

Vergaderjaar 2005–2006

30 250

Parlementair onderzoek TBS

Nr. 5

EINDRAPPORT

INHOUDSOPGAVE

Ten geleide	7	2.7	Financiering	57
		2.7.1	Financiering van tbs	57
1. Aanleiding en afbakening parlementair onderzoek	8	2.7.2	Conclusie	59
1.1 Aanleiding	8	2.8	Samenvatting en conclusies	59
1.2 Parlementair onderzoek	9			
1.3 Politieke cultuur	9	3	Tbs-beleid van 1996 tot heden	62
1.4 Politiek en medialogica	10	3.1	Inleiding	62
1.5 Ontsnappen aan medialogica	10	3.2	IBO I Doelmatig behandelen	63
1.6 Inquisitiedemocratie	11	3.2.1	Aanleiding en aanbevelingen	63
1.7 Leren van het verleden	12	3.2.2	Ontwikkelingen en conclusies	63
1.8 Werkwijze	13	3.3	Wetgeving	64
1.9 Leeswijzer	14	3.3.1	Inhoudelijk	64
		3.3.2	Ontwikkelingen en conclusies	64
2. Het tbs-systeem	16	3.4	Longstay beleid	66
2.1 Inleiding	16	3.4.1	Geschiedenis en longstay beleidskader 2005	66
2.2 Introductie stroomschema	18	3.4.2	Conclusie van de commissie	68
2.3 Rechtsgang	19	3.5	IBO II Over Stromen	68
2.3.1 Ontsporen	19	3.5.1	Aanleiding en aanbevelingen	68
2.3.2 Delictgedrag	21	3.5.2	Resultaten en conclusies	69
2.3.3 Opsporen	21	3.6	Veilig en Wel Commissie Kosto	74
2.3.4 Het vooronderzoek	21	3.6.1	Aanleiding	74
2.3.5 De mate van toerekeningsvatbaarheid	22	3.6.2	Ontwikkelingen en conclusies	76
2.3.6 De veroordeling	24	3.7	Illegalen en ongewenstverkleerde vreemdelingen in de tbs	79
2.3.7 De tbs-maatregel	25	3.8	Commissie Houtman	80
2.3.8 Kwaliteitsslag Pro Justitia onderzoeken	26	3.8.1	Aanleiding	80
2.4 Uitvoering tbs-maatregel: doorstroom	27	3.8.2	Verbetervoorstellen van de commissie Houtman	81
2.4.1 Inleiding	27	3.8.3	Kabinetsstandpunt	82
2.4.2 Gevangenisstraf	27	3.8.4	Reacties op commissie Houtman	82
2.4.3 Selecteren/toewijzing	28	3.8.5	Conclusie	86
2.4.4 Wachten op de behandeling	29	3.9	Beleid in het buitenland	87
2.4.5 Behandelen in de tbs-instelling	31	3.9.1	Inleiding	87
2.5 Tenuitvoerlegging maatregel: uitstroom tbs	40	3.9.2	Toezichtmogelijkheden	87
2.5.1 Inleiding	40	3.9.3	Conclusie	89
2.5.2 Vervolgvoorzieningen/toezicht/nazorg/begeleiding	41	3.10	Slachtofferbeleid	89
2.5.3 Beëindiging van de maatregel	46	3.11	Samenvatting en conclusies	90
2.6 Wettelijke modaliteiten	50			
2.6.1 Tbs met voorwaarden	51			
2.6.2 Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis	54	4	Onttrekkingen, ontvluchtingen en recidive	94
2.6.3 Het civielrecht	55	4.1	Inleiding	94
2.6.4 Zwakke schakels tussen het strafrecht en civielrecht	56	4.2	Risicotaxatie-instrumenten	94

4.2.1	Risicotaxatie-instrumenten en inschatting recidive- risico	94	5	Conclusies en aanbevelingen	108
4.2.2	Risicotaxatie-instrumenten in de praktijk	95	5.1	Inleiding	108
4.3	Effecten van categorische maatregelen bij onttrek- kingen	96	5.1.1	Hoofdvraag	108
4.3.1	Incidenten	96	5.1.2	Eerdere analyses	109
4.3.2	De Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugd- bescherming	99	5.1.3	Meerdere oorzaken	110
4.4	Onderzoek naar onttrekkingen van Expertisecentrum Forensische Psychiatrie	100	5.1.4	Van analyse naar aanbeveling	111
4.4.1	Hoofdpunten uit het EFP-onderzoek	101	5.2	Aanbevelingen	112
4.4.2	Onttrekkingen	102	I	Aanbevelingen gericht op de uitstroom	112
4.4.3	Ontvluchtingen	103	II	Aanbevelingen gericht op de uitvoering van de tbs-maatregel	117
4.4.4	Recidives	103	III	Aanbevelingen gericht op de instroom van tbs	122
4.4.5	Conclusies door het EFP en ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten	104	IV	Aanbevelingen gericht op het systeem	123
4.5	Samenvatting en conclusies	105	Bijlagen		
			1	Stroomschema's	128
			2	Literatuurlijst	132
			3	Afkortingenlijst	157
			4	Lijst van gesprekspartners	159

TEN GELEIDE

De tijdelijke commissie onderzoek tbs biedt hierbij haar eindrapport «Tbs, vandaag over gisteren en morgen» aan. De titel typeert naar mening van de commissie een cruciaal moment voor alle actoren in de tbs-sector: op basis van het verleden een inschatting maken over wat in de toekomst moet gebeuren en vervolgens een beslissing nemen. Dat doet de rechter wanneer hij beslist over het lot van de verdachte op basis van de tenlastelegging van het openbaar ministerie en een rapport over de geestelijke gezondheid. Dat doet de tbs-kliniek die een diagnose stelt bij de delinquent met een geestelijke stoornis en een behandeling voorstelt. Dat geldt voor de minister die de verlofmachtiging geeft waarmee de tbs'er in staat wordt gesteld buiten de muren van de kliniek te komen. En het geldt voor de Tweede Kamer die in 2006 voor de keuze staat of het tbs-stelsel in zijn huidige vorm kan blijven voort bestaan. Over die keuzemomenten gaat dit rapport: «Vandaag over gisteren en morgen».

De onderzoeksopdracht is gebaseerd op het vooronderzoek van de vaste commissies voor Justitie en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij het onderzoek is gebruik gemaakt van werkbezoeken in binnen- en buitenland, het rapport van Regioplan, het advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, besloten en openbare gesprekken zowel in de Tweede Kamer als op locatie, een expertmeeting over sturing en financiën en onderzoek van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) en het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Justitie (WODC). Daarnaast heeft de commissie vele emailberichten en brieven ontvangen van geïnteresseerde burgers en deskundigen. Van deze brieven en berichten heeft de commissie dankbaar gebruik gemaakt.

De commissie is zeer dankbaar voor alle medewerking aan en betrokkenheid bij het onderzoek, in het bijzonder van H.M. Ambassade in Londen en het Consulaat-Generaal in Düsseldorf voor het organiseren van de werkbezoeken in Engeland en Duitsland.

De commissie had dit onderzoek binnen de beperkte tijd die zij beschikbaar had niet kunnen voltooien zonder de grote deskundigheid en inzet van haar staf. Met name wil ik danken: Reinier van den Berg, Nicolle Coenen, Martijn van Gool, Kim de Jong, Ellen Naborn, Manon Pont en Loes Schoenmaker.

Namens de commissie,

Arno Visser
Voorzitter

HOOFDSTUK 1 AANLEIDING EN AFBAKENING PARLEMENTAIR ONDERZOEK

1.1 Aanleiding

Op 7 juni 2005 ontsnapt tbs'er Willem S. tijdens verlof aan het toezicht van zijn begeleider. Wanneer kort daarna een moord op een bejaarde Amsterdamse man in verband wordt gebracht met hem, zijn politiek en media in rep en roer. Het is in een jaar tijd de tweede keer dat een tbs'er ontsnapt en vervolgens een ernstig misdrijf pleegt. De minister van Justitie wordt ter verantwoording geroepen door de Tweede Kamer. Net als de vorige keer wordt een motie van afkeuring ingediend wegens het falende tbs-beleid. Deze krijgt ook nu geen meerderheid, maar een ruime meerderheid van de Tweede Kamer besluit op 16 juni 2005 tot een parlementair onderzoek omdat *«het tbs-stelsel in zijn huidige vorm onvoldoende in staat is de maatschappij te beschermen.»*¹

In de zomer van 2005 komen de vaste commissies voor Justitie en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bijeen om de onderzoeksopdracht vast te stellen. Dat gebeurt op 8 september 2005, nadat eind augustus uitvoerige besloten gesprekken zijn gevoerd met diverse deskundigen en werkbezoeken zijn gebracht. Daarin wordt gesteld dat het doel van het onderzoek, meer gespecificeerd, is de huidige stand van de forensische zorg (psychisch gestoorde delinquenten en geestelijk gestoorde die delictgevaarlijk zijn), verhelderd te krijgen zodat de politiek op dit punt de juiste keuzes kan maken.

Op 13 oktober 2005 wordt de tijdelijke onderzoekscommissie tbs geïnstalleerd door de Voorzitter van de Tweede Kamer. De commissie bestaat uit de leden Arno Visser (VVD), voorzitter, Nebahat Albayrak (PvdA), ondervoorzitter, Cisca Joldersma (CDA), Krista van Velzen (SP) en Marijke Vos (GroenLinks) (tot en met 16 maart 2006).

De commissie krijgt de opdracht de volgende vragen te beantwoorden:

1. Hoe werkt het huidige systeem en hoe kan dit worden verbeterd?
2. Wat is er al bekend en voorgenomen en uitgevoerd ten aanzien van het tbs-stelsel en de behandeling van geestelijk gestoorde die delictgevaarlijk zijn?
3. Welke inzichten levert de analyse van onttrekkingen, ontvluchtingen, en incidenten tijdens een onttrekking of ontvluchting en (zware) recidive in het algemeen?
 - a. Wat is het effect van categorische maatregelen bij onttrekkingen?
 - b. Zijn het huidige verlofbeleid en de verlenging- en beëindiging-methodiek adequaat, in termen van beveiliging van de maatschappij, behandeling en resocialisatie van de veroordeelde en toezicht?
4. Welke problemen zijn te destilleren uit de vragen 1 tot en met 3?
5. Zijn er relevante buitenlandse voorbeelden van berechting en/of behandeling van psychisch gestoorde delinquenten en welke lessen zijn hieruit te trekken?
6. Welke aanpassingen zijn nodig in het systeem van bejegening van delictgevaarlijke personen met een geestelijke stoornis; in wet- en

¹ Kamerstuk 29 452, nr. 25.

regelgeving; in beleid en uitvoering; in deskundigheidsbevordering en in verantwoordelijkheden en regie rond beslismomenten?

1.2 Parlementair onderzoek

Waar grote maatschappelijke onrust heerst, is diepgaand parlementair onderzoek op zijn plaats. Daarin komt volgens de commissie de ultieme taak van het parlement tot uiting. Daarmee is niet gezegd, dat dergelijk onderzoek als vanzelf zal leiden tot het vinden van misstanden, schuldigen of complotten. Integendeel, zoals bij ieder onderzoek moet ook hier de uitkomst van tevoren niet vastliggen, maar moeten de resultaten het gevolg zijn van het onderzoeksproces. Bij de start is alles voor de commissie mogelijk: een uitkomst waarin er niets aan de hand blijkt te zijn, tot aan een uitkomst waarin tbs afgeschaft zou moeten worden.

De commissie stelt van meet af aan, dat de veiligheid van de samenleving voorop staat. De commissie is met een open blik van start gegaan en heeft vanaf het begin de bereidheid om breed te kijken. Breed betekent, ook buiten de directe sfeer van de tbs-sector. De meeste tbs'ers hebben niet van de ene op de andere dag een delict gepleegd. Vandaar de aandacht van de commissie voor de reguliere geestelijke gezondheidszorg en de jeugdhulpverlening. Tbs kent niet alleen daders maar ook slachtoffers. Ook met hen en hun vertegenwoordigers is de commissie in gesprek gegaan. En tbs-klinieken hebben een fysieke omgeving; tbs'ers gaan in eerste instantie in de buurt met verlof. De commissie wil daarom ook luisteren naar buurtbewoners.

Ook de rol en invloed van de politiek zelf wil de commissie niet buiten beschouwing laten. Voorkomen moet worden dat iedereen zal worden beoordeeld behalve politici. Daarom is in een vroeg stadium gevraagd aan de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) de commissie te adviseren over het thema «tbs in het maatschappelijk debat». Een politiek onderzoeksrapport over tbs zonder daarbij dit onderwerp te belichten zou incompleet zijn. Het RMO advies getiteld *Ontsnappen aan medialogica* is als bijlage bijgevoegd. Over de inhoud daarvan later meer.

1.3 Politieke cultuur

Het parlementaire onderzoek is het resultaat van een reeks kamerdebatten, die het gevolg zijn van ernstige incidenten met tbs-gestelden. Voormalig minister Korthals maakt tijdens de openbare gesprekken een opvallende opmerking over de politieke cultuur waarin politiek debat is gebaseerd op een enkele gebeurtenis:

«Ik had u, toen ik nog minister was, zeker niet gezegd wat ik u nu ga zeggen. Ik vind oprecht dat de Kamer veel te veel incidentgericht is. Dat doet het voor de bühne erg goed: je maakt veel lawaai, je komt in de publiciteit en weet ik wat. Maar het lost niets op, daar ben ik heilig van overtuigd. Sterker nog, het bevordert angst bij diegenen die met dit systeem moeten werken. En die angst gaat in feite weer leiden tot allerlei tekortkomingen aan het systeem.»

Er vallen twee dingen op. Ten eerste geeft Korthals aan dat de politieke cultuur van incidentgerichtheid een averechts effect heeft. De toch al bekritiseerde praktijk functioneert vervolgens nóg minder goed. Ten tweede geeft Korthals aan, dat hij dit als minister nooit hardop gezegd zou hebben. Ook dat is onderdeel van politieke cultuur: kabinetsleden die hun kritiek op het parlement niet (durven) uiten, terwijl het volgens hun eigen opvatting van wezenlijke betekenis is.

1.4 Politiek en medialogica

Voordat in de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op het tbs-stelsel, wil de commissie benadrukken dat ook bij dit onderwerp nadenken over de rol en invloed van moderne massamedia op de politiek noodzakelijk is om tot een goed oordeel te komen. Tien jaar voordat de commissie haar onderzoek is gestart, klonk de volgende waarschuwing in een hoofdredactioneel commentaar:

«Het beeld zoals dat dagelijks wordt gevormd door de media speelt (...) een steeds bepalendere rol bij de meningsvorming. Voor een deel is deze ontwikkeling een onvermijdelijkheid. Met name de televisie is niet meer weg te denken in het politieke besluitvormingsproces. De politicus anno 1995 weet dat. Hoe fundamenteel het betoog in de Tweede Kamer ook moge zijn, nog net iets belangrijker is de samenvatting die ervan op de televisie wordt gegeven. Hetzelfde geldt voor de politieke agenda. In belangrijke mate zijn het de media die deze bepalen. Zij maken de selectie van de onderwerpen, de mate van hun aandacht is van belang voor het verdere verloop van het debat. Het maakt allemaal onderdeel uit van een volwassen democratie, die niet ten onrechte steeds vaker een mediocratie wordt genoemd.»²

Met andere woorden, de politieke agenda en zelfs het politiek besluitvormingsproces is afhankelijk van de wijze waarop zaken in de media worden gepresenteerd. Bij de buitenlandse werkbezoeken kreeg de commissie steeds de vraag of het parlementaire onderzoek in Nederland ook het gevolg was van incidenten, die breeduit waren uitgemeten in de media. Hetzelfde is gebeurd in Duitsland en Engeland. Ernstige incidenten, recidiverende delinquenten met een geestelijke stoornis, hebben ophef en politiek debat veroorzaakt. Vervolgens moest worden opgetreden. Volgens de gesprekspartners van de commissie waren de oplossingen sterk gerelateerd aan die incidenten. Men was niet altijd zeker of de geconstateerde problemen eenmalig of representatief waren voor het geheel. In sommige gevallen hebben wijzigingen positief uitgekapt, maar dat is niet altijd zeker, zo waarschuwde men de commissie. Aanbevelingen moeten dus het resultaat zijn van inhoudelijke overwegingen en niet van een onnavolgbare politieke logica.

Zoals gezegd, heeft de commissie aan de RMO advies gevraagd omdat ze eerder een rapport publiceerde onder de titel *Medialogica*.³ Die medialogica is volgens de RMO het resultaat van structurele maatschappelijke en technologische ontwikkelingen die burgers, politici en media vasthouden in een interactie waaruit zij niet meer kunnen ontsnappen. Deze zijn gedwongen het «spel» binnen die driehoeksrelatie te spelen en kunnen (en willen) zich daaraan eigenlijk ook niet onttrekken. Ze hebben elkaar nodig en zijn tegelijk tot elkaar «veroordeeld». Burgers hebben «behoefte» aan nieuws met attentiewaarde en aan politici die recht doen aan hun opvattingen en gevoelens. Media leveren nieuws dat «pakt» en zijn op zoek naar politici die inspelen op gevoelens van burgers. Politici «*framen*» hun uitspraken in hun poging de nieuwspodia te bereiken en recht te doen aan de gevoelens van burgers.

1.5 Ontsnappen aan medialogica

De RMO adviseert deze «medialogica» als een maatschappelijke realiteit te erkennen, maar daar als betrokken actoren (politici, bestuurders, tbs-klinieken, mediaorganisaties) een eigen verantwoordelijkheid in te

² NRC-Handelsblad, 25 maart 1995.

³ RMO, 2006.

nemen. In het geval van de tbs vindt die beeldvorming onder meer plaats via, wat zij noemt, «*framing*», «*meute-*» en «*hypevorming*». Framing betekent dat de (nieuws)feiten volgens bepaalde vaste interpretatieschema's (frames) worden gebracht. Een dominant frame rondom de tbs-problematiek is dat van «doorpakken ten behoeve van de maatschappelijke veiligheid». Een tweede daarmee samenhangend frame is dat van «het systeem dat faalt». De RMO wijst op het gevaar te vervallen in de reflex van grootschalige systeemaanpassingen, althans wanneer die het gevolg zijn van de hiervoor beschreven medialogica.

In de primaire reactie van politici op de tbs-ontsnappingen lijken volgens de RMO de elementen van deze frameverschuiving inderdaad aanwezig. De eerste reactie van veel politici heeft vooral in het teken van de noodzakelijke bescherming van de maatschappij gestaan. De RMO geeft daar vele voorbeelden van. Het frame «het systeem faalt» leidt er ondermeer toe, dat in de eerste weken na de recidive van Willem S. het verloffbeleid aanzienlijk is aangescherpt op aandringen van de Tweede Kamer. De politiek wil voor de burgers veiligheid voorop. Deze maatregel werkt volgens betrokken professionals, zoals het hoofd behandeling van een tbs-instelling in Oostrum, mevrouw Abbenhuis, in sommige gevallen contraproductief. «*Je maakt een hogedrukketeltje*», stelt zij in een van de openbare gesprekken die de commissie met deskundigen voerde. «*Als mensen eindelijk buiten komen, kan dat ertoe leiden dat ze eerder de benen nemen*».

Uit onderzoek blijkt, volgens de RMO, dat burgers vreemde, onbekende en verre gevaren overschatten, terwijl ze de bekende alledaagse risico's sterk onderschatten. De RMO noemt het begrijpelijk dat tbs-incidenten tot maatschappelijke onrust (kunnen) leiden. Toch is het gevaar van (onevenredig) veel berichtgeving, dat het bij burgers een *onrealistisch* veiligheidsverlangen oproept en bij politici een *contraproductief* veiligheidsstreven aanwakkert.

Het RMO-rapport laat ook zien dat het aantal krantenartikelen over tbs, en over incidenten en tbs, de afgelopen periode jaarlijks toeneemt. Opmerkelijk noemt de RMO (en dat is vanuit medialogisch perspectief cruciaal) de discrepantie tussen enerzijds de *berichtgeving* over tbs-incidenten en anderzijds het *feitelijke risico* van (ernstige) delicten door tbs'ers. Er zijn meer mediaberichten over incidenten, terwijl er minder incidenten zijn! Relevant in die opmerkingen van de RMO vindt de commissie de paradox, dat de politiek (terecht) veiligheid voorop stelt en vervolgens de feitelijke veiligheid uit het zicht verdwijnt.

1.6 Inquisitiedemocratie

Terug naar het thema politieke cultuur. Recent is die door bestuurskundige 't Hart omschreven als «inquisitiedemocratie». In een interview daarover zei hij: «*Politiek gaat niet alleen over het optimale beheer van de publieke zaak. Het is ook een expressieve kwestie. Er moet ruimte zijn voor het ventileren van het ongenoegen.*»⁴ Uit zijn onderzoek blijkt dat overheden in de jaren tachtig het voordeel van de twijfel verliezen. In hetzelfde interview klinkt het bijna profetisch:

«Als in een psychiatrische kliniek misstanden zijn, is er altijd wel een verontruste parlementariër die daarover Kamervragen stelt. De minister installeert dan een taskforce die de kwestie voor heel Nederland tot op de bodem uitzoekt. Ik moet de minister nog zien die dan antwoordt: "Ja daar

⁴ De Volkskrant, 19 januari 2002.

ga ik niet over. Ik stel de kaders, ik stuur op hoofdlijnen. Als zich binnen dat kader misstanden voltrekken, dan is dat de verantwoordelijkheid van het management van de afzonderlijke instelling.” (...) Ik begrijp heel goed waarom een politicus dat niet zegt, maar omdat hij dat niet zegt, maakt hij van zichzelf altijd een makkelijke prooi. Hij perkt dus niet de ruimte van het politieke debat in en dat betekent dat na ieder misstandje de jacht op hem kan worden geopend. Die strijd kun je niet winnen. Het is onmogelijk overal de vinger aan de pols te houden, maar op het moment dat het misgaat, op het moment dat drugskoeriers met een dagvaarding worden weggezonden, houden we de fictie in stand dat we wel alles onder controle kunnen hebben».

De journalist werpt tegen, dat zelfs onredelijke kritiek een politieke functie kan hebben. 't Hart antwoordt daarop:

«Dat gaat uit van het idee dat kritiek ons scherper maakt. Voor een deel is dat zo. Voor een deel dreigen we in een inquisitiedemocratie te belanden. De paradox is dat hoe heftiger de strijd is om de schuldvraag, hoe moeilijker het is van het verleden te leren. Zie de Bijlmerenquête: de elites leren niets en verdedigen zich alleen maar. Dan hebben de ambtenaren het gedaan. Ik zou het vervelend vinden als de publieke opinie de perfecte overheid als norm hanteert en daaraan het huidige beleid afmeet. Dan kun je het nooit goed doen. Ik heb meegewerkt aan een evaluatie van de afhandeling van de Bijlmerramp. Ons rapport was heel positief, maar conclusie 27 b was kritisch: op het besluit de berging te versnellen, viel wat af te dingen. Hoe komt dat in de pers? «Onderzoekers: Berging vliegtuig veel te vroeg». (...) ik vraag wel een evenwichtige presentatie van pro's en contra's. We hebben de afgelopen tien jaar de grenzen van de relligieusheid afgetast en je ziet dat zeker na de Bijlmerenquête bij veel politici een nare smaak blijft hangen. De enquêtecommissie probeerde onder het mom van compassie met de slachtoffers een wig te drijven in een coalitie en ministers te laten struikelen om ze maar te laten struikelen. (...) Ten tijd van de affaire-Peper werden alle elites in de beklagdenbank gezet en overal bonnetjes opgevraagd. Dat is voor mij de kern. De veronderstelling van onschuld wordt dan ingeruild voor een veronderstelling van schuld. Zo draag je onherroepelijk bij aan ondermijning van het gezag van de politiek. Maar de pers pikt het niet als iemand hen ter verantwoording roept, zeker niet als het een politicus is.»

1.7 Leren van het verleden

De kwintessens van 't Harts opmerkingen is, dat in een inquisitiedemocratie niet meer wordt geleerd van gemaakte fouten en daarmee ontwikkelingen stagneren. De commissie wil zich keren tegen deze tendens en waken voor deze fout. Het nagaan en opschrijven van fouten is eenvoudig, het vinden van schuldigen vervolgens nooit moeilijk. Voor het ontdekken van complotten is een creatieve geest voldoende. Maar daarmee is de situatie de volgende dag niet beter. De commissie wil leren van het verleden, inclusief de in het verleden gemaakte fouten.

Om zover te komen, dat professionals open staan om zich kwetsbaar op te stellen, een kijkje in hun praktijk te geven, is vertrouwen essentieel; vertrouwen van een sector die onder zware publieke druk staat; vertrouwen van een publieke sector in de controleur van publieke taken, het parlement. Dergelijk vertrouwen moet niet worden beschaamd. Dat zou zo zijn wanneer de commissie alle openheid waarmee ze werd

tegemoet getreden, beantwoordt met een makkelijke afrekening zonder dat de uitkomsten van het onderzoek dat rechtvaardigen.

Dit rapport is geen afrekening, maar een bouwsteen. De aanbevelingen dienen om te werken aan een betere toekomst, een verbeterd tbs-stelsel. Parlement, kabinet en sector moeten gezamenlijk werken aan de toekomst. Daarbij mogen harde woorden worden gebruikt wanneer de feiten dat rechtvaardigen en dat een doel dient. Daarbij horen stevige conclusies wanneer de praktijk anders is dan beoogd en wenselijk is. Daarbij horen robuuste aanbevelingen, wanneer doormodderen geen effect sorteert.

De commissie is tijdens het onderzoek getroffen door de toewijding waarmee het personeel in de tbs-kliniek haar vaak moeilijke en soms ondankbare werk doet. Zonder die toewijding kan geen tbs-stelsel van papier in praktijk worden gebracht.

1.8 Werkwijze

Het onderzoek van de commissie is deels traditioneel van opzet, en deels vernieuwend. Bekend zijn methoden waarin deelaspecten worden uitbesteed aan een extern bureau. De commissie heeft veel feitelijkheden laten onderzoeken door bureau Regioplan. De resultaten daarvan zijn in het bijlagenrapport beschikbaar. Aanvullend onderzoek is gedaan naar aanleiding van het parlementaire onderzoek, maar onder politieke verantwoordelijkheid van de minister van Justitie uitgevoerd, door het WODC en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

De commissie is in januari 2006 naar Engeland en Duitsland geweest om aldaar te onderzoeken hoe met geestelijk gestoorde delinquenten wordt omgegaan.

Op basis van de feitelijke informatie uit het onderzoek van Regioplan, de eerste werkbezoeken en aanvullende schriftelijke informatie bracht de commissie schematisch in beeld hoe de actoren binnen het tbs-stelsel zich procesmatig tot elkaar verhouden (zie de schema's na hoofdstuk 5).

In februari en maart 2006 heeft de commissie achtereenvolgens besloten en openbare gesprekken gevoerd. Daarbij is minder traditioneel te werk gegaan. Tweemaal is een complete besloten gesprekkenreeks georganiseerd in een tbs-kliniek; eerst in De Rooyse Wissel te Oostrum, daarna in de Van Mesdagkliniek te Groningen. Op die dagen kwam de commissie in gesprek met vrijwel de gehele tbs-keten, van directeur, behandelaar, sociotherapeut, de personeelsvereniging, buurtbewoners en natuurlijk (ex-)tbs'ers zelf.

Bij de openbare gesprekken is de commissie net als bij de besloten gesprekken afgeweken van het gebruikelijke stramien om slechts met één persoon tegelijk te spreken. Diverse gesprekspartners kwamen tegelijkertijd aan bod en konden elkaar waar nodig aanvullen of tegenspreken.

In beslotenheid heeft de commissie in april een expertmeeting gehouden over het thema sturing en financiering van het tbs-stelsel met externe deskundigen en bestuurders.

Van het begin tot aan het einde van de onderzoeksperiode is de commissie op werkbezoek geweest bij de tbs-klinieken, ggz-instellingen en penitentiaire inrichtingen.

De commissie hecht er aan op te merken, dat tijdens het onderzoek (dat zich richtte op «daders») de slachtoffers van misdrijven geen moment uit de gedachten zijn geweest. Tijdens de openbare gesprekken is gesproken met de officiële vertegenwoordiger, Slachtofferhulp Nederland. Op informele, besloten wijze is ook gesproken met slachtoffers die de commissie om een onderhoud hadden verzocht. Ook aan de directe omgeving van de tbs-klinieken, buurtbewoners, is de commissie niet voorbij gegaan. Van meet af aan heeft de commissie het onderzoek naar het functioneren van het tbs-stelsel in een bredere context geplaatst

De hier volgende hoofdstukken vormen het resultaat van bovenstaande werkwijze.

1.9 Leeswijzer

De rapportage van de commissie bestaat uit twee delen;

- het eindrapport (hoofdrapport) met bevindingen, conclusies en aanbevelingen en
- het bijlagenrapport met het rapport van Regioplan Beleidsonderzoek, het RMO-rapport en de verslagen van de openbare gesprekken.

Het eindrapport van de commissie is als volgt ingedeeld. In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding en afbakening van het parlementaire onderzoek weergegeven.

De volgende hoofdstukken geven inzicht in de bevindingen van de commissie en antwoord op de onderzoeksvragen van het parlementaire onderzoek. De hoofdstukken 2, 3 en 4 besluiten telkens met een samenvatting en conclusies. Die conclusies komen in hoofdstuk 5 weer terug. De hoofdstukken 2, 3 en 4 zijn omlijst met citaten uit de openbare gesprekken die de commissie heeft gevoerd in de periode van 13 tot en met 24 maart 2006. Enkele gesprekscitaten zijn afkomstig uit besloten gesprekken, waarvoor toestemming is verkregen voor opname in het rapport door de betrokken gesprekspartners. Bij de laatst genoemde citaten, is telkens expliciet verwezen naar de besloten gesprekken. Tevens zijn ter illustratie zeven geanonimiseerde casus opgenomen van tbs'ers, om inzicht te geven in de achtergronden van de mensen waar dit rapport over gaat. De casus zijn afwijkend van de rest van de tekst opgenomen.

Hoofdstuk 2 beschrijft het gehele tbs-systeem, vanaf de rechtsgang, de uitvoering van de tbs-maatregel, de tenuitvoerlegging, wettelijke modaliteiten tot en met de financiering.

In hoofdstuk 3 komt het tbs-beleid van 1996 tot heden aan de orde. Het hoofdstuk kent een chronologische opbouw, waarbij achtereenvolgens de belangrijke beleidsrapporten in deze periode worden besproken. Dit zijn de twee interdepartementale beleidsonderzoeken (IBO's), het rapport van de commissie Kosto en het rapport van de commissie Houtman. Ook de Wet Fokkens en het longstay beleid worden behandeld.

Hoofdstuk 4 gaat in op de directe aanleiding voor het onderzoek: onttrekkingen, ontvluchtingen en recidive. Een belangrijk deel van het hoofdstuk behandelt het onderzoek, dat op verzoek van de commissie

door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie is verricht. Aan de orde komen verder het gebruik van risicotaxatie-instrumenten en de effecten van categorische maatregelen.

Hoofdstuk 5 sluit af met de conclusies en aanbevelingen van de commissie.

De bijlagen tenslotte, bevatten een landkaart, stroomschema's, een literatuur- en een afkortingenlijst en een lijst van gesprekspartners.

HOOFDSTUK 2 HET TBS-SYSTEEM

2.1 Inleiding

In onderstaande paragrafen worden de subvragen die onder bovenstaande onderzoeksvraag vallen, beantwoord. In deze paragraaf (2.1) wordt de populatie van de tbs beschreven. Vervolgens wordt een stroomschema van het tbs-systeem geïntroduceerd (2.2). De tenuitvoerlegging van de maatregel: de doorstroom komt in paragraaf 2.3 aan bod gevolgd door de uitstroom in paragraaf 2.4. De wettelijke modaliteiten (2.6) en de financiering van de tbs (2.7) worden beschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies (2.8).

In onderstaande paragrafen worden daartoe de subvragen die onder de onderzoeksvraag vallen beantwoord. Onderwerpen die aan bod komen zijn de populatie van tbs, de rechtsgang, de tenuitvoerlegging van de maatregel, de uitstroom, de wettelijke modaliteiten en de financiering van tbs.

Tbs is een maatregel die kan worden opgelegd aan mensen met een stoornis die een delict hebben gepleegd. Er moet bij hen sprake zijn van een stoornis en er moet een relatie zijn tussen de stoornis en het gepleegde delict. De maatregel is gericht op de bescherming van de maatschappij en het voorkomen van recidive.

In onderstaande tabel wordt het aantal tbs-opleggingen weergegeven. Het aantal tbs-opleggingen neemt toe. Alleen voor 2005 is een opmerkelijke daling te constateren. Het is onduidelijk welke oorzaken hieraan ten grondslag liggen.⁵

Tabel 2.1 Aantal opleggingen tbs met dwangverpleging

Jaar	2001	2002	2003	2004	2005
Aantal tbs-opleggingen	177	203	217	226	167

Bron: MITS (2005), Ministerie van Justitie, DJI

Populatie tbs

De populatie van tbs-gestelden bestaat uit zowel mensen met een psychiatrische stoornis als een persoonlijkheidsstoornis. Psychiatrische stoornissen die bij de tbs-veroordeelden voorkomen zijn psychotische stoornissen en stoornissen in het autismespectrum. Bij persoonlijkheidsstoornissen gaat het in de meeste gevallen om antisociale persoonlijkheidsstoornissen, borderline- of narcistische persoonlijkheidsstoornissen.⁶

Vaak is er bij de tbs-populatie sprake van co-morbiditeit, dat wil zeggen dat er bij iemand sprake is van meerdere stoornissen tegelijkertijd.

Tabel 2.2 Populatie bij instroom tbs-klinieken naar stoornis

	2002*	2003	2004	2005
Persoonlijkheidsstoornis	61% (156)	58% (185)	65% (193)	58% (144)
Psychotisch	19% (49)	23% (72)	22% (67)	26% (64)
Stoornis onbekend/nvt	20% (50)	19% (60)	13% (39)	16% (39)
Totaal	100% (255)	100% (317)	100% (299)	100% (247)

Bron: MITS (2005), Ministerie van Justitie, DJI

⁵ Regioplan, 2006.

⁶ Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 1997.

Ook in het gevangeniswezen bevinden zich mensen met een psychische of psychiatrische stoornis. Dit komt onder meer omdat naast tbs een gevangenisstraf kan worden opgelegd als iemand niet volledig ontoerekeningsvatbaar is verklaard. Deze mensen moeten eerst hun straf uitzitten voordat zij behandeld worden. Alleen voor delicten waar een gevangenisstraf van vier jaar of meer op staat, kan iemand tbs krijgen. Wanneer iemand een minder ernstig delict heeft gepleegd, kan aan hem geen tbs worden opgelegd en krijgt diegene alleen een gevangenisstraf opgelegd. Daarnaast moet er bij tbs sprake zijn van een causaal verband tussen de stoornis en het gepleegde delict. Dit betekent dat de stoornis van iemand van invloed moet zijn geweest op het gepleegde delict. Ook gevangenen zonder tbs kunnen een psychiatrische stoornis hebben. De totale populatie van gedetineerden met een psychische stoornis wordt vaak geschat op 11%. Het gaat hierbij om mensen met ernstige psychische stoornissen.⁷ Uit onderzoek van het Trimbosinstituut blijkt dat in het voormalig penitentiair complex Haaglanden, nu Penitentiaire Inrichting (PI) Haaglanden, bij 71% van de gedetineerden sprake was van symptomen van een of meer psychische stoornissen. In dit onderzoek is niet alleen gekeken naar ernstige psychische stoornissen maar ook naar lichtere vormen van stoornissen.⁸ Door het hanteren van verschillende definities is er geen exact percentage aan te geven voor mensen met een psychische stoornis in detentie. Verschillende bronnen noemen een percentage van ongeveer 10%. Zo ook de heer **Gorter** (chef de clinique van de Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling, FOBA):

«De cijfers die in de stukken worden genoemd, variëren nogal, maar 10% is een percentage dat je heel veel tegenkomt. Ongeveer 10% van de populatie die in huizen van bewaring en gevangenen zit, zou een al dan niet ernstige psychiatrische stoornis hebben. Ik denk dan niet zozeer aan persoonlijkheidsstoornissen. Als je de persoonlijkheidsstoornissen hierbij betreft, kom je op een veel hoger percentage uit.»

In dit rapport wordt uitgegaan van het percentage gedetineerden met een ernstige stoornis van 10%.

Veranderingen in de tbs-populatie

In 1928 is de Wet Terbeschikkingstelling van de regering (tbr) ingevoerd.⁹ Deze wet biedt een maatregel om mensen die verminderd toerekeningsvatbaar zijn en dus geen volledige wilsbekwaamheid over hun handelen hebben, niet naar de gevangenis te sturen maar in een bepaalde inrichting te plaatsen om hen ter beschikking te stellen van de regering. Na de Tweede Wereldoorlog is de tbr zich meer gaan richten op behandelen. De tbr-maatregel werd steeds meer ingericht als behandelmaatregel. De heer **Van Marle** (hoogleraar forensische psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum) geeft deze verandering aan:

«Eigenlijk pas na de Tweede Wereldoorlog, toen de psychiatrie en de psychologie meer in hun mars hadden – zij hadden zich ontwikkeld, er waren medicijnen gekomen en er werden meer psychotherapieën toegepast – is de tbs zich meer gaan richten op behandeling.»

Er golden mindere zware criteria voor het opleggen van de tbr-maatregel dan nu het geval is. Veel mensen kregen voor vermogensdelicten als diefstal en inbraak tbr opgelegd. Verhoudingsgewijs nam tot 1980 het aantal vermogensdelinquenten zeer sterk af, terwijl het aantal zeden- en geweldsdelinquenten toenam. De gemiddelde tbr-populatie werd steeds agressiever en de ernst van de stoornissen nam toe.¹⁰

⁷ Van Vliet, 2006.

⁸ Schoemaker & Van Zessen, 1997.

⁹ Tot 1988 werd er gesproken van terbeschikkingstelling aan de regering, daarna werd de term aan de regering weggelaten en wordt er gesproken van tbs.

¹⁰ Hofstee, 2003.

Vanaf 1980 veranderde de doelgroep van tbs ook doordat er voor het eerst mensen met een psychotische stoornis tbs opgelegd kregen. De heer **Van Marle** verklaart dit als volgt:

«Vanaf 1980 kregen wij eigenlijk voor het eerst mensen met een psychose in de tbs. Dat heette toen nog «een atypische patiënt». Die was toen inderdaad atypisch voor de tbs-klinieken, want voordien werden mensen met deze aandoening in de algemene psychiatrische ziekenhuizen opgevangen, verpleegd en behandeld.»

In de jaren tachtig kwamen er voor het eerst mensen met psychotische stoornissen in de tbs. Dat was het gevolg van de heersende tijdgeest die met «anti-psychiatrie» wordt aangeduid. De anti-psychiatrie stelde dat een psychiatrische patiënt niet thuishoort in de kliniek.

Psychiatrische ziekenhuizen kregen indertijd veel kritiek vanwege het feit dat zij ver van de grote steden verwijderd waren. De anti-psychiatrie vond dat deze mensen meer in de maatschappij geplaatst moesten worden en niet in afgelegen gebieden. Hierdoor verdwenen er een aantal klinieken in afgelegen gebieden. De heer **Van Marle**:

«Dat was dus ook het tijdvak van de antipsychiatrie, de deinstitutionalisering en het moratorium. Al die ontwikkelingen in de jaren tachtig hebben ertoe geleid dat de psychiatrische ziekenhuizen veel minder moeilijke, gevaarlijke en agressieve patiënten konden opnemen. [...] Die moesten toen immers allemaal de maatschappij in.»

Ook de heer **Van Panhuis** (ressortpsychiater Forensisch Psychiatrische Dienst, FPD Den Bosch) herkent deze beweging en zijn eigen rol daarin:

«Ik ben ook «antipsychiater» geweest, heel lang geleden, met lang haar, maar dat was toen.»

Veel psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen werden onder invloed van de anti-psychiatrie en de vermaatschappelijking in de maatschappij geplaatst. Niet iedereen kon de druk van de samenleving aan. Psychiatrische klinieken verloren kennis en kunde om met een zeer moeilijke groep patiënten om te gaan. Dit resulteerde in grotere gedragsproblemen, een groeiend aantal delicten en uiteindelijk een toename van psychotische delinquenten die in een tbs-kliniek terecht kwamen.¹¹

2.2 Introductie stroomschema

In het huidige tbs-systeem zijn verschillende processen te onderscheiden. Deze basale processen kennen verschillende beslismomenten. De schema's op blz. 128 en 129 geven de belangrijkste beslismomenten in het huidige systeem weer.¹² De schema's geven de fases weer voordat iemand tbs opgelegd krijgt en hoe de maatregel wordt uitgevoerd. Niet iedereen doorloopt deze processen op dezelfde manier. In de volgende paragrafen zullen de processen nader worden toegelicht.

In het kort weergegeven zijn de belangrijke beslismomenten in de rechtsgang, de beslissing van de rechter-commissaris of officier van justitie om een Pro Justitia onderzoek aan te vragen en de beslissing van de rechter om tbs op te leggen. De belangrijkste beslismomenten bij de uitvoering van de tbs-maatregel zijn de beslissing van de afdeling Individuele Tbs-zaken (ITZ) van het Ministerie van Justitie om iemand in een bepaalde kliniek te plaatsen, de beslissingen omtrent verloftoekening door de afdeling ITZ, de uitstroom van de kliniek en ten slotte beslissingen van de rechter en officier van justitie om de tbs te verlengen of te beëindigen.

¹¹ De heer Van Marle.

¹² Zie bijlage 1.

2.3 Rechtsgang

In deze paragraaf wordt de rechtsgang die leidt tot het opleggen van tbs-maatregel beschreven. Achtereenvolgens zullen de fases die hieraan voorafgaan aan de orde komen. Drie subvragen zullen in deze paragraaf beantwoord worden, namelijk:

- *Op welke wijze komen geestelijk gestoorde delinquenten/geestelijk gestoorden die delictgevaarlijk zijn in het systeem?*
- *Op welke gronden berust het opleggen van de tbs-maatregel of een gevangenisstraf?*
- *Zit er een element van toeval in het opleggen van tbs?*

2.3.1 Ontsporen

Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 70% van de tbs-populatie hulpverleningscontacten heeft gehad. Bij ongeveer 20% waren dit ambulante contacten en bij circa 45% ook klinische opnames. De gemiddelde leeftijd bij het eerste hulpverleningscontact ligt net onder de 20 jaar. Het merendeel van de tbs-populatie heeft ook een lang detentieverleden. Eenderde van de tbs-populatie is first-offender en is voor de tbs nog niet eerder veroordeeld. Een kwart van de populatie is echter al ten minste zes keer met een vrijheidsbenemende sanctie gestraft. Ongeveer één op de tien tbs-gestelden heeft voor de huidige tbs al een strafrechtelijke maatregel opgelegd gekregen.¹³

Wanneer iemand in detentie verblijft, wordt hij niet behandeld voor zijn stoornis. Na de detentieperiode komt iemand gewoon weer op straat terecht. Deze personen worden vaak beschouwd als «draaideurcriminelen», omdat zij steeds voor lichte delicten een korte tijd in detentie verblijven. Totdat ze een tbs-waardig delict plegen.

De meeste tbs-gestelden hebben een uitgebreid ggz en/of detentieverleden. Hun problemen zijn meestal al in de jeugd ontstaan. Van de tbs-populatie is 30% is zijn jeugd veroordeeld geweest tot jeugddetentie of een maatregel zoals plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ).¹⁴ Een belangrijk deel van de huidige tbs-populatie is tijdelijk behandeld in de ggz. Desondanks functioneren ze daarna niet optimaal in de maatschappij en ontwikkelt de geestelijke stoornis zich verder. Dat leidt tot steeds verder afglijden en tot een (ernstig) delict. Achteraf gezien is er in dergelijke gevallen te laat ingegrepen. Dat verklaart de oproep van deskundigen om meer mogelijkheden te creëren om vroeg in te grijpen.

Een soortgelijk probleem is dat mensen zich vaak niet vrijwillig laten behandelen. Gedwongen opname is alleen mogelijk als iemand een gevaar voor zichzelf of voor de samenleving vormt. Deze criteria worden strikt uitgelegd en ook daardoor wordt vaak te laat ingegrepen. Mevrouw **Abbenhuis** (hoofd behandeling FPI de Rooyse Wissel) geeft tijdens de openbare gesprekken aan dat er op dit moment onvoldoende mogelijkheden zijn om in te grijpen als iemand langzaam afglijdt en uiteindelijk een tbs-waardig delict pleegt:

«Vroeger was er het bestwilcriterium, op basis waarvan mensen konden worden behandeld, hun medicatie kon worden toegediend. Nu geldt meer het gevaarscriterium. Als hulpverlener in de ambulante zorg heb je lang niet meer genoeg mogelijkheden om in te grijpen wanneer je denkt dat dit nodig is om schrijnende gevallen, zoals een vader die zijn kinderen vermoordt, te voorkomen; je bent veel afhankelijker van de hulp die de patiënt zelf vraagt. Als iemand zich in zeer psychotische toestand maandenlang opsluit in zijn huis en allerlei plannetjes verzint om te voorkomen dat de wereld hem pakt, kan een

¹³ Van Emmerik & Brouwers, 2001 en Van Vliet, 2006.

¹⁴ Duits, 2000.

hulpverlener bijna niets doen. Als zo iemand uiteindelijk een delict begaat, is hij al heel lang psychotisch geweest.»

De commissie: «Dat ontwikkelt zich langzamerhand, maar je kunt niet ingrijpen. Maar bij een crisis kun je toch wel ingrijpen?»

Mevrouw Abbenhuis: «Dan moet er wel een crisis zijn. Dan is het eigenlijk al te laat.»

Kort samengevat is bij tbs-gestelden vaak sprake van een voorafgaande periode van afglijden en ontsporen en is er vaak sprake van eerdere delicten. Pas wanneer een dermate ernstig delict wordt begaan dat tbs kan worden opgelegd, is verpleging en behandeling mogelijk. De echte problemen en de geestelijke stoornis dateren vaak van een veel verder verleden.

Casus: «Even wat belastend materiaal ophalen»

Chris (30) komt uit een gelovig gezin. Al vanaf zijn kleuterjaren wordt hij ernstig mishandeld. Zijn vader zet hem geregeld op een stoel om hem urenlang te schoppen en te slaan. De wonden die Chris hierdoor oploopt worden door zijn vader dichtgeschroeid. Ook zijn moeder en broertjes zijn slachtoffer van deze agressie. Zijn moeder heeft hierdoor een aantal miskramen gehad. Daarnaast zijn er serieuze verdenkingen van seksueel misbruik binnen het gezin. Chris verbergt de opgelopen wonden en blauwe plekken en ontwijkt de vragen die op school gesteld worden. Hij mag na schooltijd niet met vriendjes spelen.

Op elfjarige leeftijd gebruikt Chris softdrugs. Er is steeds vaker ruzie thuis. Vanaf zijn 14e komt hij in contact met de politie. Ook de Raad voor de Kinderbescherming is op de hoogte van de mishandelingen die in het gezin plaats vinden. Als Chris 16 jaar is wordt hij na contact met het RIAGG op eigen verzoek uit huis geplaatst. Chris gaat elk weekend naar huis, maar na verloop van tijd stopt hij met deze bezoeken. Als zijn vader hem dan in de jeugdinrichting waar hij woont begint te bezoeken, ziet Chris geen andere mogelijkheid dan weg te lopen. Hierdoor woont Chris in 2 jaar tijd in 4 verschillende internaten.

Als Chris 18 jaar is gaat hij opnieuw thuis wonen. Dit is echter van korte duur. Door de oplopende conflicten met zijn vader loopt hij opnieuw weg. Hij woont als een soort antikraker in leegstaande huizen van vrienden uit het criminele circuit. Zijn vriendenkring bestaat voornamelijk uit drugsgebruikende criminelen. Op 21-jarige leeftijd is Chris veroordeeld voor meer dan tien diefstallen en inbraken.

Na het uitzitten van een gevangenisstraf van vier maanden wil hij zijn leven drastisch veranderen. Hij wil uit het criminele circuit stappen en niks meer met drugs en gebruikende vrienden te maken hebben. Hij heeft grootse plannen om een eigen bedrijf te beginnen.

Om met een schone lei te kunnen beginnen, gaat Chris eerst bij een vroegere vriend langs die belastende informatie over hem heeft. Deze man leerde hij kennen in het drugsircuit, maar toen Chris er achter kwamen dat deze vriend in kinderporno handelde en hem uitnodigde hieraan mee te doen, zette hij acuut een streep onder hun vriendschap. Uit een aantal brieven dat in het bezit is van die vriend, blijkt dat Chris medeplchtig is aan een scala aan delicten waarvoor hij (nog) niet is veroordeeld.

De vriend weigert hem de brieven terug te geven; Chris verlaat onverrichter zake het huis. Enige tijd later ziet hij de man echter over straat lopen en in zijn auto stappen. Hij besluit hem nogmaals aan te spreken en stapt zelf ook in de auto. Chris weigert uit te stappen als hem dat gevraagd wordt, waarop de man een pistool trekt en op Chris richt. Chris raakt in paniek en belandt in een worsteling met de man waarin hij hem doodschiet. Hij is er van overtuigd zelf geraakt te zijn. Als hij na zijn vlucht zijn lichaam controleert blijkt hij geen schotwonden te hebben. Chris wordt door de rechter veroordeeld wegens doodslag en krijgt een tbs-maatregel opgelegd.

2.3.2 Delictgedrag

Als er wordt gekeken naar de aard van het delict, vormen de tbs-gestelden een aparte groep binnen de gedetineerdenpopulatie. In de gedetineerdenpopulatie vormen geweldsdelicten ongeveer eenderde van het totaal aantal delicten (33%), vermogensdelicten bijna 30% en ongeveer 15% van de delicten is drugsgerelateerd. In de tbs gaat het voornamelijk om geweldsdelicten van al dan niet seksuele aard en al dan niet in combinatie met vermogensdelicten. Bij deze delicten is ruim de helft van de slachtoffers geen onbekende van de tbs-gestelde. Wanneer er sprake is van een levensdelict is dat zelfs in driekwart van de gevallen het geval.¹⁵

2.3.3 Opsporen

Nadat iemand een delict heeft gepleegd wordt iemand opgespoord en uiteindelijk als verdachte opgepakt door de politie. De politie kan iemand ook op heterdaad betrappen, maar vaak wordt iemand pas opgepakt nadat er aangifte is gedaan door een slachtoffer. Iemand verblijft dan voor maximaal tien dagen in een politiecel. Daarna kan iemand in voorlopige hechtenis worden genomen. In een politiecel is vaak al te zien of er sprake is van psychische problematiek bij een verdachte. In Amsterdam zijn speciale politiecellen voor deze groep ontwikkeld in samenwerking met de ggz.

2.3.4 Het vooronderzoek

Om te kunnen bepalen of het tenlastegelegde feit aan de verdachte kan worden toegerekend kan een officier van justitie of de rechter-commissaris opdracht geven voor een Pro Justitia onderzoek. Of een officier van justitie of een rechter-commissaris hiervoor opdracht geeft, is per arrondissement verschillend. Ook bestaat de mogelijkheid om later in het strafproces een aanvraag in te dienen. Aanleiding voor het aanvragen van een Pro Justitia onderzoek kan de aard en/of ernst van het tenlastegelegde feit zijn en/of het gedrag van de verdachte. Een Pro Justitia onderzoek wordt aangevraagd als een verdachte in voorlopige hechtenis is genomen.

Een Pro Justitia rapportage wordt verricht door of in opdracht van de Forensische Psychiatrische Dienst (FPD) of het Pieter Baan Centrum (PBC). Het aantal Pro Justitia rapportages ligt gemiddeld op 4500 per jaar.¹⁶ Voor het opleggen van de maatregelen tbs met voorwaarden of met dwangverpleging en plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is een multidisciplinair onderzoek vereist, dat wil zeggen dat het onderzoek zowel door een psychiater als psycholoog moet worden uitgevoerd. Wanneer er geen sprake is van een tbs-waardig delict wordt er vaak besloten tot een enkelvoudig onderzoek. De rechter-commissaris beslist of de verdachte moet worden overgebracht naar een observatiekliniek, zoals het PBC.¹⁷ Bij ernstige delicten, een complexe stoornis of mediagevoelige delicten kan er besloten worden om tot observatie in het PBC over te gaan.¹⁸ Het PBC is een psychiatrische observatiekliniek waar verdachten gedurende zeven weken onderzocht worden door gedragsdeskundigen. In de overige gevallen is er sprake van een ambulant onderzoek door een psychiater van de FPD.

De gedragsdeskundigen krijgen een opdracht mee van de officier van justitie of de rechter-commissaris. Deze opdracht houdt in dat in ieder geval onderstaande vragen moeten beantwoorden:

¹⁵ Van Emmerik, 2003.

¹⁶ De heer Van Korderlaar (ressortpsycholoog, FPD Den Bosch) en de heer Van Panhuis.

¹⁷ Artikel 196 WvSv.

¹⁸ De heer Van Mulbregt (hoofd juridische zaken PBC).

1. Is de verdachte lijdende aan een ziekelijke stoornis en/of gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens?
2. Hoe was dit ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde delict?
3. Is er een causaal verband te constateren tussen de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens van verdachte en het plegen van het tenlastegelegde delict? Bij deze vraag wordt de mate van toerekeningsvatbaarheid bepaald.
4. Hoe groot is de kans op herhaling?
5. Welke mogelijkheden adviseert de gedragskundige om de kans op herhaling tegen te gaan? Dit kan bijvoorbeeld behandeling zijn als onderdeel van een voorwaardelijke straf, opname in een psychiatrisch ziekenhuis of tbs met dwangverpleging.¹⁹

Gronden voor het opleggen van tbs

Naar aanleiding van het Pro Justitia onderzoek wordt een advies door de FPD of het PBC uitgebracht aan de rechter. In dit advies staat beschreven of de verdachte een stoornis heeft en of deze stoornis ook ten tijde van het gepleegde delict aanwezig was. Tevens wordt de kans op herhaling aangegeven en adviseert de FPD of het PBC over het opleggen van een maatregel en of straf. Of iemand behandelbaar is wordt daar niet in beschreven.

Wanneer een verdachte weigert om mee te werken aan een onderzoek kan er toch een Pro Justitia rapport worden opgesteld. Sinds 1995 heeft de rechter de mogelijkheid om aan weigeraars een tbs maatregel op te leggen.

2.3.5 De mate van toerekeningsvatbaarheid

Bij vraag drie wordt de mate van toerekeningsvatbaarheid bepaald. Er worden in Nederland vijf gradaties van toerekeningsvatbaarheid gehanteerd. Deze gradaties zijn niet in de wet vastgelegd. Ze vormen een onderdeel van het psychiatrische advies aan de rechter. De volgende gradaties worden onderscheiden.

1. Volledig toerekeningsvatbaar impliceert dat er ofwel geen stoornis is vastgesteld, ofwel dat niet kan worden aangetoond, dat deze op de tenlastegelegde feiten van invloed was.
2. Bij enigszins verminderd toerekeningsvatbaarheid is er sprake van een geringe invloed van de stoornis op het delict of er is sprake van een vrije geringe stoornis die dus ook het gedrag van de verdachte niet aannemelijk beïnvloedt. Dit wil zeggen dat er bij de verdachte een aantal prominente karaktertrekken aanwezig zijn die leiden tot een toegenomen kans voor het begaan van een delict, zoals impulsiviteit, ziekelijke angsten of achterdocht.
3. Er wordt van verminderde toerekeningsvatbaarheid gesproken als er sprake is van een ernstige stoornis die een aanzienlijke invloed op het handelen van de verdachte had. De psychische stoornis en de omstandigheden waarin het delict is ontstaan hebben beiden bijgedragen aan de totstandkoming van het delict. De dwingende kracht van de stoornis komt op een wijze tot uitdrukking in het delict die door de dader moeilijk is te beïnvloeden.
4. Sterk verminderd toerekeningsvatbaar impliceert een combinatie van heel ernstige stoornissen of een zo ernstige stoornis die zo veel invloed op het handelen van de verdachte had, dat er maar een klein deel overblijft waar de verdachte verantwoordelijk voor kan worden gehouden.
5. Bij ontoerekeningsvatbaarheid is sprake van een volledig verband

¹⁹ Canton & Van der Veer, 2003 en Hofstee, 2003.

tussen stoornis en delict. Het gepleegde delict vloeit geheel voort uit de stoornis.²⁰

Een aandachtspunt bij het bepalen van de mate van toerekeningsvatbaarheid is de culpa-in-causa-regel. Het plegen van een delict onder invloed van middelen zoals drugs en/of alcohol leidt juridisch gezien niet tot een verminderde toerekeningsvatbaarheid. De wetgever gaat er namelijk van uit dat de verdachte kan weten wat voor gevolgen het middelengebruik voor hem heeft en hij dus ook verantwoordelijk is voor de gevolgen van het middelengebruik. Uitzondering hierop kunnen zijn de pathologische roes (indien betrokkene dit niet had kunnen voorzien) en middelengebruik vanuit een (persoonlijkheids)stoornis.²¹

Op het bepalen van toerekeningsvatbaarheid wordt regelmatig kritiek geuit. Deze kritiek richt zich ten eerste op de bepaling van de mate van toerekeningsvatbaarheid van de verdachte ten tijde van het begane delict. Tijdens het Pro Justitia onderzoek wordt de stoornis van de verdachte ten tijde van het begane delict bepaald. Volgens Crombag, Van Koppen en Wagenaar is de stoornis van de verdachte ten tijde van het begane delict niet vast te stellen:

«Het oordeel over de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte hangt van twee dingen af: zijn huidige toestand en de afschrikwekkendheid van het delict. Niets verleden toestand, niets causaal verband met delict. Dat is vrij logisch, want dat verband is achteraf ook niet te leggen. Toch probeert men dat, en dat leidt tot bijzondere bizarre situaties. Zo kwamen wij een zaak tegen waarin het PBC schreef over een ontkenkende verdachte dat zijn ontkennen voortkwam uit dezelfde psychotische toestand als waarin hij het delict pleegde.»²²

Daarnaast is er kritiek op de verschillende gradaties van toerekeningsvatbaarheid. De heer **Korvinus** (strafrecht advocaat):

«U hoort in mijn woorden doorklinken dat wat mij betreft de categorieën «verminderd, licht verminderd en sterk verminderd toerekeningsvatbaar» in elk geval geschrapt kunnen worden. Die zijn niet wetenschappelijk onderbouwd. De rechter kan zeggen: voor mij is het een aardig handvat om op voort te borduren en om er mijn oordeel op te vangen. Volgens de discipline die de adviezen moet geven, is dat een niet wetenschappelijk te onderbouwen factor. Men kan er wel een en ander omheen motiveren, maar dat is niet iets waarmee je voort moet gaan. Alle anderen zijn dus in beginsel gewoon toerekeningsvatbaar.»

Mevrouw **Van der Vaart** (rechter te Amsterdam) geeft hierover echter aan:

«De vraag is niet of het nu wel zo wetenschappelijk onderbouwd is, maar het wordt vaak wel duidelijk gemaakt. Als iemand enigszins verminderd toerekeningsvatbaar is of sterk verminderd toerekeningsvatbaar, wordt in het rapport wel uitgelegd waarom men tot die conclusie komt. Of dat wetenschappelijk is, blijft redelijk vaag. De logica is vaak wel heel duidelijk.»

De commissie is van mening dat het huidige systeem van toerekeningsvatbaarheid dan wel de wijze waarop dit wordt vast gesteld niet de kern van het tbs probleem vormt. Kritiek is vaak gebaseerd op verouderd onderzoek en verbeteringsprocessen worden dan onvoldoende meegewogen. De commissie voegt daar aan toe, dat het loslaten van het toerekeningsvatbaarheids criterium zeer vergaande implicaties heeft, zoals het loslaten van het schuld-strafrecht. Bovendien geven betrokken psychiaters en rechters aan de criteria in de praktijk wel degelijk werkbaar te vinden.

²⁰ Van Marle, 1999 en Canton & Van der Veer, 2003.

²¹ Canton & Veer, 2003.

²² Crombag, Van Koppen & Wagenaar, 2005 en Van Koppen, 2004.

Ook is er kritiek op het feit dat er niet altijd voldoende rekening wordt gehouden met de culturele achtergrond van de verdachte. Het gaat dan bijvoorbeeld om het toeschrijven van een persoonlijkheidsstoornis aan een verdachte. De heer **Van Kordelaar** (ressortpsycholoog, FPD Den Bosch):

«In een bepaalde casus, gepleegd door iemand met een andere culturele achtergrond, kan er een expressie zijn van gedrag of van normen en waarden waarvan je je afvraagt of het hoort binnen het domein van een eventuele afwijking of dat het heel erg thuishoort bij de culturele achtergrond van de betrokkene. Ik heb het idee dat daarmee behoorlijk nadrukkelijk rekening wordt gehouden. Aan de andere kant denk ik dat de kennis toch wel erg tekortschiet.»

De heer **Van Mulbregt** (hoofd juridische zaken PBC) is van mening dat het PBC hiermee rekening houdt:

«Dit probleem is in het Pieter Baan Centrum nog wel eens reden om naast de vaste onderzoekers bijvoorbeeld een cultureel antropoloog in te schakelen, om te toetsen of de dingen die gedragskundig opvallen ook naar culturele maatstaven als stoornis te kwalificeren zijn.»

De heer **De Jong** (transcultureel psychiater) is echter van mening dat hiermee onvoldoende rekening wordt gehouden.

«Ik heb een aantal jaar geleden in een televisieprogramma met de directeur van het Pieter Baan Centrum mijn kritiek geuit op het centrum. Zij gaf toen volmondig toe dat het treurig gesteld is met de deskundigheid op cultureel vlak. Mijns inziens is er sinds toen weinig verbeterd. De allochtonen, die een disproportioneel groot aandeel uitmaken van de populatie, komen er slecht van af, omdat bij de forensische psychiatrie over de hele breedte van het vak de deskundigheid ontbreekt.» (bron: besloten gesprekken)

De commissie concludeert dat onvoldoende rekening wordt gehouden met kennis over de invloed van culturele invloeden op diagnose. De vertaling van onderzoek naar diagnostische instrumenten en behandelmethoden laat te wensen over. Dat beïnvloedt het beoordelingsproces. De commissie wijst erop dat de groep verdachten met uiteenlopende culturele achtergronden groeit.

2.3.6. De veroordeling

De rechter kan alleen een straf opleggen indien het door de verdachte begane feit is bewezen en aan hem te verwijten is. De dader moet enige schuld hebben aan het strafbare feit. De hoogte van de straf is afhankelijk van de ernst van het gepleegde delict en de mate van toerekeningsvatbaarheid van de verdachte. Het Nederlandse strafrecht kent een tweesporenstelsel van sancties: straffen en maatregelen. Indien iemand volledig ontoerekeningsvatbaar wordt beschouwd kan aan hem geen straf worden opgelegd. De rechter kan dan wel besluiten om een maatregel op te leggen, bijvoorbeeld plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Met een straf wordt opzettelijke leedtoevoeging beoogd, omdat iemand zich heeft schuldig gemaakt aan een strafbaar feit en dit feit geheel of gedeeltelijk aan hem is toe te rekenen. De grondslag van de straf is de proportionele vergelding, dat wil zeggen de vergelding naar de mate van schuld. Een maatregel is niet gericht op leedtoevoeging of vergelding, maar op bescherming van de samenleving en het voorkomen van recidive. De maatregel hoeft dan ook niet proportioneel te zijn.²³

Een rechter heeft de mogelijkheid tot verschillende uitspraken:

²³ Jörg & Kelk, 1998.

1. Vrijspraak: er kan niet wettig en overtuigend bewezen worden dat de verdachte het tenlastegelegde feit heeft begaan.
2. Ontslag van rechtsvervolging: er kan wel wettig en overtuigend bewezen worden dat de verdachte het tenlastegelegde feit heeft begaan, maar het feit zelf is niet strafbaar of de verdachte is niet strafbaar. Het gaat hier om de gevallen dat er sprake is van strafuitsluitingsgrond zoals noodweer of de verdachte als volledig ontoerekeningsvatbaar wordt beschouwd. Er kan dan geen straf worden opgelegd, maar wel een maatregel.
3. Rechterlijk pardon: de verdachte wordt schuldig verklaard, maar er volgt geen strafoplegging.
4. Veroordeling: de rechter acht het tenlastegelegde feit wettig en overtuigend bewezen, het feit strafbaar en de verdachte (deels) strafbaar. De rechter veroordeelt de verdachte tot een gevangenisstraf of een maatregel of een combinatie daarvan. Vaak wordt er wanneer er een straf wordt opgelegd ook een deel voorwaardelijk opgelegd. De tbs maatregel kan ook voorwaardelijk worden opgelegd. De straf of maatregel wordt dan niet uitgevoerd als iemand zich gedurende een proeftijd van maximaal drie jaar, aan de opgelegde voorwaarden houdt. Voorwaarden kunnen zijn dat de veroordeelde zich niet schuldig maakt aan strafbare feiten, contact houdt met de reclassering en/of zich onder behandeling stelt.²⁴ Het openbaar ministerie houdt toezicht op het naleven van de voorwaarden.

