

HET MANIFEST VAN LUNTEREN

*Judith Kwakman**

1. De werkconferenties Recht & TBS

Op dinsdag 13 januari 2015 stond er een artikel in het Dagblad van het Noorden met als kop “Regels in de maak voor kortere TBS”. De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie Teeven heeft even daarvoor een brief aan de Tweede Kamer gestuurd¹ waarin hij aangeeft dat verschillende maatregelen moeten leiden tot een kortere duur van de TBS. Hij verwacht dat hierdoor het vertrouwen in het TBS-stelsel weer toeneemt en dit zal leiden tot het vaker opleggen van de TBS. Hij wil de *voorstellen van een speciale werkgroep* zo snel mogelijk invoeren om de gemiddelde TBS-behandeling terug te brengen naar acht jaar. De instelling van die speciale werkgroep is het gevolg van de werkconferentie die geleid heeft tot het “Manifest van Lunteren”. Maar het is de vraag of alle voorgestelde wijzigingen wel doorgevoerd worden, temeer nu Teeven het niet met alles eens is.

Op 8 november 2013 vond de eerste werkconferentie Recht & TBS plaats in Lunteren. Dit was een gezamenlijk initiatief van de directies van de FPC's en de Directie Forensische Zorg (DiForZo) van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, naar aanleiding van hun *zorgen over de houdbaarheid van het TBS-systeem*, mede door de *oplopende behandelduur* en (in het verlengde daarvan) het *uitblijven van opleggingen* van de maatregel. Doel was het vertrouwen in de tenuitvoerlegging van de TBS-maatregel te vergroten, vanuit de overtuiging dat de TBS een waardevol systeem is. Immers, van de ex-TBS'ers recidiveert slechts vijf procent met een TBS-waardig feit binnen

* Judith Kwakman is advocaat te Assen. Zij is gespecialiseerd in TBS-zaken en nam als zodanig deel aan de werkconferenties Recht en TBS.

¹ *Kamerstukken II*, 2014–15, 29452, nr. 187.

twee jaar. Ofwel: de TBS moest aantrekkelijker worden omdat het voor veel patiënten (en de maatschappij) uiteindelijk een goede maatregel zou zijn.²

De drie hoofdthema's van de werkconferentie van 8 november 2013 waren: 'behandelduur', 'dilemma's tijdens verlengingszittingen' en 'longstay'. Formele deelnemers aan de werkconferentie waren de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, Directoraat-Generaal Jeugd- en Sanctietoepassing, Raad voor de Rechtspraak, College van PG's, AVT, NIFP, Expertisecentrum Penitentiaire Zaken, de Nederlandse vereniging van strafrechtadvocaten (NVSA), RSJ, LAP, FPC's, DiForZo en brancheorganisaties zoals de GGZ en de reclassering.

Op de werkconferentie werden dertien actiepunten geformuleerd en in het daaropvolgende jaar uitgewerkt door verschillende werkgroepen. Op 21 november 2014 vond de tweede werkconferentie plaats waarop de bevindingen van de werkgroepen werden gepresenteerd en afspraken werden gemaakt omtrent het uitvoeren van de gegeven adviezen. Hieronder volgt een overzicht van de voorstellen met hier en daar een korte toelichting.

2. De dertien voorstellen in het Manifest van Lunteren, de zeven voorstellen van de Werkgroep Verlof en de elf aanbevelingen van de Taskforce Verkorting Behandelduur.

De opsomming van de voorstellen vindt hieronder plaats aan de hand van de drie thema's 'behandelduur', 'verlengingszittingen' en 'longstay'.

Behandelduur

1. In elk verlengingsadvies en nieuwe verlofaanvraag wordt uniform door de FPC's de prognose opgenomen over het moment van aanvraag van het eerste dan wel volgende type verlofmachtiging.
2. Bij het eerste verlengingsadvies zal een prognose voor de totale behandelduur (tot en met transmuraal verlof) gegeven worden. Bij de

² De nieuwe Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie Dijkhof heeft dit op 15 juni 2015 nog eens bevestigd, in antwoord op vragen van mw Helder (PVV), 'over een gevaarlijke killer die nachtverlof kreeg', *Aanhangsel Handelingen II*, 2014–15, nr. 2541, antwoord op vraag 9.

daarop volgende verlengingsadviezen wordt stilgestaan bij deze prognose in relatie tot de geboekte behandelvoortgang.

