	
	Abs.	%	Abs.	%
Maximaal 24 uur	17	29	17	24
Tussen 1 en 10 dagen	21	36	25	35
Meer dan 10 dagen	21	36	29	41
Onbekend	1	-	18	-
<b>Totaal*</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.

Het lukt in circa een kwart van alle gevallen om binnen 24 uur aangifte te doen bij politie. Bij ruim een derde van de delicten ligt er meer dan 10 dagen tussen het moment waarop het delict wordt gepleegd en het moment waarop de politie in kennis wordt gesteld door het doen van aangifte. Er zijn nauwelijks verschillen tussen voor- en nameting. De aanscherping van de regelgeving op dit punt heeft dus (nog) niet tot verbetering geleid.

Voor de kliniek en de patiënten is het van belang dat er zo snel mogelijk duidelijkheid komt over de afdoening door justitie. Partijen weten dan waar ze aan toe zijn. Tabel 10 geeft de doorlooptijd tussen datum delict en datum afdoeningsbeslissing. Het gaat hier alleen om de zaken die in JDS zijn vastgelegd.

Tabel 10: Tijd tussen plegen delict en datum afdoening

Tijdsduur	Voormeting (n=52)			Nameting (n=65)		
	Abs.	%	Cum.%	Abs.	%	Cum.%
Maximaal 3 maanden	4	8	8	10	20	20
Tussen 3 en 6 maanden	13	25	33	12	24	44
Tussen 6 en 9 maanden	12	23	56	5	10	54
Tussen 9 en 12 maanden	10	19	75	13	26	80
Tussen 12 maanden en 18 maanden	8	15	90	8	16	96
Meer dan 18 maanden	6	12	100	2	4	100
Onbekend	-	-	-	15	-	-
<b>Totaal*</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\*Door toepassing afrondingsregels kunnen de totaalpercentages iets hoger of lager zijn dan 100%.





Bij de nameting werd 20% van alle zaken afgedaan binnen 3 maanden. Bij de voormeting ligt dit percentage op 8%. Bij de voormeting duurde het bij 6 op de 10 zaken langer dan een half jaar voor de afdoening bekend was. Bij de nameting gold dat voor bijna 4 op de 10 zaken.

Bij de nameting was de gemiddelde doorlooptijd ruim 7 maanden, bij de voormeting 9,5 maand. Er is dus een tendens zichtbaar dat de doorlooptijd korter wordt. Het verschil tussen voor- en nameting is echter (net) niet significant.

### **10.6 Wat gebeurt er met het verlof en met de verlofmachtiging?**

Een kliniek kan bij elke tbs-gestelde met een verlofmachtiging zelf bepalen of en hoe lang zij het verlof wil intrekken. Zij dient daarbij wel binnen de regelgeving te blijven. Als het OM laat weten dat zij tot vervolging overgaat dan moet de kliniek aan de Verlofunit tbs laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege is vervallen en dus als vervallen moet worden geregistreerd.

Wij hebben geen cijfermatige gegevens over het intrekken en van het verlof door de inrichting, wel over de status van de verlofmachtiging. Dergelijke gegevens worden vastgelegd in MITS.

Eerder is aangegeven (zie paragraaf 10.4) dat er 23 aangiften tegen patiënten met een verlofmachtiging zijn teruggevonden in JDS (voor- én nameting).

- Bij 7 van deze 23 cases heeft het OM besloten om tot vervolging over te gaan.
- Bij 15 van de 23 cases werd besloten om *niet* tot vervolging over te gaan.

Tabel 11 geeft een overzicht van het verloop van de zeven aangiften waarbij tot vervolging werd overgegaan. De eerste drie cases hebben betrekking op de voormeting. De laatste vier op de nameting.



Tabel 11: Verloop van de 7 aangiften tegen patiënten met verlofmachtiging (niet geseponneerd)

Nr	Aard feit	Pleegdatum	Datum intrekken verlofmachtiging	Datum afdoening	Aard afdoening	Datum aflopen verlofmachtiging
1	Geweld met letsel met wapen	2 november 2006		11 juni 2007	Gevangenisstraf en geldboete	18 september 2007
2	Geweld met letsel	21 februari 2007	23 febr. 2007	14 mei 2007	voorwaardelijk sepot	
3	Verkrachting	9 nov. 2006	10 nov. 2006	4 juli 2008	Gevangenisstraf 18 maanden	
4	Eenvoudige mishandeling	12 juni 2009		15 december 2010	SZOSM/ SZOVS*	19 december 2009
5	Bedreiging	27 juli 2010		22 april 2011	SZOSM/ SZOVS	30 maart 2011
6	Eenvoudige mishandeling	31 aug. 2010		9 augustus 2011	SZOSM/ SZOVS	30 maart 2011
7	Eenvoudige mishandeling	28 augustus 2010		8 november 2010	Gevangenisstraf 35 dagen waarvan 24 voorwaardelijk	16 december 2010

\*Schuldigverklaring zonder oplegging straf of maatregel.

De tabel laat zien dat de klinieken zelf de momenten bepalen waarop ze de Verlofunit laten weten dat een machtiging dient te worden ingetrokken, dan wel de machtiging vanzelf laten verlopen.

- Twee keer (case 2 en 3) laat de kliniek de verlofmachtiging direct intrekken na het delict. Het gaat hier om cases van de voormeting toen er nog geen moment was vastgesteld waarop de verlofmachtiging van rechtswege vervalt.
- Bij vier cases (case 1, 4, 5 en 7) is het aannemelijk dat de inrichting de machtiging ten onrechte *niet* heeft laten intrekken op het moment dat het OM besloot dat tot vervolging wordt overgegaan.
  - Bij case 4: is de machtiging vanzelf afgelopen enkele dagen na de afdoeningsbeslissing
  - Bij case 5 is de machtiging vanzelf afgelopen vlak voor de afdoeningsdatum.<sup>46</sup>
  - Bij case 1 en 7 is de machtiging vanzelf afgelopen pas enkele maanden na de afdoeningsdatum. NB: deze twee tbs-gestelden hebben beiden gevangenisstraf gekregen.
- Bij case 6 heeft de inrichting de machtiging ook niet laten intrekken maar het is goed mogelijk dat het moment van aflopen van de machtiging ongeveer overeenkomt met het moment dat het OM besluit heeft genomen om te vervolgen.