2.3.7 De tbs-maatregel

Aan de oplegging van een tbs met dwangverpleging zijn verschillende eisen verbonden. Ten eerste moet de verdachte een ernstig misdrijf gepleegd hebben waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaar of meer is gesteld, dan wel behoort tot de in artikel 37a Wetboek van Strafrecht (WvSr) genoemde delicten. Onder ernstige misdrijven worden ondermeer brandstichting, verkrachting en doodslag verstaan. Het tweede vereiste is dat de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel vereist. Het derde vereiste is dat er een advies van niet ouder dan één jaar moet zijn van twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines.

De maatregel tbs met dwangverpleging betekent wel een dwang tot verpleging, maar kent geen dwang tot behandeling. Dwangbehandeling is alleen onder stringente voorwaarden toegestaan.

De maatregel tbs met dwangverpleging wordt in beginsel opgelegd voor de periode van twee jaar. Daarna kan de rechter op vordering van het openbaar ministerie telkens de maatregel met een jaar of twee jaar verlengen. De kliniek waar de tbs-gestelde verblijft, adviseert in de regel het openbaar ministerie over de verlenging. Het advies beschrijft in welke fase van behandeling de tbs-gestelde zich bevindt, de houding van de tbs-gestelde en het recidiverisico van de tbs-gestelde.²⁵ De behandelaar van de patiënt schrijft het advies. Criterium voor verlenging is dat de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid voor personen of goederen die verlenging vereist. Er moet dan reële vrees zijn op herhaling. Indien het openbaar ministerie een verlenging vordert waardoor de totale duur van de tbs een periode van zes jaar of een veelvoud van zes jaar inhoudt, dan moet bij het verlengingsverzoek een recent advies van een onafhankelijke psychiater en een andere onafhankelijke gedragskundige worden overlegd. Deze personen mogen niet verbonden zijn aan de kliniek waar de tbs-gestelde verblijft.²⁶

²⁴ Artikel 14a e.v. en 38p e.v. WvSr.

²⁵ Artikel 509o lid 2 WvSv.

²⁶ Artikel 509o lid 4 WvSv.

De maximale duur van de tbs is afhankelijk van het gepleegde indexdelict. Het indexdelict is het delict wat centraal staat bij de veroordeling en waarvoor iemand tbs heeft opgelegd gekregen. Als de tbs is opgelegd voor een misdrijf dat «gericht was tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen» is de duur van de tbs ongemaximeerd. De maatregel kan dan onbeperkt worden verlengd wanneer dit nodig wordt geacht.²⁷ Wanneer een misdrijf niet aan de hier net beschreven criteria voldoet, kan er alleen een gemaximeerde tbs worden opgelegd. Dit betekent dat de maatregel voor maximaal vier jaar kan worden opgelegd. Het gaat dan bijvoorbeeld om een delict als het ontvoeren van het kind zonder dat daarbij gebruik wordt gemaakt van geweld. In de praktijk komt dit echter weinig voor; het gaat bij het overgrote deel van de opleggingen van tbs met dwangverpleging om geweldsdelicten.²⁸

De heer **Vegter** (bijzonder hoogleraar penitentiair recht, Radboud Universiteit Nijmegen) geeft over de gang van zaken bij verlenging aan:

«Het systeem is dat de officier van justitie om het jaar een vordering indient tot verlenging. De kliniek waar de persoon behandeld wordt, adviseert dan. Zo nu en dan komen er ook externe deskundigen aan te pas. De rechter moet die stukken op een aantal aspecten bekijken. Hij moet kijken of de behandeling enige betekenis heeft gehad. Het is triest om te constateren dat er in nogal wat gevallen, ondanks de behandeling, niets wezenlijk veranderd is. Het belangrijkste aspect voor de rechter is de veiligheid in de samenleving.»

De tbs-gestelde wordt tijdens de zitting bijgestaan door een advocaat. Wanneer hij het niet eens is met de verlengingsbeslissing van de rechtbank, kan hij in hoger beroep gaan bij het gerechtshof in Arnhem. Ook het openbaar ministerie heeft deze mogelijkheid. De uitspraak van de rechtbank wordt bij het gerechtshof in Arnhem nogmaals door de penitentiaire kamer beoordeeld. Deze penitentiaire kamer bestaat uit drie rechters en twee gedragsdeskundigen. De tbs-maatregel blijft van kracht totdat er over het verzoek tot verlenging onherroepelijk is beslist.²⁹

2.3.8 Kwaliteitsslag Pro Justitia onderzoeken

Om verschillen in de arrondissementen met betrekking tot het opleggen van tbs tegen te gaan, is het Beslissingsondersteuning onderzoek geestvermogens instrument, BooG genoemd, ontwikkeld.³⁰ Het gaat hierom een computerprogramma wat gehanteerd kan worden door de officier van justitie, de rechter-commissaris en de FPD. Door het invoeren van gegevens over het tenlastegelegde misdrijf, een aantal kenmerken van de verdachte en van het delict en de delictpleging genereert het instrument adviezen betreffende wel of geen Pro Justitia rapportage, multidisciplinair onderzoek of enkelvoudig onderzoek en enkelvoudig psychologisch of psychiatrisch onderzoek.³¹ Het BooG-instrument wordt vanaf april 2006 landelijk geïmplementeerd en alle arrondissementen gaan dan met dit instrument werken.³²

Tevens is er de laatste jaren een grote kwaliteitsslag geleverd met betrekking tot de kwaliteit van de Pro Justitia rapportages. De heer **Korvinus** geeft over deze kwaliteitsslag aan:

«De ervaringen met de kwaliteit van de rapportages zijn wisselend. Dat geldt ook voor het PBC. Men doet zijn best om het allemaal steeds beter en meer state of the art te doen, maar de ervaringen, zeker die in het verleden, zijn toch wisselend.»

De heer **Vegter** schetst:

²⁷ Artikel 38e WvSr.

²⁸ Hofstee, 2003.

²⁹ Artikel 509q WvSv.

³⁰ Van Kordelaar, 2003.

³¹ Van Kordelaar, 2003.

³² De heer Van Kordelaar: «De omslag zelf is er nog niet. Die komt pas als men het instrument gaat gebruiken. De gegevens om het instrument te maken zijn beschikbaar gekomen in het najaar van 2005. Inmiddels hebben het College van PG's met de Raad voor de Kinderbescherming, de FPD en het Landelijk Overleg van Voorzitters van Strafsectoren besloten om het gebruiken. Vanaf april zal het worden ingevoerd.» (bron: besloten gesprekken).

«Er zijn arrondissementen waarin behoorlijk vaak pro justitia-rapportage wordt gevraagd en er zijn arrondissementen die daar veel terughoudender in zijn. Als wij het over die verschillen hebben, ben ik terug bij het woord «toeval»: daar zit kennelijk een toevalsfactor in.»

De heer **Wolters** (officier van Justitie, arrondissementsparket Groningen) over het BooG-instrument:

«U moet het zich voorstellen als een klein computerprogramma, waarbij de officier van justitie een aantal vragen wordt voorgelegd. Dat gebeurt ook bij rechter-commissaris en in een later stadium bij de FPD. De beantwoording van de vragen leidt tot een bepaald advies: wel of geen rapportage, wel of niet multidisciplinair, wel of niet klinisch. Met dat systeem wordt beoogd om landelijk meer lijn te brengen in het type delicten waarbij «geboogd» wordt in de advisering en in de aanvragen tot advisering.»

De commissie concludeert dat als gevolg van het landelijk invoeren van het BooG-instrument en de kwaliteitsslag bij de Pro Justitia rapportages, in voorkomende gevallen een gedegen Pro Justitia onderzoek kan plaatsvinden. Toeval dan wel willekeur kunnen door het hanteren en verder ontwikkelen van het BooG-instrument in alle arrondissementen worden weggenomen.

2.4 Uitvoering tbs-maatregel: doorstroom

2.4.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt de uitvoering van de tbs-maatregel beschreven. Achtereenvolgens zullen de fasen die de tbs-gestelde na oplegging van de tbs-maatregel doorloopt aan de orde komen. Hierbij wordt opgemerkt dat niet iedere tbs-gestelde noodzakelijkerwijs al deze fasen doorloopt.

De volgende vier subvragen worden in deze paragraaf beantwoord:

- *Hoe vindt de toewijzing plaats?*
- *Wat wordt verstaan onder behandeling van patiënten in een tbs-kliniek?*
- *Zijn er verschillen tussen tbs-klinieken in de behandeling van patiënten?*
- *Is de behandeling effectief en hoe wordt dat bepaald?*

2.4.2 Gevangenisstraf

Indien de tbs-gestelde naast de tbs-maatregel een gevangenisstraf opgelegd heeft gekregen, dient hij (in de regel) tweederde van deze straf uit te zitten in een penitentiaire inrichting. De mogelijkheid bestaat om de tbs-gestelde na eenderde van de straf in een tbs-instelling te plaatsen.³³ Echter door de huidige capaciteitsproblemen kan er geen gebruik gemaakt worden van deze mogelijkheid. De tbs-termijn gaat lopen op het moment van de vervroegde invrijheidsstelling (VI), dit is het geval als eenderde of tweederde van de onvoorwaardelijke vrijheidsstraf voorbij is.³⁴

Er zijn verschillende bijzondere zorgafdelingen in de penitentiaire inrichtingen voor de begeleiding van gedetineerden en tbs-gestelden die vanwege hun stoornis de normale gang van zaken op een reguliere afdeling verstoren. Dit zijn de Bijzonderde Zorg Afdeling (BZA), de (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdeling ((B)IBA), de Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling (FOBA) in PI Over-Amstel. Op deze afdelingen verblijven gedetineerden met psychiatrische problematiek.

³³ Zie paragraaf 3.3.

³⁴ Regioplan, 2006.

Niet alle penitentiaire inrichtingen hebben dergelijke bijzondere zorgafdelingen. In 2003 waren er binnen het gevangeniswezen 1400 plekken op bijzondere zorgafdelingen; dit is 10% van het totale aantal plekken. De populatie in detentie met ernstige psychiatrische stoornissen (o.a. psychoses) en ernstige stemmingsstoornissen (o.a. depressie, manische depressie) wordt geschat op 10%. De capaciteit van de bijzondere zorgafdelingen wordt volledig ingenomen door deze groep waarvoor extra zorg noodzakelijk is. Het aantal gedetineerden dat enige vorm van psychische problemen heeft ligt echter vele malen hoger. Het gaat hier om gedetineerden en tbs-gestelden met persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen, ontwikkelingsstoornissen, zwakbegeerdheid en verslavingsproblematiek die niet zo veel problemen op een reguliere afdeling veroorzaken dat extra zorg noodzakelijk is.³⁵ Behandeling in detentie is voornamelijk gericht op beheersbaarheid. Interventies, zoals medicatie en gesprekken met een psycholoog of psychiater, worden slechts gepleegd om het mogelijk te maken dat de tbs-gestelde zijn straf uitzit. De problematiek van de tbs-gestelde komt slechts in beeld wanneer het gedrag voortvloeiende uit de stoornis de gang van zaken op de afdeling verstoort. Gevolg hiervan is dat die tbs-gestelden waarvan de stoornis niet duidelijk zichtbaar is in het gedrag op de afdeling, niet «behandeld» worden voor hun stoornis.

Tijdens een opname op een dergelijke bijzondere zorgafdeling kan blijken dat de tbs-gestelde detentieongeschikt is. De mogelijkheid bestaat om de tbs-gestelde dan vervroegd over te plaatsen naar een tbs-instelling. Deze mogelijkheid bestaat ook voor gedetineerden zonder een tbs-maatregel. Deze groep kan tijdelijk in een tbs-instelling geplaatst worden. Vanwege eerdergenoemde capaciteitsproblemen is overplaatsing echter in de praktijk vaak niet direct mogelijk.³⁶

De commissie onderkent dat detentie negatief kan uitwerken op de stoornis van de tbs-gestelde. Dat kan de latere behandeling van de behandeling in de tbs-kliniek vertragen of zelfs bemoeilijken. Het probleem is echter breder en niet alleen van toepassing op gedetineerden met een tbs-veroordeling. Ongeveer 1 op de 10 gedetineerden heeft een geestelijke stoornis en slechts een klein deel van de verdachten die door de FPD of het PBC zijn onderzocht krijgt een tbs-maatregel opgelegd. Hierdoor krijgt een deel van de gedetineerden geen extra zorg en is de eventuele behandeling slechts op beheersing van problemen gericht. De commissie is van mening dat het ontbreken van voldoende behandelingsmogelijkheden een verklaring kan zijn voor de hoge recidivepercentages onder de gevangenispopulatie.

2.4.3 Selecteren/toewijzing

Zodra de uitspraak van de rechter tot oplegging van de tbs-maatregel onherroepelijk is, wordt de veroordeelde aangemeld bij de afdeling Individuele Tbs-Zaken (ITZ), onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). De veroordeelde wordt direct op de centrale wachtlijst geplaatst. Behalve deze centrale wachtlijst is er een wachtlijst per tbs-instelling. De selectie voor de wachtlijst van de tbs-instelling vindt plaats via de vereenvoudigde plaatsingssystematiek. Zodra er een plaats op de wachtlijst van een tbs-instelling vrijkomt, wordt door het informatie-systeem MITS een tbs-gestelde geselecteerd aan de hand van een aantal selectiecriteria. Deze selectiecriteria betreffen het geslacht, de primaire psychopathologie (psychotische versus persoonlijkheids stoornis) en het intelligentie quotiënt (IQ) van de tbs-gestelde. Jaarlijks maakt DJI

³⁵ PI Haaglanden, 2006.

³⁶ Mevrouw Hamers.

afspraken met de tbs-instellingen over het aantal tbs-gestelden dat de instelling per categorie op kan nemen. Elke tbs-instelling maakt dus afspraken over het aantal op te nemen mannen, het aantal vrouwen, het aantal met een persoonlijkheidsstoornis, het aantal met een psychotische stoornis en het aantal tbs-gestelden met een IQ lager dan 80.³⁷

2.4.4 Wachten op de behandeling

Passanten

De tbs-gestelde komt in aanmerking voor plaatsing in een tbs-instelling na het uitzitten van tweederde van de straf. Indien geen gevangenisstraf is opgelegd, komt de tbs-gestelde direct in aanmerking voor plaatsing in een tbs-instelling. De tbs-klinieken hebben wachtlijsten als gevolg van de capaciteitstekorten. De tbs-gestelde wordt overgeplaatst naar een afdeling met het regime van een huis van bewaring en blijft daar als zogenaamde passant tot opname in de tbs-kliniek plaatsvindt.³⁸ De wachttijd voor plaatsing in een tbs-instelling kan oplopen tot 2,5 jaar.³⁹

Volgens het Ministerie van Justitie leek de passantenproblematiek aanvankelijk grotendeels of geheel opgelost. Mevrouw **Mulock Houwer** (Directeur-Generaal Preventie, Jeugd en Sanctie, Ministerie van Justitie):

«Wij hebben vooral het probleem van de passanten gehad. Er zaten veel te veel mensen onbehandeld in het gevangeniswezen.

De commissie: U zegt «gehad».

Mevrouw Mulock Houwer: Wij hebben de afgelopen twee maanden 148 nieuwe plekken [in de klinieken, commissie] gecreëerd. Of dat op tijd is en of het voldoende is, is van een andere orde. Wij hebben een poos gedacht: passanten heb je altijd en dat stroomt wel door. Misschien was dat wel gebaseerd op de optimistische opvatting dat de samenwerking met de ggz zo goed was, dat de plekken die gewonnen werden met verbetering van de uitstroom voor de passanten gebruikt konden worden. Dat is gewoon niet waar gebleken plus dat er objectief gesproken veel meer tbs opgelegd wordt. Wij hebben dat niet helemaal bij kunnen houden. De uitstroom is niet voldoende en er bleek een ernstig capaciteitstekort. Nu zijn wij heel snel extra plaatsen aan het creëren.» (bron: besloten gesprekken)

Interventies en behandeling ten behoeve van passanten

Om tegemoet te komen aan de passantenproblematiek zijn verschillende vormen van preklinische behandeling ontwikkeld. Sinds eind 2002 bieden tbs-instellingen de mogelijkheid van preklinische interventie (PKI). De preklinische interventie is een onderdeel van het verbetertraject «*tbs terecht*». Deze interventie moet verergering van de problematiek van de tbs-gestelde voorkomen, ter bevordering van de motivatie en ten behoeve van de diagnostiek.⁴⁰ Meer concreet bereidt de preklinische interventie de tbs-gestelde voor op de behandeling in de tbs-kliniek. De tbs-gestelde wordt geïnformeerd over de maatregel, behandeling en uitleg over de ziekte of stoornis (psycho-educatie). Tevens vindt een deel van het psychodiagnostisch onderzoek plaats. Indien de toekomstige patiënt gebruik wil maken van deze mogelijkheid, wordt de tbs-gestelde overgeplaatst naar de penitentiaire inrichting waar de tbs-kliniek mee samenwerkt. Dit gebeurt vier maanden voor de opname in de kliniek.⁴¹ De tbs-gestelde heeft tijdens de preklinische interventie nog steeds de passantenstatus.⁴²

Toch blijken nieuwe constructies noodzakelijk, naast uitbreiding van de capaciteit, om de passantenproblematiek aan te pakken: «*Per brief van 5 februari 2004 zijn de directeurs van forensisch psychiatrische instellingen, de forensische poliklinieken en de directeurs uit het gevangeniswezen gevraagd om gezamenlijk tot voorstellen tot pilots te komen. In het*

³⁷ DJI, 2001 nr. 5.

³⁸ Stikker, 2005.

³⁹ Regioplan, 2006.

⁴⁰ DJI, 2001 nr. 4.

⁴¹ DJI, 2003.

⁴² Regioplan, 2006.

kader van het verminderen van de passantenproblematiek is er overleg gestart tussen de sectoren tbs en gevangeniswezen om de mogelijkheden te bezien van het ontwikkelen van behandelvoorzieningen voor tbs-passanten die in het gevangeniswezen verblijven.»⁴³

Er is een start gemaakt met twee pilots, namelijk de preklinische behandeling (PKB) en de voorbehandeling van tbs-gestelden met een hoge Pschychopatic Checklist-score (PCL-score) in het gevangeniswezen. Tijdens deze vormen van voorbehandeling heeft de tbs-gestelde niet langer de passantenstatus. Officieel is de tbs-gestelde opgenomen door de tbs-instelling terwijl deze tijdens de voorbehandeling nog wel in een penitentiaire inrichting of een huis van bewaring verblijft.⁴⁴

In samenwerking met PI Grave is FPI de Rooyse Wissel de pilot «preklinische behandeling» gestart. De preklinische behandeling is bedoeld voor tbs-gestelden die nog minimaal 6 maanden wachten op opname in een tbs-instelling. In het Psycho Medisch Overleg (PMO) in de penitentiaire inrichting worden de tbs-gestelden geselecteerd die voor preklinische behandeling in aanmerking komen. Deze tbs-gestelden worden op een zorgafdeling geplaatst welke aangepast wordt om het benodigde behandelklimaat te creëren. Omdat er op een zorgafdeling meer begeleiding is, kan er tijdens de preklinische behandeling uitvoeriger gediagnosticeerd worden dan tijdens de preklinische interventie waarbij de tbs-gestelde op een reguliere afdeling. Tevens wordt tijdens de preklinische behandeling een aantal vormen van therapie aangeboden.⁴⁵

In samenwerking met PI Vught heeft de Pompestichting tbs-capaciteit gecreëerd in PI Vught voor de behandeling van persoonlijkheidsgestoorde tbs-gestelden met een hoge PCL-score voor de duur van tenminste 1 jaar. Op basis van dossieronderzoek wordt de tbs-gestelde aan de hand een aantal criteria geselecteerd uit de wachtlijst. De tbs-gestelde wordt opgenomen in PI Vught waar gedurende 12 weken uitgebreid diagnostisch onderzoek plaats vindt. Er wordt een modus van behandelen gezocht die bij de tbs-gestelde past. Dit betekent dat er rekening gehouden wordt met de grote behoefte aan autonomie, de neiging en wil tot veel sporten en hard werken van de tbs-gestelde. De communicatie is direct en wordt afgestemd op de manier van communiceren van de tbs-gestelde. Na een verblijf van ongeveer 1 jaar wordt de tbs-gestelde overgeplaatst naar de locatie Nijmegen, waar het in PI Vught opgestelde behandelplan verder wordt vormgegeven.⁴⁶

De vraag is of preklinische behandeling voorafgaand aan behandeling in de tbs-kliniek een echte oplossing is. De heer **Donner** (minister van Justitie) erkent indirect dat nog niet zeker is of het probleem met de passanten nu werkelijk is opgelost.

De commissie: «U zegt dat een van de antwoorden op het probleem is om in de gevangenis preklinisch te behandelen of binnen de gevangenis volwaardige tbs-afdelingen op te richten. Daarmee is naar uw mening het probleem voor de komende tijd opgelost. Betekent dit dat mensen die in zo'n voorziening zitten niet meer als passant geregistreerd staan maar als volwaardig tbs'er?»

De heer Donner: Het is wel de bedoeling dat de kwaliteit van die voorzieningen zodanig is dat dit niet meer nodig is. Ik zie het niet als een permanente oplossing, maar de voorzieningen moeten in ieder geval voldoen aan de eisen die in de jurisprudentie van het Europese Hof gesteld worden, namelijk dat er een plaats is.

De commissie: Komt het ook tegemoet aan de eisen voor een volwaardige behandeling? Wordt de inspectie daar ook op gezet om te bekijken of dit voldoet aan het doel van de behandeling?»

⁴³ Brief 5268084/04/dji van 5 februari 2004.

⁴⁴ Regioplan, 2006.

⁴⁵ FPI de Rooyse Wissel & PI Grave, 2004.

⁴⁶ Pompestichting & PI Vught, 2004.

De heer Donner: Dit zal zonder meer ook door de inspectie bekeken moeten worden uit een oogpunt van volksgezondheid.

De commissie: Anders is het probleem alleen administratief opgelost.

De heer Donner: Anders is het window dressing.

De commissie is positief over de recente pilots en van mening dat de ingezette vormen van behandeling in detentie tegemoet kunnen komen aan de passantenproblematiek. Ze kunnen doorstroom in tbs-klinieken te bevorderen. Op dit moment kan niet bepaald worden hoe de gevangenis-setting inwerkt op de behandeling. Daarom moeten de resultaten van de pilots worden geëvalueerd om te bezien of het gestelde behandeldoel ook wordt bereikt. Daaruit moet blijken of het probleem louter administratief wordt opgelost.

Casus: «Fascinaties en frustraties»

Paul groeit op in een gezellig gezin met een druk sociaal leven. Wel wordt hij op school veel gepest, onder andere met zijn stevige postuur. Hij heeft geen vriendjes. Paul volgt de LTS en gaat later als automonteur bij een garage werken. Als hij 20 is, overlijdt zijn vader; hierdoor komt het gezin in een crisis. Paul ontwikkelt depressieve klachten, hij is gespannen, zenuwachtig en geprikkeld en heeft vaak last van huilbuien. Ondanks het volgen van een therapie en medicatie blijft hij sukkelen met zijn gezondheid. Hij wordt gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaart. Hij is geliefd in de buurt omdat iedereen altijd bij hem terecht kan om de auto of brommer te laten repareren.

Als Paul een jaar of dertig is misbruikt hij het zoontje van een collega. Hierop volgt een periode van 5 jaar waarin hij verschillende kinderen uit de buurt misbruikt. De kinderen zijn tussen de 6 en 13 jaar oud. Als de ouders van een paar jongetjes uit de buurt er achter komen wat Paul met hun kinderen doet, dringen ze er op aan dat hij bij een psychiater langs gaat. Als hij dit weigert, dwingen ze hem zichzelf aan te geven. Zelf zegt Paul hierover dat hij in zijn jeugd, doordat hij gepest werd, een hekel aan zijn lichaam kreeg en gefascineerd is geraakt door de gladde jonge jongenslichaampjes.

Paul wordt veroordeeld wegens seksuele handelingen met minderjarigen en het bezit van pornografische foto's van zijn slachtoffertjes. Hij wordt veroordeeld tot 2 jaar gevangenisstraf en tbs met voorwaarden. Opname in een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) is een van de voorwaarden.

Na een jaar cel wordt Paul opgenomen in een FPK waar hij verschillende therapieën volgt. Hij zet zich goed in, maar de confrontatie met zijn pedoseksualiteit frustreert hem. De eerste stappen om Paul in de maatschappij terug te laten keren worden voorbereid. Hij zou in de toekomst in een nieuwe woonplaats kunnen gaan wonen en ambulante begeleiding krijgen. Paul wil de programmaonderdelen die hem confronteren met zijn tekortkomingen afsluiten tegen de zin van zijn behandelaren in. Als de behandelingscoördinator door ziekte een tijd afwezig is, komt zijn vervanger er achter dat met Paul nauwelijks gesproken kan worden over zijn seksuele beleving en fantasieën. Omdat dit de basis is van het delict waarvoor Paul tbs heeft gekregen, zou resocialisatie op dit moment te veel risico's opleveren. Paul is erg verontwaardigd. Hij voelt zich op het verkeerde been gezet omdat hem een vooruitzicht op terugkeer in de maatschappij was voorgespiegeld. Paul weigert terug te gaan naar de behandelafdeling. Na een tijd besluit de FPK de behandeling stop te zetten. Zij adviseren de rechter de tbs-maatregel te verlengen én de tbs met voorwaarden voor Paul om te zetten in dwangverpleging. In afwachting van opname in een tbs kliniek verblijft Paul 2 jaar in een penitentiaire inrichting.

2.4.5 Behandelen in de tbs-instelling

Er worden drie hoofdfasen van behandeling onderscheiden:

1. De opnamefase. In deze fase wordt op basis van diagnostisch

- onderzoek bepaald welk zorgprogramma op de patiënt van toepassing is, welke modules hij zal volgen en naar welke vervolgfase hij zal gaan.
2. De behandelfase. In deze fase vindt de behandeling volgens een zorgprogramma plaats. De patiënt volgt modules die op basis van het diagnostisch onderzoek voor hem geïndiceerd zijn.
 3. De resocialisatiefase. Dit is de laatste fase van de behandeling. Verlof is een onmisbaar onderdeel van deze fase. Deze fase kan ook deels transmuraal plaatsvinden.⁴⁷

De behandeling vindt plaats in een tbs-kliniek of een forensisch psychiatrische kliniek (FPK). De tbs-klinieken vallen onder het Ministerie van Justitie en zijn te onderscheiden in rijksklinieken en particuliere klinieken. De FPK's vallen onder het Ministerie van VWS. Daarnaast zijn er nog forensisch psychiatrische afdelingen in ggz-instellingen (FPA's).

1. Opnamefase

Patiënten zijn vaak uitgebreid onderzocht tijdens het Pro Justitia onderzoek. Wanneer de patiënt opgenomen wordt in de tbs-instelling is dat onderzoek soms al tien jaar oud. Na een lange detentie kunnen er veranderingen in de stoornis zijn opgetreden. Daarom vindt er opnieuw een diagnostisch onderzoek plaats in de tbs-instelling. Een deel van dit onderzoek kan plaatsvinden tijdens de PKI. De huidige diagnostiek is niet alleen op stoornissen gericht maar ook op de risicofactoren en de delictanalyse.⁴⁸

Tijdens de opnamefase is het belangrijk de Pro Justitia-rapportage zorgvuldig met de patiënt door te nemen. Op deze manier kan men toetsen of er overeenstemming is over hoe de tbs-gestelde tot het delict is gekomen en de factoren die de persoon delictgevaarlijk maken. Indien er geen overeenstemming is, richt de behandeling zich in eerste instantie hierop.⁴⁹ Op basis van de informatie uit het diagnostisch onderzoek wordt duidelijk onder welk zorgprogramma de patiënt valt en wordt het behandelplan opgesteld.

In het strafdossier zijn de processen-verbaal en de beschrijving van het indexdelict opgenomen. Specifieke informatie over eerdere contacten met Justitie is niet beschikbaar; in het uittreksel van het documentatie register wordt het slechts het type contact en de vervolging beschreven. Als het indexdelict bestaat uit verschillende typen delicten, is het voor het opstellen van het behandelplan van belang, specifieke informatie over deze delicten te hebben. De tbs-gestelde kan ook delictgevaarlijk zijn voor een ander type delict dan het indexdelict. Het delictgevaar voor andere type delicten dient volgens de klinieken ook onderwerp van behandeling te zijn.⁵⁰

Informatie over eerdere hulpverleningscontacten en eerdere opnames is niet aanwezig in het dossier van de tbs-gestelde. Deze gegevens kunnen alleen worden opgevraagd indien de tbs-gestelde hiervoor toestemming geeft. In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WBGGO) is opgenomen dat «*de hulpverlener de bescheiden gedurende 10 jaren bewaart, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit*».⁵¹

De commissie is van mening dat het voor behandelaars noodzakelijk is om over relevante informatie over eerdere hulpverleningscontacten en eerdere contacten met justitie uit het verleden van de tbs-gestelde te

⁴⁷ Regioplan, 2006.

⁴⁸ Mevrouw Drost (psychiater, Pompestichting).

⁴⁹ Mevrouw Abad (psychiater, Flevo Future).

⁵⁰ Mevrouw Abbenhuis.

⁵¹ artikel 454 WBGGO.

beschikken. Vanuit het oogpunt van veiligheid van de samenleving dient immers niet alleen het recidiverisico voor het indexdelict verminderd te worden, maar ook het recidiverisico voor andere typen delicten.

2. Behandelfase

Doel behandeling

De tbs-maatregel is een beveiligingsmaatregel. De maatregel beoogt de samenleving te beveiligen door enerzijds de tbs-gestelde voor bepaalde tijd uit de maatschappij te houden, anderzijds door de tbs-gestelde te behandelen met als doel het verlagen van het recidiverisico. De psychiatrische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen die in de tbs-populatie voorkomen, zijn niet te genezen. De behandeling is dan ook niet gericht op het genezen van de stoornis, maar op bewerking van het delictgevaar. Mevrouw **Van Zeist** (psychiater GGz Eindhoven) en mevrouw **Drost** (psychiater Pompestichting) schetsen de verschuiving van het behandeloptimisme dat er in het verleden heerste naar de huidige focus van de behandeling op risicofactoren:

Mevrouw Van Zeist: «We hadden toen de indruk dat die patiënten te genezen waren, dat we door behandeling de persoonlijkheid opnieuw zouden opbouwen tot die van een gewone burger. Daar zijn we van teruggekomen; het blijven allemaal mensen met problemen.»

Mevrouw Drost: «Bij de behandeling is de focus verschoven van behandeling van een stoornis naar het managen van de risicofactoren.»

Doel van de behandeling is dan ook: *«het tot maatschappelijk aanvaardbaar niveau terugbrengen van het delictgevaar, met als streven terugkeer of handhaving van de patiënt in de maatschappij»*. De heer **Van Marle** beschrijft de samenhang tussen behandeling en beveiliging:

«Beveiligen en behandelen hangen nauw samen: beveiliging vindt plaats door detentie voor lange duur en behandeling biedt op de lange duur de mogelijkheid van vrijheid. Wat mij betreft, laten wij al deze categorieën psychiatrische patiënten aan de behandelaars over. [...] Wat er moet gebeuren voor de behandeling, is een zaak voor de behandelaars. Ik ben dus voor een ontvlechting van beveiliging en behandeling. De beveiliging is in feite de koepel. Daar zit een sleutel van de minister van Justitie. Daaronder zit de sleutel van volksgezondheid, de behandelaars.»

De tbs-gestelde kan niet worden verplicht de behandeling te ondergaan. De maatregel is immers tbs met dwangverpleging en niet tbs met dwangbehandeling. Voor deelname aan de behandeling is een zekere motivatie en reflectie nodig.⁵²

Behandelbaarheid

De laatste jaren heeft zich een debat over behandelbaarheid ontsponnen. De commissie is van mening dat behandelbaarheid niet is vast te stellen voordat behandelproeven ondernomen zijn. Iemand kan gedurende en als gevolg van de behandeling in (leren) zien dat aanpassing en verdere behandeling wenselijk en noodzakelijk is. Pas tijdens behandeling kan worden bepaald of de tbs-gestelde niet behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk is.

De heer **Polak** (directeur de Kijvelanden) omschrijft het aldus:

«Het is echt wel een hartenkreet van mij wanneer ik zeg dat er over de behandelbaarheid wel een heleboel onzin wordt gedebiteerd. Ik denk dat er steeds mee wordt bedoeld de geneesbaarheid. Heel veel mensen in de psychiatrie maar ook in de gewone geneeskunde zijn niet geneesbaar, maar wij kunnen ze wel degelijk behandelen. Dat is dan behandelen

⁵² Mevrouw Abbenhuis.

om ze te helpen om een nieuw evenwicht te krijgen, zodat ze hun leven weer kunnen oppakken, op welke manier dan ook. Bij forensische psychiatrische patiënten komt er nog een ding bij. Bijvoorbeeld sommige psychotische patiënten zijn prima behandelbaar en te stabiliseren, maar blijven toch delictgevaarlijk. Hetzelfde geldt voor sommige mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Dus dan behandel je eigenlijk in de context van de delictgevaarlijkheid. En dat is de essentie van ons vak.» (bron: besloten gesprekken)

De commissie constateert dat het aantal tbs-gestelden dat als blijvend delictgevaarlijk wordt beschouwd is gestegen. De tbs-sector realiseert zich meer dan voorheen, dat het delictgevaar van bepaalde tbs-gestelden niet verminderd kan worden en terugkeer in de samenleving als gevolg daarvan niet mogelijk is. De commissie meent dat nader moet worden onderzocht op welke gronden bepaalde groepen tbs-gestelden als onbehandelbaar gedefinieerd worden: bijvoorbeeld de tbs-gestelden met een hoge psychopathie score en de psychopaten die seksuele delicten pleegden.

Zorgprogramma's

In een zorgprogramma worden per patiëntgroep de uitgangspunten, de doelgroep, de diagnostiek, het behandelaanbod en het milieu beschreven. Kenmerkend voor de ontwikkeling van zorgprogramma's is dat de «state of the art» van de behandelmethoden voor een bepaalde diagnosegroep in kaart wordt gebracht. Aan het einde van de opnamefase wordt vastgesteld onder welk zorgprogramma de tbs-gestelde valt en wordt op basis daarvan een behandelplan opgesteld. Het behandelplan is afgestemd op de behandeldoelen van de patiënt.

Na een vaste periode (meestal een half jaar) wordt de voortgang van de patiënt binnen het multidisciplinaire team besproken. Al naar gelang de resultaten worden de vervolgstappen bepaald. De behandelcoördinator is verantwoordelijk voor het verloop van de behandeling. Dit proces wordt herhaald totdat de maatregel wordt beëindigd.⁵³

Vanuit het verleden hadden tbs-instellingen ieder een eigen zorgprogramma. Op dit moment zijn de tbs-instellingen in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) een zorgprogramma voor psychotici aan het ontwikkelen. Er is een werkgroep samengesteld met daarin van iedere tbs-instelling een behandelaar die gespecialiseerd is op het gebied van psychotische stoornissen. Deze werkgroep bespreekt de fase van diagnose, behandeling, resocialisatie en uitstroom om te komen tot minimale eisen aan een goede, verantwoorde behandeling van deze groep tbs-gestelden. Eenzelfde werkgroep zal dit jaar hetzelfde doen voor persoonlijkheidsgestoorden en volgend jaar zal er een zorgprogramma voor autisten ontwikkeld worden.⁵⁴

In de besloten gesprekken gaf de heer Martini (sectordirecteur tbs, DJI, Ministerie van Justitie) aan dat Hove Boschoord in opdracht van DJI een zorgprogramma zwakbegaafden ontwikkelt. De tbs-instellingen die extreem beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden opnemen zijn door DJI gevraagd een zorgprogramma voor deze groep te ontwikkelen.

De commissie is van mening dat de ontwikkeling van zorgprogramma's vanuit het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie gestimuleerd dient te worden en dat de tbs-instellingen gebruik maken van dezelfde danwel vergelijkbare zorgprogramma's. De ontwikkeling van zorgprogramma's is tevens een vorm van professionalisering waarbij innovatie «van onderop» van groot belang is.

⁵³ Regioplan, 2006.

⁵⁴ Mevrouw Meyer (directeur EFP).

Behandelmethoden

De behandeling is gericht op de relatie tussen de stoornis en het delict. De focus ligt hierbij op de factoren die de tbs-gestelde delictgevaarlijk maken. Delictbewerking staat hierbij centraal. Het is een behandeling die gericht is op het reduceren van recidivefactoren. Via een gestandaardiseerde methode, de delictketenprocedure, wordt in kaart gebracht welke factoren hebben bijgedragen aan het delict. In deze procedure wordt onderzocht welke achtergrondfactoren en welke situationele aspecten een rol hebben gespeeld bij het delict, welke redeneringsfouten een patiënt maakt en welke financiële factoren een rol hebben gespeeld. De delictketenprocedure vindt plaats in een groep, het is aangetoond dat dit het meest effectief is omdat patiënten van elkaar kunnen leren. Wanneer bepaald is welke specifieke factoren een rol hebben gespeeld bij het delict, wordt onderzocht op welk stuk men kan aangrijpen om te voorkomen dat de patiënt een nieuw delict zal plegen. De valkuilen van de patiënt en de acties die de patiënt moet ondernemen wanneer er sprake is van een dergelijke valkuil staan in een terugvalpreventieplan. Deze procedure duurt enkele jaren. Gaandeweg blijkt of een patiënt in staat is om met zijn risicofactoren om te gaan en of hij controle heeft over zijn recidive-reductie.⁵⁵

Een vorm van behandeling is een medicamenteuze behandeling. Medicatie is voornamelijk bij de behandeling van psychotische stoornissen essentieel. Er zijn echter tbs-gestelden die geen medicatie willen gebruiken. Soms missen zij het ziekte-inzicht om zich te realiseren dat medicatie hen kan stabiliseren. Voordat dwangmedicatie toegediend mag worden, moet de tbs-gestelde volgens de Beginselenwet verpleging Terbeschikkinggestelden (BvT) een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving vormen.

In de forensisch psychiatrische klinieken en op de forensisch psychiatrische afdelingen (ggz-instellingen) wordt de interne rechtspositie van de tbs-gestelde echter bepaald door de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrisch ziekenhuizen (Bopz). Het verschil tussen beide regelgevingen is dat het toedienen van dwangmedicatie op grond van de Wet Bopz aan minder strikte criteria hoeft te voldoen dan de BvT. Het type instelling bepaalt dus de mogelijkheden van de behandelaar om dwangmedicatie toe te passen, terwijl het in beide vormen van instellingen om het zelfde type patiënt gaat.

Behandelaars zijn lange tijd zeer terughoudend geweest met het toedienen van dwangmedicatie. Mevrouw **Van Zeist** illustreert dit:

«Heel lang hebben wij het gevoel gehad dat gedwongen medicatie ongeveer het ergste is wat je iemand kunt aandoen, dus dat dit erger is dan iemand tegen zijn zin opnemen of zelfs in een separeer zetten.»

Inmiddels zijn de opvattingen over het toedienen van dwangmedicatie gewijzigd. Het belang om psychotici zo snel mogelijk met medicatie te behandelen om te voorkomen dat de stoornis verergert en deze moeilijker te behandelen is, staat steeds meer op de voorgrond. Op dit moment is er een wetsvoorstel aanhangig waarin de mogelijkheden tot dwangmedicatie in de Wet Bopz worden uitgebreid.⁵⁶

De commissie is van mening dat dwangmedicatie mogelijk moet zijn in die gevallen dat patiënten geen zelfinzicht hebben in hun ziektebeeld. Voor de tbs-gestelden in de verschillende tbs-klinieken moet eenzelfde criterium bestaan voor het toedienen van dwangmedicatie.

⁵⁵ Mevrouw Abbenhuis.

⁵⁶ Dit wetsvoorstel wordt nader besproken in paragraaf 2.6.3.

Behandeling is echter over het algemeen niet alleen het toedienen van medicamenten. De andere behandelmethoden in de forensische psychiatrie zijn lang niet altijd «evidence based». Het ontbreken van een dergelijke wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling in de forensische psychiatrie wordt vaak bekritiseerd. De heer **Swinkels** (bijzonder hoogleraar Richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg, Universiteit van Amsterdam), mevrouw **De Ruiter** (bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Universiteit Maastricht) en mevrouw **Drost** geven hun visie op de wetenschappelijke onderbouwing van de behandeling. Hieruit blijkt dat de forensische psychiatrie zich de kritiek aantrekt, maar dat er nog een wereld te winnen is.

De heer Swinkels: «In Nederland kenden wij de situatie waarin elke hoogleraar, ongeacht of hij in Groningen of in Amsterdam werkte, zijn eigen classificatiesysteem had. Toen ik 25 jaar geleden begon, was dat ongeveer zo. Ik weet nog wel dat ik met mijn eigen hoogleraar ruzie kreeg omdat ik een wetenschappelijk tijdschrift las. Ik moest Freud lezen. Ik veroordeel dat niet: het was een cultuurkwestie, in die tijd was dat normaal. Zo deden wij dat. Ook de geneeskunde kende helemaal niet zo vreselijk veel onderzoek. Die cultuur is veranderd en daarom weten wij nu veel meer.»

Mevrouw Drost: «Het gebeurt zeker niet uit de losse pols. De heer Swinkels gaf vanmorgen de ontwikkelingen in de algemene psychiatrie aan. In de jaren zeventig was het helemaal not done om diagnoses te stellen. Je begon met een psychotherapie, ook in de algemene gezondheidszorg. Het was helemaal not done om etiketten te plakken, laat staan dat daar fatsoenlijk wetenschappelijk onderzoek kon gebeuren. De forensische psychiatrie is een deel van de psychiatrie en daar hing dezelfde sfeer. Zowel in de algemene als in de forensische psychiatrie is dit erg veranderd, omdat het belang van onderzoek en diagnostische categorieën nu wel degelijk wordt ingezien.»

Mevrouw De Ruiter: «Ik denk wel dat er een intentie is en een besef dat men toe moet naar een evidence based forensische psychiatrie, maar dat vraagt inspanningen, samenwerking en toewijding aan de goede zaak. Ik denk dat dit wel met de mond beleden wordt, maar dat het nog niet in daden is omgezet.»

Deze constatering van De Ruiter wordt door anderen niet gedeeld. In de forensische psychiatrie wil men steeds meer toewerken naar «evidence-based» behandelen. In de behandeling is veel ten goede veranderd. Er wordt bijvoorbeeld veel gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie waarvan in de reguliere psychiatrie is aangetoond dat het effectief is.⁵⁷

De commissie is van mening dat wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van behandelmethoden in de forensische psychiatrie moet worden uitgebreid. De dieperliggende factoren die delictrisico verklaren, moeten daarbij worden betrokken.

In het verleden bestonden er verschillen in visie en behandeling tussen de tbs-instellingen. De ene kliniek was meer gedragstherapeutisch gericht en de andere meer psychoanalytisch. Sinds enkele jaren hebben alle klinieken steeds meer voor een gedragstherapeutische benadering gekozen.⁵⁸

Alle tbs-instellingen werken samen met het EFP aan de ontwikkeling van zorgprogramma's. Tijdens dit proces is gebleken dat de zorgprogramma's van de tbs-instellingen in de kern niet veel verschillen. Door de gezamenlijke ontwikkeling van zorgprogramma's zal de behandeling in de tbs-instellingen steeds meer vergelijkbaar worden. De commissie heeft echter geconstateerd dat een enkele tbs-instelling haar eigen zorgprogramma's aan het ontwikkelen is. Door de aselechte toewijzing zijn de populaties in de verschillende tbs-instellingen vergelijkbaar geworden. Uitzonde-

⁵⁷ Mevrouw Meyer.

⁵⁸ Mevrouw Abad.

ringen hierop zijn de afdelingen voor specifieke groepen tbs-gestelden die niet in iedere instelling aanwezig zijn, zoals de afdelingen voor vrouwelijke tbs-gestelden, tbs-gestelden met een verstandelijke beperking, longstay afdelingen en afdelingen voor extreem beheers- en vluchtgevaarlijke tbs-gestelden.

Verslaving

Volgens schattingen loopt het aantal tbs-patiënten met verslavingsproblemen op tot 80%. Het behandelaanbod van de klinieken wordt op verschillende manieren vormgegeven. In veel klinieken zijn modules uit de verslavingszorg in de zorgprogramma's opgenomen. Enkele klinieken kennen een zorgprogramma waarin verslaving centraal staat. In sommige gevallen kopen de klinieken modules in bij een verslavingskliniek. Daarnaast kennen alle klinieken urinecontroles.⁵⁹ De heer **Wouda** (Hoofd Behandeling, Tactus) beschrijft de beperkingen van de behandeling van verslaving in een tbs-instelling:

«Inherent aan een goede verslavingsbehandeling is dat mensen buitenshuis oefenen met wat zij geleerd hebben in de behandeling. Dit betekent dat mensen op verlof gaan. Daarmee loop je het risico dat zij dan gebruiken. Dat gebruik buitenshuis moet je zien te wegen. Het gaat om de mate waarin mensen dat op een gevaarlijke manier doen. In de forensische verslavingskliniek kunnen en mogen wij daar wat ruimer naar kijken dan in de tbs-klinieken. Daar wordt direct de redenering opgezet dat het fout had kunnen gaan en dat dus alles erop uitgezet moet worden om te voorkomen dat het fout gaat. Bij de behandeling in de forensische verslavingskliniek wordt er echter van uitgegaan dat mensen af en toe kunnen terugvallen.»

Verslaving wordt gezien als een complicerende factor in de behandeling van de tbs-gestelde omdat het vaak secundair is aan psychotische of persoonlijkheidsproblematiek. Verslaving is tevens een belangrijke risicofactor van recidive.⁶⁰ De mogelijkheden van de behandeling van verslaving in een tbs-instelling beperkt. Bij de behandeling van verslaving in de verslavingszorg is algemeen geaccepteerd dat de verslaafde enkele malen terugvalt. Deze terugval in de behandeling kan echter bij de behandeling van verslaafde tbs-gestelde niet gepermitteerd worden.

Kenmerkend voor de huidige tbs-populatie is dat er vaker en eerder sprake is van verslavingsproblematiek. Hoe langer de tbs-gestelde verslaafd is, hoe moeilijker de behandeling door mogelijke hersenschade.

De commissie is van mening dat meer bijzondere aandacht moet worden gegeven aan de behandeling van verslaving gezien de groeiende verslavingsproblematiek onder de tbs-gestelden. Hierbij kan worden gedacht aan zowel het inrichten van speciale behandelmodules is samenspraak en samenwerking met gespecialiseerde verslavingsklinieken of zelf specialisatie binnen de tbs-klinieken op behandeling van verslaving ten bate van vermindering van delictrisico.

3. Resocialisatie

De heer **Teer** legt (beleidspsychiater GGz Noord-Holland Noord) uit wat met resocialisatie wordt bedoeld:

«Resocialisatie is eigenlijk een proces binnen de behandeling, waar iemand na een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis weer leert om te gaan met de rollen die de maatschappij van hem of haar verlangt. Ik doel op de rol van iemand die zichzelf verzorgt, iemand die zijn huis verzorgt, iemand die op een normale manier omgaat met zijn burens, normaal eten kookt en op een normale manier om kan gaan met zijn geld.»

⁵⁹ Regioplan, 2006.

⁶⁰ Zie paragraaf 4.3.

Doel verlot

Verlot is een wezenlijk onderdeel van de behandeling, het verlot moet passen in de behandeling en is bedoeld om de voortgang daarvan te toetsen. Het verlot heeft een klinische functie en is onmisbaar in de totale behandeling van de tbs-gestelde. Het verblijf buiten de kliniek is noodzakelijk om te toetsen hoe hij reageert op situaties en om, al naar gelang het verloop, de vervolgbehandeling gericht(er) vorm te kunnen geven, bijvoorbeeld door bijstelling of aanscherping van het risicomangement. Binnen het kader van het verlot moet de tbs-gestelde aantonen dat het in hem gestelde vertrouwen gerechtvaardigd is. Verlot heeft altijd een voorwaardelijk karakter. Recent onderzoek bij extbs-gestelden toont aan dat een geleidelijke terugkeer naar de maatschappij bijdraagt aan een verminderde kans op delictherhaling.⁶¹

De rol van verlot is over de afgelopen decennia veranderd. De heer **Oppedijk** (voormalig algemeen en geneesheer directeur Veldzicht) beschrijft het verschil van de huidige rol van verlot in de behandeling van de tbs-gestelde met de rol die het verlot had in de jaren zeventig en tachtig:

«Ik heb verschillende systemen meegemaakt. In de Van Mesdagkliniek hield men een patiënt een aantal jaren binnen en daar die periode ging men vrij snel naar buiten. Men zat een jaar of vijf, zes, binnen zonder verlot. De behandeling was toen erg psychotherapeutisch gekleurd en gezien werd of de patiënt een wezenlijk ander mens geworden was. Dat was het criterium om te bezien of men met verlot mocht. «Een ander mens» is vaag, maar concreet werd dat bedoeld in de zin of men milder geworden was en of men empathischer omging met anderen. Dat systeem heeft jaren gewerkt en ik denk dat de recidivecijfers uit die tijd niet slechter waren dan die van heden. Bij dat systeem was het verlot een sluitstuk en men werd vrij snel de maatschappij ingeleid. Dat systeem is geleidelijk vervaagd. Nu is het systeem niet meer rechtstreeks aan de behandeling gekoppeld. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen cure en control, tussen behandelen, genezen en beheersen. In de jaren negentig is vooral door buitenlands onderzoek geleerd dat je niet al te veel moet verwachten van het veranderen van mensen; dat mensen met moeilijke karakters totaal andere mensen worden. In de Van Mesdagkliniek geloofden wij dat indertijd, in de jaren zeventig en tachtig, wél. Bij de verschuiving naar control wordt gekeken naar bepaalde delictfactoren die in de delictanalyse en het delictscenario een rol hebben gespeeld en bij de risicotaxatie naar voren komen. Hoe kun je daar je riskmanagement op toepassen? Dit is iets van de laatste tijd.»

Procedure verlofaanvragen

In het huidige verlotbeleidskader (2004) is de procedure voor het aanvragen van verlot aangescherpt. De tbs-instelling dient de volgende procedure te volgen. Tijdens de halfjaarlijkse bespreking van een patiënt in het multidisciplinaire team kan naar aanleiding van vooruitgang in de behandeling besloten worden verlot aan te vragen. Hiertoe wordt besloten wanneer verlot past bij het stadium van de behandeling en het recidiverisico van de patiënt volgens de risicotaxatie instrumenten HCR-20 en HKT-30⁶² in combinatie met een positief klinisch oordeel van de behandelcoördinator aanvaardbaar is. De risicotaxatie instrumenten zijn in dit verlotbeleidskader verplicht gesteld.

De verlofaanvraag bevat informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt, de delictdiagnostiek, de inhoud en het verloop van de behandeling en de wijze waarop het risicomangement is vormgegeven.⁶³ Deze verlofaanvraag wordt eerst door de interne verloftoetsingscommissie beoordeeld. Deze commissie kan de aanvraag terugsturen naar de behandelcoördinator met het verzoek deze beter te onderbouwen of de

⁶¹ De Vogel, de Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004. In: Hildebrand, 2006.

⁶² Zie paragraaf 4.2.

⁶³ Werkgroep verlot en veiligheidsbeleid Tbs, 2004.

behandeling voort te zetten. Wanneer de aanvraag volgens de interne verloftoetsingscommissie aan de criteria voldoet, kan de verlofaanvraag naar het ministerie van justitie (DJI, afdeling ITZ) gestuurd worden.⁶⁴

De verlofaanvraag wordt door ITZ getoetst op het voldoen aan het format. De medewerkers van ITZ controleren de aanvraag op een aantal punten en bij twijfel wordt om extra informatie gevraagd of wordt geen verlof verleend. «Bij een aanvraag voor iemand uit een ingewikkelde doelgroep⁶⁵ wordt in ieder geval gebruik gemaakt van een verlofvergadering, voorgezeten door het hoofd van de afdeling en in het bijzijn van de psychiatrisch veiligheidsadviseur. Mochten er nog twijfels zijn, dan volgt een second opinion van een onafhankelijke psychiater en een psycholoog.»⁶⁶

«Het toetsen van de aanvraag voor de verlofmachtiging door de afdeling ITZ houdt het midden tussen een procedurele en een meer inhoudelijke toets; dit levert een voortdurend spanningsveld op. De Inspectie voor de Sanctietoepassing vermeldt in haar rapport hier verder over: «de klinieken beroepen zich op een professioneel domein dat niet inhoudelijk getoetst kan worden door de afdeling ITZ.» Bij de afdeling ITZ ervaart men eveneens dit spanningsveld.

Aan de ene kant is het veld van mening dat ITZ vooral procedureel zou moeten toetsen, aan de andere kant is er de ministeriële verantwoordelijkheid voor het beoordelen van de machtigingen waarbij risico's zoveel mogelijk moeten worden uitgesloten hetgeen een meer inhoudelijke toets vergt.⁶⁷

De afdeling ITZ machtigt namens de minister van Justitie voor een bepaalde vorm van verlof. De minister van Justitie draagt daarmee formeel de eindverantwoordelijkheid voor het verlofbeleid van de tbs-maatregel.⁶⁸

Verlofcategorieën

In het huidige verlofbeleidskader (2004) zijn er drie verlofcategorieën: begeleid verlof, onbegeleid verlof en transmuraal verlof. Onder begeleid verlof worden alle verloven verstaan buiten de beveiligde zone van de inrichting onder begeleiding van personeel. Deze vorm van verlof vindt meestal in de eerste fase van de behandeling plaats, maar kan ook worden ingezet als hernieuwd verlofbeleid na een eventuele terugval of een stagnatie in de behandeling. Vanuit een klinisch perspectief heeft verlof het karakter van het meten van een ontwikkeling. Het dient als basismeting voor de planning van de verdere behandeling. De eerste confrontatie met de maatschappij vindt plaats, zodat zicht ontstaat op de wijze waarop de patiënt reageert op prikkels en impulsen die tijdens de detentie en de eerste klinische fase afwezig waren. Begeleid verlof biedt zicht op de invloedssfeer van de omgevingsvariabelen op de stoornis en het hieruit voortvloeiende delictrisico.

Onder onbegeleid verlof worden alle verloven verstaan buiten de beveiligde zone van de inrichting zonder begeleiding van personeel. Het kan gaan om een ééndaags of meerdaags verlof zonder of met (maximaal 6) overnachtingen, dat gefaseerd wordt uitgevoerd binnen de marges van het behandelplan en de behandelprognose. Onbegeleid verlof dient doorgaans als overgangsfase tussen begeleid en transmuraal verlof. Onbegeleid verlof gaat altijd gepaard met duidelijke afspraken en toetsbare voorwaarden, die voortvloeien uit het behandelplan. Deze vorm van verlof heeft vanuit het klinisch perspectief het karakter van het meten van een ontwikkeling en dient als toets voor de consolidatie van de eerste behandelresultaten bij de patiënt en als basis voor de

⁶⁴ Regioplan, 2006.

⁶⁵ In: Inspectie voor Sanctietoepassing, 2005: Het gaat om dossiers van personen met een ernstige en recidiverende delictgeschiedenis, personen met recidiverende (pedo)seksuele geweldsdelicten en personen met een langdurige verslavingsgeschiedenis in combinatie met gewelddadig gedrag en ernstige geweldsdelicten.

⁶⁶ Mevrouw Kavelaars (plaatsvervangend hoofd ITZ).

⁶⁷ Inspectie voor de sanctietoepassing, 2005.

⁶⁸ Hildebrand, 2006.

planning van de verdere tenuitvoerlegging van de maatregel. Naast het onder controle houden van de stoornis en het hieruit voortvloeiende delict risico, is het verkennen van reïntegratiemogelijkheden een doel voor de langere termijn.

Alleen op basis van onbegeleid verlof kan worden getoetst in hoeverre de patiënt de geboden vrijheden aan kan en in welke mate hij daarbij in staat is zelf verantwoordelijkheid te nemen voor het afsprakenstelsel, dat is gericht op het voorkomen van gevaar voor de samenleving. De blootstelling aan omgevingsfactoren mag geen destabiliserend effect meer hebben op de persoon.

Onder transmuraal verlof worden alle verloven verstaan die buiten de beveiligde zone van de inrichting, zonder begeleiding van personeel en voor langere tijd plaatsvinden. Zonder de beschermende structuur van de kliniek als fysieke omgeving en met een gefaseerde afbouw in het afsprakenstelsel, ontstaat zicht op de mogelijke beëindiging van de behandeling of op de wijze waarop voorwaarden voor een verantwoorde reïntegratie in de maatschappij moeten worden ingezet. Transmuraal verlof vindt plaats in de laatste fase van de behandeling en is bedoeld als beslissingsfase in de beëindiging van de behandeling. Het vervolg kan zijn: (a) uitstroom uit de tbs, (b) verlenging van de transmurale fase onder vermelding van de prognose en de noodzaak tot verlenging, (c) doorstroom naar duurzame begeleiding vanuit de tbs-sector (forensisch psychiatrisch toezicht) of (d) doorstroom naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Waar mogelijk wordt aansluiting gezocht bij de reguliere geestelijke gezondheidszorg, waar noodzakelijk blijft de tbs-kliniek zorg verlenen.⁶⁹

Naast bovenstaande verlofmodaliteiten is er ook een vorm van verlof die niet resocialisatie als einddoel heeft en wordt daarom niet als een verlofmodaliteit beschouwd, verlof op humanitaire gronden. Bijzondere situaties vragen om een tijdelijke en incidentele afwezigheid uit de tbs-instelling. Voorbeeld is het overlijden van familieleden. Tbs-gestelden die op een longstay afdeling verblijven kunnen, indien de veiligheid gewaarborgd kan worden, gebruik maken van verlof op humanitaire gronden. Daarnaast kan incidentele afwezigheid noodzakelijk zijn vanwege een medische noodzaak. De minister van Justitie stelt expliciete veiligheidseisen wanneer er nog geen verlofkader voor de tbs-gestelde is.⁷⁰

2.5 Tenuitvoerlegging maatregel: uitstroom tbs

2.5.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt de uitstroom uit de tbs-instelling en de uitstroom uit de tbs-maatregel beschreven. De volgende subvragen worden beantwoord:

- *Welke mechanismen zijn werkzaam in de uitstroom?*
- *Waar komen de ex-gestoorte delinquenten terecht?*

Met uitstroom wordt hier de tbs-gestelde die fysiek uitstroomt (bijvoorbeeld overplaatsing naar een vervolgvoorziening) of de tbs-gestelde die uitstroomt van een behandelplek naar een verblijfsplek op een longstay afdeling bedoeld. Er wordt een korte beschrijving gegeven van de vervolgvoorzieningen waar de tbs-gestelden na verblijf in de tbs-instelling naar kunnen uitstromen en de vormen van behandeling en toezicht die in deze fase van de behandeling beschikbaar zijn. Uitstroom uit de tbs-maat-

⁶⁹ Werkgroep verlof en veiligheidsbeleid Tbs 2004.

⁷⁰ Regioplan, 2006 en Werkgroep verlof en veiligheidsbeleid Tbs, 2004.

regel wordt verduidelijkt door de beschrijving van proefverlof, voorwaardelijke beëindiging en de beëindiging van de tbs-maatregel. De knelpunten die de commissie in deze paragraaf constateert, beantwoorden de volgende subvraag:

- *Wat is de precieze oorzaak van stagnatie in de door- en uitstroom?*

2.5.2 Vervolgvoorzieningen/toezicht/nazorg/begeleiding

In het kader van transmuraal verlof of proefverlof kan de tbs-gestelde uitstromen naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg. De tbs-instelling koopt een plek in bij de ggz-instelling. De tbs-instelling blijft verantwoordelijk voor de tbs-gestelde. De tbs-gestelde kan op verschillende plekken in de reguliere geestelijke gezondheidszorg uitstromen, zoals een Regionale Instelling voor Beschermd en Begeleid Wonen (RIBW), de verslavingzorg, een Forensisch Psychiatrische Afdeling of een reguliere afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

De heer **Van Zuthem** (directeur Kwintes) legt uit waar beschermd en begeleid wonen op gericht is.

«Beschermd en begeleid wonen is bedoeld voor mensen die als gevolg van langdurige psychische problemen beperkt zijn in het zelfstandig functioneren. Deze mensen krijgen begeleiding en huisvesting. [...] Kenmerkend voor beschermd en begeleid wonen is dat er niet wordt behandeld. Dat is niet omdat wij denken dat die mensen niet ziek zijn of omdat wij vinden dat ze niet behandeld zouden moeten worden, maar die behandeling gebeurt vanuit de overige ggz-instellingen.»

Bij de uitstroom van tbs-gestelden naar de ggz is er een gebrek aan aansluitende zorg. Tbs-gestelden hebben ook binnen de ggz meer beveiliging en controle nodig dan gebruikelijk is in de ggz. Bovendien is het personeel in de ggz gericht op de stoornis van hun patiënten, terwijl de focus bij tbs-gestelden moet liggen op het recidiverisico en delictfactoren. Binnen de ggz lijkt er een terughoudendheid te zijn om tbs-gestelden op te nemen vanwege de gecompliceerde problematiek en het stigma van de tbs-gestelde.

Er zijn echter ook tal van voorbeelden waarin de tbs-gestelde succesvol overgeplaatst is naar een ggz-instelling. De tbs-instelling geeft bij overplaatsing een zogenaamde terugplaatsgarantie. Deze garantie houdt in dat de tbs-gestelde te allen tijde teruggeplaatst kan worden naar de tbs-instelling indien de ggz-instelling de inschatting maakt dat dit noodzakelijk is. Deze terugplaatsgarantie lijkt een voorwaarde voor de ggz-instellingen te zijn om tbs-gestelden op te nemen.⁷¹

De heer **Groen** schetst (divisiedirecteur behandelbeleid GGz Zuid-West Drenthe) de samenwerking tussen de tbs en de ggz:

De heer Groen: «Er is sprake van een samenspel tussen de klinieken en ons. Als wij de indruk hebben dat de kliniek onvoldoende garanties voor terugname geeft, weigeren wij. Wij willen de zekerheid dat als wij aangeven dat de persoon terugmoet, hij ook terug kan.»

De commissie: Er moet de garantie zijn dat hij teruggeplaatst kan worden.

De heer Groen: Dat is een absolute voorwaarde.

De commissie: En als de kliniek de garantie niet kan geven doordat zij een capaciteitsprobleem heeft ...

De heer Groen: Hebben wij een probleem.

De commissie: Dan hebt u samen een probleem.

De heer Groen: Ja.»

De heer **Van Zuthem** illustreert het gebrek aan aansluitende zorg:

⁷¹ Regioplan, 2006.

«Wij weigeren regelmatig plaatsing van personen, met name als blijkt dat de persoon zeer veel toezicht en begeleiding nodig heeft en wij dat toezicht en die begeleiding niet kunnen bieden. Dat is het gat waarover ik zojuist sprak. Het gat tussen een tbs-kliniek en een RIBW.»

Vanuit de tbs-sector zijn de eerste initiatieven genomen om in samenwerking met de ggz vervolgvoorzieningen voor tbs-gestelden te ontwikkelen. Door een voorziening tussen de tbs en de ggz kan uitplaatsing uit een tbs-instelling geleidelijker plaatsvinden. Door de ggz te betrekken bij de ontwikkeling van dergelijke voorzieningen kan zowel een verschil in visie als de terughoudendheid van de ggz weg worden genomen, is de gedachte.

De tbs-gestelde kan tevens uitstromen naar een resocialisatiewoning van een tbs-instelling of naar een zelfstandige woonruimte. Verschillende vormen van toezicht of begeleiding zijn mogelijk wanneer de tbs-gestelde in één van bovengenoemde vervolgvoorzieningen verblijft.