3. Er komt een stappenplan voor de gedragslijn bij een (dreigende) impasse in de behandeling, bijvoorbeeld in de vorm van een second opinion door een ander FPC of aan de hand van een rondetafelgesprek in aanwezigheid van de advocaat.
4. Er zal worden onderzocht of en zo ja welke vergoeding kan worden verstrekt voor de werkzaamheden van de advocaat.³
5. De mogelijkheden om het verloftraject te versnellen moeten uitgewerkt worden, door o.a.:
 - het verkrijgen van een gezamenlijk inzicht in redenen voor afwijzing van verlof en redenen voor het slechts gedeeltelijk toekennen van verlofaanvragen;
 - het verminderen van barrières in het verloftraject, bijvoorbeeld het pas kunnen aanvragen van een transmuraal verlofaanvraag als de exacte voorziening bekend is. Wellicht kan een aanvraag opgesteld worden op basis van een goede beschrijving van het soort voorziening dat wordt gezocht;
 - Het onderzoeken van de mogelijkheden om de reclassering eerder in het verloftraject te betrekken.

De voorstellen van de werkgroep Verlof en van de Taskforce terugdringen behandelduur

In de afgelopen jaren is de gemiddelde behandelduur al aanzienlijk gedaald, van meer dan tien jaar naar ruim acht jaar (8,4) in 2013. Het streven is om dit terug te brengen tot acht jaar of minder. Bij het verkorten van de behandelduur is veel winst te behalen door het versnellen van het verlof en het verbeteren van de door- en uitstroommogelijkheden. Daarbij moet sprake zijn van meer maatwerk. Twee werkgroepen hielden zich hiermee bezig: de werkgroep ‘verlof’ en ‘de taskforce terugdringen behandelduur’. Deze *Taskforce* was in 2014 door het Ministerie van Veiligheid en Justitie gestart.

³ Hiermee is inmiddels voortgang geboekt. Bij een dreigende behandelimpasse (en bij TBS'ers met een TBS langer dan tien jaar) kan de kliniek een gesprek met de patiënt en advocaat initiëren om duidelijke afspraken te maken over het vervolg. Het verslag van dat gesprek wordt bij het verlengingsadvies gevoegd. De advocaat, die normaal gesproken niets betaald krijgt voor tussentijdse werkzaamheden, krijgt hier in deze pilot € 250,00 voor.

Als reden voor het willen terugdringen werden genoemd: langdurige TBS kost veel en er zijn minder opleggingen waardoor er een groter recidivegevaar is. Helaas werd daarbij de inhumaniteit van een (disproportioneel) lange behandelduur niet vermeld. De voorstellen van beide werkgroepen – die elkaar enigszins overlappen – worden hieronder vermeld.

De zes voorstellen van de werkgroep Verlof:

- I. De ‘mindset’ moet worden: ‘*verlof, tenzij...*’. Bij elke behandelplanbespreking moet de vraag gesteld worden waarom er nog geen verlof is. Er wordt gepoogd meer uniformiteit in de verlofaanvragen te krijgen. Uitgangspunt moet zijn:
 - binnen twee jaar begeleid verlof
 - binnen vier jaar onbegeleid verlof
 - binnen zes jaar transmuraal verlofDit zijn de genormeerde doorlooptijden. Bij overschrijding volgt een interne consultatie met niet bij de behandeling betrokken behandelaren. Als dit binnen zes maanden geen resultaat heeft, vindt er een externe consultatie plaats. Een optie is om een financiële sanctie op te leggen als ook dit geen resultaat oplevert. Die wordt dan weer geïnvesteerd in de kwaliteitsverbetering van de betreffende kliniek. Andere mogelijkheid: drie-gesprek met advocaat.
- II. Verbetering van de *helderheid en planning* van de verlofaanvraag. In die aanvraag moeten de *twijfels beter beschreven* worden waardoor de aanvraag vollediger wordt en de AVT minder vaak aanvullende vragen heeft, wat weer terugwijzing en vertraging voorkomt.