<sup>46</sup> Bij cases die niet zijn geseponneerd ligt de datum waarop het OM beslist over vervolging waarschijnlijk ruim vóór de afdoeningsdatum.



Wij hebben bij geen van de vier cases een aantekening in MITS aangetroffen dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen. We concluderen hieruit dat de inrichting niet aan de Verlofunit heeft laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen toen zij te horen kreeg dat het OM had besloten om tot vervolging over te gaan. Het is overigens waarschijnlijk dat het OM het besluit dat tot vervolging wordt overgegaan ook niet (tijdig) heeft medegedeeld aan de inrichting. In dergelijke situaties is een kliniek alleen op de hoogte van het feit dat de machtiging van rechtswege is vervallen als zij dit zelf heeft nagevraagd bij het OM.

Het duurde bijna altijd geruime tijd (soms jaren) voor een nieuwe machtiging werd aangevraagd en toegekend. Eén keer (bij case 7) werd direct na aflopen van de verlofmachtiging een nieuwe machtiging aangevraagd en toegekend. De aard van de machtiging werd wel beperkt: van transmuraal verlof naar begeleid verlof.

Dat de kliniek wellicht niet tijdig heeft geweten dat de machtiging van rechtswege was vervallen (en dat ook niet aan de Verlofunit heeft medegedeeld), laat onverlet dat het verlof van alle tbs-gestelden waarschijnlijk wel direct is opgeschort. Uit het hiernavolgende blijkt dat de inrichting soms strenger optreedt dan de regelgeving voorschrijft.

Er zijn 15 cases van tbs-gestelden met een verlofmachtiging die werden geseponeerd. Het gaat hier om vier cases uit de voormeting en 11 uit de nameting. Bij vier van deze 15 cases heeft de kliniek de verlofmachtiging na het plegen van het delict laten intrekken. Bij deze cases heeft de kliniek dus een eigen beslissing genomen die strenger is dan de regelgeving voorschrijft. Het betreft twee cases uit de voormeting en twee cases uit de nameting.

- Een keer werd vervolgens een nieuwe verlofmachtiging aangevraagd en toegekend met minder vrijheid (van onbegeleid naar begeleid).
- Bij de overige 3 cases werd respectievelijk enkele maanden, een jaar en enkele jaren later weer een verlofmachtiging aangevraagd en toegekend.



## 10.7 Samenvatting en conclusies

### *Aantal aangiften na de wijziging regelgeving van 2008*

De door ons gehanteerde benadering heeft voor een periode van 2 jaar na de aanscherping van de regelgeving van 2008 (de nameting), in totaal 89 aangiften (tegen 72 tbs-gestelden) opgeleverd. Hiermee is, globaal geschat, de helft van alle aangiften in die periode, boven tafel gekomen.

### *Vergelijking aantallen en kenmerken aangiften tussen voor- en nameting*

Bij de nameting is het percentage aangiften met 48% gestegen (in vergelijking met de voormeting). In absolute zin gaat het om een beperkte stijging van 29 aangiften (van 60 naar 89 aangiften). De toename geldt niet voor alle klinieken. Er zijn ook klinieken waar het aantal aangiften afnam. In totaal heeft het onderzoek dus 149 aangiften opgeleverd (tegen 117 tbs-gestelden). Voor alle aantallen geldt een zogenaamd dark number van circa 50% (globaal geschat).

De vergelijking tussen voor en nameting heeft op twee punten significante verschillen opgeleverd:

- De aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn bij de nameting meer toegenomen dan de aangiften van patiënten *zonder* verlofmachtiging. De toename betreft alleen de machtigingen 'begeleid verlof'.
- De aangiften tegen patiënten *met* een verlofmachtiging zijn bij de nameting minder vaak teruggevonden in JDS. Het lijkt er dus op dat deze zaken vaker werden afgedaan door de politie. Dat zou betekenen dat het vaker om minder ernstige feiten gaat.

Uit beide bevindingen kan geconcludeerd worden dat er na de wijziging van de regelgeving meer aangiften zijn gedaan tegen patiënten met een verlofmachtiging en dat het daarbij vaker om minder ernstige zaken ging die door de politie werden afgedaan (na overleg met het OM). De drempel voor het doen van aangifte tegen patiënten met een verlofmachtiging lijkt bij de nameting dus lager te liggen dan bij de voormeting. Dat is een positief effect van de wijziging van de regelgeving. Het gaat hierbij overigens vooral om aangiften van patiënten met een verlofmachtiging begeleid verlof. Aangiften tegen patiënten met onbegeleid verlof, transmuraal en proefverlof kwamen en komen nauwelijks voor.

Als er aangifte wordt gedaan dan gaat het (vermoedelijk) bijna altijd om feiten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten. We moeten hier een slag om de arm houden omdat een kwart van de zaken (uit de nameting) niet in de registratie van het OM is teruggevonden. Een groot deel van deze zaken is vermoedelijk door de politie afgedaan (in overleg met het OM). Dit zijn vaak de 'lichtere' zaken en van deze zaken is niet bekend of het om voorlopige hechteniswaardige feiten gaat.

De cijfers bevestigen het beeld dat uit de interviews naar voren komt dat het (1) vaak niet lukt om binnen 24 uur aangifte te doen en (2) er vaak een sepot volgt.

- Een kwart van alle aangiften werd binnen 24 uur gedaan. Het feit dat dit in 2008 expliciet is voorgeschreven in de regelgeving heeft hier (nog) niets aan veranderd.
- Tweederde van alle zaken uit de nameting die in de registratie van het OM zijn teruggevonden, is afgedaan met een sepot. Er wordt meestal geseponeerd wegens een stoornis van een patiënt



of omdat de persoon al tbs heeft. We zien de uitspraak van enkele officieren dat een sepot van het OM niet betekent dat de verdachte niet strafbaar is dus terug in de cijfers.