- De reclassering houdt tijdens proefverlof toezicht op de tbs-gestelde. De rol van de reclassering bij het proefverlof is later in deze paragraaf beschreven.
- Een van de voorwaarden van transmuraal verlof of proefverlof kan zijn dat de tbs-gestelde zich ambulantly laat behandelen bij een forensische polikliniek.
- Een andere mogelijkheid is het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT). Door het positioneren van een extra voorziening tussen het aanbod van de reclassering en het aanbod van de tbs-instelling in de vorm van FPT zullen meer tbs-gestelden kunnen doorstromen naar voorzieningen buiten de tbs-instelling. Daardoor zal een soepele overgang naar proefverlof of voorwaardelijke beëindiging van tbs met verpleging met toezicht door de reclassering ontstaan. Dit heeft tot gevolg dat er meer eerste opnames van tbs-gestelden mogelijk zijn. Het FPT richt zich op tbs-gestelden voor wie de beveiliging van de tbs-instelling niet langer benodigd is, maar bij wie de reclassering onvoldoende mogelijkheden ziet om het toezicht uit te voeren. De tbs-instelling neemt in aanvang het grootste deel van dit toezicht op zich.⁷²
- Tevens is in enkele regio's in Nederland een vorm van Assertive Community Treatment (ACT) beschikbaar. ACT is een vorm van toezicht waarbij iemand heel intensief, assertief en teamgericht ambulantly wordt behandeld en begeleid. Deze vorm van toezicht is ontwikkeld voor een groep patiënten die met een bepaalde vorm van delictgevaarlijkheid in de maatschappij moet functioneren. Deze vorm van behandeling kan meerdere keren per dag worden toegepast.⁷³

Deskundigen zijn van mening dat er onvoldoende plekken zijn voor uitstromende tbs-gestelden, mede omdat het aanbod onvoldoende gedifferentieerd is. De uitstroom verloopt daarom uiterst moeizaam. Daarnaast is er ook bij veel vervolgvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg sprake van wachtlijsten.⁷⁴

Toch kunnen er ook andere redenen zijn voor de lage uitstroom. De heer **Van Zuthem** daarover:

«Er zijn nu lege plaatsen bij het beschermd wonen, doordat men een veel restrictiever regime bij proefverlof hanteert.»

De commissie onderkent het grote belang van aansluitende ggz-voorzieningen om resocialisatie mogelijk te maken. Differentiatie moet dat mogelijk maken. Tegelijkertijd constateert de commissie dat niet altijd

⁷² DJI, 2003.

⁷³ De heer Teer.

⁷⁴ Regioplan, 2006.

optimaal gebruik wordt gemaakt of gebruik kan worden gemaakt van de beschikbare plaatsen. De overgang van tbs-kliniek naar ggz-voorziening verloopt stroef. De oorzaak daarvoor is mede gelegen in factoren als terughoudendheid of zelfs onwilligheid bij de ggz.

Longstay

Er is zoals gezegd een toenemend besef dat er een groep tbs-gestelden is waarbij – door een te hoog en ernstig recidiverisico – een veilige terugkeer in de samenleving uitgesloten is.

Mevrouw **Mulock Houwer** over deze ontwikkeling:

«De eerste differentiatie is geweest de erkenning dat er zoiets als long-stay zou moeten komen. Tien jaar geleden was het niet bespreekbaar om mensen «af te schrijven», dat wil zeggen verklaren dat die mensen niet meer te behandelen waren. Het is een heel belangrijke stap geweest om tot het besef te komen dat daar een aparte voorziening voor zou moeten komen. De onderzoeken van de tbs-klinieken en de discussies met die klinieken hebben er pas de laatste twee jaar toe geleid dat zij ons voorstelden om veel eerder via een goede diagnose en indicatiestelling aan te geven dat sommige mensen heel kort of überhaupt niet behandelbaar zijn en dat die mensen ergens anders geplaatst moeten worden.» (bron: besloten gesprekken)

Bij deze groep tbs-gestelden is volgens de laatste stand van de wetenschap geen behandelperspectief aanwezig. Longstay is dan ook gericht op bescherming van de maatschappij tegen blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden. Het ontbreken van een behandelperspectief is niet gerelateerd aan bepaalde ziektebeelden. Alle ziektebeelden zijn vertegenwoordigd bij de longstay populatie. Er kan niet gesteld worden dat «de longstay patiënt» altijd een psychiatrische patiënt of een psychopaat is.⁷⁵ Een tbs-gestelde kan op een longstay afdeling geplaatst worden wanneer hij conform de laatste inzichten van de forensische psychiatrie alle behandelingsmogelijkheden heeft ondergaan, in minimaal twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar. Hierdoor komt de patiënt niet in aanmerking voor resocialisatie of overplaatsing naar de reguliere psychiatrie vanwege het vereiste beveiligingsniveau.⁷⁶

Overplaatsing naar een longstay afdeling is een externe overplaatsing waarvoor altijd een plaatsingsbeschikking nodig is van het ministerie van Justitie (DJI, afdeling ITZ). De tbs-instelling meldt de tbs-gestelde aan bij de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP), een multidisciplinair team van onafhankelijke deskundigen. De afdeling ITZ laat zich door deze commissie adviseren.⁷⁷ Deze commissie onderzoekt of de tbs-gestelde voldoende behandeld is en voldoet aan de criteria voor plaatsing op een longstay afdeling.⁷⁸ Tbs-gestelden kunnen in beroep gaan tegen deze plaatsing bij de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ).

Verblijf op een longstay afdeling is niet gericht op terugkeer in de maatschappij. Er wordt gestreefd naar een zo klein mogelijk delictgevaar en een zo optimaal mogelijke welzijn voor de tbs-gestelde. Er is sprake van een laagintensief behandelaanbod, waarbij de tbs-gestelde geen therapie gericht op vermindering van het delictisico meer krijgt. Het klimaat en de bejegening dienen ertoe de psychische toestand en het gedrag van de tbs-gestelde te stabiliseren en achteruitgang te voorkomen.⁷⁹

⁷⁵ De heer De Bruine.

⁷⁶ Regioplan, 2006 en De Kogel & Verwers, 2003.

⁷⁷ Regioplan, 2006.

⁷⁸ De heer De Bruine.

⁷⁹ De Kogel & Verwers, 2003.

Uitplaatsing uit de longstay afdeling kan plaatsvinden wanneer blijkt dat het recidiverisico op termijn afneemt, bijvoorbeeld wanneer nieuwe behandelmethoden of medicatie beschikbaar zijn.⁸⁰ De tbs-instelling stelt iedere twee weken een evaluatierapport op en bekijkt jaarlijks of een patiënt veranderd is en nieuwe behandelingsmogelijkheden mogelijk zijn om het recidiverisico te verminderen. Het LAP houdt ook toezicht op de situatie van de tbs-gestelde op een longstay afdeling, en controleert daarbij of de noodzaak tot een verblijf op een longstay afdeling onveranderd aanwezig is. De rechter toetst jaarlijks of om de twee jaar in een verlengingszitting of de tbs-maatregel verlengd dient te worden.⁸¹

Speerpunten op de longstay afdeling van Veldzicht zijn de zelfstandigheid van de tbs-gestelde binnen de hekken van Veldzicht en de kwaliteit van leven. Veldzicht probeert een dagprogramma met nuttige bezigheden samen te stellen om te voorkomen dat de tbs-gestelde op een longstay afdeling de rest van zijn leven langzaam wegwijnt. Zo is er een uitgebreid programma voor vaardigheidstrainingen en kan de tbs-gestelde binnen alle settings van Veldzicht werken.⁸²

Het aantal tbs-gestelden dat als blijvend delictgevaarlijk wordt beschouwd is de afgelopen jaren sterk gestegen. Als gevolg hiervan is het aantal longstay plaatsen sterk uitgebreid.⁸³ Een veel geuite kritiek op deze ontwikkeling is dat de longstay een verkapt levenslang is geworden. De heer **Korvinus** onderschrijft deze kritiek:

«Inmiddels is de tbs tot een voornamelijk veiligheidssysteem geworden, veel meer dan een behandelingsstelsel. Het resultaat van de huidige tbs is dat er meer personen op de long stay-afdeling verblijven c.q. een long stay-indicatie hebben dan dat er personen in Nederland zijn die een levenslange gevangenisstraf hebben. Tbs is dus toch geworden tot een alternatieve vorm van levenslange vrijheidsberoving.»

De commissie onderkent dat de realiteit is, dat de veranderende tbs-populatie met zich mee brengt dat vaker tijdens de behandeling geconstateerd moet worden dat de tbs-patiënt niet behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk is. De commissie waarschuwt echter voor de negatieve effecten die ontstaan bij verdachten, advocatuur en rechterlijke macht als tbs wordt gezien als «verkapt levenslang».⁸⁴

Casus: «Hier heb ik eindelijk rust»

Greg, een Antilliaanse man, werd als kind erg verwend door zijn moeder. Toen hij naar de lagere school ging leidde dit tot de nodige problemen. Op negenjarige leeftijd wordt hij dan ook in een internaat geplaatst. Daar ontpopt hij zich als een echte rouwdouwer die veel kattenkwaad uithaalt en niet te beroerd is om een diefstalletje te plegen. Na een jaar zit hij weer thuis en gaat niet meer naar school toe. Later wordt hij nog een keer in een internaat geplaatst. Als hij 17 is, rondt hij deze interne opleiding af en gaat werken. Hij trouwt en krijgt een dochtertje, maar zijn huwelijk gaat niet over rozen. Greg blijkt extreem jaloers te zijn, weet zijn drugsgebruik niet in de hand te houden en als hij uiteindelijk een periode in de gevangenis belandt, is de maat vol en besluit zijn vrouw het huwelijk te laten ontbinden. In de tussentijd overlijdt Greg zijn moeder.

Greg verhuist naar Nederland en wordt daar een bekende van justitieel Nederland. Exhibitie, aanranding en verkrachting leiden tot verschillende gevangenisstraffen. Greg krijgt de tbr-maatregel (voorloper van de tbs-maatregel) opgelegd. Hij krijgt toestemming voor een proefverlof in zijn eigen land en uiteindelijk wordt de tbr-maatregel opgeheven. Na 2 jaar begint Greg opnieuw te ontsporen. Hij pakt zijn oude drugsgebruik weer op, wordt agressief en ongeremd in zijn gedrag. Als hij ten slotte zijn vriendin mishandelt, belandt Greg opnieuw in de gevangenis.

⁸⁰ Regioplan, 2006.

⁸¹ De heer De Bruine.

⁸² De Kogel & Verwers, 2003 en de heer De Bruine.

⁸³ Zie paragraaf 3.4.

⁸⁴ Zie paragraaf 3.4.2.

Als Greg uiteindelijk weer naar Nederland terugkeert, duurt het nog geen drie maanden voor hij opnieuw wordt opgepakt wegens zware mishandeling. Greg krijgt Tbs met dwangverpleging opgelegd. Hij is dan inmiddels veroordeeld voor onder andere zes verkrachtingen, aanranding, poging tot aanranding, diefstal met bedreiging en geweldpleging en mishandeling.

Greg krijgt een behandelprogramma aangeboden gebaseerd op zijn delict en zijn diagnose: onder meer een bipolaire stoornis met psychotische trekken, een persoonlijkheidsstoornis met narcistische en antisociale trekken en zwakbegaafdheid. Geen van de geboden behandelingen blijkt bij Greg te werken. Hij blijft onverminderd «delictgevaarlijk». Zonder de structuur die de kliniek biedt, is de kans erg groot dat hij terugvalt in misbruik van alcohol en/of drugs waardoor het risico van recidive zeer groot zou worden.

Er wordt besloten om voor Greg een andere richting in te slaan. Waar de behandeling eerst gericht was op het verminderen van delictgevaarlijkheid, het inzien van beperkingen en uiteindelijk resocialisatie, wordt nu gekozen voor een langdurig verblijf op de longstay afdeling. De zorg en behandeling die hij daar krijgt is gericht op het stabiliseren van zijn (psychisch) functioneren en niet langer op terugkeer naar de maatschappij. Greg woont nu op een afdeling met veel structuur en duidelijkheid. Omdat hij daarnaast consequent zijn medicatie inneemt, functioneert hij inmiddels vrij stabiel.

Greg is tevreden met zijn plekje op de longstay afdeling. Hij voelt geen behoefte meer om naar «buiten» te gaan. «Hier heb ik eindelijk rust aan mijn kop» zegt hij daar zelf over. Elke ochtend helpt Greg mee met het huishoudelijk werk op de afdeling. Overdag werkt hij, tot ieders tevredenheid, op de wasserij van de kliniek. Greg hoopt in de toekomst in een begeleide woonvorm op het terrein van de kliniek te mogen gaan wonen.

Proefverlof

Proefverlof is de fase die volgt op de fase van transmuraal verlof indien de ontwikkeling van de tbs-gestelde zover gevorderd is dat de intensieve, dagelijkse begeleiding en controle afgebouwd kunnen worden zonder dat het delictgevaar toeneemt.⁸⁵

In deze fase van maximaal drie jaar wordt getoetst of de behandeling geslaagd is en de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheden kent, voldoende zelfstandigheid heeft verworven en in voldoende mate betrouwbaar is.⁸⁶ Voor het proefverlof zal door het hoofd van de instelling in samenwerking met de reclassering een proefverlofplan worden opgesteld. Dit proefverlofplan moet worden goedgekeurd door het ministerie van justitie. Het ministerie geeft een machtiging af voor het proefverlof en stelt het openbaar ministerie op de hoogte van de machtiging.

Door het hoofd van de instelling kunnen bijzondere voorwaarden aan het proefverlof verbonden worden. Bijzondere voorwaarden kunnen zijn: medicatiegebruik, geen drugs- of alcoholgebruik, ondergaan van urinecontroles en regelmatige contacten met een behandelaar. De tbs-gestelde heeft vrijheid van beweging tenzij de voorwaarden dit beperken.⁸⁷

De reclassering speelt een belangrijke rol bij het proefverlof. Mevrouw **Cuperus** (hoofd poli- en dagkliniek Het Dok) over de rol van de reclassering bij proefverlof:

«Bij proefverlof of een voorwaardelijke beëindiging is de reclassering een heel belangrijke partner, want die is feitelijk de houder van het dossier en heeft dus in feite de regie.»

⁸⁵ Stikker, 2005.

⁸⁶ Regioplan, 2006.

⁸⁷ Stikker, 2005.

⁸⁸ Regioplan, 2006.

De verantwoordelijkheid voor de patiënt ligt echter nog bij de kliniek.⁸⁸ De manier waarop deze verantwoordelijkheid tot uiting komt, wordt hieronder beschreven.

De reclassering wordt op de hoogte gebracht van de bijzondere voorwaarden en wijzigingen, aanvulling of opheffing van die voorwaarden. De reclassering kan zelf ook een voorstel doen tot wijziging of opheffing van de voorwaarden.

Daarnaast rapporteert de reclassering regelmatig aan het hoofd van de instelling. De eerste rapportage vindt plaats na een maand, daarna rapporteert zij telkens over een periode van twee maanden. Tussentijdse rapportages vinden plaats wanneer de tbs-gestelde zich niet aan de voorwaarden van het proefverlof houdt.

De reclassering stuurt haar overwegingen over de wenselijkheid van verlenging van de tbs naar het hoofd van de instelling wanneer deze een advies over verlenging van de maatregel aan de rechtbank uit moet brengen. Het hoofd van de instelling kan om verschillende redenen het proefverlof intrekken, deze redenen kunnen zijn:

- het delictgevaar van de tbs-gestelde;
- het niet nakomen van de voorwaarden.

Het proefverlof kan na verloop van tijd eventueel overgaan in een voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging. De dwangverpleging van overheidswege wordt dan door de rechter voorwaardelijk beëindigd. Dit kan op verzoek van de betrokkene, op verzoek van het OM of ambtshalve. De reclassering kan uit eigen beweging of via het hoofd van de instelling en de minister van justitie, het OM een voorstel doen tot het vorderen van een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging.⁸⁹

2.5.3 Beëindiging van de maatregel

Voorwaardelijke beëindiging van de maatregel

Wanneer de tbs-gestelde zijn behandeling goed doorloopt en de verschillende verlofvormen heeft doorlopen, kan de rechter beslissen om de tbs maatregel voorwaardelijk te beëindigen. De tbs-gestelde heeft dan de fase van proefverlof goed doorlopen en terugkeer in de samenleving wordt verantwoord geacht.⁹⁰ Bij een voorwaardelijke beëindiging blijft de tbs van kracht, alleen de dwangverpleging wordt voorwaardelijk beëindigd. De rechter kan alleen tot een voorwaardelijke beëindiging overgaan als verlenging van de tbs van een jaar is gevorderd. Bij een vordering van twee jaar kan de rechter de tbs-maatregel niet voorwaardelijk beëindigen. Aan de voorwaardelijke beëindiging worden evenals bij het proefverlof voorwaarden gesteld, de tbs-gestelde moet zich bereid hebben verklaard om deze voorwaarden na te leven. Voorwaarden die kunnen worden opgenomen zijn gericht op verplicht medicijngebruik, het ondergaan van een behandeling of het contact onderhouden met de reclassering. De reclassering heeft bij de voorwaardelijke beëindiging een adviserende rol. Zij stelt een maatregelrapport op, waarin ze aangeeft onder welke voorwaarden de voorwaardelijke beëindiging volgens haar verantwoord en uitvoerbaar zijn. De reclassering houdt toezicht op het naleven van de voorwaarden.⁹¹ Zij moet hierover om de drie maanden rapporteren aan het openbaar ministerie en het ministerie van Justitie. Op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de tbs-gestelde kunnen de voorwaarden door de rechter worden veranderd, aangevuld of opgeheven. Indien de voorwaarden niet verder aangescherpt kunnen worden of onvoldoende worden nageleefd, kan de dwangverpleging worden hervat.⁹² De duur van voorwaardelijke beëindiging is maximaal drie jaar.⁹³

⁸⁹ Stikker, 2005.

⁹⁰ Stikker, 2005.

⁹¹ Regioplan, 2006.

⁹² Artikel 38j WvSr.

De commissie concludeert dat het opstellen van (en toezicht houden op) de voorwaarden bij voorwaardelijke beëindiging zowel kennis van de tbs-gestelde als forensische psychiatrische expertise vergt. Dat vraagt

volgens de commissie niet alleen om samenwerking tussen tbs-kliniek en reclassering maar ook om daadwerkelijke betrokkenheid van de tbs-kliniek bij het toezicht.

De voorwaardelijke beëindiging kan maximaal drie jaar duren. Deze beperkte duur wordt als een belangrijk knelpunt beschouwd. Wanneer de maatregel na deze drie jaar beëindigd wordt, is er immers geen juridisch kader meer om de voormalig tbs-gestelde tot begeleiding, toezicht of nazorg te verplichten.

De heer **Wolters** illustreert dit probleem:

«Er is een categorie terbeschikkinggestelden die naar mijn stellige overtuiging betrekkelijk goed buiten kan functioneren, zij het onder een aantal voorwaarden zoals medicatie. Je ziet bij die categorie nogal eens dat de dwangverpleging onder voorwaarden wordt beëindigd. Na drie jaar houdt dat verhaal op. Dan houd ik soms mijn hart vast. Dan denk ik bij mijzelf: de rechter kan niet anders, ik kan geen verlengingsvordering meer vragen, maar de man of vrouw is er nog helemaal niet aan toe om zich geheel vrij in de samenleving te bewegen. Wat je dan nog wel eens ziet, is dat mensen na twee of drie jaar toch recidiveren. Het is zeker niet de eerste keer dat ex-tbs'ers ernstige feiten plegen. Naar mijn idee komt dat door een ontoereikendheid van het systeem.

De commissie: En die ontoereikendheid zit hem niet alleen in de afwezigheid van fysieke voorzieningen zoals beschermd wonen, maar ook in de juridische aangrijpingspunten om daartoe te komen?

De heer Wolters: Ja, dat heeft te maken met die termijn. Een voorbeeld. Er is een categorie mensen die, wanneer zij netjes hun antipsychotische medicijnen nemen, betrekkelijk goed buiten kunnen functioneren. Er moet dan wel iets in het systeem worden ingebouwd dat hen kan dwingen om die medicatie te nemen. Deze categorie mensen heeft zelf vaak niet het ziekte-inzicht om trouw de medicatie te nemen. Als je die mensen zou kunnen dwingen om driemaandelijks hun spuitje te halen, kunnen zij voor de rest betrekkelijk goed buiten functioneren. Over die mensen krijg ik in de eerste drie jaar driemaandelijks rapportages van de reclassering waarin wordt beschreven hoe zij het buiten doen. Het zou prettig zijn als dit over een veel langere periode mogelijk werd; bij sommige mensen denk ik levenslang.»

De commissie is van mening dat de beperkte duur van drie jaar van de voorwaardelijke beëindiging een belangrijk knelpunt is. De commissie komt tevens tot de conclusie dat dit knelpunt in de praktijk leidt tot terughoudendheid bij de tbs-klinieken en het OM om tot voorwaardelijke beëindiging over te gaan. Bij twijfel is geen weg terug. Dit beïnvloedt vervolgens de uitstroom en ondermijnt daarmee de effectiviteit van het tbs-stelsel.

Beëindiging van de maatregel

De tbs maatregel eindigt als het openbaar ministerie geen verlenging meer vordert of als de rechter beslist dat de maatregel wordt beëindigd. Nadat de maatregel is beëindigd hebben de klinieken weinig zicht op hoe het met hun ex-patiënt gaat. Soms hebben zij nog contact met de ex-patiënt, maar dit is dan omdat deze dit graag zelf wil. Ook de rol van de reclassering eindigt wanneer de maatregel is beëindigd. De nazorg van de reclassering stopt als de juridische titel is afgelopen. Daarna is nazorg alleen mogelijk op vrijwillige basis.

Klinieken geven aan dat zij graag over meer mogelijkheden voor nazorg beschikken, voornamelijk voor de ex-patiënten met psychiatrische stoornissen. Deze nazorg dient niet alleen verleend te worden vanuit het risico op terugval, maar ook vanwege het feit dat een deel van de problematiek chronisch is en in andere levensfasen of situaties weer kan opspelen, wat het delictgevaar vergroot. Door langer nazorg aan

ex-patiënten te bieden kunnen in een vroeg stadium passende maatregelen genomen worden.⁹⁴

De commissie ziet het ontbreken van een goede geleidelijke overgang na beëindiging van de tbs-maatregel als belangrijk knelpunt. De oplossingen daarvoor zijn van juridische en organisatorische aard. Aansluiting van de wettelijke mogelijkheden om tot dwangmedicatie over te gaan, en intensievere samenwerking tussen tbs-klinieken en ggz moeten volgens de commissie de nazorg verbeteren. De commissie erkent dat na beëindiging van de tbs-maatregel dwingende strafrechtelijke varianten niet mogelijk zijn en civiele varianten niet dwingend genoeg. Geen organogram of blauwdruk lost dit probleem op. Dat dilemma kan alleen in de praktijk door samenwerking van professionals uit de tbs-klinieken en de ggz worden opgelost.

Casus: Tbs: «een laatste kans om er nog wat van te maken».

Ad (35) heeft 5 jaar gevangenisstraf en een tbs-maatregel opgelegd gekregen. Hij heeft onder invloed van cocaïne zijn vrouw neergestoken toen zij hem vertelde hem te gaan verlaten. Ad heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deskundigen zijn van oordeel dat deze stoornis in directe relatie staat tot zijn delict en dat de kans op herhaling groot is.

Als Ad 6 jaar is verlaat zijn vader het gezin. Zijn moeder is prostituee en verslaafd aan harddrugs. Zij heeft voortdurend verschillende minnaars die haar vaak mishandelen waar Ad bij is. Ad wordt ernstig verwaarloosd. Ad en zijn broertjes en zusjes worden vaak door hun moeder achtergelaten; zij gaat steeds weer met andere mannen samenwonen. De kinderen worden onder toezicht gesteld en opgenomen in tehuizen. Ad woont in 5 verschillende kindertehuizen. Ad vertoont steeds vaker impulsief gedrag; hij pakt dat wat het moment hem biedt: veel drugs, veel vriendinnetjes, joyriding, vechtpartijen. Als Ad 13 is gebruikt hij softdrugs, als hij 16 is vooral cocaïne. Hij wordt veelvuldig veroordeeld voor inbraken en diefstallen die hij pleegt om aan geld voor drugs te komen. Ad maakt zijn LTS niet af. Hij ontwikkelt verlatingsangst en reageert, ook als volwassene, woedend en panisch als hij denkt verlaten te worden. Hij zit zo vaak in de gevangenis dat hij geen werkervaring opbouwt en ook niet weet waar zijn interesses liggen.

In de tbs-kliniek moet Ad meewerken aan een delictanalyse. Hij legt de schuld voor het delict nog steeds bij het slachtoffer, zijn echtgenote, maar erkent ook deels dat het zijn schuld is. Ad ziet de behandeling als «een laatste kans om er nog wat van te maken».

In de kliniek leert Ad om te gaan met zijn beperkingen. Hij doet goed mee aan zijn behandeling. Tijdens zijn verblijf zijn er geen ernstige incidenten en hij gebruikt geen drugs. Hij moet zijn sociale omgeving, zijn familie, vragen om steun en hulp voor als hij later mag resocialiseren. Hoewel iedereen het pijnlijk vindt, legt hij precies uit hoe zijn delict plaatsvond. Zijn familie is bereid hem te steunen.

Na enige tijd krijgt Ad een machtiging voor begeleid verlov. Onder begeleiding van 2 sociotherapeuten mag hij winkels in de buurt en bezoeken en soms bij zijn familie langs gaan.

Via een contactadvertentie leert Ad zijn huidige vriendin kennen. In eerste instantie hebben ze alleen schriftelijk contact, maar na een half jaar wil ze langskomen. Ad moet haar onder begeleiding van een maatschappelijk werker uitleggen waarom hij in een Tbs-kliniek zit. Zij schrikt daar erg van, maar wil toch verder. Ad en zijn vriendin moeten verplicht een relatietherapie volgen. Al snel mogen ze elkaar zonder begeleiding in de kliniek ontmoeten en ook samen in de «logeerunit» verblijven. Zij heeft duidelijk een positieve invloed op Ad.

⁹⁴ Regioplan, 2006.

Ad haalt in de kliniek zijn MAVO diploma. Met begeleiding vindt hij een opleiding buiten de kliniek en een stageplaats. Na 8 weken mag Ad zonder begeleiding naar zijn stageplek mits hij een vaste route op vaste tijdstippen volgt.

De kliniek meent dat Ad geen externe verslavingszorg nodig heeft en vraagt transmuraal verlof aan. Ad mag nu een nacht per week bij zijn vriendin slapen. Buiten de normale wrijvingen in een relatie levert dit volgens de behandelaars geen verontrustende signalen op. Samen met de reclassering stelt de kliniek een proefverlof plan op voor Ad. Uiteindelijk besluiten zij na 1 jaar proefverlof de rechter te adviseren de tbs-maatregel te beëindigen. De rechter neemt dit advies over.

Contraire beëindiging van de maatregel

Soms is er sprake van een contraire beëindiging van de tbs. Dit betekent dat de rechtbank of het gerechtshof de tbs maatregel niet verlengt tegen het advies in van de adviserende instantie. Dit kan voorkomen aan het einde van de behandeling. Aan het begin van de behandeling staat de verlenging vrijwel nooit ter discussie. Het WODC heeft in 2005 onderzoek gedaan naar de contraire beëindiging en geeft in dit onderzoek verschillende redenen voor een contraire beëindiging aan. Ten eerste kunnen dit accentverschillen zijn tussen juridische en gedragsdeskundige criteria. Gedragsdeskundigen zijn meer op het afronden van een resocialisatietraject gericht teneinde het recidiverisico op langere termijn te reduceren, terwijl rechters meer gericht zijn op onderbouwing van het juridische gevaarscriterium. Ten tweede is er een «grijs» gebied bij de inschatting van het recidiverisico. In sommige gevallen is de onderbouwing van het recidiverisico onvoldoende overtuigend of twijfelt de adviserende instantie. De rechter kan in deze gevallen oordelen dat er onvoldoende grond is voor verlenging. Ten derde kunnen er verschillen zijn in de gedachte over de taakopvatting van de rechter. Sommige rechters zien het deskundigenadvies als basis voor de besluitvorming, anderen benadrukken dat de verlengingsbeslissing gestoeld moet zijn op juridische argumenten waarbij het advies een richtinggevende indicator is. Ten vierde is er soms sprake van strategische advisering door de tbs-instellingen. Zij doen dit om een bepaald effect te bereiken dat strikt genomen buiten het doel van het advies valt. Reden hiervoor kan zijn dat zij soms geen verantwoordelijkheid willen nemen voor een advies tot niet verlengen. Een andere reden voor strategische advisering door de klinieken kan de politieke druk om geen risico te nemen versus de financiële druk zijn om iemand snel door te laten stromen. Soms wordt er ook wel gesproken over het proportionaliteitsargument. Rechters zouden rekening houden met de evenredigheid van de duur van de tbs-maatregel en de ernst van het delict. Uit het onderzoek van het WODC is echter niet gebleken dat rechters hiermee rekening houden.⁹⁵

Mevrouw **Van der Vaart** geeft aan dat in beginsel de tbs-maatregel wordt opgelegd voor het indexdelict, maar dat er sprake kan zijn van delictgevaar voor een ander type delict dan het indexdelict:

«Wij hebben een probleem bij bijvoorbeeld de verlengingen. Ik geef een voorbeeld: iemand is veroordeeld en heeft een maatregel opgelegd gekregen voor verkrachting en deze persoon heeft al vele jaren tbs. Daarbij komt dat er geen kans op herhaling is van een seksueel delict, althans dat de kans op herhaling als aanvaardbaar wordt ingeschat. Iemand blijft echter wel in zoverre gevaarlijk dat hij andere delicten zou kunnen plegen. Ik ben dan nog een beetje van de school dat de maatregel vanwege verkrachtingen is opgelegd en dat die dus eigenlijk beëindigd zou kunnen worden. Die discussie speelt op het ogenblik. [...] Ik denk dat dit wettelijk anders moet worden. Dat is overigens een kwestie van de wetgever.»

⁹⁵ De Kogel en Den Hartogh, 2005.

De heer **Vegter** zegt hierover:

«Het kenmerk van de maatregel tegenover de straf is dat bij de straf de proportionaliteit een dominante plaats heeft en bij de maatregel niet. Bij de maatregel speelt de proportionaliteit alleen een rol op het moment dat het delictgevaar afdoende is verbleekt, om het zo te zeggen, dus tot een aanvaardbaar niveau is teruggebracht. Je kunt je wel voorstellen – daarin speelt de ernst van het oorspronkelijke delict en het recidivegevaar voor de toekomst ook een rol – dat naarmate de tbs langer duurt, er meer druk ontstaat om mensen vrij te laten. Als er nog sprake is van een toenemend gevaar voor ernstige delicten, zal de rechter daar toch niet voor voelen.»

Niet verlengen door de rechter ondanks advies van de tbs-kliniek is een zogenaamde «contraire beëindiging». Een plotselinge contraire beëindiging levert een hoger recidiverisico op dan geleidelijke terugkeer in de maatschappij.⁹⁶ De praktijk leert dat dit maar weinig voorkomt. Meestal gaat het bij een contraire beëindiging om gevallen, waarbij de rechter van mening is dat er vertragingen in het behandeltraject zijn opgetreden die te wijten zijn aan de kliniek waar de tbs-gestelde verblijft. Klinieken vinden contraire beslissingen alleen acceptabel wanneer de tbs-maatregel in plaats van twee jaar met één jaar wordt verlengd, of wanneer aan het eind van de behandeling proefverlof tegen voorwaardelijke beëindiging wordt omgezet.⁹⁷

Vaak is er sprake van een schijncontraire beëindiging, omdat de adviseerende instanties de beslissing over de verlenging niet zelf willen nemen maar bij de rechter neerleggen. Mevrouw **Van der Vaart** geeft hierover aan:

«Er is geen sprake van contraire beëindiging in de volgende casus. Een kliniek maakt uit de achtergrond, de stukken en de voortgang van de behandeling in de afgelopen jaren en die van het laatste jaar op dat iemand de tbs heel goed heeft doorlopen. Die zegt, evenals zijn advocaat, dat de tbs nu beëindigd kan worden. Als wij daarover praten tijdens de zitting, merken wij dat de deskundige van de kliniek zich kan voorstellen dat de tbs wordt beëindigd omdat er geen grote ongelukken zullen gebeuren. Soms wijzigt een officier zijn vordering als hij ook van mening is dat de tbs beëindigd kan worden. Er komt dan ook geen appel van de officier bij het Hof in Arnhem. Iedereen is het dus met elkaar eens dat de tbs kan eindigen. Dat is een schijncontraire beëindiging.»

De commissie is van mening dat het vraagstuk van de contraire beëindiging niet de kern raakt van de vraagstukken rond het tbs-stelsel. Niet alleen bewijst recent onderzoek dat het in de praktijk weinig voorkomt. Belangrijker is dat in de democratische rechtstaat de rechter altijd een eigen afweging moet kunnen maken.

2.6 Wettelijke modaliteiten

In bovenstaande paragrafen is ingegaan op de tbs maatregel met dwangverpleging. Er zijn echter ook nog andere strafrechtelijke maatregelen die de rechter kan opleggen aan mensen met een stoornis. In het civielrecht zijn wettelijke mogelijkheden opgenomen om mensen met een stoornis te behandelen die geen delict hebben gepleegd.

Deze paragraaf zal dan ook in gaan op de subvraag:

- *Welke wettelijke modaliteiten, zowel straf- als civielrechtelijk zijn er en hoe sluiten zij op elkaar aan?*
- *Wat zijn de zwakke schakels in de aansluiting van het strafrecht en de Wet Bopz en aanverwante wetten?*

⁹⁶ De Kogel en Den Hartogh, 2005.

⁹⁷ Regioplan, 2006.

2.6.1 Tbs met voorwaarden

Voor het opleggen van tbs met voorwaarden moet aan dezelfde criteria worden voldaan als bij tbs met dwangverpleging. Bij tbs met voorwaarden is er echter geen bevel tot dwangverpleging, maar stelt de rechter bepaalde voorwaarden ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. Of de rechter een bevel tot verpleging geeft of voorwaarden oplegt, is afhankelijk van de ernst van het gepleegde delict, het recidivegevaar en de bereidheid van de persoon om mee te werken aan de voorwaarden. Er kan dus alleen aan iemand tbs met voorwaarden worden opgelegd als hij zich bereid heeft verklaard om mee te werken. Tbs met voorwaarden kan in combinatie met een gevangenisstraf worden opgelegd. De gevangenisstraf mag dan ten hoogste drie jaar zijn.⁹⁸ Hierdoor is de mogelijkheid om tbs met voorwaarden op te leggen volgens mevrouw **Schaap** (rechter-commissaris, rechtbank Roermond) enigszins beperkt:

«Vanuit mijn eigen ervaring in de strafkamer kan ik zeggen dat wij wel wat konden met de rapportages die op tafel lagen op het moment dat wij tot een uitspraak moesten komen. Alleen als er het advies ligt tbs met voorwaarden, zit je aan maximale vrijheidsbeneming van drie jaar vast. Als het om ernstige delicten als doodslag of moord gaat, kun je met een tbs met voorwaarden niet uit de voeten, omdat de straf die je voor dat delict wilt opleggen hoger is dan drie jaar. Dan zit je voor het dilemma, of het dan toch een tbs met verpleging moet worden, of dat je een lange onvoorwaardelijke vrijheidsstraf moet opleggen. Dat vind ik een lastig punt.» (bron: besloten gesprekken)

De voorwaarden die gesteld zijn worden in principe voor de zitting door de reclassering opgesteld. Zij moeten betrekking hebben op toekomstig gedrag van de tbs-gestelde. De officier van justitie geeft hiertoe opdracht als hij van plan is tbs met voorwaarden te eisen. Algemene voorwaarden kunnen zijn begeleiding door de reclassering en het niet plegen van delicten. Bijzondere voorwaarden kunnen zijn (ambulante) behandeling, medicatie, het niet gebruiken van drugs en/of alcohol of opname in een psychiatrisch ziekenhuis of verslavingskliniek. De tbs met voorwaarden geldt voor de tijd van twee jaar. Deze termijn kan op vordering van het openbaar ministerie door de strafrechter met nog eens één of twee jaar worden verlengd. De reclassering adviseert het openbaar ministerie met betrekking tot de verlenging. De maatregel kan daarna niet nogmaals verlengd worden en de maximale duur is dan ook drie of vier jaar. Tijdens deze periode houdt de reclassering toezicht op het naleven van de voorwaarden. Zij rapporteert om de drie maanden aan het openbaar ministerie over de voortgang van de tbs-gestelde.

In de voorwaarden wordt vaak opgenomen dat iemand geen drugs of alcohol mag gebruiken. De reclassering heeft echter weinig tot geen mogelijkheden om te controleren op drugs en alcoholgebruik. De heer **Marringa** (unitmanager, Reclassering Groningen):

«Vaak is in de bijzondere voorwaarden opgenomen het controleren op middelengebruik. Ik weet dat wij als reclassering dit niet altijd waar kunnen maken. [...] De bevoegdheidsvraag wordt gesteld. Als je zoiets in de voorwaarden opneemt, vind ik ook dat je het waar moet kunnen maken. Rechters gaan er ook van uit dat het gebeurt, terwijl het in de praktijk niet altijd gebeurt.» (bron: besloten gesprekken)

Tevens kan er in de voorwaarden worden opgenomen dat iemand zich onder behandeling stelt in een kliniek of een ambulante behandeling ondergaat. Ook hier spelen capaciteitsproblemen een rol. Daarnaast treedt er soms een bepaalde huivering vanuit de ggz op om mensen met tbs met voorwaarden op te nemen.

⁹⁸ Stikker, 2005.

Volgens mevrouw **Andreas** (beleidsmedewerker Reclassering Nederland) zijn hiervoor verschillende redenen:

«Verder heeft de huiverigheid van de ggz te maken met de financiering en vooral met het gegeven dat je nergens met iemand terecht kunt die in een crisis raakt of van wie de opname niet kan worden gecontinueerd, omdat dat misschien onveilig is of de behandeling niet aanslaat. Dan hoop je dat mensen hun verantwoordelijkheid nemen en die personen niet op straat zetten, want dan zit de reclassering ermee. Het is niet verplicht om mensen met tbs met voorwaarden op te nemen.» (bron: besloten gesprekken)

De voorwaarden kunnen gedurende de tijd op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de tbs-gestelde of zijn advocaat worden gewijzigd.⁹⁹

De tbs met voorwaarden kan worden omgezet in tbs met verpleging indien de voorwaarden niet worden nageleefd of indien dit de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen vereist. Dit houdt in dat ook als de voorwaarden niet worden overtreden de officier van justitie een bevel tot verpleging kan vorderen. Hiervan is sprake als er gevreesd wordt voor ontsporing van de tbs-gestelde.¹⁰⁰ De reclassering dient bij de officier van justitie aan te geven dat de tbs-gestelde de voorwaarden niet naleeft of dat er een kans tot ontsporing is. De officier van justitie kan dan een bevel tot voorlopige verpleging vorderen bij de rechter-commissaris naast de vordering tot het alsnog opleggen van de dwangverpleging.¹⁰¹ De tbs-gestelde kan dan, in afwachting van de beslissing van de rechter, worden aangehouden. De rechter moet dan binnen drie dagen na de aanhouding op de vordering beslissen. Als de tbs met voorwaarden wordt omgezet in tbs met verpleging komt iemand in een huis van bewaring terecht in afwachting van een plek in een tbs-kliniek. In de wetgeving is het omzetten van tbs met voorwaarden in tbs met verpleging goed geregeld, maar in de praktijk stuit dit vaak op problemen.

De heer **Van Gennip** (algemeen directeur Reclassering Nederland):

«Iemand met voorwaarden kan niet zo maar in een tbs-kliniek worden geplaatst. Er moet echt sprake zijn van dwangverpleging. Die moet het OM eerst vorderen. Daartoe kunnen wij bij het OM een verzoek indienen. De rechter moet de vordering toekennen. Daartegen kan de betrokkene nog eens in beroep gaan. Er zijn gevallen bekend van mensen die tijdens de beroepsfase ernstige misdrijven konden plegen omdat er nog geen grond was om ze op te nemen.» (bron: besloten gesprekken)

De reclassering geeft in hun intern onderzoeksrapport *«Tbs en het gevoel van urgentie»* aan dat het systeem bij de tbs met voorwaarden onvoldoende berekend is op te verwachten terugval. Zij geven aan dat dwingend ingrijpen ten behoeve van de veiligheid van de maatschappij een taak is voor de officieren van justitie die volgens hen doorgaans erg terughoudend zijn met het middel van strafrechtelijk ingrijpen, omdat dit gebonden is aan zware juridische criteria. *«Dit maakt van de reclassering in voorkomende gevallen in haar relatie tot de tbs-gestelde een tandloze tijger en werkt verlies van grip in de hand.»*¹⁰²

De heer **Van Soeren** (ressortpsychiater FPD Groningen) geeft ten slotte ook nog een aantal knelpunten rondom tbs met voorwaarden aan:

«Tbs met voorwaarden is inderdaad een groot probleem. Het functioneert op dit moment niet goed. Als de voorwaarden worden overtreden, zou je het liefste hebben dat iemand meteen wordt opgepakt en dat de maatregel wordt omgezet in een tbs. Een ander groot probleem is dat iemand tijdens de rechtszitting kan zeggen dat hij akkoord gaat met de voorwaarden, maar daar uiteindelijk niet mee akkoord gaat. Een ander punt is dat iemand wordt aangemeld voor behandeling bij een forensisch-psychiatrische kliniek terwijl er een

⁹⁹ Artikel 38b WvSr.

¹⁰⁰ Artikel 38c WvSr.

¹⁰¹ Artikel 38c WvSr, artikel 509j WvSv, lid 5.

¹⁰² Reclassering Nederland, 2005.

wachttijd is van een jaar. Iemand komt dan helemaal niet in een behandelsetting. Wat gebeurt er dan? Hij overtreedt de voorwaarden dan niet. Hij kan dan niet in de reguliere tbs terecht komen. Een mogelijke oplossing is om iemand eerst een intake te laten doen in een forensisch-psychiatrische kliniek of bij een forensisch-psychiatrische poli voordat tbs met voorwaarden wordt opgelegd, waarbij heel goed gekeken wordt naar de bereidheid van de persoon om mee te werken aan de tbs met voorwaarden en naar zijn behandelbaarheid. Nu wordt tbs met voorwaarden opgelegd aan personen die niet te behandelen zijn. Dat geeft ook een groot probleem.»

De commissie erkent het probleem dat de maximumtermijn voor een gevangenisstraf verbonden aan tbs met voorwaarden beperkingen met zich meebrengt. De commissie kan zich vinden in de gedachte om voordat tbs met voorwaarden wordt opgelegd iemand eerst een intake te laten doen bij een forensische psychiatrische kliniek of een forensisch-psychiatrische poli. Tijdens deze intake kan goed gekeken worden naar de bereidheid van de persoon om mee te werken aan de voorwaarden en de aangeboden behandeling. Daarnaast stelt de commissie voor dat vaker gebruik moet worden gemaakt van de mogelijkheid tot een proefbehandeling in een forensische psychiatrische kliniek, wanneer er twijfels zijn over de motivatie en de daaraan gerelateerde behandelbaarheid. Deze proefbehandeling zou dan plaats moeten vinden tijdens een schorsingsperiode van de voorlopige hechtenis.

Casus: «Een proefperiode vóór tbs met voorwaarden»

Dylan (23) is een vriendelijke jongen, maar met een slecht ontwikkeld geweten en een vrijwel afwezig verantwoordelijkheidsgevoel. Op 2-jarige leeftijd scheiden zijn ouders, waarna voor hem een periode aanbreekt waarin hij met zijn stiefvader en moeder voortdurend ruzie heeft over de regels thuis. Hij gebruikt vanaf zijn elfde jaar softdrugs en is op zijn 15e een stevig gebruiker van speed, XTC en LSD. Na een ruzie met zijn moeder verlaat hij op zijn 16e het ouderlijk huis. Onder invloed van drugs wordt Dylan op 17 jarige leeftijd verkracht. Zijn vader huurt een kamer voor hem en geeft hem geld om eten mee te kopen maar Dylan gebruikt dit geld om aan drugs te komen. Omdat dit niet genoeg is pleegt hij onder andere inbraken om aan geld voor drugs te komen. Op zijn 20e overlijdt Dylan's moeder. Hij zit op dat moment een gevangenisstraf uit. Dylan ontmoet zijn huidige vriendin en stopt door haar met het gebruik van harddrugs. Hij dempt de ontwenningsverschijnselen met softdrugs en drank. Dylan slaagt er niet in een opleiding af te ronden. Vast werk vinden lukt niet; uitzendbaantjes eindigen telkens in conflicten.

Als Dylan 21 is, wordt hij opgepakt nadat hij bij een uit de hand gelopen ruzie in de metro, onder invloed van alcohol, iemand ernstig mishandelt.

Dylan wordt ter observatie 7 weken opgenomen in het Pieter Baan Centrum. Er wordt getwijfeld aan zijn motivatie en daaraan gekoppeld zijn behandelbaarheid. Besloten wordt om Dylan nog voor zijn strafzaak voor een proefperiode van drie maanden op te nemen in een Forensisch Psychiatrische Kliniek. Daar dreigt hij af te haken als blijkt dat tijdens de behandeling contact met zijn vriendin beperkt zal zijn. Hij vindt het erg moeilijk verantwoordelijkheid te nemen voor het door hem gepleegde delict.

Tijdens de drie maanden proefperiode volgt Dylan een behandelprogramma, waaronder een training in motiverende technieken. Dit blijkt goed aan te slaan bij hem.

De FPK adviseert de rechter TBS met voorwaarden op te leggen waarbij Dylan zich een periode onder behandeling in de FPK moet laten stellen. Dylan gaat hiermee akkoord en accepteert ook dat hij zijn slachtoffer een schadevergoeding moet betalen. Dylan verblijft inmiddels 6 maanden in de FPK.

2.6.2 Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis

Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is alleen mogelijk als iemand volledig ontoerekeningsvatbaar is verklaard. Dit moet blijken uit een Pro Justitia rapportage verricht door ten minste twee gedragskundigen van verschillende disciplines. De maatregel kan worden opgelegd als iemand een gevaar is voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Dit in tegenstelling tot de tbs-maatregel die alleen kan worden opgelegd als iemand een gevaar voor anderen vormt. De last tot plaatsing kan slechts worden gegeven voor de duur van één jaar. Deze termijn vangt aan op het moment dat het vonnis onherroepelijk is geworden en niet op het moment van opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Sinds 1 december 2000 heeft de officier van justitie door een wijziging in de Wet Bopz de mogelijkheid om een psychiatrisch ziekenhuis te verplichten om iemand met een strafrechtelijke machtiging op te nemen, zoals hij dat ook kan bij een persoon met een civielrechtelijke Wet Bopz-machtiging. De tenuitvoerlegging van de maatregel moet in principe binnen twee weken plaats vinden. In de praktijk blijkt echter dat door huidige capaciteitsproblematiek het regelmatig voor komt dat iemand met een strafrechtelijke machtiging gedurende lange tijd in een huis van bewaring moet doorbrengen in afwachting van een plaats in een psychiatrisch ziekenhuis.¹⁰³

De heer **Van Marle** geeft over artikel 37 Wetboek van Strafrecht aan:

«Dat laatste is vorig jaar uitvoerig besproken bij de nationale ombudsman, omdat de wachttijden erg lang zijn. Soms moeten «artikel zevenendertigers», die door de rechtbank op grond van dat artikel zijn gevonnist, zolang wachten op een plaats in een apz (een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, (commissie)) dat zij het hele jaar in de gevangenis hebben moeten doorbrengen.»

Na dit jaar is verlenging alleen mogelijk via de civielrechtelijke weg. De civiele rechter moet dan op vordering van de officier van justitie een machtiging van voortgezet verblijf verlenen. Deze machtiging kan voor ten hoogste één jaar worden afgegeven.¹⁰⁴ De geneesheer-directeur heeft dan de bevoegdheid om de maatregel te beëindigen.¹⁰⁵

De commissie concludeert dat artikel 37 Wetboek van Strafrecht in de praktijk voor knelpunten zorgt. Ten eerste de bevoegdheid van de geneesheer-directeur om de maatregel te beëindigen. Ten tweede zorgen de capaciteitstekorten in de psychiatrische ziekenhuizen voor wachttijden.

Casus: «Ik hoor een stem die zegt dat ik moet slaan»

Jasper (40) heeft in een ggz-instelling een mannelijke verpleegkundige geschopt, geslagen en met de dood bedreigd. Een jaar eerder had zich een soortgelijke situatie afgespeeld bij een andere ggz-instelling.

Jasper werd op zijn 18e voor het eerst psychotisch. Een langdurig behandelingstraject begon bij de RIAGG, later gevolgd door opnames in 5 verschillende ggz-instellingen.

Bij zijn eerste mishandeling werd er over Jasper een Pro Justitia rapportage opgesteld en werd besloten dat hij een verplichte behandeling moest ondergaan.

Na de mishandeling en bedreiging van de verpleegkundige besloot de rechter een beroep te doen op artikel 37 van het wetboek van Strafrecht: Jasper wordt gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van een jaar. Het delict dat Jasper heeft gepleegd is niet zwaar genoeg om eventueel een tbs-maatregel op te leggen. Er wordt meteen met een ggz-instelling uit zijn eigen regio afgesproken dat na afloop van de

¹⁰³ Van Kuijck, 2003 en Stikker, 2005.

¹⁰⁴ Artikel 51 jo. 15 e.v. Wet Bopz.

¹⁰⁵ Artikel 48 Wet Bopz.

gedwongen opname, zij verantwoordelijk zijn voor de zorg. Dit om te voorkomen dat Jasper langer een «tbs-bed» zal bezetten dan nodig is. Als het intake gesprek plaatsvindt, zijn de eerste 2 maanden van het jaar artikel 37 plaatsing al voorbij. Jasper weigert de verantwoordelijkheid te nemen voor het delict dat hij gepleegd heeft. Hij schuift de verantwoordelijkheid naar het slachtoffer van wie hij niet naar buiten mocht en geeft aan dat hij over «onrechtvaardigheden» als roken waar dat niet mag en spugen op de grond erg boos en agressief kan worden. Jasper wordt opgenomen op de forensische acute zorg en crisisafdeling binnen het programma psychotische stoornissen.

Jasper leidt aan schizofrenie van het paranoïde type. Hij volgt een vast patroon en dagritme dat beter niet aan verandering blootgesteld dient te worden. In stressvolle situaties, heeft hij last van akoestische hallucinaties en paranoïde waanvorming. Jasper vertelt zijn behandelaars dat hij een stem hoort die hem opdracht geeft te slaan als hij niet goed behandeld wordt. Ook vertelt hij dat mensen in de ggz-instellingen bang voor hem waren.

Jasper wordt nu behandeld en krijgt antipsychotische medicatie. Een keer heeft hij een vrouwelijk personeelslid ernstig bedreigd. Hij is daardoor een nacht in de separeercel gezet. Daarna is zijn medicatie verhoogd. Binnenkort wordt zijn tweede behandelplan besproken. De behandelaars van de ggz-instelling waar hij na beëindiging van zijn artikel 37 termijn naar toe zal gaan, worden daar ook bij betrokken.

2.6.3 Het civielrecht

In het civielrecht en in het bijzonder in Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen is de regelgeving met betrekking tot het opnemen van mensen met een psychische stoornis in een psychiatrisch ziekenhuis beschreven. Het gaat hier om verschillende procedures zoals de inbewaringstelling voor een spoedopname, de voorlopige machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf, de observatiemachtiging en de machtiging op eigen verzoek. Op dit moment is een wetsvoorstel aanhangig in de Tweede Kamer om de uitvoering van de voorwaardelijke machtiging in de Wet Bopz te vereenvoudigen. Deze maatregel maakt het mogelijk sterke drang op de patiënt uit te oefenen om een behandeling buiten een psychiatrisch ziekenhuis te ondergaan, waardoor een gedwongen opname achterwege kan blijven.¹⁰⁶ Criteria voor gedwongen opname zijn, dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken en dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Onder gevaar wordt verstaan het gevaar voor degene die het veroorzaakt, voor één of meer anderen of gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Er is bijvoorbeeld sprake van een gevaar als betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen of dat er gevaar bestaat dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.¹⁰⁷ Voor de invoering van de Wet Bopz in 1994 konden mensen worden opgenomen op grond van het bestwilcriterium. Dit betekent dat mensen konden worden opgenomen «voor hun eigen bestwil». Het huidige gevaarscriterium is minder ruim en dit levert daarom veel discussie op.¹⁰⁸ Recentelijk is wel de observatiemachtiging in werking getreden waarbij het vermoeden van gevaar door een psychotische stoornis iemand drie weken is op te nemen.

Voor opname en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is een rechtelijke machtiging nodig als betrokkene zich niet vrijwillig laat opnemen.¹⁰⁹ Bij een acute situatie is gedwongen opname via een inbewaringstelling mogelijk. Betrokkene moet dan gevaar veroorzaken, er moet een ernstig

¹⁰⁶ Kamerstuk 30 492, nr. 2.

¹⁰⁷ Artikel 1 lid 1 sub f Wet Bopz.

¹⁰⁸ GGZ Nederland, 2005.

¹⁰⁹ Artikel 2 Wet Bopz.

vermoeden zijn dat een stoornis van de geestvermogens dit gevaar veroorzaakt en het gevaar moet zo onmiddellijk dreigend zijn dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht. Een inbewaringstelling wordt door een burgemeester afgegeven.¹¹⁰ Via bovengenoemde procedures kan iemand op grond van de Wet Bopz gedwongen worden opgenomen, dit wil echter niet zeggen dat iemand ook gedwongen behandeld kan worden. Gedwongen behandeling is alleen mogelijk als dit noodzakelijk is om het gevaar voor betrokkene of anderen, dat voortvloeit uit de stoornis, af te wenden.¹¹¹ Ook met betrekking tot dit onderwerp is onlangs een wetsvoorstel ingediend voor de Wet Bopz om meer mogelijkheden te creëren om patiënten gedwongen te behandelen. Het gaat om patiënten die zonder die behandeling onaanvaardbaar lang opgenomen zouden moeten blijven omdat het gevaar dat de stoornis van de patiënt doet veroorzaken niet wordt weggenomen. Dit wil zeggen dat het «aannemelijk» moet zijn dat zonder die behandeling het gevaar dat uit de stoornis voortvloeit, niet binnen een redelijk termijn kan worden weggenomen.¹¹²

De heer **Van Veldhuizen** (directeur Zorgontwikkeling GGz Noord-Holland Noord) geeft over de behandeling van patiënten aan:

«Ik voel mij wat dat betreft beter thuis in andere landen, waar de patiënt recht op behandeling heeft als hij wilsonbekwaam is. Bovendien heeft de patiënt recht op een behandeling in een zo min mogelijk restrictieve omgeving, het liefst de maatschappij. Het doel moet zijn: sociale inclusie en participatie in de maatschappij en niet exclusie in een inrichting. U weet wellicht dat Nederland wereldkampioen separeren is.

De **commissie**: *«Kunt u dat wereldkampioen separeren toelichten? Wat betekent dat?»*

De heer **Van Veldhuizen**: *«Geen land ter wereld separeert mensen zo vaak als Nederland. In Schotland hebben ze geen separeercel. In Denemarken is separeren verboden. In Zweden is het bijna uitgebannen.»*

Van Veldhuizen geeft hiermee aan dat in Nederland iemand eerder gesepareerd wordt dan dat aan iemand dwangmedicatie wordt toegediend.

2.6.4 Zwakke schakels tussen het strafrecht en civielrecht

Een zwakke schakel in de aansluiting tussen het strafrecht en de wet Bopz is de overgang van de strafrechtelijke maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis naar een civiel rechtelijke maatregel. De strafrechter kan de maatregel voor één jaar opleggen en heeft daarna geen enkele invloed meer. De maatregel kan daarna steeds worden verlengd via het civielrecht, maar er is geen rechterlijke beslissing met betrekking tot de beëindiging van de maatregel. De geneesheer-directeur van een psychiatrisch ziekenhuis beslist namelijk of iemand kan worden ontslagen uit het ziekenhuis. Door deze overgang is er bij rechters soms een terughoudendheid om artikel 37 WvSr. op te leggen omdat zij de beslissing over de beëindiging van de maatregel liever in eigen hand houden.¹¹³

Tevens is er een zwakke schakel te constateren in de regelgeving met betrekking tot het gebruik van dwangmedicatie. Voor justitiële tbs-klinieken is de beginselenwet terbeschikkingstelling van toepassing. Voor niet-justitiële tbs-klinieken en forensische psychiatrische afdelingen is de Wet Bopz bepalend. Het verschil tussen beide regelgevingen is dat het toedienen van dwangmedicatie op grond van de Wet Bopz aan minder strikte criteria hoeft te voldoen dan de BvT. Het type instelling bepaalt dus

¹¹⁰ Artikel 20 e.v. Wet Bopz.

¹¹¹ Artikel 38 lid 5 Wet Bopz.

¹¹² Kamerstuk 30 492, nr. 2.

¹¹³ Mevrouw Van der Vaart (bron: besloten gesprekken).

de mogelijkheden van de behandelaar om dwangmedicatie toe te passen, terwijl het in beide vormen van instellingen om het zelfde type patiënt gaat.

Daarnaast wordt vaak een goede aansluiting gemist in de overgang van de beëindiging van de tbs-maatregel en behandeling in de ggz. Wanneer de tbs-maatregel is beëindigd zijn er niet voldoende juridische mogelijkheden om iemand nog onder behandeling te stellen. Dit is alleen mogelijk als iemand zich vrijwillig laat behandelen of als iemand onder het gevaarscriterium voor gedwongen opname van de Wet Bopz valt. Hier zit een groot gat tussen, waarin de wet niet voorziet.

2.7 Financiering

2.7.1 Financiering van tbs

In deze paragraaf zal de volgende subvraag worden beantwoord:

- Hoe vindt de financiering van de tbs plaats?
- Is de financieringssystematiek van de tbs adequaat?

De eerste vraag wordt hieronder beantwoord. De tweede vraag moet worden beschouwd in relatie met het rapport van de Commissie Houtman.

Financiering van justitiële tbs-klinieken

De tbs-klinieken, behalve Hoeve Boschoord, worden door het Ministerie van Justitie gefinancierd. De klinieken dienen een begroting in bij het ministerie. Het Ministerie van Justitie financiert 20% van het budget en 80% wordt gedeclareerd via de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ).

Bij het toekennen van het budget wordt uitgegaan van twee tarieven. Beide tarieven zijn gebaseerd op de tarieven van het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg/zorgautoriteit i.o.) Er is een doorstroom tarief waar behandeling en resocialisatie onder valt. In het verblijfstarief valt een longstay basis en een longstay intensief tarief. Dit tarief wordt uitgekeerd voor patiënten die langer dan zes jaar in een tbs-kliniek verblijven. Dit wil echter nog niet zeggen dat mensen na zes jaar niet meer behandeld worden en per definitie op een longstay-voorziening verblijven.¹¹⁴

In 2003 lag de capaciteit van de tbs op 1297 plaatsen. Hieronder vallen zowel de justitiële plaatsen als de ggz-plaatsen.

Kosten per opnamedag in een tbs-kliniek:¹¹⁵

Doorstroomtarief	€ 381,49
Verblijfstarief	€ 162,74
Toeslag extreem beheers- en vluchtgevaarlijke patiënten	€ 288,87

Onder deze tarieven vallen zowel variabele als vaste kosten. Bij het bepalen van de gemiddelde tarieven is geen rekening gehouden met eerste opnames, energiekosten, afschrijving en kapitaallasten. Deze variëren namelijk per instelling te sterk om een goede vergelijking mogelijk te maken. Zo is er ook een onderscheid te maken tussen rijksklinieken en particuliere klinieken.

¹¹⁴ Regioplan, 2006.

¹¹⁵ gebaseerd op de CTG-circulaire, 1 januari 2006.

De financiering van tbs-klinieken wordt als volgt door de heer **Polak** toegelicht:

«Wij zijn een particuliere tbs-instelling. In het begin van het jaar maken wij een productieafspraken met het ministerie. Er worden afspraken gemaakt over het aantal nieuwe opnames, het aantal patiënten in het doorstroomtarief, het aantal patiënten in het tarief voor langdurige behandeling en eventueel bijzondere categorieën patiënten. In de Kijvelanden is er een groep patiënten in wat de sterretjesunit heet. Dat zijn patiënten die extra vluchtgevaarlijk zijn. Daarvoor is een bijzonder tarief afgesproken. Er is ook de preklinische interventie. Ik meen nu de meeste modaliteiten te hebben genoemd. Er worden productieafspraken gemaakt. Tot dit jaar werd de productie een keer per maand afgerekend. Hoeveel patiënten van een bepaald type zijn er in huis? De cumulatieve metingen op jaarbasis is de productie die je in een jaar haalt. Daarnaast is er één peildatum in het jaar, ik meen 1 september, waarop het aantal zesjaarspatiënten wordt gemeten. Dat is in de begrotingssystematiek dan bepalend voor het aantal zesjaarspatiënten in het jaar daarop. Tot 1 januari van dit jaar werd er niet per patiënt per dag afgerekend. Wij zijn nu in een overgangssituatie. Het is de bedoeling dat er vanaf 1 januari echt per dag wordt bekeken wat voor patiënten er in huis zijn. Dat wordt vertaald naar een cumulatieve dagsom. Naar ik meen vanaf 1 juli wordt dat feitelijk helemaal zo uitgevoerd.» (bron: besloten gesprekken)

Financiering van niet-justitiële tbs-klinieken

De kliniek Hoeve Boschoord en de drie forensische psychiatrische klinieken worden niet vanuit het Ministerie van Justitie gefinancierd maar geheel vanuit de AWBZ.

FPK's hoeven geen begroting in te dienen bij het ministerie van Justitie. Zij maken afspraken met een zorgkantoor en hun begroting valt onder de algemene begroting van de ggz.

Kosten per opnamedag in een forensische psychiatrische kliniek (ggz): ¹¹⁶	
Behandeltarief	€ 395,32
Resocialisatietarief	€ 332,43
Longstay basistarief	€ 279,54
Longstay intensieftarief ¹¹⁷	€ 373,11

De heer **Van Tuinen** (directeur divisie forensische psychiatrie van GGZ Drenthe) licht de financiering van de FPK's aan als volgt toe:

«Wij volgen een betrekkelijk simpel systeem. Wij hebben 80 bedden, waarvan 60 gesloten klinisch en 20 voor resocialisatie. Voor de 20 hebben wij een tarief dat voor een deel vast en voor een deel variabel is en voor de 60 geldt hetzelfde. Op het eind van het jaar kijken wij met het zorgkantoor hoe de bezetting van de bedden gemiddeld is geweest. Tot nu toe leverde 100% bezetting 100% budgetafrekening op. De laatste jaren krijgen wij als wij meer produceren, omdat in 2003 de plafonds eruit zijn gehaald en vanaf 2004 er aanvullende afspraken met het zorgkantoor te maken zijn geweest, het meerdere achteraf ook betaald. Om de druk op de voordeur te kunnen verlichten konden wij in een jaar wel eens 105% of 110% draaien. Daar kun je dan bedrijfsmatig op sturen.

De **commissie**: «U werkte niet met productieafspraken die tevoren waren gemaakt.

De heer **Van Tuinen**: «Ja, toch wel, met het zorgkantoor. Wij zijn echter een onderdeel van de ggz, dat meegaat in de grote bulk. De eindafrekening gaat ook in de grote bulk mee.» (bron: besloten gesprekken)

Financiering zorg in detentie

Zorg in detentie wordt geheel bekostigd vanuit de begroting van het ministerie van Justitie. In 2003 waren er 1 400 plaatsen in het gevangeniswezen met een bijzonder zorgregime. Hieronder vallen de bijzondere afdelingen in detentie zoals de IBA, BIBA, FOBA en BZA.

De extra kosten voor bijzondere zorgregimes in het gevangeniswezen bedragen in 2003 50 miljoen euro.

¹¹⁶ Gebaseerd op de CTG-circulaire, 1 januari 2006.

¹¹⁷ Onder deze tarieven vallen zowel variabele als vaste kosten. Bij het bepalen van de gemiddelde tarieven is geen rekening gehouden met eerste opnames, energiekosten, afschrijving en kapitaallasten. Deze variëren namelijk per instelling te sterk om een goede vergelijking mogelijk te maken.

2.7.2 Conclusie

Op dit moment is de financiering van tbs gekoppeld aan de plek waar de tbs maatregel wordt uitgevoerd. Er is een groot verschil qua kosten tussen de ggz-instellingen en de justitiële klinieken.

De commissie is van mening dat op korte termijn de klinieken of instellingen niet langer per plaatst gefinancierd moeten worden maar per soort behandeling. Daarvoor is het wenselijk om in de tbs te gaan werken met diagnose-behandelingcombinaties (DBC's) zoals in de curatieve zorg op dit moment ook mee wordt gewerkt. Momenteel worden er DBC's voor de ggz ontwikkeld. Hierdoor worden de kosten met betrekking tbs inzichtelijker. In hoofdstuk 3 wordt hier nader op ingegaan.

2.8 Samenvatting en conclusies

Op basis van het bovenstaande komt de commissie tot de volgende conclusies:

Instroom in de tbs

De kern van het vraagstuk wordt niet bepaald door het systeem van toerekeningsvatbaarheid dan wel de wijze waarop dit wordt vast gesteld. Kritiek is vaak gebaseerd op verouderd onderzoek, verbeteringsprocessen worden dan onvoldoende meegewogen. Het loslaten van het toerekeningsvatbaarheids criterium heeft zeer vergaande implicaties, zoals het loslaten van het schuld-strafrecht. Bovendien geven betrokken psychiaters en rechters aan de criteria wel degelijk werkbaar te vinden.