In het *eerste verlengingsadvies* en in de eerste verlofaanvraag moet een *prognose* worden opgenomen voor de verloven en de behandelduur. Dit is inmiddels verwerkt in het nieuwe format van het verlengingsadvies (VA) en de verlofaanvraag. De (afwijzende) beslissing van de AVT en de eventuele LAP-rapportage kunnen toegevoegd worden aan het VA, zodat de verlengingsrechter die gegevens bij de beslissing (en discussie ter zitting) kan betrekken.
- III. *Verminderen van het opknippen van verloftrajecten*. Proberen in één keer het hele verloftraject voor het komende jaar aan te vragen. Bij twijfels over de haalbaarheid van het hele verloftraject vindt er een tussentijdse evaluatie plaats. Dat is een snellere toetsing dan steeds opnieuw de volgende verloffase aanvragen.

- IV. Beter inzicht in het risicomanagement en de doorstroomvoorzieningen. Het AVT moet toetsen op het *type voorziening* in plaats van een specifieke voorziening. Daardoor is het makkelijker een patiënt voor meerdere voorzieningen tegelijk aan te melden. De vervolgvoorziening moet eerder betrokken worden bij de behandeling zodat de overgang geruislozer verloopt.
- V. Stimuleren van *effectieve inzet van proefverlof*. Het aantal proefverloven (in de huidige vorm) moet omlaag, het aantal voorwaardelijke beëindigingen omhoog. De reclassering vindt proefverlof vaak aantrekkelijker omdat de overgang naar voorwaardelijke ontslag (VO) daarna kleiner is. Daarom moet de reclassering al bij de start van het ongeleide verlof bij de patiënt/behandeling betrokken worden. Er moet een nieuwe regeling voor proefverlof komen met een lichter regiem dan het regiem van VO bij normoverschrijdingen en tijdelijke terugplaat-singen. Nog onbekend is op welk niveau van wetgeving dit geregeld zal worden.
- VI. Aanpassing verlofbeleid: *alleen beveiligd verlof indien dat geïndi-ceerd wordt door het FPC. Opheffing van de regel⁴* dat er een jaar lang geen verlof wordt toegestaan na het plegen van een strafbaar feit of onttrekking (in feite een dubbele bestraffing en onnodige verlenging van de behandelduur). Verder moet de *rechtspositie* van TBS-ers ten aanzien van verlof versterkt worden, door bijvoorbeeld een beroep mogelijk te maken tegen de intrekking van een verlofmachtiging bij het intrekken van verlof.

De elf voorstellen van de Taskforce terugdringen behandelduur:

- I. *Prognose PJ*: de pro justitia-rapporteurs dienen in hun rapportage (dus voorafgaande aan de eventuele oplegging tbs) een indicatie geven over de duur van de behandeling van de stoornis.
- II. Bij de *oplegging* van de maatregel moet aangegeven worden wat de verwachting is omtrent de *duur van de maatregel* (proportionaliteit) en bij verlengingen moet bekeken worden of de duur overeenkomt met deze verwachting en zo niet, wat de reden daarvan is.
- III. *Detentieschade voorkomen en voorbereiden op behandeling*: terughoudend omgaan met het opleggen van lange gevangenisstraf en tbs,

⁴ Artikel 17 Verlofbeleidskader TBS 24 december 2010.

of de rechter geeft een aanwijzing na hoeveel tijd de behandeling moet aanvangen. Tijdens detentie voorbereiden op behandeling door bijvoorbeeld plaatsing in een PPC. Eerdere plaatsing in FPC van personen voor wie detentie schadelijk is (opm JK: de Fokkensregeling, artikel 42 PM, – die juist met dit doel was gecreëerd – is per 5 augustus 2010 ingetrokken).⁵