We konden niet nagaan wat de doorlooptijd is tussen het doen van aangifte en het moment dat het OM beslist of wel of niet tot vervolging wordt overgegaan. De doorlooptijd tussen het doen van aangifte en het moment van afdoening is wel achterhaald. Bij de voormeting duurde het gemiddeld 9,5 maand voor een zaak werd afgedaan, bij de nameting was dit gedaald naar ruim 7 maanden. De doorlooptijd is dus nog steeds lang, maar lijkt wel korter te worden.

*Hoe vaak zijn de gewijzigde regels met betrekking tot verlof, toegepast?*

In een periode van twee jaar na de wijziging van de regelgeving hebben we 29 aangiften gevonden die zijn opgemaakt tegen patiënten met een verlofmachtiging. Hiervan zijn er 14 waarschijnlijk afgedaan door de politie (in overleg met het OM). Van de 15 resterende aangiften werden er 11 geseponeerd; bij vier zaken werd vervolging ingesteld.

Uitgaande van de veronderstelling dat de werkelijke aantallen circa 50% hoger liggen zou het jaarlijks om circa 30 aangiften gaan van patiënten met een verlofmachtiging waarbij het door de regelgeving gewijzigde verlofbeleid dient te worden toegepast (globale schatting). Afgaande op bovenstaande cijfers zou vervolgens bij circa 5 zaken tot vervolging worden overgegaan. Deze cijfers hebben alleen een indicatieve waarde. Het aantal zaken waarbij ten onrechte geen aangifte is gedaan is niet meegeteld (en ook niet bekend).

*Wordt er conform de regelgeving gehandeld?*

We kijken hier alleen naar de feitelijke wijzigingen in de regelgeving die in 2008 zijn doorgevoerd (zie paragraaf 4.2). Op basis hiervan kan het volgende worden geconcludeerd.

- In het merendeel van de gevallen werd niet binnen 24 uur aangifte gedaan.
- Het is aannemelijk dat het verlof terstond werd ingetrokken en de patiënten niet meer met verlof zijn geweest mede gezien het feit dat de klinieken in alle voorkomende gevallen de verlofmachtiging liet verlopen.
- De kliniek heeft wellicht niet (tijdig) geweten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen omdat het OM vaak nog niet meedeelt aan de kliniek of tot vervolging wordt overgegaan. Uit de interviews komt wel het beeld naar voren dat de kliniek deze informatie vaak zelf achterhaalt bij het OM.
- Als tot vervolging werd overgegaan heeft de inrichting niet aan de Verlofunit tbs laten weten dat de verlofmachtiging van rechtswege was vervallen.





## **Bijlage 1    Literatuurverwijzingen en overige bronnen**

### **1.    Aangehaalde literatuur**

DJI (2009) *Verloftoetsingskader ter beschikking gestelden: Beleidsregels met betrekking tot de verlofverlening aan ter beschikking gestelden*. DJI, Directie Forensische zorg.

DJI (2010a) *tbs in getal 2005 – 2009*. DJI, Directie Forensische zorg.

Inspectie voor de Sanctietoepassing/ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007) *Incidentenonderzoek – de Kijvelanden*. Ist/Igz.

RSJ (2005) *Advies betreffende concept Amvb houdende wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt)*. RSJ.

RSJ (2008) *Het van rechtswege vervallen van de verlofmachtiging in de tbs. Advies over het voorstel tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden*. RSJ.

Staatsblad 2005, 400, *Besluit van 23 juli 2005 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden in verband met een wijziging van de regels met betrekking tot verlof en proefverlof en enige andere bepalingen*.

Staatsblad 2008, 222, *Besluit van 16 juni 2008 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden in verband met een wijziging van de regels met betrekking tot verlof en proefverlof en enige andere bepalingen*.

Staatscourant 1999, 8029711, *Regeling melding bijzondere voorvallen verpleegden*.

Vianen, R.T., van, Boer, R. de, Jong, B.J. de & Amersfoort, P. van (2010) *De inzet van het strafrecht bij kindermishandeling*. Den Haag/Woerden, WODC/Van Montfoort.

### **2.    Overige geraadpleegde bronnen**

#### **Documenten FPC's**

- 1)    Jaarverslag Oldenkotte, 2009.
- 2)    Nieuwsbericht Van Mesdagkliniek: *Aangiftebeleid voor Incidenten aangescherpt*. 2008.

#### **Protocollen aangifte klinieken**

- 3)    *Verplicht aangifte (binnen 24 uur) bij gepleegde strafbare feiten buiten de WP door tbs-gestelden met een verlofmachtiging, FPC (v3.0)*. Woenselse Poort 2010.



- 4) *Protocol aangifte*. Oldenkotte, Centrum voor Forensisch Psychiatrische Zorg, juni 2010.
- 5) *Protocol verlot patiënten*. Oostvaarderskliniek, juli 2008.
- 6) *Protocol Strafbare feiten*. GGZ Drenthe, december 2010.
- 7) *Protocol tbs verlot: procedures rond verlotfregeling van patiënten met tbs dwangverpleging*. GGZ Drenthe, juni 2010.
- 8) *Aangifteprotocol*. De Rooyse Wissel.
- 9) *Aangifte doen: procesbeschrijvingen*. De Kijvelanden, Forensisch Psychiatrisch Centrum.
- 10) *Aangifte*. Trajectum Hoeve Boschoord.
- 11) *Aangiftebeleid*. FPC Dr. S. van Mesdag, december 2008.
- 12) *Aangifteprotocol*. Pompestichting, mei 2010.
- 13) *Aangiftebeleid Van der Hoevenstichting*. Van der Hoevenstichting, juni 2010.

#### **Documenten ministerie van V&J**

- 14) Adviescollege Verlofmachtiging tbs (2010) *Nieuwsbrief nummer 4*.
- 15) DJI (2010) *Verslag Werkconferentie Verlot*. DJI.
- 16) DJI (2010) Brief aangifte van alle gevallen van grensoverschrijdend seksueel gedrag.
- 17) Forensische zorg landkaart 2010, DJI.
- 18) Koenraadt, F., Langbroek, Ph., Tichelaar, J., & Velde, M. van der (2010) *Het verlot van de ter beschikking gestelde*. Utrecht/Den Haag, Montaigne Centrum/WODC.
- 19) Verslag werkgroep SSC DJI, 26 mei 2010.
- 20) Verslag vergadering DJI/Avt/Parket Generaal, 19 mei 2010.
- 21) Brief Directeur.
- 22) Brief Directeur Forensische Zorg, 19 juli 2011.