Kennis over culturele invloeden op diagnose wordt onvoldoende in de praktijk toegepast. De vertaling van onderzoek naar diagnostische instrumenten en behandelmethoden laat te wensen over. Dat beïnvloedt het beoordelingsproces. De groei van de groep verdachten met uiteenlopende culturele achtergronden is al langer gaande.

Als gevolg van het landelijk invoeren van het BooG-instrument en de kwaliteitsslag bij de Pro Justitia rapportages kan in voorkomende gevallen een gedegen Pro Justitia onderzoek plaatsvinden. Toeval dan wel willekeur kunnen op basis van het BooG-instrument in alle arrondissementen worden weggenomen.

Detentie

De maximumtermijn voor een gevangenisstraf verbonden aan tbs met voorwaarden brengt beperkingen met zich mee. Het is een goede gedachte om bij deze tbs-vorm iemand eerst een intake te laten doen bij een forensische-psychiatrische kliniek of een forensisch-psychiatrische poli. Tijdens deze intake kan goed gekeken worden naar de bereidheid van de persoon om mee te werken aan de voorwaarden en de aangeboden behandeling. Daarnaast moet vaker gebruik gemaakt worden van de mogelijkheid tot een proefbehandeling in een forensische psychiatrische kliniek, wanneer er twijfels zijn over de motivatie en de daaraan gerelateerde behandelbaarheid. Deze proefbehandeling zou dan plaats moeten vinden tijdens een schorsingsperiode van de voorlopige hechtenis.

Artikel 37 Wetboek van Strafrecht zorgt in de praktijk voor knelpunten. Ten eerste vanwege de bevoegdheid van de geneesheer-directeur om de maatregel te beëindigen. Ten tweede zorgen de capaciteitstekorten in de psychiatrische ziekenhuizen voor wachttijden.

Detentie kan een negatieve invloed hebben op de stoornis van de tbs-gestelde. Dat kan de latere behandeling van de behandeling in de tbs-kliniek vertragen of zelfs bemoeilijken. Het probleem is echter breder en niet alleen van toepassing op gedetineerden met een tbs-veroordeling. Ongeveer 1 op de 10 gedetineerden heeft een geestelijke stoornis en slechts een klein deel van de verdachten die door FPD/PBC zijn onderzocht krijgt een tbs-maatregel opgelegd. Hierdoor krijgt een deel van de gedetineerden geen extra zorg en is de eventuele behandeling slechts op beheersing van problemen gericht. Het gebrek aan behandelingsmogelijkheden kan een verklaring zijn voor de hoge recidivepercentages onder de gevangenispopulatie.

De recente pilots met behandeling in detentie zijn een positieve ontwikkeling. Deze ingezette vormen van behandeling in detentie kunnen tegemoet komen aan de passantenproblematiek. Ze kunnen doorstromen in tbs-klinieken te bevorderen. Op dit moment kan niet bepaald worden hoe de gevangenissetting inwerkt op de behandeling. Daarom moeten de resultaten van de pilots worden geëvalueerd om te zien of het gestelde behandelingsdoel ook wordt bereikt. Daaruit moet blijken of het passantenprobleem louter administratief wordt opgelost.

Uitvoering/behandeling

Het is voor behandelaren noodzakelijk om over relevante informatie uit eerdere hulpverleningscontacten en eerdere justitiecontacten van de tbs-gestelde te beschikken. Vanuit het oogpunt van veiligheid van de samenleving dient immers niet alleen het recidiverisico voor het indexdelict verminderd te worden, maar ook het recidiverisico voor andere typen delicten.

De ontwikkeling van zorgprogramma's dient vanuit het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie gestimuleerd te worden opdat de tbs-instellingen gebruik maken van dezelfde dan wel vergelijkbare zorgprogramma's. De ontwikkeling van zorgprogramma's is tevens een vorm van professionalisering waarbij innovatie «van onderop» van groot belang is.

Dwangmedicatie moet mogelijk zijn in die gevallen dat patiënten geen zelfinzicht hebben in hun ziektebeeld. Daartoe moeten voor de tbs-gestelden in de verschillende tbs-klinieken eenzelfde criterium bestaan voor het toedienen van dwangmedicatie.

Wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van behandelmethoden in de forensische psychiatrie moet worden uitgebreid. De dieperliggende factoren die delictisico verklaren, moeten daarbij worden betrokken.

Meer bijzondere aandacht moet worden gegeven aan de behandeling van verslaving gezien de groeiende verslavingsproblematiek onder de tbs-gestelden. Hierbij kan worden gedacht aan zowel het inrichten van speciale behandelmodules als samenspraak en samenwerking met gespecialiseerde verslavingsklinieken of zelf specialisatie binnen de tbs-klinieken op behandeling van verslaving ten bate van vermindering van delictisico.

Longstay

Het aantal tbs-gestelden dat als blijvend delictgevaarlijk wordt beschouwd, is gestegen. De tbs-sector realiseert zich meer dan voorheen, dat het delictgevaar van bepaalde tbs-gestelden niet verminderd kan worden en terugkeert in de samenleving als gevolg daarvan niet mogelijk

is. Vervolgens moet worden bepaald op welke gronden bepaalde groepen tbs-gestelden als onbehandelbaar gedefinieerd worden: bijvoorbeeld de tbs-gestelden met een hoge psychopathie score en daarbinnen voornamelijk psychopaten die seksuele delicten pleegden.

Behandelbaarheid is niet vast te stellen voordat behandel pogingen ondernomen zijn. Iemand kan gedurende en als gevolg van de behandeling in (leren) zien dat aanpassing en verdere behandeling wenselijk en noodzakelijk is. Pas tijdens behandeling kan worden bepaald dat de tbs-gestelde niet behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk is.

De realiteit is, dat de veranderende tbs-populatie met zich mee brengt dat vaker tijdens de behandeling geconstateerd moet worden dat de tbs-patiënt niet behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk is. Een waarschuwing is op zijn plaats voor de negatieve effecten die ontstaan bij verdachten, advocatuur en rechterlijke macht – als tbs door hen wordt gezien als «verkast levenslang».

Uitstroom, nazorg, toezicht

Het is van groot belang dat aansluitende ggz-voorzieningen resocialisatie mogelijk maken. Differentiatie moet dat ondersteunen. Tegelijkertijd wordt niet altijd optimaal gebruik gemaakt van de beschikbare plaatsen. De overgang van tbs-kliniek naar ggz-voorziening verloopt stroef. De oorzaak daarvoor is mede gelegen in factoren als terughoudendheid of zelfs onwilligheid bij de ggz.

Het opstellen van (en toezicht houden op) de voorwaarden bij voorwaardelijke beëindiging vergt zowel kennis van de tbs-gestelde als forensische psychiatrische expertise. Het vraagt niet alleen om samenwerking tussen tbs-kliniek en reclassering maar ook om daadwerkelijke betrokkenheid van de tbs-kliniek bij het toezicht.

De beperkte duur van drie jaar van de voorwaardelijke beëindiging is een belangrijk knelpunt. Dit leidt in de praktijk tot terughoudendheid bij de tbs-klinieken en het OM om tot voorwaardelijke beëindiging over te gaan. Bij twijfel is geen weg terug. Dit beïnvloedt vervolgens de uitstroom en ondermijnt daarmee de effectiviteit van het tbs-stelsel.

Het vraagstuk van de contraire beëindiging raakt niet de kern van de vraagstukken rond het tbs-stelsel. Niet alleen bewijst recent onderzoek dat het in de praktijk weinig voorkomt. Belangrijker is dat in de democratische rechtstaat de rechter altijd een eigen afweging moet kunnen maken.

Op korte termijn zullen de klinieken of instellingen niet langer per plaats gefinancierd moeten worden, maar per soort behandeling. Daarvoor is het wenselijk om in de tbs-sector te gaan werken met diagnose-behandeling-combinaties (DBC's) zoals in de curatieve zorg op dit moment ook mee wordt gewerkt. Inmiddels zijn er DBC's voor de ggz ontwikkeld. Hierdoor worden de kosten met betrekking tot tbs inzichtelijker.

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de tweede onderzoeksvraag, namelijk:

Wat is er al bekend en voorgenomen en uitgevoerd ten aanzien van het tbs-stelsel en de behandeling van geestelijk gestoorden die delict-gevaarlijk zijn?

Wat waren de aanbevelingen uit de IBO's, de commissie Kosto en de commissie Houtman? Welke aanbevelingen zijn niet geïmplementeerd en waarom niet? Welke zijn wel overgenomen en hoe staat het met de uitvoering daarvan?

Het beleid, de ontwikkelingen en resultaten worden in dit hoofdstuk chronologisch besproken. In de paragrafen 3.2, 3.5 en 3.6 wordt telkens één rapport behandeld. Paragraaf 3.3 beschrijft het beleid ten gevolge van de Wet Fokkens. Beleid met betrekking tot «*longstay*» staat beschreven in paragraaf 3.4. Vervolgens wordt er in paragraaf 3.7 kort aandacht besteed aan illegalen en ongewenst verklaarde vreemdelingen. Daarna gaat paragraaf 3.8 in op de bevindingen van de commissie Houtman. De relevante aspecten van het beleid in het buitenland met betrekking tot psychisch gestoorde delinquenten worden beschreven in paragraaf 3.9. Paragraaf 3.10 beschrijft het beleid rondom slachtoffers. Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de conclusies (3.11).

Het startpunt is 1996, omdat de rijksoverheid in dat jaar een onderzoeksrunde start met als doel het verkennen van mogelijkheden om financieringssystemen van overheidsvoorzieningen te verbeteren. Het aantal tbs-vonnissen geeft daar ook aanleiding toe. Het is in de jaren tachtig en negentig sterk gestegen. Om precies te zijn: 199 vonnissen in het jaar 1994 tegen een gemiddelde van 100 vonnissen per jaar in de tien jaar daarvoor. Uit rapporten uit die periode blijkt bovendien dat doorstroom naar vervolgvoorzieningen onvoldoende plaatsvindt. De gemiddelde intramurale behandelduur blijft ook stijgen. Daarnaast zijn er afstemmingsproblemen op bestuurlijk niveau als gevolg van de positie die forensische psychiatrie inneemt tussen zorg en veiligheid en de bijbehorende ministeries.

De groeiende druk op de forensische behandelcapaciteit, het vermoeden dat de doelmatigheid in de forensische sector verbeterd kan worden en de afstemmingsvraag tussen tbs- en ggz-domein zijn op dat moment aanleiding om de doelmatigheid van de forensische hulpverlening te onderzoeken. Dit gebeurt in de vorm van interdepartementale beleids-onderzoeken (IBO's).

De forensische sector wordt achtereenvolgens in 1996 en 1998 in twee opeenvolgende IBO's onderzocht. Het kabinet stelt daarna in 2000 de commissie Kosto in om een beleidsvisie voor de tbs te ontwikkelen. In 2005 wordt ten slotte de commissie Houtman in het leven geroepen om de behoefte aan zorg in strafrechtelijk kader in kaart te brengen en de mogelijke financieringswijze hiervan te onderzoeken.

Om de resultaten van het beleid in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de informatie uit: beleidsdocumenten, kamerstukken, onderzoeks-

rapporten, werkbezoeken, de openbare en gesloten gesprekken en een expertmeeting.

3.2 IBO I Doelmatig behandelen

3.2.1 Aanleiding en aanbevelingen

Het eerste interdepartementale beleidsonderzoek (IBO) naar de forensische psychiatrie wordt uitgevoerd in 1996 en richt zich op het vergroten van de effectiviteit, doelmatigheid en transparantie van beleid.¹¹⁸ De interdepartementale werkgroep stelt een drietal aanbevelingen voor om met name de doelmatigheid van de sector te bevorderen:

- Het introduceren van incentives die de gemiddelde behandeltermijn terugbrengen en de doorstroming naar het reguliere ggz-circuit bevorderen. Het differentiëren in tarieven wordt gerelateerd aan verschillende fasen in behandeling;
- Het systematisch registreren van relevante gegevens ten behoeve van onderlinge vergelijkbaarheid van de forensische instellingen en ontwikkeling van bekostigingsnormering;
- Het onderzoeken van de mogelijkheid van privatisering van rijksinstellingen om de flexibiliteit te vergroten, de ondernemingsgeest te stimuleren en de uitgangspositie van de verschillende instellingen minder te laten verschillen.

Voor een nadere uitwerking van de aanbevelingen wordt verwezen naar het rapport van Regioplan in het bijlagenrapport.¹¹⁹

3.2.2 Ontwikkelingen en conclusies

Het toenmalige kabinet treft diverse maatregelen om de aanbevelingen uit te werken. Het stimuleren van kostenbewustzijn van behandelaars krijgt gestalte door de invoering van twee tarieven: een duurder behandel tarief en een goedkoper verblijftarief. De kostprijzen worden voortaan vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

Het voormalige Meijers Instituut heeft gegevens geregistreerd, maar normering op basis van de duur en intensiteit van de behandel fasen (ontwikkeling van bekostigingsnormering) vindt tot nu toe niet structureel plaats. Het onderling vergelijken van de forensische instellingen aan de hand van registratie van gegevens evenmin.¹²⁰

De derde aanbeveling, privatisering van de rijksinstellingen, wordt niet geëffectueerd omdat het niet strookt met de volledige verantwoordelijkheid die het kabinet wilde voor de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel.

Andere initiatieven uit deze periode zijn ten eerste de oprichting van een zogenaamd Permanent Overleg (PO) tussen de Ministeries van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ten behoeve van afstemming van forensisch psychiatrisch beleid.¹²¹ Het PO heeft een coördinerende rol in de planning van voorzieningen, treft voorbereidingen voor het korte en lange termijn beleid en geeft uitvoering aan moties en opdrachten van de Tweede Kamer. Het tweede initiatief betreft de beleidsruimte voor klinieken om een bepaald deel van hun budget aan te wenden voor de inkoop van zorg in de ggz-sector.

¹¹⁸ *Doelmatig behandelen*; IBO I, 1996, kamerstuk 24 561, nr. 1.

¹¹⁹ Regioplan, 2006.

¹²⁰ Naar aanleiding van IBO II wordt onderlinge vergelijkbaarheid opnieuw door het kabinet beoogd; zie daarvoor paragraaf 3.5.2.

¹²¹ Kamerstuk, 24 561, nr. 1.

Het is de commissie niet duidelijk geworden in hoeverre het ingestelde Permanent Overleg concreet resultaat heeft opgeleverd. De commissie concludeert dat de vrijheid van tbs-klinieken om ggz-voorzieningen in te kopen tot een toename van het aantal transmurale voorzieningen heeft geleid. Gezien de huidige problematiek nu 10 jaar later is dat echter in onvoldoende mate gebeurd.¹²²

Meer algemeen stelt de commissie dat de aanbevelingen in die periode nauwelijks zijn uitgevoerd dan wel, dat deze pas tot uitvoering zijn gebracht ná het volgende interdepartementale beleidsonderzoek, IBO II *Over Stromen*.

3.3 Wetgeving

3.3.1 Inhoudelijk

In oktober 1997 treden twee wetten in werking.¹²³ Allereerst was dat de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (BvT). De BvT heeft primair als doel de interne rechtspositie van de tbs-gestelde te verbeteren. Een belangrijke verandering in het perspectief van de (stagnerende) doorstroom betreft de beperking van het toenmalige woonverlof tot een duur van drie maanden. Na de mogelijkheid om eenmaal het woonverlof te verlengen, moet vervolgens proefverlof worden verleend.

De tweede is de *Wet Fokkens*. Deze wet regelt vooral de externe rechtspositie van de tbs-gestelde en beoogt ook bevordering van de door- en uitstroom. De Wet Fokkens introduceert onder meer de voorwaardelijke beëindiging door de rechter. De belangrijkste doelstelling is: «*terugdringing van het aantal beëindigingen van de tbs-maatregel zonder dat daar een geleidelijke overgang van herintreden in de maatschappij (resocialisatie) aan vooraf is gegaan*».¹²⁴ De duur van de voorwaardelijke beëindiging is gemaximeerd tot drie jaar.

De Wet Fokkens is tevens gericht op vermindering van de instroom van tbs met verpleging door de praktische toepasbaarheid te vergroten van de tbs met voorwaarden, of eigenlijk de voorloper daarvan tbs met aanwijzingen (tbsa). De tbsa werd weinig opgelegd -circa zestien keer per jaar in de periode tot 1993- vanwege het «*tandeloze karakter van deze maatregel (Leuw, 1993). Er bleken veel te weinig juridische en praktische mogelijkheden te zijn voor omzetting (alsnog opname in verpleging) van de maatregel als er sprake was van toenemende gevaarsdreiging of als de terbeschikkinggestelde zich onttrok aan de opgelegde voorwaarden*».¹²⁵ Zowel bij tbs met voorwaarden als bij de voorwaardelijke beëindiging wordt de reclassering een centrale rol toebedeeld: een wettelijk vastgelegde toezichthoudende, begeleidende en hulpverlening coördinerende taak.¹²⁶

Een andere belangrijke verandering krachtens de Wet Fokkens is, dat opname in een forensisch psychiatrische instelling na één derde van de gevangenisstraf mogelijk wordt, bij tbs in combinatie met een gevangenisstraf. De doelstelling is de negatieve gevolgen van detentie op de stoornis(sen) te beperken.

3.3.2 Ontwikkelingen en conclusies

De Wet Fokkens is gedeeltelijk overgenomen in het Wetboek van Strafrecht. Daarmee zijn de voorwaardelijke beëindiging en de tbs met voorwaarden thans bestaande én toegepaste modaliteiten. Het is

¹²² Regioplan, 2006.

¹²³ Leuw & Mertens, 2001.

¹²⁴ Leuw & Mertens, 2001.

¹²⁵ Leuw & Mertens, 2001.

¹²⁶ De betrokkenheid van de reclassering ligt vastgelegd in RvT.

onbekend hoeveel tbs-maatregelen in 2005 zijn *omgezet* in voorwaardelijke beëindigingen, maar uit cijfers van Reclassering Nederland blijkt dat in dat jaar 62 voorwaardelijke beëindigingen zijn *afgesloten*.¹²⁷ Hieruit kan een grotere toepassing worden afgeleid, en de wetwijziging heeft in dit opzicht het beoogde resultaat opgeleverd.

Met enige voorzichtigheid kan ook ten aanzien van de tbs met voorwaarden worden gesteld dat de Wet Fokkens heeft bereikt wat het heeft beoogd: de instroom in klinieken beperken. De reclassering heeft in 2005 85 tbs met voorwaarden afgesloten en kent eind 2005 180 lopende casus.¹²⁸

De criteria en het bereik van de maatregelen blijken echter niet altijd toereikend.¹²⁹ De tbs met voorwaarden kan alleen worden opgelegd bij een maximale gevangenisstraf van drie jaar. Bij de voorwaardelijke beëindiging is met name de termijn ervan onderwerp van discussie. In 1999 bespreekt de Tweede Kamer naar aanleiding van enkele ernstige incidenten de noodzakelijk geachte duur en intensiteit van toezicht op tbs-gestelden. Dit leidt tot de motie van de leden Kalsbeek en Nicolaï, waarin het kabinet wordt verzocht de voorwaardelijke beëindiging te verlengen tot vijftien jaar.¹³⁰ De toenmalige minister van Justitie daarover:

De heer Korthals (voormalig minister van Justitie): «Ik kan het mij heel goed herinneren. Ik was er geen voorstander van, want het was teveel van het goede. Die motie deed het voor de bühne erg goed, maar niemand realiseerde zich op dat moment welke kosten het met zich meebracht. In hun systeem was het werkelijk zo dat iedereen na de tbs gevolgd zou moeten worden. Je weet dat de recidive ongeveer 20% is, maar volgens deze motie moest niet alleen 20% gevolgd worden – je weet immers niet wie er recidiveert – maar de volledige 100%. Dat was natuurlijk een geweldig dure oplossing. Daar was ik niet zo voor, maar als ik het mij goed herinner, heb ik er toch enigszins aan toegegeven. Ik vind het namelijk op zichzelf wel nuttig dat mensen gevolgd worden, zeker als je weet dat zij tot de groep zouden kunnen behoren die recidiveert. Dat geldt met name voor zedendelinquenten. Er is een wetsvoorstel gekomen dat voorzag in een verlenging van drie naar zes jaar.»

Het wetsvoorstel verlenging van de totale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege wordt op 27 februari 2002 ingediend bij de Tweede Kamer, naar aanleiding van de motie Kalsbeek/Nicolaï van 3 november 1999.¹³¹ Het beoogt de periode van de voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging van drie tot zes jaar te verlengen. De adviesgevende instanties beoordelen het kritisch, met name de effectiviteit en de opportuniteit van het voorstel. Uit het verslag van de vaste Commissie voor Justitie over het wetsvoorstel blijkt dat de meerderheid van de Tweede Kamer hier eveneens kritisch over is.

Later stelt het kabinet dat het noodzakelijk is de experimenten inzake forensisch psychiatrisch toezicht af te wachten. Tevens is het voor de beoordeling van de effectiviteit en opportuniteit van belang kennis te nemen van het onderzoek dat door de Inspectie voor de Sanctietoepassing wordt uitgevoerd naar het toezicht door de reclassering op tbs-gestelden. Ook de resultaten van het vergelijkende onderzoek van het WODC naar stelsels van forensische psychiatrie in een vijftal landen wil het kabinet meewegen.

Het volgende kabinet neemt het voorstel meteen na aantreden in augustus 2002 echter in heroverweging.¹³² Later, in maart 2004 bericht de minister op verzoek van de Tweede Kamer dat hij zich nog beraadt en er later dat jaar op terug zal komen.¹³³ Dat is echter tot op heden niet gebeurd. In de openbare gesprekken van de commissie zegt minister **Donner** hierover:

¹²⁷ Reclassering Nederland, 2006.

¹²⁸ Het betreft weliswaar niet het aantal opleggingen tbs met voorwaarden per jaar ten opzichte van aantal opleggingen tbs met verpleging, maar het geeft een goede indicatie van de toepassing van de maatregel in de praktijk.

¹²⁹ Zie voor functioneren en inhoudelijke behandeling van de maatregelen hoofdstuk 2.

¹³⁰ Kamerstuk, 26 800 VI, nr. 16.

¹³¹ Kamerstuk, 28 238, nrs. 1–3.

¹³² De minister-president; 02M437766 30 augustus 2002).

¹³³ Kamerstuk, 28 238, nr.5.

De commissie: «In de jaren negentig is de motie-Kalsbeek/Nicolaï ingediend, die ertoe strekte de periodes te verlengen. Dat is door de heer Korthals omgezet in een wetsvoorstel. Bij uw aantreden hebt u dat wetsvoorstel stopgezet.

De heer Donner: Nee, de Kamer heeft het afgewezen.

De commissie: Er is een brief gekomen van de minister-president.

De heer Donner: Omdat het zinloos was om door te gaan met een wetsvoorstel waar de meerderheid van de Kamer tegen was. Het idee was om de periode aan het eind van de voorwaardelijke beëindiging van de tbs, die nu op drie jaar staat, op zes jaar te stellen. Maar als uw conclusie is dat het moet worden ingevoerd, zullen wij onmiddellijk kijken of dat kan.»

De commissie: «Wij zijn nog niet aan conclusies toe. U zou op een gegeven moment uitsluitel geven hoe hiermee verder moet worden gegaan. Dat is nog niet gebeurd. Daarom grijp ik dit moment aan om daarover te spreken. Het was een concreet voorstel van de Kamer. De motie daarover is aangenomen. Het idee was om een langere periode van toezicht in te stellen en om daarvoor een justitiële titel te creëren. De heer Korthals heeft uitgelegd dat hij die periode te lang vond. Hij vertelde dat hij heeft voorgesteld om, mede uit financiële overwegingen, de periode korter te maken. Het is nog steeds een actuele discussie. Van verschillende kanten hebben wij vernomen dat het een goede manier is om beter toezicht te houden, beter grip te houden.

De heer Donner: Dat klopt, maar het is uitgemond in een wetsvoorstel dat niet door de Kamer aanvaard is. Dat was het voorstel om de periode van drie jaar van de voorwaardelijke beëindiging op zes jaar te stellen. Dat vond de Kamer te lang.

De commissie: Nee, de Kamer heeft oorspronkelijk voorgesteld om de periode op vijftien jaar te stellen.

De heer Donner: Ja, in de motie. Toen kwam er een wetsvoorstel waarin het op zes jaar werd gesteld en dat is door de Kamer niet aanvaard.»

De commissie constateert dat gezien de capaciteitstekorten en de beperkte capaciteitsuitbreiding, de Wet Fokkens nog steeds een dode letter is c.q. in de nabije toekomst zal blijven, zoals het WODC dat in 2001 al vaststelde.¹³⁴

De commissie kan in tegenstelling tot de minister van Justitie uit de correspondentie tussen Kamer en kabinet niet de conclusie trekken dat het wetsvoorstel ten principale op onvoldoende steun van de Tweede Kamer kon en kan rekenen. De brief van de minister van Justitie uit april 2004 doet ook vermoeden dat het traject is vertraagd op initiatief van het kabinet met nadere studies als motivatie.

3.4 Longstay beleid

3.4.1 Geschiedenis en longstay beleidskader 2005

Het longstay beleid kent twee beleidskaders. Het eerste beleidskader stamt uit 1998 en het tweede uit 2005. De tbs-maatregel is gericht op terugkeer naar de maatschappij, maar voor sommige patiënten is dat gezien hun blijvende delictgevaarlijkheid niet haalbaar. Zij zullen, misschien zelfs levenslang, terbeschikking gesteld blijven. Chronische (forensische) patiënten zijn er altijd al geweest, zowel in de reguliere en forensische ggz als in tbs-klinieken. Zo verblijft de langstzittende tbs'er sinds 1960 in tbs-klinieken en heeft Rijksinrichting Veldzicht zelfs een eigen begraafplaats.

In mei 1998 biedt de minister van Justitie het rapport *Zorg voor vóórt-durend delictgevaarlijke tbs-gestelden* aan de Kamer aan.¹³⁵ Het rapport is opgesteld naar aanleiding van de motie Bremmer/Rehwinkel, waarin de regering wordt verzocht voorstellen te doen voor een specifiek tbs-regime dat is toegesneden op de chronische tbs-gestelden, waar ondanks langdurige behandel pogingen geen verbetering in de zin van vermin-

¹³⁴ Leuw & Mertens, 2001.

¹³⁵ Kamerstuk, 24 587, nr. 28.

dering van delictgevaarlijkheid zichtbaar is. Het aantal blijvend delictgevaarlijke tbs'ers neemt zienderogen toe en heeft een negatief effect op de onder druk staande tbs-sector.

Een eerste zogeheten longstay-afdeling wordt in 1999 ontwikkeld en in gebruik genomen in de Rijksinrichting Veldzicht. Het doel is bescherming van de maatschappij tegen blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden waar volgens de laatste stand van de wetenschap geen behandelperspectief aanwezig is. De periode waarop kan worden beoordeeld of tbs-gestelden blijvend delictgevaarlijk zijn, wordt in het beleidskader vastgesteld op zes jaar, bestaande uit twee behandelperiodes van drie jaar in twee verschillende klinieken. Hiermee kan worden uitgesloten dat stagnatie in het behandelverloop is toe te schrijven aan buiten de patiënt gelegen factoren, zoals de behandelwijze van de kliniek. Plaatsing op de longstay-afdeling is gericht op verblijf, maar betekent niet dat de weg terug naar de maatschappij definitief wordt afgesloten. De rechtspositie van de patiënt blijft dezelfde en voortzetting van het verblijf wordt rechterlijk getoetst.

In opdracht van de minister van Justitie verricht het Wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum (WODC) in 2004 onderzoek naar het aantal blijvend delictgevaarlijke patiënten dat op dat moment in de (forensische) psychiatrie verblijft. Hiertoe wordt allereerst het begrip blijvend delictgevaarlijk gedefinieerd en vastgesteld door experts.¹³⁶ Behandelaren hebben aan de hand van deze definitie een inschatting gemaakt van het aantal blijvend delictgevaarlijke patiënten én de zorg- en beveiligingsbehoefte op de lange termijn van deze groep patiënten. In het WODC-rapport *Blijvend delictgevaarlijk* zijn op deze wijze uiteindelijk 200 «long stay» en 450 «long care» patiënten onderscheiden. Long care patiënten zijn eveneens blijvend delictgevaarlijke patiënten, alleen heeft deze groep minder beveiliging nodig dan de longstay patiënten.

In augustus 2005 stuurt de minister een nieuw, aangescherpt longstay-beleidskader naar de Tweede Kamer, gebaseerd op dit WODC-rapport.¹³⁷ De hoofdpunten hieruit zijn¹³⁸:

- uitbreiding op termijn van de longstay-capaciteit naar 200 plaatsen in samenwerking met het gevangeniswezen;
- loslaten van het principe van twee behandelperiodes van drie jaar in twee klinieken. Dit criterium wordt vervangen door een criterium waarin de behandelbaarheid centraal staat en daarmee de mogelijkheden om het recidivegevaar tot een aanvaardbaar niveau terug te dringen. Plaatsing is pas mogelijk als alle behandelingsmogelijkheden volgens de laatste (wetenschappelijke) inzichten zijn uitgeprobeerd en er geen plaatsing in de ggz mogelijk is vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau;
- beperking van de verlofmodaliteiten; alleen begeleid verlof op grond van humanitaire gronden is toegestaan;
- vormgeving van de plaatsingsprocedure, waarbij het onafhankelijke Landelijk adviescommissie plaatsing (LAP) adviseert op basis van uitvoerig dossieronderzoek met inbegrip van een recente multidisciplinaire rapportage over betrokkene.

In dit nieuwe beleidskader wordt een differentiatie aangebracht in de longstay-populatie en de benodigde voorzieningen. Ongeveer 20 tot 25% van de totale populatie van 200 patiënten heeft een intensieve beveiligings- én zorgbehoefte. Hiervoor geldt een longstay-intensief tarief. De rest van de populatie kent een (relatief) lagere beveiligings- en zorgbehoefte, en valt daarmee onder het longstay-basis tarief.

¹³⁶ De Kogel, Verwers & Den Hartog, 2005. Nota bene voor een verantwoording van de onderzoeksmethoden en definitie van het begrip blijvend delictgevaarlijk wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

¹³⁷ Kamerstuk, 29 452, nr. 35.

¹³⁸ Een aantal punten is reeds behandeld in Hoofdstuk 2; enige overlap is dan ook onvermijdelijk.

De Tweede Kamer heeft de minister van Justitie gevraagd de uitvoering van het beleidskader aan te houden tot na het debat over dit rapport.

Het WODC heeft 200 longstay-plaatsen vastgesteld op basis van de tbs-populatie van januari 2004. In deze capaciteitsuitbreiding is inmiddels voorzien.¹³⁹ De komende jaren zal volgens de commissie blijken welk deel van de nieuwe tbs-gestelden uiteindelijk ook langdurig zorg- en beveiligingsafhankelijk is. Met andere woorden: welk deel de tbs-klinieken niet kan verlaten. In het nieuwe beleidskader wordt dit weliswaar onderkend, maar alleen gesteld dat hierop «*tijdig*» zal worden ingespeeld. Het nieuwe beleidskader is met name gericht op onbehandelbaar gebleken patiënten die een hoge mate van beveiliging nodig hebben. De groep long care patiënten zoals die door het WODC is vastgesteld, wordt verder niet genoemd. Deze groep verblijft voor het merendeel wél in de forensisch psychiatrische instellingen.¹⁴⁰

3.4.2 Conclusie van de commissie

De commissie vindt dat tbs-patiënten niet onnodig dure behandelplekken in moeten nemen, wanneer verdere behandeling geen perspectief biedt op resocialisatie. De «*longstay*» mag tegelijkertijd niet tot een ongemotiveerde en verkapte vorm van levenslang verworden. De commissie is van mening dat, gezien de diversiteit van de huidige longstay-populatie, op voorzieningen niveau meer onderscheid dient te worden aangebracht tussen zorgen veiligheidsbehoefte.¹⁴¹

3.5 IBO II Over Stromen

3.5.1 Aanleiding en aanbevelingen

Het tweede interdepartementale beleidsonderzoek volgt opmerkelijk snel na IBO I: 1998. Hoewel door de ministers van Justitie en VWS een evaluatie van de IBO I-maatregelen na vier jaar is toegezegd, start IBO II op het moment dat het kabinetsstandpunt over IBO I naar de Tweede Kamer werd verzonden. Dat blijkt achteraf een niet geheel bewust keuze.

De heer De Lange (voormalig ambtenaar Ministerie van Justitie): «*Het is gewoon een misverstand geweest. Het stond de beleidsmedewerker die mevrouw Sorgdrager, de toenmalige minister van Justitie, adviseerde toen er beslist moest worden over een nieuwe IBO-ronde, niet helemaal helder voor de geest dat er in diezelfde maand een kabinetsstandpunt over het rapport IBO 1 de deur uit was gegaan. Om bepaalde redenen wilde de minister bepaalde onderwerpen liever niet bij het onderzoek betrekken en zij stond uitermate kritisch tegenover het tbs-stelsel. Zij besloot om dat nog maar eens bij de kop te nemen, zodat volkomen onverwachts IBO II van start ging.*» (bron: gesloten gesprekken)

De interdepartementale werkgroep onderzoekt of de intramurale behandelduur kan worden verkort zonder toename van het recidivegevaar. De gemiddelde behandelduur is toegenomen van 4,8 jaar in 1981 tot 7,5 jaar in 1994. De werkgroep concludeert dat de intramurale duur niet zonder extra risico kan worden verkort, en komt met twee belangrijke voorstellen:

- Rationaliseren van de sector;
- Vergroten van de doelmatigheid.

Op basis hiervan ontwikkelt het kabinet een plan van aanpak (*Tbs terecht*). Het betreft een omvangrijk project waarin prominente betrokken partijen

¹³⁹ Kamerstuk, 29 452, nr. 35.

¹⁴⁰ Regioplan, 2006.

¹⁴¹ Zie verder paragraaf 3.5.2.

en deskundigen een rol in spelen. Het bestaat uit de volgende zes deelprojecten¹⁴²:

1. Invoering van een andere financieringssysteem

Het normeren van de intramurale behandelduur op grond van de gemiddelde behandelduur van alle patiënten, zoals vastgelegd naar aanleiding van IBO I. De financieringsstructuur laten aansluiten bij het bekostigingsmodel op basis van de COTG-normen.¹⁴³

2. Wijziging van de plaatsingssysteem

Het selectief toewijzen van patiënten aan klinieken vervangen door een vereenvoudigde plaatsingssysteem. Het tot stand brengen van vergelijkbare populaties in de klinieken, waarna de gemiddelde behandelduur kan worden genormeerd en vergelijking tussen klinieken mogelijk wordt. Het opheffen en ombouwen van het Meijers Instituut, verantwoordelijk voor de selectie, tot een reguliere tbs-kliniek.

3. Verbetering kwaliteit

Het opzetten van een integraal kwaliteitssysteem waardoor onder andere de transparantie van het behandelproces toeneemt. Het verder ontwikkelen van risk- en needassessment-instrumenten. Het oprichten van een expertisecentrum met een omvangrijk takenpakket om de wetenschappelijke fundering van de behandeling te verbeteren. En het centraal verzamelen van gegevens met betrekking tot de diagnostiek en behandeling.

4. Bevordering doelmatigheid van de toegang tot de tbs

Het transparanter maken van de processen voorafgaande aan de tbs (besluitvorming bij politie, openbaar ministerie, Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) en de rechter-commissaris). Het invoeren van maatregelen om de kwaliteit en doelmatigheid van de Pro Justitia rapportage te verbeteren.

5. Bevordering van door- en uitstroom door middel van diverse maatregelen

Het verrichten van onderzoek naar te hanteren financiële prikkels om de door- en uitstroom te bevorderen. De intramurale behandeling moet van het begin af aan zijn gericht op een zo spoedig mogelijke uitstroom. Ketengerichte benadering, onder meer door de in ontwikkeling zijnde forensische zorgcircuits. Samenwerking met de ggz-instellingen moet resulteren in voldoende vervolgvoorzieningen voor resocialiserende tbs-gestelden. Onderzoeken of de ggz is toegerust voor deze taak. Bij de evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) aandacht besteden aan de wettelijke beperkingen om gedrag van (ex-)tbs'ers in psychiatrisch ziekenhuizen te kunnen reguleren.

6. Preklinische interventie

Organiseren en financieren van de preklinische interventie.¹⁴⁴

3.5.2 Resultaten en conclusies

Financieringssysteem

Het opgerichte Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) constateert in 2005, dat prikkels zijn geïntroduceerd die een doelmatige behandeling stimuleren. Ook het kostenbewustzijn van de klinieken is vergroot.¹⁴⁵ Dit is naar aanleiding van IBO I gerealiseerd.

¹⁴² Kamerstuk, 26 562, nr. 1.

¹⁴³ De huidige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) normen.

¹⁴⁴ Zie voor een inhoudelijke beschrijving van de preklinische interventie hoofdstuk 2.

¹⁴⁵ Meyer & Hildebrand, 2005.

Mevrouw **De Boer** (stafdirecteur Dr. H. van der Hoeven Kliniek): «Het was ook iets om de klinieken een prikkel te geven; ik heb het nu over IBO II. Het ging erom dat je de klinieken met een financiële prikkel helpt om de behandeling niet eindeloos te laten duren, waarbij zij zich ervan bewust worden dat hoe langer het duurt, hoe meer geld het kost.» (bron: besloten gesprekken)

Het stimuleren van de doorstroom op basis van financiële prikkels kan wellicht ook doorstroom naar de longstay betekenen. De klinieken zelf zien dat als de belangrijkste oorzaak voor de toename van het longstayers: «De klinieken kijken kritischer naar het resultaat van de behandeling. Wanneer er na zes jaar geen vooruitgang wordt geboekt, zijn de klinieken sneller geneigd te adviseren de patiënt in een longstay te plaatsen. Klinieken krijgen dan immers minder geld voor de behandeling van een patiënt.»¹⁴⁶

De commissie erkent dat de invoering van een speciaal verblijfstarief na zes jaar behandeling kan hebben bijgedragen aan het feit dat plaatsing in de longstay sneller dan voorheen werd aangevraagd. Tegelijkertijd wijst de commissie er op dat ook de tbs-populatie zelf is veranderd en het begrip behandelbaarheid een steeds sterkere rol ging spelen. Achteraf is niet vast te stellen hoe deze twee ontwikkelingen elkaar precies hebben beïnvloed. De commissie steunt het uitgangspunt dat behandelingskosten tegen behandelingsresultaten worden afgezet. De commissie wijst er op dat adequate waarborgen bij de indicatie voor longstay moeten voorkomen dat patiënten onnodig worden aangemeld voor de longstay.

Plaatsingssystematiek

Het selecte plaatsingssysteem is in 1999 vervangen door een vereenvoudigd plaatsingssysteem.¹⁴⁷ Hierdoor hebben de tbs-klinieken tegenwoordig beter vergelijkbare populaties. Het doel om de naar binnengekeerde klinieken meer met elkaar te laten samenwerken lijkt te zijn bereikt. Het Meijers Instituut, dat verantwoordelijk was voor de selecte toewijzing (en daarnaast de functie van crisisopvang had) is opgeheven.

Mevrouw **Verwaaijen** (directeur zorg en behandeling Rooyse Wissel): «In sommige opzichten is de aselechte toewijzing een vooruitgang. Het doel om de naar binnengekeerde klinieken meer met elkaar te kunnen laten samenwerken, meer van elkaar te laten leren en onderling vergelijkbaar te maken, vind ik wel bereikt. Ik meen echter wel dat wij aan de grens zijn van wat de klinieken allemaal hetzelfde moeten doen. Het is evident dat de Van der Hoeven kliniek met zijn therapeutische gemeenschap bepaalde patiënten goed kan hebben en ik denk ook dat dit kracht heeft. Dan is het een beetje dom om daar patiënten heen te sturen die daarvan niet zouden profiteren. Het mag wat mij betreft iets genuanceerder. Het oude Meijers Instituut werd destijds ook al gebruikt als een deskundig instituut om tussentijds patiënten op te nemen als behandelingen vastliepen of als er hele ernstige incidenten waren en om een nieuw behandeladvies te geven. Dat mis ik nu.» (bron: besloten gesprekken)

De mogelijkheid de resultaten van de klinieken met elkaar te vergelijken is een belangrijke doelstelling van de vereenvoudigde plaatsingssystematiek. In 2004 heeft GGz-Nederland in samenwerking met TNO een zogeheten *benchmark* gemaakt.¹⁴⁸ Daarbij is het tot dusver gebleven. Sommige instellingen hebben wel elementen uit de benchmark overgenomen in hun managementcyclus, maar GGz-Nederland stelt dat de aandacht voor de benchmark is verdwenen en stopt geen verder energie meer in dit project.

¹⁴⁶ Regioplan, 2006.

¹⁴⁷ Zie ook hoofdstuk 2.

¹⁴⁸ M. Groen, 2004.

De commissie onderschrijft dat de aanpassing van de plaatsingssystematiek veranderingen tot gevolg heeft gehad. De tbs-klinieken zijn opener, meer naar buiten gericht en meer bereid gegevens met elkaar te delen. Tegelijkertijd concludeert de commissie dat dit proces nog niet ten einde is. Bovendien is door de aselechte toewijzing specialisatie met betrekking tot behandeling van pathologieën naar de achtergrond is verdwenen. De vraag is welke doelstelling anno 2006 het zwaarste weegt: vergelijkbaarheid of specialisatie?

Kwaliteitsverbetering

De doelstelling kwaliteitsverbetering omvat onder meer oprichting van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, invoering van kwaliteitssystemen en het centraal verzamelen van gegevens.¹⁴⁹

EFP

Het EFP is in 2003 opgericht en wordt gefinancierd door Justitie, VWS en de klinieken. Desondanks functioneert het niet optimaal volgens de directeur van het EFP, mevrouw **Meyer**.

«Op dit moment proberen wij te voldoen aan onze missie. Enerzijds doen wij multicenter-onderzoek, zodat het over klinieken heen gaat en wij meer vergaande conclusies kunnen trekken. Anderzijds zijn wij bezig met randvoorwaarden. [...] Het zou mij sowieso aan het hart gaan als EFP in 2007 zou verdwijnen. Als ik heel zakelijk kijk, dan zou ik zeggen dat het niet zinvol is om op dezelfde voet door te gaan. Wij zijn te klein voor onze opdracht. Wij doen wat wij kunnen. Als u serieus meent dat wij moeten doorgaan, dan moet het een grotere omvang hebben en moet het meer ingebed zijn in andere structuren. Dan moet een aantal zaken worden vastgelegd, bijvoorbeeld de bevoegdheid om een aantal dingen te doen of om over een aantal zaken uitspraken te doen. Dan denk ik ook aan structureel fundamenteel onderzoek. Dat is heel hard nodig. Daar moet je niet voor acquireren met anderhalf persoon.» (bron: gesloten gesprekken)

Het Ministerie van VWS is van plan in 2007 de financiële bijdrage aan het EFP stop te zetten.¹⁵⁰ De klinieken werken om moverende redenen niet allen op dezelfde voet samen bij het onderzoek dat het EFP instigeert. Ook stellen ze niet allemaal noodzakelijke informatie over tbs-patiënten beschikbaar, getuige de volgende dialoog met de heer **Chakhssi** (wetenschappelijk onderzoeker De Rooyse Wissel):

De commissie: «Ik neem aan dat dit uw persoonlijke ambitie is, want dat proef je tussen de regels door. Er zijn wel een aantal voorwaarden aan verbonden, onder andere het meer met elkaar delen van informatie. Als ik goed naar uw advies luister dat het meer gebundeld zou moeten zijn bij het EFP, dan is de achtergrond dat er te weinig informatie met elkaar wordt gedeeld. U zegt ook: mijn collega-onderzoekers en ik willen dat wel degelijk, maar op andere niveaus, andere bestuurslagen wordt dat niet altijd gehonoreerd of misschien wel tegengehouden.

De heer Chakhssi : Ja.

De commissie: Gehonoreerd of tegengehouden?

De heer Chakhssi: Allebei, afhankelijk van de instelling.» (bron: gesloten gesprekken)

De commissie ziet de oprichting van het EFP als een goede stap in het proces van kwaliteitsverbetering, maar betwijfelt of de huidige positionering en taakstelling van het EFP in de toekomst voldoende waarborgen biedt. Succes is naar de mening van de commissie niet alleen afhankelijk van financiële middelen, maar evenzeer van de beschikbaarheid van informatie en de bereidheid binnen de tbs-sector kennis te delen.

¹⁴⁹ Zie ook Hoofdstuk 2.

¹⁵⁰ In de openbare hoorzitting geeft de minister van VWS aan dat forensisch psychiatrisch onderzoek een belangrijke plaats krijgt in het wetenschappelijk onderzoek dat via ZonMw wordt gefinancierd.

Wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek in de tbs vindt op verschillende plekken plaats. Er zijn verschillende universiteiten die zich bezig houden met wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de forensische psychiatrie. In de reguliere psychiatrie vindt relevant onderzoek plaats dat ook consequenties heeft voor de forensische psychiatrie. Ten slotte hebben de klinieken ook zelf onderzoekers in dienst. Hun onderzoek is veelal praktijkgericht en ondersteunt de behandeling in de kliniek.

In hoofdstuk 2 blijkt dat de kwaliteit van behandelmethoden vanuit de wetenschappelijke sector aan kritiek onderhevig is. De voorwaarden om door middel van wetenschappelijke inzichten de kwaliteit te verbeteren zijn nog onvoldoende gecreëerd. Een concreet uitvoeringsplan ontbreekt volgens het EFP nog altijd om te waarborgen dat *«de noodzakelijke wetenschappelijke inzichten [...] zo spoedig mogelijk worden verworven. De nu nog decentrale programmering en sturing van de activiteiten op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek van de afzonderlijke klinieken dient meer gecoördineerd in onderzoeksprogramma's tot stand te komen»*.¹⁵¹

Het EFP heeft echter geen pressiemiddelen om instellingen tot medewerking te bewegen. Het is nu nog te vrijblijvend georganiseerd.

De commissie vindt het van het grootste belang dat wetenschappelijk onderzoek wordt voortgezet en geïntensiveerd. Daarbij hoort een onderzoeksprogramma dat op wetenschappelijke merites wordt beoordeeld en van voldoende middelen is voorzien. Van belang is dat ook de kennisdeling wordt georganiseerd. Daarvoor zijn opleidingen nodig. Op dit moment bestaan er nog geen initiële opleidingen in de forensische psychiatrie.

Kwaliteitssysteem

Het door het Ministerie van Justitie op te zetten integraal kwaliteitssysteem lijkt niet landelijk te zijn ingevoerd:

Mevrouw De Boer: «Volgens mij wordt ervan gezegd dat klinieken een kwaliteitssysteem moeten gaan invoeren en doen sommigen dat ook wel. Maar of er echt op gestuurd wordt? Dat geloof ik eerlijk gezegd niet. Ik geloof dat er bijvoorbeeld nog steeds niet gezegd wordt: als je geen kwaliteitssysteem hebt, krijg je geen geld meer. [...] Nu, ik kan mij het niet eens meer herinneren ... Wij hebben misschien wel gezegd dat er een kwaliteitssysteem moet komen, maar dat het nog iets is wat ontwikkeld moet worden. [...]»

De commissie: «Het beeld is dat het maar ten dele is ingevoerd. Het is heel erg aan de klinieken overgelaten of zij daar wel of niet wat mee doen?»

Mevrouw De Boer: «Ja, dat denk ik.» (bron: gesloten gesprekken)

Er kan niet worden gezegd, dat de klinieken géén kwaliteitssysteem hebben. Uit de werkbezoeken van de commissie is duidelijk geworden dat tenminste twee tbs-klinieken HKZ-gecertificeerd zijn. Maar het ministerie heeft geen integraal kwaliteitssysteem ontwikkeld en landelijk ingevoerd.

De commissie betreurt dat een landelijk integraal kwaliteitssysteem destijds niet is ingevoerd.

Verzamelen gegevens

Het laatste punt dat verbetering van de kwaliteit moet bevorderen betreft het centraal verzamelen van gegevens. Deze worden in eerste instantie door het Meijers Instituut, later door Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) verzameld. De vraag is wat daarmee is gebeurd:

¹⁵¹ EFP, 2005.

De heer Groen (directeur behandelbeleid GGz Drenthe): «[...] Op uw eigen WODC zit er een voortreffelijke onderzoeker, Eddy Brand, die alle data van het Meijers Instituut heeft, en hij vindt geen weg. Het valideren van HKT30 is met dat instrumentarium binnen één uur mogelijk, zou ik bijna zeggen, maar het gebeurt niet.» (bron: besloten gesprekken)

Het ontwikkelen en zeker de ingebruikname van risicotaxatie-instrumenten heeft lang op zich laten wachten. Het afnemen van risicotaxatie is pas sinds juni 2004 verplicht gesteld naar aanleiding van ernstige incidenten.¹⁵² Het EFP merkt op, dat sinds het verdwijnen van het Meijers Instituut het ontbreekt in de sector aan «*kliniekbrede cijfers. Op eenvoudige vragen, zoals het aantal patiënten in de sector met een bepaalde diagnose, moet men het antwoord schuldig blijven*».¹⁵³

De commissie stelt, dat de moeizame wijze waarop kwaliteitssystemen worden ontwikkeld en data worden bewaard en gebruikt, illustreren dat de tbs-sector nog midden in een professionaliseringsproces zit.

Toegang tot de tbs en preklinische interventie

Ten behoeve van de officieren van justitie en rechter-commissarissen is het Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogens (BooG) instrument ontwikkeld. Dit hulpmiddel moet hen ondersteunen bij de beslissing of een verdachte moet worden onderzocht door FPD/PBC. Momenteel wordt het landelijk ingevoerd.

De preklinische interventie is eveneens geïmplementeerd. Zie hiervoor ook hoofdstuk 2.

Bevordering van uitstroom

Volgens het EFP hebben de genomen maatregelen gericht op uitstroom naar vervolgvoorzieningen niet tot het gewenste resultaat geleid. De geringe doorstroom naar vervolgvoorzieningen is volgens het EFP een «*gevolg van de nog onvoldoende intensieve samenwerking tussen de tbs-klinieken en vervolgvoorzieningen. [...] Ook is er bij het behandelbeleid van klinieken nog onvoldoende systematische aandacht voor de mogelijkheden om patiënten op een lager intensiteitsniveau (transmuraal) verder te behandelen*».¹⁵⁴

Maatregelen genomen met een bepaald doel, moeten niet alleen worden uitgevoerd maar ook resultaat hebben. Voormalig minister Korthals stelt tijdens de openbare gesprekken dat uitvoering van de maatregelen een langdurig proces kan zijn:

De heer Korthals: «Ja, maar dan moet je op een gegeven moment ook de aanbevelingen nagaan. Veel van die aanbevelingen zijn uitgevoerd. Ik weet niet of alle maatregelen even effectief zijn geworden, maar er is een expertisecentrum gekomen; er zijn preklinische mogelijkheden gekomen en er zijn instrumenten gekomen om te zorgen dat Pro Justitia overgaat tot betere rapportages. Zo zijn allerlei zaken er wel degelijk gekomen. Het gevaar lijkt mij dat wij ons geheel gaan richten op het feit dat de doorstroming en de uitstroom niet gebracht hebben wat wij verwachtten. Overigens staat volgens mij in dezelfde brief dat wij verwachtten dat het echt pas tot stand zou komen in 2006. Het kostte natuurlijk ook nog veel tijd.»

Houtman beziet in 2005 de aansturing van de tbs-sector. Zijn commissie moet immers voortbouwen op wat er gebeurt. Tijdens de besloten gesprekken zegt hij daarover:

¹⁵² Zie verder hoofdstuk 4.

¹⁵³ Meyer & Hildebrand, 2005.

¹⁵⁴ Meyer & Hildebrand, 2005.

De heer **Houtman** (plaatsvervangend directeur afdeling sector I van het ministerie van Financiën): «[...] dan was mijn beeld van de eerste bijeenkomst dat er betrekkelijk weinig gebeurd was met alle aanbevelingen. [...]»

De minister van Justitie denkt daar getuige zijn opmerkingen bij de openbare gesprekken anders over:

De heer **Donner**: «[...] Al die elementen die betrekking hadden op de vraag hoe de kwaliteit moest worden ontwikkeld, zijn, als ik dat zo bekijk, in de praktijk gewoon gerealiseerd. Het is uiteraard mogelijk dat dit niet precies op de wijze is gebeurd zoals men een en ander indertijd heeft geconcipieerd, maar het voordeel is dat men al doende leert. [...]»

De commissie concludeert op basis van de gesprekken en het rapport van Regioplan dat niet alle aanbevelingen zijn uitgevoerd. Zij concludeert tevens dat zij niet heeft kunnen achterhalen of de stuurgroep zijn werk heeft gedaan.

3.6 Veilig en Wel Commissie Kosto

3.6.1 Aanleiding

Het kabinet wil in 2000 het beleid naar aanleiding van de beide IBO's plaatsen in de bredere context van een visie op het tbs-beleid. In het veld zijn veel veranderingen in gang gezet en het kabinet wil een visie ontwikkelen om te bepalen of de veranderingen moeten worden afgeremd dan wel gestimuleerd. Van belang, met het oog op de stagnerende uitstroom, is de vraag waar de tbs-sector moet worden gepositioneerd in het forensisch psychiatrisch veld. De commissie Kosto moet verder de voorwaarden in kaart brengen waaronder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie kan worden gewaarborgd. Duidelijk dient te worden hoe en waarop klinieken moeten worden gestuurd en de rol van de DJI daarbij.

De commissie onder voorzitterschap van voormalig staatssecretaris van Justitie, Kosto beschrijft in haar rapport *Veilig en Wel* twee toekomst-scenario's voor de tbs-sector.¹⁵⁵ In de eerste optie wordt het vigerende beleid voortgezet. De klinieken behouden hun aparte status binnen de regionale circuits. Wel wordt de samenwerking met de ggz verder uitgebouwd. Een nadeel van de geïsoleerde positie van de tbs-klinieken ten opzichte van de forensische psychiatrie is de verwachting dat de uitstroom niet optimaal tot stand zal komen. In de tweede optie integreren de tbs-klinieken daarom in de ggz. De ggz krijgt de verantwoordelijkheid voor alle forensisch psychiatrische voorzieningen in het regionale circuit. Ten aanzien van de uitstroom worden positieve effecten verwacht door het samenbrengen van de regie en coördinatie in één hand. Behandelaars van beide sectoren leren daarnaast elkaar en elkaars patiënten beter kennen, en kennis over behandelmethoden wordt beter verspreid.

De commissie Kosto spreekt uiteindelijk op basis van de scenario's haar voorkeur uit voor integratie van de tbs-sector in de ggz. Het kabinet stelt daarentegen, op basis van adviezen uit de strafrechtspleging, dat het verschil in oriëntatie tussen de beide sectoren – beveiligen versus behandelen (nog) te groot is om integratie te realiseren. Het kabinet kiest daarom voor een «*niet-vrijblijvende samenwerking*» tussen beide sectoren.

¹⁵⁵ Commissie Beleidsvisie Tbs, 2001.

Uitwerking

Deze niet-vrijblijvende samenwerking moet gestalte krijgen door de hierna volgende beleidsvoornemens¹⁵⁶:

Monitoren

Monitoren teneinde periodiek te evalueren of een volgende stap richting vergaande samenwerking verantwoord is. Gegevens die van belang zijn, betreffen de door- en uitstroom uit de tbs-inrichtingen naar de ggz en vice versa (moeilijk beheersbare patiënten in de ggz naar de tbs-instellingen).

Forensisch psychiatrische circuitvorming

Stimuleren van circuitvorming op hofressortniveau, waardoor circuits vanaf 2006 goed moeten functioneren door middel van de volgende acties:

- bevorderen dat verantwoordelijkheidsgebieden ontstaan, waarin forensische psychiatrische voorzieningen, inclusief de tbs-sector, zijn opgenomen;
- waarborgen van de continuïteit in de beveiliging: intensieve begeleiding en toezicht reclassering;
- ontwikkelen van zorgprogramma's (het stimuleren van programma-ontwikkeling; specifiek aandacht voor verslaving, allochtonen en onbehandelbaren). In 2010 moesten de zorgprogramma's voor alle forensische psychiatrische patiënten voorhanden zijn;
- instellen van indicatiecommissies op hofressortniveau; alle uitstroom van tbs naar ggz via deze commissie. In 2004 zou een evaluatie volgen, waarin moest worden bekeken of ook de instroom via de commissie moest lopen.

Ministeriële verantwoordelijkheid

Preciseren van de verantwoordelijkheden van de Ministeries van Justitie en van VWS om in het toenaderingsproces hun beider verantwoordelijkheid te kunnen (blijven) waarmaken. «*De minister van Justitie is integraal verantwoordelijk voor een tijdige, effectieve, rechtmatige en doelmatige tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke tbs-maatregel. [...] De minister van VWS is verantwoordelijk voor de volksgezondheid, en draagt in dat kader ook verantwoordelijkheid voor wet- en regelgeving die van toepassing is op de tbs-inrichtingen, en het toezicht daarop.*»¹⁵⁷

Verbetering sturing en toezicht bij de tbs

Sturings- en toezichtrelaties, om voornoemde verantwoordelijkheid van de minister van Justitie (meer) tot uitdrukking te brengen, moeten worden geoptimaliseerd. Uitgangspunten die daarbij worden gehanteerd zijn: het behouden van tbs-klinieken als een juridisch, organisatorisch en financieel afzonderlijke eenheid als een bestuurlijke samenwerking met de ggz wordt aangegaan; vaststellen van prestatie-indicatoren voor *output-sturing*; invoeren van adequaat toezicht en systematische kwaliteitszorg als voorwaarde voor outputsturing; en verrichten van onderzoek naar de invloed op de sturingsrelatie door de verschillen in status tussen particuliere en rijksklinieken.

Overige

Onderwerpen die het toenmalige kabinet nader wil onderzoeken naar aanleiding van de commissie Kosto: aard en omvang van onbehandelbare patiënten om speciale voorzieningen te kunnen bepalen, vormgeving van een verlofadviescommissie en aanpassing van de rechtspositieregelingen

¹⁵⁶ Kamerstuk, 24 587, nr. 75.

¹⁵⁷ Kamerstuk, 24 587, nr. 75.

die belemmeringen in het tweerichtingsverkeer tussen tbs-inrichtingen en ggz kunnen wegnemen.

3.6.2 Ontwikkelingen en conclusies van de commissie

Algemeen

Wanneer het beleid op hoofdlijnen wordt beschouwd, blijken de contacten en samenwerkingsverbanden tussen de tbs en de ggz in de jaren tot 2001 te zijn vergroot. Dit heeft echter niet tot de gewenste doorstroming geleid.¹⁵⁸ Dat wordt erkend door de sectordirecteur tbs bij DJI tijdens de besloten gesprekken:

De commissie: «Die aanbeveling dateert uit 2001. Hebt u het idee dat de doorstroom en de samenwerking in die periode echt zijn verbeterd?»

De heer Martini (sectordirecteur tbs bij DJI): Nee. In het rapport van de werkgroep-Houtman wordt de doorgang door het tbs-stelsel en de overgang naar de ggz als een van de grote problemen beschouwd.

De commissie: Waar wijt u dat aan? De verschillende commissies blijven hameren op dat punt. Klaarblijkelijk is er ergens een barrière om tot een effectieve uitvoering te komen.

De heer Martini: Ik ben dat met u eens. Door de jaren heen is naar verschillende oplossingen gekeken. De IBO's zetten in op circuitvorming en Kosto zette in op bestuurlijke samenwerking. Die circuitvorming is van de grond gekomen en de samenwerking tussen ggz- en tbs-instellingen heeft vorm gekregen, maar die hebben niet geleid tot bevordering van de doorstroom. [...]» (bron: besloten gesprekken)

De commissie constateert, op basis van alle haar ter beschikking staande gegevens, dat ondanks alle maatregelen en voornemens uitstroom en doorstroom anno 2006 nog altijd problematisch zijn. Achteraf kan wel worden vastgesteld dat genomen maatregelen het probleem niet hebben opgelost, maar niet dat ze geen enkele bijdrage hebben geleverd. De commissie concludeert dat nieuwe, aanvullende maatregelen noodzakelijk blijven.

Uitwerking

Monitoren

Het is onduidelijk of gegevens zijn gemonitord, waarmee tot volgende stappen in een vergaande samenwerking tussen de tbs-sector en de ggz zou worden besloten. Er is echter om andere redenen besloten de ingezette koers te verlaten die op basis van de commissie Kosto is ingezet. De minister van Justitie over deze koerswijziging:

Minister Donner: «[...] In de brieven kunt u lezen dat in 2004 het perspectief verschuift: ook uit politiek oogpunt wordt het tbs-beleid beoordeeld naar aanleiding van het geval-Tjirk van Wijk, dat zich voor mijn tijd heeft voorgedaan, en het geval-Harpen. Vervolgens was er de zaak van het meisje in Eibergen en vorig jaar die van de heer S. Toen kwam de vraag pregnanter aan de orde of het tbs-stelsel de samenleving wel beschermt. Die brieven hebben dan ook primair betrekking op de herziening van het verlofsysteem. Dat is een wezenlijk onderdeel van het tbs-stelsel, maar dat is van een geheel andere aard dan de plannen die voor die tijd voorlagen. In het licht van de discussie die vanaf 2004 werd gevoerd, moet men dankbaar zijn dat het kabinet heeft besloten om niet langs die weg verder te gaan»

Forensisch psychiatrische circuitvorming

Het stimuleren van forensisch psychiatrische circuitvorming is tot vorig jaar ondersteund door het (de) ministerie(s). De resultaten verschillen regionaal in dit opzicht, blijkt uit de gesprekken van de commissie.

¹⁵⁸ Regioplan, 2006.

De heer **Clabbers** (seniorbeleidsmedewerker bij het Ministerie van VWS): «De ontwikkeling van de zorgcircuits is tot vorig jaar gesteund. Het veld wordt geacht de zorgcircuits nu verder uit te bouwen. Het is op zich een door het veld gedragen ontwikkeling. [...] De ontwikkeling volgend, heb ik de indruk dat die niet stagneert, maar ook niet geweldig doorgaat. Het is zo'n beetje op hetzelfde peil als op het einde van het project»

De heer **Martini**: «[Over de resultaten] wordt momenteel een evaluatieonderzoek naar uitgevoerd. Een dezer maanden, in 2006, worden de uitkomsten daarvan bekend. Vooruitlopend daarop meen ik dat de circuitvorming met name betekenis heeft gehad in het bij elkaar brengen van mensen die ertoe doen in de geestelijke gezondheidszorg. Zij kwamen elkaar tegen en maakten afspraken. Dat heeft absoluut gewerkt. Die bestuurlijke samenwerking wordt alleen in het noorden gecomplementeerd door afspraken op patiëntniveau, bijvoorbeeld door de beste plaats voor iemand te bespreken. Dat is het uiteindelijke doel dat met circuitvorming bereikt zou moeten worden, maar dat is zeker niet bij de gehele populatie gelukt.»

Ministeriële verantwoordelijkheid

De minister van Justitie heeft de verantwoordelijkheid voor een «*tijdige, effectieve, rechtmatige en doelmatige tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke tbs-maatregel*». ¹⁵⁹ Op basis daarvan is hij bevoegd verlof te geven en in te trekken.

Dit blijkt uit de landelijke invoering van risicotaxatie voorafgaand aan de verlofmachtiging, maar ook uit het categoriaal intrekken van de verloven naar aanleiding van het Eibergen-incident. Dat gebeurde overigens op verzoek van de Tweede Kamer. ¹⁶⁰ In dat kader kan hier ook worden genoemd het onderzoek van de Inspectie voor Sanctietoepassing naar het verofsbeleidskader tbs in 2005 en het onderzoek naar de onttrekkingen van tbs-gestelden van het EFP in 2006.

De verantwoordelijkheid van de minister van VWS heeft betrekking op wet- en regelgeving, en het toezicht daarop. Dit komt onder meer tot uitdrukking in de rapporten van de Inspectie voor Volksgezondheid in de jaren 2000, 2003 en 2005. Het Ministerie van VWS neemt steeds meer afstand van het tbs-beleid in de loop der jaren.