- IV. *Zo snel mogelijk beginnen met de behandeling omdat* opdat de grootste winst kan worden behaald. Geen vertraging door dubbelwerk, zoals nieuwe diagnostiek en systeemonderzoek nu bijv. het PBC dat net gedaan heeft.
- V. Intensiveren van de rapportagecyclus van het NIFP. Als het streven is de gemiddelde duur van de TBS naar acht jaar of minder terug te dringen, is onderzoek door externe rapporteurs na zes jaar te laat. Dus: tussentijdse onafhankelijke evaluatie voortaan na *vier jaar*.
- VI. Intensivering van *intercollegiale toetsing* ter voorkoming/oplossing van impasses.
- VII. *Aanpassen verloftraject*. Maatregel vervallen verlof (minimaal een jaar) bij misdragen uit het RVT schrappen. De verhouding voorvalmaatregel is vaak disproportioneel. Nu hiervoor echter geen politieke wil lijkt te bestaan dient de praktijk rond deze maatregel zo goed mogelijk te worden aangepast. De beslissing om de betrokkene te vervolgen voor het tijdens verlof gepleegde feit volgt vaak pas na vier à vijf maanden en zolang ligt de behandeling stil. De vervolgingsbeslissing moet versneld worden. De datum van het delict moet aangehouden worden als ingangsdatum van het jaar zonder verlof (zoals de RSJ overigens al jaren geleden bepaalde). Slechts een jaar geen verlof bij daadwerkelijke vervolging door het OM. Er zou meer ruimte moeten zijn voor afwijking in bijzondere gevallen (uitbreiding van de hardheidsclausule in artikel 17 Verlofbeleidskader).
- VIII. *Verbeteren uitstroom longstay*. Geen negatief label ex-longstayers. Onderscheid maken tussen hoog beveiligings- en zorgbehoefte. In dat laatste geval, dus als er enkel sprake is van een hoge zorgbehoefte, maar het beveiligingsniveau laag is, is plaatsing in de reguliere GGZ beter.
Maatwerk bij voorbereiding overgang naar GGZ/verstandelijk gehandicaptenzorg. Longstay-status dan opheffen, zodat ongeleide verlof-

⁵ Besluit van 24 juli 2010, *Staatsblad* 2010, 312, in werking getreden op 4 augustus 2010.

ven kunnen plaatsvinden. Politiek is het overigens lastig om ongebeleid verlof bij longstayers toe te staan.⁶

- IX. *Ketenpartners eerder betrekken bij uitstroom.*⁷
- X. *Betere afstemming GGZ en VG-zorg.* Bij terugval gebruik maken van de expertise van de FPC en time-outs mogelijk maken.
- XI. *Betere afstemming vervolgvoorziening: gemeentes hebben een grote rol, de RIBW-zorg valt daaronder.*

Dilemma's tijdens de verlengingszitting

- 6. Verlengingsadviezen moeten duidelijker worden op de volgende punten:
 - Scherpere duiding van het risicoprofiel waarmee het gevaarscriterium onderbouwd wordt
 - Inzicht in de vraag wat het FPC de afgelopen periode heeft gedaan met de *aanwijzingen van de rechtbank* uit de voorgaande verlengingszitting
 - Indien aanwijzingen van de rechtbank niet konden worden opgevolgd, wordt expliciet verantwoord waarom dat naar het oordeel van de kliniek niet kon.
 - Als de kliniek in het uitvoeren van de aanwijzingen van de rechtbank aanloopt tegen *vertragingen* wordt helder en duidelijk verantwoord welke *oorzaken* hieraan ten grondslag liggen
 - In die gevallen waarbij vertraging mede samenhangt met overwegingen van de zijde van het *AVT of de verlofunit van DJI*, wordt het advies van het AVT gevoegd bij het verlengingsadvies van de kliniek.
 - In het verlengingsadvies maakt de kliniek duidelijk *welke concrete stappen* er in de komende periode zullen worden gemaakt

⁶ In de longstay is er geen recht op ongebeleid verlof of transmuraal verlof. Patiënten moeten dus altijd eerst naar de reguliere TBS-afdeling terug en kunnen niet rechtstreeks vanuit longstay naar de GGZ. Dat werkt vertragend en soms zelfs belemmerend. De patiënt ontregelt mogelijk weer als hij eerst op een behandelafdeling komt waar een hogere behandeldruk is en de patiëntenpopulatie onrustiger is.

⁷ Zie over de nadere uitwerking van dit punt de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 20 april 2015, *Kamerstukken II*, 2014–15, 33628 en 29542, nr. 9, p. 2 en 3.

7. Met de rechterlijke macht wordt besproken of rechters bereid zijn tijdens de verlengingszitting (ook) hun verwachtingen uit te spreken m.b.t. het gedrag/functioneren van de patiënt (en zich dus niet te beperken tot alleen aanwijzingen voor het FPC)
8. De wettelijke aantekeningen moeten aanwezig zijn, niet ouder zijn dan drie maanden en corresponderen met het advies van het FPC
9. De behandelend deskundige is bij de zitting aanwezig; aandachtspunten zijn:
 - Indien de vorige keer een collega op zitting was, wordt gezorgd voor een goede overdracht.
 - De volgende verlengingszitting wordt direct gepland. Dan is er de zekerheid dat alle betrokkenen aanwezig kunnen zijn en is er te zijner tijd voldoende tijd om eventueel een RM aan te vragen.
 - Als de deskundige niet aanwezig kan zijn, wordt in overleg met de rechtbank bekeken of inbellen of videoconferencing mogelijk is.
10. De mogelijkheden om te komen tot meer gespecialiseerde officieren van justitie en advocaten met specifieke kennis van de TBS en forensische zorg, moeten onderzocht worden.