#### **Documenten ministerie van VWS**

- 23) RIVM (2010) *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. RIVM, VWS.





## Bijlage 2 Verantwoording verzameling aangiftecijfers

### *Stap 1: Voorbereiding achterhalen gegevens via BlueView*

Omdat de eigen gegevens van de klinieken over aangiften en het registratiesysteem MITS (registratiesysteem incidenten en verlofmachtigingen tbs) niet bruikbaar waren voor ons onderzoek, hebben we ervoor gekozen om de aangiften tegen tbs-gestelden te achterhalen via de politieregistraties. Daarbij is gebruik gemaakt van BlueView, een programma dat gegevens aanlevert uit alle onderliggende registratiesystemen die de politie in de praktijk gebruikt of gebruikte in de meetperiode (juni 2006- juni 2008 en januari 2009- januari 2011).

Als ingang voor het achterhalen van de aangiften is het adres van de aangever (dus de adressen van de klinieken) gebruikt. We zijn gestart met de vraag aan de juristen van alle klinieken wie aangifte doen en op welke naam en adres de aangifte gesteld wordt. Uit de antwoorden bleek dat verschillende functionarissen aangifte doen, maar dat de aangifte wel altijd op het adres van de kliniek wordt gezet. Vervolgens is een lijst opgesteld met alle adressen van de klinieken gedurende de voormetings- en de nametingsperiode. Gaandeweg is gebleken dat achter het adres van sommige klinieken meerdere instellingen of een grotere instelling dan alleen de tbs-kliniek schuil gaat of het gaat om een adres (kliniek) waar niet alleen tbs-ers maar ook patiënten met een strafrechtelijke titel verblijven. Dat is het geval bij de vier particuliere niet-justitiële klinieken (GGZ Drenthe, De Woenselse Poort, Arkin (Inforza) en Hoeve Boschoord). Het is ook het geval bij de Pompestichting (locatie Lunettenlaan is tevens het adres van P.I. Vught) en bij de Oostvaarderskliniek (locatie H.J.E Wenckebachweg is ook het adres van de P.I. Amsterdam Over-Amstel). Bij het opschonen van het bestand en de verantwoording van de data dienden we hiermee rekening te houden.

### *Stap 2: Draaien query bij de VtsPN en eerste analyse*

In samenspraak met de VtsPN is een query opgesteld die zoekt naar aangiften die in de twee onderzoeksperiodes op de adressen van de klinieken zijn gesteld. Naast gegevens over de aangever, zijn ook gegeven omtrent de verdachte, de datum van het incident en de datum van kennisname van het incident werden meegenomen. Ook is gevraagd naar het type delict dat gepleegd is.

Dit leverde een bestand op van 1852 aangiften dat nader is bekeken. Het bestand bestond uit 1222 aangiften zonder verdachten en 630 aangiften met verdachten.

Het grote aantal aangiften zonder namen van verdachten heeft ons verbaasd. We hebben dan ook gezocht naar verklaringen en konden er twee bedenken:

1. Er is sprake van een registratiefout. Er is wel een verdachte bekend maar deze is per abuis niet ingevoerd in de politieregistratie.
2. Er is aangifte gedaan van een delict met een onbekende verdachte. Dit komt vaker voor bij bepaalde type delicten zoals diefstal en vernieling

Een registratiefout is hoogstens een verklaring voor een beperkt deel van alle aangiften zonder verdachte. We zijn nagegaan of we bevestiging konden vinden voor de tweede verklaring. Hiervoor



hebben we 813 van de 1222 aangiften zonder verdachten (67%) nader bekeken. Daaruit is naar voren gekomen dat:

- Bij bijna 80% procent van deze aangiften sprake is van diefstal, vernieling of het aantreffen/vermissen van goederen.
- Bijna 90% van deze aangiften afkomstig is van drie adressen, te weten twee adressen van een grote GGZ instelling (met een tbs-kliniek) en een adres van een Penitentiaire Instelling (P.I.) (met een tbs-kliniek).

Dit resultaat maakt de tweede verklaring aannemelijk. Bovendien is duidelijk geworden dat bijna al deze aangiften zonder namen verdachten van drie adressen komt waar een veel bredere groep van aangevers achter zit namelijk: GGZ patiënten, gedetineerden en werknemers van grote GGZ instellingen en een P.I. Voor ons onderzoek heeft deze overigens wel opmerkelijke bevinding, geen consequentie. De te evalueren regelgeving heeft alleen betrekking op aangiften met verdachten (te weten tbs-gestelden). De eerste verklaring, een registratiefout, heeft wel gevolgen voor ons onderzoek. Hiermee wordt een (onbekend) deel van aangiften die voor ons wel relevant zijn gemist.

### *Stap 3: Opschonen bestand van 630 aangiften*

Het bestand van 630 aangiften is opgeschoond. Dit is gebeurd door de namen van alle aangevers en de namen van alle verdachten in dit bestand te controleren in MITS. MITS bevat de namen van alle huidige en gewezen tbs-gestelden sinds 2001. We zijn via MITS voor alle 630 aangiften nagegaan: (1) of de aangevers geregistreerd staan in MITS en (2) of de verdachten geregistreerd staan in MITS. Alle aangiften gedaan door een tbs-gestelde zijn verwijderd. Dit zijn de aangiften die gedaan zijn door een patiënt tegen een patiënt. Het is namelijk niet duidelijk of deze aangiften worden onderschreven door de kliniek. Ook de aangiften tegen anderen dan een tbs-gestelde zijn verwijderd. Deze zijn niet relevant voor ons onderzoek. Het gaat hier bijvoorbeeld om aangiften vanuit de niet-justitiële klinieken tegen een patiënt met een andere strafrechtelijke titel dan een tbs-maatregel.