De commissie stelt dat mede gezien de voortdurende passantenproblematiek en capaciteitstekorten, het de vraag is of de minister van Justitie over voldoende bevoegdheden en sturinginstrumenten beschikt om zijn politieke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de tbs-maatregel waar te maken. De commissie concludeert dat het Ministerie van VWS zich nauwelijks bemoeit met tbs en dat dientengevolge Justitie steeds meer de gesprekspartner is voor GGz-Nederland. ¹⁶¹

Verbetering van sturing en toezicht van tbs

Vanaf 2002 hanteert DJI een *outputbesturingsmodel*. Klinieken moeten sindsdien viermaandelijks en jaarlijks verschillende rapportages aanleveren bij DJI, als onderdeel van een Planning & Controlcyclus (P&C-cyclus). Naast financiële verslagen, wordt er sindsdien gerapporteerd over vastgestelde prestatie-indicatoren, een werkwijze volgens het INK-managementmodel. Dit levert bijvoorbeeld gegevens op over: in-, door- en uitstroom van patiënten, ontvluchtingen, gegronde klachten en gemiddelde behandelduur. ¹⁶²

Deze prestatieafspraken gelden alleen voor tbs-klinieken; de niet-justitiële instellingen vallen onder VWS. Dat betekent dat het Ministerie van Justitie met laatstgenoemde instellingen alleen afspraken over het aantal

¹⁵⁹ Kamerstuk, 24 587, nr. 75.

¹⁶⁰ De consequenties voor de behandeling van het categoriaal intrekken van de verloven stelt de commissie aan de orde in hoofdstuk 4.

¹⁶¹ Regioplan, 2006.

¹⁶² DJI, 2006.

behandelplekken maakt. Het verlofkader, geldt daarentegen voor alle FPI's en is een duidelijke vorm van sturing vanuit het ministerie.

Als voorwaarden voor de outputsturing zijn gesteld: adequaat toezicht en systematische kwaliteitszorg. De Inspectie voor Volksgezondheid heeft hier een belangrijke rol.

Dat er gekozen ging worden voor de optie waarmee tbs-klinieken een juridisch, organisatorisch en financieel afzonderlijke eenheid zouden blijven, wordt al duidelijk voordat het kabinet een standpunt over de commissie Kosto heeft ingenomen. De minister van Justitie stemt namelijk niet in met de voorgenoemde fusie en integratie van tbs-kliniek De Kijvelanden en het Delta psychiatrisch ziekenhuis.

Voormalig minister van Justitie Korthals herinnert het zich als volgt:

*De heer **Korthals**: «[...] Ik begreep dat zij toen wilden integreren. Dat was op een moment dat er nog geen kabinetsstandpunt was over het rapport van Kosto. Daar liep het in ieder geval al op vooruit. Bovendien was ik niet zo'n geweldige voorstander van integratie. Wat ik wel heel nuttig en goed vond, was dat zij werkelijk zouden samenwerken. De grote vraag is dus of het de oplossing van dit alles is – ik geloof het niet – dat men al die tbs-klinieken met ggz-klinieken gaat integreren. Dan krijg je weer een heel ander soort probleem. In ieder geval was ik daar toen nog niet aan toe.*

*De **commissie**: Nee, maar als Kosto nog niet klaar was en u zei: ik doe het niet, dan had u ook nog geen advies van Kosto over de vraag of het beter was om het wel of niet te doen. U had ook kunnen zeggen: ik zie het even aan. Kosto adviseerde om het wel te doen, om wel te gaan integreren.*

*De heer **Korthals**: Ik geloof dat men toen heel snel boter bij de vis wilde hebben, dat het allemaal niet kon wachten. Dat waren gesprekken op het scherpst van de snede, begreep ik. Ik heb ze overigens zelf niet gevoerd, maar zo is het mij gerapporteerd. Het ging toen echt van: graag of niet en dat werkt bij mij überhaupt al slecht. Toen men op een gegeven moment zei dat dit wel erg hard gaat en er commissarissen van het ziekenhuis kwamen zeggen dat het moest gebeuren, dacht ik: rustig; laten wij nu eerst eens kijken wat er uit het rapport van Kosto komt. Ik ben zelf een voorstander van eerst samenwerken, dan uitbreiding van de samenwerking en dan eventueel integratie. Laten wij daarin nu niet voor de muziek uitlopen.»*

Ook het verschil in status tussen de particuliere en rijksklinieken heeft gevolgen voor de aansturing van het veld. De Van Mesdagkliniek is tot op heden al jaren bezig met een privatiseringsproces, hetgeen door het ministerie als proef op de som wordt gezien. De directeur-generaal daarover:

*Mevrouw **Mulock Houwer** (directeur-generaal Preventie, Jeugd en Sancties van het ministerie van Justitie): «Bij de Van Mesdag Kliniek is [privatisering] uit nood geboren. Wij hadden grote problemen met de Van Mesdag Kliniek als rijkskliniek. [...] Toen bracht de ggz de behoefte naar voren om nog een stap verder te gaan. Men vond het logisch om in de tbs een «level playing field» te creëren, zodat er alleen particuliere klinieken zijn. Er zijn al meer particuliere klinieken dan rijksklinieken. Wij hebben die bal opgepakt en nog eens gekeken naar de privatiseringsgeschiedenis. Toen is uiteindelijk op tafel gekomen dat het misschien wijs is, juist vanwege de betere samenwerking met de ggz, de weg op te gaan van het verzelfstandigen van alle rijksklinieken of van alle rijksklinieken behalve één. Die discussie hebben wij met deze minister geopend. De vorige minister zag dat niet zitten. Wellicht dacht hij dat daar geen politiek draagvlak voor zou kunnen worden gevonden, omdat de tbs-kwestie zo gevoelig ligt. Wij hebben wel tegen de Van Mesdag Kliniek gezegd: als wij al die richting opgaan, zijn jullie voor ons een soort proef. De discussie met deze minister is in 2003 grondig gevoerd. Hij zag de ratio en de argumenten om naar een «level playing field» toe te gaan en om bij de Van Mesdag Kliniek de proef op de som te nemen. Wij hebben voor deze weg gekozen, omdat wij vonden dat de minister meer*

bevoegdheden moet hebben als overgegaan wordt tot het verzelfstandigen van nog meer klinieken. Dan mag hij niet overgeleverd zijn aan de mores van dat andere domein waar ik het eerder over had. Dan moet hij wel iets te zeggen hebben, anders kan hij zijn verantwoordelijkheid niet dragen. Wij hebben toen een wettelijke regeling ontworpen. Daar hebben wij met de raad van toezicht van de Van Mesdag Kliniek al over gepraat. Die raad vond het wel een beetje pittig, die dacht «zo, zo, nu moeten wij wat meer aan de leiband». Maar uiteindelijk hebben wij overeenstemming bereikt. Als dat er doorheen komt, is het ook voor de minister van Justitie acceptabel.» (bron: besloten gesprekken)

Overige

In 2005 laat de minister van Justitie de aard en omvang van onbehandelbare patiënten door het WODC in kaart brengen.¹⁶³

Het advies van de commissie Kosto om een onafhankelijke verlofadviescommissie in het leven te roepen, wordt omgezet tot de huidige procedure rond het verlenen van verlof: de verlofmachtiging wordt afgegeven door ITZ eventueel geadviseerd door het LAP.

Het laatste punt betreft de aanpassing van de rechtspositieregelingen. Hierdoor zijn belemmeringen in het tweerichtingsverkeer tussen tbs-inrichtingen en ggz weggenomen.

De commissie constateert dat vele voornemens weliswaar in praktijk zijn gebracht, maar de beoogde «optimalisatie van toezicht en sturing» niet is bereikt. De probleemanalyse die de commissie Houtman recent heeft gemaakt ondersteunt die gedachte. Deze commissie constateert in 2005 spanning tussen de formele verantwoordelijkheid voor de (tijds) tenuitvoerlegging van vonnissen van de minister van Justitie enerzijds en bevoegdheden daartoe anderzijds.¹⁶⁴

3.7 Illegalen en ongewenst verklaarde vreemdelingen in de tbs

In 2004 stelt de minister van Justitie dat de aanwezigheid van illegalen en ongewenst verklaarde vreemdelingen in de tbs leidt tot vergroting van de capaciteitsproblematiek. Dit wordt ten dele veroorzaakt door het feit dat een verdachte van een strafbaar feit die niet de Nederlandse nationaliteit bezit, na zijn veroordeling zijn verblijfsvergunning kwijt kan raken (op basis van de zogenaamde *glijdende schaal*). Op dat moment heeft die persoon geen rechtmatig verblijf meer. Daarenboven kan iemand als «ongewenst vreemdeling» worden verklaard. Dan geldt zelfs dat het verblijf in Nederland strafbaar is.

De minister van Justitie constateert in 2004 dat in totaal ongeveer 30 tot 40 ongewenst verklaarde vreemdelingen en illegalen in de tbs verblijven. Aangezien zij na de tbs niet in de Nederlandse samenleving mogen terugkeren, kan de behandeling van deze tbs-gestelden niet gericht worden op resocialisatie. Hierdoor heeft de tbs voor hen onbedoeld een permanent karakter wanneer blijkt dat overdracht naar het land van herkomst niet mogelijk is.

De minister van Justitie geeft daarom in zijn brief aan dat hij hiervoor maatregelen wil nemen.¹⁶⁵ In oktober 2004 bericht hij de Tweede Kamer hoe hij de problematiek van illegale tbs-gestelden aan wil pakken. Deze oplossingen hebben betrekking op:

- Aanscherping van het vorderingsbeleid van het openbaar ministerie; indien mogelijk zal het openbaar ministerie geen tbs vorderen in deze zaken;

¹⁶³ Zie verder paragraaf 3.4.

¹⁶⁴ Zie paragraaf 3.8.

¹⁶⁵ Kamerstuk, 29 452, nr. 10.

- Wetswijziging waardoor aan de minister van Justitie de bevoegdheid wordt toegekend de tbs tussentijds te beëindigen;
- Opzetten van aparte sobere voorzieningen.¹⁶⁶

Al vele jaren bestaan er richtlijnen voor het openbaar ministerie voor het opleggen van tbs aan vreemdelingen zonder verblijfstitel. In de aanwijzing *TBS bij vreemdelingen* van 2000 wordt als uitgangspunt gehanteerd dat «waar mogelijk en verantwoord» geen tbs wordt gevorderd bij vreemdelingen zonder verblijfstitel (illegalen) die hoogst waarschijnlijk uit Nederland worden verwijderd nadat zij hun straf hebben ondergaan. De richtlijn biedt ruimte om in het individuele geval toch tbs te vorderen.¹⁶⁷ Door de minister van Justitie is deze regeling in 2005 aangescherpt. In de vernieuwde aanwijzing van 2005 is ook de situatie van ongewenst verklaarde vreemdelingen meegenomen.¹⁶⁸

Beëindiging van de tbs is momenteel alleen mogelijk door intrekking van de vordering tot verlenging van de tbs door het openbaar ministerie. Om de mogelijkheid tot uitzetting te vereenvoudigen geeft de minister van Justitie aan dat hij een wetswijziging zal indienen waarmee aan hem de bevoegdheid wordt gegeven de tbs op te schorten of onder voorwaarden te beëindigen, met het oog op de uitzetting – in die gevallen waar tbs is opgelegd aan een vreemdeling die illegaal en/of ongewenst is. De uitzetting zal in overleg met het land van herkomst geschieden. Beide maatregelen zijn nog niet gerealiseerd. Wel is er in PI De Grittenborgh een aparte voorziening opgezet voor illegale of ongewenst verklaarde tbs-gestelden.

3.8 Commissie Houtman

Het is opmerkelijk dat juist in de periode dat de commissie Houtman haar opdracht van de ministers van Justitie en van VWS kreeg, er tegelijkertijd een soortgelijk onderzoek door DJI aan Atos is uitbesteed. In het Atos-onderzoek worden in opdracht van Justitie de kansen en beperkingen van marktwerking in de forensische sector bestudeerd. De bevindingen van beide rapporten liggen in elkaars verlengde of komen op sommige onderdelen zelfs volledig overeen.

Het is niet alleen de commissie die dit constateert tijdens het parlementaire onderzoek. Ook de betrokkenen zelf zijn niet op de hoogte zijn van het bestaan van elkaars werk, zo blijkt tijdens de expertmeeting:

De heer Hiemstra (directeur onafhankelijk adviesbureau Acestes, voormalig consultant bij Atos): «Ja, dat klopt. Het lijkt erg op elkaar.

De commissie: Is dat toevallig? Wat wij niet boven tafel konden krijgen, is hoe de relatie is tussen het rapport van Atos, dat naar ik meen in opdracht van de DJI is geschreven, en het rapport van de commissie. Kende u dat rapport, mijnheer Houtman?

De heer Houtman: Nee, wij hebben elkaar zonet voor het eerst getroffen.

De heer Hiemstra: [...] Ons onderzoek is uitgevoerd in 2004. Het rapport is weliswaar begin 2005 geschreven, maar het feitelijke onderzoek was in 2004. Ik wist dat er een commissie-Houtman was. Een collega van mij heeft, meen ik, een keer gesproken met de heer Houtman. Bij mijn weten hebben wij echter niet echt kennisgenomen van elkaars werk. Ik heb er niet naar gekeken.»

3.8.1 Aanleiding

Op 6 juli 2004 wordt in de Eerste Kamer de motie Van de Beeten aangenomen. Deze motie verzoekt de regering om in haar beleid voor 2005 te voorzien tussen een samenhang tussen de curatieve en penitentiaire

¹⁶⁶ Kamerstuk, 29 452 en 24 587, nr. 16.

¹⁶⁷ Richtlijn TBS met vreemdelingen van 14 maart 2000.

¹⁶⁸ Staatscourant november 2005, nr. 225.

voorzieningen.¹⁶⁹ Tijdens het bewindspersonenoverleg met de ministers van Justitie en VWS komen de ministers tot een opdracht die breder is dan de motie Van de Beeten beoogt. De bewindslieden voelen de behoefte om de zorg in een justitieel kader in kaart te brengen en tevens te onderzoeken op welke wijze de financiering van de zorg in een justitieel kader in de toekomst gerealiseerd zal moeten worden. Om dit te realiseren wordt een interdepartementale werkgroep ingesteld onder voorzitterschap van een ambtenaar van het Ministerie van Financiën, de commissie Houtman.

De commissie Houtman kijkt naar knelpunten en problemen die al langer spelen, zoals de schaarste in de tbs-sector en in de ggz. De commissie Houtman constateert dat schaarsteproblemen de minister van Justitie hinderen bij zijn politieke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het vonnis. Een groeiende behoefte aan capaciteit moet mogelijk maken dat de minister van Justitie zijn taak kan uitvoeren. Het capaciteitstekort versterkt aansluitingsproblemen. De formele verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor de tenuitvoerlegging van vonnissen levert spanning op met de feitelijke mogelijkheden die hij hiervoor heeft om het proces aan te sturen. Er zijn overgangsproblemen tussen justitie en zorg over een breed terrein en deze vinden hun oorzaak in de verschillen in werkwijze, sturing en financiering.

Het begrip zorg in een justitieel kader bakent de commissie Houtman af tot geestelijke gezondheidszorg in het kader van een strafrechtelijk vonnis en geestelijke gezondheidszorg aan gedetineerden in het gevangeniswezen. Zowel het Ministerie van VWS als dat van Justitie zijn op dit moment verantwoordelijk voor zorg in een justitieel kader.

3.8.2 Verbetervoorstellen van de commissie Houtman

De commissie Houtman stelt dat sturing en financiering van zorg in justitieel kader onder de huidige condities moeizaam zal blijven. Daarom worden de volgende verbeteringen voorgesteld:

- Zorg in justitieel kader moet worden uitgedrukt in de binnen de ggz in ontwikkeling zijnde taal. De zorg moet worden uitgedrukt in termen van diagnosebehandelingcombinaties (DBC) en intramurale zorgarrangementen (IZA).
- Ketensamenwerking moet op verschillende niveaus worden bevorderd. Hiervoor moet onder andere een cliëntvolgsysteem voor zorg in een justitieel kader worden ontwikkeld.
- Sturing op volume is nodig, maar de instroom van zorg in een justitieel kader kan niet worden gestuurd, omdat een vonnis van een rechter de basis is. Wel kan er gestuurd worden op preventieve maatregelen.

Deze voorstellen dragen volgens de commissie Houtman bij aan verbetering van de sturingsmogelijkheden en verminderen van de knelpunten. De knelpunten zullen verminderen, maar niet worden opgeheven en daarom stelt de commissie Houtman daarnaast nog een aantal maatregelen voor:

- Apart budget voor zorg in een justitieel kader: Volgens de commissie Houtman worden knelpunten weggenomen als het budget uit de Algemene wet bijzondere zorg (AWBZ) voor de forensische psychiatrie wordt overgeheveld naar de Justitiebegroting. Hierdoor komt volgens hen de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie volledig

¹⁶⁹ Eerste Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 28 979, E.

tot zijn recht. Commissie Houtman geeft de voorkeur aan overheveling van het budget naar Justitie, en niet naar VWS, vanwege de verwachte betere kostenbeheersing. Daarnaast geven zij als reden aan dat deze zorg weliswaar onverzekerbaar is, maar volgens hen niet meer past in het vernieuwde karakter van de AWBZ.

- **Acceptatieplicht**

Om de tijdige tenuitvoerlegging van strafrechtelijk vonnissen veilig te stellen moet volgens de commissie Houtman vastgelegd worden dat een rechterlijk vonnis binnen de ggz leidt tot het toekennen van een prioriteit bij opname. De acceptatieplicht moet van toepassing worden op drie strafrechtelijke maatregelen: tbs met dwangverpleging, tbs met voorwaarden en artikel 37 WvSr. plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Alleen voor tbs met voorwaarden moet dit nog in de wet worden opgenomen. Om het systeem van acceptatieplicht werkbaar te maken stelt de commissie Houtman voor dat door Justitie de garantie moet worden gegeven dat betrokkene in specifieke gevallen tijdelijk kan worden teruggenomen in een justitiële instelling (terugplaatsgarantie).

- **Creëren van eindvoorzieningen**

De commissie Houtman stelt dat de groep tbs-gestelden die als blijvend delictgevaarlijk wordt beschouwd moet worden overgeplaatst naar een voorziening met een passend veiligheids- en zorgregime. Afhankelijk van de behoefte aan beveiliging en zorg worden eindvoorzieningen gecreëerd binnen Justitie of de ggz. Dit maakt volgens de commissie Houtman een einde aan de groei van tbs-voorzieningen, omdat deze voorzieningen alleen beschikbaar zijn voor hen die behandeling ondergaan. Dit betekent dat de longstay-voorzieningen binnen de tbs-klinieken moeten worden gebruikt als behandelplekken en er longstay- en long care-voorzieningen moeten worden gecreëerd in het gevangeniswezen of de ggz.¹⁷⁰

3.8.3 Kabinetsstandpunt

In een brief aan de Tweede Kamer bericht de minister van Justitie op 25 augustus 2005 dat het kabinet de voorgestelde maatregelen van de commissie Houtman overneemt. De middelen voor forensische zorg uit de AWBZ zullen worden overgeheveld naar de Justitiebegroting. Het Ministerie van Justitie zal een financiële analyse maken van de benodigde middelen in strafrechtelijk kader en de exacte hoogte van het over te hevelen budget. De bestaande acceptatieplicht bij een contractrelatie wordt uitgebreid met de categorie tbs met voorwaarden. De minister zal nader onderzoeken of en hoe, wanneer de inkooprelatie geen oplossing biedt, plaatsing in een ggz-instelling kan worden afdwongen in gevallen van een contractrelatie. Om een betere overgang tussen justitiële en zorginstellingen te realiseren worden aanpassingen verricht in de werkwijze van justitie-organisaties. Zorginkoop en financiering moet dan door middel van de in de ggz in ontwikkeling zijnde bekostigingssystematiek plaatsvinden. Ook in het kader van advisering aan de rechter wordt aangesloten bij begrippen die gebruikt worden in de ggz. Tevens zal er een cliëntvolgsysteem worden ontwikkeld. Hierdoor beschikken alle betrokken organisaties over relevante dossiergegevens. Ten slotte wordt een prognose voor de behoefte aan zorg in een strafrechtelijk kader ontwikkeld.¹⁷¹

3.8.4 Reacties op commissie Houtman

Invoering van de door de minister van Justitie voorgestelde maatregelen

¹⁷⁰ Kamerstuk, 29 452, nr. 43.

¹⁷¹ Kamerstuk, 29 452, nr. 36.

wordt door de Tweede Kamer eind 2005 stilgezet vanwege het lopende parlementaire onderzoek naar het tbs-stelsel. De commissie heeft zich daarenboven laten informeren over de consequenties van de commissie Houtman in de besloten en openbare gesprekken en een speciale expertmeeting.

Overheveling budget

GGz-Nederland noemt als belangrijkste bezwaar tegen het overhevelen van het budget voor zorg in justitieel kader van de AWBZ naar de begroting van Justitie; het ontbreken van de inbedding van de forensische psychiatrie in de gezondheidszorg. De professionele relatie met de geestelijke gezondheidszorg wordt volgens GGz-Nederland hierdoor belemmerd. Het wordt moeilijker de ontwikkeling van de forensische behandeling en begeleiding te stimuleren. De doorstroom van forensische patiënten naar de ggz wordt lastiger.¹⁷² Daarnaast heeft GGz-Nederland principiële bezwaren om de forensische psychiatrie onder te brengen bij Justitie en weg te halen bij het Ministerie van VWS:

De heer De Beer (directeur GGz-Nederland): «Onze tweede punt is dat het in ieder geval in het kader van de volksgezondheid moet gebeuren. Forensische zorg is zorg, en dus het domein van de minister van Volksgezondheid. Het wordt ook gefinancierd door de verzekeringswetten die wij daar kennen. Wij vrezen dat met de verschuiving naar Justitie de nadruk op beveiliging in plaats van op zorg sterker wordt. [...]» (bron: besloten gesprekken)

De heer Polak, directeur tbs-kliniek De Kijvelanden neemt een middenpositie tussen de commissie Houtman en GGz Nederland in. Hij heeft in principe niets tegen de overheveling, mits het budget goed wordt gewaarborgd.

De heer Polak (directeur De Kijvelanden): «In de eerste plaats de overheveling van de financiering naar Justitie. In beginsel is daar niets op tegen. Een van de grote voordelen kan zijn dat er ketenregie ontstaat die doorstroming kan bevorderen. Wij hebben allemaal de zorg dat het budget onderhevig wordt aan het soms wat grillige verloop van de Justitiebegroting. Er wordt gesproken over forensische zorg en dan gaat het vooral om forensisch psychiatrische zorg. Dat is in onze beleving ggz. Het is een belangrijk aandachtspunt bij een eventuele overheveling. Het budget moet zodanig worden geoormd, dat het niet gemakkelijk is om zorg die nu in deze keten wordt geleverd, te laten weglekken naar nieuwe initiatieven die ook uitermate noodzakelijk zijn.» (bron: besloten gesprekken)

Ontwikkeling van DBC's

De DBC's zijn een expliciet onderdeel van het voorstel van de commissie Houtman. De praktische toepasbaarheid van DBC's voor de forensische psychiatrie moet echter nog worden onderzocht.

De heer Martini: «De minister heeft aangegeven dat hij, zonder nu onomkeerbare stappen te zetten, wel met de uitwerking van de voorstellen van Houtman bezig wil gaan. Wij hebben daarvoor een project ingezet. Op het gebied van de dbc's zeggen wij: wij moeten nu eerst eens een vooronderzoek laten uitvoeren door Capgemini, die dat ook in de gezondheidszorg heeft doorgevoerd, om te kijken of wij in de forensisch psychiatrische sector ook met dbc's uit de voeten kunnen en wat het betekent om de beveiliging daarin op te nemen. Dat vooronderzoek moet nu gaan lopen. Ik hoop dat wij op een termijn van anderhalve maand, twee maanden uitspraken hebben over hoe wij het in onze sector moeten aanpakken. Moeten wij ook een registratietraject inzetten zoals dat elders in de gezondheidszorg is doorgevoerd, aansluitend bij de ervaringen van Drenthe? Dat behoort tot de mogelijkheden.» (bron: besloten gesprekken)

De toepasbaarheid van DBC's in de forensische psychiatrie heeft vanzelfsprekend te maken met de problematiek van de doelgroep. De

¹⁷² GGz-Nederland, 2005.

complexiteit van de (meervoudige) stoornis(sen) betekent dat het verloop van een behandeling moeilijk te voorspellen is.

*De heer **Van Tuinen** (directeur divisie forensische psychiatrie GGZ Drenthe): «[...] Wij hebben het over behandelingen die gemiddeld negen jaar duren. Als wij een goede diagnose maken, veronderstellen wij dat de behandeling verloopt zoals dat gebeurt bij een botbreuk. Zo is de werkelijkheid bij de ernstige patiënten die tbs hebben natuurlijk niet. Het zijn mensen met multi-psychopathologie en enorme voorgeschiedenissen en recidivecijfers. Maatschappelijk behoren zij echt tot de ernstigste gevallen die wij ons kunnen voorstellen. Iedere behandeling is een proefbehandeling en iedere diagnose is een voorlopige. Je moet altijd afwachten of het goed uitpakt. Bij de aanvang van de behandeling kan iemand behoren tot de categorie van de medium security. Zo iemand kan halverwege de behandeling extra gevaarlijk worden. Als de behandeldruk erop wordt gezet, wordt iemand gevaarlijker. Het is dus geen glijdende schaal van langzaam maar zeker naar genezing of verbetering. Het is een heel ingewikkeld proces. Als wij die slagvaardigheid in het veld straks missen, komen wij echt van een koude kermis thuis.» (bron: besloten gesprekken)*

De wetenschappelijke evidentie waarop DBC's moeten worden vastgesteld, is bovendien nog nauwelijks aanwezig.

*De heer **Polak**: «Ik vind dat je geen overspannen verwachtingen van de dbc's moet hebben. Maar dat het kan en dat zij er komen, daarover bestaat bij mij helemaal geen twijfel. Op onze poli zijn in de derde koplopersgroep ook poliklinische dbc's ontwikkeld. Dat kan allemaal best, maar de behandelinhoudelijke evidentie van de dbc's, die moet ik nog zien. Wij hebben het over «evidence based» maar in de hele geneeskunde is niet meer dan 5% van het handelen «evidence based». En dan heb ik het niet alleen over de psychiatrie. Het toekomstplaatje is prachtig, maar wij moeten wel met een zekere bescheidenheid de weg ernaartoe bewandelen.» (bron: besloten gesprekken)*

Bij de totstandkoming van DBC's voor de forensische psychiatrie moet ook rekening worden gehouden met een beveiligingsaspect.

*De heer **Martini**: «[...] Wij zullen nog wel heel goed moeten nadenken over hoe die dbc's er dan precies gaan uitzien. Daar zijn wij absoluut nog niet uit. Er kwam al een onderwerp aan de orde: ook de beveiliging zal in de dbc's moeten worden opgenomen. Ook in de intramurale ggz hebben wij nog geen vergelijkbare voorbeelden waarop wij kunnen aansluiten. Daar is absoluut nog een lange weg te gaan. Ik hoorde rechts van mij – dat vond ik erg interessant – dat er in de curatieve zorg wel degelijk een proces naar productontwikkeling tot stand is gebracht. Ik hoop dat dit ook voor deze sector het geval zal zijn, maar ik denk dat wij in eerste instantie toch met vrij grote dbc's moeten werken. Wij kunnen een aantal categorieën onderscheiden in de tbs-sector, zoals de zwakbegaafden, de psychotici, de persoonlijkheidsstoornissen en de longstay-patiënten. Ook rond ongewenste vreemdelingen zijn wij met een bepaalde prijsvorming bezig. Dat sluit nog niet allemaal aan bij de typen zorgvraag en de activiteiten die daaraan moeten worden gekoppeld. Wij moeten dat gaan uitzoeken en gaan bestuderen.» (bron: besloten gesprekken)*

Vaststelling prijzen

Door beperkingen van het marktmechanisme kunnen tarieven niet aan de markt worden overgelaten en moeten deze vastgesteld worden overeenkomstig CTG-tarieven, concluderen verschillende gesprekspartners tijdens de expertmeeting.

Indicatiestelling

Als het Ministerie van Justitie inkoper wordt van zorg in justitieel kader, betekent dat dat zij tevens bij zichzelf inkoopt. Een dergelijke belangen-

verstrengeling moet worden voorkomen door de indicatiestelling onafhankelijk van het ministerie te laten plaatsvinden. De volgende citaten daarover:

*De heer **Martini**: «[...] In ieder geval is in deze systematiek een robuust stelsel van indicatiestelling absoluut nodig. Er moet aan de voorkant op een onafhankelijke manier, onafhankelijk van vrager en aanbieder, worden vastgesteld wat er precies gedaan moet worden.» (bron: besloten gesprekken)*

*De heer **Hiemstra**: «Je bent er echter niet door nu een streep te halen door het bestaande systeem. Je hebt daar een aantal dingen voor nodig. Er zullen bijvoorbeeld enkele functies aan het stelsel moeten worden toegevoegd die er nu niet zijn, zoals de indicatiestelling. Ergens moet geconstateerd worden dat een terbeschikkinggestelde voor een bepaalde dbc in aanmerking komt en daar dus naartoe geleid moet worden. Ik weet niet wie dat moet doen en in welke vorm dat moet gebeuren. Dat is een heel lastige kwestie. Het gaat in ieder geval niet automatisch. Er moet ergens een club zijn die zegt dat een bepaalde man of vrouw naar een bepaalde kliniek met een bepaalde behandeling moet. Dat moet gestuurd worden; dat kun je niet overlaten aan de markt.» (bron: besloten gesprekken)*

Specialisatie

In het voorstel van commissie Houtman is geen ruimte meer voor de a-selectie toewijzing van patiënten aan klinieken, want het stelsel wordt vraaggericht. Dat brengt met zich mee dat de specialisatie van klinieken in type stoornissen (weer) zal toenemen.

*De heer **Hiemstra**: «De vereenvoudigde plaatsingssystematiek was bedoeld om de vergelijkbaarheid van de klinieken te vergroten en een nagenoeg vergelijkbare populatie in alle klinieken te bewerkstelligen. In de praktijk bleek er echter sprake te zijn van cherry picking. Klinieken hebben de neiging om de krenten uit de pap te pikken en dus te kiezen voor tbs'ers die goed passen bij wat zij in huis hebben aan behandelmethodes en de faciliteiten die zij kunnen bieden. Daar zouden wij dus afstand van moeten nemen. Wij zouden moeten zeggen: dit werkt niet; laten wij afstappen van de generieke taakstelling – daarbij hoort dat iedere kliniek alle soorten tbs'ers moet kunnen behandelen – en toestaan dat klinieken zich specialiseren. Bij specialisatie hoort geen aselectie plaatsing, maar een heel gerichte plaatsing. Dan weet je dat iemand met een bepaald profiel eigenlijk naar een bepaalde kliniek moet, omdat de behandeling die daar gegeven wordt, heel goed past bij die persoon.» (bron: besloten gesprekken)*

*De heer **Houtman**: «Niet expliciet, maar je kunt wel weer een parallel trekken met de curatieve zorg. In de curatieve sector zijn onder invloed van het meer vraaggericht werken allerlei specialisaties tot stand gekomen. Ik wijs op de zbc's. Als je hier tot een meer vraaggeoriënteerd systeem wilt komen, zul je specialisatie aan de aanbodzijde ongelimiteerd moeten toestaan, alleen al om doelmatigheidsredenen.» (bron: besloten gesprekken)*

Acceptatieplicht

In de huidige situatie hebben de tbs-klinieken een acceptatie voor tbs-gestelden met dwangverpleging. De FPK's en FPA's kennen dit voor artikel 37 WvSr. In het voorstel van Houtman wordt de acceptatieplicht voor alle klinieken uitgebreid met tbs met voorwaarden. De acceptatieplicht is nodig zolang er sprake is van schaarste.

*De heer **Hiemstra**: «Misschien in eerste instantie wel en later, in tweede instantie niet. Ik stel mij voor dat de schaarste die er nu is, er straks niet meer is als in het nieuwe systeem toetreding mogelijk wordt gemaakt. Er zullen dan immers meer klinieken zijn die op commerciële leest geschoeid hun zaken aanbieden. Dat vind ik een belangrijke voorwaarde. Op die manier moet er zo veel concurrentie kunnen ontstaan dat een acceptatieplicht niet meer nodig is en klinieken graag iedere patiënt willen hebben, want anders gaat die*

Preventie en nazorg

Een punt van kritiek op het rapport van de commissie Houtman is dat de problemen rondom preventie en nazorg niet worden opgelost. Het rapport stelt dat sturing op volume gerealiseerd kan worden door maatregelen in preventieve sfeer. Hoe deze maatregelen en de maatregelen met betrekking tot nazorg gefinancierd moeten worden staat echter niet in het rapport beschreven. De heer Houtman geeft zelf aan dat preventie niet onder de verantwoordelijkheid van Justitie valt:

De heer Houtman: «Ik heb al gezegd dat ons rapport geen oplossing biedt voor alle problemen in de keten. De gedachte is wel dat door het definiëren van de zorg die in het kader van het strafrechtelijke traject wordt geleverd, in dezelfde taal als die in de gezondheidszorg opgeld doet, in ieder geval de aansluitingsmogelijkheden worden verbeterd. Maar het is natuurlijk niet zo dat zuiver en alleen het vermoeden of de indicatie dat iemand met een bepaalde stoornis ook wel eens een delict zou kunnen gaan plegen, al aanleiding is om die persoon via het justitiële circuit te gaan behandelen. Dan blijft zo iemand dus gewoon klant van de reguliere gezondheidszorg.» (bron: besloten gesprekken)

Ook is de financiering van nazorg door de plannen van de commissie Houtman nog niet voldoende gewaarborgd. De heer Martini geeft over de financiering van preventie en nazorg het volgende aan:

De heer Martini: «Uw vraag kan heel gemakkelijk beantwoord worden. Waar ligt de cesuur? Die ligt daar waar de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie begint en waar die ophoudt. En dat is bij een strafrechtelijke titel, want wij kiezen voor de uitvoering van vonnissen als gegeven. Dus die preventie valt niet onder het stelsel-Houtman, als ik het zo mag zeggen. Op dit moment ligt de grens zelfs midden door de tbs heen, zoals naar aanleiding van de beginvragen al duidelijk werd. Ik heb nu geen nadrukkelijke relatie met de heer Van Tuinen of Justitie met de FPK Assen. Dat is geen financiële relatie. Maar ik wel een relatie met een justitiële tbs-kliniek zoals de Kijvelanden. Dus dat schuiven wij een heel stuk op, maar ergens kom je weer het volgende schot tegen. En dat is waar de strafrechtelijke titel eindigt.» (bron: besloten gesprekken)

3.8.5 Conclusie

De commissie heeft geen principiële bezwaren tegen overheveling van het budget naar de Justitiebegroting, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

De commissie onderschrijft de noodzaak van een gemeenschappelijke taal voor de twee domeinen/departementen. DBC's zouden die rol kunnen vervullen, maar de commissie constateert dat eerst goed in kaart moet worden gebracht hoe en of DBC's toepasbaar zijn in de forensische psychiatrie.

Uitgaande van de conclusies van de commissie Houtman, concludeert de commissie dat aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan. De voorwaarden zijn:

- beveiligingscomponent bij de DBC's;
- onafhankelijke vaststelling van de tarieven;
- opstellen en vaststellen van DBC's door professionals uit het veld van de forensische psychiatrie;
- nazorg dient onderdeel te zijn van de DBC;
- acceptatieplicht voor klinieken;
- controle en inspectie door onafhankelijke instanties.

3.9 Beleid in het buitenland

3.9.1 Inleiding

Het WODC doet in 2005 en 2006 in opdracht van de minister van Justitie een inventariserend onderzoek naar de wijze waarop in een vijftal landen om wordt gegaan met ernstige gewelds- en zedendelinquenten die tevens een psychische stoornis hebben.¹⁷³ Daarnaast heeft het WODC een literatuurstudie gedaan naar de wijze waarop extramurale toezichtprogramma's voor psychisch gestoorde delinquenten zijn vormgegeven.¹⁷⁴

Alvorens in te gaan op twee voor de commissie relevante aspecten van het forensisch psychiatrische beleid, moet een tweetal algemene opmerkingen geplaatst. Ten eerste, vergelijking van resultaten, bijvoorbeeld in de vorm van recidive of kostprijs, is vaak niet mogelijk. Maatregelen, politieke verantwoordelijkheden, wettelijke criteria en doelgroepen verschillen te veel. Zo krijgen forensisch psychiatrische patiënten met de diagnose persoonlijkheidsstoornis in Nederland vaker dan in het buitenland een maatregel. In Engeland en Canada komt deze groep patiënten in de regel in het penitentiaire systeem terecht. Daar hebben psychiatrische klinieken de mogelijkheid delinquente patiënten te weigeren wanneer zij die «niet-behandelbaar» achten. Met andere woorden, bij iedere vergelijking is voorzichtigheid geboden en moet worden afgevraagd of hetzelfde is gemeten en wordt vergeleken.

Ten tweede staan ook in het buitenland de stelsels voor psychisch gestoorde delinquenten (recent) ter discussie, en meestal tevens naar aanleiding van enkele ernstige incidenten. Ook daar is het beleid volop in ontwikkeling, waarbij men opvallend vaak geïnteresseerd naar het Nederlandse stelsel kijkt. In Engeland is bijvoorbeeld recent een pilot gestart naar behandelmethoden voor gevaarlijke en ernstig gedragsgestoorde mensen.

3.9.2 Toezichtmogelijkheden

Aftercare en technisch toezicht

Het WODC onderscheidt in de literatuurstudie twee typen toezicht: *aftercare* en *technisch toezicht*. *Aftercare* is een combinatie van behandeling, therapie, zorg en maatschappelijke begeleiding bij wonen, werken, scholing, vrijetijdsbesteding en financiële zaken.¹⁷⁵ De specifieke invulling van *aftercare*programma's verschilt per land, maar in het algemeen zijn deze programma's gericht op een vroegtijdige signalering van risico's en verbetering van het risicomangement. De Multi Agency Public Protection Arrangements (MAPP) in Engeland is hier een voorbeeld van. MAPP is een netwerk van relevante instanties die verplicht zijn tot samenwerking inzake het toezicht op (voorwaardelijk) vrijgekomen gewelds- en zedendelinquenten.¹⁷⁶ MAPP inventariseert en *managet* risico's. Controle vindt plaats door bijvoorbeeld: supervisie door de *probation officer*; toezicht door politie en satelliet (GPS); instellen van bewegingsvrijheid en avondklok; aanbieden van behandeling en ondersteunende omgeving; en motiveren van de persoon.¹⁷⁷

Technisch toezicht zijn vormen van controle die technisch van aard zijn. Voorbeelden hiervan zijn elektronisch toezicht, elektronische volgsystemen en de leugendetector.

¹⁷³ Kamerstuk, 29 452, nr. 37 en De Kogel & Nagtegaal, 2006.

¹⁷⁴ Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks m.m.v. De Kogel, Nagtegaal en Bogaerts, 2006.

¹⁷⁵ Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks m.m.v. De Kogel, Nagtegaal en Bogaerts, 2006.

¹⁷⁶ De Kogel & Nagtegaal, 2006.

¹⁷⁷ De Kogel & Nagtegaal, 2006.

De onderzoekers van het WODC komen tot de volgende conclusie met betrekking tot aftercareprogramma's: «In zijn algemeenheid kunnen op basis van de verzamelde literatuur nog geen harde uitspraken worden gedaan over effectiviteit van aftercare omdat nauwelijks kwalitatief goede studies voorhanden zijn over dit type toezicht op tbs-gestelden of vergelijkbare groepen in het buitenland.»¹⁷⁸

Wel worden in verschillende studies naar interventies voor de reguliere psychiatrische populatie en reguliere gevangenispopulatie dezelfde werkzame mechanismen verondersteld. Ten aanzien van de technische mogelijkheden van toezicht stelt het WODC vast dat wetenschappelijk bewijs ontbreekt om te concluderen dat deze systemen recidive bij forensisch psychiatrische patiënten terugdringen. Een enkele studie veronderstelt dat deze middelen bij bepaalde groepen een gunstige werking hebben op de behandeling in de zin dat afspraken kunnen worden gecontroleerd.

Wettelijke modaliteiten

Wetgeving die (langdurig) toezicht na beëindiging van de juridische titel mogelijk maakt verschilt sterk in de door het WODC onderzochte landen. Canada en Engeland kennen juridische kaders waarbij langdurige voorwaardelijke invrijheidstellingen mogelijk is. Zo heeft Engeland de *extended sentence* voor gewelds- en zedendelinquenten.¹⁷⁹ Dat betekent dat aan de gelimiteerde gevangenisstraf een verlenging wordt toegevoegd om de maatschappij te beschermen. De *notification order* houdt in dat de betrokkene aan gestelde voorwaarden moet voldoen, zoals zich periodiek melden bij de politie en deze op de hoogte stellen van veranderingen, bijvoorbeeld: verblijfsadres, reisbestemmingen en naamsveranderingen. Deze order kan voor onbepaalde duur worden opgelegd, maar in minder ernstige gevallen is de periode beperkt tot twee, vijf, zeven of tien jaar. Andere Engelse orders zijn: *sexual offences prevention order* en *risk of sexual harm order*. Bepaald gedrag is in voorwaarden opgenomen en bij het overtreden ervan kan een maximale gevangenisstraf van vijf jaar worden geëist.

In (deelstaten van) Duitsland kent men *Führungsaufsicht*, een strafrechtelijke maatregel tot ondertoezichtstelling. Wanneer op basis van inschatting van het risico extra begeleiding en toezicht nodig wordt geacht, kan deze maatregel voor een duur van maximaal vijf jaar worden opgelegd. «*Het gerecht kan Führungsaufsicht van onbeperkte duur opleggen (§ 68 c lid 2) wanneer betrokkene een bij voorwaardelijke invrijheidsstelling opgelegde voorwaarde met betrekking tot het meewerken aan behandeling (§ 56 lid 3 nr. 1 StGB) niet inwilligt, en een gevaar voor ernstige recidive te vrezen is.*»¹⁸⁰

Führungsaufsicht is in aanvulling op het reclasseringstoezicht, *Bewährungshilfe*, en kent ruimere controlemogelijkheden. De voorwaarden die in het kader van de *Bewährungshilfe* worden gesteld zijn vergelijkbaar met die in Nederland, maar bij daders van bepaalde seksuele delicten kan een behandeling of een lichamelijke ingreep een verplichte voorwaarde zijn voor voorwaardelijke invrijheidsstelling.

Anders van aard is de *Sicherungsverwahrung*, een vorm van preventieve detentie voor (inmiddels) toerekeningsvatbare delinquenten. De straf c.q. maatregel is dan beëindigd, maar de betrokkene vormt nog steeds een ernstig gevaar voor de maatschappij. De *Sicherungsverwahrung* duurt tien jaar en stamt uit het jaar 1933.

¹⁷⁸ Van Gestel, Van der Knaap, Hendriks m.m.v., De Kogel, Nagtegaal & Bogaerts, 2006.

¹⁷⁹ De Kogel & Nagtegaal, 2006.

¹⁸⁰ De Kogel & Nagtegaal, 2006.

3.9.3 Conclusie

De commissie concludeert dat wetenschappelijk bewijs ontbreekt om uitspraken te doen over effectiviteit van aftercareprogramma's, maar kan tevens niet stellen dat ze *niet* werken. Wetenschappelijk onderzoek ernaar is in ontwikkeling. Het WODC bijvoorbeeld zet de literatuurstudie voort om te bekijken of de gevonden werkzame mechanismen ook op de forensisch psychiatrische doelgroep van toepassing zijn. Deze studie wordt medio 2006 afgerond. De commissie erkent voorts, dat de mogelijkheden voor technologische vormen van toezicht beperkt zijn. Alleen bij gemotiveerde en weinig risicovolle personen biedt dit instrumentarium voldoende veiligheid.

De commissie ziet de grote voordelen van langer toezicht na behandeling in de kliniek.

De diversiteit aan wettelijke modaliteiten is in het buitenland, met name in de Angelsaksische landen, groter dan in Nederland. Dat biedt vanzelfsprekend meer mogelijkheden voor verschillende vormen van toezicht op verschillende, gedifferentieerde doelgroepen. Wel moet worden bedacht dat sommige van deze groepen in Nederland tbs met dwangverpleging krijgen opgelegd – en dus niet eerder uit een tbs-kliniek wordt ontslagen voordat het recidiverisico aanvaardbaar is – waar zij in het buitenland een «gewone» gevangenisstraf uitzitten.

3.10 Slachtofferbeleid

Sinds januari 2005 bestaat het zogeheten Landelijk Informatiepunt tbs-verlof (LITV). Het betreft een centrale voorziening van het openbaar ministerie te Arnhem, dat slachtoffers of hun nabestaanden informatie verstrekt over de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Hiermee wil men een plotse, ongewenste confrontatie tussen het slachtoffer en dader voorkomen.¹⁸¹

Op grond van de Aanwijzing slachtofferzorg informeert het LITV slachtoffers die hebben aangegeven informatie te willen ontvangen over de volgende momenten:

- de opname in een tbs-kliniek (maar niet welke);
- het begeleid verlof of onbegeleid (eventueel intrekken van de machtiging);
- het transmuraal verlof/proefverlof (eventueel intrekken van de machtiging);
- de verlenging of beëindiging van de maatregel;
- onttrekking/ontvluchting en eventueel overliden van de tbs'er.

De directeur van Slachtofferhulp Nederland verwoordt het belang hiervan:

De heer Smit (directeur Slachtofferhulp Nederland): «[...] Je moet niet vergeten dat het tamelijk onzeker is wanneer een tbs'er vrijkomt. Voor een slachtoffer of nabestaande is het daarom van groot belang te weten wanneer hij de persoon in kwestie tegen kan komen. Het zal u niet verbazen dat slachtoffers willen dat de persoon die die vreselijke dingen heeft uitgehaald stevig wordt gestraft, dat er vergelding is. Zij knippen 'em vaak als zij weten dat die persoon vrijkomt. Weten zij wanneer die persoon vrijkomt dan kunnen zij zich daar nog op instellen. Tbs-maatregelen worden opgelegd na het plegen van zeer ernstige delicten en bij het vertonen van gestoord gedrag. Als dat laatste niet is vastgesteld, wordt de maatregel van tbs niet opgelegd. Het slachtoffer verkeert daarom elke twee jaar in spanning omdat niet bekend is of de maatregel wordt verlengd. Dus slachtoffers en nabestaanden hebben keer op keer te maken met de vraag: wat staat mij te wachten? Ik meen dat wij voor dat aspect meer oog moeten hebben.»

¹⁸¹ Kamerstuk, 29 452, nr. 18.

Ook de informatievoorziening vanuit een kliniek aan een buurt waar een tbs-kliniek zich bevindt of aan een buurt waar (ex) tbs'ers worden gehuisvest in het kader van transmuraal verlot, proefverlot of (voorwaardelijke) beëindiging, is van belang. Deze informatieverstrekking wordt aan de klinieken zelf overgelaten. De invulling verschilt per kliniek. In sommige gevallen zijn buurten niet in kennis gesteld over de plaatsing van (ex-)tbs'ers; in andere gevallen zijn woonwijken al jaren op de hoogte van de achtergrond van hun medebuurtbewoners. In beide gevallen hoeft dat niet tot problemen te leiden, maar goede communicatie met de omgeving kan onnodige misverstanden voorkomen, zoveel is de commissie duidelijk geworden tijdens werkbezoeken.

Tijdens de openbare gesprekken worden enkele problemen rondom plaatsing van (ex)tbs'ers in een buurt duidelijk. In een Venlose buurt komen buurtbewoners via het geruchtencircuit er achter dat de Rooyse Wissel een huis had gekocht. Zij moeten zelf op zoek naar informatie.

Mevrouw Noorda (buurtbewoner Venlo): «[...] Een van de wijkbewoners heeft vervolgens contact opgenomen met de gemeente en de Rooyse Wissel. Die kliniek heeft daarop een informatieve brief gestuurd naar de mensen die naast het betreffende huis woonden. Dus vier of vijf bewoners van de buurt hebben die brief gekregen. De informatievoorziening was daarmee zeer beperkt en die kwam nadat de Rooyse Wissel het huis had gekocht.»

Vervolgens blijkt dat informatieverstrekking door onder andere het Ministerie van Justitie eveneens moeizaam:

Mevrouw Noorda: «[...] Dus de problemen werden min of meer gebagatelliseerd. Wij hadden heel graag goede gegevens gekregen over mogelijke risico's en recidivering, maar de gegevens die wij kregen waren strijdig met elkaar. [...] Gaandeweg merkten wij echter dat er met de cijfers werd gegooid om ons gunstiger te stemmen. Ondertussen waren wij op zoek naar de juiste informatie. Daartoe heb ik acties ondernomen. Ik heb bijvoorbeeld contact gelegd met het EFP, met het Trimbos-instituut en met het Ministerie van Justitie, maar het was erg moeilijk om feitelijke informatie te verkrijgen. Ons werd steeds verweten dat wij handelden op basis van emotie. Dat vond ik niet terecht, want wij zochten heel erg naar feiten. Het feit dat er weinig feiten zijn, is ook een gegeven.»

De commissie kan geen uitspraken doen over deze specifieke gebeurtenis. Wel stelt de commissie dat indien een kliniek besluit tot het bekend maken van plaatsing van (ex-) tbs-gestelden in een woonwijk dat de informatievoorziening en communicatie correct en adequaat moet zijn.

3.11 Samenvatting en conclusies

Op basis van het bovenstaande komt de commissie tot de volgende conclusies:

Instroom/doorstroom/uitstroom

De vrijheid van tbs-klinieken om ggz-voorzieningen in te kopen, naar aanleiding van de eerste IBO, heeft weliswaar geleid tot een toename van het aantal transmurale voorzieningen, maar gezien de huidige problematiek nu 10 jaar later in onvoldoende mate. De aanbevelingen van IBO I zijn in die periode nauwelijks uitgevoerd dan wel pas tot uitvoering gebracht ná het volgende interdepartementale beleidsonderzoek, IBO II *Over Stromen*.

Gezien de capaciteitstekorten en de beperkte capaciteitsuitbreiding is de Wet Fokkens, waarin onder andere de voorwaardelijke beëindiging wordt

geregeld, net als het WODC in 2001 vaststelde nog steeds een dode letter en zal dat in de nabije toekomst waarschijnlijk blijven.

Ondanks alle maatregelen en voornemers zijn de uitstroom en doorstroom anno 2006 nog altijd problematisch. Achteraf kan wel worden vastgesteld dat genomen maatregelen het probleem niet hebben opgelost, maar niet dat ze geen enkele bijdrage hebben geleverd. Nieuwe, aanvullende maatregelen blijven noodzakelijk.

Het wetsvoorstel tot verlenging van de voorlopige beëindiging van de tbs is op verzoek van het kabinet Balkenende I aangehouden. Uit de correspondentie tussen Kamer en kabinet kan niet de conclusie worden getrokken dat het wetsvoorstel ten principale op onvoldoende steun van de Tweede Kamer kon en kan rekenen. De brief van de minister van Justitie van 19 april 2004 doet ook vermoeden dat het traject is vertraagd op initiatief van het kabinet met nadere studies als motivatie.

Longstay

Tbs-patiënten moeten niet onnodig dure behandelplekken innemen, wanneer verdere behandeling geen perspectief biedt op resocialisatie. De «*longstay*» mag tegelijkertijd niet tot een ongemotiveerde en verkapt vorm van levenslang verworden. Gezien de diversiteit van de huidige longstay-populatie dient op voorzieningenniveau meer onderscheid te worden aangebracht tussen zorg- en veiligheidsbehoefte.

De invoering van een speciaal verblijfstarief na zes jaar behandeling kan hebben bijgedragen aan het feit dat plaatsing in de longstay sneller dan voorheen werd aangevraagd. Tegelijkertijd is de tbs-populatie zelf veranderd en is het begrip behandelbaarheid een steeds sterkere rol gaan spelen. Achteraf is niet vast te stellen hoe deze twee ontwikkelingen elkaar precies beïnvloedden. De commissie steunt het uitgangspunt dat behandelingskosten tegen behandelingsresultaten worden afgezet. Adequate waarborgen bij de indicatie voor longstay moeten voorkomen dat patiënten onnodig worden aangemeld voor de longstay.

Plaatsingssystematiek

De aanpassing van de plaatsingssystematiek heeft veranderingen tot gevolg gehad. De tbs-klinieken zijn opener, meer naar buiten gericht en meer bereid gegevens met elkaar te delen. Dit proces is echter nog niet ten einde. Bovendien is door de aselechte toewijzing specialisatie met betrekking tot behandeling van pathologieën naar de achtergrond verdwenen. De vraag is welke doelstelling anno 2006 het zwaarste weegt: vergelijkbaarheid of specialisatie?

Kwaliteitsverbetering

De oprichting van het EFP is een goede stap in het proces van kwaliteitsverbetering, maar de vraag is of de huidige positionering en taakstelling van het EFP in de toekomst voldoende waarborgen biedt. Succes is niet alleen afhankelijk van financiële middelen, maar evenzeer van de beschikbaarheid van informatie en de bereidheid binnen de tbs-sector kennis te delen.

Het is van het grootste belang dat wetenschappelijk onderzoek wordt voortgezet en geïntensiveerd. Daarbij hoort een onderzoeksprogramma dat op wetenschappelijke merites wordt beoordeeld en van voldoende middelen is voorzien. Van belang is dat ook de kennisdeling wordt

georganiseerd. Daarvoor zijn opleidingen nodig. Op dit moment bestaan er nog geen initiële opleidingen in de forensische psychiatrie.

De moeizame wijze waarop kwaliteitssystemen worden ontwikkeld en data worden bewaard en gebruikt, illustreren dat de tbs-sector nog midden in een professionaliseringsproces zit. Dit proces dient door het Ministerie van Justitie te worden gestimuleerd en aangestuurd. De commissie betreurt dat een landelijk integraal kwaliteitssysteem nog niet is ingevoerd.

Sturing en financiering

Mede gezien de voortdurende passantenproblematiek en capaciteits-tekorten is het de vraag of de minister van Justitie over voldoende bevoegdheden en sturinginstrumenten beschikt om zijn politieke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de tbs-maatregel waar te maken. Het Ministerie van VWS bemoeit zich nauwelijks met tbs.

De sturingsmogelijkheden van de minister worden sterker als de aanbevelingen van de commissie Houtman worden ingevoerd. De commissie heeft geen principiële bezwaren tegen overheveling van het budget naar de Justitiebegroting, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

De commissie onderschrijft de noodzaak van een gemeenschappelijke taal voor de twee domeinen/departementen. DBC's zouden die rol kunnen vervullen, maar eerst moet goed in kaart worden gebracht hoe en of DBC's toepasbaar zijn in de forensische psychiatrie.

Uitgaande van de conclusies van de commissie Houtman moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De voorwaarden zijn:

- beveiligingscomponent bij de DBC's;
- onafhankelijke vaststelling van de tarieven;
- opstellen en vaststellen van DBC's door professionals uit het veld van de forensische psychiatrie;
- nazorg dient onderdeel te zijn van de DBC;
- acceptatieplicht voor klinieken;
- controle en inspectie door onafhankelijke instanties.

Nazorg

Wetenschappelijk bewijs ontbreekt om uitspraken te doen over effectiviteit van aftercareprogramma's, maar er kan ook niet worden gesteld dat ze *niet* werken. Wetenschappelijk onderzoek ernaar is in ontwikkeling. Het WODC vervolgt de literatuurstudie om te bezien of de gevonden werkzame mechanismen ook op de forensisch psychiatrische doelgroep van toepassing zijn. Deze studie wordt medio 2006 afgerond. De mogelijkheden voor technologische vormen van toezicht zijn beperkt. Alleen bij gemotiveerde en weinig risicovolle personen biedt dit instrumentarium voldoende veiligheid.

De commissie ziet grote voordelen bij langer toezicht na behandeling in de kliniek.

De diversiteit aan wettelijke modaliteiten is in het buitenland, met name in de Angelsaksische landen, groter dan in Nederland. Dat biedt vanzelfsprekend meer mogelijkheden voor verschillende vormen van toezicht op verschillende, gedifferentieerde doelgroepen. Wel moet worden bedacht dat sommige van deze groepen in Nederland tbs met dwangverpleging krijgen opgelegd – en dus niet eerder uit een tbs-kliniek wordt ontslagen

voordat het recidiverisico aanvaardbaar is – waar zij in het buitenland een «gewone» gevangenisstraf uitzitten.

Slachtoffers

De commissie kan en wil geen uitspraken doen over de specifieke gebeurtenis in Venlo. Wel stelt zij dat indien een kliniek besluit tot het bekend maken van plaatsing van (ex-)tbs-gestelden in een woonwijk dat de informatievoorziening en communicatie correct en adequaat moet zijn.

HOOFDSTUK 4 ONTTREKKINGEN, ONTVLUCHTINGEN EN RECIDIVE

4.1 Inleiding

De directe aanleiding voor het onderzoek van de commissie is de moord op een bejaarde man uit Amsterdam door een ter beschikking gestelde, die zich aan zijn verlof had onttrokken. In hoofdstuk 1 is uitgebreid ingegaan op de maatschappelijke en politieke gevolgen van deze onttrekking. In hoofdstuk 2 is de rol die de verschillende soorten verlof spelen in de uitvoering van de tbs-maatregel aan de orde geweest.

De onderzoeksvragen die de commissie in dit hoofdstuk zal beantwoorden zijn:

Welke inzichten levert de analyse van onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten tijdens een onttrekking of ontvluchting en (zware) recidive op?

Wat is het effect van categorische maatregelen bij onttrekkingen?

Is het huidige verlofbeleid adequaat in termen van beveiliging van de maatschappij, behandeling en resocialisatie van de veroordeelde?

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op risicotaxatie en risicotaxatie-instrumenten (4.2). Vervolgens worden de effecten van categorische maatregelen bij onttrekkingen besproken (4.3). Daarna komt het recente onderzoek naar onttrekkingen en ontvluchtingen door het Expertise-centrum Forensische Psychiatrie aan de orde (4.4) Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies (4.5).

4.2 Risicotaxatie-instrumenten

4.2.1 Risicotaxatie-instrumenten en inschatting recidiverisico

De risicotaxatie schat in wat het risico is op recidive. In de risicotaxatie heeft het begrip delictgevaarlijkheid (taxatie van de risico's voor delictherhaling) een centrale plaats. Van belang zijn de risicofactoren die ervoor zorgen dat iemand weer delictgevaarlijk wordt. Naar die risicofactoren wordt veel onderzoek verricht. Op basis van die onderzoeken wordt duidelijk welke factoren delictgedrag verklaren. Geprobeerd wordt met deze factoren ook delictgedrag te voorspellen. Bij het voorspellen van delictgedrag moet altijd een slag om de arm worden gehouden omdat elke patiënt verschillend is. Per patiënt zullen bepaalde factoren of bepaalde combinaties daarvan maken dat hij of zij wel of niet delictgevaarlijk is of wordt.

Risicotaxaties hebben altijd al plaatsgevonden. In het verleden ging dat echter op basis van het ongestructureerde klinische oordeel: een subjectieve inschatting van de behandelaar over toekomstig delinquent gedrag. Op basis daarvan werd ingeschat of de patiënt delictgevaarlijk was. In het tweede interdepartementale beleidsonderzoek (IBO II) wordt voorgesteld te gaan werken met gestructureerde taxaties van het recidiverisico.

Sinds het einde van de jaren negentig worden gestructureerde risicotaxaties ontwikkeld. Het voorspellen van recidive wordt sindsdien met behulp van risicotaxatie-instrumenten gedaan. Bij de gestructureerde risicotaxatie wordt, op basis van een aantal vaststaande items, bepaald of

iemand een hoog, een matig of een laag risico op recidive heeft. Dat gebeurt aan de hand van een checklist.

De risicotaxatie heeft een belangrijke functie voor de behandeling. De behandelingsdiagnostiek spitst zich steeds verder toe op het inschatten van de kans op recidive. Door behandelinterventies moet dit risico door risicomangement worden verminderd.¹⁸² Kort gezegd, risicotaxaties spelen een rol in de verschillende stadia van behandeling en bij het aanvragen van verlop. Daarom is het ook van belang dat in de risicotaxatie behalve de historische, niet veranderbare factoren ook de dynamische, wel veranderbare factoren worden ingeschat.

De Gezondheidsraad onderschrijft het belang van het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde mogelijkheden voor risicotaxatie en risicomangement.¹⁸³ De raad stelt dat deze instrumenten ingezet kunnen worden bijvoorbeeld bij het voorkómen van crimineel gedrag van iemand met een psychiatrische stoornis en bij de nog in te voeren voorwaardelijke invrijheidstelling.

4.2.2 Risicotaxatie-instrumenten in de praktijk

Vanaf juni 2004 is het gebruik van risicotaxatie-instrumenten door het Ministerie van Justitie verplicht gesteld. Een aantal van de risicotaxatie-instrumenten is ontwikkeld in Noord-Amerika en is vertaald naar en gevalideerd voor de Nederlandse situatie. Zo bestaat er de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), om de mate van psychopathie te meten, de SVR-20 voor seksuele delinquenten, de Historical Clinical Risk Management (HCR-20) en de Historisch Klinische Toekomst (HKT-30). Daarnaast is de FP-40, de Forensische Profielen ontwikkeld, maar die wordt nauwelijks gebruikt. De HKT-30 en FP-40 zijn in Nederland ontwikkeld.

Deze instrumenten verschillen in de factoren die verantwoordelijk worden geacht voor recidive en de wijze waarop ze worden gemeten. De HCR-20 is aangepast aan de Nederlandse context. Het maakt een onderscheid tussen historische en statische indicatoren, klinische en dynamische indicatoren en toekomstige situatieve indicatoren.

Vergelijkbaarheid klinieken bij gebruik zelfde instrument

Over de vraag welke risicotaxatie-instrumenten verplicht moeten worden voorgeschreven, lopen de meningen uiteen.¹⁸⁴ Er is een internationale markt ontstaan voor risicotaxatie-instrumenten, waarbij belanghebbenden proberen hun instrument zo goed mogelijk te «verkopen». Tegelijkertijd bestaat de wens, dat de klinieken onderling vergelijkbaar zijn. Onderling vergelijken kan wanneer de klinieken eenzelfde risicotaxatie-instrument gebruiken. Onderzoekers onderschrijven het belang van vergelijkbaarheid van gegevens.

Risicotaxatie-instrumenten volgens het EFP

Het EFP heeft in het kader van dit parlementaire onderzoek een studie verricht naar onttrekkingen, ontvluchtingen en recidive. Later in dit hoofdstuk wordt hierop uitgebreid ingegaan (paragraaf 4.4). In de huidige subparagraaf komt het onderzoek van het EFP deels aan de orde, waar het gaat over risicotaxatie-instrumenten. De heer **Hildebrand** (onderzoeker EFP) omschrijft in het openbare gesprek het gebruik van het risicotaxatie-instrument als volgt:

¹⁸² Brand & Van Emmerik, 2001.

¹⁸³ Gezondheidsraad, 2006.

¹⁸⁴ Meyer & Hildebrand, 2005.

De commissie: «Als u uw instrument gaat toepassen, vermindert het aantal verloven drastisch, zou je kunnen zeggen. Wat zijn de effecten op de klinieken?

De heer Hildebrand: Dat het de verloven vermindert, is deels waar, maar het is niet waar dat verloven niet meer zullen plaatsvinden: verloven worden uitgesteld tot het moment dat de patiënt niet meer in de categorie van «hoog risico op onttrekking» valt. Klinieken zullen dus aan de slag moeten met de variabelen en de kenmerken van de patiënt die duiden op een risico op onttrekking. Het gaat daarbij op de attitude van de patiënt ten opzichte van de behandeling: zet hij zich in om wat van de behandeling te maken, is hij bereid om te investeren in vooruitgang, welke copingvaardigheden heeft hij, kan hij makkelijk of moeilijk omgaan met stressvolle omstandigheden? Hetzelfde geldt voor het middelengebruik. Ook daarmee moet de kliniek aan de slag. Misschien blijkt uit de kliniek dat een enkel biertje geen ramp is, maar wij vinden juist dat alcoholgebruik en softdruggebruik een heel goede voorspeller is van onttrekking, ontvluchten en recidiveren. De klinieken moeten dus veel gericht hun behandeling focussen op dit soort risicofactoren.

Wij vinden het dus van belang om veranderbare items op te nemen. Er is ook gebleken dat die in principe veranderbare items – ze zullen immers voor bepaalde patiënten lang niet allemaal veranderen – als cluster variabelen goed voorspellen. Daarbij hebben we het in dit onderzoek moeten laten, omdat we simpelweg de tijd niet hadden voor een verdere differentiatie. In de conclusies en aanbevelingen pleiten we echter wel voor een verdere uitsplitsing. Nu staan mannen en vrouwen bijvoorbeeld in één groep, terwijl het voorstelbaar is dat voor mannen andere risicofactoren een rol spelen dan voor vrouwen. Verder is ook nog niet uitgesplitst naar psychotische versus niet-psychotische patiënten.

De commissie: U heeft dus het accent op de dynamische factoren gelegd, maar u sluit niet uit dat deze en dus ook de recidive voor een groot deel kunnen worden verklaard door het aantal mensen met een antisociale persoonlijkheid?