In de praktijk is de vroegtijdige planning van de zittingen niet echt haalbaar gebleken, al maakt OM c.q. rechtbank Midden-Nederland een gunstige uitzondering.⁸ Wel zal er meer rekening worden gehouden met de agenda van de getuige-deskundige. De aanwezigheid van de juiste getuige-deskundige bij de zitting wordt gezien als een absolute meerwaarde.

Ten aanzien van de *rol van de verlengingsrechter* zal een wijziging optreden. De verlengingsrechter beschikt vanaf nu over prognoses opgesteld door het FPC en de verwachtingen ten aanzien van de opvolgende periode. Bij een screening van verlengingsadviezen in september 2014 bleek dat de rechter in zeven procent van de gevallen besluit een advies te geven ten aanzien van het traject van de TBS'er.

Van belang is het *uniformeren van de TBS-opleggingen*. In sommige arrondissementen realiseert men zich niet dat de rechter zelf ook opdracht kan geven tot gedragsdeskundig onderzoek. In sommige arrondissementen heeft

⁸ De rechtbank Midden-Nederland belt mij vaak al een half jaar voor het einde van de TBS-periode om een nieuwe zitting te plannen, dus al voordat er een vordering verlenging door het OM is ingediend.

de verdachte een zeven maal grotere kans om TBS opgelegd te krijgen dan in andere. Rechters moeten beter geschoold worden in het lezen en wegen van pro-justitiarapportages door een gedragskundige component aan hun opleidingstraject toe te voegen.

Gedragsdeskundigen op hun beurt moeten beter geschoold worden in de mogelijkheden binnen het juridische kader. Hun taak als getuige-deskundige ter zitting moet gericht zijn op het aangaan van de dialoog met alle betrokkenen (de advocatuur inclusief). In adviezen moeten psychologische termen soms beter uitgelegd worden. En zij moeten meer inzicht krijgen in het aanbod van FPC's, vooral in het kader van de prognose van de behandelduur die zij straks in hun rapportages moeten geven.

Longstay

11. Duidelijk moet worden welke specifieke aanpassingen m.b.t. de status longstay gewenst zijn, bijv. wat betreft de naamgeving en rol van de verlengingsrechter bij het toekennen van de status. Welke beleidsruimte bestaat er voor de gewenste veranderingen?
12. Harmonisatie van screenings- en verlengingsmomenten voor wat betreft tbs-gestelden met een longstay-status.
13. DiForZo moet inzichtelijk maken welk zorgaanbod ingezet kan worden ten behoeve van de doorstroom van de doelgroep die langdurige begeleiding/toezicht nodig heeft en de FPC's moeten in gesprek gaan met de GGZ om draagvlak bij hen te creëren voor het opnemen van deze doelgroep.

In de samenleving heeft 'longstay' het imago van 'levenslang' gekregen waardoor het beeld is ontstaan dat iemand die op de longstay verblijft zo gevaarlijk is dat hij nooit meer 'buiten' mag komen. Dat *beeld is te ongenueanceerd* en staat een verbetering van de positie van de longstayers in de weg.

In de beginperiode werd de longstay-status te snel gegeven aan patiënten. Dat had deels een financiële oorzaak: er bestonden lange wachtlijsten in de reguliere TBS-klinieken en op deze manier werd plaats gemaakt voor 'verse' patiënten bij wie misschien makkelijker resultaat te boeken viel; dat leverde meer geld op. Klinieken hadden daardoor een perverse prikkel mensen als onbehandelbaar door te laten stromen naar een longstay-afdeling.