Via deze opschoning is het bestand van 630 aangiften teruggebracht tot 149 aangiften. Hiermee is een bestand gecreëerd van aangiften waarvan we (1) zeker weten dat ze gedaan zijn tegen een tbs-gestelde en (2) voor het merendeel van de klinieken zeker weten dat de aangifte gedaan is door een medewerker/directeur van een kliniek. Voor zover het aangiften betreft van de vier niet-justitiële klinieken (GGZ Drenthe, De Woenselse Poort, Arkin (Inforza) en Hoeve Boschoord), de Pompestichting (locatie Lunettenbaan) en de Oostvaarderskliniek (locatie HJE Wenckebachweg) blijft het in theorie mogelijk dat er sprake is van een aangever anders dan een medewerker/directeur van een tbs-kliniek. De aangifte kan in principe ook gedaan zijn door: (1) een patiënt die op een andere strafrechtelijke titel dan tbs verblijft in een FPK, (2) een GGZ patiënt of een gedetineerde (verblijvend in de P.I.) en (3) een medewerker van een andere afdeling dan de tbs- kliniek. Medewerkers van andere afdelingen van de grotere instelling en GGZ patiënten en gedetineerden binnen een P.I. zullen naar onze inschatting niet snel met een tbs-patiënt te maken krijgen. Resteert een mogelijke vervuiling van het bestand omdat de aangiften van patiënten op een andere strafrechtelijke titel (dan tbs) tegen een tbs-gestelde (binnen een FPK), niet verwijderd konden worden via controle in MITS. Dit is aan de orde binnen de vier niet-justitiële inrichtingen. Het effect van deze vervuiling blijft beperkt omdat de invloed ervan op de voormeting even groot is als op de nameting.



#### *Stap 4: Een extra controle op het bestand van 149 aangiften.*

We hebben een externe controle uitgevoerd op de volledigheid van het verkregen bestand van 149 aangiften. Daarbij zijn we als volgt te werk gegaan. Aan de klinieken is gevraagd om voor alle incidenten die zij hebben geregistreerd in MITS alsnog met terugwerkende kracht aan te geven of er wel of niet aangifte is gedaan. Alle klinieken hebben dit gedaan, waarbij een aantal wel expliciet aangaf dit een lastige opgave te vinden.

Er zijn uit MITS 135 namen van tbs-gestelden naar voren gekomen tegen wie in de voormeting of nameting (volgens opgave van de klinieken) aangifte is gedaan. Met deze namen (en de geboortedata) is opnieuw een query in BlueView gedraaid om de bijbehorende aangiften te achterhalen. Hieruit is gebleken dat 42<sup>47</sup> van de 135 namen ófwel niet bekend waren bij de politie ófwel wel bekend waren maar met aangiften op sterk afwijkende data en voor andere delicten. Deze namen hebben we soms wel teruggevonden in ons oorspronkelijke bestand van 1852 aangiften maar niet met de juiste aangifte. Deels ook waren ze niet terug te vinden.

Wij hebben dit als volgt verklaard: (1) de namen (en aangiften) zijn deels niet terug te vinden wegens de schrijfwijze van namen<sup>48</sup> of omdat er fouten zijn gemaakt bij de invoer van namen, (2) de medewerkers van de klinieken die de gegevens in MITS hebben aangevuld hebben wellicht niet altijd zicht gehad op het feit of er wel daadwerkelijk aangifte is gedaan.

De resterende 93 van de 135 namen (en bijbehorende aangiften) komen ook voor in het eerder opgebouwde bestand van 149 aangiften. Er zijn dus geen nieuwe (nog gemiste) aangiften voortgekomen uit de uitgevoerde controle via MITS.

#### *Stap 5: Bepalen onbrekende aangiften (dark number)*

De (noodgedwongen) door ons gehanteerde werkwijze sluit twee groepen uit die voor ons onderzoek wel relevant zijn. Het betreft:

- de aangiften die vanaf een ander adres, dus door derden (instanties of particulieren) zijn gedaan tegen een tbs-gestelde (en door de kliniek worden onderschreven);
- de aangiften die door een patiënt (tbs-gestelden) zijn gedaan tegen een andere patiënt (tbs-gestelde) (en door de klinieken worden onderschreven).

Verder komt uit de hiervoor beschreven verantwoording ook naar voren dat door administratieve fouten en registratiefouten een (onbekend) aantal aangiften is gemist.

Om een globale inschatting te kunnen maken van het percentage aangiften dat is gemist (dark number) hebben we aan twee klinieken (die een overzicht hebben bijgehouden van hun aangiften in 2010) gevraagd om hun gegevens over hun aangiften over 2010 aan ons aan te leveren. Het betreft twee justitiële klinieken (zonder bijzonderheden wat betreft het adres van de locatie van de kliniek). We hebben deze gegevens vergeleken met onze gegevens (tabel 12).

---

<sup>47</sup> Tegen deze 42 unieke personen zijn volgens MITS 47 aangiften gedaan.

<sup>48</sup> Het is bijvoorbeeld gebleken dat samengestelde namen (bijvoorbeeld beginnend met EL) en namen met bijzondere lettertekens (zoals een ü) lastig zijn terug te vinden via BlueView.



Tabel 12: *Vergelijking aantallen en soort aangiften tussen kliniek A en politieregistraties (2010)*

<b>Volgens eigen opgave Kliniek A</b>	<b>Achterhaald uit politieregistraties via BlueView</b>
Totaal 4 aangiften in 2010	Totaal 4 aangiften: 3 uit 2010 en 1 uit 2009. Geen van deze aangiften is door ons meegenomen.
2 aangiften van kliniek tegen patiënt	
2 aangiften van patiënt tegen patiënt	<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 aangifte (2009) door een tbs-patiënt tegen een persoon die geen tbs-patiënt is.</li><li>- 3 aangiften (2010) door een tbs-patiënt tegen een onbekende/ niet geregistreerde verdachte. Het betreft steeds vermissing goederen of diefstal.</li></ul>

De vier aangiften die de kliniek heeft opgegeven blijken alle terug te vinden in de politieregistraties maar met afwijkende gegevens. Bij één aangifte is een verschil in het jaar waarin de aangifte is gedaan, bij alle vier aangiften is er een verschil in de registratie van de verdachte. Het gevolg is dat wij over 2010 geen enkele aangifte van deze kliniek hebben meegenomen terwijl er volgens de kliniek vier voor ons relevante aangiften zijn gedaan in 2010.