De heer Hildebrand: Ja, of de mate van psychopathie. Het is mogelijk, maar de voorspellende kracht die wij in dit soort onderzoek hebben gevonden, is ontzettend hoog. De voorspellende waarde van de risicotaxatie-instrumenten zoals die bleek uit het onderzoek in december, de HCR-HKT-vergelijking, was lager. De kracht van de dynamische items is dus erg groot gebleken. Alleen door een verdere differentiatie kan wellicht een betere voorspelling worden bereikt: de antisociale persoonlijkheid, de mate van psychopathie. In ieder geval wordt het niet slechter dan wat we nu hebben gevonden. Dat vind ik het mooie hiervan.»

Volgens het EFP hebben de indicatoren van een risicotaxatie-instrument dus een voorspellende waarde. Op het recente onderzoek naar onttrekkingen en ontvluchtingen zal in paragraaf 4.4 nader ingegaan worden.

4.3 Effecten van categorische maatregelen bij onttrekkingen

4.3.1 Incidenten

De afgelopen jaren hebben zich twee ernstige incidenten voorgedaan. De eerste betreft een incident met een tbs'er uit de kliniek Flevo Future te Utrecht. Naar aanleiding van dit incident is uitgebreid onderzoek gedaan naar de verlooppraktijk bij Flevo Future. Dit levert een aantal belangrijke aandachtspunten op.

In mei 2004 is er, mede naar aanleiding van het incident, een vernieuwd verloopbeleidskader tbs opgesteld. De aanpassingen zijn gebaseerd op voortschrijdend inzicht en resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Belangrijke ontwikkelingen hierbij zijn:

- Meer zicht op de rol van verlof in de behandeling. Zo blijkt uit onderzoek dat een adequaat klinisch verloopbeleid leidt tot lager recidiverisico. Een afwezig of mislukt beleid is daarentegen een indicatie voor een verhoogde recidivekans.¹⁸⁵
- Het wegnemen van de verschillen in verloopbeleid tussen de klinieken die voor 2004 bestonden.

¹⁸⁵ Wartna, el Harbachi & Van der Knaap, 2005.

- De beschikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten (zoals de HCR-20 en HKT-30) binnen het risicomangement, waardoor een meer objectieve en gestandaardiseerde inschatting van het recidiverisico kan worden gemaakt. Tevens worden de risicofactoren bepaald die onder controle moeten worden gebracht. In 2004 is de risicotaxatie als verplicht onderdeel van een verlofaanvraag ingevoerd.
- Het terugbrengen van het aantal verlofmodaliteiten naar drie modaliteiten om de administratieve last te verminderen. Het vorige verlof-beleidskader kent vijf verlofmodaliteiten.

In de brief van 11 juni 2004 meldt de minister deze maatregelen te hebben getroffen om de risico's rond het verlof van tbs-gestelden te beperken. Ook zijn alle bestaande verlofmachtigingen (ongeveer 700) heroverwogen. Voor een aantal tbs-gestelden betekent dit dat hun verlof wordt ingetrokken.

Het tweede incident doet zich voor met een tbs'er uit FPC Veldzicht te Balkbrug. Naar aanleiding daarvan zijn alle verloven in Veldzicht eerst ingetrokken. Daarnaast heeft de minister van Justitie in de Tweede Kamer een aantal aanscherpingen in het verlofbeleid aangekondigd. Deze omvatten:

- bij twijfel geen verlof
- proeven met elektronische volgsystemen
- begeleide verloven met dubbele begeleiding in de startfase van het verlof
- verscherping opsporingsbeleid
- stopzetten van alle verloven indien bij een kliniek een patroon bestaat van onttrekkingen.¹⁸⁶

Deze aanscherpingen zijn door het veld niet allemaal positief ontvangen. De aanscherping leidt ertoe dat ook goedwillende patiënten de dupe worden van extreme voorvallen tijdens onttrekkingen; de goeden hebben te lijden onder de kwaden. De aanscherpingen worden gezien als een gevolg van incidentenpolitiek en het feit dat de minister politiek verantwoordelijk wordt gesteld voor elk incident.¹⁸⁷ Door de politieke en publieke commotie volgen er na elk incident meer richtlijnen, meer toezicht en meer restricties.¹⁸⁸

De commissie heeft tijdens haar werkbezoeken en gesprekken aan verschillende betrokkenen de vraag voorgelegd wat het gevolg is van deze aangescherpte maatregelen. De heer Bartels (hoofd behandeling Van Mesdagkliniek) merkt daarover het volgende op tijdens een besloten gesprek:

*De heer **Bartels**: «Als je een bepaald risico accepteert, hoe stel je dan je verlofbeleid vast? Justitie streeft naar nul procent, maar dat is irreëel.*

*De **commissie**: Hebt u vanuit uw rol als behandelaar bij iemand met een bepaald risicoprofiel een plaatje van het moment van uitstroom? Werkt u ergens naartoe in de behandeling?*

*De heer **Bartels**: Het is iets ruimer. Wij letten vooral op de delictgevaarlijkheid. Het is de vraag of onttrekkingen op zichzelf erg gerelateerd zijn aan de delictgevaarlijkheid. Het is wel zo dat tijdens verlof ontrekkers degenen zijn die delicten plegen, maar over het totaal bekeken taxeren wij degenen die wij met verlof laten gaan, primair op delictgevaarlijkheid. Bij de jaarplanbesprekingen sprak ik altijd met de directie af dat twee onttrekkingen per jaar voor de doelgroep van de borderliners acceptabel was. Eentje heeft zich in 2004 drie maanden onttrokken. Justitie belde mij op en vroeg: hoe staat het ermee? Ik heb gezegd dat, als hij al iemand iets zou aandoen, hij dat zelf zou zijn, door suicide. Nadat hij twee*

¹⁸⁶ Regioplan, 2006.

¹⁸⁷ Regioplan, 2006.

¹⁸⁸ Meyer & Hildebrand, 2005.

dagen terug was, heeft hij inderdaad een zeer ernstige suïcidepoging gedaan, die niet slaagde. Door degenen bij wie hij verbleef, is hij naar de kliniek teruggebracht. Men kon zijn aanwezigheid niet langer aan; hij dreigde psychotisch te worden. Maar goed, dat werd toen acceptabel gevonden. Bij ons ging het vooral om de delictgevaarlijkheid. In de kliniek moet je procedures waarborgen waarin dat goed geregeld is. Justitie zou daarbij best in de keuken mogen kijken. Bij Flevo Future ging het niet goed; dat horen wij ook intern van patiënten die daar gezeten hebben en die nu bij ons zitten. Aan die procedures moet je iets doen. Als je voor 100% veiligheid gaat, ontstaat intern druk.

De commissie: De ene onttrekking is de andere niet.

De heer Bartels: Dat klopt. Ik zou graag een werkgroep starten voor ongevaarlijke onttrekkers. Bij de borderliners heb ik een patiënt die zich al drie keer heeft onttrokken. Als hij zich onttrekt, bellen wij de politie en die haalt hem op als hij bij zijn moeder aan de koffie zit. Hij is bang, hij is gehospitaliseerd, hij is een borderliner dus hij verpest het voor zichzelf. Zo gauw hij binnen is, zou je eigenlijk tegen hem moeten zeggen: nu ga je er weer uit, verplicht. Maar dat kun je dus niet doen».

Uit het onderzoek van Regioplan blijkt dat de klinieken constateren dat de gevolgen van onttrekking soms onevenredig zwaar zijn. Onderscheid tussen kleine en grote overtredingen wordt door ITZ nauwelijks gemaakt. Een voorbeeld van een naar verhouding kleine overtreding is, wanneer een patiënt ondanks de afspraken een glas bier drinkt. Voorheen werd dit opgevat als: de patiënt kan de verleiding niet weerstaan en moet daarin extra worden ondersteund, zonder dat dit verder grote consequenties had voor het verlot van de patiënt.

Schending van gemaakte afspraken tijdens het verlot moet volgens de klinieken per geval worden bekeken. De huidige aanscherping van het verlotbeleid schiet volgens hen voor veel patiënten zijn doel voorbij. Zij zijn de dupe van enkele incidenten tijdens onttrekkingen.¹⁸⁹

Een tbs-gestelde in de Rooyse Wissel meldt over de aangescherpte verlotregels het volgende:

De heer B.: «Je merkt heel veel van wat er de afgelopen keren is gebeurd. Ik zou eigenlijk onbegeleid verlot krijgen. De normale procedure zou sneller lopen, maar nu zijn er buiten weer dingen gebeurd. Ik vind dat zij individueel moeten kijken».

Casus: «Jullie pakken me zo weer op!»

Richard (40) is een gesloten, naar binnen gekeerde man. Vanwege zijn persoonlijkheidsstoornis en autistische stoornis maakt hij moeilijk contact met anderen. Als jongere merkt hij dat door het gebruik van drugs zijn spanningen in het contact met anderen afnemen. Al snel kan hij geen weerstand meer bieden aan de drugs. Om zijn verslaving te bekostigen pleegt Richard overvallen. Hoewel hij verschillende keren probeert hulp te krijgen bij de verslavingszorg, wordt hij telkens snel ontslagen: hij is «te verslaafd».

Richard wordt veroordeeld voor de gewelddadige overvallen en komt na een korte gevangenisstraf in een tbs-kliniek terecht. Het blijkt dat zijn delicten vooral voortkomen uit zijn verslaving aan heroïne en cocaïne. Tijdens zijn behandeling komt hij er achter welke factoren tot zijn verslaving hebben geleid. Hij leert wat hij moet doen om niet meer naar de drugs te grijpen.

Gedurende de behandeling blijkt ook dat Richard «blijvende beperkingen» heeft. Tijdens zijn resocialisatie wordt dan ook de nadruk gelegd op begeleiding en structuur. Hij mag al snel buiten de kliniek gaan wonen in een transmurale voorziening. Hij heeft moeite met de veranderingen; plots maar één medebewoner en niet de hele dag sociotherapeuten om je heen. Met de nodige begeleiding slaagt hij er in een sociaal netwerk op de bouwen én om een baan te vinden. Tijdens een zitting waar de rechter moet beslissen of zijn tbs-maat-

¹⁸⁹ Regioplan, 2006.

regel verlengd moet worden, zegt Richard met verbazing en tranen in zijn ogen: «*Het lijkt wel alsof ik gelukkig ben*».

In de zomer van 2005 ontvlucht een medepatiënt en pleegt een moord op een bejaarde man. Dit leidt er toe dat de kliniek alle verloven heroverweegt. Richard voelt zich hierover erg ongerust en voert vele gesprekken met zijn begeleiders om zijn zorgen te uiten. Hij is er trots op dat hij buiten de kliniek mag blijven wonen, terwijl veel van zijn medepatiënten zijn terug geroepen. Hij is op het laatst de enige patiënt die nog buiten de kliniek woont.

Richard raakt ontregeld en kan de spanning niet goed meer aan. Enkele dagen later wordt ook hij teruggeroepen. Omdat er inmiddels geen plek meer is in de tbs-kliniek wordt hij in een Huis van Bewaring geplaatst. Richard is ten einde raad: «*Ik was al zo ver in mijn traject en nu ben ik weer terug bij af. Ik had mezelf bezworen nooit meer terug te gaan naar de bajas en nu zit ik weer vast!*» Na anderhalve week mag hij weer terug naar zijn woning, maar hij slaagt er amper in het hoofd boven water te houden. Richard heeft een groot wantrouwen opgebouwd richting Justitie en de kliniek en zit vast in zijn woede over wat er gebeurd is. «*Jullie pakken me zo weer op!*» Richard moet uiteindelijk in een reeks psychotherapeutische sessies leren om over zijn trauma's te praten. Stapje voor stapje pakt hij de draad van zijn oude leven weer op.

4.3.2 De Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming

De maatregelen in FPC Veldzicht, naar aanleiding van de moord op een bejaarde man uit Amsterdam door een tbs'er uit deze kliniek, hebben alleen gevolgen voor de tbs'ers op verlof uit deze kliniek. Het rapport dat de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming naar aanleiding van deze maatregel heeft opgesteld is zeer kritisch.

De Raad concludeert dat de intrekking van de verloven, de wijze waarop personen zijn teruggeroepen van dat verlof, de terugplaatsing en onderbrenging in de kliniek en nadien de tijdelijke overplaatsing naar Detentiecentrum Zeist door de betrokken tbs-gestelden zijn ervaren als een grote inbreuk op hun resocialisatie en het tijdens de behandeling opgebouwde vertrouwen in het tbs-systeem.¹⁹⁰

De Raad betwijfelt de noodzakelijkheid van het terugroepen van alle tbs-gestelden wanneer iedere betrokkenheid bij het incident ontbreekt. De kliniek en in het verlengde daarvan de minister van Justitie hadden ook andere maatregelen kunnen treffen.

Uit het onderzoek van Regioplan blijkt voorts:

- «*De huidige aanscherping van het verlofbeleid leidt er volgens de meeste betrokkenen uit de klinieken toe dat ook goedwillende patiënten de dupe zijn van enkele extreme voorvallen tijdens onttrekkingen. De klinieken spreken in dit kader van bulkmaatregelen die weinig recht doen aan de situatie rond de grote meerderheid (men spreekt van meer dan 80%) van de patiënten.*
- *De aanscherping van het verlofbeleid komt volgens de klinieken voort uit de ministeriële verantwoordelijkheid en men stelt deze dan ook ter discussie. Men meent dat de politieke waan van de dag te veel invloed heeft («incidentenbeleid»). Vanuit het Ministerie van Justitie wordt gewezen op de maatschappelijke gevoeligheid rond het thema tbs en op het belang van de politieke verantwoordelijkheid die bij de minister van Justitie ligt.*
- *Door de beperktere verlofmogelijkheden bestaat volgens de klinieken de mogelijkheid dat het aantal contraire beëindigingen door de*

¹⁹⁰ Raad voor Strafrechtstoepassing, 2005.

rechtbank toeneemt. De duur van de behandeling van patiënten neemt immers toe en dit kan voor de rechter een argument zijn om contrair te beslissen. Het is echter niet duidelijk in hoeverre hiervan al sprake is.»¹⁹¹

De heer **Korthals** (voormalig minister van Justitie) vraagt ten slotte aandacht voor de rol van de Tweede Kamer in deze:

«Ik vind oprecht dat de Kamer veel te veel incidentgericht is. Dat doet het voor de bühne erg goed: je maakt veel lawaai, je komt in de publiciteit en weet ik wat. Maar het lost niets op, daar ben ik heilig van overtuigd. Sterker nog, het bevordert angst bij diegenen die met dit systeem moeten werken. En die angst gaat in feite weer leiden tot allerlei tekortkomingen aan het systeem. Ik noem maar dat mensen minder vaak verlof durven te geven. Ik noem rechters die sneller geneigd zullen zijn om tbs te gaan opleggen, hoewel zij dat altijd zullen ontkennen.»

4.4 Onderzoek naar onttrekkingen van Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag van de commissie naar incidenten, ontvluchtelingen en incidenten heeft het EFP in opdracht van de minister van Justitie en in overleg met de commissie onderzoek verricht. Het EFP heeft een analyse verricht van de onttrekkingen, ontvluchtelingen en recidives die plaatsvonden in de periode 2000–2005. Het gaat daarbij om het aantal en de aard van onttrekkingen, ontvluchtelingen, en recidives (tijdens een onttrekking of ontvluchting). Daarnaast is gevraagd uitspraken te doen over de voorspellende waarde van achtergrondkenmerken van tbs'ers (risicofactoren) voor de voorspelling van de kans op een onttrekking, ontvluchting, respectievelijk recidive in verband met de wijze van verlofverlening aan tbs'ers in de toekomst.

In deze paragraaf komen de resultaten van de het EFP-onderzoek aan de orde. Achtereenvolgens worden de bevindingen aangaande de onttrekkingen, ontvluchtelingen en recidives besproken (paragraaf 4.4.1 tot en met 4.4.4). Ook wordt kort stil gestaan bij de conclusies die het EFP heeft getrokken (4.4.5).

Wat de commissie bij de gesprekken met het EFP opvalt is de stelligheid, waarmee het voorspellende waarde toekent aan de gevonden indicatoren. De commissie kan zich voorstellen dat onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds het *verklaren* van gebeurtenissen uit het verleden bij hoge correlaties tussen onderzochte factoren, en anderzijds het *voorspellen* van soortgelijke gebeurtenissen in de toekomst aan de hand van diezelfde factoren. Het verleden zegt immers niet alles over de toekomst. Over de gegevens uit het verleden zegt de heer **Hildebrand**:

De commissie: «Uw conclusies zijn nogal stellig: u zegt niet dat de recidives «mogelijk kerwijs» hadden kunnen worden voorkomen, u stelt dat 13 van de 20 ernstige hadden kunnen worden voorkomen, waaronder de 9 zeer ernstige die de maatschappij ernstig hebben gechoqueerd. U zegt echt dat die hadden kunnen voorkomen als dit model was gebruikt bij het checken van het risico en als er mee zou zijn beslist.

De heer Hildebrand: Precies. Dat is overigens wel heel relevant, dat je er niet alleen mee werkt, maar ook het besluit wordt genomen op basis van het model.

De commissie: U geeft echter tegelijk aan dat uw keuze van de factoren niet noodzakelijk is; het is denkbaar dat andere, zoals statische factoren naast de dynamische, een rol hebben gespeeld. U zegt ook dat data niet altijd centraal beschikbaar zijn, dat de deskundigheid van degenen die de risicotaxatie maken, bevorderd moet worden. Laat ik hieraan toevoegen een uitspraak van de heer Oppedijk van vorige week, die zei dat de risicotaxatie-instrumenten, de HKT-30, maar voor 30% nauwkeurig kunnen voorspellen. U heeft de

¹⁹¹ Regioplan, 2006.

elementen van dat instrument voor dit onderzoek gebruikt. Een en ander heeft bij u niet geleid tot voorzichtigere conclusies. Kunt u uw stelligheid onderbouwen?

De heer Hildebrand: Mijn antwoord is heel simpel: dat blijkt uit de gegevens. Ik heb wel gezegd dat het gaat ten koste van iets: je houdt het verlov van andere mensen, mensen in de controlegroep, tegen, of je stelt dat uit, omdat die ook hoog scoren op het instrument. Maar, heel simpel: uitgaande van de beslisregel «hoog = geen verlov toekennen», waren die recidives er in die periode niet geweest. Misschien hadden ze dan later plaatsgevonden vanwege het uitstel, maar dit is nu eenmaal het resultaat van het model: uitgaande van het model waren die inderdaad voorkómen. Dat heeft niets te maken met het gegeven dat de HKP-30 volgens de heer Oppedijk in 30% van de gevallen goed voorspelt; dat staat daar geheel los van, dat is iets totaal anders. Ik ben inderdaad stellig. [...]

De commissie: Kort samengevat: het gebruik van dit instrument kan meer voorkomen dan alleen maar wat u hier heeft aangetoond, als dit andere onderzoek hiermee in lijn is. De effecten zijn breder dan wat hier is aangetoond.

De heer Hildebrand: Ja. Wij hebben dat voor dit onderzoek niet gedaan, want wij wilden ons expliciet richten op de specifieke groep recidives na onttrekking. Het is echter mogelijk om op basis van de gegevens die wij nu hebben, te kijken naar andere recidivisten tijdens een normaal verlopen verlov en een nieuwe categorie van recidives tijdens verlov te maken, en daar opnieuw te kijken naar goede voorspellers.

De commissie: Het materiaal is er, maar dit viel niet binnen uw onderzoekskader.

De heer Hildebrand: Dat klopt.»

In de volgende subparagrafen, waar het EFP-onderzoek wordt besproken, wordt de term *voorspellen* gebruikt waar het EFP-onderzoek wordt toegelicht. De commissie is voorzichtiger met het gebruik van deze term, omdat die buiten de wetenschappelijke context suggereert dat recidives in de toekomst kunnen worden voorspeld.

4.4.1 Hoofdpunten uit het EFP-onderzoek

Een incident is niet hetzelfde als een onttrekking en een ontvluchting. Een onttrekking is een ongeoorloofde afwezigheid van de tbs-gestelde vanuit of na een verlov. Het gaat dan om een onttrekking aan de voorwaarden van het verlov, zoals de bestemming, de duur of het toezicht. Een onttrekking doet zich ook voor als de tbs'er naar zijn moeder gaat in plaats van naar de winkel of een trein mist, daardoor een uur te laat terug is in de kliniek en de kliniek daarover niet belt.

Een ontvluchting is de ongeoorloofde afwezigheid van de tbs-gestelde vanuit een intramurale instelling of vanuit het terrein van deze instelling. Tijdens onttrekkingen en ontvluchtingen bestaat de kans dat recidives plaatsvinden. De onderzoekers hebben recidive gedefinieerd als een delict waarvoor (tenminste) een procesverbaal is opgemaakt.¹⁹²

Daarnaast kunnen incidenten zich voordoen in de kliniek zonder dat er sprake is van verlov. Er worden zogenaamde type I- en type II-incidenten onderscheiden. Type I-incidenten zijn ernstige ordeverstoringen, alcohol- en drugsgebruik, seksueel ongewenst gedrag, verbale agressie en agressie met materiële schade. Type II-incidenten zijn (seksuele) fysieke bedreigingen of geweld, lichamelijk letsel toebrengen, gijzeling, bezit steek- of slagwapen en gewelddadig gedrag.

Uit het EFP-onderzoek blijkt dat in de onderzochte periode 488 onttrekkingen plaatsvinden, waarvan 22 zijn gevolgd door een recidive. In diezelfde periode vinden 91 ontvluchtingen plaats, die in drie gevallen gepaard zijn gegaan met een recidive. Daarnaast vinden nog 37 andere recidives plaats zonder onttrekking of ontvluchting. Ongeveer tweederde van de onttrekkingen duurt niet langer dan drie dagen. Bij tweederde van

¹⁹² Hildebrand, 2006.

de onttrekkingen keert de tbs-gestelde zelf terug naar de kliniek om zich weer te melden.¹⁹³

Het onderzoek gaat in op de verschillen tussen de tbs'ers met en zonder recidive. De ene groep is daarbij de onderzoeksgroep en de andere groep de controlegroep. Men zoekt naar variabelen die een voorspellende waarde hebben voor recidive. Uit eerder onderzoek is gebleken, dat zowel statische als dynamische indicatoren van belang zijn voor het voorspellen van recidive tijdens verlof.¹⁹⁴ In het EFP-onderzoek zijn 11 dynamische factoren opgenomen. Volgens Hildebrand blijkt uit de onderzoeksresultaten, dat onttrekkingen nauwkeurig zijn te voorspellen met de kenmerken van tbs-gestelden. Van de 20 recidives na onttrekking, hadden volgens dit instrument 13 recidives voorkomen kunnen worden. Daarnaast is ook hier aan de orde dat de toepassing van dit instrument fouten met zich meebrengt. Voor 20% van de verloven uit de controlegroep zou het verlof onterecht zijn uitgesteld omdat zij wel tot de hoge risicogroep horen, maar geen recidive hebben gepleegd.¹⁹⁵

4.4.2 Onttrekkingen

Aantallen en aard

Het overgrote deel van de onttrekkingen (84%) werd verricht door 209 mannen (gemiddeld aantal onttrekkingen per man: 2,0); 16% van de onttrekkingen werd verricht door 21 vrouwen (gemiddeld aantal onttrekkingen per vrouw: 3,8).

Het grootste deel van de onttrekkingen vond plaats vanuit een onbegeleid verlof, namelijk in 63% van de gevallen; in 24% van de gevallen volgde de onttrekking vanuit een begeleid verlof. De overige onttrekkingen vonden plaats vanuit een transmuraal verlof (7%) en proefverlof (6%).

Zoals eerder vermeld, duurde het overgrote deel van de onttrekkingen (64%) niet langer dan drie dagen, keerden de onttrekkers uit eigen beweging terug naar de kliniek, of meldde zich ergens anders.

Het voorspellen van onttrekkingen

De beste voorspellende waarden voor onttrekking vanuit verlof blijken volgens het EFP de variabelen: PCL-R totaalscore, softdruggebruik, alcoholgebruik, attitude ten opzichte van de behandeling en harddruggebruik te zijn. Wat het EFP verder opvalt is, dat de *totaalscore* (op de negen dynamische items die betrekking hebben op het behandelverloop in het jaar voorafgaande aan de onttrekking) de onttrekkingen het beste weet te voorspellen, beter dan de individuele items afzonderlijk. De negen dynamische items van de totaalscore zijn alcohol-, softdrug- en harddruggebruik, impulsiviteit, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, attitude ten opzichte van de behandeling, verantwoordelijkheid delict en copingvaardigheden.

Het doel van het EFP-onderzoek is om op basis van de huidige onderzoeksgegevens na te gaan hoe het aantal onttrekkingen had kunnen worden voorkomen. De bevindingen van de onderzoekers zijn dat bijna 80% van de onttrekkingen goed te voorspellen is met een vijf-item beoordelingsinstrument, bestaande uit de variabelen alcoholgebruik, softdruggebruik, harddruggebruik, attitude ten opzichte van de behandeling en copingvaardigheden.

¹⁹³ Hildebrand, 2006.

¹⁹⁴ Hilterman, 2000.

¹⁹⁵ Hildebrand, 2006.

Van de 457 onttrekkingen zijn 359 verloven (79%) met het vijf-item beoordelingsinstrument terecht uitgesteld. Daarentegen zouden de verloven van 23 van de 113 patiënten (20%) uit de controlegroep onterecht worden uitgesteld. Verder worden 3 van de 457 onttrekkingen (0.007%) onterecht als laag ingedeeld (onterecht, omdat er een onttrekking heeft plaatsgevonden terwijl het risico daarop als laag werd ingeschat). Van de controlegroep wordt 10% (11 van de 113) terecht als laag ingedeeld.

4.4.3 Ontvluchtingen

Aantallen en aard

Er hebben in de periode 2000–2005 in totaal 91 ontvluchtingen plaatsgevonden, in drie gevallen gevolgd door een recidive. Het aantal delictvrije ontvluchtingen bedraagt 88. Drieënvijftig mannen zijn verantwoordelijk voor in totaal 74 ontvluchtingen; 10 vrouwen voor 17 ontvluchtingen. Ongeveer 90% van de ontvluchtingen is binnen een week beëindigd.

Het voorspellen van ontvluchtingen

De beste individuele voorspellers voor ontvluchtingen zijn volgens de EFP-onderzoekers de variabelen vijandigheid, attitude ten opzichte van de behandeling, copingvaardigheden, impulsiviteit en alcoholgebruik. De beste voorspeller voor ontvluchtingen blijkt volgens het EFP de *totaalscore* op de negen dynamische items (alcohol-, softdrug- en harddruggebruik, impulsiviteit, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, attitude ten opzichte van de behandeling, verantwoordelijkheid delict en copingvaardigheden) te zijn.

4.4.4 Recidives

Aantallen en aard

In de onderzoeksperiode vinden in totaal 62 recidives plaats, door in totaal 59 tbs-gestelden (55 mannen en 4 vrouwen); drie tbs-gestelden plegen elk twee nieuwe delicten. Tweeëntwintig van de 62 recidives (35%) vinden plaats na een onttrekking. Van deze 22 recidives na een onttrekking worden twintig recidives (91%) gepleegd door 19 mannen, de overige twee door twee vrouwen (9%).

Dit betekent dat er gemiddeld één recidive per drie maanden vanuit een onttrekking heeft plaatsgevonden in de onderzoeksperiode van zes jaar. Van de 22 recidives die hebben plaatsgevonden vanuit een onttrekking, gebeuren er 14 na onttrekking aan onbegeleid verlof, vier na onttrekking aan proefverlof, drie na onttrekking aan begeleid verlof en één na onttrekking aan transmuraal verlof.

Drie recidives zijn gepleegd na een ontvluchting. De overige 37 recidives zijn recidives, die niet tijdens of na onttrekking of ontvluchting hebben plaatsgevonden maar bijvoorbeeld in de kliniek of tijdens het verlof.

Het voorspellen van recidive

De beste voorspellers voor *gewelddadige* recidive zijn volgens het EFP attitude ten opzichte van de behandeling, alcoholgebruik, softdruggebruik, PCL-R totaalscore, en overtreden van voorwaarden. De *totaalscore* op de negen klinische items betreffende het behandelverloop blijkt volgens het EFP de beste voorspeller voor gewelddadige recidive te zijn.

De *algemene* recidive wordt het beste voorspeld door de PCL-R totaalscore, attitude ten opzichte van de behandeling, alcoholgebruik,

overtreden van voorwaarden en de *totaalscore* op de negen klinische items over het behandelverloop.

Met behulp van het vijf-item beoordelingsinstrument¹⁹⁶ is ook onderzocht in hoeverre recidives na onttrekking voorspeld kunnen worden met dit instrument. De onderzoekers stellen dat, wanneer wordt uitgegaan van dit beoordelingsinstrument en de geformuleerde richtlijnen, deze recidives niet zouden hebben plaatsgevonden omdat deze verlopen uitgesteld zouden worden. Opvallend is dat er geen recidives hebben plaatsgevonden in de categorie laag. Van de 13 recidives die in de categorie hoog vallen waren er negen die als zeer ernstig worden aangeduid, dat wil zeggen wettelijke strafdreiging langer dan acht jaar. Hieronder vallen ook de misdrijven die hebben geleid tot de debatten in de Tweede Kamer en het parlementair onderzoek dat hier het gevolg van was.

4.4.5 Conclusies door het EFP en ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten

Het EFP concludeert dat haar studie voor het eerst zowel systematisch de aantallen en aard van onttrekkingen, ontvluchtingen als recidives (al dan niet na een onttrekking of ontvluchting) in kaart brengt alsmede de voorspellende waarde van individuele risicofactoren voor onttrekkingen, ontvluchtingen en recidive onderzoekt.

De belangrijkste conclusies van het onderzoek luiden als volgt:

- De *kans* op een onttrekking vanuit verlof is volgens de onderzoekers, statistisch gezien, verwaarloosbaar klein afgemeten naar alle verlofbewegingen (0.002%);
- Tbs'ers die zich onttrekken vanuit verlof, ontvluchten of recidiveren tijdens de behandeling (al dan niet na een onttrekking vanuit verlof) verschillen op belangrijke punten van tbs-gestelden die dit helemaal niet doen (de controlegroep). Zo hebben zij in het verleden meer intramurale of ambulante hulpverleningscontacten gehad. Bovendien zijn zij in het verleden vaker veroordeeld voor gewelds- en vermogensdelicten; er is dus sprake van een grotere criminele carrière.
- Deze groep wordt vaker gediagnosticeerd met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis. In het bijzonder dat laatste wijst op een onaangepaste levensstijl. Bovendien is er vaker sprake van psychopathie. Gedurende de tbs-behandeling zet genoemde onaangepaste levensstijl zich voort. Bijvoorbeeld door het overtreden van gestelde voorwaarden en minder inspanning leveren om vooruitgang in de behandeling te boeken. Ook blijkt er vaker sprake te zijn van impulsief gedrag, het niet goed in staat zijn om bij confrontatie met problemen een bevredigende oplossing te vinden.
- Tijdens de tbs nemen onttrekkers ook significant vaker hun toevlucht tot alcohol, soft- en/of harddrugs dan de controlegroep.
- Beoordelaars, mits goed getraind en geïnstrueerd, kunnen tot belangwekkende conclusies en voorspellingen komen over de risico's op onttrekkingen, ontvluchtingen en recidives, op basis van dossierinformatie betrekking hebbende op het jaar voorafgaande aan de onttrekking (respectievelijk ontvluchting, recidive);
- Onttrekkingen vanuit verlof zijn goed te voorspellen door meerdere individuele risicofactoren, te weten: de totaalscore op de PCL-R en alcohol- en/of softdruggebruik in het jaar voorafgaande aan de onttrekking. Redelijk goede voorspellers van onttrekkingen zijn attitude ten opzichte van de behandeling en harddruggebruik in het jaar voorafgaande aan de onttrekking. Onttrekkingen blijken nog beter te worden voorspeld door een combinatie van variabelen die betrekking

¹⁹⁶ Items: alcoholgebruik, softdruggebruik, harddruggebruik, attitude ten opzichte van de behandeling en copingvaardigheden.

hebben op het verloop van de behandeling (de zogenaamde dynamische variabelen) gedurende het jaar voorafgaande aan de onttrekking, waaronder ook de attitude ten opzichte van de behandeling en middelengebruik, aldus de onderzoekers.

- De beste individuele voorspellers van ontvluchtelingen zijn de volgende individuele risicofactoren: vijandigheid, attitude ten opzichte van de behandeling en copingvaardigheden. De genoemde dynamische variabelen samen met onder andere impulsiviteit en alcoholgebruik levert een betere voorspelling van ontvluchtelingen op.
- Gewelddadige recidive tijdens de behandeling blijkt goed te voorspellen door de individuele risicofactoren attitude ten opzichte van de behandeling, alcoholgebruik en/of softdruggebruik gedurende het jaar voorafgaande aan de recidive en de totaalscore op de PCL-R. Een combinatie van variabelen die betrekking hebben op het verloop van de behandeling gedurende het jaar voorafgaande aan de onttrekking, waaronder attitude ten opzichte van de behandeling en middelengebruik levert een nog betere voorspelling op.
- De empirische basis van interventiemethoden voor risicohantering noemen de onderzoekers nog wankel. De huidige bevinding dat juist de dynamische, meer veranderbare items het risico op onttrekkingen tijdens verlof maar ook op ontvluchtelingen en recidive na een onttrekking goed voorspellen noemen de onderzoekers bemoedigend, omdat deze items aanknopingspunten bieden voor behandeling en risicomanagement.

4.5 Samenvatting en conclusies

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de onderzoeksvragen over welke inzichten de analyse van onttrekkingen, ontvluchtelingen en incidenten tijdens een onttrekking of ontvluchting een (zware) recidive heeft opgeleverd. Daarnaast is antwoord gegeven op de vraag naar het effect van categorische maatregelen bij onttrekkingen. Tevens is de vraag beantwoord of het huidige verlofbeleid en de verlengings- en beëindigingsmethodiek adequaat zijn, in termen van beveiliging van de maatschappij, behandeling en resocialisatie van de veroordeelde en toezicht. Hieronder geeft de commissie haar conclusies weer.

Risicotaxaties

Om met de laatste vraag te beginnen: de commissie concludeert dat het huidige verlofbeleid en de verlengings- en beëindigingsmethodiek adequaat zijn, mede met de inzet van de risicotaxatie-instrumenten. Daarnaast blijkt uit onderzoek, dat gestructureerde risicotaxatie altijd betrouwbaarder is dan een klinisch oordeel.¹⁹⁷

De commissie stelt vast, dat met de risicotaxatie-instrumenten gedrag wel achteraf *verklaard* kan worden maar dat *voorspellen* moeilijk is. Uit onderzoek blijkt weliswaar dat de predictieve validiteit goed is, maar dat hierbij een aantal kanttekeningen gemaakt moet worden. Hoewel zowel de HCR-20 als de HKT-30 redelijk goed scoren, zijn er toch wel grote verschillen tussen deze instrumenten. Bij 65% komt het eindoordeel overeen, bij de overige zijn er verschillen. Zo wordt via de HCR-20 mensen eerder een hoog risico toegedicht dan via de HKT-30.¹⁹⁸

Sommige onderzoekers waarschuwen tegen te hoge verwachtingen van de gestructureerde risicotaxatie. Een van de kritiekpunten is dat over toekomstig gedrag van *individuele* gevallen geen uitspraken kunnen worden gedaan.¹⁹⁹ Hildebrand concludeert in zijn onderzoek dan ook, dat een individuele recidive van een specifieke tbs-gestelde ook met de beste voorspelling niet is uit te sluiten.²⁰⁰

¹⁹⁷ Zie onder andere Hilterman, 2000.

¹⁹⁸ Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005.

¹⁹⁹ Brand & Van Emmerik, 2001.

²⁰⁰ Hildebrand, 2006.

Een ander punt van kritiek is, dat het moeilijk is om hier beleid op af te stemmen. Er is bovendien altijd sprake van zogenaamde «fouten» in de verlofverleningen; iemand ten onrechte verlof verlenen of ten onrechte *niet* verlof verlenen.

Het eindoordeel moet altijd gedaan worden in combinatie met een klinisch oordeel en dubbele checks.

Onderzoek Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

Het onderzoek van het EFP geeft inzicht in de onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten in de onderzochte periode. In paragraaf 4.3 is hierop uitgebreid ingegaan en is daarmee tevens de onderzoeksvraag van de commissie beantwoord.

De commissie wil bij het onderzoek de volgende kanttekening plaatsen. De uitkomsten zijn gebaseerd op de onderzochte groep over de periode 2000–2005. Het is nog maar de vraag of bij een andere onderzoeksgroep, bijvoorbeeld eenzelfde soort groep over een andere periode dezelfde verbanden gevonden worden. Kort gezegd is het mogelijk dat de gevonden resultaten niet alles zeggen over toekomstige recidive.

In de risicotaxatieschaal voor verlof van Hildebrand worden vooral de dynamische factoren van belang geacht. Dit wordt gezien als een stap vooruit in het onderzoek omdat dynamische factoren door behandeling te beïnvloeden zijn. De commissie stelt zich de vraag of de dynamische factoren ook daadwerkelijk te beïnvloeden zijn. Uit eerder onderzoek van Hildebrand blijkt dat in de relevante dynamische factoren na gemiddeld 20 maanden behandeling geen enkele significante verandering te zien was.²⁰¹

De commissie constateert verder dat de verlofpraktijk in de klinieken niet is meegenomen in het onderzoek van het EFP naar onttrekkingen, incidenten en recidives. Het evaluatieonderzoek organisatie verlofpraktijk Flevo Future (2004) heeft daartoe wel aanleiding gegeven.²⁰² Recidives kunnen behalve met achtergrond kenmerken van de tbs'ers en het behandelverloop ook te maken hebben met het verlofbeleid van de kliniek.

Het gebruik van risicotaxaties speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten, maar kent beperkingen. Risicotaxatie-instrumenten worden nog niet zolang systematisch in Nederland toegepast. Het is lastig te bewijzen dat door de toepassing ervan de samenleving reeds veiliger is geworden. Uit onderzoek blijkt wel dat een verlofpraktijk met dergelijke instrumenten, betere en meer valide oordelen geeft dan het ongestructureerde klinisch oordeel.

De validiteit van de risicotaxatie-instrumenten is afgeleid van empirische gegevens over bestaande tbs'ers en hun recidive. Meer essentieel is naar het oordeel van de commissie de verklarende factor: de vraag waarom de ene tbs'er wel tot recidive komt en de andere niet. Verklaar op basis van bestaande empirische gegevens is nog niet hetzelfde als het voorspellen van de toekomst.

Gevolgen categorische maatregelen

De commissie concludeert, dat de effecten van de categorische maatregelen een negatieve uitwerking hebben gehad op het hele tbs-veld, zowel op de tbs'ers en hun omgeving, voor de tbs-klinieken en hun personeel, als op het tbs-systeem in zijn geheel.

De commissie is van mening dat dergelijke categorische maatregelen

²⁰¹ Hildebrand, 2004. In: Meyer & Hildebrand, 2005.

²⁰² Doeleman, van den Berg, van Panhuis & van Kordelaar, 2004.

voor het hele veld in de toekomst niet genomen dienen te worden. Wel kan het nodig zijn om vergelijkbare rigoureuze maatregelen voor één of meer klinieken op te leggen wanneer hun verlofbeleid niet in orde is. De commissie constateert verder dat categorische maatregelen verstopping van het systeem tot gevolg hebben.

5.1 Inleiding

Tbs is een strafrechtelijke beveiligingsmaatregel met een dubbeldoelstelling. Het is een vorm van bescherming van de samenleving tegen het risico dat een geestelijk gestoorde delinquent in herhaling valt en opnieuw een (zwaar) misdrijf pleegt. Het dient ook ter behandeling van geestelijk gestoorde delinquenten ter voorkoming van (gevaarlijk) delinquent gedrag. Deze vorm van behandelen binnen een strafrechtelijk juridisch regime – op last van de rechter beveiligen en behandelen, uit te voeren onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie is in internationaal opzicht redelijk uniek. Alleen Duitsland kent een vergelijkbaar systeem.

Bescherming en behandeling kunnen niet los van elkaar worden gezien (de behandeling moet immers leiden tot vermindering van delictgevaar), maar bescherming blijft in de ogen van de commissie de overkoepelende, dominante doelstelling waartegen alle aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn afgewogen. Behandeling van de patiënten in de forensische psychiatrie moet leiden naar dat doel, moet uitmonden in een zo klein mogelijk risico voor de samenleving. Verbetering van het tbs-stelsel betekent in de eerste plaats verbetering van de veiligheid van de samenleving en uitgaande van dat doel, waar nodig aanpassing van het stelsel, de wetgeving of de uitvoering. De aanbevelingen van de commissie in dit hoofdstuk moeten dus ook in dat licht worden gezien. Maar daar hoort een belangrijke opmerking bij: vermindering van recidive en tegelijkertijd vergroting van de uitstroom uit de tbs-maatregel is beiden tegelijk mogelijk, maar uitsluiting en volledige voorkoming van risico's niet.

5.1.1 Hoofdvraag

De leden Wolfsen en Weekers stelden in hun motie die tot dit onderzoek leidde, dat *«het tbs-stelsel in zijn huidige vorm onvoldoende in staat is de maatschappij te beschermen tegen mensen die na behandeling opnieuw ernstige misdrijven plegen»*. Zoals bij ieder onderzoek lag ook de uitkomst van dit parlementair onderzoek niet van tevoren vast. Resultaten zijn het gevolg van het onderzoeksproces. Zoals in hoofdstuk 1 is gesteld: alles was voor de commissie mogelijk, zowel een uitkomst waarin er niets aan de hand bleek te zijn als een uitkomst waarin tbs afgeschaft zou moeten worden. De vraag waar de commissie nu voor staat is, of het huidige tbs-stelsel voldoende robuust is om de 21e eeuw in te gaan. Of biedt het onvoldoende veiligheidsgarantie en moet het in zijn geheel op de schop? Die vraag speelt van meet af aan in de publieke discussie en dient dus ook een plaats te krijgen in het parlementair onderzoek. De commissie heeft zichzelf de vraag gesteld of de typerende mengvorm, waarbij psychiatrische verpleging kan worden opgelegd in een strafrechtelijke context, nog *«van deze tijd»* is. Of dient er een ander systeem van bejegening van delictgevaarlijke personen met een geestelijke stoornis te worden ontwikkeld?

Naar het oordeel van de commissie zijn de uitgangspunten en doelstellingen van het tbs-stelsel niet achterhaald, maar dient er wel degelijk een reeks aanpassingen binnen het stelsel te worden aangebracht c.q. voornemens te worden uitgevoerd. De *«huidige vorm»*, waarover Wolfsen en Weekers spraken, dient naar mening van de commissie te worden

aangepast teneinde de maatschappij beter te beschermen. Die noodzakelijke aanpassingen zijn van juridische, beleidsmatige en praktijkgerichte aard.

De commissie voegt hier aan toe dat de beantwoording van deze hoofdvraag gebaseerd is op een analyse van de onderliggende factoren die het functioneren van tbs bepalen, en niet op de incidenten, hoe ernstig die ook waren. De commissie voegt er ook aan toe, dat ook vanuit de sector zelf de noodzaak tot verandering en aanpassing werd gevoeld. Dat mondde ondermeer uit in de gezamenlijke notitie van de behandel-directeuren van de tbs-klinieken *Tbs in de middenpositie*.²⁰³

5.1.2 Eerdere analyses

Deze notitie en dit parlementair onderzoek staan niet op zichzelf. De afgelopen 10 jaar zijn vele aanbevelingen gedaan die het stelsel moesten verbeteren. De vraag rijst dan waarom na al die interdepartementale beleidsanalyses, inspectierapporten en beleidsvisies het tbs-stelsel nog altijd ter discussie staat. Beschouwing van deze analyses, die sinds midden jaren negentig van de vorige eeuw verschenen, leidt tot de conclusie dat het dominante probleem in de tbs de zogenaamde «verstopping» van het systeem is: de instroom groeit, de door- en uitstroom stagneren en de kosten blijven stijgen. Het tbs-stelsel kampt met capaciteitsproblemen als gevolg van het groeiende aantal tbs-veroordeelingen, waardoor eenvoudigweg meer aanbod in tbs-klinieken moet worden gecreëerd. Die groei van het aanbod moet op een kostenefficiënte manier geschieden, omdat tbs-plaatsen kostbaar zijn. Dat is de reden dat de kabinetten in de jaren negentig zochten naar manieren om de doelmatigheid te vergroten en de behandelduur te verkorten.

De aanbevelingen uit de beide interdepartementale beleidsonderzoeken hebben geleid tot een meerjarig veranderproces, gericht op rationalisering van de sector. Een stuurgroep moest over dit proces waken, maar de commissie heeft niet kunnen achterhalen wat de resultaten daarvan zijn en of deze stuurgroep werkelijk een bijdrage heeft geleverd aan het implementatieproces.

Een specifiek probleem is de aansluiting tussen tbs (tijdens proefverlof, tijdens voorwaardelijke beëindiging, na beëindiging van de maatregel door de rechter) en de ggz (dat vervolgvoorzieningen moet leveren). De beleidsvisie *Veilig en wel* van de commissie Kosto adviseert in twee stappen te komen tot integratie van tbs en ggz met behulp van forensisch psychiatrische circuits. Het ministerie van Justitie zou dan als «zorgkantoor» plaatsen voor tbs'ers in moeten kopen bij de ontstane forensisch psychiatrische circuits van de ggz. Het toenmalige kabinet heeft dit advies niet over genomen en wilde de tbs-klinieken buiten het zorgstelsel houden. Enkele jaren later schetst de (interdepartementale) commissie Houtman hetzelfde probleem tussen justitie en zorg, met een nadruk op de verschillen in aansturing tussen de centralistische, sterk hiërarchische justitiële sector en de gedecentraliseerde zorgsector. Het advies van de commissie Houtman is niet om de sectoren bestuurlijk te integreren, maar om de financiering voor tbs geheel onder te brengen bij het Ministerie van Justitie, die vervolgens als inkoper de tbs-sector strakker aan kan sturen. Dat laatste advies is aan de Tweede Kamer voorgelegd, waarna besloten is de commissie om advies te vragen. De reactie op de voorstellen van de commissie Houtman is in de aanbevelingen verwerkt.

²⁰³ Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV), 2005.

5.1.3 Meerdere oorzaken

De commissie onderschrijft de problemen die in bovengenoemde adviezen zijn beschreven, maar voegt daar het volgende aan toe. De «verstopping» van het stelsel heeft naar het oordeel van de commissie oorzaken die respectievelijk van kwantitatieve en kwalitatieve aard zijn. Het is niet alleen een kwestie van groter wordende aantallen. De stijging van het aantal tbs-veroordelingen, en de groei van de populatie is niet de kern van het probleem. Naast het grotere volume zijn er ontwikkelingen die om een ander antwoord vragen dan doelmatigheid en sturing op kwantiteit. Die ontwikkelingen raken de kwaliteit en professionaliteit van de sector en hebben op een andere manier hun weerslag op het functioneren van het tbs-stelsel. Het samenspel tussen de sturingsvraagstukken in de tbs-sector aan de ene kant en relevante culturele en maatschappelijke vraagstukken aan de andere kant, dient goed in ogenschouw te worden genomen.

De commissie ziet een viertal lange termijn ontwikkelingen die uitvoering van de tbs-maatregel problematiseren.

Ten eerste is de veranderende achtergrond van de tbs'ers relevant: zwaardere delicten, gecombineerd met een grotere diversiteit aan zowel psychische stoornissen als culturele achtergronden, kenmerken de huidige populatie en (!) onderscheiden die van de populatie van 20 à 30 jaar geleden. Tbs-patiënten zijn in veel gevallen gevaarlijker dan voorheen. Er is vaker sprake van patiënten met een combinatie van stoornissen, vaker sprake van verslavingsproblematiek en vaker sprake van een verleden in de psychiatrie en de hulpverlening. Dat maakt behandeling niet eenvoudiger en vraagt in veel gevallen ook om nieuwe vormen van behandeling en medicatie. Deze ontwikkeling vraagt veel van de professionaliteit in de klinieken, van de sociotherapeut tot de psychiater en de onderzoeker.

Ten tweede is verlop door de jaren heen steeds meer onderdeel van de behandeling geworden. Verlop moet een (behandel)doel dienen. Behandelaars realiseren zich dat binnen de kliniek van alles kan worden afgesproken, maar dat alle gedrag binnen de muren een vorm van «droogzwemmen» blijft. Buiten de kliniek moet blijken of de patiënt inderdaad oppakt waar de behandeling toe moest leiden: verminderde delictgevaarlijkheid. Er ontstonden verschillende vormen van verlop.

Die ontwikkeling heeft echter niet tot gevolg dat tbs-patiënten daadwerkelijk sneller en vaker met verlop gaan. De samenleving staat steeds kritischer tegenover ex-delinquenten en dus ook tegenover de reïntegratie van tbs'ers. Tegelijkertijd, en dat is de derde beweging, is een behandelpraktijk ontstaan waarin nieuwe instrumenten ten behoeve van risicomanagement onlosmakelijk onderdeel zijn. Het ontwikkelen en gebruiken van risicotaxatie-instrumenten is daar een voorbeeld van. Deze ontwikkeling is breder en heeft zowel te maken met overheidsbeleid als met professionalisering in de sector. Het maakt dat behandelaars en de klinieken zelf kritischer zijn geworden bij het vormen van een oordeel of een verlofkader kan worden aangevraagd voor de betreffende tbs'er. Ook bij de noodzakelijke ministeriële toestemming voor verlop wordt een kritischer blik geworpen op de aanvraag. Van marginale toetsing door het Ministerie van Justitie lijkt geen sprake (meer).

De meeste aandacht vraagt de commissie voor de vierde beweging: de vele actoren in het vastlopende tbs-stelsel preluderen op (mogelijke)

handelingen van andere actoren, op een later moment, dan wel op (mogelijke) gebeurtenissen elders. De officier van justitie weegt de geschoktheid van de samenleving ten aanzien van het delict mee in zijn strafeis. Hij vordert een hoge(re) gevangenisstraf (naast tbs met dwangverpleging) met als resultaat dat de dwangverpleging op een later moment begint. Dat komt de behandeling niet ten goede. De rechter houdt op zijn beurt in zijn uitspraak zowel rekening met de capaciteit in tbs-klinieken als met de veiligheid van de samenleving. Tbs met voorwaarden kent ook zijn beperkingen (maximaal drie jaar gevangenisstraf, moeizame samenwerking met ggz en reclassering). Tbs heeft lagere recidivecijfers dan het gevangeniswezen. Paradoxaal genoeg maakt een lange behandelduur de samenleving voor een langere periode veilig en om die reden tbs «aantrekkelijk». De volgende actor is het Ministerie van Justitie, de afdeling ITZ, dat preluderend op de maatschappelijke onrust en de politieke debatten, terughoudender wordt met toestemming voor verloven. De klinieken op hun beurt worden terughoudender bij hun advisering inzake (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel. Advocaten zien de uitkomst: lange, soms zelf oneindige tbs-maatregelen en adviseren hun cliënten niet mee te werken, enzovoort enzomeer. Deze vierde beweging is onderdeel van een breder maatschappelijk proces. Het oordeel van instituties en autoriteiten wordt niet meer automatisch vertrouwd. Moderne massamedia brengen lastige beslissingen in eenvoudige, soms versimpelde vorm, bij het publiek in de huiskamer. Ook de tbs-sector ervaart dat.

5.1.4 Van analyse naar aanbeveling

Deze ontwikkelingen zijn niet met een paar eenvoudige maatregelen aan de tekentafel of een vorm van rationalisering te keren. De manier om uit deze neerwaartse spiraal te geraken is het probleem bij de kop en niet bij de staart aan te pakken. Het is zowel een structuur- als een cultuurprobleem. Samengevat is èn uitbreiding van de capaciteit èn diversiteit en flexibiliteit nodig om het probleem op te lossen. Geen van beiden is de panacee voor alle problemen. Daarbovenop komen moeilijk beïnvloedbare maatschappelijk factoren. En dan nog, de overkoepelende doelstelling is verbetering van de veiligheid door vermindering van recidive met de inzet van diverse actoren met eigenstandige bevoegdheden.

De oplossing van dit probleem is niet het doorhakken van een gordiaanse knoop. De commissie wijst erop dat de maatschappelijke kosten van een onvoldoende effectief tbs-stelsel zichtbaar zijn buiten de klinieken en dus in de samenleving. Goedkope oplossingen die leiden tot hogere recidive (zoals gevangenisstraffen in plaats van tbs) creëren een hoge kostenpost die niet terug te vinden is op de begrotingen van de Ministeries van Justitie en van VWS, maar is wel tastbaar bij vele slachtoffers.

De meerwaarde van dit rapport moet zijn, dat in de aanbevelingen dergelijke relevante maatschappelijke en culturele factoren worden meegenomen en meegewogen, inclusief politieke ontwikkelingen, zoals de «incidentgerichtheid» van Den Haag. De commissie constateert dat in veel landen publieke en politieke discussies zijn ontstaan over recidiverende delinquenten met een geestelijke stoornis, en dat veel maatregelen in die landen hebben geleid tot politieke voorstellen die vooral «een daad stelden». Dat is opvallend, omdat al deze landen verschillende stelsels hebben voor geestelijk gestoorde delinquenten, maar toch dezelfde maatschappelijke discussie voeren.

De commissie wil daden die volgen uit een goede analyse: geen snelle, politieke oplossingen. De commissie veronderstelt daarvoor draagvlak te kunnen vinden, aangezien het instellen van de Tijdelijke Commissie Onderzoek Tbs weliswaar zijn aanleiding maar niet zijn oorzaak vond in de debatten na de ontsnapping van de tbs'er Willem S. en de moord die daarop volgde. De politieke discussie liep al langer. De commissie ziet ook draagvlak als gevolg van ontwikkelingen binnen de sector zelf. De bereidheid van de sector om mee te werken aan het parlementair onderzoek was groot, de erkenning dat aanpassingen nodig zijn eveneens.

5.2 Aanbevelingen

De commissie ordent haar aanbevelingen in een bewust gekozen volgorde. De eindfase van tbs, de uitstroom, het beëindigen van de maatregel, komt als eerste aan bod. Verbeteringen in die fase kunnen leiden tot het ultieme doel van tbs: succesvolle reïntegratie in de samenleving van een geestelijk gestoorde delinquent met zo klein mogelijke en zo beheersbaar mogelijke risico's. Maar uitstroom uit de kliniek kan ook zijn (levenslange) vervolgbehandeling in een niet-forensisch kader. Wanneer een rechter iemand tot gevangenisstraf met tbs veroordeelt, dan heeft hij daarin de bescherming van de veiligheid van de samenleving al meegenomen. Uitstroom kan daarom eveneens zijn een forensische zorgvariant voor die tbs'ers die een te groot maatschappelijk risico blijven vormen. Op blz. 130 en 131 zijn de aanbevelingen in 2 schema's weergegeven.

Maar wat is nodig voordat een tbs-patiënt de kliniek kan verlaten? Het tweede cluster aanbevelingen richt zich op de fase van uitvoering van de maatregel: behandeling in de kliniek, inclusief de verlopen met de probleemstellingen en vragen die daarbij horen; verlof en alles wat daar bij hoort.

Daarna komen in het derde cluster de systeemvoorwaarden voor de nieuwe werkwijze aan de orde. Wat is nodig om de juist voorgestelde werkwijze mogelijk te maken? Het systeem, inclusief het juridisch en financiële kader, is er immers ten dienste van de praktijk en niet andersom.

I – Aanbevelingen gericht op de uitstroom

Conclusies

Ondanks alle maatregelen en voornemens zijn de uitstroom en doorstroom anno 2006 nog altijd problematisch. Achteraf kan worden vastgesteld dat genomen maatregelen het probleem niet hebben opgelost, maar niet dat ze geen enkele bijdrage hebben geleverd. Nieuwe, aanvullende maatregelen blijven noodzakelijk.

Wetenschappelijk bewijs ontbreekt om uitspraken te doen over effectiviteit van aftercareprogramma's, maar er kan ook niet worden gesteld dat ze *niet* werken. Wetenschappelijk onderzoek ernaar is in ontwikkeling. Het WODC bijvoorbeeld zet de literatuurstudie voort om te bekijken of de gevonden werkzame mechanismen ook op de forensisch psychiatrische doelgroep van toepassing zijn. Deze studie wordt medio 2006 afgerond. De mogelijkheden voor technologische vormen van toezicht zijn beperkt. Alleen bij gemotiveerde en weinig risicovolle personen biedt dit instrumentarium aanknopingspunten die veiligheid kunnen waarborgen.

Dit in acht nemend ziet de commissie grote voordelen van langer toezicht na behandeling in de kliniek. De diversiteit aan wettelijke modaliteiten is in het buitenland, met name in de Angelsaksische landen, groter dan in Nederland. Dat biedt vanzelfsprekend meer mogelijkheden voor verschillende vormen van toezicht op verschillende, gedifferentieerde doelgroepen. Wel moet worden bedacht dat sommige van deze groepen in Nederland tbs met dwangverpleging krijgen opgelegd – en dus niet eerder uit een tbs-kliniek wordt ontslagen voordat het recidiverisico aanvaardbaar is – waar zij in het buitenland een «gewone» gevangenisstraf uitzitten.

Het is van groot belang dat aansluitende ggz-voorzieningen resocialisatie mogelijk maken.

Differentiatie in het aanbod moet dat ondersteunen. Tegelijkertijd wordt niet altijd optimaal gebruik gemaakt van de beschikbare plaatsen. De overgang van tbs-kliniek naar ggz-voorziening verloopt nog altijd stroef. De oorzaak daarvoor is mede gelegen in factoren als terughoudendheid of zelfs onwilligheid bij de ggz.

Het wetsvoorstel tot verlenging van de voorlopige beëindiging van de tbs is op verzoek van het kabinet Balkenende I aangehouden. Uit de correspondentie tussen Kamer en kabinet kan niet de conclusie worden getrokken dat het wetsvoorstel ten principale op onvoldoende steun van de Tweede Kamer kon en kan rekenen. De brief van de minister van Justitie van 19 april 2004 doet ook vermoeden dat het traject is vertraagd op initiatief van het kabinet met nadere studies als argumentatie.

Het aantal tbs-gestelden, dat als blijvend delictgevaarlijk wordt beschouwd, is gestegen. De tbs-sector realiseert zich meer dan voorheen, dat het delictgevaar van bepaalde tbs-gestelden niet verminderd kan worden en terugkeer in de samenleving als gevolg daarvan niet mogelijk is. Vervolgens moet worden bepaald op welke gronden bepaalde groepen tbs-gestelden als onbehandelbaar gedefinieerd kunnen worden: bijvoorbeeld de tbs-gestelden met een hoge psychopathie score, en daarbinnen voornamelijk psychopaten die seksuele delicten pleegden.

Behandelbaarheid is niet vast te stellen voordat verschillende behandelingspogingen ondernomen zijn. Iemand kan gedurende en als gevolg van de behandeling in (leren) zien dat aanpassing en verdere behandeling wenselijk en noodzakelijk is. Pas tijdens de behandeling kan worden bepaald dat de tbs-gestelde niet behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk is.

De realiteit is, dat de veranderende tbs-populatie met zich mee brengt dat vaker tijdens de behandeling geconstateerd moet worden dat de tbs-patiënt niet behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk is. Een waarschuwing voor de negatieve effecten die ontstaan bij verdachten, advocatuur en rechterlijke macht – als tbs door hen wordt gezien als «*verkapt levenslang*» – is op zijn plaats .

Tbs-patiënten moeten niet onnodig dure behandelplekken innemen, wanneer verdere behandeling geen perspectief biedt op resocialisatie. De «*longstay*» mag tegelijkertijd niet tot een ongemotiveerde en verkapte vorm van levenslang verworden. Gezien de diversiteit van de huidige longstay-populatie dient op voorzieningenniveau meer onderscheid te worden aangebracht tussen zorg- en veiligheidsbehoefte.

De invoering van een speciaal verblijfstarief na zes jaar behandeling kan hebben bijgedragen aan het feit dat plaatsing in de longstay sneller dan voorheen werd aangevraagd. Tegelijkertijd is de tbs-populatie zelf veranderd en ging het begrip behandelbaarheid een steeds sterkere rol spelen. Achteraf is niet vast te stellen hoe deze ontwikkelingen elkaar precies beïnvloedden. Adequate waarborgen bij de indicatie voor longstay moeten voorkomen dat patiënten onnodig worden aangemeld voor de longstay.

Het opstellen van (en toezicht houden op) de voorwaarden bij voorwaardelijke beëindiging vergt kennis van de tbs-gestelde en forensische psychiatrische expertise. Het vraagt niet alleen om samenwerking tussen tbs-kliniek en reclassering maar ook om daadwerkelijke betrokkenheid van de tbs-kliniek bij het toezicht.

De beperkte duur van drie jaar van de voorwaardelijke beëindiging is een belangrijk knelpunt. Dit leidt in de praktijk tot terughoudendheid bij de tbs-klinieken en het openbaar ministerie om tot voorwaardelijke beëindiging over te gaan. Bij twijfel is geen weg terug. Dit beïnvloedt vervolgens de uitstroom en ondermijnt daarmee de effectiviteit van het tbs-stelsel.

Het vraagstuk van de contraire beëindiging raakt niet de kern van de vraagstukken rond het tbs-stelsel. Niet alleen bewijst recent onderzoek dat het in de praktijk weinig voorkomt. Belangrijker is dat in de democratische rechtstaat de rechter altijd een eigen afweging moet kunnen maken.

Op korte termijn zullen de klinieken of instellingen niet langer per plaats gefinancierd moeten worden, maar per aangeboden behandeling. Daarvoor is het wenselijk in de tbs-sector te gaan werken met diagnose-behandelingcombinaties (DBC's) waarmee in de curatieve zorg op dit moment ook wordt gewerkt. Inmiddels zijn er DBC's voor de ggz ontwikkeld. Hierdoor worden de kosten met betrekking tot tbs inzichtelijker.

Aanbeveling 1: voorwaardelijke beëindiging verlengen

De commissie beveelt aan dat de wettelijke termijn voor «voorwaardelijke beëindiging» fors wordt verlengd tot maximaal 9 jaar. Deze generieke wettelijke aanpassing moet meer maatwerk per tbs'er mogelijk maken. Niet iedere tbs'er hoeft 9 jaar voorwaardelijke beëindiging te krijgen. Tbs'ers met grotere zorg- en controlebehoefte (bijv. medicatienoodzaak, dan wel alcohol- en drugsverbod) kunnen op deze wijze gedurende een langere periode worden gevolgd. Terugvalgedrag dat kan uitmonden in verhoogd risico op recidive kan langer worden gemonitord en aan voorwaarden worden gebonden. Opeenvolgende perioden van «voorwaarden» – dus meer vrijheden – binnen de totale termijn van «voorwaardelijke beëindiging», kunnen worden gebruikt om de patiënt te laten wennen aan de nieuwe verantwoordelijkheid die hoort bij resocialisatie. De zorgbehoefte kan steeds opnieuw worden ingevuld. De tbs-kliniek blijft verantwoordelijk (de maatregel is immers niet beëindigd) en bij overtreding van de voorwaarden kan worden besloten tot strengere voorwaarden, of zelfs terugplaatsing in de kliniek.

Deze aanbeveling heeft meerdere effecten. Duidelijk is dat de huidige recidive van 20% bij de bestaande tbs-populatie kan worden verminderd, in die gevallen waar verslechtering in de geestelijke stoornis dan wel verslechtering van gedrag momenteel de opmaat is naar het plegen van

een nieuw delict. Tbs-kliniek en reclassering hebben hierbij aanvullende en in elkaar overlopende toezichttaken.

Het tweede verwachte effect is grotere bereidheid bij de klinieken om bij de advisering aan de officier van justitie bij de jaarlijkse verlenging van de tbs over te gaan tot voorwaardelijke beëindiging. De koudwatervrees een onzeker pad op te gaan waar geen terugkeer mogelijk is kan worden overwonnen. Datzelfde geldt voor de ggz-instellingen die in zorg- en woonvormen voorzien. Deze aanbeveling leidt tot een langere periode van samenwerking tussen tbs-kliniek en ggz en daarmee tot intensivering van de contacten en uitwisseling van (forensische) kennis en ervaring.

Dit veronderstelt wel een betere aansluiting van het behandelaanbod van de klinieken binnen de muren op andere vormen van behandeling buiten de muren. Het vraagt eveneens om aansluiting van de civiele en strafrechtelijke juridische kaders waarin zorg en behandeling worden geboden: de Wet Bopz, de Penitentiaire Beginselenwet en aanverwante regelgeving.

Aanbeveling 2: forensisch psychiatrisch toezicht

De commissie beveelt aan dat tijdens de (langere) voorwaardelijke beëindiging de klinieken samen met de reclassering en eventueel ggz-instellingen toezicht houden op het naleven van de gestelde voorwaarden. De reclassering heeft hierin nu al een taak (rapporteert aan de officier van justitie en adviseert de rechtbank) maar kennis en kunde bij de reclassering is, gegeven de achtergrond van de tbs-gestelde, vaak niet toereikend. Voorwaarden dienen vooral naleefbaar te zijn. Voorwaarden zijn naleefbaar wanneer toezicht en controle goed te organiseren zijn. Reclassering en ggz-instellingen dienen dan tevoren in te stemmen met de opgelegde voorwaarden. Bij het overtreden van de voorwaarden worden de officier van justitie en de tbs-kliniek geïnformeerd over de consequenties van de overtreding.