Het doel van een longstay-afdeling is uiteraard beveiliging van de maatschappij, maar zo'n afdeling dient ook een zo groot mogelijke kwaliteit van leven te bieden. Met het *afschaffen van substantiële verlofmogelijkheden en de versoering van het regime*, is op die kwaliteit van leven ingeboet. Intussen laaiden de discussies op over de (inhumane en buitenproportionele) duur van de maatregel (levenslang) in combinatie met het gebrek aan een efficiënte procedure bij de rechtbank. Besloten werd alle longstayers *na drie jaar* opnieuw te laten toetsen op onbehandelbaarheid en onbegeleidbaarheid (door de LAP).⁹ Daarbij werd ook gekeken naar uitplaatsingsmogelijkheden binnen de reguliere GGZ. Dat heeft ertoe geleid dat een substantieel deel van de longstayers teruggeplaatst is naar behandelafdelingen (mogelijk ook weer ingegeven door de nu grote leegstand binnen TBS-klinieken).¹⁰

Er worden meerdere problemen geconstateerd:

Directe doorplaatsing vanuit de longstay naar de reguliere GGZ is niet mogelijk. Daarvoor is immers een transmurale dan wel proefverlofmodaliteit nodig en die kan op grond van de verlofregeling en het beleidskader longstay niet aan longstayers gegeven worden. Voorts is daarvoor een verblijf op een behandelafdeling nodig. Maar juist bij zeer kwetsbare patiënten is zo'n tussenplaatsing onwenselijk omdat zij eerst vertrouwd moeten raken met de nieuwe begeleiders voordat zij verantwoord kunnen uitstromen naar de reguliere GGZ. Er zijn ook situaties waarbij men twijfelt over de haalbaarheid van uitplaatsing naar een reguliere GGZ en een proefperiode wil inbouwen. Maar goed oefenen met vrijheden kan niet vanuit de longstay. Sommige patiënten moeten daarom – achteraf beschouwd – onnodig naar een behandelafdeling voordat blijkt dat ze het bijvoorbeeld toch niet aankunnen. Dan moeten ze verhuizen en daarna opnieuw terug naar de longstay.

Een ander probleem is het *gebrek aan bereidheid van reguliere instellingen* om ex-longstayers op te nemen. Dit waren toch immers onbehandelbare, gevaarlijke patiënten die nooit meer in de maatschappij konden terugkeren? Daarom moet het beeld van de longstay veranderen. Een belangrijk voorstel

⁹ *Beleidskader Longstay Forensische Zorg*, 19 januari 2009.

¹⁰ Evaluatie Beleidskader Longstay Forensische Zorg, brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 2 september 2013, *Kamerstukken II*, 2012–13, 33628, nr. 3.

is om de *term* 'longstay' niet langer te gebruiken maar LFPZ, langdurig forensische psychiatrie zorg.

Tenslotte is er *te weinig rechtsbescherming* voor longstayers om bij de rechtbank een oordeel uit te lokken over de al dan niet wenselijkheid van plaatsing naar een behandelafdeling. Het is immers een beslissing van de Staatssecretaris, die weliswaar aangevochten kan worden bij de beroepscommissie van de RSJ, maar de opleggingsrechter komt er niet aan te pas. De opleggingsrechter moet echter wel in staat worden gesteld de proportionaliteit van de maatregel in de gaten te houden.

De werkgroep die met de positie van de longstayers bezig is geweest, is tegen een aantal hoge muren opgelopen. De rechtspraak ziet geen draagvlak onder de verlengingsrechters om hierin een rol te spelen, het betreft immers de *executiefase*. De *verlofregeling wordt vooralsnog niet aangepast*. Er is nu een taskforce opgezet om werkafspraken te maken om het uitstroomtraject te bevorderen (FPL (forensische plaatsingsloket), LAP en FPC's). Het is de bedoeling van de Taskforce dat er een nieuw beleidskader longstay komt. Ook worden de screeningsmomenten van de LAP geharmoniseerd met de verlengingszittingen, ofwel: *elke twee jaar moet de LAP beoordelen of de begeleidbaarheid en behandelbaarheid een terugplaatsing naar een behandelafdeling in de weg staan*. Tenslotte is er nu een *kenniskaart FPL* als hulpmiddel voor FPC's, LAP en AVT om helder te krijgen welke instellingen geschikt zijn om mensen uit te plaatsen. Men weet daardoor beter wat er beschikbaar is aan zorg in Nederland.

3. Conclusie

Het Manifest van Lunteren biedt een goede basis voor verder overleg,¹¹ maar vanwege de politieke gevoeligheid van het onderwerp zullen niet alle voorstellen op korte termijn tot zichtbare resultaten leiden.

¹¹ *Kamerstukken II*, 2014–15, 29452, nr. 189 (Verslag van een algemeen overleg) en de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 20 april 2015, *Kamerstukken II*, 2014–15, 33628 en 29542, nr. 9.