Tabel 12: *Vergelijking aantallen en soort aangiften tussen kliniek B en politieregistraties (2010)*

<b>Opgave Kliniek B</b>	<b>Achterhaald uit politieregistraties via BlueView</b>
Totaal 16 aangiften in 2010	9 van de 16 aangiften zijn door ons meegenomen
Het is niet bekend welke aangiften vanaf het adres van de kliniek zijn gedaan en welke vanaf een ander adres.	Redenen waarom 7 aangiften werden gemist: <ul style="list-style-type: none"><li>- 2 aangiften vonden plaats in een ander arrondissement en dus vanaf een ander adres (dan de kliniek).</li><li>- 1 aangifte heeft niet geleid tot nader onderzoek door politie. Is wellicht daarom niet vastgelegd in politieregistratie.</li><li>- 4 aangiften staan wel in MITS en maken onderdeel uit van de 42 namen in MITS die niet of niet met een aangifte zijn teruggevonden via BlueView.</li></ul>

Alle gemiste aangiften van Kliniek B konden verklaard worden. Een en ander maakt echter wel duidelijk dat de twee klinieken aangifte hebben gedaan van in totaal 20 aangiften en dat er hiervan maar 9 door ons zijn betrokken in ons onderzoek. Een eerste globale schatting is daarom dat we circa de helft van de aangiften hebben gemist (dark number).

#### *Stap 6: Koppeling met MITS en JDS*

Het bestand van 149 aangiften is gekoppeld aan MITS om de verloffgegevens van de verdachten te achterhalen en gekoppeld aan JDS (het overkoepelend registratiesysteem van het OM) om de delictgegevens en de afdoeninggegevens te achterhalen.



Bij koppeling met JDS bleken niet alle aangiften terug te vinden. Dat geldt voor 8 van de 60 aangiften (13%) uit de voormeting en 24 van de 89 aangiften (24%) uit de nameting. Wij hebben datzelfde eerder ook gemerkt bij een ander onderzoek<sup>49</sup>. Hiervoor zijn drie verklaringen:

- Sommige aangiften (uit de nameting) zijn nog niet administratief vastgelegd in JDS ten tijde van ons onderzoek.
- Een deel van de aangiften is (anders dan de aangescherpte regelgeving voorschrijft) toch afgedaan door de politie en niet doorgestuurd naar het OM.
- Een deel van de aangiften is door administratieve fouten niet in JDS vastgelegd.

Een en ander heeft consequenties voor de interpretatie van de resultaten van ons onderzoek. Met name de 'lichtere zaken' worden door de politie afgedaan. Deze categorie wordt daarom gemist in de cijfers van JDS over de afdoening.

---

<sup>49</sup> Het betreft een onderzoek naar de justitiële afhandeling van aangiften van kindermishandeling. Hier bleek 24% van de aangiften niet terug te vinden in JDS ( Van Vianen et al, 2010, p. 96).





## Bijlage 3 Casebeschrijvingen

### Casus 1

#### *Feitelijk relaas*

Er komt een telefoontje binnen van een van de netwerkleden aangaande seksueel overschrijdend gedrag van de patiënt. Het netwerklid, een alleenstaande moeder met twee dochters, is een goede vriendin van de patiënt. De ex-vriend van deze vrouw, die tevens de (stief)vader is van de twee dochter is ook een bekende van de patiënt. De aantijgingen betreffen het ongepast betasten van en binnendringen bij de (ten tijde van het gebeuren) 11-jarige dochter.

Op verzoek van de kliniek keert deze patiënt terug naar de kliniek op een vrijdag. De aantijgingen zijn met de patiënt besproken en in eerste instantie ontkent hij de aantijgingen. Aan het einde van het weekend geeft hij toe seksueel overschrijdend gedrag te hebben vertoond naar dit meisje. Hij geeft hierbij het volgende toe: het wederzijds betasten van de geslachtsdelen, zoenen, bij het meisje in bed gaan liggen en het blootstellen van zijn lichaam aan het meisje. De patiënt ontkent het binnendringen van het lichaam van het meisje. De patiënt stelt dat hij seksueel werd uitgedaagd door het meisje, dat hij dit prettig vond en er moeilijk, dan wel geen weerstand tegen kon bieden. De patiënt wordt sinds de aantijgingen bedreigd door de ex-partner van de moeder van het 11-jarige meisje.

Op de vrijdag is de patiënt teruggekeerd naar de kliniek. Hij heeft sinds dat moment geen verlofmogelijkheden meer en verblijft op een crisiskamer. Er is een MITS maatregel (afdelingsarrest) gemaakt.

#### *Achtergrondinformatie patiënt*

Er is sprake van een patiënt met onbegeleid verlof en een aanvraag transmuraal verlof. Hij heeft tbs met verpleging en zit vast wegens verkrachting van een volwassen vrouw. Het voorval is nieuw gedrag voor de patiënt, waar het de leeftijd van het slachtoffer betreft.

### Casus 2

#### *Feitelijke relaas*

Er heeft een onenigheid plaatsgevonden tussen de patiënt en een medepatiënt. De onenigheid is ontstaan uit plagen, wat uitmondde in sarren en elkaar uitschelden. De medepatiënt zou de patiënt hebben uitgescholden voor 'psychoman', waarop de patiënt reageert met 'satan'. Tijdens de lunch op dezelfde dag is de onenigheid weer opgelaid. Na afloop van de maaltijd is de medepatiënt in de rookruimte gaan staan om een sigaret te roken. De patiënt is met een pak melk naar de rookruimte gegaan en heeft het pak melk over de medepatiënt heen gegoten. Hierop is er een vechtpartij ontstaan, waarbij sprake is van wederzijdse verantwoordelijkheid. De patiënt heeft een stijve knie en de medepatiënt heeft een kras in zijn gezicht. De medepatiënt heeft aangifte gedaan, de patiënt niet. Het verplegend personeel was niet op de hoogte van de onenigheid die al een periode speelde tussen



beide patiënten en hebben derhalve het voorval niet kunnen voorkomen. Beide patiënten hebben niets gemeld over de onenigheid bij het verplegend personeel.