Daarnaast kunnen de tbs-klinieken zelf nieuwe vormen van forensisch toezicht ontwikkelen met een tarief passend bij de geboden zorg (uitgedrukt in een daarop toegespitste DBC). De ggz en RIBW's blijken vaak huiverig om bepaalde forensische patiënten op te nemen (deels door koudwatervrees) en zullen dat in de toekomst in sommige gevallen ook blijven. Zij stemmen dan niet in met de gestelde en noodzakelijke voorwaarden. Een overbruggingsfase, waarin de kliniek de bemoeizorg biedt, kan in die gevallen soelaas bieden.

Aanbeveling 3: meer nazorg en breder zorgaanbod

De commissie beveelt aan dat het aanbod van vervolgtrajecten tijdens intramurale behandeling en nazorg volgend op (voorwaardelijke) beëindiging van tbs-patiënten wordt vergroot. Dat betekent, dat niet alleen de wettelijke periode waarin een vervolgtraject wordt ingezet kan worden verlengd (zie aanbeveling 1), beter toezicht kan worden gehouden (zie aanbeveling 2), maar ook de context waarin dat plaats vindt beter kan worden afgestemd: (forensisch) beschermd wonen, (forensische) ambulante zorgvoorzieningen.

De commissie ziet als voordeel van dergelijke nazorg dat de veiligheid en risico's beter worden gemonitord. Behandelen in de forensische psychiatrie is immers niet «genezen». Dit betekent dat sommige ex-tbs'ers lang, soms zelfs levenslang (soms paternalistische bemoei-)zorg behoeven, opdat de geestelijke stoornis niet opnieuw leidt tot het plegen van een misdrijf. Daar is vroegtijdige signalering voor nodig. Nieuwe vormen van

zorg en toezicht zijn nodig om recidive te verlagen. Los van de aanwezigheid van de stoornis is dat ook het gevolg van het jarenlange verblijf in eerst de gevangenis, en daarna de tbs-kliniek. Abrupte overgangen vergroten risico's. Geleidelijke overgangen verkleinen risico's. Forensisch psychiatrische circuits maken dergelijke geleidelijke overgangen mogelijk.

Uitvoering van deze maatregel veronderstelt zowel een andere vormgeving als een andere afstemming van de inhoudelijke en de financiële component die bij behandeling hoort: DBC's, inkoopmodellen en dergelijke. Dit brengt een beweging op gang in twee richtingen: van de reguliere ggz richting de tbs-klinieken en vanuit de forensische psychiatrie naar de reguliere psychiatrie. Tbs-klinieken kunnen zelf nieuwe vormen van «ambulant forensisch toezicht» ontwikkelen met een tarief passend bij de geboden zorg. De ggz kan een aanbod ontwikkelen tijdens de fase van voorwaardelijke beëindiging. De huidige koudwatervrees bij de ggz en de RIBW's om bepaalde forensische patiënten op te nemen kan in de toekomst worden overwonnen met betere uitwisseling van informatie over individuele patiënten (case-management).

Aanbeveling 4: «levenslang» tbs

De commissie beveelt aan meer differentiatie te ontwikkelen voor die situaties waarin langdurige vrijheidsbeneming noodzakelijk blijkt, omdat ondanks behandeling in een tbs-kliniek een te hoog risico op recidive blijft bestaan. De huidige «longstay» is te algemeen, de situaties waarin behandeling niet succesvol blijkt te gedifferentieerd. Onvoldoende motivatie is wat anders dan bijvoorbeeld onbehandelbare, niet-beheersbare pedofilie.

Dat betekent dat naast de bemoezorg en nazorg voor (ex-)tbs'ers in een (niet-)strafrechtelijk kader (zie aanbevelingen 1, 2 en 3), er ook personen zijn voor wie geen andere uitweg bestaat dan zeer langdurige, soms zelfs levenslange maatregelen ter bescherming van de samenleving. Deze aanbeveling komt overeen met die van de commissie Kosto in «Veilig en wel».

De ontwikkeling en uitvoering van het nieuwe zorg- en beveiligingsaanbod hoeft niet noodzakelijk plaats te vinden in de huidige tbs-klinieken, maar kan ook plaatsvinden in samenwerking met het gevangeniswezen of de ggz, mits daar wordt voldaan aan de voorwaarden van respectievelijk veiligheid en zorg. Dat betekent plaatsen met een hoog zorgniveau en laag beschermingsniveau naast plaatsen met een hoog beschermingsniveau met een laag zorgniveau²⁰⁴.

De commissie stelt nadrukkelijk dat de huidige ontwikkeling, waarin tbs steeds vaker via «longstay» uitmondt in «levenslange vrijheidsbeneming», een ontwikkeling is die gekeerd moet worden. Dan verwordt tbs tot een zeer kostbaar pseudo-levenslang. Voortzetting van de huidige praktijk leidt tot een situatie waarin «longstay» een vergaarbak wordt voor tbs'ers met een veelheid aan stoornissen en diversiteit aan delictgevaar. In die gevallen ontstaat de paradoxale situatie dat beveiligd wordt waar vooral behandeld moet worden, danwel behandeld wordt waar vooral beveiligd moet worden. De commissie verwacht dat uitvoering van de aanbevelingen 1, 2 en 3 leidt tot minder gebruik van dure «longstay» plaatsen en dat de beschikbare euro's daar worden ingezet waar ze het meeste effect sorteren.

²⁰⁴ Zie ook de notitie «Tbs in de Middenpositie» van de LBHIV.

Aanbeveling 5: ontwikkelen tbs-DBBC

De commissie beveelt aan dat DBC's binnen de forensische psychiatrie en de reguliere psychiatrie verder worden ontwikkeld ter ondersteuning van de (geleidelijke) overgang tussen zorgarrangementen. De ontwikkeling van DBC's in de zorgsector is een gegeven, maar is oorspronkelijk afkomstig uit en gericht op de curatieve zorg. De tbs-sector is behandelinhoudelijk daarmee niet te vergelijken. Evenmin is het organisatiemodel in de reguliere sector van toepassing op behandeling in een strafrechtelijk kader. Toch bieden DBC's aanknopingspunten waar de tbs-sector zijn voordeel mee kan doen, mits wordt geleerd van de ontwikkelingen in de curatieve zorgsector. Dat uit zich in een beperkt aantal DBBC's: Diagnose Behandeling en Beveiligingscombinaties.

Het voordeel van DBBC's voor de tbs-sector is dat voor aansluiting kan worden gezorgd met de reguliere psychiatrie, waar dezelfde ontwikkeling eveneens plaatsvindt. Deze aanpak maakt zorgprogramma's mogelijk die lopen van de allereerste dag van de tbs-opname, via de (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel tot en met de nazorg waar geen strafrechtelijk juridisch kader meer van toepassing is (zie aanbeveling 3). Op dat moment is het regime van de Wet Bopz van toepassing.

Hiermee worden niet langer klinieken of instituten gefinancierd maar de diensten die worden verleend: de behandeling die voor specifieke patiënten noodzakelijk is. De DBC's dienen vanzelfsprekend opgesteld en ingevuld te worden door de professionals die er mee moeten werken. Binnen de tbs-sector kent een DBC noodzakelijkerwijs een veiligheidscomponent en binnen de reguliere psychiatrie niet altijd. Deze dient wel bij de ontwikkeling altijd te worden benoemd om overgangen van regime's met minder zorg en minder bescherming en de bijbehorende kostenniveau's transparant te maken (zie aanbevelingen 3 en 4). De behandel- en beveiligingscomponenten vormen de aangrijpingspunten tussen zorg en beveiliging tijdens het strafrechtelijke regime en het reguliere regime.

Deze aanbeveling veronderstelt dat de huidige tbs-tarieven worden vervangen, maar niet dat prijzen ontstaan in een vrije marktmodel met aan de ene kant het Ministerie van Justitie als vragende partij en aan de andere kant de klinieken als aanbiedende partij. Tarieven dienen onafhankelijk te worden vastgesteld.

II – Aanbevelingen gericht op de uitvoering van de tbs-maatregel

Conclusies

Het is voor behandelaars noodzakelijk over relevante informatie uit eerdere hulpverleningscontacten en eerdere justitiecontacten van de tbs-gestelde te beschikken. Vanuit het oogpunt van veiligheid van de samenleving dient immers niet alleen het recidiverisico voor het indexdelict verminderd te worden, maar ook het recidiverisico voor andere typen delicten.

De ontwikkeling van zorgprogramma's dient vanuit het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie gestimuleerd te worden, opdat de tbs-instellingen gebruik maken van dezelfde, dan wel vergelijkbare zorgprogramma's. De ontwikkeling van zorgprogramma's is tevens een vorm van professionalisering waarbij innovatie «van onderop» van groot belang is.

Dwangmedicatie moet mogelijk zijn in die gevallen dat patiënten geen zelfinzicht hebben in hun ziektebeeld. Daartoe moet voor de tbs-gestelden in de verschillende tbs-klinieken eenzelfde criterium bestaan voor het toedienen van dwangmedicatie.

Wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van behandelmethoden in de forensische psychiatrie moet worden uitgebreid. De dieperliggende factoren die delictrisico verklaren, moeten daarbij worden betrokken.

De aanpassing van de plaatsingssystematiek heeft veranderingen tot gevolg gehad. De tbs-klinieken zijn opener, meer naar buiten gericht, meer bereid gegevens met elkaar te delen. Dit proces is echter nog niet ten einde. Bovendien is door de a-selectie toewijzing specialisatie met betrekking tot behandeling van pathologieën naar de achtergrond verdwenen. De vraag is welke doelstelling anno 2006 het zwaarste weegt: vergelijkbaarheid of specialisatie. De commissie adviseert de voorkeur te geven aan vormen van specialisatie, maar het proces van transparantie en het delen van kennis op andere wijze te blijven stimuleren.

Meer bijzondere aandacht moet worden gegeven aan de behandeling van verslaving, gezien de groeiende verslavingsproblematiek onder de tbs-gestelden. Hierbij kan worden gedacht aan zowel het inrichten van speciale behandelmodules in samenspraak en samenwerking met gespecialiseerde verslavingsklinieken, als specialisatie binnen de tbs-klinieken zelf van behandeling van verslaving ten bate van vermindering van delictrisico.

De oprichting van het EFP is een goede stap in het proces van kwaliteitsverbetering, maar de vraag is of de huidige positionering en taakstelling van het EFP in de toekomst voldoende waarborgen biedt. Succes is niet alleen afhankelijk van financiële middelen, maar evenzeer van de beschikbaarheid van informatie en de bereidheid binnen de tbs-sector kennis te delen.

De moeizame wijze waarop kwaliteitssystemen worden ontwikkeld en data worden bewaard en gebruikt, illustreren dat de tbs-sector nog midden in een professionaliseringsproces is. Dit proces dient door het Ministerie van Justitie te worden gestimuleerd en aangestuurd.

De commissie betreurt dat een landelijk integraal kwaliteitssysteem nog niet is ingevoerd. In de nieuwe relatie tussen het Ministerie van Justitie en de klinieken dient een dergelijk systeem als voorwaarde te worden gesteld.

Mede gezien de voortdurende passantenproblematiek en capaciteitstekorten is het de vraag of de minister van Justitie over voldoende bevoegdheden en sturinginstrumenten beschikt om zijn politieke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de tbs-maatregel waar te maken. Het Ministerie van VWS bemoeit zich nauwelijks met tbs.

De sturingsmogelijkheden van de minister van Justitie worden sterker als de aanbevelingen van de commissie Houtman worden ingevoerd. De commissie heeft geen principiële bezwaren tegen overheveling van het budget naar de Justitiebegroting, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

De commissie onderschrijft de noodzaak van een gemeenschappelijke taal voor de twee domeinen/ministeries. DBC's zouden die rol kunnen vervullen, maar eerst moet goed in kaart worden gebracht hoe en of DBC's toepasbaar zijn in de forensische psychiatrie.

Uitgaande van de conclusies van de commissie Houtman moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De voorwaarden zijn:

- beveiligingscomponent bij de DBC's;
- onafhankelijke vaststelling van de tarieven;
- opstellen en vaststellen van DBC's door professionals uit het veld van de forensische psychiatrie;
- nazorg dient onderdeel te zijn van de DBC;
- acceptatieplicht voor klinieken;
- controle en inspectie door onafhankelijke instanties.

Het huidige verloffbeleid en de verlenging- en beëindigingmethodiek zijn adequaat, mede met de inzet van de risicotaxatie-instrumenten. Met de risicotaxatie-instrumenten kan gedrag wel achteraf worden *verklaard* maar *voorspellen* van toekomstig gedrag is moeilijk. Uit onderzoek blijkt weliswaar dat de predictieve validiteit goed is, maar dat hierbij een aantal kanttekeningen gemaakt moet worden.

De effecten van de categorische maatregelen hebben een negatieve uitwerking gehad op het hele tbs-veld, zowel op de tbs'ers en hun omgeving, voor de tbs-klinieken en hun personeel, als op het tbs-systeem in zijn geheel.

Dergelijke categorische maatregelen voor het hele veld dienen niet te worden genomen. Wel kan het nodig zijn om vergelijkbare rigoureuze maatregelen voor één of meer klinieken op te leggen wanneer hun verloffbeleid niet in orde is.

Categorische maatregelen hebben verstopping van het systeem tot gevolg gehad.

Aanbeveling 6: onderzoek naar risico's

De commissie beveelt aan dat de bestaande risicotaxatie-instrumenten verder worden ontwikkeld om de kwaliteit van individuele verloffbeslissingen te verbeteren. Hierdoor ontstaat een continu professionaliseringsproces dat de veiligheid van de samenleving vergroot. Het klinisch oordeel van de professional ondersteunt het instrument, vult dat aan, en komt daar niet voor in de plaats. Instellingen kunnen niet blind varen op deze instrumenten, continue opleiding en bijscholing in het gebruik ervan blijft noodzakelijk.

De commissie beveelt aan dat het lopend EFP-onderzoek naar risicofactoren verder wordt gedifferentieerd en meer wordt afgestemd op de (typen) behandeling. Het recente onderzoek naar incidenten in de periode 2000–2005 is daartoe een goede aanzet. Het moet mogelijk zijn in de toekomst aan te geven voor welke fasen van de behandeling en het verloff welke risicofactoren het meest relevant zijn. Het is niet nodig daarvoor opnieuw nieuwe risicotaxatieschalen te ontwikkelen.

Het gebruik van risicotaxaties speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten, maar kent beperkingen. Risicotaxatie-instrumenten worden nog niet zolang systematisch in Nederland toegepast. Het is lastig te bewijzen dat door de toepassing ervan de samenleving reeds veiliger is geworden. Uit onderzoek blijkt wel

dat een verlofpraktijk, met dergelijke instrumenten, betere en meer valide oordelen geeft dan het ongestructureerde klinisch oordeel vanuit een kliniek.

De validiteit van de risicotaxatie-instrumenten is afgeleid van empirische gegevens over bestaande tbs'ers en hun recidive. Meer essentieel is naar het oordeel van de commissie de verklarende factor de vraag waarom de ene tbs'er wel tot recidive komt en de andere niet. Verklaaren op basis van bestaande empirische gegevens is nog niet hetzelfde als het voorspellen van de toekomst.

Het is een publieke taak het onderzoek naar risicofactoren door te zetten, omdat het resultaat ervan de veiligheid van de samenleving vergroot. Uitvoering van tbs is de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie, deze moet zijn bevoegdheid waar kunnen maken. De tbs-klinieken moeten naar het oordeel van de commissie alle relevante informatie aanleveren voor zowel forensisch-psychiatrisch onderzoek als het oordeel voor de individuele verlofaanvraag. Relevante onderzoeksresultaten moeten op gestandaardiseerde wijze worden teruggekoppeld naar de klinieken. Daarvoor is het nodig met een «format» te werken waarin de individuele items zijn opgenomen. Relevante onderzoeksresultaten moeten ook worden doorvertaald naar wijzigingen in het verlof-format. Daarmee ontstaat een «lerende verlofpraktijk», een effectiever verlofbeleid met een daling van onttrekkingen, ontvluchtingen en incidenten.

Aanbeveling 7: dwangmedicatie

De commissie beveelt aan dat de wettelijke mogelijkheden voor dwangmedicatie tijdens de behandeling in de tbs-kliniek worden vergroot. Dat geldt niet voor alle patiënten, en is aan voorwaarden verbonden (onder andere melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)). Dwangmedicatie dient in het verlengde te liggen van de behandeling en de bijbehorende diagnose (verwerkt in specifieke DBC's) en is in de ogen van de commissie vooral noodzakelijk voor psychotici.

De Wet Bopz, de Penitentiare Beginselenwet en aanverwante regelgeving dienen op elkaar te worden afgestemd, zodat in alle klinieken waar tbs'ers worden behandeld dezelfde regels gelden. Overname van de voorgenomen wijziging van de Wet Bopz maakt bredere toepassing van dwangmedicatie mogelijk.

De commissie realiseert zich dat dwangmedicatie een verstrekkende wettelijke bevoegdheid is van behandelaars jegens hun patiënten. De commissie beseft dat artikel 11 (integriteit van het menselijk lichaam) dat in historisch opzicht recent aan de Grondwet is toegevoegd, spanning kan opleveren met een dergelijke wettelijke bevoegdheid. Daarbij mag niet over het hoofd worden gezien, dat de ontwikkelingen in de medische wetenschap snel gaan. De medicijnen waarover we vandaag spreken zijn niet dezelfde als waarover medici morgen kunnen beschikken.

Op dit moment hebben behandelaars bij de noodzaak tot dwangmedicatie vooral de behandeling van mensen zonder zelfinzicht in hun ziektebeeld voor ogen (psychotici). Beschikbaarheid van medicijnen kan binnen afzienbare tijd ook een veel groter aantal stoornissen betreffen. De juridische discussie over dwangmedicatie concentreert zich op formuleringen over het «gevaarscriterium». De ziekte zelf, de stoornis, is niet wettelijk vastgelegd of ingekaderd. Dan rijst de vraag of de borging van dwangmedicatie voldoende blijft, wanneer de wetenschap vordert. De

commissie stelt daarom voor de bepleite wettelijke algemene bevoegdheid voor dwangmedicatie te koppelen aan een horizonsbepaling van 6 jaar, waarna de praktijk wordt geëvalueerd.

Aanbeveling 8: differentiatie en specialisatie

De commissie beveelt aan meer differentiatie en specialisatie van tbs-klinieken en ggz-instellingen mogelijk te maken. Daarbij wordt behoefte aan zorg onderscheiden van behoefte aan veiligheid (zie ook aanbeveling 3). Met meer differentiatie in de tenuitvoerlegging van de (algemene) tbs-maatregel kan capaciteitsuitbreiding niet alleen voor fysieke vergroting van het aantal plaatsen zorgen, maar ook voor meer dynamiek in het stelsel.

Een voorbeeld daarvan is te komen tot speciale klinieken voor patiënten met een psychotisch ziektebeeld. Dergelijke gespecialiseerde klinieken kunnen samenwerken met de ggz en zelfs patiënten zonder strafrechtelijke titel met een hoog veiligheidsrisico opnemen – zoals momenteel Hoeve Boschoord niet alleen zwakbegaafde patiënten heeft opgenomen met een strafrechtelijke maatregel. Maar ook meer differentiatie binnen de bestaande klinieken is denkbaar in de vorm van gespecialiseerde afdelingen.

Meer bijzondere aandacht moet worden gegeven aan de behandeling van verslaving, gezien de groeiende verslavingsproblematiek onder de tbs-gestelden. Hierbij kan worden gedacht aan zowel het ontwikkelen van speciale behandelingsmodules in samenspraak en samenwerking met gespecialiseerde verslavingsklinieken, of zelf specialisatie binnen de tbs-klinieken op behandeling van verslaving ten bate van vermindering van delictrisico.

Aanbeveling 9: inkopen, niet declareren

De commissie beveelt aan het Ministerie van Justitie een duidelijker sturende rol te geven als «inkoper» bij klinieken die behandelen ter uitvoering van de tbs-maatregel (zie ook de voorstellen van de commissies Kosto en Houtman). Hiermee krijgt de minister van Justitie een scherpere bevoegdheid die beter past bij de opdracht die volgt uit het Wetboek van Strafrecht. Tegelijkertijd kan de regie in de forensisch psychiatrische keten beter worden gevoerd.

De commissie voorziet dat met deze taak binnen het Ministerie van Justitie potentieel tegenstrijdige taken terecht komen. Goed en scherp inkopen heeft tot doel de doelmatigheid te verbeteren. Maar die doelmatigheid is mede het gevolg van die andere bevoegdheid: het afgeven van verlofmachtigingen. De commissie wijst er op dat een dergelijke vorm van inkopen van diensten niet gelijk staat aan sturing op resultaten («output»). Het is veeleer processturing, omdat de «output» in de tbs te veel is gebaseerd op onbeïnvloedbare «input» en onbeïnvloedbare omgevingsfactoren. Maar voorwaarde voor de commissie is wel, dat de «verlofgevers» op afstand komen van de «inkopers» (zie aanbeveling 13).

Overheveling van budgetten van de AWBZ naar Justitie impliceert ook een verandering van de begrotingssystematiek. De uitgaven van het Ministerie van Justitie vallen onder de taakstelling horend bij de uitgavenkaders voor het Rijk. Maar de minister van Justitie kan tbs'ers niet in de wachtrij zetten als in november de uitgavenkaders worden overschreden. De nieuwe rol van het Ministerie van Justitie functioneert volgens de commissie daarom pas optimaal, indien wordt voldaan aan een aantal

randvoorwaarden. Ten eerst moet zoals gezegd het ministerie het verlofbeleid blijven vaststellen, maar de individuele beoordeling zelf dient op afstand te worden uitgevoerd. Ten tweede moet de ontwikkeling van speciale forensisch psychiatrische DBC's het mogelijk maken dat Justitie als «inkoper» en de klinieken als «verkoper» dezelfde taal spreken bij de afstemming van vraag en aanbod (zie aanbeveling 5). Ten derde is een acceptatieplicht bij alle klinieken nodig als ultimum remedium, ter voorkoming van niet-plaatsbare tbs'ers. De regimes horend bij de «veiligheidscomponent» en bij de «zorgcomponent» moeten, ten vierde, duidelijk en transparant zijn vastgelegd inclusief (!) de controle en inspectie daarop. Maximumprijzen dienen, ten vijfde, te worden vastgesteld door een onafhankelijk orgaan. En tot slot mogen op het Ministerie van Justitie geen tegenstrijdige bevoegdheden in één hand komen. Voor uitwerking van deze voorwaarden dient een stappenplan te worden opgezet.

III – Aanbevelingen gericht op de instroom van tbs

Conclusies

De vrijheid van tbs-klinieken om ggz-voorzieningen in te kopen, naar aanleiding van het eerste IBO, heeft weliswaar geleid tot een toename van het aantal transmurale voorzieningen, maar gezien de huidige problematiek nu 10 jaar later in onvoldoende mate. De aanbevelingen van IBO I zijn in die periode nauwelijks uitgevoerd dan wel pas tot uitvoering gebracht na het volgende interdepartementale beleidsonderzoek, IBO II *Over Stromen*.

Gezien de capaciteitstekorten en de beperkte capaciteitsuitbreiding is de Wet Fokkens, waarin onder andere de voorwaardelijke beëindiging wordt geregeld, net als het WODC in 2001 vaststelde, nog steeds een dode letter en zal dat in de nabije toekomst waarschijnlijk blijven.

De kern van het vraagstuk rond tbs wordt niet bepaald door het systeem van toerekeningsvatbaarheid dan wel de wijze waarop dit wordt vastgesteld. Kritiek is vaak gebaseerd op verouderd onderzoek, verbeteringsprocessen worden dan onvoldoende meegewogen. Het loslaten van het toerekeningsvatbaarheids criterium heeft zeer vergaande implicaties, zoals het loslaten van het schuldstrafrecht. Bovendien geven betrokken psychiaters en rechters aan de criteria wel degelijk werkbaar te vinden.

Kennis over culturele invloeden op diagnose wordt onvoldoende naar de praktijk overgebracht. De vertaling van onderzoek naar diagnostische instrumenten en behandelmethoden laat te wensen over. Dat beïnvloedt het beoordelingsproces. De groei van de groep verdachten met uiteenlopende culturele achtergronden is al langer gaande.

Als gevolg van het landelijk invoeren van het BooG-instrument en de kwaliteitsslag bij de Pro Justitia rapportages kan in voorkomende gevallen een gedegen Pro Justitia onderzoek plaatsvinden. Toeval dan wel willekeur kunnen op basis van het BooG-instrument in alle arrondissementen worden weggenomen.

De maximumtermijn voor een gevangenisstraf verbonden aan tbs met voorwaarden brengt beperkingen met zich mee. Het is een goede gedachte om iemand eerst een intake te laten doen bij een forensisch psychiatrische kliniek of een forensisch psychiatrische poli. Tijdens deze intake kan goed worden gekeken naar de bereidheid van de persoon om

mee te werken aan de voorwaarden en de aangeboden behandeling. Daarnaast moet vaker gebruik gemaakt worden van de mogelijkheid tot een proefbehandeling in een forensische psychiatrische kliniek, wanneer er twijfels zijn over de motivatie en de daaraan gerelateerde behandelbaarheid. Deze proefbehandeling zou dan plaats moeten vinden tijdens een schorsingsperiode van de voorlopige hechtenis.

Aanbeveling 10: aanpassen tbs met voorwaarden

De commissie beveelt aan tbs met voorwaarden zodanig aan te passen dat er beter en effectiever gebruik van kan worden gemaakt. De wettelijke strafmaat die is gekoppeld aan tbs met voorwaarden van 3 jaar dient te worden verlengd tot 5 jaar. Daarnaast kan de termijn waarop de voorwaarden van toepassing zijn eveneens worden verlengd, in lijn met de redenering in aanbeveling 1. Op die wijze heeft de rechter ruimere mogelijkheden om deze straf van toepassing te verklaren.

De commissie beveelt aan dat de eis van de officier van justitie voortaan vergezeld gaat van zowel een advies van de reclassering over de (handhaafbaarheid van) de voorwaarden als een advies van de ggz. Dat laatste advies kan gebaseerd zijn op een intakegesprek en/of een proefbehandeling van de betrokken verdachte met een geestelijke stoornis.

Aanbeveling 11: culturele factoren

De commissie beveelt aan meer kennis te ontwikkelen over de interculturele factoren die van invloed zijn op de Pro Justitia-adviezen van het Pieter Baan Centrum en de Forensisch Psychiatrische Dienst naar de toerekeningsvatbaarheid van verdachten. Op deze wijze wordt het advies inzake de relatie tussen geestelijke stoornis en delict ontgaan van mogelijke cultuurafhankelijke misinterpretaties.

IV – Aanbevelingen gericht op het systeem

Conclusies

Artikel 37 zorgt in de praktijk voor knelpunten. Ten eerste vanwege de bevoegdheid van de geneesheer-directeur om de maatregel te beëindigen. Ten tweede zorgen de capaciteitstekorten in de psychiatrische ziekenhuizen voor wachttijden.

Detentie kan een negatieve invloed hebben op de stoornis van de tbs-gestelde, en kan de latere behandeling van de behandeling in de tbs-kliniek vertragen of zelfs bemoeilijken. Het probleem is echter breder en niet alleen van toepassing op gedetineerden met een tbs-veroordeling. Ongeveer 1 op de 10 gedetineerden heeft een geestelijke stoornis en slechts een klein deel van de verdachten die door FPD/PBC zijn onderzocht krijgt een tbs-maatregel opgelegd. Hierdoor krijgt een deel van de gedetineerden geen extra zorg en is de eventuele behandeling slechts op beheersing van problemen gericht. Het gebrek aan behandelingsmogelijkheden kan een verklaring kan zijn voor de hoge recidivepercentages onder de gevangenispopulatie.

De recente pilots met préklinische behandeling zijn een positieve ontwikkeling. Deze ingezette vormen van behandeling in detentie kunnen tegemoet komen aan de passantenproblematiek. Ze kunnen doorstromen in tbs-klinieken bevorderen. Op dit moment kan niet bepaald worden hoe de gevangenissetting inwerkt op de behandeling. Daarom moeten de resultaten van de pilots worden geëvalueerd om te bezien of het gestelde

behandeldoel ook wordt bereikt. Daaruit moet blijken of het probleem louter administratief wordt opgelost.

Het is van het grootste belang dat wetenschappelijk onderzoek wordt voortgezet en geïntensiveerd. Daarbij hoort een onderzoeksprogramma dat op wetenschappelijke merites wordt beoordeeld en van voldoende middelen is voorzien. Van belang is dat ook de kennisdeling wordt georganiseerd. Daarvoor zijn opleidingen nodig. Op dit moment bestaan er nog geen initiële opleidingen in de forensische psychiatrie.

Aanbeveling 12: professionele verloftoetsing

De commissie beveelt aan een nieuw te vormen dienst te creëren, waarin de huidige deskundigheid van ITZ verder wordt ontwikkeld. Daar kan de huidige trend van marginale verloftoetsing naar een professioneel inhoudelijke contra-expertise van verlofaanvragen en het gebruik van risicotaxatie-instrumenten worden voortgezet (zie ook aanbeveling 6). De commissie Kosto kwam in «Veilig en wel» tot een soortgelijk advies dat indertijd niet door het kabinet is overgenomen.

De commissie is van mening dat de combinatie van veilige verlofverstrekking en verscherpte aansturing van de tbs-klinieken op (uitstroom)-resultaten zich niet tot elkaar verhouden. De commissie onderscheidt vervolgens twee mogelijke varianten. Een variant waarbij de bevoegdheid tot het geven van individuele verloven bij de uitvoerende macht blijft, maar op grotere afstand van de minister. De tweede mogelijkheid is die bevoegdheid over te hevelen naar de rechterlijke macht en samen te brengen met de bevoegdheid over (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel. De vraag of genoemde bevoegdheden bij de uitvoerende respectievelijk de rechterlijke macht thuis horen hangt af van de vraag of verlof gezien moet worden als expliciet onderdeel van de behandeling (waarvoor de minister van Justitie verantwoordelijk is), of dat verlof gezien moet worden als gedeeltelijke opheffing van een vrijheidsbenemende straf (waarover de rechter beslist).

De commissie adviseert de bevoegdheid tot het afgeven van individuele verlofmachtigingen en de longstay-indicatie onder te brengen bij een nieuw op te richten forensisch psychiatrische dienst. Deze organisatie moet inhoudelijk onafhankelijk zijn, waarbij een algemene politieke verantwoordelijkheid van de minister van Justitie geldt. Het beleid (wet- en regelgeving) valt onder het kerndepartement, de individuele toetsing onder de dienst, zoals dat ook gebruikelijk is bij andere vormen van individuele oordelen door de overheid op basis van algemene beleidsregels (Belastingdienst, Immigratie en Naturalisatiedienst, Informatie Beheergroep). De commissie stelt voor de functies van de huidige afdeling ITZ samen te voegen met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) tot één onafhankelijke organisatie. Bundeling van deze functies draagt bij tot professionalisering van de verlofpraktijk binnen de rijksoverheid (zie ook aanbeveling 6 en 7).²⁰⁵

De bedoeling van beide varianten is om tegenover het verlofadvies van de klinieken (die weliswaar privaat zijn georganiseerd maar volledig publieke taak uitvoeren) een professioneel, gezaghebbend oordeel te zetten. Dat houdt enerzijds de beoordelaars in de klinieken «scherp» en kan anderzijds ingrijpen indien de ervaring leert dat zaken fout gaan (bijvoorbeeld, ervaringen in andere klinieken in soortgelijke situatie, nieuwe ontwikkelingen in risicotaxatie, etc). Hiervoor staan het huidige EFP en ITZ te ver

²⁰⁵ De huidige FPD is samengevoegd met het Pieter Baancentrum tot één organisatie waarvan de werktitel is: «Nederlands Forensisch Instituut voor Psychiatrie en Psychologie» (NFIPP). Deze titel is in de ogen van de commissie logisch en onderscheidt taak en plaats van het NFIPP van de (nieuwe) FPD.

van elkaar. Bovendien kan deze organisatie samenwerking tussen de klinieken bij het praktijkonderzoek stimuleren (zie ook aanbeveling 15).

Daar komt nog bij dat de commissie vindt dat privacygevoelige, maar voor de behandeling relevante gegevens, ook bij weigering van patiënten ter beschikking van behandelaars moeten kunnen komen. Ook moeten in de ogen van de commissie «bijzondere dossiers» uit de Jeugdhulpverlening, of opgesteld bij bijvoorbeeld uitvoering van de PIJ-maatregel, op een later moment beschikbaar zijn ten dienste van een tbs-behandeling. Ook dergelijke taken kunnen worden ondergebracht bij de nieuw te vormen toetsingsorganisatie.

De commissie beoogt met deze aanbevelingen niet (!) een einde te maken aan het politiek debat over verlofbeleid en verlofpraktijk. Ook wanneer uitvoerende taken op grotere afstand van een bewindspersoon staan, blijft politiek debat mogelijk. Hiervan getuigen vele voorbeelden.

Aanbeveling 13: individuele plaatsing

De commissie beveelt aan het huidige aselechte plaatsingsbeleid los te laten teneinde de inkoopbevoegdheid van het Ministerie van Justitie en de differentiatie van de klinieken (beveiliging en zorg) te optimaliseren. Plaatsing in een tbs-kliniek moet zijn gebaseerd op een onafhankelijk indicatie van de zorg- en veiligheidsbehoefte. De commissie kan zich voorstellen dat een dergelijke verantwoordelijkheid wordt ondergebracht bij de nieuwe organisatie die ontstaat na samenvoeging van het Pieter Baan Centrum en de Forensisch Psychiatrische Dienst tot een nieuw psychiatrische en psychologisch instituut, mits taken en positionering daarvan worden aangepast en afgestemd op nieuwe verantwoordelijkheden.

Aanbeveling 14: wetenschappelijk forensisch onderzoek

De commissie beveelt aan dat wetenschappelijk onderzoek naar effectiviteit van behandelingen in de forensische psychiatrie en naar dieperliggende factoren die risico verklaren, wordt ondergebracht bij Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. Om onderzoek naar effectiviteit te kunnen doen, zijn longitudinale studies nodig. Dit vraagt om een meerjarig onderzoeksprogramma van universiteiten samen met tbs-klinieken en hun eigen onderzoeksstaven, eventueel zelfs in samenwerking met instellingen voor de behandeling van risico's en psychiatrische stoornissen onder de jeugd. Na beëindiging van het onderzoeksprogramma kan worden gestreefd naar het opzetten van een virtueel of fysiek toponderzoeksinstituut op het gebied van de forensische psychiatrie. Dit type onderzoek onderscheidt zich van het direct praktisch toepasbare onderzoek dat onder de verantwoordelijkheid valt van het huidige EFP of de nieuwe FPD (zie ook aanbeveling 6).

Aanbeveling 15: forensisch psychiatrisch onderwijs

De commissie beveelt aan dat er binnen het Hoger Onderwijs beroepsopleidingen komen voor het werk in de forensische psychiatrie. Daarbij denkt de commissie zowel aan opleidingen op HBO-niveau als aan opleidingen op WO-niveau. De inhoud van de opleidingen moeten aansluiten op de vraag en de praktijk in de sector. Het huidige EFP c.q. de nieuwe FPD (zie ook aanbeveling 12) kan de schakelfunctie vervullen tussen onderwijsaanbieders en onderwijsvragers.

Aanbeveling 16: twinning PIJ en TBS

De commissie beveelt aan dat de instellingen die verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering van de zogenaamde PIJ-maatregel (de jeugd-tbs) een relatie aanknopen met tbs-instellingen (twinning). Te denken valt aan samenwerking op het gebied van onderzoek naar de effectiviteit van behandeling. Maar er valt ook te denken aan het uitwisselen van informatie over individuele patiënten met een verleden in de jeugdhulpverlening en ggz. Waar nodig kan dit worden bevorderd en gestimuleerd door een dergelijke twinning-relatie als voorwaarde te stellen bij het toekennen van (NWO-)geld voor onderzoek.

Aanbeveling 17: psychiatrische zorg in detentie

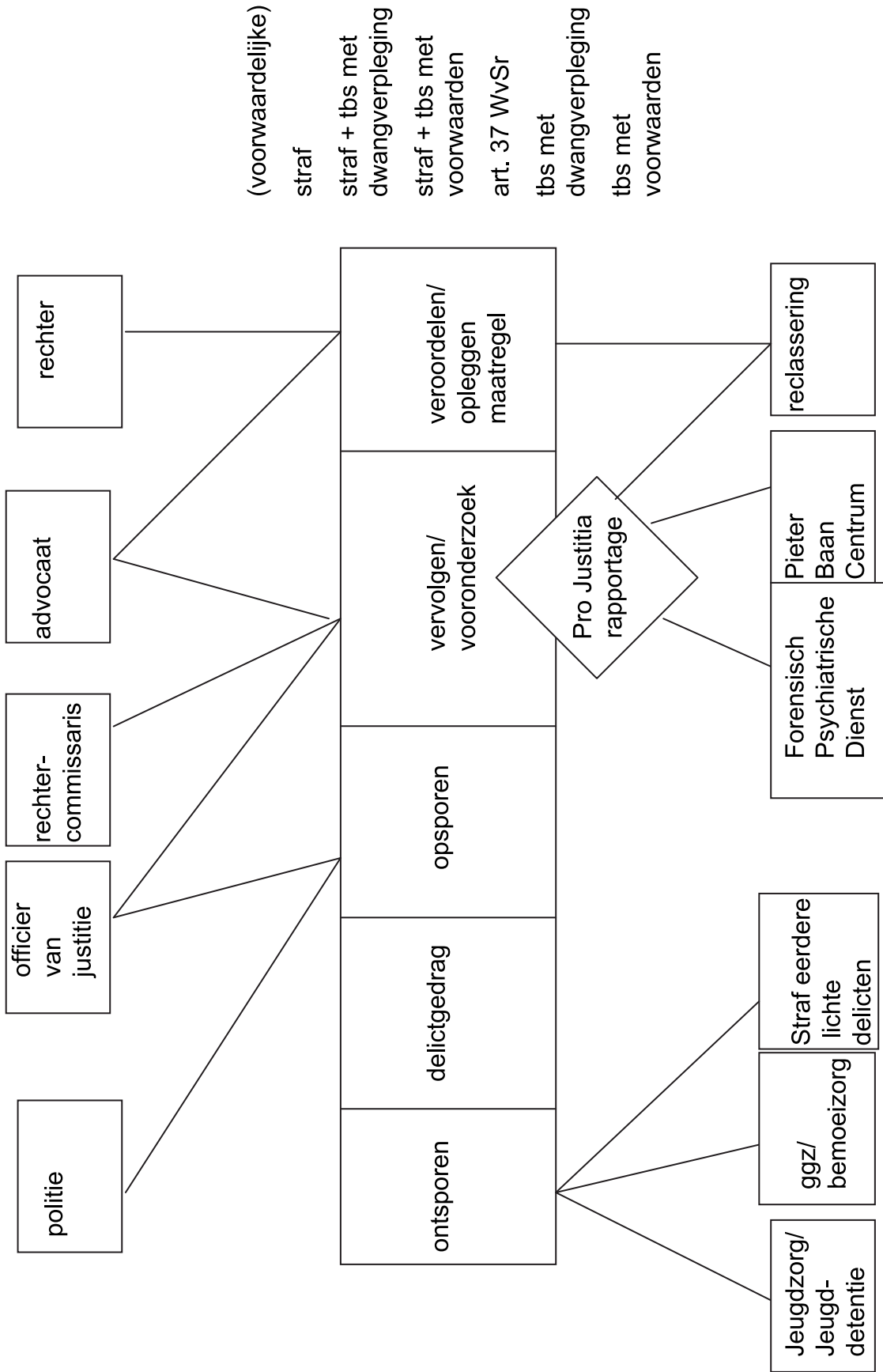
De commissie beveelt aan al tijdens de detentieperiode, voorafgaand aan de startdatum van de tbs-maatregel, na te gaan of een vorm van behandeling wenselijk en noodzakelijk is. Hiermee wordt voorkomen dat bij het ingaan van de tbs-maatregel zelf onnodige achterstand wordt opgelopen die het eventuele succes van de tbs-behandeling verkleint of frustreert, of erger, dat de stoornis zich verder ontwikkelt. De commissie beveelt aan te onderzoeken of een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis een bijdrage kan leveren aan de huidige capaciteitsproblemen met betrekking tot (a) patiënten die via artikel 37 volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard en wachten op opname in een psychiatrisch ziekenhuis, (b) gedetineerden met een chronische psychiatrische stoornis en (c) gedetineerden bij wie dwangmedicatie moet worden toegepast vanwege acute problemen en (d) gedetineerden die detentie-ongeschikt zijn als gevolg van psychiatrische problemen.

Tot slot, wil de commissie een opmerking maken over de rol en invloed van de politiek op het tbs-stelsel. Zoals al in hoofdstuk 1 opgemerkt, zijn de leden van de commissie van mening dat een parlementaire onderzoekscommissie breed en onbevooroordeeld te werk dient te gaan. Dat betekent dat ook de politiek zelf onderdeel van het onderzoeksterrein moet zijn, anders wordt iedereen beoordeeld, behalve politici zelf. Probleem hierbij is natuurlijk, dat dit makkelijk kan uitmonden in een vrijblijvende vorm van zelfevaluatie gevolgd door een oppervlakkige aanbeveling. De commissie heeft er daarom voor gekozen de RMO te vragen het thema «tbs in het maatschappelijk debat» te analyseren. Het resultaat daarvan is tegelijk met het rapport van de commissie beschikbaar. De commissie hoopt dat dit thema wordt opgepakt, en ook zonder aanbeveling tot resultaten leidt.

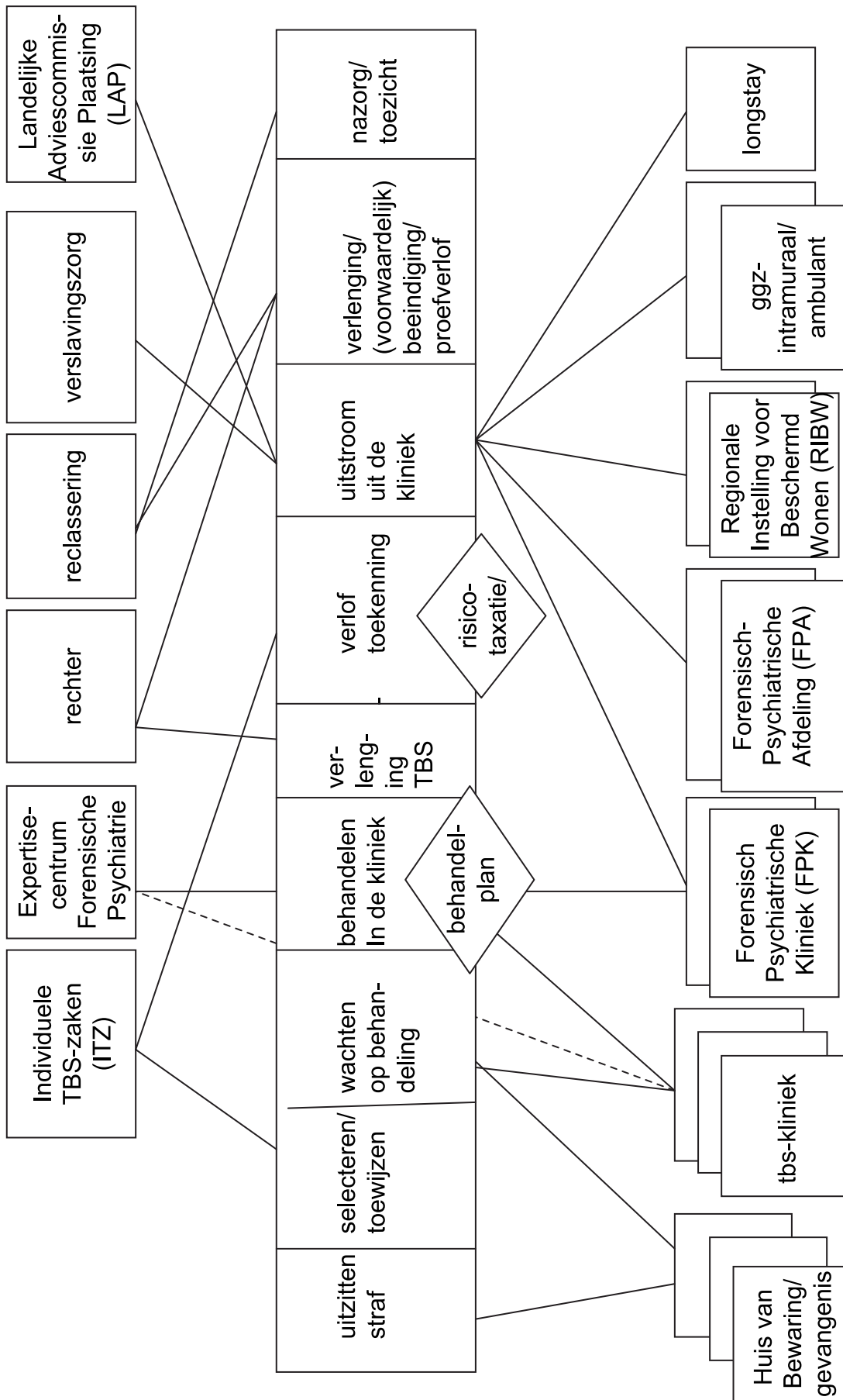
FORENSISCH PSYCHIATRISCHE KLINIEKEN 2006



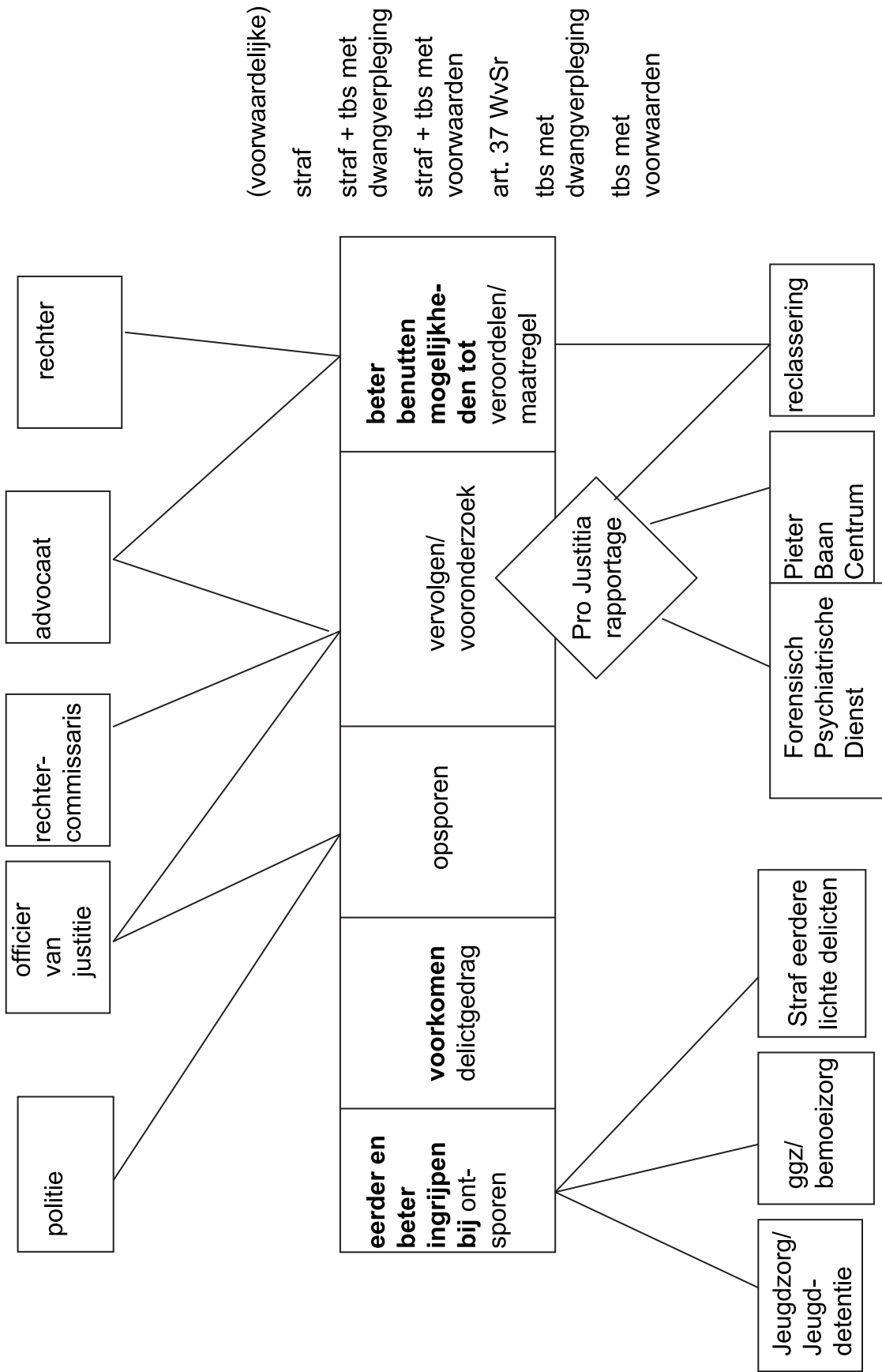
Rechtsgang



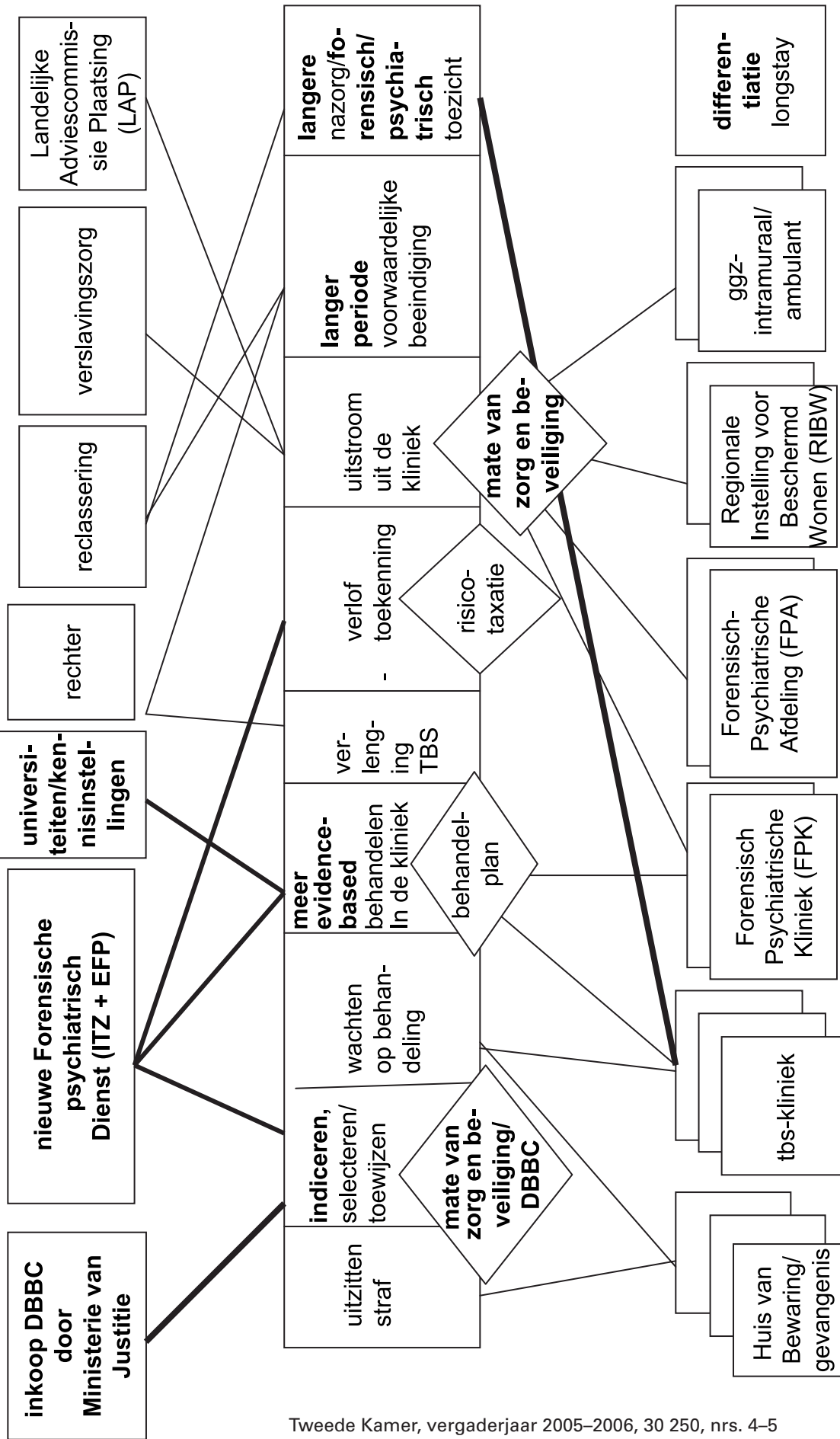
Uitvoering TBS-maatregel



Aanbevelingen rechtsgang



Aanbevelingen uitvoering TBS-maatregel



Brand, E.F.J.M. ; Emmerik, J.L. van, *Handboek forensische psychiatrische profielen : Handleiding FP40*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2001.

Canton, W. ; Veer, T. van der, *Pro Justitia rapportage*.
In : *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg*. – Utrecht : De Tijdstroom, 2003.

Commissie Fokkens, *Sancties op maat : Eindrapport van de Commissie tbs en Sanctietoepassing Geestelijk Gestoorde Delinquenten*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, 1993.

Commissie Houtman, *Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader*. – Den Haag : Ministeries van Justitie, Financien en VWS, 2005.

Commissie Kosto, A, *Veilig en Wel : Een beleidsvisie op de tbs*. – Den Haag : Commissie Beleidsvisie Tbs, 2001.

Crombag, H.F.M. ; Koppen, P.J. van ; Wagenaar, W.A., *Dubieuze zaken : De psychologie van strafrechtelijk bewijs*. – Amsterdam : Olympus, 2005.

CTG circulaire, *Loon en materiële kosten geestelijke gezondheidszorg* (in werking getreden per 1 januari 2006).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Vóórt-durend delictgevaarlijke tbs-verpleegden*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 1998.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Plan van aanpak Toekomst TBS : De weg naar een effectieve forensische behandeling. Verbeterproject TBS Terecht : Naar meer kwaliteit in de forensische zorg*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2000 (Toekomst tbs, nr. 1).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Toekomst TBS : De weg naar een effectieve forensische behandeling. Verbeterproject TBS Terecht. Plannen van aanpak van de deelprojecten*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2000 (Toekomst tbs, nr. 2).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Kwaliteitsverbetering : Verbeterproject TBS Terecht*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2001 (Toekomst tbs, nr. 3).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Preklinische interventie : Verbeterproject TBS Terecht*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2001 (Toekomst tbs, nr. 4).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Plaatsingssystematiek tbs : Verbeterproject TBS Terecht*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2001 (Toekomst tbs, nr. 5).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Verbeteren Toegang tbs : Verbeterproject TBS Terecht*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2001 (Toekomst tbs, nr. 6).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Veilig oversteken : Verbeteren patiëntenstromen van de forensische psychiatrie. Verbeterproject TBS Terecht : Eindrapportage deelproject verbeteren door- en uitstroom.* – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2001 (Toekomst tbs, nr. 7).

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Brochure *Terbeschikkingstelling (TBS).* – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2003.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Brochure *tbs-voorbereiding, pre-klinische interventie.* – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2003.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Planning en Control 2006 : Handleiding voor de tbs-klinieken en PBC/FPD.* – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2005.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *Longstay Beleidskader : Beschrijving van het beleid voor langdurig zorg- en beveiligingsafhankelijken die een voorziening behoeven met een hoog beveiligingsniveau.* – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2005.

Doeleman, H.J. ; Berg, H. van den ; Panhuis, P.J.A. van ; Kordelaar, W.F. van, *Evaluatieonderzoek Organisatie Verlofpraktijk Flevo Future.* – Apeldoorn : TNO Management Consultants, 2004.

Duits, N., Wikken en beschikken : Dilemma's en organisatie van de Pro Justitia rapportage en de PIJ-maatregel. In : *Maandblad Geestelijke volksgezondheid 55 (2000) 12 : 1085–1098*

Emmerik, J.L. van ; Brouwers, M., *De terbeschikkingstelling in Maat en Getal : Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995–2000.* – Den Haag : Ministerie van Justitie (DJI), 2001.

Emmerik, J.L. van, *De terbeschikkingstelling : Enkele ontwikkelingen in de maatregel en in de patiëntenpopulatie.* Voordracht gehouden voor Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Amsterdam, 1 november 2003.

FPI De Rooyse Wissel en PI Grave, *Plan van aanpak Pre Klinische Behandeling Rooyse Wissel – PI Grave,* 2004.

FPK Amsterdam ; FPK Assen ; FPK Eindhoven ; Barnhard, M.C. (red.), *Veilig behandeld in behandelcircuits voor forensische psychiatrie : Positiebepaling en actieplan van Forensisch Psychiatrische Klinieken voor de jaren 2003–2008.* – Assen : GGZ Drenthe, 2003 .

Gestel, B. van, Knaap ; L.M. van der, Hendriks, A ; m.m.v. Kogel, C.H. de ; Nagtegaal, M.M. ; S. Bogaerts, *Toezicht buiten de muren : Een systematische review naar extramuraal toezicht op TBS-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland.* – Den Haag : WODC, 2006.

Gezondheidsraad, *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis.* – Den Haag : Gezondheidsraad, 2006.

GGz-Nederland, *Visienota TBS/Forensische psychiatrie.* – Amersfoort, 2005.

GGz-Nederland, *Onderbouwing Visienota TBS/Forensische psychiatrie.* – Amersfoort, 2005.

GGZ-Nederland, *TBS ter discussie : Advies GGZ Nederland op het tbs-stelsel in Nederland en de aansturing van de forensische psychiatrie.* – Amersfoort, 2005.

Groen, H. ; Drost, M. (red.), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg.* – Utrecht : De Tijdstroom, 2003

Groen, M., *Benchmarking FPI'en/FPK's/FPA's.* – Apeldoorn : TNO-MC, 2004. (geanonimiseerde versie)

Hildebrand, M ; Ruiter, C. de ; Beek, D. van, *SVR-20 : Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag* (vertaling van de oorspronkelijke uitgave van D.P. Boer, S.D. Hart, P.R. Kropp en C.D. Webster). – Utrecht : Forum Educatief, 2001.

Hildebrand, M., *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients : Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications.* – Amsterdam : Dutch University Press, 2004.

Hildebrand, M. ; Hesper, B.L. ; Spreen, M. ; Nijman, H.L.I., *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie : Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R.* – Utrecht : EFP, 2005

Hildebrand, M, *Onderzoek Onttrekkingen en incidenten tbs 2000–2005.* – Utrecht : EFP, 2006

Hilterman, E.L.B., *Tijdens de oefening terug naar af : Een onderzoek naar de voorspelling van recidive door ter beschikking gestelden tijdens verlof.* – Nijmegen : KUN, 1999. (doctoraalscriptie)

Hilterman E.L.B., *Tijdens de oefening terug naar af : een onderzoek naar de predictie van ernstige recidive door tbs-gestelden tijdens verlof.* In : *Tijdschrift voor Criminologie* (2000) 41 : 232–252

Hofstee, E.J., *TBS.* – Deventer : Kluwer, 2003

IBO-I, *Doelmatig behandelen : Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening.* – Den Haag : Werkgroep Forensische Psychiatrie, 1995. – (Begrotingsvoorbereiding 1996 ; rapport nr. 4).

IBO-II, *Over stromen : Interdepartementaal beleidsonderzoek naar de in-, door- en uitstroom bij de tbs.* – december 1998.

Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt), *Het verlofbeleidskader TBS : Onderzoek naar het gebruik van het format voor de aanvraag van een verlofmachtiging.* – Den Haag : Ist, 2005.

Jörg, N.D. ; Kelk, C., *Strafrecht met mate.* – Deventer : Gouda Quint, 1998.

Kogel, C.H. de ; Verwers, C., *De longstay afdeling van Veldzicht : Een evaluatie.* – Den Haag : WODC, 2003 (Onderzoek en beleid nr. 207).

Kogel, C.H. de ; Hartogh, V.E. den, *Contraire beëindiging van de tbs-maatregel : Aantal, aard en verband met recidive.* – Den Haag : WODC, 2005 (Onderzoek en Beleid nr. 236).

Kogel, C.H. de ; Verwers, C. ; Hartogh, V.E. den, *Blijvend delictgevaarlijk – empirische schattingen en conceptuele verheldering*. – Den Haag : WODC, 2005 (Onderzoek en Beleid nr. 226).

Kogel, C.H. de ; Nagtegaal, M.H., *Gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen : Een inventarisatie van wetgeving en praktijk in het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*. – Den Haag : WODC, 2006.

Koppen, P.J. van, Weg van de toerekeningsvatbaarheid : over rapportages over de verdachte. In : *Trema 27 (2004) : 221–228*.

Kordelaar, W.F. van, Delictclusters en hun signaalwaarde voor gedragsdeskundig onderzoek. In : *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*. – Deventer : Kluwer, 2003.

Kuijck, Y.A.J.M. van, Juridische kaders.

In : *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg*. – Utrecht ; De Tijdstroom, 2003.

Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LBHIV), *Visienota de terbeschikkingstelling in de middenpositie*, 2005.

Leuw, E. ; Mertens, N., *Tussen recht en ruimte : Eerste evaluatie van de tbs-wetgeving van 1997*. – Den Haag : WODC, 2001 (Onderzoek en beleid nr. 191).

Marle, H.J.C. van, Het strafrechtelijk gedragskundig onderzoek.

In : *De psychiatrie in het Nederlands recht*. – Deventer : Gouda Quint, 1999.

Meyer, J. ; Hildebrand, M., *Toekomst voor de TBS! Expert meetings 2005*. – Utrecht : EFP, 2005.

Molen, H.T. van der ; Perreijn, S. ; Hout, M.A. van den, *Klinische psychologie : Theorieën en psychopathologie*. – Groningen : Wolters-Noordhoff, 1997.

NRC-Handelsblad, *Mediacratie*, 25 maart 1995 (redactioneel commentaar).

P.I. Haaglanden, *Psychisch gestoorden in detentie*, 2006.

Pompestichting en PI Vught, *Plan van aanpak samenwerking Pompestichting – PI Vught : Behandeling tbs-gestelden met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis*, 2004.

Protocol informatieverstrekking aan slachtoffers van tbs-gestelden over de executiefase. – Den Haag : OM, DJI, 2005

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), *Tussen zorgen en begrenzen : Over de aanpak van delictplegers met psychi(atr)ische problemen*. Vooronderzoek van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. – Den Haag : RMO, 2005 (werkdocument 10).

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), *Ontsnappen aan medialogica : Tbs in de maatschappelijk beeldvorming*. – Den Haag : RMO, 2006.

Raes, B.C.M. (red.) ; Bakker, F.A.M. Bakker (red.), *De psychiatrie in het Nederlands recht*. – Deventer : Gouda Quint, 1999.

Reclassering Nederland, *Tbs en het gevoel van urgentie : Intern onderzoeksrapport Reclassering Nederland*. – Utrecht : beleidsafdeling Reclassering Nederland, 2005.

Regioplan, *Feitenonderzoek TBS*. – Amsterdam : Regioplan, 2006.

Schoemaker C. : Zessen, G. van, *Psychische stoornissen bij gedetineerden : Een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. – Utrecht : Trimbos-instituut, 1997.

Stikker, T.E. *Handboek wetgeving forensische psychiatrie*. – Den Haag : Sdu Uitgevers, 2005.

Vliet, J.A. van, *Literatuuronderzoek TBS en GGZ*. – Arnhem : WODC, 2001.

Vliet, J.A. van, *De tbs in zijn maatschappelijke context : de relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg*. – Nijmegen ; Wolf Legal Publishers, 2006 (Proefschrift).

Vogel, V. ; Ruiter, C. de ; Hildebrand, M. ; Bos, M. ; Ven, P. van den, Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20 : A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients in : *International Journal of Forensic Mental Health* 3 (2004) : 149–165.

De Volkskrant, «*Politici maken zichzelf tot makkelijke prooi ; Pas in de vergelijking zie je de relatieve kwaliteit van de Nederlandse manier van besturen*», 19 januari 2002.

Interview met Paul 't Hart, hoogleraar bestuurskunde aan de Universiteit Leiden.

Wartna, B.S.J. ; Harbachi, S. el ; Knaap, L.M. van der, *Buiten behandeling : Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. (Recidive tbs). – Den Haag : WODC, 2005 (Onderzoek en Beleid nr. 230).

Werkgroep verlof en veiligheidsbeleid TBS, *Vernieuwd Verlofbeleidskader TBS*, 2004.

Wims, P.J.M. ; Hiemstra, R.R.K, *Marktwerking in de tbs-sector ; Kansen en beperkingen*. – Utrecht : Atos Consulting, 2005.

OVERIG GERAADPLEEGDE BRONNEN

Boeken, rapporten en tijdschriftartikelen

Beek, D.J. ; Oei, T.I. ; Brouwers M., et al, *Seksuele delinquentie*. – Den Haag : WODC, 2005 (Justitiële Verkenningen nr. 1).

Beek, D.J. ; Doncker, D. de ; Ruiter, C. de, *Static-99 : linschatting van het risico van seksueel gewelddadige recidive bij volwassen seksuele delinquenten* (vertaling van de oorspronkelijke uitgave van A., Phoenix, R.K. Hanson en D. Thorton). – Utrecht : Forum Educatief, 2001.

Beek, D.J., *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten : Een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*. – Amsterdam : Gouda Quint, 1999 (Proefschrift).

Beekman, J.E. ; Koenraadt, F., De strafrechtelijk last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis : ontwikkelingen van een strafrechtelijke maatregel. *Delikt en Delinkwent* 32 (2002) 8 : 828–854.

Boer, J., *Compulsory treatment of offenders with severe and dangerous personality disorders : A comparison between the English and Dutch system for compulsory treatment of offenders with severe personality disorders*. – 16 maart 2006.

Brake, J.H.M te ; Jongh, D.M. de ; Bakker, D.H. de ; Devillé, W.L.J.M., *De werkbelasting van de medische dienst in penitentiaire inrichtingen*. – Utrecht : Nivel, 2005.

Bussel, M. van, Pieter Baan Centrum en de Forensische Psychiatrische Dienst samen. *Balans* 36 (2005) 9 : 14–15.

Crommentuyn, R., De Opvoedkundige waarde van richtlijnen : psychiater Jan Swinkels benoemd tot bijzonder hoogleraar richtlijnontwikkeling. *Medisch Contact* 57 (2002) 47 1723–1725.

DBC GGz, *Digitale nieuwsbrieven*. Utrecht : DBC ggz.

Department of Health. *National Programme on Forensic Mental Health Research and Development. Annual Report 2004*

Derks, F. ; Goethals, K. ; Weers, M. van ; Boer, H. de, Kaders en kenmerken van zorgprogramma's in de tbs met verpleging. In : *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 61 (2006) 3 : 218–227.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. *Handleiding HKT-30 : Risicotaxatie in de Forensische Psychiatrie*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2003.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Sector TBS, *Beeldvorming TBS : Analyse en aanbevelingen*. – Hilversum : PositioneringsGroep (PG), 2005.

Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), *De TBS in getal*. – Den Haag : Ministerie van Justitie, DJI, 2006.

Dieperink, C. ; Pijl, B. ; Driessen, G., Langdurig zorgafhankelijken in de GGz : Een landelijke verkenning op basis van psychiatrische casus-registers. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 61 (2006) 3 : 228–238.

Dönisch-Seidel, Uwe, *Die Gesamtkonzeption des Massregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen und die Auswahl Durchsetzung und Planung von Massregelvollzugskliniken.* – NRW, 2006.

Duits, N. ; Harkink, J., De PIJ-maatregel als ultimum remedium? *Sancties* (2001) 5 : 290–301.

Elchardus, M, *Dramademocratie.* – Tielt : Lannoo, 2002.

Emmerik, J.L. van ; Raes, B.C.M. ; Marle, H.J.C. van, et al, *De tbs ter discussie.* – Den Haag : WODC, 1999 (Justitiële Verkenningen nr. 4).

Felsö F.A. ; Theeuwes J.J.M., *Prognosemodel TBS. De vraag naar tbs : Haalbaarheidsstudie naar een voorspelmodel voor de vraag naar tbs.* – Den Haag : WODC, 2002 (SEO-rapport, nr. 649).

Fluttert, F.A.J. ; Meijel, B.K.G. van ; Winter, C.P. de, Psychosen en extreem gewelddadig gedrag : een literatuurstudie.
In : *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 56 (2001) 10 : 938–951.

Fluttert, F.A.J. ; Meijel, B.K.G. van ; Grypdonck, M. ; Bartels, A.A.J., Vroegsignalering en vroege interventie bij forensische signaleringsplannen. *GGzet Wetenschappelijk* 9 (2005) 2 : 51–63.

Fractie Lijst Pim Fortuyn, *Plan van aanpak : TBS op de schop.* – Den Haag, LPF Tweede Kamerfractie, 2003.

Greeven, P.G.J. *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis : Een empirische studie.* – Deventer : Gouda Quint, 1997.

Griffith, L., *Agenda voor de Veiligheid, de Tbs ter discussie.* – Den Haag : VVD Tweede Kamerfractie, 2004

Groen, M ; Doeleman, H. *Evaluatie samenwerking dr. S. van Mesdag-kliniek en GGz Groningen.* – Apeldoorn : TNO-Management Consultants,

Hamer, G.P. ; Bont, T. de, Ontslagverzoeken uit de TBS. *Sancties* (2005) 3 : 157–168.

Harte, J.M. ; Mulbregt, J.M.L. ; Kom, A.A.R., Klinische Pro Justitia rapportage : over de werkwijze van het Pieter Baan Centrum. *Proces* 81 (2002) 11/12 : 163–168.

Hoek, D.J. van ; Mastenbroek-Osté, *Visiedocument FPA.* – Utrecht : GGz Nederland, 2000

Hoeve, M. ; Fair, J. ; Blijleven, B. *Internationale vergelijking omgang met psychisch gestoorde delinquenten.* – Amsterdam : WODC, VU, 2001

Hoeve, M. ; Blaauw, E. ; Marle, H.J.C. van, De tbs vanuit internationaal perspectief : Een vergelijking tussen systemen van omgang met psychisch

gestoorde delinquenten in verschillende Westerse landen. *Proces* 83 (2004) 1 : 18–29.

Hofstee, E.J., TBS en vreemdelingen : problematiek en aanbevelingen. *Sancties* (2005) 5 : 268–283.

Höngens, R. J. ; Smeets, V. ; Kraaijvanger ; B. Luijpers, J., *Het handboek : Een handboek voor en door tbs-gestelden*. – Project TBS, 2005.

Hornsveld, R.H.J. ; Nijman, H.L.I. ; Kavelaars, M.M. *Evaluatie van een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor chronisch psychotische terbeschikkinggestelden*. – Poortugaal : Kijvelanden, 2003.

Hornsveld, R.H.J., *Ontwikkeling en evaluatie van de Agressiehanterings-therapie voor geweldadige forensische psychiatrische patiënten (jongens en mannen)*. – Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Medische Psychologie en FPI De Kijvelanden te Poortugaal/poli- en dagkliniek Het Dok te Rotterdam, 2006.

Hulstijn, E. ; Rombouts, R. ; Haas, O. de, Het 4-factorenmodel in de Van Mesdagkliniek : De ontwikkeling van een gestandaardiseerde werkwijze bij forensisch psychiatrische patiënten.

In : *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 52 (1997) 7/8 : 735–750

Hurk, A. van den ; Schippers, G.M. ; Breteler, M.H.M., Gedetineerde drugsgebruikers : Achtergronden en kenmerken : een vergelijking tussen drugsvrije en andere afdelingen. *Tijdschrift voor alcohol, drugs en andere psychotrope stoffen* 17 (1991) 4 : 129–138.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Inspectierapport «Het algemeen toezicht op de justitiële tbs-inrichtingen in 2000»* (Kamerstuk 24 587 nr. 61)

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Inspectierapport «tbs-Klinieken in beweging» : Algemeen toezicht bezoeken aan de negen tbs-klinieken in 2003* (Just-03-1253).

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Inspectierapport, Algemeen toezicht bezoeken aan de negen tbs-klinieken in 2005 (concept)*. *Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt), Inspectierapport Doorlichting Penitentiaire Inrichtingen Amsterdam locaties Het Veer, De Schans, Het Schouw, Demersluis, De Weg en Havenstraat*. – Den Haag : ISt, 2006.

Jitta, P.J. ; P. de Ruijter, *De toekomst van Flevo Future en de tbs : scenario's en opties*. – Lisse ; Van Velzen Development, 2004.

Jong, J.T.V.M., Psychodiagnostiek bij allochtonen : vragen om moeilijkheden? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 51 (1996) 5 : 483–496.

Kelk, C., De terbeschikkingstelling : geen halve maatregel. *Delikt en delinkwent* 32 (2002) 3 : 209–219.

Kelk, C, Terug naar de invrijheidstelling onder voorwaarden. *Sancties* (2003) 5 : 293–300.

Kelk, C. Het hart van Modderman bloedt nog zachtjes door. *Nederlands Juristenblad* 80 (2005) 33 : 1737–1740.

Kerkhof, M. van, TBS op drift : Politieke druk maakt behandelaars angstig. *Psy 9 (2005) 9 : 4-8.*

Kijvelanden, de, *Topzorg ontketend : Perspectief op forensische ggz. Meerjarenbeleid 2006-2009.* – Poortugaal : Kijvelanden, 2005.

Kijvelanden, de, *Topzorg ontketend : Perspectief op forensische ggz. Behandelsvisie.* – Poortugaal : Kijvelanden, 2005.

Koenraadt, F., Historische achtergronden bij de klinische beoordeling van gestoord en gevaarlijk gedrag. *Proces (2005) 4 : 137-142.*

Koernraadt F. ; Dijs, D. Maatregelen ter bewaring en behandeling : oude wijn en nieuwe zakken. *Sancties (2005) 6 : 313-329*

Kordelaar, W.F. van, De rug recht, het hoofd gebogen. *Sancties (2004) 4 : 209-212*

Kordelaar, W.F. van, Het ABC van TBS *Sancties (2005) 4 : 203-207*

Land, H. van 't ; Ruiters, C. de ; Berg, M. van den ; Schoemaker, C. *Branche-rapport forensische zorg : zorgaanbod en capaciteit tbs-maatregel.* – Den Haag, Sdu Uitgevers, 2005.

Lange, O.R. de, Over stromen : het rapport van de werkgroep Ibo tbs 2. In : *De tbs ter discussie.* – Den Haag : WODC ; 1999 (*Justitiële Verkenningen* nr. 4).

Lange, O.R. de, *Overwegingen t.b.v. de Tijdelijke Commissie Parlementair Onderzoek TBS,* 2006.

Leertouwer, E.C. ; Huijbregts, G.L.A.M, *Sanctiecapaciteit 2008.* – Den Haag : WODC, 2004 (Onderzoek en Beleid nr. 221).

Leuw, Ed., *Recidive na ontslag uit tbs.* – Den Haag : WODC, 1995 (Onderzoek en Beleid nr. 141).

Leuw, E., *Instroom en capaciteit in tbs-sector : Geregistreerde gegevens en inzichten van deskundigen.* – Den Haag : WODC, 1998 (Onderzoek en beleid, nr. 168).

Leuw, E., Brouwers ; M., Smit, J., *Recidive na de tbs : patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar.* – Den Haag : WODC, 1999 (Onderzoek en beleid nr. 182).

Maas-de Waal ; C.J. de, *Voorzieningen voor slachtoffers van misdrijven : Gebruik, bereik en draagvlak.* – Den Haag : Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2006.

Mackor, A.R., tbs en techniek : over het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in Pro Justitia rapporten. *Humanistiek 6 (2005) 23 : 6-15.*

Dr. S. van Mesdagkliniek Forensisch Psychiatrisch Ziekenhuis, *Jaarplan 2005 «Koersen op een bredere horizon».* – Groningen : Dr. S. van Mesdagkliniek, 2004.

Mevis, P.A.M., Wir brauchen menschen, keine Beambten. *Delikt en Delinkwent* 34 (2004) 10 : 1015–1026.

Miedema, F. ; Post, B., *Evaluatie pilot elektronische volgsystemen.* – Nijmegen ; WODC, ITS, 2006.

Mierlo, W. van, *Terbeschikkingstelling : een onderzoek naar de rechtvaardigingsgronden.* – Amsterdam, 2003.

Mik, W, Fusie TBS en GGZ : tussen veilig en wel. *Zorgvisie* 32 (2002) 2 : 10–13.

Mooij, A.W.M., Wilsvrijheid. *Delikt en Delinkwent* 33 (2003) 5 : 493–516.

Mooij, A.W.M., Waarden in het strafrecht en de psychiatrie. *Delikt en Delinkwent*, 31 (2001) 7 : 792–808.

Mooij, A.W.M., *Toerekeningsvatbaarheid : Over handelingsvrijheid.* – Amsterdam : Boom, 2004 (reeks Psychiatrie en filosofie ; dl 4).

Mooij, A.W.M., De doorwerking van de stoornis in de toerekeningsvatbaarheid en de gevaarspredictie. *Proces* 84 (2005) 4 : 128–136.

Ndegwa, D., *Social Division and Difference : Black and Ethnic Minorities.* - NHS National Programme on Forensic Mental Health Research and Development.

Nijboer, J.F. ; Bonta J. ; Perry, D. et al , *Recidive.* – Den Haag : WODC, 2002 (Justitiële Verkenningen nr. 8)

Nuijten-Edelbroek, E.G.M., *De tbs met aanwijzing ; De toepassing van en professionele oordelen over een strafrechtelijke maatregel.* – Den Haag : WODC, 1993 (Onderzoek en Beleid nr. 127).

Oei, T.I. (red.) ; Groenhuisen, M.S. (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie.* – Deventer : Kluwer, 2003.

Oppedijk, D.W. ; Os, T.W.D.P., van, Het 4-factorenmodel in de Van Mesdagkliniek : Reactie op het artikel «Het 4-factorenmodel in de Van Mesdagkliniek. De ontwikkeling van een gestandaardiseerde werkwijze bij forensisch psychiatrische patiënten» door E.M. Hulstijn e.a.
In : *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 52 (1997) 12 : 1262–1266

Otte, M., Stoornis en straf : Over verbanden tussen wilsvrijheid, schuld en terbeschikkingstelling. *Delikt en Delinkwent* 34 (2004) 10 : 1027–1049.

Panhuis. P.J.A. van, Naar een strafrechtelijke behandelmaatregel. *Journal GGz en recht* 1 (2005) 7 : 131–136.

Philipse, M. ; Ruiter, C. de ; Hildebrand, M. ; Bouman, Y., *HCR-20 : Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, versie 2* (vertaling van oorspronkelijke uitgave van C.D. Webster, K.A. Douglas, Eaves, D. en S.D. Hart). – Enschede : Febodruk, 2000.

Philipse, M. *Predicting criminal recidivism : Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry.* – Enschede : Febodruk, 2005 (Proefschrift).

PI Breda, *Prétherapie in de gevangenis van Breda : Evaluatieonderzoek*. – Breda : Universiteit van Tilburg ; Universiteit Gent, 2004.

Raad voor Strafrechttoepassing (RSJ), *FPC Veldzicht te Balkbrug : rapportage n.a.v. het incidentele toezichtbezoek van de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugbescherming op 29 juni 2005*. – Den Haag : RSJ, 2005.

Raad voor Strafrechttoepassing (RSJ), *Advies van de RSJ over het wetsvoorstel Tijdelijke Instellingswet RSJ (Kamerstuk 30 161), 2004*.

Raad voor Strafrechttoepassing (RSJ), *Advies van de RSJ aan de minister van Justitie over de longstay in de tbs, 2004*.

Raad voor Strafrechttoepassing (RSJ), *Advies van de RSJ aan de minister van Justitie over de realisatie van tbs-capaciteit in het gevangeniswezen, 2006*.

Raes, B.C.M. ; Vegter, P.C., *Behandelen in de gevangenis. Delikt en delinkwent 30 (2000) 5 : 515–520*

Raes, B.C.M ; Miedema, A.G ; Paesen, L.J., *Korte bijdragen – De grenzen tussen de algemene forensische geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor psychiatrie 43 (2001) 8 : 575–578*.

Raes, B.C.M., *Wettelijke verplichte ambulante begeleiding van patiënten met ernstige stoornissen kan gewelddadig gedrag voorkomen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 57 (2002) 11 : 1070–1073*.

Rigter H. ; Have, M. ten ; Cuijpers P. et al, *Brancherapport GGz-MZ 1998–2001*. – Den Haag : Sdu Uitgevers, 2002.

Rooijen, M. van, *tbs op drift : «Donner creëert onrust en ontevredenheid»*. *Psy 9 (2005) 10 : 18–20*.

Rooijen, M. van, *tbs op drift. Donner wil tbs'ers sneller selecteren : «straks zit de longstay vol met lastige mensen»*. *Psy 9 (2005) 11 : 30–32*.

Rooijen, M. van. *tbs op drift. TBS'ers in de wijk : structuren is het toverwoord*. *Psy 9 (2005) 14 : 18–21*.

Rooyse Wissel, de, *Meerjarenbeleid 2006–2009 : jaarplan 2006*.

Roosendaal, M., *Forensische Psychiatrie (strafrechtelijke) juridische hoofdlijnen (voor het Forensisch Psychiatrisch Circuit Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven)*. – Eindhoven : GGzE, 2001.

Ruiter, C. de, *Voor verbetering vatbaar*. – Amsterdam, Vossiuspers AUP, 2000.

Ruiter, C. de ; Hildebrand, M., *Behandelingsstrategieën bij Forensisch-Psychiatrische Patiënten*. – Houten : Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Ruiter, C. de, Veen, V, *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten : Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*. – Trimbos-instituut, 2005.

Schaap, G.E., *TBS en GGZ..... Veilig en Wel : Het Mesdagexperiment.*

Schippers, G.M ; Es, M. van ; Mulder, E ; Dijk, A. van, De Verslavingszorg professionaliseert : evaluatie van het zorgvernieuwingsproject «Resultaten Scoren». *Maandblad Geestelijk volksgezondheid 60 (2005) 5 : 527–539.*

Swinkels, J.A., *Richtlijnontwikkeling en DBC's in de forensische psychiatrie en gedragskunde.*

Swinkels, J.A. Certificeren of accrediteren : Vergelijkbaar, maar niet hetzelfde. *Medisch Contact 56 (2001) 14 : 559–561.*

Swinkels, J.A., *Richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg : Een zaak van stichten en richten.* – Amsterdam : Vossiuspers, 2003 (Oratie)

Tervoort, M.G.A., Beveiliging of zorg voorop? En de terbeschikkingstelling dan? *Proces 82 (2003) 3 : 138–145.*

Tonkens, E. ; Duyvendak, J.W. ; Wolf J., et al, *Hopeloze gevallen.* – Den Haag, WODC, 2001 (Justitiële Verkenningen nr. 6).

Urbaniok, F., Das Zürcher PPD-Modell : ein modernes Konzept der Zusammenarbeit von Justiz und Psychiatrie. *Kriminalistik 54 (2000) : 562–566, 629–632.*

Vegter, P.C., *Behandelen in de gevangenis.* – Deventer : Gouda Quint, 1999 (Oratie) Katholieke Universiteit Nijmegen).

Veldhuizen, J.R. van, Naar een Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie (BBZP). *Journaal Ggz en Recht (2005) 1 : 23–27*

Veldhuizen, J.R. van. *Retour Down-Under : Werkzame deelaspecten en (on)wenselijke neveneffecten van deinstitutionalisering (verslag 3e Australiëreis 1998).*

Veldhuizen, J.R. van, Dwang en Drang : Een cultuurverandering in de psychiatrie. *Medisch Contact 57 (2002) 40 : 1443–1445.*

Veldhuizen, J.R. van, In plaats van de Bopz. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid 59 (2004) 4 : 279–290.*

Veldhuizen, J.R. van, Van Dwangopname naar Dwangbehandeling : Wet BOPZ voldoet niet. *Medisch Contact 59 (2004) 19 : 766–768*

Veldhuizen, J.R. van ; Berkhout, J.J., *Ambulante Forensische Zorg : Check, check, double check.* – maart 2006

Verburg H ; Boerema I., *Aanzet tot een basisprogramma voor forensische psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en agressief gedrag.* – Utrecht : Trimbo-instituut, 2004.

Verduyn, M., Tbs in beweging. *JustitieMagazine 4 (2005) 8 : 6–7.*

Verduyn, M., «Veiligheid fundamenteel opnieuw dóórdenken» *JustitieMagazine 4 (2005) 7 : 12–14.*

Veurink, G.R.C., TBS, verbeterd of opgeheven? *Trema* (2001) 10 : 432–434.

Vleesenbeek, V., Alles op alles om wachtlijsten tbs-passanten weg te werken : «We zetten de schouders eronder». *Balans* 36 (2005) 9 : 16–18.

Vogel, V., *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice :*

The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients. –

Amsterdam :

DutchUniversity Press, 2005 (Proefschrift).

Weijnenburg, H.M. ; Hellendoorn, E.M. *Geboeide zorg : Ketens bouwen in de forensische psychiatrie. –* Arnhem : Forensisch Psychiatrische Dienst, 2003–2005.

Wittebrood, K., *Slachtoffers van criminaliteit : Feiten en achtergronden. –* Den Haag : Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2006.

Wolfs, A.F.E. ; Marle, H.J.C. van, De tbs-passantenproblematiek in Nederland, hoe lang nog? *Delikt en Delinkwent* 35 (2005) 7 : 741–757

Zomer, M., De gebrekkige rechtsbescherming van terbeschikkinggestelden tegen plaatsing in een long stay afdeling. *Trema* (2004) 9 : 387–394.

ZonMw, *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ). –* Den Haag : ZonMw, 2002 (deel 1–10)

Zwemstra, J.C., Strafrechtelijk opgelegde behandeling op maat. *Sancties* (2006) 1 : 17–23.

Officiële stukken

Kamerstukken (Tweede Kamer)

21 327 **Wijziging van het Wetboek van strafrecht, het Wetboek van strafvordering en andere wetten in verband met de herziening van het strafrecht voor jeugdigen.**

016 Brief van de minister van Justitie d.d. 7 juli 1993 ter aanbieding van het eindrapport van de Commissie TBS en Sanctietoepassing Geestelijk Gestoorde Delinquenten (Commissie Fokkens), getiteld «Sancties op Maat»

24 561 **Interdepartementaal beleidsonderzoek 1995: financieringssysteem van de forensisch psychiatrische hulpverlening**

001 Brief van de ministers van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 maart 1997 met kabinetsstandpunt over het rapport «Doelmatig behandelen» (IBO-1) inzake forensisch psychiatrische hulpverlening

002 Verslag algemeen overleg d.d. 3 december 1997 over o.m. het kabinetsstandpunt «doelmatig behandelen», forensisch psychiatrische hulpverlening en voorzieningen voor psychisch gestoorde delinquenten

24 587 **Justitiële Inrichtingen**

015 Brief van de minister van Justitie d.d. 4 maart 1997 inzake consequenties voor zowel behoefte aan en beschikbaarheid van capaciteit voor o.a. tbs-passanten n.a.v. verschillende plannen die zijn gericht op verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden en personen veroordeeld tot de maatregel terbeschikkingstelling (tbs)

017 Brief van de minister van Justitie d.d. 23 mei 1997 inzake overzicht van alle capaciteitsuitbreidingen en grootschalige bouwkundige aanpassingen bij het Gevangeniswezen, de Jeugd- en de tbs-inrichtingen in de komende jaren.

020 Brief van de minister van Justitie d.d. 6 oktober 1997 inzake de voortgang van de capaciteitsuitbreiding bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

028 Brief van de minister van Justitie d.d. 7 mei 1998 inzake aanbieding van het rapport «Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke tbs-verpleegden»

033 Brief van de minister van Justitie d.d. 12 november 1998 inzake schriftelijke beantwoording van vragen (longstay afdeling) gesteld tijdens het algemeen overleg op 8 oktober 1998 inzake het rapport «Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke tbs-verpleegden»

- 035 Verslag van een algemeen overleg d.d. 8 oktober 1998 over o.a. het rapport «Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke tbs-verpleegden»
- 038 Lijst van vragen en antwoorden d.d. 15 februari inzake het rapport «Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke tbs-verpleegden»
- 042 Verslag van een algemeen overleg d.d. 6 oktober 1999 inzake kamerstukken 29 452 033 en 038 en lijst van vragen en antwoorden m.b.t. kabinetsstandpunt IBO-2 (Kamerstuk 26 562 002)
- 043 Brief van de minister van Justitie d.d. 26 oktober 1999 inzake de ontwikkelingen in de Van Mesdagkliniek en de maatregelen die daar in de afgelopen periode zijn genomen respectievelijk zullen worden genomen.
- 044 Brief van de minister van Justitie d.d. 10 december 1999 over schadevergoedingen aan tbs-passanten doorstroming naar GGz, tbs longstay, en beveiliging in FPC Veldzicht
- 048 Brief van de minister van Justitie d.d. 4 mei 2000 inzake het masterplan DJI
- 049 Lijst van vragen en antwoorden d.d. 12 mei 2000 over de capaciteit van het gevangeniswezen
- 054 Brief van de minister van Justitie d.d. 25 mei 2000 over de ontwikkelingen die het afgelopen jaar in de Dr. S van Mesdagkliniek in gang zijn gezet (zie ook Kamerstuk 24 587 043)
- 057 Verslag van een algemeen overleg d.d. 27 september 2000 over onder meer het Masterplan DJI (Kamerstuk 24 587 048)
- 061 Brief van de minister van Justitie d.d. 26 februari 2001 inzake aanbieding van het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) getiteld: «Het algemeen toezicht op de justitiële tbs-inrichtingen in 2000»
- 069 Brief van de minister van Justitie d.d. 5 september 2001 over o.a. de capaciteitsproblematiek en de personele problematiek
- 072 Verslag van een algemeen overleg d.d. 9 oktober 2001 over o.a. rapportage IGZ tbs-klinieken
- 075 Brief van de ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 december 2001 inzake kabinetsstandpunt op de voorstellen van de Commissie beleidsvisie tbs in haar rapport «Veilig en wel» (Commissie Kosto)

- 080 Brief van de minister van Justitie d.d. 1 juli 2002 over de voortgang van het verbetertraject «TBS Terecht»
- 169 Brief van de minister van Justitie d.d. 6 april 2006 over het Inspectierapport van de Inspectie voor de Sanctietoepassing inzake de doorlichting van de penitentiaire inrichtingen Amsterdam locaties Het Veer, De Schans, Het Schouw, Demersluis, De Weg (PI Over-Amstel) en Havenstraat

25 715 Zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden

- 001 Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie d.d. 5 november 1997 met kabinetsstandpunt inzake het rapport «Forensische zorg, het gevangeniswezen en de geestelijke gezondheidszorg»
- 002 Brief van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie d.d. 19 december 1997 m.b.t. beantwoording van vragen gesteld in het algemeen overleg d.d. 3 december 1997 (Kamerstuk 24 561 002)

26 562 Interdepartementaal beleidsonderzoek: TBS

- 001 Brief van de minister van Justitie d.d. 25 mei 1999 met het kabinetsstandpunt over het Interdepartementale Beleidsonderzoek 1997/1998 naar de tbs (IBO-2)
- 002 Lijst van vragen en antwoorden, vastgesteld 8 september 1999 over het kabinetsstandpunt over IBO-2 (Kamerstuk 26 562 001)

26 800 VI Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2000

- 013 Motie van het lid Kalsbeek d.d. 3 november 1999 inzake financiële voorzieningen voor het wegwerken van capaciteitstekorten tbs-instellingen en jeugd-inrichtingen
- 016 Motie van de leden Kalsbeek en Nicolai d.d. 3 november 1999 inzake verlenging duur proeftijd na voorwaardelijke beëindiging tbs voor zedendelinquenten tot bijv. 15 jaar
- 026 Motie van het lid Nicolai c.s. d.d. 3 november 1999 inzake plan van aanpak bevordering o.a. frequentere oplegging tbs en dwangverpleging aan zedendelinquenten
- 042 Brief van de minister van Justitie d.d. 17 november 1999 over de uitvoering van een aantal moties op de Justitiebegroting

- 081 Brief van de minister van Justitie d.d. 2 augustus 2000 over de mate waarin de rechter het deskundigenadvies tot het opleggen van een tbs al dan niet volgt

28 000 VI Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2002

- 041 Brief van de minister van Justitie d.d. 10 december 2001 over de uitvoering van de aanbevelingen uit het rapport «Tussen recht en ruimte, een eerste evaluatie van de tbs-wetgeving»

- 061 Verslag van een algemeen overleg d.d. 14 maart 2002

28 238 Verlenging van de totale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege

- A Oorspronkelijke tekst van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Raad van State en voorzover nadien gewijzigd

- B (herdruk) Advies Raad van State en nader rapport

- 001 Koninklijke boodschap d.d. 27 februari 2002

- 002 Voorstel van wet

- 003 Memorie van toelichting

- 004 Verslag van de vaste commissie voor Justitie, vastgesteld 13 mei 2002

- 005 Brief van de minister van Justitie d.d. 19 april 2004 over reactie verslag van de vaste commissie voor Justitie (verscherping van controle op tbs-gestelden die naar de samenleving terugkeren)

28 921 Oprichting stichting Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

- 001 Brief van de minister van Justitie d.d. 26 mei 2003 inzake het voornemen tot oprichten van de stichting Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

- 002 Verslag van een schriftelijk overleg d.d. 27 mei 2002 over de oprichting van de stichting Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

29 452 Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel

- 001 Brief van de minister van Justitie d.d. 1 maart 2004 over het tbs-beleid

- 002 Brief van de minister van Justitie d.d. 5 april 2004 met een reactie op voorstellen uit de VVD-notitie «Agenda voor de veiligheid – tbs ter discussie»
- 003 Brief van de minister van Justitie d.d. 16 april 2004 inzake aanbieding van drie adviezen die abusievelijk niet zijn meegezonden met de brief van 1 maart 2004 (kamerstuk 29 452 001)
- 004 Motie van het lid Eerdmans d.d. 3 juni 2004 inzake afkeuring van het door de regering gevoerde beleid inzake onttrekkingen uit het tbs-verlof
- 005 Verslag van een schriftelijk overleg, vastgesteld 25 mei 2004 over de brieven inzake de positie van slachtoffers in het strafproces en inzake het tbs-plan van de VVD
- 006 Brief van de minister van Justitie d.d. 3 juni 2004 over de ontvoeringszaak te Eibergen
- 007 Brief van de minister van Justitie d.d. 11 juni 2004 over maatregelen om de risico's rond het verlof van tbs-gestelden te beperken
- 008 Verslag algemeen overleg van 26 mei 2004 over o.a. Longstay-afdeling Veldzicht, eisen aan onbegeleid proefverlof, IGZ-rapport «tbs-klinieken in beweging», beleidsbrief tbs
- 009 Verslag algemeen overleg van 3 juni 2004 over tbs (voortzetting van algemeen overleg d.d. 26 mei 2004)
- 010 Brief van de minister van Justitie d.d. 1 juli 2004 over herzien verlofbeleidskader
- 011 Brief minister van de minister van Justitie d.d. 28 oktober 2004 over de stand van zaken m.b.t. de uitvoering van maatregelen om de veiligheid ten aanzien van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel beter te kunnen waarborgen
- 012 Brief van de minister van Justitie d.d. 28 oktober 2004 ter aanbieding van het rapport «Evaluatieonderzoek Organisatie Verlofpraktijk Flevo Future» uitgevoerd door TNO Management Consultants
- 013 Brief van de minister van Justitie d.d. 27 oktober 2004 inzake oplossingen knelpunten met betrekking tot illegale/ongewenstverkleerde vreemdelingen in de tbs
- 014 Brief van de minister van Justitie d.d. 25 november 2004 ter aanbieding van het onderzoeksrapport «Blijvend delictgevaarlijk» van het WODC
- 015 Motie van de leden Eerdmans en Wilders d.d. 21 december 2004 over tbs-klinieken in woonwijken

- 016 Verslag algemeen overleg van 30 november 2004 over onder meer de Kamerstukken 29 452 011 en 013
- 017 Brief van de minister van Justitie d.d. 17 februari 2005 over het aantal terbeschikkinggestelden dat ongeoorloofd afwezig is en de duur van de ongeoorloofde afwezigheid
- 018 Brief van de minister van Justitie d.d. 15 maart 2005 over de informatieverstrekking aan slachtoffers en/of nabestaanden van tbs-gestelden
- 019 Verslag schriftelijk overleg, vastgesteld d.d. 18 maart 2005 over de moordzaak te Doetinchem waarvan de verdachte eerder tot een tbs met voorwaarden was veroordeeld
- 020 Verslag van een schriftelijk overleg, vastgesteld d.d. 11 mei 2005 over betrokkenheid tbs-gestelde bij rellen in Venray
- 021 Brief van de minister van Justitie d.d. 15 juni 2005 over aanhouding voortvluchtige tbs'er, i.v.m. gewelddadige dood van 73-jarige man
- 022 Verslag van een schriftelijk overleg, vastgesteld d.d. 16 juni 2005 over Kamerstuk 29 452 021
- 023 Motie van de leden Eerdmans en Wilders d.d. 16 juni 2005 over het nemen van noodmaatregelen inzake verlof en tot die tijd een moratorium op alle verloven af te kondigen
- 024 Motie van de leden Eerdmans en Wilders d.d. 16 juni 2005 waarin het vertrouwen in de minister wordt opgezegd
- 025 Motie van de leden Wolfsen en Weekers d.d. 16 juni 2005 over de opzet en vorm van het parlementair onderzoek naar tbs
- 026 Motie van de leden Wilders en Eerdmans d.d. 16 juni 2005 over tijdelijk intrekken van alle tbs-verloven
- 027 Motie van het lid Weekers c.s. d.d. 16 juni 2005 over aanscherpen tbs-beleid om zo de risico's voor de samenleving tot een minimum te reduceren
- 028 Motie van het lid Van der Laan c.s. d.d. 16 juni 2005 over een stelsel van privacybeperkende sancties, naar analogie van vrijheidsbeperkende sancties
- 029 Brief van de minister van Justitie d.d. 29 juni 2005 over aanscherping van de maatregelen tbs (zie motie Van der Laan c.s., Kamerstuk 29 452 028)

- 030 Motie van het lid Weekers c.s. d.d. 30 juni 2005 over intrekking verlofmachtiging indien in twee jaar voorafgaand aanmerkelijk verschillend is geadviseerd
- 031 Motie van het lid Eerdmans c.s. d.d. 30 juni 2005 over uitbreiden opsporingsmiddelen, ook via de media, indien een tbs'er langer dan 48 uur afwezig is
- 032 Motie van het lid Wolfsen c.s. d.d. 30 juni 2005 om door TNO een onafhankelijk onderzoek te laten verrichten in Veldzicht
- 033 Verslag van een algemeen overleg, d.d. 29 juni 2005 over de brief d.d. 24 juni 2005 inzake maatregelen tbs (kamerstuk 29 452 029).
- 034 Verslag schriftelijk overleg, vastgesteld 19 augustus 2005 over o.a. onttrekkingen, recidive, risicotaxatie en internationaal vergelijkend onderzoek
- 035 Brief van de minister van Justitie d.d. 23 augustus 2005 met nadere informatie en het beleidskader voor het al dan niet plaatsen in de longstay voorziening
- 036 Brief van de minister van Justitie d.d. 25 augustus 2005 over de samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen alsmede aanbieding advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justieel kader (Commissie-Houtman) (uitvoering motie Van de Beeten, Kamerstuk 28 979, nr. E (EK)) U
- 037 Brief van de minister van Justitie d.d. 19 september 2005 over het tbs-beleid op de langere termijn en aankondiging internationaal onderzoek door het WODC naar gewelds- en zedendelinquenten met psychische stoornissen.
- 038 Brief van de minister van Justitie d.d. 14 november 2005 ter aanbieding van de resultaten van het WODC-onderzoek «Contraire beëindiging van de tbs-maatregel»
- 039 Brief van de minister van Justitie d.d. 7 december 2005 met informatie in het kader van het onderzoek naar het tbs-stelsel en aanbieding de publicatie «Tbs in getal»
- 040 Brief van de minister van Justitie d.d. 21 december 2005 ter aanbieding van de rapportage van de Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) betreffende de toepassing van het verloffbeleidskader terbeschikkingstelling en de toezichtrapport van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) over de kliniek Veldzicht.

- 041 Brief van de minister van Justitie d.d. 2 januari 2006 over de uitkomsten van de pilot met het elektronisch volgsysteem (EVS)
- 043 Brief van de minister van Justitie d.d. 3 februari 2006 inzake aanbieding volledige versie advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in strafrechtelijk kader (Commissie Houtman)
- 044 Brief van de minister van Justitie d.d. 14 februari 2006 ter aanbieding van het evaluatierapport over de toepassing van elektronische volgsystemen in de jeugd- en tbs-sector
- 045 Brief van de minister van Justitie d.d. 20 maart 2006 ter aanbieding van het rapport van Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) inzake onttrekking of ontvluchting in de periode 2000–2005

29 763 Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringwet)

- 072 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 april 2005 over gefaseerde invoering overheveling en DBC's GGZ
- 092 Verslag van een schriftelijk overleg, vastgesteld 25 mei 2005 over de gefaseerde invoering overheveling van DBC's in de GGZ en overige invoeringsaspecten

30 250 Parlementair onderzoek TBS

- 001 Brief Presidium d.d. 14 september over onderzoek naar het tbs-stelsel
- 002 Brief van de Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS d.d. 19 december 2005 met een korte tussentijdse stand van zaken van het onderzoek
- 003 Brief van de Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS d.d. 8 februari 2006 over de voortgang van haar onderzoek

30 492 Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling)

- 001 Koninklijke boodschap d.d. 17 maart 2006
- 002 Voorstel van wet
- 003 Memorie van toelichting
- 004 Oorspronkelijke tekst van het voorstel van wet en van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Raad van State en voorzover nadien gewijzigd

005 Advies Raad van State en nader rapport

30 513 Wijziging van het Wetboek van Strafrecht en enige andere wetten in verband met de wijziging van de vervroegde invrijheidstelling in een voorwaardelijke invrijheidstelling

001 Koninklijke boodschap d.d. 5 april 2006

002 Voorstel van wet

003 Memorie van toelichting

004 Advies Raad van State en nader rapport

Handelingen (Tweede Kamer)

2002–2003, 37, blz. 2601–2602, d.d. 16 december 2003	Mondelinge vragen van het lid Joldersma (CDA) aan de minister van Justitie over het steeds vaker buiten de inrichting wonen van tbs'ers
2003–2004, 80, blz. 5194–5200, d.d. 3 juni 2004	Debat naar aanleiding van een algemeen overleg op 3 juni 2004 over het tbs-beleid
2004–2005, 37, blz. 2453, d.d. 21 december 2005	Debat naar aanleiding van een algemeen overleg op 30 november 2004 over ter beschikking gestelden
2004–2005, 80, blz. 4819–4821, d.d. 17 mei 2005	Mondelinge vragen van het lid Joldersma (CDA) aan de minister van Justitie over het bericht dat 60% van de tbs'ers onbehandelbaar is
2004–2005, 80, blz. 4817–4819, d.d. 17 mei 2005	Mondelinge vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over het plaatsen van tbs'ers in woonwijken
2004–2005, 90, blz. 5358–5361, d.d. 14 juni 2005	Mondelinge vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over het niet terugkeren naar tbs-kliniek Veldzicht door twee tbs'ers die met proefverlof waren
2004–2005, 92, blz. 5488–5535, d.d. 16 juni 2005	Debat over het tbs-beleid
2004–2005, 98, blz. 6023–6026, d.d. 30 juni 2005	Debat naar aanleiding van een algemeen overleg op 29 juni 2005 over maatregelen tbs

Kamervragen (Tweede Kamer)

Aanhangsel Handelingen

2000–2001, 763	Vragen van de leden Rietkerk en Buijs (beide CDA) aan de minister van Justitie over de ontsnapping van gevaarlijke tbs'ers, d.d. 8 februari 2001
2000–2001, 1103	Vragen van het lid Dittrich (D66) aan de minister van Justitie over de gang van zaken rondom de veroordeling van Dirk de V., d.d. 8 maart 2001
2001–2002, 344	Vragen van het lid Dittrich (D66) aan de minister van Justitie over verplichte afname van DNA bij ex-tbs'ers, d.d. 15 november 2001
2001–2002, 783	Vragen van het lid Rietkerk (CDA) aan de minister van Justitie over de ontsnapping van een tbs'er uit de Dr. Henri van der Hoevenkliniek te Utrecht, d.d. 30 januari 2002
2001–2002, 1399	Vragen van het lid Nicolai (VVD) aan de minister van Justitie over de verschillen in het opleggen van tbs door rechtbanken, d.d. 7 juni 2002
2002–2003, 27	Vragen van de leden Stuger, Eerdmans en Schoneville (allen LPF) aan de minister van Justitie over de recidivecijfers van het CBS, d.d. 19 augustus 2002
2002–2003, 1049	Vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over de eisen aan onbegeleid proefverlof, d.d. 10 maart 2003
2002–2003, 1050	Vragen van de leden Straub en Wolfsen (beiden PvdA) aan de minister van Justitie over de verdachte van de moord op de 80-jarige Hagenaar Piet van Harpen, d.d. 11 maart 2003
2002–2003, 1052	Vragen van het lid Dittrich (D66) aan de minister van Justitie over recidivepercentages bij tbs, d.d. 27 februari 2003
2002–2003, 1053	Vragen van de leden Joldersma en Van Haersma Buma (beide CDA) aan de minister van Justitie over recidivecijfers bij tbs, d.d. 28 februari 2003
2002–2003, 1054	Vragen van het lid Griffith (VVD) aan de minister van Justitie over het onderzoek van de Henri van der Hoevenkliniek te Utrecht, waaruit blijkt dat tbs voor verkrachters weinig helpt, d.d. 5 maart 2003
2002–2003, 1549	Vragen van de leden Eerdmans (LPF) en Straub en Wolfsen (beiden PvdA) aan de minister van Justitie over de eisen aan onbegeleid proefverlof, d.d. 17 april 2003

2003–2004, 519	Vragen van het lid Joldersma (CDA) aan de ministers van Justitie en van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over mogelijk te laag herstelpercentage van tbs'ers, d.d. 31 oktober 2003
2003–2004, 1204	Vragen van het lid Joldersma (CDA) aan de minister van Justitie over de handelswijze van het Pieter Baan Centrum, d.d. 10 maart 2004
2003–2004, 1929	Vragen van het lid Dittrich (D66) aan de minister van Justitie over de tewerkstelling van de tbs'er die onlangs in Eibergen een meisje ontvoerde, d.d. 9 juni 2004
2004–2005, 22	Vragen van het lid De Wit (SP) aan de minister van Justitie over de behandeling van ontoerekeningsvatbare criminelen, d.d. 25 augustus 2004
2004–2005, 487	Vragen van de leden Wolfsen en Straub (beiden PvdA) aan de minister van Justitie over de aanhouding van een tot tbs veroordeelde die in verband wordt gebracht met de gewelddadige dood van de 54-jarige G.J. uit Doetichem, d.d. 9 november 2004
2004–2005, 1066	Vragen van de leden Kalsbeek en Wolfsen (beiden PvdA) aan de minister van Justitie over verlenging van een PIJ-maatregel of de omzetting daarvan in een tbs-maatregel, d.d. 14 februari 2005
2004–2005, 1160	Vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over de ontsnapping op 20 januari 2005 van een tbs-er op begeleid verlof uit de Nijmeegse tbs-kliniek, d.d. 1 februari 2005
2004–2005, 1608	Vragen van het lid Joldersma (CDA) aan de minister van Justitie over het Pieter Baan Centrum, d.d. 13 april 2005
2004–2005, 1640	Vragen van het lid Joldersma (CDA) aan de minister van Justitie over de komst van een tbs-huis in Venlo, d.d. 5 april 2005
2004–2005, 1641	Vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over de komst van een tbs-huis in Venlo, d.d. 6 april 2005
2004–2005, 1904	Vragen van het lid Wolfsen (PvdA) aan de minister van Justitie over de zogenaamde «dierenbeul van Twente» en zijn mogelijke tbs-verleden, d.d. 20 april 2005
2004–2005, 1985	Vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over het bericht dat de laatste 8 weken 7 tbs-ers zijn ontsnapt uit kliniek Veldzicht, d.d. 23 juni 2005

2004–2005, 2070	Vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over het instellen van een eenvoudig controlesysteem met betrekking tot tbs'ers op onbegeleid en begeleid verlof, d.d. 24 mei 2005
2005–2006, 2073	Vragen van het lid Wolfsen (PvdA) aan de minister van Justitie over de zak- en kleedgeldregeling voor tbs-gestelden, d.d. 15 juni 2005
2004–2005, 2242	Vragen van het lid Wilders (Groep Wilders) aan de minister van Justitie over het opnieuw ontsnappen van een tbs'er, d.d. 9 augustus 2005
2004–2005, 2243	Vragen van het lid Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over de ontsnapping van een tbs-er uit een kliniek in Halsteren, d.d. 9 augustus 2005
2005–2006, 144	Vragen van de leden Balemans en Weekers (beiden VVD) aan de minister van Justitie over de bestemming van de penitentiaire inrichting Wolvenplein te Utrecht, d.d. 27 september 2005
2005–2006, 192	Vragen van het lid Nawijn (Groep Nawijn) aan de minister van Justitie over het uitstapje voor tbs'ers van de kliniek Veldzicht in Balkbrug, d.d. 30 september 2005
2005–2006, 419	Vragen van het lid Nawijn (Groep Nawijn) aan de minister van Justitie over uitstapjes van tbs'ers van de kliniek Veldzicht in Balkbrug, d.d. 28 oktober 2005
2005–2006, 622	Vragen van de leden Wilders (Groep Wilders) en Eerdmans (LPF) aan de minister van Justitie over de herhaaldelijke ontsnappingen van tbs'ers, d.d. 8 december 2005
2005–2006, 625	Vragen van het lid Wilders (Groep Wilders) aan de minister van Justitie over een ontsnapte jeugd-tbs-er die verdacht wordt van een overval. d.d. 9 december 2005
2005–2006, 1046	Vragen van het lid De Wit (SP) aan de minister van Justitie over publicaties omtrent misdragingen in tbs-kliniek Flevo Future, d.d. 15 februari 2006

ACT	Assertive community treatment
AFPN	Ambulante forensische psychiatrie NoordNederland
APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AWBZ	Algemene wet bijzondere zorg
BIBA	Beveiligde individuele begeleidingsafdeling
BooG	Beslissingsondersteuning onderzoek geestvermogens
Bopz	Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BvT	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
BW	Beschermde woonvorm
BZA	Bijzondere zorg afdeling
COTG	Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg
CTG	College tarieven gezondheidszorg
DBC	Diagnose behandelcombinatie
DJI	Dienst justitiële inrichtingen
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition
DSPD	Dangerous and severe personality disorder
EFP	Expertisecentrum forensische psychiatrie
EVS	Elektronisch volgsysteem
FIZ	Forensische en intensieve zorg
FP-40	Forensische profielen
FPA	Forensische psychiatrische afdeling
FPD	Forensisch psychiatrische dienst
FPI	Forensische psychiatrische inrichting
FPK	Forensisch psychiatrische kliniek
FPT	Forensische psychiatrisch toezicht
FOBA	Forensische observatie en begeleidingsafdeling
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGzE	Geestelijke gezondheidszorg Eindhoven
GW	Gevangeniswezen
HBO	Hoger beroepsonderwijs
HCR-20	Historical Clinical Risk management-20
HKT-30	Historisch Klinisch Toekomst-30
HvB	Huis van bewaring
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
IBA	Individuele begeleidingsafdeling
IBO	Interdepartementaal beleidsonderzoek
ISt	Inspectie voor de sanctietoepassing
ITZ	(afdeling) Individuele tbs-zaken
IZA	Intramurale zorgarrangementen
LAP	Landelijke adviescommissie plaatsing
LBHIV	Landelijk beraad hoogst inhoudelijk verantwoordelijken
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MAPPA	Multi-Agency Public Protection Arrangements
MDO	multidisciplinair overleg
MIT	Monitor informatie systeem terbeschikkingstelling
NFIP	Nederlands Forensisch Instituut voor Psychiatrie en Psychologie
NRW	Nordrhein-Westfalen
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
OM	Openbaar ministerie
OvJ	Officier van justitie

PBC	Pieter Baan Centrum
PBW	Penitentiare Beginselenwet
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PG	Procureur-Generaal
PI	Penitentiare inrichting
PIJ	Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen
PKB	Preklinische behandeling
PKI	Preklinische interventie
PM	Penitentiare maatregel
PMO	Psycho medisch overleg
PSC	Penitentiair selectie centrum
RM	Rechterlijke machtiging
RMO	Raad voor maatschappelijke ontwikkeling
ROC	Receiver operating characteristics
RSJ	Raad voor de strafrechttoepassing en jeugd- bescherming
RvT	Reglement verpleging ter beschikking gestelden
SGLVG	Sterk gedragsgestoorden en licht verstandelijk gehandicapten
TBS	Terbeschikkingstelling
TBR	Terbeschikkingstelling aan de regering
RIAGG	Regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermd wonen
SVR-20	Schaal voor seksuele delinquenten
VWS	Volksgesondheid, welzijn en sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
WO	Wetenschappelijk onderwijs
WODC	Wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WvSr	Wetboek van Strafrecht
WvSv	Wetboek van Strafvordering

**LIJST VAN GESPREKSPARTNERS TIJDELIJKE COMMISSIE
ONDERZOEK TBS**

- **Abad, M.**, psychiater Flevo Future te Utrecht
- **Abbenhuis, M.A.**, hoofd behandeling FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Andreas, A.**, beleidsmedewerker Landelijk Kantoor Reclassering Nederland te Utrecht
- **Annyas, F.**, hoofd organisatie Ambulante Forensische Psychiatrie Nederland (AFPN) van GGZ Drenthe te Assen
- **Bakker, W.**, persoonlijk begeleider van de heer R.G.
- **Bartels, A.A.J.**, coördinerend hoofdbehandelaar Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen, hoofd stafafdeling Psychodiagnostisch & Wetenschappelijk Onderzoek
- **Beer, J.F. de**, directeur GGZ Nederland te Amersfoort
- **Beer, M.A.C. de**, algemeen directeur/voorzitter Raad van Bestuur FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Benz, G.**, sectormanager instroom De Kijvelanden te Poortugaal
- **Berg, Y. van den**, medewerker pilot elektronisch volgsysteem (EVS) Pompestichting te Nijmegen
- **Beumer, A.**, afdelingshoofd FPC Veldzicht te Balkbrug
- **Binsbergen, M.H. van**, directeur Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht
- **Bloemsma, W.**, medewerker BSD BIBA PI Haaglanden te Scheveningen
- **Boer, J. de**, stafdirecteur Dr. H. van der Hoeven Kliniek te Utrecht, gastdocent Broadmoor Hospital, DSPD-unit te Crownthorne, Groot Brittannië
- **Bokma, W.**, leidinggevende algemene zaken RIBW Groningen
- **Bommel, T. van**, lid ondernemingsraad FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Boonstra-Kouwert, E.A.M.**, psychiater Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen, coördinerend hoofdbehandelaar instroom, consulterend psychiater uitstroom
- **Bos, B.**, unithoofd De Kijvelanden te Poortugaal
- **Bosch, L.M.C. van den**, circuitmanager behandeling, plaatsvervangend directeur FPC Oldenkotte te Rekken
- **B., J.J.**, tbs-gestelde FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Brinck, K. ten**, coördinerend hoofd behandeling Flevo Future te Amsterdam
- **B., S.**, tbs-gestelde FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Bruine, R. de**, hoofd cluster longstay van FPC Veldzicht te Balkbrug
- **Chakhssi, F.B.O.**, wetenschappelijk onderzoeker FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Chilvers, C.**, professor, director NHS R&D Portfolio in Mental Health, research director, NIMHE, Department of Health te Nottingham, Groot Brittannië
- **Clabbers, F.H.**, seniorbeleidsmedewerker Directie Curatieve Zorg ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- **Coid, J.W.**, Forensic Psychiatry Research Unit, St Bartholemew's Hospital te Londen, Groot Brittannië
- **Creemers, W.L.J.**, omwonende FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Cuperus, H.W.**, psychiater, hoofd poli- en dagkliniek Het Dok te Rotterdam
- **Dijkema, J.E.A.**, dagcoördinator en seniorsociotherapeut FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Don, H.M.**, hoofd hulpverlening Leger des Heils te Maastricht

- **Dönisch-Seidel**, U., Landesbeauftragte NRW für Massregelvollzug te Düsseldorf
- **Donner**, J.P.H., minister van Justitie
- **Drost**, M., psychiater Pompestichting te Nijmegen
- **Duits**, N., kinder- en jeugdpsychiater Forensisch Psychiatrische Dienst te Amsterdam
- **Eggink**, G., divisie manager FPC Veldzicht te Balkbrug
- **Eijck**, P.H. van, regiomanager Stichting Delinkwentie & Samenleving Noord
- **Epskamp**, H., medewerker Reclassering Nederland te Utrecht
- **Evers**, J., sociotherapeut Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen
- **Fluttert**, F., forensische verplegingswetenschapper Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen
- **Geest**, J.L. van, hoofd behandeling Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht
- **Gennip**, S. van, algemeen directeur Landelijk Kantoor Reclassering Nederland te Utrecht
- **Gerrits**, J., directeur behandeling Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht
- **Geurkink**, M., forensisch psycholoog FOBA PI Amsterdam te Amsterdam
- **Geurts**, P.J.J.M., lid ondernemingsraad FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Gorter**, J., chef de clinique FOBA PI Amsterdam te Amsterdam
- **Grand-van den Bogaard**, M.J.M. Le, lid Raad voor Volksgezondheid & Zorg
- **G.**, R., ex-tbs-gestelde Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen
- **Groen**, H., divisiedirecteur behandelbeleid GGZ ZW Drenthe
- **Haar**, E. van der, Raad van Bestuur GGZ Drenthe te Assen
- **Hadjipavlou**, S., head Home Office DSPD Programme Unit te Londen, Groot Brittannië
- **Hamers**, R.C.M.F., algemeen directeur PI Haaglanden te Scheveningen
- **Hanhart**, R.J., clusterhoofd behandeling FPK GGZ Drenthe te Assen
- **Harte**, J., onderzoeker FPK De Meren te Amsterdam
- **Heijdelberg**, E.P.J., algemeen directeur/voorzitter directieraad Pieter Baan Centrum en de Forensisch Psychiatrische Dienst Ministerie van Justitie
- **Hesse**, C.R., algemeen directeur Hoeve Boschoord te Boschoord
- **Hiemstra**, R.R.K., directeur onafhankelijk adviesbureau Acestes
- **Hildebrand**, M., onderzoeksmanager Expertisecentrum Forensische Psychiatrie te Utrecht
- **Hilten**, M. van, medewerker pilot elektronisch volgsysteem (EVS) Pompestichting te Nijmegen
- **Hoevenaar**, J.C., voorzitter Raad van Bestuur Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen
- **Hoogervorst**, J.F., minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- **Hooymans**, N., manager therapieën a.i. FPC Veldzicht te Balkbrug
- **Hout**, M. van den, professor klinische psychologie Universiteit Utrecht
- **Houtman**, W.A.J.J., plaatsvervangend directeur afdeling SI van het ministerie van Financiën
- **Hovens**, S.P.M., hoofd sociotherapeutisch milieu FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Hueber**, M.C.C., senior beleidsmedewerkster Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- **Huygen**, T., beleidspychiater FOBA PI Amsterdam
- **Janssen**, W., sociotherapeut FPC Veldzicht te Balkbrug

- **Jong**, J.V.T.M. de, hoogleraar geestelijke gezondheidszorg en cultuur Vrije Universiteit, hoogleraar psychiatrie Boston University
- **Kaashoek**, R., divisie manager zorgprogrammering Flevo Future te Amsterdam
- **Karsten**, K., policy lead for High Secure Hospital Forensic Services, Department of Health te Nottingham, Groot Brittannië
- **Kavelaars**, M.M., hoofd ITZ a.i. ministerie van Justitie, hoofd behandeling De Kijvelanden te Poortugaal
- **Kelk**, C., hoogleraar straf(proces)recht en penitentiair recht Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen Universiteit Utrecht, voorzitter Psychiatrisch Juridisch Gezelschap
- **Koetze**, C., manager bedrijfsvoering FPC Veldzicht te Balkbrug
- **Kom**, A. de, psychiater en directeur zorg FPK De Meren te Amsterdam
- **Kordelaar**, W.F. van, ressortpsycholoog Forensisch Psychiatrische Dienst te Den Bosch
- **Korthals**, A.H., oud-minister van Justitie
- **Korvinus**, C.F., strafrecht advocaat te Amsterdam; lid Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
- **Koudstaal**, B., klinisch psychologe PI Haaglanden te Scheveningen
- **Krieckaert**, L., coördinerend hoofd behandeling Flevo Future te Amsterdam
- **Lakerveld**, A.A., beleidsmedewerker zorg NVZ vereniging van ziekenhuizen
- **Lange**, O.R. de, voormalig ambtenaar ministerie van Justitie
- **Lankhaar**, B.G., directie secretaris FPC Oldenkotte te Rekken
- **Leeuwestein**, S.U., hoofd medisch psychologische dienst Hoeve Boschoord te Boschoord
- **Leygraf**, N., direktor Institut für Forensische Psychiatrie (ein Institut der Rheinischen Kliniken Essen an der Universität Duisburg-Essen und Teil des Landschaftsverband Rheinland (LVR)
- **Loo**, A. van der, hoofd behandeling, psychiater De Kijvelanden te Poortugaal
- **Lutjenhuis**, B., onderzoeker/diagnosticus Hoeve Boschoord te Boschoord
- **Marle**, H.J.C. van, hoogleraar forensische psychiatrie Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam
- **Marringa**, A.J., unitmedewerker Groningen, Reclassering Nederland
- **Martini**, J.J., sectordirecteur tbs bij de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Justitie
- **Mastenbroek-Osté**, J.A., projectleider afdeling Zorgvisie en normering GGZ Nederland te Amersfoort
- **Mekel**, M., hoofd zorggroep FPK De Meren te Amsterdam
- **Meyer**, J., directeur Expertisecentrum Forensische Psychiatrie te Utrecht
- **Mokveld**, J., divisie manager intramuraal Flevo Future te Amsterdam
- **Mooij**, A.W.M., emeritus hoogleraar forensische psychiatrie RUG en Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen Universiteit Utrecht, verbonden aan het Pieter Baan Centrum te Utrecht
- **Mulbregt**, J.M.L. van, hoofd juridische zaken Pieter Baan Centrum te Utrecht
- **Mulock Houwer**, E.J., Directeur-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties bij het ministerie van Justitie
- **Nederpelt**, G. van, jurist FPK De Meren te Amsterdam
- **Nijman**, H., wetenschappelijk onderzoeker De Kijvelanden te Poortugaal
- **Oppedijk**, D.W., voorheen geneesheer directeur tevens algemeen directeur van FPC Veldzicht te Balkbrug

- **Outheusden**, I. van, psychiater FPK De Meren te Amsterdam
- **Noorda**, G.A., bewonerscomité Venlo
- **Panhuis**, P.J.A. van, ressortcoördinator Forensisch Psychiatrische Dienst (ressort Den Bosch), lid directieraad FPD-PBC en psychiatrisch veiligheidsadviseur van het ministerie van Justitie
- **Panjer**, R., psychotherapeut en hoofd behandeling FPC Oldenkotte te Rekken
- **Poelmann**, J.A., lid Raad van Bestuur Forum GGZ Nijmegen, holdingorganisatie van «dochters» Pompestichting en GGZ Nijmegen
- **Polak**, M.A., directeur De Kijvelanden te Poortugaal
- **Raes**, B.C.M., hoogleraar forensische psychiatrie, Faculteit der Rechtsgeleerdheid VU en RUG, plaatsvervangend Raad bij de Penitentiaire Kamer van het Gerechtshof in Arnhem
- **Rijff**, L., clusterhoofd organisatie FPK GGZ Drenthe te Assen
- **Rijk**, A., psycholoog PI Breda
- **Roorda**, L., klinisch psychologe BIBA en BZA PI Haaglanden te Scheveningen
- **R.**, M., tbs-gestelde FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Ruiter**, C. de, bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit Maastricht, programmahoofd Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid van het Trimbos-instituut
- **Rutten**, J.H.C., omwonende FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Saimenh**, N., leiterin der Westfälisches Zentrum für Forensische Psychiatrie-Massregelvollzug te Lippstadt
- **Schaap**, C.A.M., rechter commissaris Rechtbank Roermond
- **Schaap**, G.E., lid Raad van Bestuur Dr. S. van Mesdag Kliniek te Groningen
- **Schippers**, G.M., bijzonder hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie aan het AMC/Universiteit van Amsterdam
- **Schotel**-van der Veer, K., waarnemend algemeen directeur FPC Veldzicht te Balkbrug
- **Schram**, A.M., hoofd behandeling AFPN GGZ Drenthe te Assen
- **Schrover**, F.P.P.M., GGZ Oost Brabant Huize Padua
- **Schukkink**, L., medewerker Reclassering Groningen
- **Serjeant**, L., governor HMP Wormwood Scrubs te Londen, Groot Brittannië
- **Sinkeler**, S., psychiater en hoofd behandeling FPC Oldenkotte te Rekken
- **Smit**, J., Slachtofferhulp Nederland
- **Soeren**, F.P.J. van, psychiater GGZ Drenthe te Assen, hofressort-coördinator Forensisch Psychiatrische Dienst te Groningen (ressort Leeuwarden)
- **Spreen**, M., senior wetenschappelijk onderzoeker Dr. S. van Mesdag Kliniek te Groningen, senior wetenschappelijk onderzoeker voor risicotaxatie onderzoek Expertisecentrum Forensische Psychiatrie te Utrecht, adviseur FPI De Rooyse Wissel voor interpretatie individuele risico taxatie met behulp van Forensisch Sociaal Netwerk Analyse, adviseur Cold Case en Review Team Politie Amsterdam/Amstelland
- **Stalman**, P., locatiedirecteur FOBA PI Amsterdam
- **Storms**, M.C.M., hoofd individuele behandeling Hoeve Boschoord te Boschoord
- **Swinkels**, J.A., bijzonder hoogleraar Richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg AMC/UVA te Amsterdam
- **Teer**, W., beleidspsychiater Circuit Langdurige Zorg GGZ Noord-Holland-Noord
- **Tervoort**, M., divisiedirecteur behandelzaken GGZ Drenthe te Assen

- **Theelen, J.**, medewerker SPW bij Stichting Reclassering Nederland Unit Roermond te Tegelen
- **Tilman, S.**, voorzitter ondernemingsraad Dr. S. van Mesdag Kliniek te Groningen
- **Tuinen, K. van**, directeur divisie forensische psychiatrie GGZ Drenthe te Assen
- **Vaart, J.M. van der**, vice-president rechtbank te Amsterdam, voorzitter tbs-verlengingskamer, plaatsvervangend lid van de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
- **Vaartjes, K.**, hoofd psychologische dienst Penitentiair Selectie Centrum (PSC), gevestigd in PI Haaglanden te Scheveningen
- **Vegter, P.C.**, vice-president gerechtshof Arnhem, bijzonder hoogleraar penitentiair recht Radboud Universiteit Nijmegen, lid van de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
- **Veldhuizen, J.R. van**, psychiater; directeur Zorgontwikkeling GGZ Noord-Holland-Noord, lid van de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
- **Verwaaijen, A.A.G.**, directeur Zorg en behandeling, tevens lid Raad van Bestuur FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Vlemmix, N.**, sectormanager beheer en ondersteuning De Kijvelanden te Poortugaal
- **Vos, B.**, clusterhoofd organisatie FPK GGZ Drenthe te Assen
- **Weijnenburg, H.**, algemeen directeur Flevo Future te Amsterdam
- **Weijs, J.G.M.**, dagcoördinator sociotherapeutisch milieu FPI De Rooyse Wissel te Oostrum
- **Wiertsema, H.L.**, voorzitter Raad van Bestuur en algemeen directeur Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht
- **Wermke, W.**, directeur Justizvollzugsanstalt te Remscheid
- **Wissink, A.J.**, hoofd behandeling FPC Oldenkotte te Rekken
- **Wolde, A. ten**, senior onderzoeker Hoeve Boschoord te Boschoord
- **Wolters, M.A.M.**, officier van Justitie arrondissementsparket Groningen, plaatsvervangend advocaat generaal ressortsparket Leeuwarden, lid van de stuurgroep van het project BooG
- **Wouda, J.E.**, hoofd behandeling en zorg forensische verslavingszorg Tactus-Instelling voor Verslavingszorg
- **Zeist, A.J.M. van**, psychiater Zorggroep Intensieve en Forensische Psychiatrie GGzE, programmacoördinator programmalijn Psychose en Autisme Spectrum Stoornissen
- **Zijlstra, P.A.J.**, directeur FPC Oldenkotte te Rekken
- **Zuthem, J.W. van**, Raad van Bestuur Kwintes
- **Zwemstra, J.C.**, psychiater/hoofd Forensisch Psychiatrische Dienst te Den Bosch