Naar aanleiding van het delict is contact opgenomen met een Officier van Justitie. Die heeft de kliniek geadviseerd om het gebeuren te classificeren als een fysieke aanvaring en niet als een strafbaar feit. Zij heeft hierbij geadviseerd om geen aangifte te doen van het voorval. Dit advies is door de kliniek opgevolgd. De kliniek heeft overleg gehad met het behandelteam van de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) waar de patiënt verbleef en de reclassering. Beide partijen staan achter het besluit van de kliniek om geen aangifte te doen. Er is een gesprek geweest tussen de patiënt en zijn behandeld psychiater. De conclusie is dat het voorval passend is in de pathologie van de patiënt. Hij heeft spanningen niet bespreekbaar gemaakt en te lang op laten lopen. Er is besloten het risicomanagement te wijzigen. De reden hiertoe is gelegen in het feit dat de patiënt sinds 2002 buiten de kliniek verblijft en voor dit incident nog geen incidenten veroorzaakt. Terugplaatsing naar de kliniek staat niet in verhouding tot hetgeen is voorgevallen. Ook is het in het kader van verantwoorde zorg van belang om de patiënt te behandelen in de huidige setting waar hij goed ingebed is.

De uitgezette lijn wordt voortgezet en de FPA wordt verzocht de patiënt binnen te houden. Hij is teruggeplaatst naar de gesloten unit van de FPA. Hij krijgt spanningsregulatiegesprekken, meerdere malen per dag, die tevens als observatiemoment dienen. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt over de voorwaarden waaronder het verlof kan worden voortgezet.

### **Casus 3**

#### *Feitelijk relaas*

De patiënt wil graag bellen. De sociotherapeute vraagt hem te wachten, omdat iemand anders moest bellen. De patiënt werd daarop boos en wilde direct bellen. Hij werd door de sociotherapeute gewezen op de manier waarop hij dit eiste. De patiënt vertrok en kwam even later terug en eiste op een hoge toon een aardappelschilmesje. Wederom werd hij door de sociotherapeute gewezen op zijn manier van doen. Hierna begint de patiënt met verheven stem te praten en naar een andere sociotherapeut te wijzen. Deze zegt dat de patiënt niet zo hoeft te wijzen. De patiënt geeft vervolgens aan dat de sociotherapeut zich helemaal stil moet houden en loopt zonder pardon met een snelle pas het kantoor binnen. Hij staat recht voor de desbetreffende sociotherapeut, wijst hem nog meer naar het gezicht en zegt: 'Wat wil je nou dan?!'. De sociotherapeut geeft aan dat hij het kantoor uit moet gaan. Tot twee keer toe vraagt hij dat, maar tevergeefs. De derde keer kondigt hij aan dat hij op zijn pieper zal drukken als hij het kantoor niet verlaat. Hierna loopt de patiënt achteruit, kijkt om zich heen, pakt een stoel, slaat met de stoel tegen het hoofd van de sociotherapeut aan en gooit de stoel naar hem toe en roept dat hij niet over zijn moeder moet beginnen. De patiënt bleef herhalen dat de sociotherapeut niet over zijn moeder moest beginnen.

Een te hulp geschoten collega van de sociotherapeut probeert de betrokkene vast te houden, wat maar deels lukt omdat de patiënt een grote man is. Alles wat op tafel ligt gaat door het kantoor. De patiënt blijft (behoorlijk hard) op de sociotherapeut in slaan met zijn vuisten. De sociotherapeut staat ingesloten in een hoek van het kantoor en ondanks dat een collega probeert de patiënt vast te houden





en deze probeert te kalmeren, blijft hij op het hoofd/gezicht van de sociotherapeut inslaan met zijn vuisten. Collegae blijven op de pieper drukken en een medepatiënt schiet de sociotherapeuten te hulp door ook de armen van de patiënt vast te houden. Uiteindelijk slagen de collega en de medepatiënt erin om de patiënt uit het kantoor te krijgen en hem naar zijn verblijf te sturen, waarna de collega de deur op slot doet. Inmiddels waren de medewerkers van de dienst geïntegreerde beveiliging en de dienstdoend coördinator gearriveerd en is de patiënt meegelopen naar de separeer.

#### *Achtergrondinformatie patiënt*

De patiënt heeft tbs met dwangverpleging opgelegd gekregen wegens opzettelijke brandstichting.

#### **Casus 4**

##### *Feitelijk relaas*

Er is een melding binnengekomen dat er een aangifte tegen de patiënt loopt in verband met bedreigingen met de dood jegens de nieuwe vriendin van de ex-partner van de vriendin van de patiënt. De bedreigingen zijn dermate ernstig volgens de politie dat in overleg met het hoofd behandeling, de patiënt weer is teruggeplaatst in de kliniek. De patiënt zou hebben gezegd vaker vast te hebben gezeten voor geweld en niet bang te zijn weer te moeten zitten. Hij zou gezegd hebben vaker iemand te hebben vermoord en nu de ex-partner van zijn vriendin ook te zullen doden en onder de grond te stoppen. Verder heeft hij de nieuwe vriendin van de ex-partner (van zijn vriendin) uitgescholden voor hoer. Volgens de nieuwe vriendin van de ex-partner zouden de gemoederen bij de patiënt steeds verder zijn opgelopen en werd de patiënt steeds wilder en bedreigender. De politie heeft bevestigd dat er aangifte gedaan is tegen de patiënt.

De toegekende vrijheden op basis van zijn machtiging transmuraal verlof zijn ingetrokken.

##### *Achtergrondinformatie patiënt*

Het gaat om een patiënt met transmurale verlofmogelijkheden. Hij heeft tbs met bevel tot verpleging van overheidswege opgelegd gekregen, wegens meerdere malen bedreiging met de dood of zware mishandeling, mishandeling en vernieling. Ook heeft hij een inspecteur van de regiopolitie bedreigd met zware mishandeling.

De aangifte is gerelateerd aan het indexdelict (delict waarvoor hij in tbs zit). Hij is gediagnosticeerd met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Tevens waren er ernstige problemen met het gebruik van middelen. Tijdens het plegen van de delicten was er sprake van een paranoïde waanstoornis, die waarschijnlijk gerelateerd was aan zijn cocaïnegebruik.

Betrokkene toont nog regelmatig impulsief en vijandig gedrag. Bij teleurstellingen reageert hij vaak fel en geïrriteerd. Wel weet hij zich fysiek te beheersen en komt hij over het algemeen al snel terug op zijn gedrag. Zijn sociale en copingsvaardigheden zijn voldoende gebleken. Betrokkene probeert zijn aangeleerde vaardigheden steeds meer toe te passen waardoor verbetering op het gebied van sociale en relationele vaardigheden zichtbaar is. Tevens heeft hij het afgelopen jaar geregeld laten zien bij irritaties op adequate wijze te kunnen handelen. Wel bestaat er enige twijfel over de stabiliteit, aangezien betrokkene bij langdurige spanningen of irritaties nog geneigd is (verbaal) vijandig en/of impulsief te reageren.



## Casus 5

### *Feitelijk relaas*

De patiënt loopt onder begeleiding terug van de muziekactiviteit naar de afdeling. De patiënt wil graag nog wat spullen. Hij krijgt niet het door hem gewenste antwoord, reageert agressief en dreigt met geweld. De patiënt heeft een aansteker in zijn jaszak. Hij weigert deze in te leveren en gaat in zijn kamer klaar staan om tegen te werken. Zijn kamerdeur wordt gesloten. Een medewerker probeert de patiënt via het luikje in de deur toe te spreken. Vervolgens steekt de patiënt een knuffeldier in brand. Het bureaublad vat vlam en er ontstaat rook en een synthetische stank. De BHV wordt erbij geroepen en ook de brandweer. De MGB heeft vervolgens de patiënt gesepareerd.

Alle betrokkenen zijn onderzocht door de medisch dienst. Dankzij de BHV en de brandweerinzet is het incident tot een goed einde gebracht.

Na een periode van intern overleg is besloten dat het doen van aangifte in het geval van de patiënt zinloos is. De belangrijkste reden is de persoon en de ernstige meervoudige pathologie van patiënt, die erin resulteert dat hij functioneert op een sociaal emotioneel niveau van een 5- jarige. Strafrechtelijke afhandeling schiet hierbij het doel volkomen voorbij. Ook omdat de uitkomst uiteindelijk, na lang wachten en niet op verlof kunnen, een sepot zal zijn. De ervaring van de kliniek is dat dit in vrijwel alle gevallen de gang van zaken is, zelfs bij ernstige zaken als geplande en gerichte zeer ernstige agressie richting personeel. Bij de patiënt zal er echter ook geen sprake zijn van een positief leereffect. De patiënt krijgt de aansteker niet meer in bezit, waardoor brandstichting is uitgesloten. Het roken vond altijd al plaats onder toezicht, waarbij hij zijn shag of sigaretten en een aansteker verstrekt kreeg. Het verband tussen brandstichting en niet meer op verlof kunnen, ziet de patiënt allang niet meer.

## Casus 6

### *Feitelijk relaas*

De patiënt is boos omdat hij niet gehoord werd in zijn verzoek om met een teamcoördinator van zijn eigen afdeling zijn verlof voor te bespreken. De patiënt reageert in eerste instantie door het gesprek te weigeren met de coördinator die beschikbaar is en probeert daarna bij het afdelingskantoor alsnog gehoor te krijgen voor zijn wens. Aan de patiënt wordt duidelijk gemaakt dat er op dat moment geen tijd voor hem is in verband met dienstoverdracht. De patiënt reageert onbeheerst, waarbij hij de deur van het afdelingskantoor heeft beschadigd. Er komt alarm en de patiënt wordt naar zijn kamer gebracht. Later op de avond is er een gesprek met de patiënt waarin hij aangeeft spijt te hebben van zijn actie. Hij is in staat uitleg te geven over de frustraties die hebben bijgedragen aan zijn reactie en geeft aan dit niet te willen, maar zich machteloos te voelen.

Na intern overleg is besloten om het voorval te classificeren als een (ernstige) normschending. Hoewel het gedrag past binnen de problematiek van de patiënt is er voor gekozen het gebeuren wel heel serieus op te pakken, mede vanuit pedagogisch oogpunt. Het voorval is een uiting van hoog opgelopen spanningen bij de patiënt, omdat hij recent een aantal tegenslagen te verwerken heeft gekregen, met name in zijn traject op weg naar een transmurale voorziening en er zit een



verlengingszitting aan te komen. Binnen het risicomanagement van patiënt is duidelijkheid en overzichtelijkheid een belangrijk aspect; onzekerheid roept bij hem onveranderlijk spanning en irritatie op. Door ongunstige berichten over het traject van patiënt (wegvallen werk en beoogde vervolgvoorziening) in combinatie met dagelijkse situatie ergernissen, schiet de frustratietolerantie bij de patiënt te kort. Op het moment dat daar in de dagelijkse situatie ergernissen bij komen schiet de frustratietolerantie van de patiënt te kort.

De door de patiënt toegebrachte schade aan de deur is niet doelgericht geweest om toegang te verkrijgen tot het stafkantoor met het oogmerk de staf aan te vallen of om opzettelijk schade toe te brengen aan kliniekeigendommen. Vrij snel na het voorval heeft patiënt aangegeven dat hij niet had verwacht dat zijn reactie schade aan de deur tot gevolg zou hebben en dat het slechts zijn bedoeling was om 'statement' te maken om aandacht te krijgen.

Er is besloten op basis van multidisciplinair overleg de patiënt aansprakelijk te stellen voor de veroorzaakte schade aan de deur. Daarnaast wordt het verlov tijdelijk aangehouden teneinde eerst met het te bespreken hoe in de toekomst voorkomen kan worden dat hij wederom zo onbehouwen reageert op tegenslag.

